

# Contribuições das “Entrevistas do Momento Atual” para a psicanálise aplicada à terapêutica<sup>1</sup>

Luiz Fernando Belmonte Mena<sup>2</sup>  
novembro/2009

A proposta deste texto é extrair as contribuições para o estudo da psicanálise aplicada à terapêutica presentes nas “Entrevistas do Momento Atual”<sup>3</sup>, um fórum de discussão sustentado por Jacques-Alain Miller de outubro a dezembro de 2008 (totalizando 36 entrevistas) com a participação de membros da Associação Mundial de Psicanálise. Neste debate, os analistas das Escolas da AMP são convocados a dar seu testemunho, seu ponto de vista, suas interrogações e inquietações sobre o CPCT, o “Centro Psicanalítico de Consulta e Tratamento”, criado em 2003. Apontam também novos caminhos para os CPCT’s, para a psicanálise aplicada e para a questão da formação.

Um dos efeitos do debate suscitado pelas “Entrevistas do Momento Atual” é uma reorientação com relação aos CPCT’s, que faz com que as Escolas da AMP recuem na perspectiva aberta até então na direção de desenvolver a psicanálise aplicada. Os analistas passam então a evitar o conceito de psicanálise aplicada, a política dos Centros de Atendimento se enfraquece e um movimento em direção à Escola e às Seções Clínicas é retomado, via psicanálise pura. Desse modo, a psicanálise aplicada teria sido colocada em questão, principalmente a partir do momento em que o CPCT foi colocado em questão:

Temo a tendência a se dar sarrafadas na psicanálise aplicada, que tem suas razões e seu valor a serem demonstrados, seus limites também, e que o senhor mesmo [Miller], me parece, não condena em bloco<sup>4</sup>.

Nosso interesse ao retomarmos as “Entrevistas do Momento Atual” é primeiramente compreender esse contexto, e resgatar as valiosas indicações e direcionamentos teóricos, técnicos, clínicos e éticos, que dizem da pertinência da psicanálise aplicada à terapêutica e de seus limites, mas que acabaram ofuscados por conta das críticas com relação aos rumos tomados pelos CPCT’s.

Uma questão inicial atravessa este estudo: porque a questão sobre a pertinência e importância da psicanálise aplicada sempre retorna? Ou seja, porque a psicanálise aplicada continua sendo alvo de dúvidas e críticas da comunidade analítica?

---

<sup>1</sup> Agradecemos as contribuições de Cynthia Freitas, Fabiola Ramon, Liliane Silva, Raquel Marinho, Rubens Berlitz e Siglia Leão.

<sup>2</sup> Psicólogo, membro associado do *Clin-a – Centro Lacaniano de Investigação da Ansiedade – SP*, coordenador do “Núcleo de Pesquisas em Psicanálise e Instituição” do *Clin-a*, coordenador do *Caps i Trilha – Barueri (SP)*.

<sup>3</sup> “Entretiens d’Actualité”. Disponíveis em [www.forumpsy.org](http://www.forumpsy.org)

<sup>4</sup> Catherine Lazarus-Matet, Entrevistas do Momento Atual, nº 5.

Para tentar responder a esta questão decidimos traçar o seguinte percurso: pesquisamos a presença da psicanálise aplicada à terapêutica em Freud e Lacan; seu crescimento dentro da política das Escolas da AMP; a proposta de regulamentação das práticas psi na França; a criação do CPCT; e a crise desvelada pelas “Entrevistas do Momento Atual”.

## A psicanálise aplicada é recente?

Partimos de uma hipótese inicial: a de que a psicanálise aplicada seria uma prática recente no meio analítico, e não haveria ainda uma elaboração suficiente em torno dessa prática. Nada mais justo: se fosse mesmo algo recente, a comunidade analítica deveria desconfiar de sua aplicação, metodologia e fundamentação teórica, e pressionar para que sua legitimidade pudesse ser sustentada. A crítica maior seria a de que a psicanálise aplicada não guardaria o rigor próprio à prática analítica tradicional, não podendo ser considerada psicanálise, parecendo mais com uma psicoterapia camuflada que teria sucumbido ao discurso do mestre e à exigência do Outro social por “efeitos terapêuticos rápidos”.

Investigamos as origens da psicanálise aplicada à terapêutica, seu desenvolvimento e indicação, em Freud e Lacan<sup>5</sup>. Para nossa surpresa, ao investigarmos os textos freudianos, constatamos que a psicanálise aplicada à terapêutica não é recente. Dito de outro modo, a presença da terapêutica em psicanálise não é recente. Ela está presente nas origens da própria construção freudiana, como um momento de uma análise em que os efeitos terapêuticos – ou a diminuição dos sintomas e/ou do sofrimento – estão em evidência.

Desde a época de Freud até hoje as pessoas buscam uma análise por conta de um sofrimento que desejam ver aliviado em seus sintomas, na expectativa de obter efeitos terapêuticos. Toda análise passa necessariamente por uma psicanálise aplicada à terapêutica, como um momento dialético necessário em toda e qualquer análise. Porém, como bem salienta Freud, este momento é necessário, mas não suficiente: uma análise não deve se contentar com os efeitos terapêuticos, pois aí ela não seria mais psicanálise, não passando de psicoterapia. Diz ele que o diferencial da psicanálise em relação a outras propostas terapêuticas é a produção de um “a mais”, um saber sobre o inconsciente que vai além do benefício terapêutico:

A psicanálise começou como um método de tratamento; mas não quis recomendá-lo ao interesse dos senhores como método de tratamento e sim por causa das verdades que ela contém, por causa das informações que nos dá a respeito daquilo que mais nos interessa aos seres humanos – sua própria natureza – e por causa das conexões que ela desvenda entre as mais diversas atividades.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Trabalho apresentado nas “VIII Jornadas do *Clin-a*” (2008), sob o título: “Não há psicanálise aplicada se não há psicanálise pura”. Integrantes do cartel: Cynthia Freitas, Fabiola Ramon, Luiz Mena, Siglia Leão, Valéria Ferranti, Maria Cecília Galletti Ferretti (mais-um).

<sup>6</sup> Freud, S. (1932). Conferência XXXIV: Explicações, aplicações e orientações. *Obras completas*. (vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, p.154.

Em Lacan constatamos também a presença da psicanálise aplicada. Na vertente política, na inserção da psicanálise aplicada na política da Escola com a criação da “Seção de Psicanálise Aplicada”, em 1964<sup>7</sup>. E em seus efeitos na formação de novos analistas, dado que é pela prática em instituição ou pela “psicoterapia psicanalítica que os praticantes entram e se iniciam no campo, na atmosfera psicanalítica”<sup>8</sup>. Lacan evidencia a importância da prática clínica institucional e seus efeitos de formação, tendo ele mesmo guardado contato com a prática em instituição durante toda sua vida, através de sua “apresentação de doentes de Henri-Rousselle em Saint-Anne”<sup>9</sup>, como nos lembram Judith Miller e Jean-Daniel Matet. Porém, Lacan sempre deixou clara sua limitação, problematizando a redução da formação em psicanálise à prática institucional.

Encontramos duas indicações clínicas da prática da psicanálise aplicada à terapêutica na literatura analítica. Com relação à neurose, como um momento necessário e dialético de toda e qualquer análise em que os efeitos terapêuticos estão em evidência. Com relação à psicose, terreno onde o laço transferencial encontra-se dificultado ou impedido, como uma necessária adaptação da técnica e do enquadre clássicos, para que a psicanálise possa servir à construção psicótica, no restabelecimento de um certo enlace ao social. Deste modo, é a via da suplência, da estabilização, da terapêutica, que é privilegiada no tratamento da psicose.

Então, primeira conclusão: a psicanálise aplicada não é algo recente. Segunda conclusão: desde Freud até hoje, muitas respostas já foram dadas. Então porque a pertinência da psicanálise aplicada continua sendo questionada? Porque as respostas dadas desde Freud e Lacan não foram suficientes para sedimentar as bases de uma prática que apresenta coerência e fundamentação consistentes dentro da doutrina psicanalítica, assim como coaduna com uma orientação política clara da Escola?

Temos a hipótese de que as respostas dadas por Freud, Lacan, Miller, foram suficientes até um dado momento, quando uma série de eventos políticos produziu uma reorientação política dentro da Escola, e a psicanálise aplicada se viu novamente questionada em sua pertinência. Dividiremos esses dois momentos, em que há primeiro uma orientação em direção à psicanálise aplicada, e um segundo momento em que há um recuo desta orientação.

## Uma política em direção à psicanálise aplicada

Principalmente a partir do seminário de 1955 sobre as psicoses, encontramos uma recomendação precisa de Lacan: não recuar diante das psicoses. Tal recomendação assevera que um trabalho baseado na psicanálise pode e deve ser indicado a sujeitos desarrimados, cuja referência simbólica ao Pai está forcluída, desde que as balizas técnicas quanto ao *setting*, ao divã, à transferência, à interpretação, sejam adaptadas para servir à criação do sujeito psicótico. Aqui, a psicanálise aplicada à terapêutica

---

<sup>7</sup> Lacan, J. (1964). Ato de Fundação. In *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003, p. 235-247.

<sup>8</sup> Lacan, J. (1969). Intervenção no Congresso de Strasburgo da Escola Freudiana de Paris sobre “Psicanálise e Psicoterapia”, de 12/10/1968. *Lettres de L'école Freudienne*, 1969, n° 6, p. 42-48.

<sup>9</sup> ACF (2003). Pertinences de la psychanalyse appliquée. *Travaux de l'École de la Cause Freudienne réunis par l'Association du Champ Freudien*. Paris: Éditions du Seuil, p.8.

estaria indicada por conta da estrutura, visando efeitos terapêuticos, para não arranhar o frágil espelho do sujeito ou desconstruir a certeza de suas identificações delirantes:

Todas essas indicações não impediram Lacan de aconselhar os analistas sobre a prudência terapêutica, em particular quando os incitou a não recuar diante da psicose. Desde o Seminário 3 ele fazia recomendações precisas nesse sentido, pois se tratava, é claro, de não fazer desencadear uma psicose compensada, incitando alguns sujeitos à associação livre, abalando suas defesas, impelindo-os a fazer sair os demônios até então escondidos.<sup>10</sup>

Há mais de 30 anos várias instituições inspiradas no ensino de Lacan se dedicam ao tratamento e acolhimento das psicoses, dentre elas o *Courtil*, *Antenne 110*, *Bonneuil*, baseando-se na psicanálise para fundar uma clínica aplicada às psicoses. Essas instituições buscaram expandir os limites encontrados na prática clínica tradicional pelas dificuldades impostas pela estrutura. Em face da psicose, nada de travessia do fantasma. Para os casos de forclusão simbólica, uma terapêutica seria visada, como uma maneira de reconstrução imaginária do Pai forcluído, de estabilização sempre constante do delírio, em uma prática que se apoiaria na construção de uma montagem institucional que possibilitasse uma circulação possível pelo social, e uma diluição da transferência através de uma “prática entre vários”.

Enquanto a psicanálise aplicada à terapêutica esteve condicionada a essa prática clínica junto às psicoses, a comunidade analítica aceitou seus fundamentos, sua práxis, seu desenvolvimento teórico, e sua filiação à psicanálise. Como salientava Mannoni, fundadora de *Bonneuil*:

O paradoxo de *Bonneuil* é que não se pratica aí a psicanálise (isso é concomitante à recusa da instituição), mas tudo o que aí se faz baseia-se rigorosamente na psicanálise, à qual não se recorre como técnica de ajustamento mas, outrossim, como subversão de um saber e de uma práxis.<sup>11</sup>

Nessas instituições não são propostos tratamentos psicanalíticos *stricto sensu*, mas uma ética pautada rigorosamente na psicanálise e na ética do sujeito. Essas instituições sempre deixaram claro que a adaptação à técnica obedecia estritamente à ética psicanalítica, não causando maiores embaraços nos analistas da Escola ou nos cânones da psicanálise, contribuindo para a produção de uma vasta bibliografia clínica e alargando os fundamentos teóricos disto que se convencionou chamar “psicanálise aplicada à terapêutica”. Como diz Dominique Holvoet, um dos diretores clínicos do *Courtil*:

Nas instituições da RI<sup>3</sup> [Rede Internacional de Instituições Infantis] a psicanálise está sempre *extima* à instituição. Disso sou testemunha porque cerca de 30 anos mais tarde essas instituições, muitas outras com elas, atualmente, conservam intacta e viva sua relação com a psicanálise. A receita: o gosto pelos estudos, transmitido por anos em que não se cedeu diante do estudo de textos difíceis; nenhum lugar para a identificação ao “psi”; o dedo apontado na direção da Escola e

---

<sup>10</sup> Sonia Chiriaco, Entrevistas do Momento Atual, nº 21.

<sup>11</sup> Mannoni, M. (1977). Educação impossível. Rio de Janeiro: Zahar, p.16.

seus arredores, como lugar de formação; a análise pessoal como prévia a qualquer responsabilidade assumida. Deste modo, a psicanálise não é aí um fato estabelecido, mas uma experiência.<sup>12</sup>

A psicanálise aplicada não é aí questionada em seus fundamentos, pois sua aplicação condicionada à estrutura encontra sua razão de ser. Até mesmo por não estar a psicanálise, nestes lugares, sedimentada como um “fato estabelecido”, mas antes como uma experiência de linguagem, nessas instituições os técnicos não são chamados “psicanalistas”, mas “praticantes”, “intervenantes”, ou “analistas civilizados” (segundo a expressão de Eric Laurent<sup>13</sup>), atravessados por uma ética da psicanálise e pelas balizas da psicanálise pura, que orientam suas próprias análises e suas formações:

O que procede da “prática entre vários” encontra seu fundamento no movimento de desidentificação ao qual está convidado o praticante, desde seus primeiros passos. Desta forma, *Antenne 110* definiu sua ação como sendo baseada sobre a psicanálise sem a dispensar. O *Courtil* escolheu denominar seus praticantes pelo termo genérico de “intervenantes”, para romper com a identificação ao psicólogo, ao educador, ou ao especialista. (...) Ela [a psicanálise] é para nós uma referência de trabalho edificante, um campo de pesquisa permanente, e, principalmente, uma ética que o senhor [Miller] formulou, como tal, em sua *Clínica Irônica*: “Diante do louco, do delirante, não te esqueças de quem tu és, de que tu foste analisante, e que tu também falavas do que não existe”.<sup>14</sup>

A Escola abrigou esta prática clínica e seu desenvolvimento teórico, culminando nas “três conversações clínicas” sobre as psicoses ordinárias em 1996, 1997 e 1998<sup>15</sup>, com uma reorientação da clínica dos casos inclassificáveis; com o desenvolvimento teórico de Jacques-Alain Miller em seu Curso de Orientação Lacaniana; com a publicação dos seminários do último ensino de Lacan e com a elaboração em torno da teoria dos nós e do *sinthoma*; com a elaboração da chamada clínica da desinserção e dos novos sintomas; e na publicação de “Pertinências da psicanálise aplicada”, em 2003, pela Associação do Campo Freudiano. Esse caminho, Hugo-Freda o salienta:

O CPCT era um momento particular e o produto de uma longa história que inclusive podemos rastreá-la. Penso em 1996, quando aconteceu *Angers, Arcachon*, todas essas séries de movimentos que animaram e que deram como resultado, entre outros, no “Ateliê de Psicanálise Aplicada”, em 2001. Havia ali uma nova clínica.<sup>16</sup>

Este crescimento em torno da psicanálise aplicada não ocorre por acaso, nem de maneira isolada. Concomitante a este desenvolvimento teórico, há uma orientação política da ECF e da AMP em direção à psicanálise aplicada, que tem início com a criação da RI<sup>3</sup> (Rede Internacional de Instituições Infantis) por Jacques-Alain Miller

---

<sup>12</sup> Dominique Holvoet, Entrevistas do Momento Atual, nº 26.

<sup>13</sup> in Baio, V. (1992). Orientation psychanalytique dans une institution pour enfants dits psychotiques. *Les Feuilles du Courtil*, nº 4, avril 1992, Leers-Nord.

<sup>14</sup> Dominique Holvoet, Entrevistas do Momento Atual, nº 26.

<sup>15</sup> IRMA (1996). *La psychose ordinaire: la convention d'Antibes*. Paris: Agalma-Le Seuil, 2005; IRMA (1997). *La conversation d'Arcachon*. Paris: Agalma-Le Seuil; IRMA (1998). *Le conciliabule d'Angers*. Paris: Agalma-Le Seuil, 2005.

<sup>16</sup> Francisco Hugo-Freda, Entrevistas do Momento Atual, nº 16.

em 1992, que reúne três instituições fundadoras (*Courtil, Antenne 110, CTR de Nonette*), cinco outras instituições associadas (da Bélgica e da França), e conta com a participação de diversas instituições da Espanha, Itália, Israel, que “encontram no ensino de Freud e Lacan a orientação própria à sua ação”<sup>17</sup>. Em 2001, há a criação do Ateliê de Psicanálise Aplicada; a criação do CPCT, em 2003; do PIPOL (Programa Internacional de Pesquisa em Psicanálise Aplicada de Orientação Lacaniana), cujo primeiro encontro ocorre também em 2003; e a criação da RIPA (Rede de Instituições de Psicanálise Aplicada), na qual mais de cinquenta instituições estão vinculadas.

Até então, os analistas estavam suficientemente seguros quanto à pertinência da psicanálise aplicada, sua legitimidade junto à Escola, e sua referência clara à psicanálise pura, como defendem Jean-Daniel Matet e Judith Miller:

A novidade ressalta a disciplina pela qual os analistas estão atualmente suficientemente armados, e pela qual eles podem prestar contas da aplicação que eles fazem da psicanálise, precisamente à luz da psicanálise pura.<sup>18</sup>

Se por um lado este crescimento da prática da psicanálise aplicada é efeito de um desenvolvimento teórico, como uma conseqüência lógica do desenvolvimento conceitual em torno do último ensino de Lacan, ele é também efeito de uma série de eventos políticos que tomam de assalto a saúde mental na França. Uma política de avaliação da eficácia das práticas terapêuticas é colocada em cena, obrigando os analistas a saírem de seus consultórios e a se posicionarem claramente na cidade em uma tomada de posição política pela psicanálise, como uma resposta às tentativas de regulamentação e avaliação das profissões de saúde mental.

### Uma política de avaliação: o “Relatório Cléry-Melin” e a “Emenda Accoyer”

Em 10 de fevereiro de 2003, o Ministro da Saúde francês, Jean-François Mattei, solicita um relatório ao psiquiatra Philippe Cléry-Melin (ao qual se juntam Jean-Charles Pascal e Viviane Kovess), com a finalidade de elaborar um plano de ações sobre a reorganização da oferta em psiquiatria e saúde mental no território francês. Este relatório fica pronto em 15 de setembro de 2003, e fica conhecido como o “Plano de Ações Cléry-Melin”<sup>19</sup>.

Este relatório sugere que seja feita uma reorganização no sistema da saúde mental, submetendo todos os trabalhadores da saúde mental ao comando da psiquiatria. Ele é feito com a intenção de excluir os profissionais e os representantes da psicanálise, da psicologia clínica e das psicoterapias, e de todos os outros profissionais atuantes na área da saúde mental, constituindo-se como um ato de submissão à ideologia e à prática médicas.

---

<sup>17</sup> Jean-Robert Rabanel (01/12/2009). Ouverture. In *RI 3 – Le feuilleton*. Disponível em [www.ri3.be](http://www.ri3.be)

<sup>18</sup> ACF (2003). Pertinences de la psychanalyse appliquée, opus cit., p.8.

<sup>19</sup> “Plan d’Actions pour le Developpement de la Psychiatrie et la Promotion de la Santé Mentale”. Disponível em [http://www.fehap.fr/sanitaire/psy/RapportCM\\_Psy.pdf](http://www.fehap.fr/sanitaire/psy/RapportCM_Psy.pdf)

Este relatório tem como título “Plano de ações para o desenvolvimento da psiquiatria e a promoção da saúde mental”, e propõe uma avaliação das práticas psicoterápicas pela medicina: “avaliação da eficácia dos tratamentos, a colocação à disposição dos tratamentos mais eficazes para um dado problema, e uma avaliação contínua da qualidade”.<sup>20</sup>

A psiquiatria deve passar a ser a responsável por recomendar o tratamento “adequado” em saúde mental, do uso de medicamentos à orientação de psicoterapia, e indicar um profissional validado segundo a linha que ela – a psiquiatria – julga ser a mais indicada em cada caso, tirando também do paciente o direito de decisão:

No total, esta confusão entre diferentes níveis de problemas, a liberdade de escolha do tipo de praticante e do lugar da consulta, da qual dispõe o paciente, ligada à liberdade de instalação dos praticantes, tem um preço que coloca atualmente o sistema em falha.<sup>21</sup>

Quanto à avaliação psicodinâmica do paciente, diz o relatório:

A avaliação psicodinâmica – os sintomas apresentados são singulares a cada paciente, e sentidos por cada pessoa em seu próprio contexto e história subjetiva pessoal – é a essência mesma da avaliação terapêutica desta disciplina particular [a psiquiatria].

Quanto à avaliação das práticas psicoterápicas:

Nós propomos a criação de uma nomenclatura de atos psicoterápicos divididos em seus diversos tipos (psicanalítico, cognitivo comportamental, sistêmico) e modalidades (individual ou em grupo). Os critérios de descrição desses atos se apoiarão na expertise do INSERM, cujos resultados estarão disponíveis ao fim deste ano<sup>22</sup>. Ela comportará uma descrição das técnicas, de suas indicações respectivas, e precisará as formações necessárias para a prática do ato e do tipo de psicoterapia (formação inicial e contínua a partir de uma lista de escolas validadas). A nomenclatura deverá comportar a descrição da técnica de referência e de seu desenvolvimento, a duração média das sessões, sua frequência, a duração prevista do tratamento.

Nós propomos estabelecer e tornar pública uma lista de profissionais habilitados a praticar as psicoterapias.

Os profissionais, fora os psiquiatras, que estarão inscritos, deverão, para utilizar essas técnicas, ter validada uma formação clínica que os permita fazer indicações em função das recomendações da boa prática, e ter seguido as formações iniciais e contínuas previstas por suas escolas [validadas].

Neste período transitório, os psicólogos e os médicos, fora os psiquiatras, que desejam estar habilitados a praticar as psicoterapias, deverão fazer validar sua

---

<sup>20</sup> *idem.*

<sup>21</sup> *Ibidem.*

<sup>22</sup> Conferir mais à frente o laudo do INSERM.

experiência clínica através de estágios, e sua formação às psicoterapias pelas escolas [validadas].

Instaurar um sistema que permita a avaliação do estado clínico e das indicações terapêuticas por um psiquiatra coordenador. Poderão se dirigir a ele todos os atores da psicoterapia e da saúde mental sobre o território (clínico geral, pediatras, psicólogos, assistentes sociais, etc.). Este psiquiatra coordenador terá por missão aconselhar o praticante e vigiar as recomendações da boa prática.

No caso em que uma psicoterapia seja solicitada a um psicólogo, nós preconizamos uma avaliação conjunta psiquiatra-psicólogo, para aportar à indicação de psicoterapia.

É explícita a intenção de submissão dos profissionais de práticas diversas que atuam na saúde mental, das diferentes áreas do saber, de diferentes discursos históricos, éticos, ideológicos, a um discurso único, hegemônico, totalitário. Os próprios pacientes não poderão mais escolher o profissional de saúde para seu tratamento ou psicoterapia, pois o sistema de indicação dos profissionais estará a cargo do psiquiatra, através de sua avaliação, na qual ele indicará a necessidade ou não de psicoterapia, o tipo ou linha que será necessária para cada caso, o tempo de consulta, o número de sessões, e indicará finalmente um psicoterapeuta previamente validado em uma lista por ele estabelecida.

Após o relatório Cléry-Melin ficar pronto, os deputados franceses se apressaram para fazer o relatório virar lei, através de uma emenda conhecida como “emenda Accoyer”:

No 8 de outubro de 2003, a Assembléia Nacional, esquerda e direita indistintas, votou em unanimidade a emenda 336, terceira modificação do Código da saúde pública, dita “emenda Accoyer”, e isto sem a abertura prévia de um debate público, sem audições dos profissionais concernidos e sem ter sido ela mesma informada de dados essenciais, dentre os quais a função que o Ministro encarregado da Saúde intencionava dar ao “plano de ações” Cléry-Melin<sup>23</sup>.

O “relatório Cléry-Melin” e a “emenda Accoyer” suscitam uma revolta generalizada entre os trabalhadores da saúde mental, que os consideram como uma “patologia da democracia”<sup>24</sup>. É proposto pela ECF um evento de repúdio, o “I Fórum dos Psis”, realizado em Paris em 15 de novembro de 2003, aberto, com a participação de psicanalistas, psicólogos, profissionais da saúde mental e diversos intelectuais franceses, como lingüistas, filósofos, sociólogos, que se manifestam contrariamente ao relatório e à emenda 336. É redigido um manifesto de repúdio, “O manifesto psi”<sup>25</sup>, que é enviado aos deputados e senadores franceses assim como a todos os meios de comunicação, para expor a tentativa de golpe à democracia e à autonomia das ciências da saúde, executado na surdina; para que pudessem compor uma comissão mista de trabalhadores da saúde mental a ser ouvida pelos senadores – e não somente de psiquiatras; e para propor a suspensão imediata da votação da emenda 336:

---

<sup>23</sup> “O manifesto psi”, documento redigido no “I Fórum dos Psis”, realizado em Paris em 15/11/2003.

Disponível em [www.forumpsy.org](http://www.forumpsy.org)

<sup>24</sup> Idem.

<sup>25</sup> Ibidem.

Nós demandamos respeitosamente aos Senadores de proceder à audiência dos representantes qualificados de nossas profissões e em seguida de suspender a votação da emenda Accoyer, na espera da proposta do “Fórum dos Psis” em atual elaboração. Nós rogamos ao Ministro da Saúde, Sr. Mattei, ao Ministro da Cultura, Sr. Aillagon e ao Secretário do Estado dos profissionais liberais, Sr. Dutreil, de receber a delegação do “Fórum dos Psis”, que lhes apresentará o que está em jogo na negociação presente e as razões desta emoção popular e da mídia: questões de saúde pública, questões de civilização, questões profissionais.<sup>26</sup>

## O relatório do INSERM (Instituto Nacional da Saúde e da Pesquisa Médica)

Como vimos, o relatório Cléry-Melin indicava as linhas gerais, a forma, e esperava o conteúdo que viria do “relatório do INSERM”<sup>27</sup> quanto à avaliação das diferentes psicoterapias aplicadas ao tratamento dos transtornos mentais. Este relatório visa, assim, servir de subsídio para o plano de ações Cléry-Melin, para que a emenda 336 fosse aprovada pelos senadores franceses. Se o primeiro golpe tinha vindo da medicina, o segundo viria dos terapeutas cognitivo-comportamentais.

Este relatório foi apresentado em 26 de fevereiro de 2004. Foi realizado com base em “uma pesquisa na literatura internacional” sobre a avaliação de diferentes psicoterapias aplicadas ao tratamento dos transtornos mentais. Para realizá-lo, duas associações francesas se associaram à DGS (Direção Geral da Saúde): a UNAFAM (União Nacional dos Amigos e Famílias dos Doentes Psíquicos) e a FNAP-psy (Federação Nacional das Associações de ex-Pacientes da Psiquiatria).

Eles levaram em conta três linhas psicoterápicas: a linha psicodinâmica (ou psicanalítica, segundo o relatório), a linha cognitivo-comportamental, e a linha familiar e de casal. O relatório se coloca duas questões, e procura respondê-las: como medir a eficácia da terapêutica de uma ou outra linha? E como provar esta eficácia?

Eis algumas conclusões do relatório:

Em psicoterapia, as medidas de eficácia de uma terapia se baseiam frequentemente sobre características subjetivas. Mas mesmo para elas, podemos recorrer a um sistema numérico permitindo quantificar uma melhora clínica (a partir de questionários). É verdade que a validade dessas medidas é mais fácil a demonstrar se estas foram adaptadas à terapia estudada.

O critério de melhoria mais frequentemente utilizado na literatura analisada concerne à melhoria dos sintomas no contexto de um problema. De maneira menos frequente, os estudos avaliaram a melhoria da qualidade de vida e de adaptação social do paciente.

No contexto da avaliação das terapêuticas, se coloca também a questão da singularidade do par paciente-terapeuta. A reprodutibilidade dos estudos é assim

---

<sup>26</sup> Ibidem.

<sup>27</sup> “Psychothérapie, trois approches évaluées - Une Expertise Collective de l’INSERM”. Disponível em [www.forumpsy.org](http://www.forumpsy.org)

enfraquecida, se comparadas aos estudos da física, da química ou da biologia. Contudo, o avanço dos conhecimentos em terapêutica prova que uma avaliação científica é possível. A avaliação da eficácia de uma terapêutica se apóia sobre resultados de estudos randomizados controlados.

Quanto aos critérios de avaliação utilizados:

- 1) sintomas claramente definidos
- 2) medidas válidas
- 3) avaliador independente e cego
- 4) avaliador treinado e confiável
- 5) tratamento apresentado em um manual
- 6) randomização
- 7) fidelidade ao tratamento
- 8) não haver outro tratamento concomitante
- 9) medidas e entrevistas de avaliação diversificadas
- 10) duração do tratamento

Quanto aos resultados da eficácia, divididos por patologia:

- 1) esquizofrenia: eficácia por até 2 anos das terapias familiares, eficácia moderada das terapias cognitivas, e nenhuma eficácia das terapias psicodinâmicas. Uma comparação direta entre as diferentes linhas permite estabelecer uma eficácia superior da linha psico-educativa e das terapias cognitivo-comportamentais, associadas à terapia medicamentosa.
- 2) Transtorno bipolar: os dados disponíveis mostram maior eficácia da linha psico-educativa, associada à terapia medicamentosa.
- 3) Transtornos depressivos: as terapias cognitivo-comportamentais são mais eficazes, associadas à terapia medicamentosa.
- 4) Transtornos ansiosos: as terapias cognitivo-comportamentais são mais eficazes, associadas ou não à terapia medicamentosa.
- 5) Transtornos alimentares: os resultados dos estudos comparativos não permitem concluir sobre a superioridade de uma linha sobre a outra, mas na bulimia as terapias cognitivo-comportamentais mostram sua eficácia, associadas ou não à terapia medicamentosa, e na anorexia as terapias familiares provaram sua eficácia por até 5 anos, mas somente em pacientes em que a doença começou antes dos 19 anos, e que tinham a doença por um período inferior a 3 anos. A linha cognitivo-comportamental não mostrou eficácia, mas uma presunção de eficácia pode ser evocada pela prevenção de recaídas.
- 6) Transtornos da personalidade: as terapias psicodinâmicas e as terapias cognitivo-comportamentais demonstraram sua eficácia.
- 7) Álcool-dependência: as terapias familiares e as terapias cognitivo-comportamentais ainda não confirmaram sua eficácia, e as psicodinâmicas não foram estudadas nesta indicação.
- 8) Infância e adolescência: as psicodinâmicas não permitem concluir sobre sua eficácia.
  - autismo: programas educativos e comportamentais mostram sua eficácia, na melhoria do quociente intelectual, na performance escolar e nas condutas sociais.
  - Transtornos ansiosos da infância: maior eficácia das terapias cognitivo-comportamentais.
  - Transtornos depressivos da infância: presunção de eficácia das terapias cognitivo-comportamentais.

- Hiperatividade: a terapia familiar é a mais eficaz, quando combinada à terapia medicamentosa e a uma formação comportamental dos pais.
- Transtornos de conduta: a terapia familiar é a mais eficaz.

As conclusões que advém da análise e da síntese dos estudos de avaliação repertoriados na literatura constituem um esclarecimento útil aos profissionais e usuários. Se a relação singular entre uma pessoa em sofrimento e um terapeuta persiste como um elemento determinante na escolha e na condução de uma terapia, a informação dos usuários e a formação dos terapeutas devem ser feitas com relação às provas científicas disponíveis, para melhorar a oferta de cuidado e o trabalho em rede dos diferentes atores da saúde.

Se o relatório Cléry-Melin defendia a necessidade de que os médicos escolhessem a melhor linha terapêutica para o paciente, dependendo de seu problema, o relatório que o acompanha – do INSERM – determina qual é a linha que deve ser “escolhida”. Como vimos nas conclusões do relatório, o objetivo era legitimar uma posição estabelecida previamente (um lobby a favor das TCC’s e contra a psicanálise), e que não leva em conta a imensa literatura psicanalítica que versa sobre os resultados e efeitos do trabalho clínico psicanalítico.

Um movimento similar também ocorre no Brasil, no projeto de lei conhecido como “Ato Médico” (PL nº 7.703/2006), ainda em tramitação na Câmara e no Senado brasileiros. Esse projeto de lei transforma os profissionais da saúde em técnicos dos médicos. Ele estabelece que somente após o diagnóstico nosológico (da doença) e da prescrição terapêutica feita pelo médico, a população poderá ser atendida pelos outros profissionais da saúde. Se aprovado, os médicos terão o direito de prescrever os tratamentos em áreas que eles não possuem treinamento e competência, como psicologia, enfermagem, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional. Esta submissão à medicina acarreta a perda da autonomia científica dessas outras áreas do saber, de ciências que construíram uma visão de homem, de mundo, de práxis, muitas vezes de maneira distinta e até contrária à medicina. A consequência desta submissão, a médio e longo prazo, é o desaparecimento destas diferentes disciplinas.

Não só os médicos encarnaram o poder de determinar os parâmetros para as diferentes ciências da área da saúde. Também a psicologia cognitivo-comportamental, principalmente na França, tentou se arvorar o direito – o poder – de definir os parâmetros de eficácia terapêutica. As TCC’s definiriam os parâmetros a partir de suas próprias categorias “cientificamente observáveis, comprováveis, replicáveis”, interferindo inclusive nos critérios de formação, para que todos os cursos – inclusive os de psicanálise – pudessem obedecer a um sistema único de avaliação através da validação de suas Escolas pela psiquiatria, a fim de regulamentar (de maneira padronizada) a concessão das licenças para a prática clínica.

Para a psicanálise, os parâmetros da medicina ou das TCC’s não podem ser aplicados ou exigidos dentro da ética da psicanálise, que responde à ética do sujeito do inconsciente. Retomemos uma observação feita no relatório: “É verdade que a validade dessas medidas é mais fácil a demonstrar se estas foram adaptadas à terapia estudada”. Ora, os critérios de avaliação e questionários de eficácia por eles utilizados não estão adaptados à psicanálise. Isto quer dizer que eles não têm validade, não que se tornam

mais fáceis ou difíceis de demonstração. Por se tratarem de práticas distintas, carregam historicamente parâmetros diferentes – e muitas vezes opostos – do que poderia ser chamado de cura, de eficácia, de sofrimento, de inconsciente, de tempo necessário para o tratamento, de felicidade, e de critérios para a formação de seus terapeutas e analistas.

### “Você quer mesmo ser avaliado?”

Duas semanas após o “I Fórum dos Psis”, no qual foi redigido “O manifesto psi” em defesa à democracia e à liberdade de existência, J.-A. Miller convidou o lingüista Jean-Claude Milner para um debate público ocorrido no âmbito de seu Curso de Orientação Lacaniana para discutir a questão da avaliação. O interessante deste debate é que em nenhum momento Miller ou Milner colocam em questão o fato de o projeto avaliacionista ser dirigido pela classe médica ou pelos cognitivistas. Antes, Miller e Milner analisam a questão da “avaliação” propriamente dita, pretendida pelo Estado, sejam quais forem seus mandatários. Em dois encontros ocorridos em Paris, em 3 e 10 de dezembro de 2003, eles realizam um debate aberto ao público em torno da questão da avaliação<sup>28</sup>.

O primeiro ponto levantado por Milner é que, segundo Accoyer, a questão da saúde mental diria respeito à saúde pública. Como a saúde pública diz respeito ao Estado, a saúde mental diria respeito ao Estado. Aqui haveria uma oscilação entre os termos público e privado, pois “o público como oposição ao privado” passaria ao “público como assunção do privado”<sup>29</sup>. Em outras palavras, a saúde de cada um – algo da esfera do privado – seria uma atribuição do público, indo da saúde até a saúde mental, encontrando “o que há de mais privado no privado”. Ele continua:

Falar, então, de saúde mental como uma extensão da saúde pública é, na verdade, estender a esfera do público de tal modo que a esfera do privado fique inteiramente absorvida nela.<sup>30</sup>

E porque o Estado parte para “salvar” a saúde mental? Dizem os *experts* que haveria uma queixa na sociedade (ainda que não seja demonstrada em nenhum dos documentos apresentados, de onde parte essa queixa e por quem): “Seus psis não têm bons diplomas, são charlatões!”<sup>31</sup>. E qual seria a solução proposta? A regulamentação da saúde mental pelo Estado, pela esfera pública. Como explica Milner<sup>32</sup>, cria-se o binômio “problema-solução”: cria-se um problema para que seja criada uma solução, a avaliação.

Contudo, o processo de avaliação não é imposto pelos avaliadores. Diz Miller que ele é construído de maneira com que seja sentido não como algo que se impõe, mas como

---

<sup>28</sup> Miller, J.-A. & Milner, J.-C. (2003). Você quer mesmo ser avaliado? Entrevistas sobre uma máquina de impostura. Barueri, SP: Manole, 2006.

<sup>29</sup> Idem, p.31.

<sup>30</sup> ibidem, p.31.

<sup>31</sup> ibidem, p.17.

<sup>32</sup> ibidem, p.3.

“algo que se demanda”<sup>33</sup>. Nos documentos da avaliação, aquele a ser avaliado é chamado *solicitante*. Diz Miller:

A sedução do discurso da avaliação deve-se ao fato de que ele reproduz, para cada um, esse momento natal onde a marcação do homem pelo significante se realiza, onde o sujeito natural encontra-se barrado pelo significante, e em seguida, dotado do significante que o representa, S1. (...) A avaliação destaca a marcação primordial significante do ser humano, que é a matriz da socialização<sup>34</sup>.

Assim, a avaliação traz esse aspecto que interessa à psicanálise: a demanda de marcação, de reconhecimento, de amor, demanda de inclusão a um grupo de iguais:

Uma vez que você será credenciado-avaliado, você poderá avaliar outros. (...) São os senhores gente-como-a-gente avaliados anteriormente, e que estão contentíssimos em encenar, por sua vez, a comédia da avaliação.<sup>35</sup>

Um sujeito demanda reconhecimento, e outro sujeito tem o poder ou não de reconhecê-lo: esta é, finalmente, a face de poder que se desvela na avaliação/reconhecimento, como explica Miller:

Materialmente, o que se passa na avaliação não tem estritamente nenhuma importância. As montanhas de papéis que eles fazem preencher nos setores que ocupam, que monopolizam, não servem para nada, nada mesmo, somente para instalar, afirmar, exhibir, celebrar um poder, o da administração credenciadora, classe inteiramente parasita.<sup>36</sup>

A questão do reconhecimento pelo Outro é um tema caro à psicanálise, que responde com estratégias rigorosas com relação à formação, outro problema trazido pelos relatórios expostos. A formação em psicanálise não diz de um diploma, não diz de um estágio clínico, não diz de um reconhecimento do Outro, não diz de uma avaliação a ser realizada segundo critérios objetivamente estabelecidos, e não ensina um tratamento por um manual (critério nº 5 do relatório do INSERM). Como ceder aos critérios objetivos da medicina e das TCC's sem observar que o preço a ser pago é a própria extinção da psicanálise? Porque o estudo continuado dos textos fundamentais, as supervisões clínicas, e principalmente a própria análise, revelam um jogo intrincado quanto às condições para se tornar analista que são, finalmente, muito mais exigentes que aquelas propostas pelos avaliadores do Estado:

O que se deve qualificar de formação é tão somente a soma ou a série disparate de um rosário de *efeitos de formação*: leituras, trabalhos, seminário, encontros, trocas, experiências, práticas, que só têm seu valor por terem como centro ou como fundo a experiência pessoal do tratamento puro.<sup>37</sup>

---

<sup>33</sup> *ibidem*, p.23.

<sup>34</sup> *ibidem*, p.26.

<sup>35</sup> *ibidem*, p.23.

<sup>36</sup> *ibidem*, p.24.

<sup>37</sup> Philippe De Georges, Entrevistas do Momento Atual, nº 15.

“Tornar-se psicanalista por prosseguir a sua análise”. Esse outro mundo [da análise pessoal] é também aquele em que o analista não se interessa pelo que se é, mas sim pelo que se diz; não por nosso saber, mas pelo furo no saber, o real, em que se aninha nossa falta.<sup>38</sup>

Como ceder a uma padronização, qualquer que seja ela, vinda de qualquer lugar ou *episteme*, sem contudo temer o próprio desaparecimento da psicanálise, para a qual a comparação e a padronização são diametralmente opostas à ética do sujeito?

Na psicanálise não há comparação, e sim uma ética do sujeito único. Acolhe-se a cada sujeito como se fosse a primeira vez, como incomparável. E como diz Miller, na operação de avaliação o que o sujeito ganha ou perde na operação é que ele “aceita ser comparado, torna-se comparável, tem acesso ao estado estatístico.”<sup>39</sup>

Então, a questão de recusar a avaliação é anterior até de brigar com os médicos ou com os cognitivistas. O que Miller e Milner tentam mostrar é que a premissa está equivocada, não somente o modo pelo qual se tenta forçar uma avaliação, mas a avaliação nela mesma. Em psicanálise, se quisermos formar bons profissionais da prática clínica que tratam “a demanda proveniente da voz de quem sofre de seu corpo ou de seu pensamento”<sup>40</sup>, não são suficientes uma prática de manual ou recomendações da boa prática, por mais elaborados que sejam seus critérios. Pois que a questão da eficácia é proposta em outros termos, a felicidade é interpretada, a satisfação é reduzida ao que dela responde o objeto *a*, e o reconhecimento pertence a uma esfera imaginária que tenta apagar as diferenças e as singularidades de um trabalho que deve levar o praticante, ele mesmo, a atravessar sua própria análise para poder se dizer analista.

Aí estaria o risco maior: ao tentarmos responder a partir da lógica imposta pelo discurso social, pelo Estado, pelo Outro, saímos inevitavelmente do discurso analítico e entramos no discurso do mestre. Veremos como esse risco ficou presente com a criação e a multiplicação do CPCT, que ocorre no seio da regulamentação das práticas clínicas na França.

## A criação do CPCT

Sob essa atmosfera avaliacionista, os psicanalistas saíram de seus consultórios e foram às ruas para defender os princípios e a particularidade da psicanálise, participando de reuniões com representantes de outras práticas “psi”, publicando artigos em jornais de grande circulação, reunindo-se com os deputados. A questão era sair às ruas, fazer-se conhecer, falar uma linguagem que o Outro social pudesse entender, para defender e sustentar tanto a pertinência quanto a particularidade da psicanálise.

---

<sup>38</sup> Irène Krassilchik, Entrevistas do Momento Atual, nº 10.

<sup>39</sup> Miller, J.-A. & Milner, J.-C. (2003). Você quer mesmo ser avaliado? Opus cit., p.25.

<sup>40</sup> “O manifesto psi”, opus cit.

Este movimento culminou, em 2003, na criação de uma instituição em Paris para o tratamento do sofrimento mental orientada pela psicanálise. Nascia o CPCT, “Centro Psicanalítico de Consulta e Tratamento”:

O CPCT, criado em 2003, foi um pulmão para a Escola no contexto da regulamentação da profissão “psi” e da demanda de Utilidade Pública, pois ali ainda era possível falar da psicanálise, da nossa, mesmo sendo a psicanálise aplicada.<sup>41</sup>

O CPCT começou como uma instituição modesta, uma unidade localizada em Paris na *Rue du Chabrol*, e depois se expandiu em outras unidades, outras cidades da França (Lyon, Marselha, Bordeaux), e outros países, como Espanha, Argentina, Itália, Bélgica e Brasil (notadamente na Bahia e em Minas Gerais).

O CPCT tinha como objetivos a gratuidade, um tempo limitado de tratamento (16 sessões), e a possibilidade de se oferecer um tratamento orientado pela psicanálise a pessoas que não procurariam um analista em um consultório, visando atender principalmente os casos de psicoses ordinárias e os sintomas contemporâneos, cujo laço ao Outro dificultaria o estabelecimento da transferência. Ou seja, o acesso das pessoas à psicanálise seria facilitado com a criação do CPCT, para que ela perdesse o estigma de inacessível, de compreensão difícil, de prática elitista:

Se queríamos que pudessem se dirigir a nós aqueles que são ou se sentem excluídos, ou os que recusam o laço social (são sempre os mesmos), ou ainda os que sofrem de sua dependência ao laço social (e ainda, são frequentemente os mesmos), era necessário que eles pudessem nos encontrar diretamente, sem nada prévio, sem que a instituição e seu peso se interpusessem. Eles telefonam, eles têm um horário, eles encontram um analista. Sem filtro. E, eles seguem, se querem. Por um tempo limitado, se querem. Instituição tão leve quanto possível.<sup>42</sup>

Mesmo que a criação do CPCT respondesse ao contexto avaliacionista, como uma proposta política de inserção da psicanálise na cidade, ele era também o resultado de uma orientação clínica clara, sendo destinado a sujeitos que apresentam “um ponto singular de desenodamento, de fragilização do sintoma, ruptura de laço, desligamento”<sup>43</sup>. Como diz Alain Merlet, no CPCT “visava-se, na maioria das vezes, encontrar um ponto de basta para sujeitos que, em sua maioria, eram portadores de uma psicose ordinária”<sup>44</sup>. Para estes, psicanálise aplicada à terapêutica, não para tudo nem para todos:

O CPCT continua sendo um lugar particular por ter se tornado um endereço para uma categoria de sujeitos que, na maioria das vezes, não se dirigem a um analista, sendo quase sempre afetados pelas psicoses ordinárias.<sup>45</sup>

---

<sup>41</sup> Yasmine Grasser, Entrevistas do Momento Atual, nº 4.

<sup>42</sup> Gilles Chatenay, Entrevistas do Momento Atual, nº 7.

<sup>43</sup> Fabien Grasser, Entrevistas do Momento Atual, nº 8.

<sup>44</sup> Alain Merlet, Entrevistas do Momento Atual, nº 7.

<sup>45</sup> Fabien Grasser, Entrevistas do Momento Atual, nº 28.

A desmontagem da clínica estrutural, operada por Lacan com o Seminário sobre Joyce, serviu de modelo ao dar uma caução epistemológica a essa pesquisa [do CPCT]. Ela obtinha sua justificação a partir dos inúmeros casos de “psicose ordinária” encontrados nesse lugar.<sup>46</sup>

As orientações para o tratamento, “precisando a questão da queixa em função da estrutura”, eram a “mínima decifração do inconsciente transferencial” e a “obtenção de um final satisfatório”<sup>47</sup>. Em outras palavras, um efeito terapêutico. Assim, o efeito terapêutico estava condicionado à questão da estrutura, pelo menos em sua idéia inicial, justificando-se a partir da psicanálise:

Para o que é o aspecto clínico deste debate, me parece evidente que os CPCT’s foram criados no momento em que o conceito de psicose ordinária se introduzia em nossa clínica. Explorar essa noção foi, me parece, um dos motores de nossa formação nesses últimos anos. E o avanço dessa pesquisa no seio do CPCT foi muito importante.<sup>48</sup>

Tudo se passava evocando, por certos traços, algo da psicanálise pura, mesmo que daquela fosse apenas o semblante. O fora do sentido (*hors-sens*) de tais tratamentos fazia com que aí houvesse da psicanálise e não da psicoterapia.<sup>49</sup>

Ao fim de 2008, Miller constata que a experiência CPCT estaria se desgarrando de seus objetivos iniciais, afastando-se da psicanálise pura e cedendo cada vez mais às exigências do Outro social. Tem início a publicação das “Entrevistas do Momento Atual”, como uma forma de chamar a atenção dos analistas à deriva na qual estaria mergulhando o CPCT, a psicanálise aplicada, a psicanálise pura e a própria Escola.

Miller constata que os CPCT’s teriam se tornado uma “bomba de sugar libido”<sup>50</sup>: só se falava em CPCT, todos queriam trabalhar no CPCT, a maioria dos grupos de estudo que se formavam dedicavam-se à experiência do CPCT. Os que faziam parte da experiência dedicavam cada vez mais horas ao trabalho clínico, à caça de subvenções, às reuniões clínicas e administrativas que se multiplicavam, no esforço de que a experiência tivesse “êxito”. Diz Miller:

Percebi que havia uma *CPCT-mania* no Campo Freudiano. Era como se todo o Campo Freudiano fosse se reconfigurar a partir do conceito, da ideologia e da prática do CPCT.<sup>51</sup>

Os analistas em formação passaram a dedicar cada vez mais tempo para as atividades clínicas e burocráticas existentes no CPCT e iam cada vez menos às Seções Clínicas, estudavam menos os textos fundamentais<sup>52</sup>, seduzidos por uma via de acesso mais fácil e mais rápida para se tornarem analistas, sem terem que passar anos de estudo nas

---

<sup>46</sup> Serge Cottet, Entrevistas do Momento Atual, nº 21.

<sup>47</sup> Alain Merlet, Entrevistas do Momento Atual, nº 7.

<sup>48</sup> Antoni Vicens, Entrevistas do Momento Atual, nº 27.

<sup>49</sup> Alain Merlet, Entrevistas do Momento Atual, nº 7.

<sup>50</sup> J.-A. Miller, Entrevistas do Momento Atual, nº 1.

<sup>51</sup> J.-A. Miller, Entrevistas do Momento Atual, nº 33.

<sup>52</sup> Daniela Fernandez, Entrevistas do Momento Atual, nº 11.

Seções Clínicas, em suas supervisões, e mesmo em suas próprias análises, curto-circuitando a própria questão da formação.

A forma pela qual um praticante pode autorizar-se analista, que na Escola tem o passe como norte, é colocada em questão pelo sucesso demasiado da experiência do CPCT, caminho mais fácil e mais rápido para os praticantes poderem se nomear – e serem nomeados por seus pares, pelos pacientes e pela própria instituição – como analistas:

Aqui, só há psicanalistas, mas eles não propõe um tratamento analítico<sup>53</sup>.  
Eu os chamo “analistas” ou “analistas em formação”. Não quero que se faça uma clivagem interna<sup>54</sup>.

Philippe de Georges vê aí um dos problemas que se instauraram entre o CPCT e a Escola, no que diz respeito à formação:

A meu ver, essa fórmula – “só há psicanalistas” – equivale a uma nomeação (...). Ali onde a Escola usa da mais extrema prudência remetendo, em seu anuário, unicamente aos analistas praticantes a autorização para um termo que a Escola apenas transcreve, existe o risco de que o CPCT se torne o lugar em que se nomeiem psicanalistas.<sup>55</sup>

Mesmo que a experiência clínica institucional testemunhe efeitos de formação inegáveis, como esclarece Serge Cottet<sup>56</sup>, a formação do psicanalista não se reduz à prática clínica, sendo “impossível formar um psicanalista a partir dos CPCT’s, ainda que esses lugares se encontrem ao longo do percurso da formação de psicanalistas”<sup>57</sup>:

Não podemos fazer do CPCT um lugar de autorização, e no que diz respeito à formação, é preciso deixar claro que, no âmbito da Escola, a experiência com a psicanálise aplicada não substitui nem se sobrepõe àquela que resulta da psicanálise pura, ou seja, da análise pessoal e do passe, o que não quer dizer que, tendo nos assegurado disso, não possamos reconhecer a contribuição que a prática do CPCT pode ter na formação clínica daqueles que dela participam.<sup>58</sup>

Assim, com relação à formação, a libido dos praticantes estaria sendo sugada pela experiência institucional e sendo desviada da Escola. Mas é com relação ao funcionamento institucional que outro problema é detectado: os analistas começam a reproduzir um certo modo de funcionamento que passa a ser “seguido”, “padronizado”, entre as unidades dos CPCT’s. Estas se multiplicam por uma exigência do Outro social e pelo desejo/necessidade de reconhecimento de utilidade pública da psicanálise, em face da política de avaliação perpetrada pelo Estado.

No lugar de uma “experiência da psicanálise na cidade”, um pequeno CPCT destinado ao tratamento das psicoses ordinárias e sintomas contemporâneos de desenlace social,

---

<sup>53</sup> Yasmine Grasser, Entrevistas do Momento Atual, nº 4.

<sup>54</sup> Francesca Biaggi-Chai, Entrevistas do Momento Atual, nº 9.

<sup>55</sup> Philippe de Georges, Entrevistas do Momento Atual, nº 15.

<sup>56</sup> Serge Cottet, Entrevistas do Momento Atual, nº 21.

<sup>57</sup> Didier Kuntz, Entrevistas do Momento Atual, nº 19.

<sup>58</sup> Simone Souto, Entrevistas do Momento Atual, nº 15.

surge um grande CPCT, e o que deveria ser uma “experiência” se nutriu de seu próprio “*savoir-faire*”, produzindo uma certa padronização da prática clínica pela exigência de “funcionar”, como apontam Esthela Solano e Irène Krassilchik:

Essa forma de funcionamento produziu um certo nivelamento da experiência, à nossa revelia. Se digo “nivelamento”, me refiro a alguma coisa que corre por trás das exigências impostas pelo êxito, que vai nos fazer, em lugares e graus diferentes, girar uma manivela.<sup>59</sup>

Que tudo tenha entrado em seguida em ordem, como deve ser, deixou em mim traços de recusa de um discurso que seria o do mestre.<sup>60</sup>

### Sucesso, eficácia: *ça marche?*

Neste momento de desenvolvimento da psicanálise aplicada e de uma política de incentivo da Escola para incluir o discurso psicanalítico no campo social, os analistas teriam se deixado dominar por este social e por sua demanda. Ao adaptarem sua língua à língua do Outro, para se fazerem entender, acabaram adotando a língua do Outro como sua, com o risco de perder a marca que os diferenciava deste mestre voraz. O problema em nos deixarmos “obsidiar pela preocupação de nos adaptarmos ao mundo contemporâneo e obter o reconhecimento do Outro social”<sup>61</sup> reside no fato de que esse desejo de reconhecimento pelo Outro não se faz sem riscos:

Não é inútil lembrar de que a IPA engajou-se muito cedo nas vias que lhe foram abertas pelo Outro social (...) A máquina triunfou sobre a psicanálise ortodoxa adormecendo-a sob as honras e o reconhecimento, os títulos e o dinheiro. À força de respeitabilidade, os mestres de ontem depuseram as armas ao cederem quanto aos conceitos, aos princípios, à doutrina. Atualmente, eles sequer existem.<sup>62</sup>

Não é de se admirar que a pressão do Outro social, do Outro da demanda, tenha se tornado cada vez mais insistente. Na verdade, esse Outro tomou as rédeas.<sup>63</sup>

A demanda social passa a orientar os rumos da instituição e as indicações de entrada, que começam a ser determinadas pelos inúmeros S1 que servem para nomear os diversos sintomas contemporâneos: bulimia, SDF, precariedade, depressão. E como salienta Miller, a multiplicação dos CPCT’s responde a essa lógica monossintomática imposta pelo Outro social:

O monossintomático nunca é mais do que o reflexo de um significante-mestre do discurso social.<sup>64</sup>

---

<sup>59</sup> Esthela Solano, Entrevistas do Momento Atual, nº 6.

<sup>60</sup> Irène Krassilchik, Entrevistas do Momento Atual, nº 10.

<sup>61</sup> Gustave Dessal, Entrevistas do Momento Atual, nº 3.

<sup>62</sup> Phillipe De Georges, Entrevistas do Momento Atual, nº 15.

<sup>63</sup> J.-A. Miller, Entrevistas do Momento Atual, nº 2.

<sup>64</sup> J.-A. Miller, Entrevistas do Momento Atual, nº 9.

Na proliferação de “unidades monossintomáticas”, em que os analistas se viram compelidos a responder à demanda do Outro social, e na busca às subvenções do Estado para o funcionamento destes diversos Centros de Tratamento, os analistas teriam passado a responder à questão da avaliação imposta pelo Outro, usando a língua que este Outro entendia (ou exigia): efeitos terapêuticos rápidos, em todo e qualquer caso. Nesse sentido, é grande o risco evocado por Lacan de “alistamento do praticante no social”, ou seja, como aquele que se crê apto a responder ao mal estar da civilização. Como salienta Serge Cottet, o analista deve estar sempre preparado para “recusar as ofertas sociais que o fariam esquecer de que sua responsabilidade primeira é para com a linguagem”<sup>65</sup>.

O CPCT, porém, obtém o reconhecimento do Outro social pela via da eficácia e do sucesso. Se os efeitos terapêuticos eram uma conseqüência indireta em uma análise, eles passam agora a ser almejados, não só pelos contornos políticos que tomam de assalto a França, mas também por uma certa leitura do último ensino de Lacan quanto ao *sinthoma*, como relata Yasmine Grasser:

O encontro e a familiarização com a clínica dos nós e a noção de *sinthoma* para nossa comunidade, talvez tenham favorecido uma espécie de fábrica coletiva de soluções e invenções rápidas para os pacientes do CPCT.<sup>66</sup>

Esta situação aumenta o desconforto da comunidade analítica pelo rumo que a psicanálise estaria tomando, com um inchaço da psicanálise aplicada que recobria o discurso sobre a psicanálise pura e sobre o passe. Os efeitos terapêuticos, a satisfação do paciente, a avaliação do Estado, a eficácia, sem o “a mais” de saber que diferencia a psicanálise das outras terapêuticas, a cura passa agora a ser avaliada com as ferramentas dadas pelo Mestre, esse que a formula em termos de retirada dos sintomas, felicidade, satisfação.

Um “*savoir-faire*” clínico passa a ser disseminado, e o “tratamento CPCT” pode ser indicado a cada vez para mais pessoas e para os mais diferentes sintomas. Os efeitos terapêuticos tornam-se o objetivo final de “curas” cada vez mais rápidas, denunciando assim um “excesso de suas pretensões terapêuticas”<sup>67</sup>:

Centrado no benefício terapêutico a curto prazo, o desejo do analista no CPCT se tornou a vontade de obter um efeito terapêutico. A ênfase sendo posta na melhora e no alívio do sofrimento, o analista “aplicava-se” em impedir a abertura do inconsciente e o desenvolvimento da transferência.<sup>68</sup>

Entendemos então que a controvérsia não está no projeto inicial e seus efeitos terapêuticos vinculados originalmente a uma clínica da desinserção, mas quando os efeitos terapêuticos são almejados de maneira generalizada, denunciando um excesso que visa a tudo e a todos indiscriminadamente:

---

<sup>65</sup> Serge Cottet, Entrevistas do Momento Atual, nº 21.

<sup>66</sup> Catherine Lazarus-Matet, Entrevistas do Momento Atual, nº 5.

<sup>67</sup> Alain Merlet, Entrevistas do Momento Atual, nº 7.

<sup>68</sup> Dalila Arpin, Entrevistas do Momento Atual, nº 15.

Um “tratamento de psicanálise” sem transferência, sem fantasma, sem circulação de dinheiro, todo orientado em direção ao sintoma que se trataria de tornar psicanalítico e de suprimir, em um tempo determinado desde o início, estava previsto a sujeitos geralmente fora do discurso, muito desarrimados ou ao menos em precariedade simbólica.<sup>69</sup>

Quando a questão da “eficácia” e do “sucesso” respondem segundo a linguagem do Outro social, do mestre, na imposição do “*ça marche*”, é o discurso do mestre que comanda, ao custo do sujeito e do desejo:

Me parece agora evidente que uma lógica do sucesso pesa fortemente sobre nós. Por um lado, esta é correlata à vontade política inicial de demonstrar, em um contexto de ataques virulentos e repetidos, a utilidade da psicanálise (aplicada) no campo social. Por outro lado, há poucas chances, hoje em dia, de sermos confiáveis – e, portanto, efetivamente solicitados e *a fortiori* subvencionados – preconizando o valor incontornável da falha em psicanálise. (...) Presos, portanto, no “é preciso que isso funcione” do discurso do mestre que você [Miller] pinçou em “*Vers PIPOL 4*”.<sup>70</sup>

O “isso funciona”, para a psicanálise, é outro. Ele envolve uma falha fundamental, estrutural, e diz do inconsciente, no sentido do sem sentido, ou seja, do gozo, inapreensível pela engrenagem asséptica das estruturas anônimas, sem sujeitos nem desejo. Como responder ao “funciona” das avaliações, se falamos de outro tipo de “funciona” em psicanálise?

O mais “útil” do ponto de vista da demanda social não é o mais interessante e útil na perspectiva própria à psicanálise. O mais útil para a psicanálise é o que parece ser o mais inútil para a demanda social nas “consultas e tratamentos”.<sup>71</sup>

A resposta analítica é outra: não visa à extinção do buraco, pois o buraco é estrutural. Como explica Miller:

Sem dúvida, a psicanálise está em déficit a respeito dessas terapias porque não é nosso estilo, não somos vendedores de felicidade nem de confiança em si mesmo. Pensamos o contrário, uma análise necessita que o sujeito perca sua confiança em si mesmo, e que não a recupere demasiado rápido, de tal maneira que possa ficar aberto o buraco para que siga trabalhando. E, se há efeitos terapêuticos, são indiretos.<sup>72</sup>

Por isso, oferecer somente os efeitos terapêuticos a sujeitos que estruturalmente teriam uma indicação para atravessar uma análise tradicional é ir contra a ética da psicanálise,

---

<sup>69</sup> Joëlle Joffé, Entrevistas do Momento Atual, nº 27.

<sup>70</sup> Pascale Fari, Entrevistas do Momento Atual, nº 10.

<sup>71</sup> Miquel Bassols, Entrevistas do Momento Atual, nº 27.

<sup>72</sup> Miller, J.-A. (2005). Efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise: conversação clínica com Jacques-Alain Miller em Barcelona. Escola Brasileira de Psicanálise, Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2008, p. 39.

pelo menos desta que Lacan frisou em Freud, negando o buraco inerente ao ser humano falante. Os efeitos terapêuticos em psicanálise, como vimos anteriormente, têm sua pertinência na clínica da neurose como um momento em que a terapêutica está em evidência, mas não se esgota neles, não os busca como objetivo último e único do tratamento. A resposta da psicanálise à demanda de felicidade é fazer o sujeito falar, e manter aberta deste modo a hiância estrutural do mal estar do ser falante:

Para Freud, o valor de uma interpretação não se mede à sua exatidão, ela não se mede pela concordância do analisante, ela não se mede tampouco ao seu efeito terapêutico. Ela se mede pelas suas consequências, e mais especialmente pelo fato de que ela produz no paciente a produção de material novo.<sup>73</sup>

Assim, como responder à questão da eficácia pretendida pelo Estado, “satisfação garantida ou seu dinheiro de volta”, a partir da psicanálise? Qual deve ser a promessa analítica à demanda de felicidade? Desde Freud, a resposta é a mesma: a demanda formulada é sempre demanda de Outra coisa. Não é por acaso que Lacan situa um capítulo intitulado “A demanda de felicidade e a promessa analítica” em seu Seminário sobre a Ética, nos lembrando da advertência freudiana.

É esta ética da psicanálise, finalmente, que nos obriga a respondermos (e, na maioria do tempo, a não respondermos) de outro lugar:

É na medida em que a demanda está para além e para aquém de si mesma; que ao se articular com o significante, ela demanda sempre outra coisa; que em toda satisfação da necessidade ela exige outra coisa; que a satisfação formulada se estende e se enquadra nessa hiância, que o desejo se forma como o que suporta essa metonímia, ou seja, o que quer dizer a demanda para além do que ela formula<sup>74</sup>.

---

<sup>73</sup> Pierre-Gilles Guéguen, Entrevistas do Momento Atual, nº 35.

<sup>74</sup> Lacan, J. (1959-1960). O Seminário, livro 7: A Ética da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997, p.353.