

CONSTRUÇÃO E FORMALIZAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

Christian Dunker
Clovis Eduardo Zanetti

Comecemos por sugerir algumas distinções preliminares entre a leitura de casos clínicos, a construção de casos clínicos e a formalização de casos clínicos, distinção que nos parece importante para manter o escopo e a pertinência do método. A condição para a leitura de um caso é sua estrutura de narrativa, assim como a noção de construção requer elucidar o conceito de conceito que se está a empregar, e a formalização requer o uso de um determinado sistema de escrita lógica. Esta partição procede dos níveis de epistemologização sugeridos por Foucault (2012): (1) o limiar de positividade, momento primitivo em que uma dada prática discursiva realiza uma primeira individualização, ganhando autonomia temática na cultura e produzindo objetos específicos, como a redescritção que Freud fez dos sonhos ou dos lapsos e atos falhos da psicopatologia da vida cotidiana; (2) limiar de epistemologização, no qual surgem modelos, críticas e normas que fornecem uma coerência discursiva no plano das estratégias conceituais (*Begriffe*) além de disciplinas e práticas de verificação ou legitimação do saber, por exemplo, em Freud, os casos clínicos; (3) limiar de cientificidade, no qual se ultrapassam as regras arqueológicas de formação de enunciados, estabelecendo-se critérios formais, ou metaproposições (*Grundbegriffe*) se filiam a um dado campo, geralmente tornado disciplina. ^{Termos básicos}

Os critérios formais de legitimação do conhecimento, eleitos por diferentes tradições epistemológicas, tais como verificação (Carnap), refutabilidade (Popper) ou parcimônia (Lakatos) correspon-

dem a maneiras diferentes de articular os níveis de epistemologi-
zação sugeridos por Foucault à luz de uma dada teoria da prova
e um certo entendimento do que vem a ser a lógica da descoberta
ou verificação do conhecimento. Critérios consensuais ou institu-
cionais de legitimação do saber, tais como as noções de doutrinal
de ciência (Milner), paradigma (Kuhn) ou comunidade de ciência
(Stengers) correspondem a uma articulação dos níveis foucaultianos
de epistemologização, enfatizando o processo social de produção
de conhecimento. Para estes dois níveis o conceito e a narrativa são
as noções-chave. O limiar de formalização leva em conta estes dois ní-
veis anteriores de organização do saber como conhecimento, acres-
centando a estes o esforço para definir axiomas e a estrutura das
proposições que as legitimam. Para Foucault, apenas a matemática
alcançou este nível.

Assumimos que a leitura de um caso clínico insere-se em uma
metanarrativa, teórica ou literária, na qual forma parte como espé-
cie de inserção ou prolongamento. Ou seja, o caso clínico é antes de
tudo um gênero ou um subgênero entre o literário e o científico:

Sei que há – ao menos nesta cidade – muitos médicos que (coisa bas-
tante repugnante) vão querer ler um caso clínico desta índole como
uma *novela* destinada a sua diversão e não como uma contribuição à
psicopatologia das neuroses. (Freud, 1905/1989, p.8)

A abordagem freudiana dos casos clínicos está repleta de es-
tratégias tipicamente literárias: trabalhar com fragmentos e indícios,
detalhar os primeiros movimentos do caso, combinar a exposição
em duas partes, uma mais narrativa outra mais interpretativa. Lem-
bremos que o termo em alemão para novela, neste trecho, é *Schlüssel-*
roman, ou seja, literalmente romance-chave, e não apenas *novela* (como
a tradução espanhola) ou *romance* (como na tradução brasileira).

Também em Lacan (1998) encontramos a afinidade literário-
científica do caso clínico na noção de estilo exigido pela “fidelidade
ao invólucro formal do sintoma, que é o verdadeiro traço clínico
pelo qual tomamos gosto” (p.70). Para Lacan a construção do caso
começa pela leitura, e ler é uma operação que envolve reconhecer e
organizar signos pertinentes (semiologia), realizar passagens entre
modos de significação (tradução), meios de expressão (transcrição)
e sistemas de escrita (transliteração). Mas é na elaboração do caso
Aimée (Lacan, 2011) que se explicitam as condições literário-cienti-

ficas, que devemos esperar de um caso clínico: (1) o "desenvolvimento biográfico", em que se verificam "sínteses e hiatos", nos quais deve ser apreendida narrativamente a responsabilidade; (2) a "síntese de representações", na qual se obtém certa unidade temporal ou experencial da personalidade; e (3) a tensão entre as estruturas simbólicas ideais e reais na realização da personalidade do sujeito. Os critérios lacanianos para a escrita do caso Aimée oscilam entre a atividade de contar (Erzählung), lembrando que *zahlen* é em alemão contar no sentido literário e matemático, apresentar (Darstellung), lembrando que *stellen* é colocar de pé, por, sustentar. Finalmente, reunindo contar e apresentar (*Darstellung-Erzählung*), chegamos ao plano do que se pode descrever (Beschreiben) que contém escrever (*schreiben*) como radical formativo.

Portanto, um caso clínico não é a descrição exhaustiva de todos os acontecimentos de um tratamento. Ele se define, ao contrário, por um conjunto de aplainamentos narrativos (ordenamento dos fatos, localização de ações e passagens fundamentais), discursivos (psiquiátrico, familiar, literário, biográfico) e lógicos.

O conceito de construção em Freud condensa as noções de leitura, conceito e escrita aqui referidas. Em "A etiologia da histeria", um texto de 1898 que data do nascimento da psicanálise, Freud compara a construção com a montagem de um quebra-cabeça, quando, ao final de tentativas e ensaios, vamos adquirindo a certeza de que cada peça, cada fragmento, corresponde a um dos lugares que permanecem vazios, e, no caso de peças perdidas, os contornos dos lugares desocupados deixam entrever quais peças estão faltando e que somente a reconstrução dessas peças em forma e conteúdo finaliza o trabalho.

Do mesmo modo, as cenas infantis [as peças reconstruídas] provam ser, por seu conteúdo, como complementos irrecusáveis à estrutura associativa e lógica das neuroses, e somente sua inserção torna o processo inteligível (*verständlich*) – na maioria das vezes poderia dizer torná-lo evidente por si mesmo (*selbsverständlich*). (Freud, 1898/1989, p.204)

Em Construções em análise, texto de 1937, trinta e nove anos depois, Freud continua conferindo valor clínico e teórico às construções, e acrescenta que a tarefa consiste então em "complementar aquilo que foi esquecido [apagado] a partir dos traços que deixou atrás de si ou, mais corretamente, construí-lo" (1937/1975, p.293).

Como bem observou Cottet (1999) "a cada vez que se trata de demonstrar a estrutura de uma história mítica ou de uma fantasia, Freud introduz a construção" (p.89).

Freud (1937/1989) estabelece a diferença entre interpretação e construção, argumentando que a "interpretação" aplica-se de forma pontual a algo que se faz com elementos significantes isolados, como atos falhos, lapsos, sonhos etc.; já a "construção" exige certo tempo de trabalho e a reconhecemos sempre, quando se reúne e "se põe perante o sujeito da análise um fragmento de sua história primitiva" que se perdeu, e que pode ser, observa Freud, "exatamente a parte essencial" (p.262). A construção visa operar em lacunas, em determinados intervalos entre significantes, onde as associações e interpretações sozinhas não produzem mais efeito algum.¹⁴

Outra diferença é que a "interpretação" na análise depende e resulta do emprego do método da associação livre; já as "construções" – embora sejam guiadas pelas lacunas na estrutura associativa e lógica da neurose, quando partem do analista – são um recurso essencialmente teórico. As construções, armadas por conceitos, produzem os elos associativos necessários à construção da fantasia. A construção aí é também simultaneamente uma desconstrução (ou uma travessia) que separa o sujeito antes identificado ao objeto, o que implica que o sujeito possa se reconhecer no desejo (impossível) que anima sua fantasia inconsciente e possa reconhecê-la enquanto fantasia, ou seja, como resposta invertida, animada por um desejo de reparar, encobrir, superar e/ou retroagir a um momento anterior ao encontro traumático com o desejo do Outro e a sexualidade, fazendo-se de objeto de sua própria fantasia na tentativa de tamponar a falta no Outro pela via do Ideal.

— Em Freud, a noção de construção se presta a particularizar e definir o caso clínico entre a peça de argumentação e a narrativa literária. Ao apresentar a noção de *Konstruktion*, Freud parece retomar as três modalidades de saber apresentadas acima. O analista "tem que coligir o esquecido desde os indícios que este deixou atrás

¹⁴ Tais lacunas na consciência deixadas por fragmentos traumáticos da história sexual primitiva do sujeito perdidos para o recalque, dão lugar a repetições daquilo que fora apagado da história e que se transfere para a vida produtiva e amorosa de forma deslocada, distorcida e desconexa, sendo tratado pelo eu do sujeito como algo atual e de forma alienada. As construções visam uma reconstrução clínica dessas cenas, que participam da causalidade da neurose. O efeito terapêutico falha, caso não se tenha penetrado tão fundo.

de si, melhor dito, tem que construí-lo" como um arqueólogo, em que pese que para este a reconstrução é um fim em si mesma e para o psicanalista é um meio. O critério da verossimilhança sugere que a construção seja uma conjectura ou ficção, autorizada quando se chega ao limite do material lembrado. Ela acolhe, reúne e corrobora o maior número de elementos do caso. "Não só há método na loucura, como discerniu o poeta, senão que ela contém também um fragmento de *verdade* histórico-vivencial (*historische Wahrheit*)" (Freud, 1937/1989, p.269). Transpondo o uso da construção no contexto do método de tratamento para a construção como método de investigação, percebe-se que o limite do que pode ser lembrado é dado pelo limite da preservação da forma narrativa. Quando esta fracassa em manter sua estrutura de ficção, que resguarda uma verdade transmitida é preciso recorrer à construção, ou seja, à proposição de algo novo. É o ponto pelo qual se passa do documentário para a ficção.

Mas a finalidade da investigação não é a inclusão ou exclusão em categorias de potencial dedutivo segundo um ideal exaustivo de coerência. A validade da construção tem por critério não o assentimento direto do paciente, mas "(...) apenas a continuação da análise pode decidir se nossa construção é correta ou inviável" (Freud, 1937/1989 p.266). O critério da confirmação indireta pela produção ulterior do material nos faz sair do campo narrativo e recorrer ao discursivo-conceitual. Só ele pode interpretar a pertinência corroboradora ou desmentidora da construção. Exemplo: um paciente se queixa que sua esposa não lhe concede favores sexuais. Ele a traz ao consultório e pede que Freud lhe explique as consequências de sua atitude. Freud começa então a mostrar como esta recusa pode trazer "lamentáveis perturbações à saúde dele e ainda tentações que poderiam levar à quebra do matrimônio". Neste ponto o marido intervé: "O inglês em que você diagnosticou um tumor cerebral *também morreu*" (Freud, p.265 [grifo nosso]). É óbvio que o marido queria apoiar o "diagnóstico" de Freud, mas ele não o faz direta, mas indiretamente, através deste comentário aparentemente sem sentido.

Na construção do caso clínico, o assentimento consciente do paciente é menos importante do que as corroborações indiretas, reveladas pela evolução do discurso. Portanto, não é a verdade da narrativa, mas o real contornado pelo discurso, que se mostra como evidência construtiva para o caso clínico.

Chegamos assim ao terceiro critério da noção de construção, ou seja, sua finalidade, que é: "liberar o fragmento de verdade histó-

rico vivencial de suas desfigurações e apoios no real-objetivo, e res-situá-lo nos lugares do passado, a que pertence" (Freud, 1937/1989, p.269). A função da construção é similar à função do delírio na psicose. Ora, sabemos que esta função refere-se a uma tentativa de cura pelo reinvestimento, que faz de realidade. Ou seja, o delírio é uma espécie de realidade artificial construída, para tratar o Real. Se o Real não é representável por descrição, mas corresponde tanto à deformação quanto ao limite do que pode ser descrito, encontramos aqui as duas estratégias de cercamento do Real, presentes na noção de construção: a via dos poetas e a via da formalização lógica. "Se se toma a humanidade como um todo e se a põe em lugar do indivíduo humano isolado, resta que também ela desenvolveu formações delirantes inacessíveis à crítica lógica e que contradizem a realidade efetiva (*Wirklichkeit*)" (Freud, p.270).

Vemos aqui como a noção de construção aponta para o terreno da realidade (*Realität*) e do Real (*Wirklichkeit*), sem que este se confunda com o critério da eficácia terapêutica, nem com o critério da verdade (*Wahrheit*). As três dimensões da noção de construção, metodologicamente enfatizada aqui, possuem estreita relação com as linhagens históricas que deram origem à psicanálise como prática de cura, psicoterapia e clínica (Dunker, 2011).

Mas, aqui surge um quarto movimento, que não encontramos na construção como procedimento clínico; movimento relativo a que – segundo nossa hipótese pretende entender – é a função da escrita de um caso para o psicanalista que o colige. Apesar da imensa variedade de motivos para tal, cremos que há um motivo que é interno e estrutural no conceito de construção, ou seja, separar-se do analisante, fazer o luto do processo vivido ou terminar a transferência do lado do psicanalista.

Se olhássemos agora para as três condições literário-científicas concernentes ao conceito de construção e para sua incidência à prática de construção de casos clínicos, perceberíamos que nossos *quatro movimentos envolvem quatro tipos de temporalidade distintos*: (1) o tempo narrativo, no qual os acontecimentos do caso se precipitam, segundo a *épica* que lhe é própria (*epos*), segundo uma autoficção biográfica; (2) o tempo rememorativo e reconstrutivo, no qual o sujeito recompõe sua histórica e a cada momento projeta seu futuro (*mythos*) ao longo da rede descobertas e acontecimentos que caracterizam o tratamento; (3) o tempo lógico da transferência, no qual

se incorporam, integram e modulam as duas formas temporais anteriores na direção do tratamento (*logos*); e (4) o tempo da escrita coligido para a transmissão e publicação da experiência.

Daí podermos dizer que a construção de um caso é, ao mesmo tempo, narração da épica do tratamento, reformulação mítica de seus passos e dissolução da lógica transferencial que o comandou. 

Um procedimento para construção de casos clínicos

Baseados em tais considerações preliminares, exercitamos um procedimento experimental para a produção de casos clínicos, que consistiu em partir de um tratamento psicanalítico, que poderia ter se desenrolado tanto em um contexto institucional (hospitais, ambulatórios, clínicas-escola) quanto em um consultório privado. Tal tratamento se fazia acompanhar de supervisão por parte de um psicanalista, em geral mais experiente. Por livre decisão de psicanalista e supervisor, o caso poderia ser eleito para ser exposto em uma reunião de discussão coletiva. Redigia-se assim um texto, sob o qual se facultava liberdade estilística e se estimulava variedade de formas expositivas. A redação assim composta era lida oralmente para um grupo de pesquisadores e psicanalistas. Durante a leitura, atentava-se particularmente às ilações, apostos e intrusões orais acrescentadas ao material escrito. A experiência de leitura aberta, com a evidenciação de problemas e incongruências narrativas, conceituais e até mesmo ortográficas (*lapsus calami*) precedia rodadas de questões e perguntas que se dirigiam, principalmente, a um único aspecto da situação, a saber a relação entre forma e exposição escolhida e o conteúdo clínico colocado em pauta. Situa-se assim, metodologicamente, o que se pode chamar de uma questão: a questão que organiza o caso, que força sua inteligibilidade, que se distribui em uma rede ordenada de perguntas e temas. Saliente-se que o procedimento não equivale a uma supervisão clínica, nem se dirige a colher impressões ou opiniões sobre as escolhas levadas a cabo na condução daquela cura. A construção do caso inclui a supervisão do caso, mas a suplementa.

Voltemos aqui à distinção, antes mencionada, entre método de tratamento e método de investigação, e vejamos o ponto em que a construção do caso suplementa a supervisão. Freud definiu o termo "*Psychoanalyse*" da seguinte forma:

Psicanálise é o nome de (1) um procedimento para a investigação de processos anímicos que são quase inacessíveis por qualquer outro via, (2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e (3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo desse caminho, e que pouco a pouco vai se coligando numa nova disciplina científica. (Freud, 1923/1989, p.231)

A pesquisa em psicanálise é tida como algo inerente ao tratamento, o próprio tratamento psicanalítico é entendido como um tipo de pesquisa, a pesquisa do inconsciente. “A psicanálise constitui uma combinação notável, pois abrange não apenas um método de pesquisas das neuroses, mas também um método de tratamento baseado na etiologia assim descoberta” (Freud, 1913/1989, p. 211). Como já havíamos assinalado em trabalho anterior (Zanetti, Borges & Oliveira, 2012), está foi inclusive a grande descoberta: o mesmo procedimento e o mesmo processo que é utilizado para investigar as causas inconscientes da formação dos sintomas neuróticos, esse mesmo processo, quando levado a seu termo, se traduz simultaneamente em efeitos terapêuticos e no solucionamento dos sintomas. Algo inédito (Nogueira, 1997; Dunker, 2011) e muito distinto do que ocorre na prática médica da qual Freud se formou, em que a pesquisa clínica das causas dos sintomas realizadas pelo médico, seus exames diagnósticos, se distingue radicalmente de seus procedimentos terapêuticos. Em medicina pesquisar a causa não implica diretamente em tratar o sintoma, são atos diferentes executados em momentos diferentes, primeiro um depois o outro. Na psicanálise não, o método de pesquisa e tratamento se combinam de maneira notável, pois o mesmo procedimento que encontra as causas alivia e soluciona os sintomas.

Em “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912) Freud mais uma vez sublinha a combinação inédita entre os métodos, e dá um passo na formalização, sinalizando o ponto em que se separam.

Uma das reivindicações da psicanálise em seu favor é indubitavelmente, o fato de que, em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem [e acrescenta que] *não obstante, após certo ponto, a técnica exigida por uma opõe-se à requerida pelo outro.* (Freud, 1912/1988, p. 114 [grifo nosso])

Quando se trata de trabalhar cientificamente num caso, de desenvolver uma pesquisa, desligada e independente das incum-

bências terapêuticas referentes a um tratamento específico, a escuta livremente flutuante e a associação livre, que reinam soberanas enquanto preceitos técnicos durante o tratamento, perdem sua função, e a técnica que passa a ser exigida é a escrita. Nesse ponto, tratamento e pesquisa, começam a se opor. O estudo com propósitos científicos implica, portanto, a escrita do caso, um procedimento técnico não recomendado durante o tratamento.

Não é bom trabalhar cientificamente num caso enquanto o tratamento ainda está continuando – reunir sua estrutura, tentar predizer seu progresso futuro e obter, de tempos em tempos, um quadro do estado atual das coisas, como o interesse científico exigiria. Casos que são dedicados, desde o princípio, a propósitos científicos, e assim tratados, sofrem em seu resultado; enquanto os casos mais bem sucedidos são aqueles em que se avança, por assim dizer, sem qualquer intuito em vista, em que se permite ser tomado de surpresa por qualquer nova reviravolta neles, e sempre se o enfrenta com liberalidade, sem quaisquer pressuposições. (Freud, 1912/1988, p.114)

Uma recomendação cuidadosa que renova o interesse teórico, o valor clínico e a dimensão ética da pesquisa clínica retrospectiva. ✶
Trata-se, como defende Nogueira (1997 p.136) de “uma investigação original no âmbito da ciência [que tem como] pressuposto uma descontinuidade entre a experiência, sua investigação e sua transmissão”.

Podemos agora reinterpretar e separar as dimensões literária e científica do caso clínico, situando-o como diferentes posicionamentos no interior da transferência, que anima a escrita de um caso.

Narrativa, matema e formalização

No que diz respeito à técnica de escrita exigida, não se trata, diz Freud, de uma escrita ostensiva, visando à exatidão, e, sim, de uma determinada técnica de escrita, científica, que seja capaz de: 1. ✶ reunir a estrutura do caso; 2. tentar calcular seu progresso; e 3. formar um quadro de seu estado atual.

A formalização seria uma tentativa de revelar pela escrita quais as sequências lógicas e operações inconscientes latentes e determinantes dos fenômenos clínicos, e que ultrapassam os dados percebidos.

dos. Assim, na pesquisa psicanalítica retrospectiva, a fala deve ser substituída pela escrita, uma linguagem simbólica, um discurso sem palavras.

Nesse sentido a transmissão da experiência analítica no nível da escrita, é uma substituição do vivido, uma espécie de laboratório, uma experiência artificial onde produzimos fatos científicos. (Nogueira, 1997, p.140)

Desde seus primeiros trabalhos com a histeria Freud deixa muito claro que a reconstrução da experiência pela escrita teórica tem o objetivo de produzir evidências, que podem se apresentar como provas em favor de suas teses, e isso em três domínios: clínico, lógico e terapêutico. (Zanetti, 2006).

Lacan leva esse esforço de abstração ao extremo, quando privilegia "o nível de transmissão matemática, no qual os símbolos (...) funcionam como simplificadores da prática clínica" (Checchia, 2004, p.330).¹⁵

Com esse intuito iremos propor um modelo, um ensaio de sistematização e formalização do método a partir de uma determinada leitura do Matema do "Discurso do Analista" desenvolvido por Lacan (1969-70/1992). A escolha dessa fórmula lacaniana se justifica pelo fato de que ela nos permite: (1) reunir parte importante do conjunto de operações implicadas na construção do caso clínico em um sistema de relações estáveis; (2) distinguir cada um dos elementos em jogo; e (3) situar as diferentes relações e lugares ocupados por cada um na estrutura de um discurso. A matriz discursiva proposta por Lacan estabelece quatros lugares pelos quais circulam quatro elementos.

¹⁵ Uma das vantagens da opção de Lacan pela lógica do significante se deve ao fato de tratar-se de uma linguagem simbólica, artificial, estável, que permite correlacionar fenômenos clínicos, mantendo a ambiguidade da fala, e, além disto, é uma lógica que possibilita operar com restos. Esta foi a sacada de Lacan, quando construiu a escrita do discurso, integrando no discurso um resto que não é linguagem.

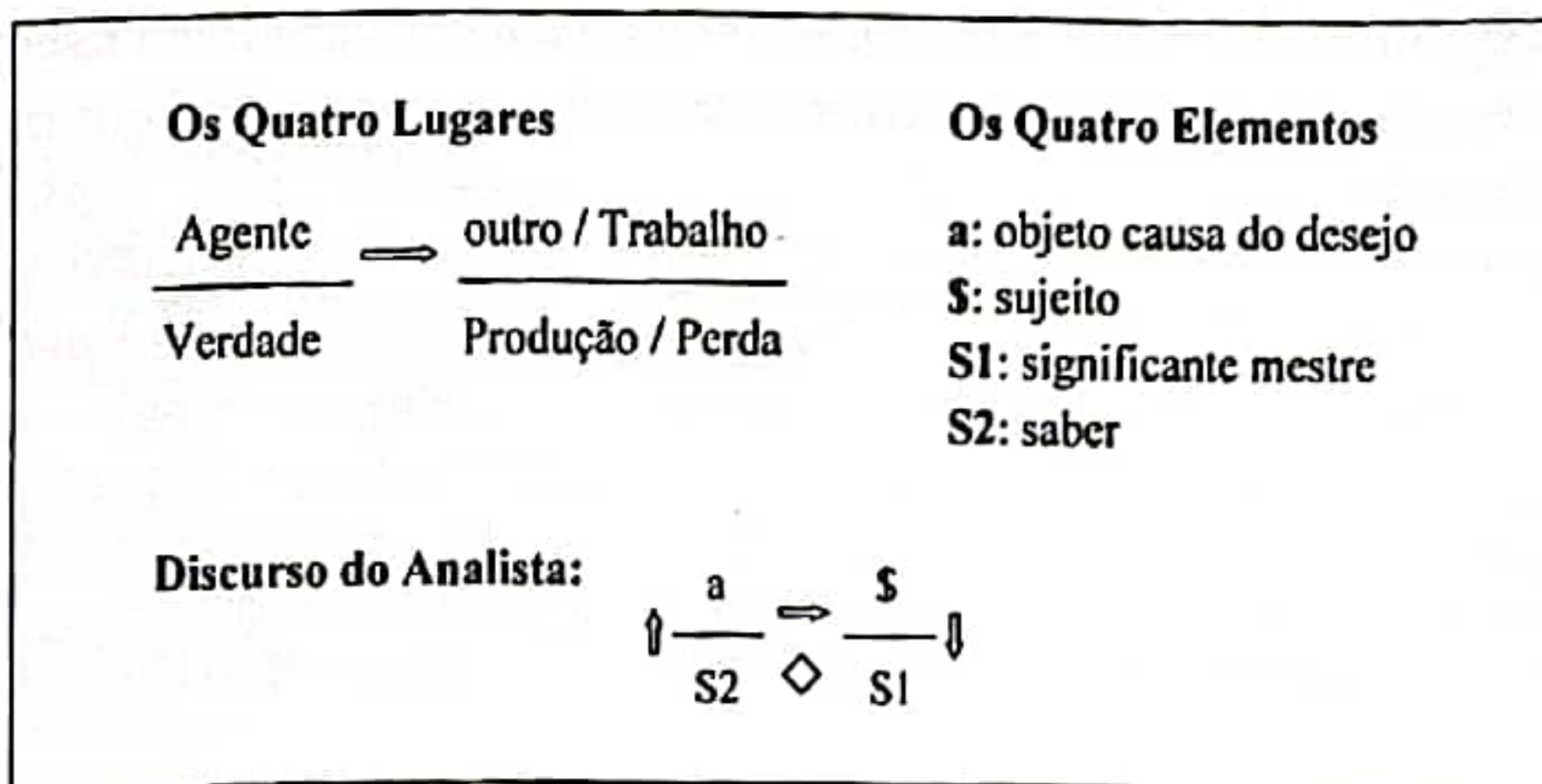


Fig. 1. Matriz dos Discursos e o Discurso do Analista. *Fonte:* Adaptado de Lacan (1992/1969-1970).

No Discurso do Analista, apresentado na figura 1, o “lugar do agente” (acima à esquerda) é ocupado pelo (a) objeto causa do desejo, o “lugar do trabalho” (acima à direita) é ocupado pelo sujeito dividido (\$), já no “lugar da produção e da perda” (abaixo a direita) está o (S1) significante mestre das identificações e do Ideal, e o saber (S2), está no “lugar da verdade”.

Assim podemos retomar e explorar as relações de diferença e identidade indicadas por Freud entre tratamento e pesquisa a partir do Discurso do Analista. Segundo os lugares preestabelecidos pela estrutura do discurso a pesquisa, no tratamento, na supervisão e na construção retrospectiva do caso clínico, deve se dar necessariamente no lugar do trabalho, sendo que no tratamento quem ocupa esse lugar é o analisante, sujeito em tratamento, na supervisão é o analista supervisionando, e na pesquisa retrospectiva o analista na posição de pesquisador (Fig. 2).

No momento do tratamento, a pesquisa é realizada pelo analisante e essa tem, a princípio, como mostra a figura 3, uma finalidade ética e terapêutica. O segundo momento, a supervisão, ocorre após as sessões e pode incluir a colaboração de um ou mais supervisores e mantém uma finalidade ética e terapêutica. O terceiro momento transpõe a finalidade clínica para a finalidade científica. Ela é desligada e independente de suas incumbências terapêuticas referentes a um tratamento específico.

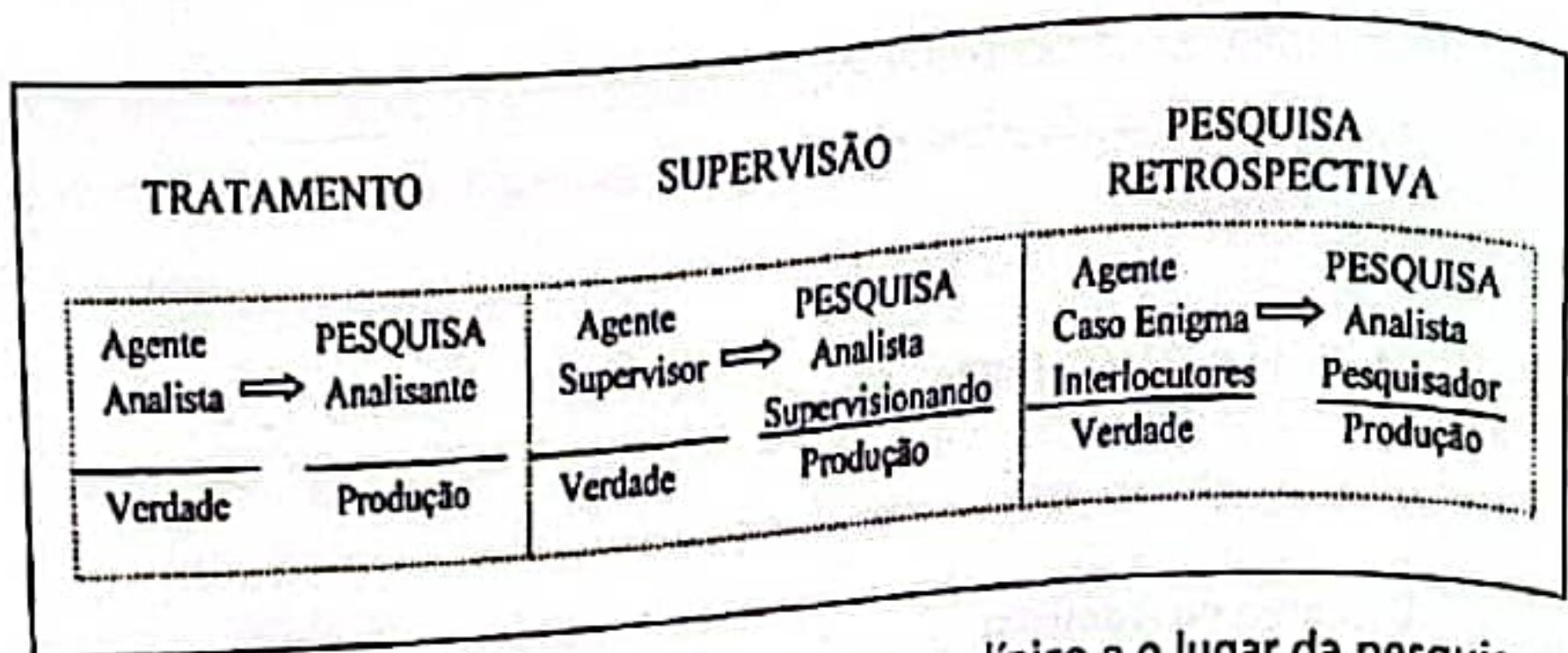


Fig. 2. Os três momentos da construção do caso clínico e o lugar da pesquisa a partir do Discurso do Analista. Fonte: Adaptado de Lacan (1992/1969-1970).

	TRATAMENTO	SUPERVISÃO	PESQUISA
FINALIDADE	Ética e Terapêutica	Ética e Terapêutica	Ético Científica
MÉTODO	Associação Livre	Associação Livre	Construção Escrita
PRODUÇÃO	Interpretações e Construções em Análise	Interpretações e Construções em Análise	Texto e Transmissão
CONDIÇÃO	Transferência	Transferência	Transferência de Trabalho

Fig. 3. Quadro comparativo: afinidades, diferenças e identidades entre tratamento e pesquisa em Freud e a noção de discurso em Lacan.

O importante a observar é que tanto a supervisão como construção do caso em equipes, ou a construção do caso clínico com finalidade científica, exigem do analista praticante um deslocamento do "lugar de agente" do discurso, que é o lugar que deve ocupar no tratamento, para o "lugar de trabalho" (Fig. 2). Tal deslocamento discursivo é necessário, pois o lugar de agente do discurso analítico, "ocupado pelo objeto a – (...) em posição de causa de desejo – não se

compatibiliza com a posição de pesquisador. Pesquisar é antes uma posição de trabalho" (Elia, 2000, p. 24 [grifo nosso]). Esse deslocamento exigido ao analista na supervisão e na escrita para a posição de trabalho implica a possibilidade da "reapropriação do saber pelo analista na condição de pesquisador" (Figueiredo, 2004, p. 80).

No contexto do ambulatório universitário, esta passagem do analista ao lugar do trabalho, com exceção daqueles praticantes que têm a experiência da análise, é, algumas vezes, proporcionada pela primeira vez na supervisão. Segundo o modelo que estamos propondo, na hora de elaborar sua prática e conferir a ela o valor de uma experiência clínica com todas as dificuldades que o caso lhe impõe, é o praticante, tomado pelo discurso analítico (Fig. 1) como sujeito (\$) quem faz uso do trabalho da associação livre ($a \rightarrow \$$), ato que lhe é interditado no momento em que conduz o tratamento, pois entra em conflito com a "escuta em atenção flutuante" que lhe é exigida como contrapartida para conduzir a cura e pôr o paciente em trabalho de associação. Lembrando então que nesse trabalho de falar se entregando as associações sem julgar ou censurar seus pensamentos, aquele que fala sofre os efeitos da própria fala sobre si, faz descobertas, elabora suas questões e tem a chance de se libertar de um sofrimento ($\$ \rightarrow S1$). No caso da supervisão, com a condição de que haja uma transferência com o trabalho, o praticante tem a chance de experimentar e de se apropriar dos efeitos de sua própria entrega à associação livre, na interpretação e na construção de um saber clínico próprio que lhe traz as respostas que precisa para trabalhar os problemas e obstáculos que lhe fazem questão na direção dos tratamentos que ele conduz. Uma experiência ímpar, em alguns casos, marcante.

No *tratamento*, portanto, quem associa livremente é o paciente, mas, na *supervisão* é o analista e na construção do caso é o seu destinatário imediato, na figura dos ouvintes, e seu destinatário opaco, na figura dos que podem ter acesso a publicação. Percebe-se neste percurso como se passa do oral ao escrito e do privado ao público, do narrativo ao conceitual.

Enquanto a supervisão aprimora a formação do psicanalista e a excelência de sua prática, a pesquisa científica retrospectiva visa transmissão pública. Desligada de responsabilidades terapêuticas imediatas, a técnica exigida aí é a escrita, e o método é o da construção.

A transferência de trabalho proposta como condição desta modalidade de pesquisa é uma noção cunhada por Lacan a partir do próprio conceito de transferência com o objetivo de "definir as relações entre pares, que se escolhem para formar o cartel", visando a pesquisa e a formação de analistas¹⁶ (Figueiredo, 2005, p.47). Esta é, portanto uma forma de situar a separação entre tratamento e pesquisa, a partir do que podemos reunir e diferenciar três modalidades de pesquisa:

1. A "pesquisa realizada pelo analisante" através da associação livre sob transferência, que resulta em interpretações e construções visando o solucionamento de seus sintomas;
2. Da "pesquisa realizada pelo clínico" através da associação livre numa transferência com sua própria análise e supervisão, que resulta em interpretações e construções visando tanto o solucionamento de dificuldades experimentadas no campo da transferência, como na questão do diagnóstico e da direção da cura;
3. Da "pesquisa realizada pelo clínico", retrospectiva, através construção e da escrita do caso em uma transferência de trabalho, que resulta na dissolução da transferência do lado do analista por meio de uma escrita, visando transmissão.

→ É no momento da supervisão que se escolhe aquele que irá se tornar um caso clínico. O critério da escolha do caso, e isso parece ser um consenso, é o caso que faz enigma (Costa, 2008; Vorcaro, 2010), em outras abordagens se diz os casos difíceis. É por operar nesse campo, com essas funções que se criam as condições para que o analista em supervisão, primeiro, formule sua questão, e se-

¹⁶ Como observou Rithée Cevasco (2014) em encontro de trabalho no IP – USP, trata-se de uma indicação de Lacan para pensar o trabalho coletivo; é uma condição para o estabelecimento de um laço produtivo entre pares. Alguns apontamentos da noção, encontramos em Figueiredo (2005): "se o movimento da transferência (de escolha) é do sujeito, na transferência de trabalho, o movimento é de cada um da equipe em direção ao trabalho, tomando seus pares como parceiros da clínica" (p.48). Jimenez (1994) estabelece diferenças: "O trabalho de transferência se dirige ao sujeito suposto saber, lugar ideal (...). Esse lugar Ideal é aquilo que efetivamente se liquida ao final da análise, já que a transferência ao analista não se liquida, mas é transformada em transferência de trabalho. (...) no Final da análise (...) o Outro, despido de sua consistência, se transforma num interlocutor (...) passando a ocupar o lugar puramente simbólico das trocas. O motor da transferência de trabalho é o desejo de saber, que se nutre da impossibilidade do saber absoluto" (p.130).

gundo, para que lhe ocorram interpretações. É pelo trabalho de decifração das interpretações produzidas que o analista praticante enquanto sujeito (\$) se separa das identificações e Ideais representados no discurso pelo significante mestre ($\$ \rightarrow S1$), e se põe numa relação livre com o significante. É aqui que localizamos a função estrutural da questão que leva um analista a escrever um caso clínico, extraíndo de uma experiência particular a sua singularidade de escrita, por um lado e a sua universalidade de transmissão, por outro.

Conclusão

Trata-se, portanto, de conferir a funcionalidade de um modelo teórico apoiado na noção de Discurso em Lacan, fiel à experiência e à ética da psicanálise, cuja contribuição, além do exame crítico sobre as modalidades de pesquisa em psicanálise que precedeu sua construção, se concentra em dois aspectos complementares: por um lado permite, como demonstramos, simplificar e organizar parte importante das operações implicadas na construção do caso clínico em um sistema de relações estáveis; reunir e distinguir cada um dos elementos e operadores em jogo, e situar as diferentes relações e lugares ocupados por cada um na estrutura de um discurso; por outro lado, a precisão conceitual dos movimentos e das distintas temporalidades em jogo da construção do caso clínico possibilitaram entender qual pode ser a função da escrita do caso clínico para o analista. Localizamos no interior desse sistema formal a operação de separação ($\$ \rightarrow S1$) que apoia a hipótese da existência de um motivo interno e estrutural no conceito de construção, que causaria no praticante a escrita do caso clínico, que é a necessidade de terminar a transferência pelo lado do analista, de separar-se do analisante, fazer o luto do processo vivido, como parte de uma elaboração necessária a dissolução da lógica transferencial que comandou o caso.

Tais resultados apontam para a importância clínica, metodológica e política da construção do caso clínico em psicanálise, pois, como defende Freud (1905/1989), a escrita do caso se faz decisiva na fundamentação das teses, na exposição ao juízo público a respeito dos métodos e procedimentos empregados, na demonstração da eficácia do tratamento e na comunicação dos resultados. Trata-se,

portanto de um ato ético e uma postura completamente sintonizada com a ideia de que o saber só se torna ciência após ser publicado, e a pesquisa somente se completa quando se torna disponível (Koller, Sabadini & Sampaio, 2012).

Referências

- Checchia, M. A. (2004). Considerações iniciais sobre a lógica e teoria lacaniana. *Psicologia USP*, 15 (1/2), 321-338.
- Costa, A. (2008). *Clinicando: escritas da clínica psicanalítica*. Porto Alegre: AP. POA.
- Cottet, S. (1999). *Freud e o desejo do psicanalista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Cevasco, R. (2014). Intervenção realizada no *Seminário sobre a obra de J. Lacan* ministrado por Christian I. L. Dunker. Instituto de Psicologia da USP, São Paulo.
- D'argod, M. R. L. (2005). Um método para estudo e construção do caso em psicopatologia. *Ágora*, v. VIII, n.1, 107-122. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/agora/v8n1/v8n1a08.pdf>
- Duarte, R. O. (2013). O caso da "Pequena Sereia" – uma reflexão sobre diagnóstico diferencial e final de análise com crianças. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v.18, n.3, set/dez. 518-531. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v18n3/v18n3a6.pdf>
- Dunker, C. I. L. (2003). Sobre a compreensão psicanalítica da paranoia. *Mental*, ano I, n. 1. Barbacena, p.23-37. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v1n1/v1n1a03.pdf>
- Dunker, C. (2011). *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica. Uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. 2.ed. São Paulo: Zagodoni, 2021.
- Elia, L. (2000). Psicanálise: clínica e pesquisa. In: S. Alberti; L. Elia (orgs.), *Clínica e Pesquisa em Psicanálise* (pp. 19-35). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Figueiredo, A. C.; Machado, O. M. R. (2000). O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno a estrutura. *Ágora*, v. III, n.2, 65-86. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/agora/v3n2/v3n2a04.pdf>
- Figueiredo, A. C. A. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, ano VII, n. 1, 75/86. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017778006>

Figueiredo, A. C. A. (2005). Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*, ano III, n.5. Barbacena, p.44-55. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v3n5/v3n5a04.pdf>

Foucault, M. (2012). *Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Original publicado em 1969).

Freud, S. (1989). La etiologia de la histeria. In *Obras Completas Sigmund Freud*. (J. Strachey Ed. e José L. Etcheverry Trad., Vol. 3, pp. 187-218). Buenos Aires: Amorrortu (original publicado em 1898).

Freud, S (1989). Fragmento da análise de un caso de histeria (Caso Dora). In *Obras Completas Sigmund Freud*. (J. Strachey Ed. e José L. Etcheverry Trad., Vol. 7, pp. 01-107). Buenos Aires: Amorrortu (original publicado em 1905).

Freud, S. (1988). Consejos al médico sobre tratamiento psicoanalítico. In *Obras Completas Sigmund Freud*. (J. Strachey Ed. e José L. Etcheverry Trad., Vol. 12, pp. 107-119). Buenos Aires: Amorrortu (original publicado em 1912).

Freud, S. (1989). Sobre Psicoanálisis. In *Obras Completas Sigmund Freud*. (J. Strachey Ed. e José L. Etcheverry Trad., Vol. 12, pp. 207-231). Buenos Aires: Amorrortu (original publicado em 1913).

Freud, S. (1989). Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido". In *Obras Completas Sigmund Freud*. (Vol. 18, pp. 227-254). Buenos Aires: Amorrortu (original publicado em 1923).

Freud, S. (1989). Construcciones em el análisis. In *Obras Completas Sigmund Freud*. (J. Strachey Ed. e José L. Etcheverry Trad., Vol. 23, pp. 256-270). Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Original publicado em 1937).

Jimenez, S.; Kleeve, P.; Autran, A. L. (1994). Cartel: do trabalho de transferência à transferência de trabalho. In Stella Jimenez (org.), *O cartel: conceito e funcionamento na Escola de Lacan* (pp. 137-142). Rio de Janeiro: Campus.

Koller, S. H.; Trzesniak, P. (2009). A redação científica apresentada por editores. In: Sabadini, Sampaio, Koller (Orgs.). *Publicar em psicologia: um enfoque para a revista científica*. São Paulo: Associação Brasileira de Editores Científicos de Psicologia.

Lacan, J. (1998). De nossos antecedentes. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 69-76). Rio de Janeiro: Jorge Zahar (original publicado em 1966).

Lacan, J. (1992). *O seminário, Livro 17: O avesso da psicanálise, 1969-1970*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar (original publicado em 1991).

Lacan, J. (2011). *Da Psicose Paranoica em suas Relações com a Personalidade*. Rio de Janeiro: Forense Universitária (original publicado em 1975).

Nogueira, L. C. (1997). *A psicanálise: uma experiência original – o tempo de Lacan e*

a nova ciência. Tese de Livre-docência. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Reis, M. L. O. (2011). Não se fala de boca cheia. In F. K. Neto (org.), *Saúde mental e psicanálise: lógica diagnóstica e novos sintomas* (pp. 51-58). Barbacena: EdUEMG.

Serpa, T.; Medeiros, A. C. A (2012). A construção de um caso clínico a partir da articulação entre etnografia e a psicanálise. *Analytica*, São João del-Rei, v.1,p.106-133. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/analytica/v1n1/v1n1a07.pdf>

Vanoli, N. E.; Bernardino, L. F. (2008). Psicose infantil – uma reflexão sobre a relevância da intervenção psicanalítica. *Estilos da Clínica*, vol. XIII, nº25, 250-267. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v13n25/a15v1325.pdf>

Vorcaro, A. (2010). Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico. In: F. Kyrillos Neto; J. O. Moreira (orgs.). *Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade* (pp.11-26). Barbacena: EdUEMG.

Zanetti, C. E. (2006). *Corpo, representação e o domínio do real: a constituição do conceito de realidade psíquica em Freud*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Filosofia e Metodologia das Ciências, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos. Recuperado de <http://www.dfmc.ufscar.br/uploads/publications/4f05d24bd47f0.pdf>

Zanetti, S. A. S.; Kupfer, C. M. (2009) O relato de casos clínicos em psicanálise: um estudo comparativo. *Estilos da Clínica*, vol. XI, n. 21, 170-185. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/46009/49634>

Zanetti, C. E.; Borges, F.; Oliveira, S. L. R. (2012). A construção do caso clínico e a psicanálise no contexto da clínica-escola. In Andrea S. S Berger, Denise H. Tinoco, Marien, A. Chahine (Orgs.). *A psicologia e novo paradigma da ciência* (pp.67-75). Londrina: EdUniFil.