UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

CLARICE PIMENTEL PAULON

**Introduzindo o conceito de *narrativa* em psicanálise: sobre um
operador comparativo para o estudo de casos clínicos
(versão corrigida)**

São Paulo
2017

CLARICE PIMENTEL PAULON

**Introduzindo o conceito de *narrativa* em psicanálise: sobre um
operador comparativo para o estudo de casos clínicos**
(versão corrigida)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos
para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Christian Ingo Lenz Dunker

São Paulo
2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Pimentel Paulon, Clarice

Introduzindo o conceito de narrativa em psicanálise: sobre um operador comparativo para o estudo de casos clínicos / Clarice Pimentel Paulon; orientador Christian Ingo Lenz Dunker . -- São Paulo, 2017.
223 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2017.

1. Narrativa. 2. Casos Clínicos. 3. Método. 4. Discurso . 5. Transferência. I. Ingo Lenz Dunker , Christian, orient. II. Título.

Nome: Clarice Pimentel Paulon

Introduzindo o conceito de narrativa em psicanálise: sobre um operador comparativo para o estudo de casos clínicos.

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*Aos meus pais, Maria Helena e Tadeu, que me transmitiram que interpretar é apenas
atribuir algum sentido.*

Àquele que veio para fundar um desejo.

AGRADECIMENTOS

As companhias fazem o destino.

A Christian Dunker, uma das presenças mais generosas que já conheci. Meu querido orientador, parceiro de trabalho, projetos e lutas, obrigada por me mostrar que há sempre um possível dentro dos nossos desejos de transformação, há sempre um lugar para produzir esperança e alento e um endereçamento reverberante de nossas paixões por transmitir! Obrigada pela psicanálise extramuros, sem a qual este trabalho seria impossível. Que a vida continue na intensidade das conquistas!

A J. Guillermo Milán-Ramos, amigo e parceiro de trabalho, que me apresentou, com a delicadeza da sua escuta, a minha relação com o meu texto, os meus meios de significação. Obrigada pela sua seriedade.

A Mariana Moraes, pela intimidade sempre presente, pelas gentilezas espontâneas, pelo cuidado. Obrigada pela nossa amizade serena.

A Miguel Bairrão, parceiro de escuta desde a época da graduação, com quem divido tantos ideais e interpretações! Obrigada pelas hipóteses benéficas e benévolas.

A Nelson da Silva Júnior, que me acolheu como supervisor no estágio PAE e com quem aprendi muito sobre docência.

À minha banca de qualificação, Waldir Bevidas e Miguel Bairrão, pela leitura atenta, apontamentos e direções, que foram presença constante nessa etapa da pesquisa.

A Priscilla Santos de Souza, parceira de vida, projetos e consultório, que, estrangeira como eu, me deu coragem e confiança para seguir, bancando comigo o desejo de permanecer e de transformar.

A Hugo Lana, presença acolhedora em São Paulo, por todos os momentos compartilhados, os trabalhos concretizados, as inseguranças acolhidas, os fragmentos de verdade apresentados.

A Maria Letícia Reis, presença carinhosa em São Paulo, pela sensibilidade e ternura que me acolheram tão bem e mostraram que é possível ter calma e paciência com a insanidade deste mundo.

A Karina Belloni, pela amizade incomparável e pelo amor genuíno sempre presentes.

A Natalie Mas, pela intensidade dos afetos, sinceridade acolhedora e amor sempre presentes. Obrigada pelo seu companheirismo. Ao Jota, pela presença sensível e amistosa.

A Denise Mamede pelo cuidado, pelas agradáveis surpresas, pela possibilidade de ter novas histórias para contar.

A João Felipe Domiciano, por ter compartilhado comigo seu consultório, tornando-o meu por algum tempo, pela abertura simpática a uma boa conversa.

A Pedro Ambra, pela determinação e pela defesa inexorável da liberdade!

A Diego Penha, pelo compartilhamento de ideias, pelos temas em comum, pelas sugestões articuladas.

A Dulce Coppedê, pela delicadeza e empolgação sempre presentes.

A Mário Senhorini, pela diversidade de espaços compartilhados, pelas parcerias de trabalho, pela confiança na amizade.

A Rafael Alves Lima, pelas sugestões de leitura certas, o apoio na parceria de trabalho e as conversas produtivas de boteco.

A Paulo Beer, pelo humor sagaz!

A Paulo Sérgio, pela leitura atenta do texto, pela revisão acurada e cirúrgica!

A Renata Bazzo, pelo humor, pela leveza, pelas cervejas e pelos cafés sempre possíveis nos intervalos da vida.

A Marcus Teshainer, pela leveza dos almoços agambenianos durante semanas de intenso trabalho.

A Rogério Caron Furquim, pelas traduções dedicadas aos casos médicos apresentados nesta tese.

Aos queridos do grupo de orientação, que me leram e que foram por mim lidos, pelo aprendizado, pelas discussões e referências aprendidas. Que os trabalhos continuem sempre em parcerias! Hugo Lana, Maria Letícia Reis, Dani Sanches, Lu Salum, Beto Profeta, Rafa Cossi, Dulce Coppedê, Jaque Cardoso, Lígia Borba, Rogério Caron Furquim, Natalie Mas, Pedro Oblitzner, Renata Bazzo, Clóvis Eduardo Zanetti, João Felipe Domiciano, Rafael Alves Lima, Ramaiana Cardinali, Vanessa Da Fonseca, Beth Brose, Marcus Teshainer, Tiago Ravanello, Nadir Lara Júnior, Mayla Di Martino, Ilana Katz, Miriam Pinho e Augusto Ismerim.

Aos membros do Latesfip (Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise): Christian Dunker, Vladimir Safatle, Nelson da Silva Júnior, Ronaldo Manzi, Fábio Franco, Yasmin Afshar, Júlio César Castro, Pedro Ambra, Paulo Beer, Mário Senhorini, Heitor Pestana, Márcia Regina Fogaça, Marcelo Ferretti, Alessandra Parente, Renata Bazzo, Dani Sanches, Júlia Catani, Hugo Lana, Rafael Alves Lima, pela parceria de trabalho, dimensionando sofrimentos!

Aos companheiros da Rede Clínica: Hugo Lana, Natalie Mas, Priscilla Santos de Souza, Beatriz Chnaiderman e Anna Turriani, pelo trabalho conjunto, pelas novas ideias, pela constante ebulição de parcerias!

A Karina Belloni, Rafa Cossi e Sílmia Sobreira, pela produção do nosso cartel do *Seminário XX: Mais... ainda*, que rendeu cafés, discussões e trechos desta tese!

Àqueles que me fizeram esperançosa na aposta do coletivo, remando admiravelmente contra a maré de retrocessos: Aristeu Bertelli e Vinicius Cesca, pelo companheirismo e acolhimento das diferenças; Evelyn Sayeg, pela ternura e carinho; Moacyr Bertolino, pela estratégia; Stella Maris, pela disponibilidade e forte presença; Andrea Mataresi,

pela força e ética incontestáveis; Bruna Falleiros, pela coragem e pelos apontamentos sempre cirúrgicos; Magna Damaceno, pela parceria e fortaleza; Mary Ueta, pelas alternativas sempre possíveis; Ed Otsuka, pelo rigor nipônico; Mauricio Iwai, pela sensibilidade. Obrigada integralmente a todos vocês, pela possibilidade revigorante do trabalho coletivo, da aposta ética, do rigor necessário à gestão pública!

A Priscilla Santos de Souza, Victor Barão e Paulo Emílio Cabral, pela parceria e pela aposta arriscada e paciente da criação de um novo espaço de trabalho, mais comum e menos solitário.

A Paula Fiochi, amiga e coordenadora, pelo intenso aprendizado e pela entrada na docência; a Ana Clara Magalhães, com quem aprendo, a cada conversa, o exercício da diferença e do amor ao saber; a Deborah Perez, pela alegria contagiante; e a Caio Andreo, pela paciência e pelas conversas das aulas. Sem vocês, o início na docência não renderia tanto desejo!

A Letícia Amoroso, pela delicadeza do contato, e e Luís Fernando Silva, pelo humor contagiante!

A Juliana Cristina da Silva, parceira de graduação, com quem, mesmo na distância, compartilho tantos momentos importantes da vida.

A Milena Sarti e Paula Chiaretti, pioneiras do meu contato com a pós-graduação, que sempre discutiram com todo o cuidado meus temas e trabalhos e me ensinaram como é bom viajar juntas para congressos!

A todos os meus queridos alunos e supervisionandas, com quem aprendo, a cada aula e supervisão, os limites da transmissão, a criação de horizontes comuns a partir dos quais consigo verdadeiramente me escutar e transformar minhas ideias, reinterpretando, a cada encontro, o que há de mais saber.

A meus pacientes, sem os quais este trabalho seria realizado a ouvidos moucos.

À Capes, que possibilitou não só que este trabalho se concretizasse, mas também que fosse enriquecido com grandes interlocutores através do Convênio Capes-Udelar, coordenado pela Profa. Dra. Nina Leite, pelo Prof. Dr. Christian Dunker e pela Profa. Dra. Angela Vorcaro; que permitiu o desenvolvimento de parte desta tese na Universidad de la Republica, em Montevideo – Uruguai, sob a supervisão cuidadosa do Prof. Dr. J. Guillermo Milán-Ramos.

A Pedro, irmão, parceiro, que, com sua presença, dimensiona minha história e suas transformações. Obrigada por sua generosidade e paciência.

A José Alexandre, pela aposta cotidiana na reinvenção do amor, pela quebra de barreiras e presença incontestável: no mundo, na narrativa e na essência.

Pois ele reconheceu prontamente que nisso estava o princípio de seu poder, no que este não se distinguia da sugestão, mas também que esse poder só lhe dava a solução do problema na condição de não se servir dele, pois era então que assumia todo o seu desenvolvimento de transferência. (Lacan, Escritos, , p. 603)

A interpretação é coextensiva à história. (Lacan, Escritos, p. 604)

RESUMO

PAULON, C. P. (2017). *Introduzindo o conceito de narrativa em psicanálise: sobre um operador metodológico para o estudo de casos clínicos*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O intuito desta tese é introduzir a narrativa como operador comparativo para o estudo de casos clínicos. Partimos do princípio de que a psicanálise, ao longo da história, construiu e reformulou seus conceitos através da articulação entre o método clínico e as práticas psicoterapêuticas, produzindo uma experiência narrativa: uma modalidade da linguagem que articula discurso e história. Entendemos que a construção dessa experiência só foi possível devido às mudanças paradigmáticas pelas quais a psicanálise passou, reformulando constantemente seus métodos de observação, intervenção e racionalidade. A narrativa, como um procedimento das teorias práticas que não exclui a história de sua formalização, seria o operador principal para indicarmos essas transformações paradigmáticas que, na tese, são apresentadas a partir da análise da construção de três casos clínicos freudianos (Dora, Homem dos Ratos e Schreber) e das Entrevistas com Pacientes de Lacan, realizadas no Sainte-Anne. Essa análise, realizada de forma interdisciplinar, apresenta, nos casos freudianos, a relação entre literatura, teoria e história para a construção do caso e seus movimentos transformativos. Nas entrevistas de paciente temos a articulação de distintos materiais para a realização das mesmas (prontuários, entrevistas anteriores realizadas por médicos, anamneses e passagens por outras instituições), os quais são utilizados por Lacan para narrativizar o discurso trazido pelo paciente, articulando as relações entre o público e o privado (ou intimidade), dando, assim, coerência e transmissão da experiência a esses discursos. Neste sentido, enquanto em Freud temos o caso clínico como função de transmissão e construção teórica, nas Entrevistas de Pacientes de Lacan temos a narratividade como elemento de intervenção terapêutica com a apresentação da linguagem como método e objeto em psicanálise. Tanto em Freud quanto em Lacan, essas operações só se tornaram possíveis devido à articulação entre linguagem e transferência, o que torna o caso clínico uma escrita de prova das relações entre o necessário, o possível, o impossível e o contingente na psicanálise.

Palavras-chave: Narrativa; Discurso; Caso Clínico; Método; Transferência

ABSTRACT

PAULON, C. P. (2017). *Introducing the concept of 'narrative' in psychoanalysis: a methodological operator for the studies of clinical cases*. Doctoral Thesis, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

The purpose of this thesis is to introduce 'narrative' as a comparative operator for the study of clinical cases. We assume that psychoanalysis, throughout history, has constructed and reformulated its concepts through the articulation between the clinical method and the psychotherapeutic practices, producing a narrative experience: a modality of language that articulates discourse and history. We understand that the construction of this experience was only possible due to the paradigmatic changes that psychoanalysis has undergone, constantly reformulating its methods of observation, intervention and rationality. The narrative, as a procedure of practical theories that does not exclude the history of its formalization, would be the main operator to indicate these paradigmatic transformations that, in the thesis, are presented from the analysis of the construction of three Freudian clinical cases: Dora, Rat Man and Schreber and of the Interviews with Patients of Lacan, that took place in the Sainte-Anne hospital. This analysis, carried out in an interdisciplinary way, presents, in Freudian cases, the relation between literature, theory and history for the construction of the case and its transformative movements. In the patients interviews we have the articulation of different materials for the interviews: records, previous interviews by doctors, anamneses and passages by other institutions that are used by Lacan to narrate the discourse brought by the patient, articulating the relations between the public and the private (or intimacy), thus providing coherence and transmission of experience to these discourses. In this sense, while in Freud we have the clinical case as a function of transmission and theoretical construction, in the Interviews of Patients of Lacan we have the narrativity as an element of therapeutic intervention with the presentation of language as method and object in psychoanalysis. In both Freud and Lacan, these operations were only made possible by the articulation between language and transference, which makes the clinical case a proof of the relations between the necessary, the possible, the impossible and the contingent in psychoanalysis.

Keywords: Narrative; Discourse; Clinical Case; Method; Transference

I. INTRODUÇÃO	13
II. CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO	29
1. MODALIDADES DE LINGUAGEM E PSICANÁLISE: MÉTODO E OBJETO	42
1.1. O discurso e sua produção	42
1.2. O caso como efeito de um discurso	44
1.3. Modalização do discurso	56
1.4. A Transferência: entre narrativa e discurso	62
1.5. O real como contingência da escrita	64
1.6. A verdade em estrutura de ficção	78
1.7. A historicidade contingente do caso clínico: o gênero	91
2. FREUD E A ESCRITA DA CLÍNICA	107
2.1. As transformações do caso clínico em Freud: do drama à narrativa com Dora	111
2.2. O romance-chave e a descrição no Homem dos Ratos: mito, estrutura e narrativa	122
2.2.1 Narrativizando a estrutura: o grafo do desejo	129
2.3. SCHREBER: a análise de uma autobiografia é um caso clínico?	134
2.3.1 Schreber: Psiquiatria, Literatura e Antropologia	143
3. ENTREVISTA DE PACIENTES: MAPEAMENTO INICIAL	148
3.1. Breve histórico e contextualização sobre o dispositivo clínico utilizado	148
3.2. Apresentação de pacientes – o paradigma médico	151
3.3. Apresentação de pacientes: a reformulação realizada por Lacan	155
3.3.1 Apresentação de sexta-feira, 12 de dezembro de 1975: Caso 1: Sr. BD., 26 anos	162
3.3.2 Apresentação de sexta-feira, 6 de janeiro de 1976: Caso “Monique” (Sra. S., 42 anos)	166
3.3.3. Apresentação de sexta-feira, 20 de janeiro de 1976: Caso “Sr. H” (A.H., 52 anos)	171
3.3.4. Apresentação de sexta-feira, 13 de fevereiro de 1976: Caso “Uma psicose lacaniana” (G. L. 26 anos)	177
3.3.5. Apresentação de sexta-feira, 27 de fevereiro de 1976: Caso “Sr. M.H. Travestismo e Transexualismo”	182
3.3.6. Apresentação de sexta-feira, 12 de março de 1976: Caso “Annie – Psicose ou histeria” (Sra. Annie, 33 anos)	187
3.3.7. Apresentação de sexta-feira, 9 de abril de 1976: Caso “Doença Mental” (Brigitte. 27 anos)	193
3.3.8 Apresentação de sexta-feira, 30 de abril de 1976: Caso “Srta. Vivianne”	201
3.4. Lacan e a narratividade: os casos de Sainte-Anne	207
CONCLUSÃO: UMA TESE GENERALISTA	212
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	217

I. INTRODUÇÃO

Esta tese surge de uma inquietação quanto ao *modus operandi* da psicanálise e ao que ele diz sobre o seu estatuto. Sendo a psicanálise uma episteme e um método bífidos (Dunker, 2017) de investigação e tratamento; e sendo esse método construído também a partir de outras áreas do saber, tais como as ciências da linguagem, a história, a filosofia e a lógica, quais seriam os efeitos dessa múltipla constituição em sua prática? De que modo seria possível pensar a psicanálise como prática clínica sem dissociá-la do seu arcabouço teórico e levando a teoria à sua radicalidade na construção de operadores metodológicos? Para tal intento, utilizamos a análise estrutural de narrativas como método para a leitura e a compreensão da principal peça discursiva da psicanálise, a qual atesta seus desenvolvimentos teórico-metodológicos: os estudos e casos clínicos, que possibilitam pensar a relação dinâmica existente entre experiência e epistemologia.

Segundo De Certeau (1987/2012), as ciências humanas devem “extrair teorias a partir dos aspectos mais profundos de suas práticas” (p. 157). O autor ainda afirma que essa possibilidade se dá através da compreensão de que os procedimentos narrativos imanes aos desenvolvimentos teóricos em ciências humanas são necessários e produtores da teoria, e não restos que devem ser excluídos de sua formalização final. O que De Certeau afirma, portanto, é que a narrativa é um processo necessário à construção teórica e que não utilizá-la significaria reduzir nossas práticas ao nível de procedimentos técnicos e meramente formais. A construção e análise de narrativas, então, surge como método para as construções teóricas em psicanálise a partir do momento que é compreendida como uma forma dinâmica de significação que articula, simultaneamente, discurso [teoria] e história [prática] (Reis; Lopes, 2011).

Nosso objetivo, portanto, é analisar a construção de casos clínicos em psicanálise para compreender, a partir das transformações dessa construção ao longo da história, como os desenvolvimentos epistemológicos e metodológicos dessa prática aparecem nos casos e contribuem para sua transmissão. O caso clínico foi aqui escolhido como material por ser uma importante peça discursiva da teoria psicanalítica que nos apresenta o ponto de confluência da relação entre a prática clínica e os conceitos, exibindo o papel fundamental da experiência para a episteme psicanalítica. Assumimos que há uma afinidade entre a experiência do tratamento e a *experiência narrativa*. Pacientes nos contam suas histórias por meio desse recurso, assim como a psicanálise presume certas narrativas de base, supostas em noções como o Édipo, o

narcisismo, as pulsões – sem falar nos operadores clínicos diretos como o romance familiar ou o mito individual do neurótico. A narrativa se inscreve na episteme psicanalítica pela via da ação, ou seja, possibilita que realizemos uma análise teórica [do discurso] a partir de suas práticas [história] sem dissociar esses dois campos¹. Nesse sentido, o caso clínico comporta-se como material de constatação e de transformação do *modus operandi* da psicanálise, como método de tratamento e de investigação. Ao articular-se nessa peça discursiva a teoria e a prática, o caso clínico aparece não só como marca da experiência de uma análise, como também atesta sua transmissão, a partir de uma temporalidade também pautada na experiência. Segundo Costa (2008): “Toda experiência – inclusive na transmissão da psicanálise – inscreve-se numa lógica temporal, e essa lógica implica uma organização complexa, a partir da qual podemos assinalar que a clínica é movimento” (p. 41). Ou seja, a clínica psicanalítica inscreve-se temporalmente a partir da noção de “movimento”, o que implica aspectos dinâmicos e de ação tal como os movimentos narrativos.

Neste sentido, o caso clínico comporta-se como um importante componente histórico da psicanálise, já que permite realizar análises sobre a teoria que se desloquem do eixo das especialidades e técnicas, apresentando-se a partir de heterogeneidades discursivas (Porter, 1985)². O caso clínico, como fonte primária para a compreensão do funcionamento da psicanálise, apresenta-se como multifatorial, dado que é um registro de criação e a apresentação conceitual da disciplina; ao mesmo tempo, inscreve-se também no discurso do paciente, na medida em que traz à baila suas significações. Essas heterogeneidades apresentadas nos casos clínicos também mostram o atravessamento de elementos de outras teorias para as composições formais da psicanálise, como a história, a literatura e a linguística, disciplinas fundamentais que comporão as análises desta tese.

Portanto, para tal análise baseamo-nos na relação entre a psicanálise e as ciências da linguagem. Esta proposta de articulação interdisciplinar é fundamental, pois demarca uma importante transformação histórica quanto ao campo de trabalho e ao estatuto do material trabalhado por essa disciplina. Ao longo da história, a psicanálise

¹ Mais diretamente, incluir a narrativa no escopo metodológico da psicanálise seria apresentá-la como um método bífido (Dunker, 2017) de investigação e tratamento, o que implica posicionar-se de modo contrário à operacionalização da psicanálise em suas divisões clássicas: “psicanálise aplicada” ou “psicanálise em intensão e extensão”. Assumir que a narrativa é nosso método de base a posiciona em outro lócus de atuação e pesquisa.

² Para uma análise mais aprofundada do uso de casos clínicos como material para a historiografia da psicanálise, sugerimos a leitura de Alves Lima, R. *Por uma historiografia foucaultiana para a Psicanálise: O poder como método*. São Paulo: Via Leterra, 2015.

constituiu-se como um método de investigação clínica, experiência ética de cura e também de prática psicoterápica³ (Dunker, 2011), o que proporcionou reformulações constantes quanto a estes critérios que direcionam o modo de condução de um processo analítico.

O método clínico, pautado pelo exercício da observação minuciosa do quadro patológico “[...] deve submeter sua prática à primazia do método de tal forma a fazer corresponder, mas não equivaler, as regras de investigação científica às regras de condução do tratamento” (Dunker, 2011, p. 21), o que nos apresenta uma relação entre método e tratamento sustentada pelo estatuto do universal. É necessário ao clínico uma análise diagnóstica pautada em uma semiologia definida pela sua epistemologia e aplicável ao seu método. Esta relação dará indícios do tratamento para a remissão dos sintomas observados. A linguagem que sustenta o método clínico é uma linguagem biunívoca: o clínico traduz à linguagem especializada os sintomas que se apresentam no quadro patológico e, deste modo, apresenta o quadro clínico e seu desenvolvimento a partir de uma exposição que visa explicitar as relações entre o método de investigação, as aplicações de suas técnicas e os desdobramentos realizados. A tradução, enquanto raciocínio semiológico, supõe relações homogêneas entre teoria, técnica e experiência e, conseqüentemente, entre discursos, propondo similaridades entre olhar, escutar e interpretar.

Já a prática psicoterapêutica encontra sua “eficácia na autoridade pessoal do psicoterapeuta sobre o paciente” (Dunker, 2011, p. 23) o que significa colocar na postura do psicoterapeuta uma das condições para o sucesso do tratamento. Essa condição é contrária à fundamentação das clínicas médicas modernas, já que estas, baseadas no método, operam a partir do universal – sendo a figura do médico apenas a de um mediador entre a episteme clínica e sua aplicação. A psicoterapêutica enquanto prática, entretanto, coloca seu critério de eficácia não na replicação universal de um método, mas na “avaliação subjetiva do próprio paciente e também do público que o acompanha” (Dunker, 2011, p. 22); e esta eficácia está atravessada pela relação de autoridade, podemos dizer, de poder, entre psicoterapeuta e paciente. A psicoterapêutica opera, portanto, em relações particulares, que formam campos semânticos heterogêneos, já que “para os psicoterapeutas [...] a forma de apresentação do sofrimento, segundo a

³ Dunker (2011) apresenta a clínica e a psicoterapêutica associadas através das noções de etiologia, cura e diagnóstico, que geram, relacionadas uma a outra, superfícies de saber, gozo e verdade. Essas relações fazem transitar o processo analítico, tanto como investigação clínica (semiológica e de tratamento) quanto como prática psicoterapêutica (etiológica e de cura).

nomeação do próprio paciente, em seu sentido *popular e local*, é o crivo da expectativa de cura” (Dunker, 2011, p. 22).

Neste sentido, a linguagem que sustenta e transmite a prática psicoterapêutica não é uma linguagem que produz homogeneidades, mas, sim, que opera a partir das diversas possibilidades de significação sobre um sintoma, sem que estas, necessariamente, sejam sinônimas. Esse modo de operação da linguagem dimensiona, a partir da palavra, o sofrimento apresentado pelo paciente. Não há tradução, mas interpretações sobre as relações de poder entre paciente e psicoterapeuta comprovadas através da eficácia da cura. A linguagem, aqui, adquire um espectro polissêmico – pela pluralidade de significações atestadas na relação paciente e psicoterapeuta – e performativo – por basear a própria prática curativa da psicoterapia em ritos que viabilizam a transmutação dos significados, possibilitando novos sentidos a partir da relação verticalizada estabelecida entre paciente e psicoterapeuta. Na prática psicoterapêutica, portanto, entre olhar, escutar e interpretar há espaços de construção semântica possíveis, sem similaridades necessárias, já que estas são atravessadas e se utilizam das relações de poder.

A psicanálise constitui-se, então, a partir de uma imisção entre o método clínico e a prática psicoterapêutica. Essa conjunção metodológica ocorre sob a égide de um conceito fundamental para a prática psicanalítica, que condensa ambas as tradições: a transferência. Esse é um importante marco a respeito das relações entre clínica e psicoterapia no desenvolvimento da psicanálise, já que a partir de suas reformulações na teoria freudiana podemos observar reformulações na prática clínica e, conseqüentemente, na escrita de casos. Ao apresentá-la pela primeira vez na *Interpretação dos sonhos* (1900/2010), indicando os deslocamentos libidinais de um objeto a outro, Freud a transpõe para a clínica psicanalítica justamente para apresentar os investimentos que se deslocam de figura a figura na história do paciente e condicionam a figura e o discurso do analista. A transferência é, portanto, um operador clínico, por evidenciar o método; e psicoterapêutico, por apresentar as relações de poder imanentes a qualquer tratamento psíquico.

É a partir dessa combinação entre clínica, ética e psicoterapia que podemos apresentar o estatuto da linguagem para a psicanálise, o que configurará sua apreensão a partir de uma experiência narrativa. A linguagem – não mais uma tradução semiológica, como na clínica médica, nem tampouco uma performance apresentada na forma de ritos, tal como nas primeiras práticas psicoterápicas – adquire o estatuto de transformação e

entra como elemento fundante das relações entre analista e paciente, criando o próprio processo de cura. A narrativa, enquanto método de leitura, evidencia a dinâmica e o movimento entre discurso e história e nos possibilita, no âmbito do universal, pensar uma etnografia psicanalítica, evidenciando as relações entre clínica e social; e, no âmbito do particular, analisar a transformação de objetos – apresentando-nos, assim, a forma como constituem-se relações entre demanda e desejo, sujeito e objeto, falta e gozo. A experiência narrativa da linguagem em psicanálise é, portanto, a forma de apresentar o sujeito habitado pela linguagem, sendo esta atravessada pela transferência. É deste modo que a linguagem assume um caráter curativo em psicanálise. Ela, pelos seus efeitos narrativos, vivifica e temporaliza as condições de sofrimento que, atravessadas pela transferência, podem ser ressignificadas e, assim, reinseridas na história do analisante e nas suas relações discursivas.

Isso só é possível devido ao fato de a linguagem, para a psicanálise – distintamente de como é apreendida pelas ciências da linguagem –, estar associada à pulsão, o que produz releituras da teoria do valor em Saussure (1916/2006) e da construção do sentido em semiótica (Greimas, 1966/1973). Álvares (2005) afirmará que é através da constituição do sentido que podemos apreender as articulações pulsionais na linguagem, já que estas possibilitam entrever as relações entre sujeito e objeto. Freud, em *As pulsões e seus destinos* (1915/2013), já estabelecia uma gramática pulsional de funcionamento entre a pulsão e o objeto de desejo do sujeito a partir das vozes verbais que, segundo o autor, direcionavam e configuravam a relação do sujeito com seu objeto de desejo, posicionando-os como ativo, passivo ou médio-reflexivo (Freud, 1915/2013, p. 39). Esse posicionamento que implica direção, veremos que é uma das definições de sentido em semiótica. Ainda sobre Freud, vemos que este autor “criou objetos semióticos, isto é, microlinguagens de sentido, nos mais variados modos de expressão do inconsciente” (Beividas, p. 02, 2014), ou seja, apresentou as mais variadas relações entre sujeito e linguagem através da constituição do sentido.

Deste modo, a linguagem apresenta-se como campo semântico heterogêneo, não-positivo, atravessado pelas relações entre história, corpo e desejo. Ou seja, a linguagem, articulada pulsionalmente, é o que permite as rearticulações das condições de sofrimento e, também, a cura através de seu estatuto ético-transformativo. Assim, os diversos conceitos emprestados da linguística por Lacan, tais como o de signo linguístico (Saussure, 1916/2006) e os de metáfora e metonímia (Jakobson, 2007), são rearticulados visando estabelecer formalmente o sujeito e sua relação com a linguagem.

Deste modo, a linguagem apresenta-se como um “dispositivo transformativo, do mundo e do sujeito, da clínica e da política” (Dunker; Paulon; Milán-Ramos, 2017, p. 8); e é através do circuito pulsional estruturado por tiquê e autômaton (Lacan, 1954-55/2010) que ela estabelecerá relações de sentido. Segundo Bairrão (2011):

Ser torna-se uma categoria psicanalítica, na medida em que se alastra de categoria metafísica, tateada mentalmente, a todo âmbito da implicação do sujeito com o seu corpo e sua existência. Gozar é ouvir sentido, mas um sentido não restrito a qualquer significado de ser; um sentido que se alastra a todos os sentidos (sensações). (p. 350)

Para que a linguagem se articule pulsionalmente, portanto, é necessário que a seu uso o sujeito atribua um sentido. Não um sentido qualquer, mas um sentido que faça ser, que se alastre por todos os seus aspectos, e não que apenas fique no âmbito do mental, dividindo ser/sujeito, individual/coletivo. O sentido é o articulador pulsional da linguagem que encarna o sujeito em suas condições de existência.

Para que a clínica psicanalítica se constituísse tal como afirmamos acima, foi necessário um desenvolvimento histórico da psicanálise associado a reformulações do seu estatuto epistemológico – reformulações produzidas pelas suas mudanças metodológicas na condução do tratamento. Essas mudanças metodológicas apresentam-se em Freud a partir de uma ampliação da escuta em detrimento da observação estritamente visual, ampliação esta sempre atravessada pelas relações entre discurso e história (teoria – universal – e práticas), diagnóstica (particular) e subjetividade – apresentada aqui pelo conceito de “transferência” (singular).

Essa mudança traz uma rearticulação do paradigma a partir do qual se sustenta a psicanálise enquanto método, o que a reposiciona no âmbito das ciências humanas, demarcando critérios distintos para a direção do tratamento e para a experimentação desta como método investigativo. Os casos, nesse sentido, apresentam essa mudança quanto ao tratamento (método) e a matéria (objeto) de uma psicanálise, o que nos direciona ao modo de funcionamento psicanalítico, alinhando forma e conteúdo, e também a aproxima de um determinado tipo de ciências da linguagem: aquele que estuda as modalidades de significação a partir de suas relações estruturais com o sentido, questionando a forma de sua constituição – tal como a linguística estrutural, a semiótica e a análise do discurso.

A psicanálise, então, firma-se como um método que tem na linguagem a sua sustentação. Linguagem esta que não constitui sentidos a partir da lógica da não

contradição, mas que se apresenta a partir de espaços de paradoxo, tal como Lacan pontua em “O aturdido”: “Uma língua entre outras, não é nada além da integral dos equívocos que sua história deixou persistirem nela” (Lacan, 1973/2003, p. 492), ou seja, a língua, articulada pulsionalmente, apresenta-se como um conjunto de relações espaço-temporais entre enunciado e enunciação que são atravessadas pela experiência narrativa, e por ela temporalizadas. Deste modo, a linguagem enquanto método não entra como substituto direto do olhar, apresentado como principal instrumento na clínica tradicional, mas como saída possível para a articulação entre história, discurso e desejo nos enunciados apresentados pelo sujeito e formalizados através do caso clínico.

Uma linguagem, então, baseada na constituição e na destituição do sentido, sendo que este, em psicanálise, apresenta-se por duas vias: “1. O que significa isso? e 2. Qual a direção para onde isso indica?” (Beividas, 2014, p. 2). Essa mudança quanto ao sentido na psicanálise ocorre devido a essa imissão de métodos, condensados através do conceito de “transferência”. Esse conceito possibilita articular a polissemia de sentidos possíveis na linguagem da mesma forma que articula as diversas posições ocupadas pelo significante na emergência do sujeito, ocupando, portanto, o lugar de referência na construção do caso clínico, manejando o sentido. Este, então, “estrutura o discurso” (Beividas, 2014, p. 2), ou seja, é através da forma como o sentido é constituído que é possível analisar as heterogeneidades enunciativas imanentes aos discursos que constituem um caso⁴.

O sentido trabalhado pela psicanálise não é apenas o sentido compartilhado, mas aquele que é construído a partir da operação da linguagem no sujeito, o que confere um caráter singular a essa construção, dado o aspecto polissêmico da língua, tanto em seu conteúdo quanto em sua sonoridade. Apenas esse propósito quanto à construção do sentido na psicanálise já colocaria a narrativa, este outro conceito linguístico, também em outra posição: a narrativa aqui não viria a partir de um compartilhamento de sentidos comuns, ou de um sentido único, mas sim através de um atravessamento de sentidos no sujeito, o que conduz a construções narrativas distintas das usualmente utilizadas. A teoria, a transmissão e a clínica psicanalíticas passariam, da mesma forma como a psicanálise recupera e ressignifica a construção na linguagem, por outras modalidades de sentido, bem como por outras modalidades narrativas. O que significa que, para pensarmos as construções teóricas e a transmissão psicanalíticas precisamos

⁴ Para um melhor desenvolvimento das relações entre inconsciente e sentido sugerimos: *Inconsciente et verbum* (Beividas, 2000) e *Inconsciente e sentido* (Beividas, 2014).

compreender de que modo a linguagem, matéria essencial de uma psicanálise, é utilizada como método e também como objeto. Nossa hipótese é que a linguagem é ali utilizada de forma narrativa, já que esse uso da linguagem inclui: descrição, performatividade, ressignificação, transformação e ação. O sentido estrutura o discurso (Beividas, 2014) e a narrativa possibilita entrever os movimentos (inconscientes) de sua transformação.

Essa condição intrínseca ao próprio movimento da psicanálise favorece a realização da pesquisa de modo interdisciplinar. Essa inter-relação já foi realizada anteriormente pela pesquisadora (Paulon, 2014), ao buscar as propriedades do silêncio como um operador lógico na linguagem pela psicanálise e pela análise do discurso de linha francesa. As constantes aproximações e os distanciamentos que as disciplinas apresentam nos fazem compreender que a diferença mínima entre ambas reside na pluralidade de relações das ciências da linguagem com o objeto língua, enquanto a psicanálise se apropria da linguagem como uma experiência particular do sujeito que se consolida a partir dessa materialidade. Em suma, a psicanálise pode ser nomeada como o campo no qual se estabelecem as análises do sujeito habitado pela linguagem.

Esse movimento interdisciplinar se concretiza na tese a partir da utilização de operadores de ambos os campos. Compreendemos o discurso como material único de consolidação entre linguagem e cultura que se compõe a partir de traços determinativos do sentido. Essa concepção é também estabelecida na semiótica greimasiana (Greimas; Courtés, 1979/2008), quando o autor nos apresenta o discurso como o último nível de construção da materialidade da linguagem; e também em Pêcheux (2004), quando este nos afirma que o discurso é uma materialidade estrutural e que, ao mesmo tempo, tem potencialidade de acontecimento, ou seja, de transformação e reconfiguração de seus elementos. O discurso apresenta-se, portanto, como unidade máxima de consolidação e confirmação do sentido; em Lacan (1971-72/2012), diremos que seu modo de funcionamento produz uma necessidade lógica, que embasa sua construção e sua produção. O discurso é, portanto o local fundador, através do qual podemos apresentar o traço de sentido das construções narrativas; ele é o que possibilita analisar o referente que sustenta o sentido de alguma modalidade de linguagem. Temos, por exemplo, na clínica médica um discurso que apresenta como necessidade lógica a universalização do sentido e, para isso, a articulação de alguns possíveis: replicabilidade, semiologia específica, dentre outros critérios positivos que estabelecem um regime de verdade a

partir de um discurso. O discurso é, então, o espaço onde constata-se as relações entre conceitos nas teorias aplicadas.

É dessa perspectiva que julgamos necessário analisar os discursos a partir dos quais os casos clínicos se apresentam. É dessa relação com o discurso que os casos se apresentarão como materialidade permeada pelo sentido, sentido este consolidado a partir do discurso ao qual se endereça. Veremos que em psicanálise esse discurso sofreu transformações, tendo primeiramente um viés de maior determinação, aproximando a construção narrativa da descrição, segundo certa concepção de “objetivação histórica” pertinente ao caso clínico em medicina. Mas logo depois encontramos inúmeras indicações que sinalizam o crescente viés indeterminativo que aproxima o caso clínico da construção literária. Estas relações não são necessariamente pré-estabelecidas, por isso consideramos a narrativa a partir das construções realizadas entre analista e analisante em um espaço heterogêneo, determinado e indeterminado, de formações semânticas. Compreendemos a determinação como uma característica discursiva fundamental que contribui para o estabelecimento do sentido desse discurso. Quanto mais intensa a determinação, maior a literalidade de sentido e seu caráter referencial, e quanto menos intensa, ou seja, quando relacionada à indeterminação, maior a polissemia. Vemos que a psicanálise se aproximou de tal prática principalmente a partir do conceito de “transferência” e de sua utilização na clínica psicanalítica como operador.

Ao compreender que o discurso seria a unidade máxima na qual o caso clínico estaria ancorado para a constatação de sentido, veremos que há uma unidade intermediária de construção do caso que é de embasamento narrativo. A narrativa, compreendida como uma etapa intermediária entre o discurso e o semema, mínima unidade que comporta um sentido, é o espaço em que as relações entre sentido irão estabelecer associações temporais, articulações lógicas, relações entre sujeito e objeto, ou seja, ela é o espaço de articulação entre discurso e história a partir da cadeia de significações apresentada pelo caso. Dependendo do discurso ao qual ela está ancorada, podemos ter uma narrativa mais determinativa e de caráter referencialista ou menos determinativa e de caráter polissêmico.

A narrativa, portanto, é aqui compreendida como uma etapa intermediária no processo de significação, entre o discurso e o semema, como elucidado por Greimas e Courtés (1979/2008). Essa etapa intermediária consiste nas análises das relações entre sujeito e objeto por meio da ação. Há ações que determinam práticas interpretativas,

persuasivas, contestatórias, de união ao objeto ou separação deste (Barros, 2005). É no campo da análise narrativa que constatamos a dialética estabelecida entre sujeitos, as ações e seus desvelamentos. Há, nessa concepção de “narrativa”, a possibilidade de analisarmos as relações entre enunciado e enunciação e também as aproximações, nos casos clínicos, entre construção e interpretação, conceitos freudianos aqui entendidos como operadores de constituição do caso clínico: a construção do caso passa por interpretar, no nível do significante, e construir, no nível da enunciação, as marcas transformativas da relação transferencial – o que se estabelecerá na relação entre discurso e história, ao apontar para uma possível etnografia da prática psicanalítica.

No entanto, existem várias formas de se desenvolver essa estrutura narrativa. Essas modalidades estarão relacionadas ao discurso ao qual a narrativa estará vinculada. Segundo Beividas (2009), a estrutura narrativa desenvolvida por Greimas é uma construção de alto rigor conceitual e metodológico figurando como estrutura elementar dos discursos (p. 69 pp. 151-152) e possibilitando a conceitualização a partir de um sistema de relações (p. 186). Ambos se definem reciprocamente: discurso e narrativa são co-variantes na constituição da materialidade linguageira. Quando o discurso é mais determinativo, a narrativa comportará traços mais descritivos e sua lógica de significação partirá de processos de significação mais estáveis: enunciado e enunciação não se distinguem a não ser no nível da temporalidade cronológica ou de seus aspectos concretos; o sentido é biunívoco, o que tem como efeito na estrutura narrativa uma construção linear, ao modo de uma história com início, meio e fim. Esse tipo de narrativa está comprometido a chegar em conclusões específicas, que, no caso desta tese, culminam na diagnóstica e nos procedimentos que serão utilizados e apresentados no caso clínico. A psicanálise inicia por essa via e não está isenta dessa construção. No entanto, vemos, ao longo de seu histórico, propostas que flexibilizam essa relação, tornando mais importante para a estrutura narrativa a formalização de um processo analítico que sua diagnóstica ou a explicitação de seu método de tratamento.

Esse aspecto da teoria psicanalítica nos aproxima de outra perspectiva da estrutura narrativa, que ressignifica as relações entre seus elementos. Enquanto na perspectiva anterior a temporalidade estará associada a um estabelecimento determinativo que promove um estilo descritivo e uma linearidade de raciocínio, nesta outra perspectiva podemos pensar as relações entre os elementos narrativos a partir de uma temporalidade não linear e de vinculações entre os elementos que não sejam de causa e efeito, mas de simples relação. Esse aspecto nos traz uma estrutura narrativa

conduzida por uma lógica de significação baseada no que, em psicanálise, denominamos cadeia significante; e por distanciamentos entre enunciado e enunciação, que dizem sobre as distintas modalidades de significação e seus efeitos.

Compreendemos, portanto, que a narrativa enquanto estrutura intermediária, a partir do discurso ao qual ela está associada, muda suas modalidades de significação; e que estas mudanças se relacionam, por sua vez, à noção de “temporalidade” e ao processo de significação. É apenas pela narrativa que podemos analisar essa alteração em relação às mudanças de significação e à temporalidade porque é somente nessa etapa “pré-discursiva” que podemos considerar as relações entre sujeito e objeto e as modalidades de ação a partir de alguns operadores narrativos como as noções de “desembreagem”, “autoria” e “narrador” – que mostram, ao longo da narrativa, as diversas funções que podem ser operadas na linguagem quando suposto um sujeito.

A narrativa, portanto, comporta uma estrutura intermediária de significação. Nesse sentido, todo discurso possui uma estrutura intermediária narrativa. Há, no entanto, uma segunda via de análise dos processos narrativos de casos clínicos, esta associada aos estudos de gêneros literários. Neles, a narrativa é vista como um gênero dentro da denominada tríade universal: lírico, narrativo e drama (Reis; Lopes, 2011). A narrativa seria um misto entre a *mimese*, de caráter mais dramático e relacionada à representação, e a *diégese*, relacionada ao contar e ao afastamento da representação enquanto forma de significação, aproximando-se da ficção (Stalloni, 2001). Ela se diferencia do lírico também porque permite a narração de distintos modos, e não apenas associada à relação entre narrador e autor. Essa concepção se aproxima mais de uma perspectiva da narrativa como estilo literário que como modo de produção de casos. Ela nos permite, por exemplo, observar as relações que Freud identificou em Dora (1905a/1996) apropriando-se do estilo do romance alemão para a escrita do caso; a influência da concepção de “autobiografia” em Schreber (1911/2010), para analisá-lo enquanto estudo clínico; e a concepção de “mito” no Homem dos Ratos (1909/1988), para estabelecer a diagnóstica do caso. Neste sentido, essa perspectiva narrativa assume um papel fundamental para os estudos genealógicos dos casos, já que aproxima as relações entre história e ficção (Ricoeur, 1980), mostrando de que modo os diferentes regimes de verdade se apresentam nos casos e como estes se estruturam a partir das referências historiográficas e ficcionais.

Enquanto a primeira concepção nos oferece um funcionamento estrutural através do qual podemos analisar as estruturas narrativas dos diversos casos clínicos, a segunda

nos confere um funcionamento genealógico que permite que analisemos, ao longo da história, as mudanças nas narrativas dos casos clínicos dentro da psicanálise. Um momento seria sincrônico, associado ao discurso e às condições de produção por ele apresentadas; e o outro seria diacrônico, apresentando a narrativa e suas transformações a partir da relação entre a teoria psicanalítica e seu contexto histórico.

Deste modo, encontram-se nesta tese dois momentos de análise para o desenvolvimento de nosso método. Podemos compreender o segundo momento como diacrônico: localizar os casos em uma linha temporal e associá-los ao momento histórico em que foram constituídos significa relacioná-los a uma época específica, que mantém relações particulares com seus gêneros discursivos e, consequentemente, literários, o que nos convida a refletir sobre a relação entre a construção do caso clínico e o saber social circulável naquela episteme que vincula as construções literárias e materialidades linguísticas. Essa reflexão significa, para nós, afirmar que o caso clínico está localizado socialmente com um tipo específico de literatura, que leva a compreender um tipo particular de relações sociais, de sujeito e de história em torno do sofrimento.

Nesse sentido, a escolha da relação entre discurso e narrativa se dá devido ao fato de a narrativa estabelecer, dentro da linguagem, uma relação entre o oral e o escrito, o que não ocorre com o discurso, concebido em sua estrutura pelas relações materiais entre história e linguagem, sem preocupar-se com essa diferenciação de campos enunciativos. Essa passagem permitida pela narrativa é associada por Benjamin (1936 / 1994) às noções de “transmissão”, “comunidade”, “reconhecimento” e “pertencimento”, já que as práticas orais, ao se reverterem em práticas escritas, corroboram com a sensação de coletivização de um saber construído conjuntamente. Dentro dos gêneros literários, a passagem do oral ao escrito inscreve o estatuto da ficção porque apresenta a passagem entre representar e contar, o que se mostra a partir do par autor-narrador dentro de um discurso específico, que é o dos gêneros literários: o autor, a não ser que se trate de autobiografia, não é o narrador da história – sendo que esse estatuto pode ser ocupado a partir de diversas modalidades de narração. O narrador torna-se então, a partir de Barthes (1971/1976), uma função na escrita que traz características específicas ao texto.

Quanto ao momento sincrônico da tese, nosso objetivo é: investigar quais operadores dentro da psicanálise possibilitam a leitura e a compreensão dos casos clínicos como psicanalíticos. Para tanto, realizaremos uma análise discursiva das

narrativas clínicas de Freud a Lacan. Freud, a partir de alguns casos clássicos como Dora (1905a/1996), O Homem dos Ratos (1909/1988) e Schreber (1911/ 2010) – que se apresentam em momentos diferentes da teoria e que, também, são realizados por meio de materialidades diversas –, aponta para a articulação entre forma e conteúdo no ato da escrita do caso: Dora, escrito a partir das lembranças de Freud; O Homem dos Ratos, a partir de uma mistura de anotações da época com construções clínicas posteriores; e Schreber, apenas com a escrita, a partir da leitura da autobiografia *Memória de um doente dos nervos* (Schreber, 1911/2010). Já de Lacan, escolhemos o material existente nas *Entrevistas de pacientes do complexo hospitalar de Sainte-Anne* (1975-76), que apresentam um misto de registros em prontuários e informações anteriores à entrevista, a entrevista aberta com o paciente realizada por Lacan e breves discussões, posteriores à entrevista. Esse material de Lacan constitui um movimento interessante dentro da psicanálise, que é apresentar, de fato, a linguagem enquanto intervenção clínica e, também, as relações existentes entre o público e o privado nos casos – as quais apresentam efeitos terapêuticos em alguns deles e iatrogênicos em outros.

Para analisar o material apresentado escolhemos operadores de fulcro interdisciplinar, ou seja, conceitos que atravessam tanto nas análises literárias e discursivas quanto na psicanálise. São eles: temporalidade, por remeter aos aspectos transformativos da enunciação narrativa; categorias lógicas, por possibilitar a concepção de “discurso” pautada nas relações de determinação e indeterminação; ficção, por esta ser fundada a partir da entrada da narrativa como prática escrita de uma expressão oral; e transferência, por ser através dela que assumimos o caráter contingencial do caso em psicanálise, uma das suas maiores peculiaridades. A noção de “transferência”, única a não atravessar as demais teorias, será associada em nossa empreitada às noções de “autoria” e “narração”, portanto, de “referência”, para que possamos refletir sobre a construção do caso clínico suportado dentro dos movimentos transferenciais.

Compreendemos, então, que discurso e narrativa são covariantes, no sentido de que é necessário compreender que tipo de discurso sustenta aquela narrativa para que ela suscite os efeitos esperados, e quando uma narrativa pode subverter o discurso que a tornou possível (este é o caso de Freud em relação ao discurso médico). No caso da psicanálise, os efeitos são os de transformação (retificação subjetiva, ancorada nas noções de “construção” e “interpretação”) e transmissão da experiência clínica (como aquilo que se passou no caso pode ser transmitido, o que se aproxima mais de uma concepção de “elaboração” que de “repetição” de um método). Nesse sentido, a

narrativa como etapa intermediária ao discurso no processo de significação é uma boa escolha para a análise devido a ela nos apresentar uma relação entre discurso e história atravessados pela ação, o que permite identificarmos em sua construção elementos de performatividade, em consonância com a noção de “linguagem” em psicanálise. A narrativa estaria, portanto, entre contar, representar e atuar⁵, o que permite que observemos, em sua materialidade, a própria noção de “divisão subjetiva” em psicanálise: o eu (representar) e o outro (destinar) e o eu (contar) e o sujeito (atuar).

Poderíamos pensar que, dentro da perspectiva histórica dos gêneros literários, os aspectos linguageiros são divididos entre o discurso e a ação. Enquanto no discurso sustentaríamos uma distinção entre determinação e indeterminação – que culminaria em um estilo ora mais descritivo, ora mais narrativo –, no polo da ação teríamos essa mesma distinção entre representação e performatividade. Ao relacionar essas duas divisões, podemos compreender que o caso clínico abarca essas características pelas relações de determinação e indeterminação contidas em suas modalidades enunciativas: descrever está para representar assim como narrar está para performar.

Essas características veiculadas pelas estruturas narrativas trazem para a psicanálise uma outra construção acerca da noção de “diagnóstico” quando a associamos ao sofrimento (Dunker, 2015). A construção de casos analisada pela sua estrutura narrativa acaba por suplantam a noção de “diagnóstico” em suas relações de determinação, ou seja, naquelas em que há uma relação estritamente causal ou linear entre o sofrimento e sua suposta origem. A narrativa, ao contrário, apontaria para as transformações do caso, e não para a evidência⁶, afastando a psicanálise de um discurso científico positivo. A narrativa, nesse sentido, adquire uma função muito semelhante à do semblante em psicanálise. Como afirma Dunker (2015):

A noção de semblante em Lacan faz a função do conceito de dispositivo, ou seja, reunião e unificação de registros de linguagem e de práticas discursivas heterogêneos necessários para estabilizar a relação entre autoridade e poder, entre autor e obra, entre dizer e fazer. (Dunker, 2015, p. 54)

⁵ Atuar aqui deve ser compreendido em sua noção mais ampla, relacionada à noção de acontecimento, e não como a entendemos em psicanálise, relacionada, muitas vezes, ao campo da histeria.

⁶ A perspectiva de que determinadas modalidades de fala apontam para estruturas específicas apartadas de seu contexto é uma tendência no lacanismo. É como entender que há uma descrição empírica da materialidade linguística a partir da interpretação psicanalítica de alguns enunciados (Bairrão, 2000), o que culmina, muitas vezes, em retirar o sujeito da linguagem, algo que foi tão caro a marcar, a partir da psicanálise.

Ou seja, a narrativa, tal como o semblante, é um dispositivo de linguagem que estabelece a relação entre estrutura e história, apresentando o regime de verdade dessa construção.

É a partir dessa empreitada que podemos pensar o caso clínico como uma construção histórica e teórica, que mostra os desenvolvimentos da psicanálise ancorados na época em que foram construídos. O movimento da tese, nesse sentido, é circular: a interferência histórica na construção de casos leva a modalidades específicas de significação que apontam para construções subjetivas singulares, que se localizam em momentos históricos característicos, que geram novas construções de casos clínicos. Poderíamos afirmar, a partir desse movimento, a relação da clínica psicanalítica com o social, sendo influenciada e influenciando a experiência subjetiva de sua época. Neste sentido, o caso clínico não pode ser compreendido através da “[...] linha divisória entre literatura e ciência, separando as duas funções e demarcando as duas formas de discurso que se fundiriam na construção do caso clínico” (Dunker; Paulon; Milán-Ramos, 2017, p. 226).

O caso clínico, portanto, apresenta-se como um espaço de condensação da teoria e da experiência psicanalíticas, o qual marca uma das formas de transmissão da psicanálise. Semelhante à função do mito – já que o caso clínico consiste apenas de suas versões, requerendo sempre interpretações e métodos de construção específicos –, ele pode ser compreendido como gênero literário e discursivo dentro da psicanálise (Dunker; Ravanello, 2017). Afirmar o caso clínico como gênero, dizem os autores, implica em “indicar seu modo de destinação e acolhimento através de unidades composicionais” (p. 90), ou seja, apresentar o seu endereçamento, função e coesão enquanto material. Ainda segundo os autores, é necessário que se compreenda o caso clínico como parte de um gênero, já que “[...] quando tomado isoladamente ele não se presta a argumento algum e tem sua veridicção prejudicada” (Dunker; Ravanello, p. 91), pois as relações de veridicção do caso estão associadas às construções teóricas da psicanálise e suas localizações históricas.

Faremos, então, um movimento circular na tese, relacionando a história da psicanálise com seus gêneros de discurso, a partir da narrativa dos casos clínicos em uma movimentação ao mesmo tempo sincrônica (estrutural) e diacrônica (genealógica). Dividiremos os capítulos da seguinte forma:

- Cap. 1: A partir das reformulações no estatuto da linguagem, como é possível compreendê-la como método e objeto na psicanálise? Partindo desse ponto de

vista iremos passar pelos conceitos de discurso, categorias lógicas, narrativa, transferência, gênero e casos clínicos para compreender as diversas articulações narrativas na linguagem

- Cap. 2: Como Freud escreve seus casos clínicos? A partir das mudanças discursivas em Freud percebemos novas modalidades narrativas em sua escrita. Das questões literárias: do drama ao romance (Dora), o relato de caso e o romance-chave (Homem dos Ratos) e a análise de uma autobiografia (Schreber), às questões históricas da criação dos conceitos e à racionalidade diagnóstica, o caso constrói-se articulado pela transferência, apresentando movimentos clínicos e etnográficos sustentados por uma ética transformativa.
- Cap. 3: A apresentação de pacientes em Lacan é uma forma de mostrar a narratividade contida na linguagem quando esta é articulada pela transferência. A partir de materiais heterogêneos: prontuários de pacientes, anamneses e entrevistas com familiares associadas às entrevistas de Lacan, percebemos a mudança de função das entrevistas, do paradigma psiquiátrico ao paradigma psicanalítico. Há também uma importante função da separação e aproximação do espaço público e do espaço privado, formando uma relação de intimidade entre entrevistador – entrevistado – público.
- Conclusão: uma tese generalista: articulações interdisciplinares para uma psicanálise comum

Temos então alguns campos se abrindo para o desenvolvimento desta tese: a linguagem, tal como ela é compreendida em psicanálise; a narrativa, como método de leitura de seu material clínico – já que, ao mesmo tempo aponta para um possível campo etnográfico da psicanálise e, em suas mínimas estruturas, apresenta o caráter transformativo da linguagem, mostrando seu aspecto curativo –; e o caso clínico, como material da prova do estatuto epistemológico da psicanálise. Esses eixos, em conjunção, atestam a origem clínica da psicanálise, ao mesmo tempo que extrapolam seu método para “extramuros”, mostrando que o método clínico apresentado pela psicanálise é também um método etnográfico.

II. CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO

A psicanálise se caracteriza como um método de tratamento e de investigação, utilizando como uma de suas formas de transmissão, historicamente, a apresentação de casos clínicos. Eles ilustram conceitos, demonstram hipóteses, tornam reconhecíveis sintomas e partilham, pelo uso e pela função, a semiologia que caracteriza a psicanálise como um método clínico e uma prática psicoterápica. Além disso, o caso clínico não é uma peça meramente ilustrativa ou corroboradora de regras pré-construídas (Dunker; Ravello, 2017). Ele se apresenta como construção da teoria e da experiência em psicanálise, sendo um gênero discursivo que aponta, simultaneamente, problemas internos e externos à condução do tratamento, e, por isso, compõe também uma possível etnografia psicanalítica.

Contudo, pouco se fez até aqui pela definição metodológica da construção de casos clínicos, o que torna a pesquisa em psicanálise exposta a críticas e objeções quanto à sua capacidade de transmissão científica e quanto à reprodutibilidade de seus procedimentos. Temos alguns mapeamentos importantes na área (Honda, 2008; 2011; Dunker, Ravello, 2017) que apontam para a oposição existente entre ciência e ficção apresentada por algumas áreas da ciência quanto à construção de casos em psicanálise e algumas das soluções apresentadas por psicanalistas para lidar com essa oposição:

(1) aproximação de modalidades de escrita mais descritivas e com frequência determinada, tal como os relatórios diários apresentados em prontuários, aplicação de técnicas emprestadas de outras ciências tal como a estatística, para apresentar dados epidemiológicos. Os casos clínicos surgem aqui como principal método de inscrição dos achados clínicos da psicanálise no campo da ciência (Miller, Roazen, Borsch-Jacobsen);

(2) a assunção de que a psicanálise não se aproxima da ciência e, portanto, os relatos de caso são mais próximos da literatura e contêm um alto teor ficcional, sem problematizar, entretanto, a importância da transmissão na psicanálise e o endereçamento destes casos (Nasio, Mezan);

(3) a abolição completa da escrita de casos, apoiando-se nos constructos teóricos da psicanálise e em seu caráter estilístico, como se o estilo substituísse os casos clínicos (Porge, 2009; Le Gauffey, 2015) e a utilização de vinhetas clínicas com o intuito de elucidação da teoria a partir de pequenos trechos de casos.

A nosso ver, as três soluções são problemáticas por diferentes motivos. A solução (1) recai no que denominamos artificialismo normativo (Drawin, 1985): ao importar técnicas de outras áreas antecipadamente às considerações teóricas da psicanálise, cria-se um material que não condiz com a própria experiência clínica articulada aos conceitos psicanalíticos. Essa solução opõe-se ao próprio modo de construção teórica em psicanálise, que consiste, em Freud, na transposição e realocação de muitos conceitos teóricos em operadores clínicos – tal como ocorre com o conceito de “transferência”, por exemplo. Importar técnicas de outras áreas do saber sem articulá-las com a epistemologia psicanalítica é, em realidade, maquiavar um problema, qual seja, o de compreender o funcionamento da psicanálise e seu modo de transmissão dentro das correntes científicas e filosóficas atuais.

A solução (2) – retirar-se do campo do debate alinhando a psicanálise à literatura, sem, no entanto, apresentar conceitualmente esta área e colocando-a no domínio da arte – produz uma espécie de relativismo absoluto, que faz com que não consigamos apresentar um modelo para pensar o caso clínico como gênero. Neste sentido, há um enfraquecimento da própria noção de “caso clínico” e uma relativização quanto à escrita e à experiência, colocando a escrita de casos na ambiência da experiência estética, deixando de lado a discussão clínica e metodológica da psicanálise.

Já a solução (3), que propõe a exclusão da escrita de casos e sua permuta pela noção de “estilo” – ao propor que a clínica se transmite através desse operador (Porge, 2009) –, apresenta uma periculosidade política quanto à sua condução (Dunker; Ravanello, 2017), já que trazer uma discussão clínica à baila com a ausência de material mantém as discussões teóricas no âmbito dos argumentos de autoridade e no exercício de poder, para não dizer, explicitamente, que interfere diretamente na transparência necessária a qualquer discussão científica e política, para que seja possível que seus agentes se posicionem quanto ao que é apresentado. Problema muito semelhante encontra-se na vinheta clínica, que possibilita a justificação de toda e qualquer intervenção a partir de um pequeno trecho que pudesse condensar e generalizar toda a construção acerca do caso apresentado. São modalidades que não apresentam possibilidade de contradição, inviabilizando qualquer debate acerca de método e, portanto, de direção do tratamento.

Neste sentido, as três soluções recaem em uma preocupação já prevista por Freud, no momento em que escreve o caso Dora (1905a/1991): “Sei que há – ao menos nesta cidade – muitos médicos que (coisa bastante repugnante) vão querer ler um caso

clínico desta índole como uma novela destinada à sua diversão, e não como uma contribuição à psicopatologia das neuroses” (Freud, 1905a/ 1991, p. 8). Esta preocupação, apresentada por Freud desde o início de sua escrita de caso, tem nessas três soluções uma espécie de sintoma da desarticulação existente entre a psicanálise e as práticas clínicas e científicas atuais. Ao procurar soluções que fortalecem a dicotomia da disputa – ao invés de produzir novos efeitos de sentido questionando, justamente, a dicotomia entre ciência e ficção, objetivo e subjetivo, interno e externo –, apenas reforçam o modo de funcionamento dos paradigmas científicos vigentes. Deste modo, a psicanálise também permanece dividida entre clínica e teoria, metapsicologia e artigos sobre a técnica, como se fosse possível apresentar uma ciência apartada de sua transmissão ou um método separado de seu objeto.

É neste sentido que pretendemos, ao longo desta tese, apresentar o conceito de “narrativa” como operador metodológico em psicanálise, justamente com o intuito de apresentar uma unidade possível entre clínica, teoria e, conseqüentemente, transmissão dentro desta disciplina: apresentando suas articulações clínico-sociais. Para tanto, estamos advertidos por Pêcheux:

[...] a operação asséptica, que consiste em separar a “experiência vivida” e os conceitos, teve como efeito indireto instituir a subjetividade como princípio de explicação daquilo que Husserl chama “expressões ocasionais” não objetivas; tudo se passa como se, nesse domínio, a regra segundo a qual “[...] é verdadeiro para cada um aquilo que lhe parece verdadeiro; para um será tal coisa, para o outro, a coisa contrária, se essa coisa lhe parecer verdadeira [...]”. (Pêcheux, 2009, p. 53)

O abismo instituído nas ciências humanas entre “experiência vivida” e conceitos desenvolvidos, tal como apresentado por Foucault (1966/2007), proporciona um distanciamento entre o subjetivo, que cai em um relativismo absoluto (como, por exemplo, escrita de casos e casos literários) ou um objetivismo completo, excluindo as relações particulares do universal da teoria (tal como a aplicação de técnicas externas para a composição de relatos em psicanálise sem realizar composições teóricas prévias). Essa separação foi possível, segundo De Certeau (1987/2012), devido à exclusão da narrativa enquanto procedimento metodológico para a composição dos aspectos teóricos das ciências humanas. Deste modo, visamos aqui um retorno da narrativa enquanto operador componente do método investigativo em psicanálise a fim de propor uma possível solução à dicotomia estabelecida entre procedimentos e teoria. Para tal intento,

iremos apresentar algumas de suas conceituações que são produtivas ao campo psicanalítico, bem como sua articulação com as noções de “discurso”, “história” e “significação”. Acreditamos que deste modo será possível articular a narrativa a operadores clínicos e ao método investigativo em psicanálise. Para tanto, é necessário resgatar que “qualquer composição entre psicanálise e outra disciplina, saber ou prática, deve ser construída em nível *local*, examinando um procedimento ou conceito por vez, sem ceder às deduções generalizadas de argumentos” (Dunker; Paulon; Milán-Ramos, 2017, p. 10).

Para tanto, incluiremos a narrativa como operador de leitura a partir das particularidades apresentadas nos casos clínicos. Sobre a noção de “narrativa”, Reis e Lopes (2011) afirmam que:

O termo *narrativa* pode ser entendido em diversas acepções: *narrativa* enquanto enunciado, *narrativa* como conjunto de conteúdos representados por esse enunciado, *narrativa* como ato de relatar (cf. Genette, 1972: 71-72) e ainda *narrativa* como *modo* (v.), termo de uma tríade de “universais” (lírica, narrativa, drama), que desde a Antiguidade, e não sem hesitações e oscilações, tem sido adotada por diversos teorizadores (cf. Genette, 1979: *passim*; Fowler, 1982: 235 ss.). É nessa última acepção que o conceito de *narrativa* aqui nos interessa, uma vez que as restantes acepções ou são contempladas por outros termos mais precisos (p. ex. *narração* e *história*; v.), ou são completadas por conceitos como *discurso* e *sintagma narrativo* (v.). (Reis; Lopes, 2011, pp. 270-271)

Assim como Reis e Lopes (2011), tomamos nesta tese a narrativa como modo, já que é a partir desse posicionamento que podemos pensá-la enquanto método. Ainda com os autores, apreendemos que, enquanto modo: (1) A narrativa pode concretizar-se em suportes expressivos diversos (para além do verbal) e (2) A narrativa como modo não se efetiva apenas em textos literários e narrativos, tal como a lírica, mas se encontra em diversas situações funcionais e contextos comunicacionais variados. Ou seja, distintamente de outros modos literários, a narrativa apresenta-se como uma forma de articulação da linguagem que independe, em certa medida, de seu referente – este podendo ser ficcional, historiográfico, documental, anedótico etc. Esse aspecto da narrativa enquanto método é importante para a psicanálise, pois nos remete ao regime de verdade e à sua função na clínica. A verdade, como apresenta Lacan, tem estrutura de ficção (Lacan, 1956-57/1995, p. 259), o que significa que ela se apresenta como um operador que aponta para as relações de coerência internas à fala do analisante, sem

associar-se, necessariamente, à verificação de fatos, mas ao estatuto do dito do sujeito e a suas relações de sentido.

Sobre a questão da referência, ainda encontramos o seguinte em Ricoeur (1980): “[...] A narrativa não cessa de se afirmar como modo de representação literária preferencialmente orientado para a condição histórica do Homem, para o seu devir, e para a realidade em que ele se processa [...]” (p. 273), apresentando, assim, relações homológicas entre narrativa histórica e ficcional com a diferença, entre uma e outra, de mudança de referencial para a significação e os efeitos de sentido.

É nessa perspectiva que, ao colocar a narrativa como operador de leitura para casos clínicos, pode-se utilizar a transferência como referente na condução dos casos: é ela que apresenta os movimentos e os diferentes regimes de verdade por eles demonstrados⁷, possibilitando uma combinação entre forma [deslocamento] e conteúdo [figuras e posições] nos casos clínicos.

Reis e Lopes (2011) ainda continuam, em seu dicionário de narratologia, afirmando que a narrativa é “um *método de recapitulação da experiência* passada que consiste em fazer *corresponder* a uma sequência de *eventos* (supostamente) reais, uma sequência *idêntica* de *proposições verbais*” (Labov, 1978 apud Reis e Lopes, 2011, p. 271; grifos nossos), apresentando esse método como uma estrutura geral da narrativa. Essa definição de Labov nos é importante justamente porque associa a concepção de “narrativa” com a experiência de *rememoração*, um dos princípios fundamentais da clínica psicanalítica: a narrativa é, então, um método de recapitulação da experiência, e essa recapitulação ocorre a partir da associação de uma sequência de eventos que seja idêntica à de proposições verbais.

É através da transposição de uma sequência de eventos para uma sequência de proposições verbais que chegamos a alguns dos principais operadores da clínica psicanalítica, tal como a interpretação e a construção. Como Freud aponta na *Interpretação dos sonhos* (1900/2013), um sonho só é interpretado quando narrado (p. 122)⁸), ou seja, para que a interpretação opere na clínica é necessário que o material

⁷ Veremos, por exemplo, que o regime de verdade apresentado em Dora e no Homem dos Ratos é distinto daquele apresentado em Schreber, devido ao estatuto da fantasia nos três casos e a forma como eles se expressam, transferencialmente, ao longo dos textos. O que muda é a relação com a fantasia, dando distintos enquadres diagnósticos.

⁸ Essa inferência se dá a partir do seguinte trecho: “[os pacientes] *me narraram* seus sonhos e assim me ensinaram que estes *podem ser inseridos no encadeamento psíquico* a ser seguido retrospectivamente na memória a partir de uma ideia patológica. Era natural tratar o próprio sonho como sintoma”. (Freud, 1900/2013, p. 122, grifos nossos). Freud também apresenta desenvolvimentos sobre o tema em suas Conferências Introdutórias à Psicanálise, na segunda parte, sobre os sonhos (Freud, 1916-17/ 2014).

apresentado pelo paciente seja colocado, por ele, em relação, associando uma sequência de eventos, ideias e imagens a uma sequência de proposições verbais que produzam significação. Além disso, Labov pensa a narrativa como modo e como método. Ou seja, ela torna-se um método – para além da noção de “estilística” da estética (tal como a lírica e o drama) – que pode então se apresentar em diversos contextos que não só o literário. A narrativa seria um modo de expressão da linguagem associada, portanto, ao funcionamento da memória, tendo profunda relação com os processos de significação.

Ainda em Reis e Lopes (2011):

As dominantes que caracterizam o **processo narrativo** são fundamentalmente três: o processo narrativo funda-se numa atitude de variável **distanciamento** assumido por um narrador em relação àquilo que narra, assim se instituindo uma **alteridade** mais ou menos radical entre o sujeito que narra e o objeto do relato, o que favorece a propensão cognitiva difusamente perseguida pela narrativa. O processo narrativo revela uma tendência para a **exteriorização**, responsável não só pela caracterização e descrição de um universo autónomo (personagens, espaços, eventos etc.), mas também pela tentativa não raro assumida pelo narrador de adotar uma atitude neutra perante esse universo; finalmente, o processo narrativo instaura uma **dinâmica temporal**, imposta desde logo pelo devir cronológico em princípio inerente à história relatada, e em segunda instância perfilhada também pelo discurso, uma vez que o próprio acto de contar não só tenta *representar essa temporalidade, como se inscreve, ele próprio, no tempo*. (Reis; Lopes, 2011, pp. 271-272)⁹

Vemos nessa citação algumas questões importantes relativas ao processo narrativo e suas variáveis: a questão do distanciamento entre sujeito e objeto narrado, que apresenta a posição de alteridade quanto ao percurso narrativo; a tendência à exteriorização e a dinâmica temporal de representação de uma determinada temporalidade, ao mesmo tempo em que o próprio processo narrativo se inscreve no tempo.

O distanciamento do sujeito em relação ao objeto conduzindo a uma relação de alteridade é algo que, em psicanálise, está condicionado ao próprio processo de linguagem. Freud, sobre o papel da linguagem, afirma que,

O papel das representações verbais é agora perfeitamente claro. Pela sua intermediação, *processos de pensamentos internos são transformados em percepções*. É como se fosse demonstrada a proposição de que todo o saber tem origem na percepção externa. Num superinvestimento do pensar, todos os pensamentos são

⁹ Negrito dos autores, itálicos nossos.

percebidos realmente – como de fora – e por isso tidos como verdadeiros. (1923/2011, p. 21; grifos nossos)

Compreendemos que o autor está afirmando que é a linguagem que realiza este papel de apresentar ao sujeito uma sensação ou um sentimento interno de maneira exteriorizada, ou seja, de forma que o sujeito reconheça, ao mesmo tempo, aquela sensação como sua e também como passível de compartilhamento externo, já que é percebida através da linguagem. A relação, portanto, do sujeito com a diferença se dá, de maneira mais radical, a partir de sua entrada na linguagem – que faz dele uma articulação entre o eu e o outro. Esse processo, segundo Reis e Lopes (2011), ocorre narrativamente, ou seja, a partir de relações entre sujeito e objeto: não é qualquer modalidade de linguagem que é passível, portanto, da articulação do sujeito com a alteridade. A exteriorização, que pode ser apresentada a partir do processo de descrição, é amarrada à cadeia significante pela articulação com o sentido, narrativizando essa modalidade, ou seja, articulando-a a um sentido, o que Lacan denominou “ponto de estofo” (Lacan, 1957-58/1999).

Essas questões poderão ser observadas nos inícios dos casos de Freud, através de sua descrição e de sua associação ao drama, e também nas entrevistas de pacientes de Lacan – nas quais a exteriorização aparece através do público e dos prontuários e informações e relatos anteriores à própria entrevista. Discursivamente, essas exteriorizações denominam-se heterogeneidades enunciativas (Authier-Revuz, 1982/2002) e apresentam-se como momentos de inscrição e articulação da diferença nos casos clínicos. As heterogeneidades enunciativas, portanto, apresentam-se com espaços de articulação entre discurso e história, dando movimentação característica à narrativa.

Já a dinâmica temporal diacrônica pode ser entrevista pelas relações transferenciais que apresentam a repetição e, em seguida, a transformações posteriores. Dunker (2017) afirma que o caso clínico se baseia em quatro tempos: (1) o tempo histórico (*épos*), associado ao desejo tal como compreendido em Freud e associado à construção individual da história apresentada pelo paciente; (2) o tempo do mito, que é circular e interconectado à coletividade; (3) o tempo do *logos*: dos conceitos e suas aplicações; (4) o tempo da transferência, que insere o movimento como referência na escrita do caso simultaneamente à articulação dos três tempos anteriores, criando assim uma estrutura de escrita de casos. Esses tempos dizem da alteração entre espaços, tal como é observado na diacronia, mas, também do tempo da estrutura, circular, que afirma a repetição. Essas relações temporais são possíveis devido à relação entre

narrativa e significante: as relações de sentido são atualizadas a partir das modificações de contexto e entonação que possibilitam a alteração de sentido, ficando o significante alocado em diferentes tempos da narrativa do paciente.

Vimos até agora que Reis e Lopes (2011) apresentam então a narrativa como método de associação entre eventos e proposições verbais que possui algumas variantes quanto ao processo narrativo: alteridade, exteriorização e temporalidade. Os autores ainda apresentam algumas estratégias narrativas quanto a esse método: narrador autodiegético e narrador heterodiegético, que remetem a *identificações* entre narrador e personagem – as quais podem ser conflituosas ou não. Essas estratégias são interessantes para pensar a construção de casos clínicos, já que através dela é possível entrever as relações de objeto dentro dos casos. Como, por exemplo, aparecem as relações entre Dora e a Sra. K? E as relações entre Schreber e seu médico? Nas entrevistas de pacientes, como Lacan modaliza as relações do entrevistado com seus interlocutores no público e também na fala deles para apresentar, principalmente, separação e distanciamento entre o entrevistado e os personagens? Vemos então que essas estratégias narrativas apresentam muito das possíveis intervenções realizadas na clínica e a forma como elas são operacionalizadas em nossas práticas.

Concluimos então, com Reis e Lopes (2011) que:

A narrativa, assumindo-se como fenômeno eminentemente dinâmico, implica mecanismos de articulação que assegurem essa dinâmica e que salvaguardem a sua condição estratificada (cf. Grivel, 1973, p. 160 ss.). Constitui um dado adquirido pela narratologia a descrição narrativa em dois planos fundamentais de análise: o da história (v.) e o do discurso (v.), cuja articulação se consuma no acto da narração (v.). [...] (Reis; Lopes, 2011, p. 272)

Essa citação é muito importante porque evidencia para nós que é no plano narrativo que se articulam história e discurso, dois aspectos fundamentais para compreender a psicanálise como experiência clínica [história] e a construção de seus conceitos [discurso]. Se a relação entre história e discurso se articula pela via narrativa, isso significa que é essa materialidade (a narrativa) que se constitui na experiência de transmissão da psicanálise. A narrativa é o campo de articulação entre discurso e história. Agora, é necessário perguntarmos, para darmos prosseguimento à construção desse método: que história, que discurso? São essas as definições que realizaremos a seguir e que serão mais bem desenvolvidas no Capítulo 1 desta tese.

Entendemos que a narrativa do caso clínico depende do discurso no qual está inserida, mantendo com este um conjunto de relações que podem ser logicamente descritas. O discurso é a materialidade a partir da qual podemos analisar qualquer narrativa. Toda narrativa funda-se em um discurso e é a partir dele que ela toma sua forma. Quando retomamos a teoria semiótica (Greimas; Courtés, 1979/2008), por exemplo, a narrativa é vista como um momento anterior ao discurso, no qual se estabelecem as relações entre objeto e sujeito por meio da ação. Deste modo, devemos conceituar a noção de “discurso”, já que ela interfere diretamente nos processos de formação da narrativa.

Tanto a teoria semiótica (Greimas; Courtés, 1979/2008) quanto a análise do discurso (Pêcheux, 2008) compreenderão o discurso como uma materialidade linguageira que comporta traços culturais associados à apropriação, pelo sujeito, desses traços. O discurso, portanto, é o local onde se estabelecem as relações materiais entre linguagem e cultura apropriadas pelo sujeito.

Também em Lacan o termo “discurso” pode ser compreendido a partir das elucidações anteriores¹⁰ Ao longo de sua obra há várias conotações para esse conceito, culminando no período de 1968 a 1971, quando ele desenvolve sua conhecida teoria dos quatro discursos. No *Seminário 19: ...Ou pior* (Lacan, 1971-72/2012) observamos que essa noção apresenta-se a partir de sua relação com a lógica, principalmente associada às quatro categorias lógicas propostas por Aristóteles. O termo “discurso” é aqui também associado à construção das fórmulas da sexuação, com o intuito lacaniano de expor a lógica discursiva de funcionamento dos dois lados da fórmula: de um lado, a contradição, sustentada pela presença da exceção dentro do conjunto; de outro, a incompletude, ancorada na noção de “contingência”.

Dentro dessa conformação sobre a noção de “discurso”, abordaremos a escrita dos casos clínicos sustentada através de quatro categorias lógicas¹¹: o necessário, o possível, o impossível e o contingente. A necessidade é necessidade de discurso, esta é a definição que liga nossos dois termos.

¹⁰ O termo discurso em Lacan aparece desde o seminário 01. Fazendo uma análise de suas aparições através do *Staferla*, vemos que suas maiores ocorrências estão no Seminário 03 (344 vezes), Seminário 08 (329 vezes), Seminário 12 (316 vezes), Seminário 16 (358 vezes), Seminário 19 (412 vezes). O único seminário sem nenhuma ocorrência do termo é o Seminário 25. Estes dados são importantes porque evidenciam que até a formulação paradigmática de Lacan: “O discurso é o que faz laço social”, o psicanalista desenvolveu um longo percurso, sendo esta afirmação não indicativa da totalidade da noção de discurso em sua obra.

¹¹ Essa relação será desenvolvida no Capítulo 1 e em seus subitens.

Nossa hipótese de trabalho sugere que entre a necessidade de discurso e a possibilidade, que é o operador que associamos com o plano da narrativa, podemos localizar duas estilísticas narrativas, referidas respectivamente ao aspecto mais determinativo ou mais indeterminativo da leitura e da interpretação dos casos clínicos. Veremos então que há vários tipos discursivos que sustentam a construção de casos e possibilitam diferentes narrativas que podem ser desde a descrição mais simples até uma narrativa complexa com momentos de repetição e ressignificação, permeadas por diferentes tipos de temporalidade. Essas perspectivas se relacionam com a permanência, no discurso, da lógica de não contradição ou de sua suspensão. Veremos, então, que a sustentação dos modos de significação da narrativa de casos clínicos dependerá desse aparato discursivo do qual ela é exemplo; e que, ao mesmo tempo, ela o nomeia e o determina. Essa composição se articula, portanto, com a modalidade de linguagem que está inscrita nessa articulação.

Vemos então que narrativa e discurso estão associadas por uma relação de submissão. Enquanto o discurso é o local, o fundador das condições de produção da narrativa – associado à universalidade do embasamento teórico –, a narrativa apresenta-se como a forma de linguagem que irá alinhar essa fundação, apresentando as posições e fazendo uma espécie de mapeamento do movimento dessas posições no espaço do discurso.

A narrativa articula não só a concepção de “discurso”, mas também a de “história”¹². A noção de “história”, aqui, implica a apreciação de dois tempos distintos. Ela é construída a partir da correspondência entre passado e presente na leitura do texto. Quando analisamos um caso clínico, estaremos atentos tanto à sua constituição contextual, ou seja, à época em que foi construído, às modalidades de subjetivação que aparecem de determinada época – já que, como queremos defender, o caso clínico não é uma peça universal, apartada de suas condições de produção, isto é, de suas raízes –, quanto ao momento presente. É só a partir do momento presente, com o desenvolvimento teórico da psicanálise que temos hoje, que podemos estabelecer as correlações entre o momento histórico do caso e seu momento teórico. Ao mesmo tempo, é no presente que as marcas do tempo se estabelecem; e ele, portanto, se posiciona como alteridade, ressignificando as construções dos casos analisados. Pensar

¹² Vemos, portanto, que a tese se baseia metodologicamente em um duplo movimento que remete à estrutura (discursiva) e à genealogia, entendidas como as marcas e os atravessamentos da história no material discursivos que são constantemente atualizados e repensados, permitindo constituir uma relação não linear entre os casos clínicos e suas concepções contextuais e teóricas.

a construção de casos clínicos é, portanto, examinar a série histórica à qual eles pertencem. Partiremos de um conceito de “história” que compreende a memória como construção e reatualização de marcas temporais, que permitem que, no *après-coup* – ou seja, no “só depois” –, essas marcas temporais possam ser localizadas e restituídas de um sentido do tempo presente. Compreendemos que tanto o contexto histórico quanto as elaborações teóricas da psicanálise se constroem a partir dessa noção de “história”, e que, só a partir dela é possível vislumbrar as marcas de diferença entre os casos analisados. Um conceito de “história”, portanto, que vincule construção [no nível enunciativo] e interpretação [no nível do significante].

Essa temporalidade histórica que atravessará a tese será materializada através da noção de “gênero discursivo” em sua relação com os gêneros literários. Esse é o modo que vislumbramos de localizar, historicamente, a escrita de casos clínicos e posicioná-los como uma forma de gênero literário que se baseia e também influencia os demais gêneros de uma época específica. Analisar os gêneros literários, nesse sentido, nos permite fazer um panorama geral da relação dos casos clínicos com o momento histórico do qual fizeram parte. Neste sentido, a análise dos gêneros discursivos e literários traz um movimento diacrônico à construção da tese. Um exemplo dessa relação é a aproximação de Freud com o Romantismo Alemão na escrita de seus casos (Goethe, como expoente dessa relação, por exemplo). Outro exemplo é Lacan e a infiltração do Surrealismo na tese de 1932; de Paulhan, em suas teses sobre o passe; ou de Joyce e Duras, em suas proposições terminais. O caso escrito por Leclair no texto *Psicanalisar*, por exemplo – que é seu próprio caso quando analisante de Lacan – guarda proximidades importantes com os achados do *Nouveau Roman* francês dos anos 1960.

Quando propomos no método a relação entre os aspectos estruturais e genealógicos, estamos partindo do pressuposto de que a junção entre essas duas modalidades nos permitirá ultrapassar esse processo de dicotomia, ao analisar não só os produtos (técnica de exposição de casos clínicos) ou seus pressupostos (conceitos), mas, sim, seu processo, ou seja, sua narrativa que articula discursiva e historicamente os casos clínicos em séries. Temos, portanto, um estudo relacional através do qual pretendemos nomear as articulações languageiras pelo seu endereçamento e pela sua suposta origem.

Deste modo, inicialmente, realizaremos uma comparação entre as diferentes estruturas discursivas que podemos observar através de casos clínicos distintos, como

casos da clínica médica e de sua aproximação com a área jurídica. Nosso objetivo é identificar essas estruturas e diferenciá-las daquela que se apresenta em psicanálise. A partir desse movimento, a finalidade não é esgotar as relações e diferenças possíveis entre as distintas formações discursivas, mas compreender a modalidade discursiva que embasa as narrativas de casos clínicos em psicanálise e investigar o caminho percorrido por ela para que tenha assumido essa forma, tal como as reformulações do método clínico e da prática psicoterapêutica. Aqui entram em cena nossa oposição entre uma estilística narrativa – baseada na determinação da relação entre conceito e significante, entre letra e signo – e uma estilística baseada na indeterminação dos efeitos de sentido.

Como, então, se escreve um caso em psicanálise? Qual o discurso que inscreve sua necessidade? Nossa hipótese é a de que a forma como se supõe um caso clínico e sua escrita está associada ao material que se pressupõe analisar a partir de um caso e o conjunto de técnicas utilizadas para a captação desse material¹³. Técnica – que aqui compreendemos como método de investigação, prática e teoria estariam, então, aglutinadas na construção do caso, o que ressaltaria, devido ao método e à episteme psicanalíticas, seu caráter de disciplina prática, eticamente orientada para a transformação, distintamente dos discursos que lhe precederam – e que, de certa forma, a condicionaram –, nos quais a escrita possui função diversa¹⁴.

Veremos, então, que as mudanças concernentes à técnica influenciaram diretamente a construção de casos, já que houve uma modificação quanto ao material investigado pela clínica psicanalítica. Esse material, permeado por seu contexto histórico, produz diferentes estratégias narrativas que são relacionadas aos gêneros de discurso e literários. A partir dessa correlação entre as estratégias narrativas e os gêneros literários chegaremos ao que definimos, inicialmente, como discurso – que sustenta o saber em psicanálise e que se constrói por relações de determinação e indeterminação.

A partir desse duplo movimento, nosso procedimento fica assim estabelecido:

1. Inicialmente, especificar as formações discursivas que condicionam a emergência dos casos clínicos e como essas formações se expressam na

¹³ Veremos, por exemplo, que a forma descritiva de escrita se relaciona a uma materialidade guiada por um aspecto referencialista da linguagem relacionada à sua possibilidade de visualização e a um conjunto de técnicas que acolhem essa materialidade enquanto uma materialidade “acústica”, ou seja, linguageira. Ela possibilitará um conjunto de técnicas distintas como às de associação livre e transferência, o que viabilizará uma constituição de escrita de caso mais narrativa e menos descritiva.

¹⁴ O que será discutido no Capítulo 3.

constituição desses casos. Isto será realizado a partir do estudo dos gêneros de discurso e literários que influenciaram a escrita de casos em psicanálise, de Freud a Lacan;

2. Tendo as formações discursivas como definidoras da construção de casos, analisar, pela noção de “história” supracitada, de que modo essa estrutura discursiva relaciona-se com seus gêneros narrativos, até o presente momento;
3. Analisar casos clínicos paradigmáticos a partir desse duplo movimento que é, ao mesmo tempo, o fundamento metodológico e epistemológico da psicanálise.

Esses três objetivos são parte de uma hipótese final: a de que a prática e a episteme psicanalíticas dependem de uma reformulação das noções de “discurso”, “lógica” e “história”; e de que essa reformulação só pode ser realizada a partir da compreensão das estratégias narrativas utilizadas para a construção do principal material de investigação em psicanálise: o caso clínico – exemplar histórico e teórico da clínica psicanalítica.

Temos então um método para trabalhar a partir das relações entre narrativa, discurso e história (os grandes eixos); para caracterizar “tempo”, “alteridade” e “exteriorização” – chegando aos conceitos de “interpretação”, “construção”, “repetição” e “transferência” –; para entender o estatuto da linguagem na psicanálise e seus efeitos descritivos, performativos, narrativos (associativos) e curativos.

1. MODALIDADES DE LINGUAGEM E PSICANÁLISE: MÉTODO E OBJETO

1.1. O discurso e sua produção

“Se a psicanálise habita a linguagem, não pode deixar de entendê-la em seu discurso”.
(Lacan, 1953-54, p. 117; tradução nossa)

Por que escrever um caso? A primeira resposta que nos surge diante dessa pergunta é: depende. O motivo pelo qual se escreve um caso depende do discurso de que o caso faz parte e é, sincronicamente, exemplo. O que seria, então, o discurso? Em 1971, em uma das primeiras aulas de seu seminário ...*Ou pior*, Lacan escreverá na lousa como abertura:

A arte de produzir uma necessidade de discurso

É a partir desse enunciado, associando *arte* a *discurso* e *produzir* a *necessidade*, que Lacan definirá que o discurso gera condições de produção. O psicanalista afirma que a necessidade é produzida pelo discurso, sendo esta não uma necessidade qualquer, mas *Anankê*¹⁵, uma necessidade lógica. *Anankê*, nos diz Lacan, é diferente da necessidade em si (Lacan, ano/ano, p. 48). É uma necessidade que começa no ser falante e “tudo o que pode ter parecido produzir-se a partir dela é sempre obra do discurso” (p. 48). O discurso, então, tem como produção uma necessidade lógica. Nesse momento do seminário, Lacan está se referindo ao *quadrípode* que forma os quatro discursos que havia formulado no *Seminário 17: O avesso da psicanálise* (1969-70/1992), e em, especial, ao discurso do analista, que encerra este *quadrípode*. Ele ainda nos afirma que:

Um discurso é aquilo cujo sentido permanece velado. Na verdade, o que o constitui é obra da ausência de sentido. Não há discurso que não tenha que receber seu sentido de outro. Mas, em se tratando do aparecimento de uma nova estrutura de discurso, tal como o discurso analítico, que situei para vocês ano passado, ele não adquire sentido somente por recebê-lo de um outro discurso, mas de um conjunto de discursos. (Lacan, 1971-72/2012, p. 48; grifos nossos)

Um discurso é, então, constituído da ausência de sentido: ele adquire o seu sentido – ou, melhor dizendo, o seu valor – a partir de um outro (Saussure, 1916/2006). Tratando-se aqui de um sistema fechado, o valor de um discurso ao outro é adquirido

¹⁵ Na mitologia grega, *Anankê* designa necessidade e, também, destino. *Anankê* era uma deusa que não possuía imagem e está associada ao laço, nó, eixo e também ao arreio, à coleira e à prisão.

por oposição¹⁶. No entanto, mesmo que os valores de suas produções se distingam, todos estão sustentados por essa necessidade lógica. Necessidade essa que só desponta no ser falante, ou seja, no ser de linguagem. O que seria essa necessidade *produzida*¹⁷ que só inicia no ser de linguagem? A necessidade apresenta-se como produto de um discurso que determina suas relações de oposição e constitui o espaço de circulação do sentido.

Essa necessidade produzida origina um produto com um endereçamento e uma nomeação. Todo discurso, em sua acepção mais primitiva, supõe esses dois polos de estabelecimento que dizem sobre para quem se diz e de que forma se diz. Sendo um caso produção exemplar de um discurso, torna-se imprescindível pensarmos a inexistência anterior a ele, que embasa sua necessidade (*Anankê*), sua nomeação e seu endereçamento. Voltamos, então, à interrogação que inicia nossa tese: Por que escrever um caso? Um caso surge de *Anankê*, uma necessidade lógica produzida por um discurso; e, com seu surgimento, marca a sua inexistência anterior e a sua necessidade de produção. Essa produção dá-se por uma bricolagem, um conjunto de elementos de diferentes origens que formam uma obra, e esta só ocorre através do ser falante. Como? A partir de um endereçamento e uma nomeação. A respeito da especificidade do caso como material discursivo poderíamos dizer, inclusive, que sua nomeação aponta para seu endereçamento: *caso clínico*, *caso jurídico*, por exemplo. A predicação do caso, se confirmada por sua construção, o localiza (endereça) e, ao mesmo tempo, o nomeia (especifica).

Contudo, ao pensarmos as nomeações em caráter de oposição, ao modo do valor do signo linguístico em Saussure (1916/2006), caímos no campo da contradição e das relações de exclusão. Por exemplo, se tomarmos a oposição entre *caso clínico* e *caso social*, acabamos por limitar, necessariamente, suas condições de produção: um caso clínico só adquiriria sentido a partir do que chamamos dispositivo clínico? Um caso social estaria fora da clínica? A relação estanque entre esses pares de opostos acaba por estabelecer uma dicotomia entre clínica e sociedade que exclui possibilidades de interpretação do caso clínico, reduzindo concepções muito caras à psicanálise – como

¹⁶ Da mesma forma que Saussure (1916/2006) nos afirmava que o valor do signo linguístico era adquirido pela presença simultânea de outros signos, dado negativamente pelas suas relações dentro do sistema linguístico. Afirma Saussure (1916/2006): “O conteúdo da palavra só é verdadeiramente determinado pelo que existe fora dela” (p. 134).

¹⁷ “Produzida” é o termo que diferencia a necessidade lógica da necessidade em si. Uma necessidade produzida é aquela que “não pode ser inicialmente suposta senão na condição do inexistente, o que quer dizer: postulada como tal no discurso” (Lacan, 1971-72/2012, p. 49).

as de sujeito, desejo e gozo – a versões individualizantes. Ao retirar esses operadores dos meios em que foram produzidos e não articulá-los à história, eles tornam-se estéreis. Essa limitação de tipo categorial deixa o caso restrito a uma discursividade, o que culmina em uma ilusão de maior transmissão aos especialistas da área e torna essa transmissão rarefeita aos demais.

Para elucidarmos a problemática apresentada, vejamos alguns casos que se sustentam a partir dessa lógica de oposição para refletirmos seu endereçamento e sua nomeação. Nesse momento da tese não apresentaremos um rigor cronológico com os casos, já que nossa intenção não é verificar a influência dos diferentes contextos históricos sobre os casos psiquiátricos ou médicos, mas, sim, mostrar de que modo eles operam a partir da discursividade em que estão inseridos, para, em um segundo momento, contrastá-los com os casos psicanalíticos que apresentaremos, a fim de mostrar a construção da discursividade que constitui a psicanálise como método de investigação e tratamento.

1.2. O caso como efeito de um discurso

O primeiro caso que apresentaremos é um caso de neurologia, datado de 1926 e da autoria de três neurologistas, dentre eles, Lacan. É interessante observar que no caso ainda não há traços do famoso estilo de Lacan; e se o compararmos a uma série de outros casos médicos, encontraremos muitas semelhanças em relação à modalidade descritiva de escrita e a linguagem especializada, esta não só utilizada na neurologia, mas na clínica médica de modo geral. O caso, redigido por Th. Alajouanine, P. Delafontaine e J. Lacan, foi apresentado à Sociedade de Neurologia em 4 de novembro. Tem como título: “Fixité du regard avec hypertonie, predominant dans le sens vertical avec conservation des mouvements automatico-reflexes; aspect special du syndrome de Parinaud par hypertonie associé a un syndrome extrapyramidal avec troubles pseudobulbaires” [Fixidez do olhar com hipertonia, predominante no sentido vertical, com conservação dos movimentos automáticos-reflexos; aspecto especial da síndrome de Parinaud por hipertonia associada a uma síndrome extrapiramidal com distúrbios pseudobulbares¹⁸]. Inicia-se com uma descrição sobre as desordens de movimentos oculares e suas implicações para, então, apresentar o paciente:

¹⁸ Tradução de Rogério Caron Furquim bem como dos demais excertos do caso.

M. V., 65 anos, deu entrada em 27 de agosto de 1926 na Salpêtrière, no departamento do Sr. Dr. Crouzon, que um de nós teve a honra de substituir durante as férias e que nós agradecemos por nos ter permitido estudar o caso. [...] À primeira vista, a atenção é atraída pela face imóvel do doente, a fixidez do seu olhar, o desvio da cabeça para a direita e um problema respiratório muito particular [...] É difícil precisar o começo de suas desordens; segundo o doente, elas teriam aparecido bruscamente no retorno de um passeio de bicicleta (20 a 25 km) [...] no qual ele caiu numerosas vezes. (Alajouanine; Delafontaine; Lacan, 1926, p. 2)

Vemos, já nesse trecho, algo específico da escrita de casos médicos: a data precisa (27 de agosto de 1926). Precisão, sabemos, é uma necessidade do discurso dessa clínica, e é ela que irá possibilitar a bricolagem do caso e que encaminhará o seu destino, nomeado na medicina como “prognóstico”. Essa precisão vem de uma sujeição e de um enrijecimento completo ao método praticado na clínica. Como afirma Dunker (2011), a semiologia clínica tradicional recusa qualquer tipo de autoridade pessoal que o médico possa ter em relação ao paciente, delegando essa “autoridade” ao método empregado pelo clínico. Esse método, calcado em uma semiologia específica e eminentemente visual, demonstra sua acurácia a partir da capacidade do clínico de descrever de maneira precisa os sintomas do paciente, localizando-os – e não necessariamente decifrando-os – a partir do dizer trazido pelo paciente, mas, de modo geral, apresentando um panorama visual de expressões de um tipo de doença, e não de um “tipo de doente”. A proposta da escrita do caso na medicina é, então, uma proposta de tradução: traduzir à linguagem especializada o que se observa na prática clínica, para a verificação do diagnóstico e a direção do tratamento.

O caso se organiza a partir de alguns subitens com a descrição de uma observação meticulosa dos movimentos do doente: membros superiores, membros inferiores, contrações do tipo *crampoïde* (câimbra), equilíbrio e estática, exame da face, posição da cabeça e músculos do pescoço, sinais pseudobulbares, psiquismo e problemas de motilidade ocular. Após esses subitens há uma listagem dos exames aplicados: exame *olologique*, punção lombar e sangue.

Dentro desses subitens há uma descrição de sintomas físicos do paciente, bem como dos métodos aferidos ao doente e o resultado da aplicação desses métodos. Por exemplo: “desordem do equilíbrio com quedas, mais frequentes em direção à direita durante a caminhada; rigidezes musculares, desconforto da vista, da fala e da deglutição” (p. 3); “sem modificar a posição da cabeça, nós pesquisamos a existência de movimentos voluntários associados dos dois olhos e para cada olho isoladamente, no

sentido vertical e na lateralidade” (p. 9). Observamos também a escrita do caso através da especificidade do vocabulário médico: “[...] mudamos ao contrário a posição do antebraço em *pronação* forçada, deste modo a *hipertonía* desaparece e os movimentos alternativos da extensão e da flexão do antebraço sobre os braços são impressos sem resistência e fazem uma volta completa” (p. 4).

Notamos que o caso clínico supracitado se preocupa em realizar uma descrição detalhada que relaciona observação e técnica, com a interpretação associada a esses movimentos descritivos. Essa preocupação pode ser observada já no título do caso, com uma nomeação extensa e se preocupando em totalizar as características da doença. A descrição constitui uma modalidade de linguagem que comporta algumas possibilidades de sentido – tais como visualizar, compor uma cena, enumerar uma sequência de ações – e traz intencionalidades específicas: informar, declarar, prescrever. É uma escrita em que, se analisarmos através da teoria jakobsoniana (Jakobson, 2007), identificamos uma sucessão de associações por contiguidade (metonímia) e uma escassez de associações metafóricas explicitadas na composição do caso. Vemos, assim, que a escrita do caso realiza-se através de uma bricolagem entre exposição do método e visualização do sintoma, retirando da cena da doença a pessoa do médico e colocando no lugar dele o método utilizado. Mesmo no tópico em que é tratado o psiquismo, o caráter descritivo permanece: “Exceto pela lentidão da ideação, o psiquismo do doente parece assaz normal. Seu julgamento é justo. Ele é orientado. Ele mostra bom senso, manifesta um caráter benevolente, uma afetividade normal, uma inquietude justa dos interesses dos seus” (p. 9).

Observamos aqui a descrição como modo de informar o estado geral das condições psíquicas do paciente. Tanto o apelo visual quanto o caráter informativo do caso produzem uma forma de restrição da significação. Só podemos depreender do texto aquilo que está sendo afirmado; não há construção ou interpretação, para além de seus aspectos descritivos, sobre o material exposto. A descrição é, meramente, uma exposição do caso: o apelo visual traz um encerramento do sentido ao que é possível de ser visualizado; e aquilo que não pode ser visualizado, como é o caso do psiquismo, recai na literalidade do sentido através da informação. Esta é uma característica comum dos casos clínicos médicos: descrição dos sintomas e exposição de técnicas específicas para a superação desses sintomas.

O caso, portanto, funda-se na necessidade produzida por um discurso médico, que podemos supor, juntamente com Moretto e Prizskulnik (2014), que é um discurso

que dissocia saber e subjetividade: a bricolagem montada por esse discurso é calcada em uma espécie de transparência do sentido e de suposição de uma posição de neutralidade da parte do médico. Isso porque, como nos afirma Moretto e Prizkulnik (2014), esse discurso é regido pela lógica do universal que gera a primazia de um ideal de sentido composto pela observação e pela aplicação das técnicas: o método produz um saber e, ao mesmo tempo, vela o sujeito. Temos um endereçamento claro: outros médicos e especialistas que poderiam reproduzir os métodos e técnicas de observação utilizados¹⁹. Temos também uma nomeação, pautada na normatividade e na determinação: o caso de uma doença que, por oposição, não é nenhuma outra, e sim a encontrada pelos neurologistas e aqui nomeada Síndrome de Parinaud.

Estendendo-nos um pouco mais na comparação de casos ainda não psicanalíticos, vejamos um caso psiquiátrico. Este, datado de 1928 e escrito por MM. Lévy-Valensi, P. Meignant e J. Lacan, é apresentado à Sociedade de Psiquiatria e publicado na revista *O Cérebro*, 1928, nº 5, pp. 550-551. O título do caso já não é totalmente associado à doença: “Roman policier. Du délire hallucinatoire chronique au délire d’imagination” [Romance policial. Do delírio alucinatório crônico ao delírio de imaginação²⁰]. Assim começa o caso:

Nós apresentamos um doente de 40 anos que, depois de treze meses, produziu um delírio com tema policial: de Beaucaire, ele assistia a algumas cenas seguidas de roubos que se passavam em Paris; entrava em comunicação de pensamentos com os agentes parisienses e a guarda de Beaucaire; fazia escapar os criminosos. Finalmente, ele fez a viagem até Paris para completar suas declarações à polícia e foi internado após um procedimento na delegacia. *Sem insistir sobre os detalhes desse romance delirante extremamente rico, nós diremos algumas palavras sobre o seu substrato.* (Lévy-Valensi; Meignant; Lacan, 1928, p. 1; grifos nossos)

Vemos que o título tem um início sugestivo: romance policial. Após, categoriza: do delírio alucinatório ao delírio de imaginação. Inicialmente vemos uma narrativa do delírio, relacionado à polícia e a uma espécie de leitura de mentes. Logo nesse início já temos o desfecho factual do delírio que se dá com a internação, “após completar suas declarações à polícia”. Mas, apesar da nota sobre a narrativa do delírio, os autores

¹⁹ Veremos que, nas entrevistas de pacientes que seguem o paradigma médico, a função da exposição do paciente é também semelhante a essa função de escrita do caso clínico, o que nos leva a concluir que materiais diferentes (escrita e apresentação de pacientes) que estão alocados no mesmo discurso possuem funcionamento semelhante devido à necessidade lógica que o rege.

²⁰ Tradução de Rogério Caron Furquim, bem como os demais excertos do caso.

encerram o seu desenvolvimento afirmando que não insistiriam “sobre os detalhes desse romance delirante extremamente rico” e irão dizer “algumas palavras sobre o seu substrato”.

A partir daí, o caso, que é curto – tem apenas uma página e meia –, passa a analisar o que supõe estar subjacente a esse delírio. Sobre o substrato, os autores afirmam:

No momento de sua internação, o doente foi certificado: psicose alucinatória crônica, e, de fato, a presença de alucinações visuais, auditivas, até mesmo genitais, de ecos de atos e do pensamento, parece evidente. No entanto, dois fatos chamam atenção desde o início: por um lado, o caráter, sobretudo, noturno ou hipnótico dos fenômenos [...] (Lévy-Valensi; Meignant; Lacan, 1928, p. 1)

Nesse excerto temos a tipologia das alucinações: visuais, auditivas, genitais, ecos de atos do pensamento. Há também o estranhamento quanto ao caráter noturno dos delírios, que lembram fenômenos hipnóticos. O caso não desenvolve a narrativa sobre o delírio. Ao invés disso, faz uma listagem dos tipos de alucinação do paciente e especifica o momento em que elas ocorrem, sem, no entanto, questionar essa especificidade. Vemos aí outro aspecto descritivo, relacionado à contabilização dos sintomas em forma de lista, para definir o fenômeno da doença, que é de caráter alucinatório. O substrato é baseado nos fenômenos observáveis e elencáveis em categorias. O desfecho do caso se estabelece deste modo:

Dois meses mais tarde, o doente apresenta-se como um imaginativo. *Nenhuma interpretação*. Alucinações extremamente reduzidas, senão completamente desaparecidas (os fenômenos de eco do pensamento e dos atos parecem ter desaparecido), romance imaginativo extremamente rico, crescendo muito; sugestionabilidade e possibilidade de provocar, às narrativas já feitas, tal ou tal adição à qual se acrescenta a convicção imediata [...] O pouco de informações obtidas sobre os antecedentes do doente tornam difícil um julgamento sobre sua constituição mental anterior. Parece, no entanto, que o doente foi sempre um imaginativo [*imaginatif*] ou um mitômano (poeta, instável...). Por outro lado, no início da estadia no asilo, os estigmas de subalcoolicismo eram claros. A sífilis é possível (reações biológicas negativas, mas irregularidade pupilar e leucoplasia). *Sem poder afirmar, nós cremos ser produzido um impulso onírico (tóxico e infectuoso)* [...]. Terminado o impulso, as características propriamente oníricas do delírio e suas alucinações são atenuadas e tendem a desaparecer. [...] A afecção tende a tomar um aspecto de delírio da imaginação mais e mais puro, e pode assim entrar no quadro dos “delírios pós-oníricos sistematizados crônicos por desenvolvimentos de tendências originais”, de Gilbert-Ballet (Boletim médico, 8 de

novembro de 1911, p. 959, n° 87). (Lévy-Valensi; Meignant; Lacan, 1928, p. 2; grifos nossos)

Após dois meses as alucinações diminuem. No entanto, o paciente continua imaginativo, mas, ao que parece, isso se deve aos seus traços de personalidade, já que “o doente sempre foi imaginativo”. Nota-se também algumas características de cunho social (como subalcoolismo) e de caráter biológico (como sífilis), devido a outros sintomas observados: irregularidade pupilar e leucoplasia. Devido a esses caracteres, supõe-se que os impulsos oníricos – já que seu estado é noturno – ocorrem devido a um caráter tóxico e infectuoso e que, se tais condições orgânicas desaparecerem, ele seria diagnosticado através do “quadro de delírios pós-oníricos sistematizados crônicos por desenvolvimentos de tendências originais”, de Gilbert-Ballet”. Todos os fenômenos observados foram compreendidos a partir de uma condição orgânica, já que não se tinha o histórico anterior do paciente e, então, não era possível saber qual era sua personalidade anterior ao delírio. Aquilo que não pôde ser compreendido através do fenômeno, que era a narrativa do delírio, ficou fora da análise, já que a importância era o substrato que, de acordo com o paradigma médico, sustentava a narrativa, as características biológicas e de personalidade. Essa concepção confere à psiquiatria uma forma de compreender a personalidade como algo que possui um padrão universal, replicável em qualquer cultura ou época²¹.

Vemos que a psiquiatria moderna ocupa-se de critérios diagnósticos rígidos, imersos em uma lógica da exceção²², pautados em certa universalidade acerca da noção de “subjetividade”, estabelecendo assim uma “*curva de Gauss*”: os pontos fora da normalidade que as expressões dessa subjetividade universalizada podem ocupar são localizados de maneira discriminada dentro das necessidades²³ do DSM, necessidades

²¹ Há, contudo, exceções a essa modalidade expositiva, como nos mostra Pereira (2009) sobre a mudança do projeto nosográfico kraepeliano. Segundo Pereira, Kraepelin, ao se deparar com a impossibilidade do encontro de variáveis invariantes nos transtornos mentais, afirma, em 1920, que: “as manifestações clínicas das doenças mentais não são jamais expressão direta dos processos mórbidos subjacentes. Elas dependem de uma complexa interação com o sujeito e sua história, na qual tal alteração se instala e inscreve” (Kraepelin, 1920 apud Pereira, 2009, p. 161). Será que essa mudança na concepção kraepeliana seria a exceção que ainda funda a regra na psiquiatria?

²² Noção que esclareceremos mais adiante, ao construirmos a noção de “discurso” em psicanálise (cf. próximo subitem).

²³ Utilizamos aqui o termo “necessidade” de forma a contrapor ao termo “possível”, tal como realizado por Lacan no Seminário 19 (1971-72/2012). Ali o necessário é contraposto ao possível pelo psicanalista, subvertendo assim a lógica aristotélica, para evidenciar a concretude e o determinismo da necessidade em contraposição à não obrigatoriedade e ao caráter também contingencial do possível. Nesse sentido, o possível pode ser considerado um acontecimento, distintamente do necessário, obrigatório e, de certo modo, permanente. Esse necessário corrobora o que o psicanalista denomina necessidade lógica (*Anankê*).

que produzem possíveis (localização, especificação, tipificação, frequência de repetição) que garantam o enquadramento da desordem apresentada. Esses possíveis são categorizados a partir dos critérios de preenchimento do DSM e assumem um movimento pendular e flutuante entre o normal e o patológico.

Observa-se aí uma importante distinção entre a psicanálise e a psiquiatria no que concerne ao funcionamento do discurso: enquanto a primeira embasa sua diagnóstica na persistência do sujeito na linguagem, a psiquiatria embasa-se em uma relação de externalidade a esta. Para a psiquiatria, o que o paciente diz são dados, alheios a ele, informações que poderão ser usadas para a obtenção de um diagnóstico que tende a ser determinado, prognóstico e conclusivo. Essas diferentes formas de funcionamento do discurso – uma estruturada pela lógica de uma significação polissêmica, referida ao sujeito; e outra, pela lógica da biunivocidade do sentido referido ao comportamento e, indiretamente, às perturbações dos órgãos e tecidos – acarretam razões diagnósticas distintas. Vemos então que o vetor diagnóstico é uma dimensão fundamental das narrativas clínicas em fins do século XIX e início do século XX, momento de emergência da psicanálise. O diagnóstico nem sempre trazia consequências diretas para a direção do tratamento; muitas vezes ele era o momento de tipificação do caso como um caso, por exemplo, médico e inimputável juridicamente, ou um caso criminal, sem consequência que demandasse tratamento. Aqui o caso clínico psiquiátrico diverge do psicanalítico, pois este último compreende radicalmente incluir e considerar a relação do sujeito com sua própria produção de linguagem²⁴, sua inscrição em discursos; ao passo que, para a psiquiatria clássica, o paciente permanece um usuário da linguagem, eventualmente perturbado por dificuldades quanto ao seu uso e sua expressão.

A composição do caso psiquiátrico ocorre a partir dessa necessidade lógica, devido à própria teoria que o embasa: é uma necessidade de discurso fortemente orientada para a produção determinativa e estável de sentido compartilhado. Dunker (2014a), ao realizar uma análise comparativa das formas de apropriação das noções de “estrutura” e “personalidade” nas psicanálises e na psiquiatria, traça uma historiografia interessante que nos mostra, a partir desses dois conceitos e das modalidades de direção do tratamento, quais os efeitos gerados pelas diferentes interpretações desses termos:

Está aqui a origem da distinção, posteriormente consagrada pelos DSM e CID, entre transtornos de primeira ordem (sintomas) e

²⁴ Tal como as práticas psicoterápicas tradicionais, que marcaram a constituição da psicanálise (Dunker, 2011), como vimos na introdução desta tese.

transtornos de personalidade. Se o sintoma tem uma estrutura e o eu tem outra, torna-se necessário enriquecer ou ampliar a noção de eu, introduzindo o conceito de personalidade, de tal forma que esta contemple todo o campo de relações do sujeito, seus papéis e suas dinâmicas intersubjetivas. Mesmo a noção de função simbólica, facilmente se degrada neste entendimento por meio de leituras que fazem, por exemplo, alguém real “encarnar” ou “ocupar” uma função simbólica, assim como um ator desempenha um papel ou personagem. Isso abre espaço para que pensemos que os sintomas são transtornos não relacionais e as afecções de personalidade são transtornos relacionais. (Dunker, 2014a, p. 82)

Ou seja, a distinção de discursos criou uma espécie de partilha entre casos clínicos baseados em sintomas (psiquiatria) e casos clínicos centrados no sujeito (psicanálise) ou em sua personalidade (psicologia). A afirmação acima nos convoca a refletir que a própria historiografia que compôs as ciências psicológicas, de modo geral, foram entremeadas discursivamente por concepções empiristas que propunham uma visualidade dos sintomas a partir de métodos de verificação e supunham que o que não poderia ser visualizado seria expresso de algum modo que pudesse ser fixo ou recorrente, porquê se supõe, justamente, uma fixidez quanto à concepção essencialista de personalidade, quando associada a uma primeira concepção de “estrutura” encontrada em Aristóteles (Dunker, 2014a). Ou seja, na citação acima, por exemplo, o psicanalista nos afirma que os sintomas são tidos como expressões fixas de algum transtorno específico e não se relacionam diretamente com o doente. Deste modo, apresentam-se como não relacionais; eles são apenas aparecimentos pré-estabelecidos cujo sentido diagnóstico pode ser antecipado por sua regularidade. Eles são tidos como “perturbações desta forma estável de personalidade, não uma derivação necessária de sua própria estrutura” (Dunker, 2014a, p. 83). A partir da compreensão de que a psiquiatria moderna realiza essa dicotomia entre transtornos de personalidade e transtornos de primeira ordem, torna-se evidente para nós que a escrita do caso psiquiátrico tenha um embasamento descritivo. A sua função é mostrar como esses sintomas se expressam e quais são os métodos necessários para a seu enquadramento, seu diagnóstico e sua dissolução terapêutica, voltando, assim, às bases da personalidade anterior ao transtorno²⁵. Vemos então, que o caso psiquiátrico se endereça a grupos de especialistas que podem reproduzir os procedimentos por ele descritos, do mesmo modo

²⁵ É impossível não referir-se aqui à obra *O normal e o patológico* (Canguilhem, 1966/1995), que apresenta, justamente, esta concepção de saúde baseada em uma relação atemporal com o próprio corpo, regida por um regime contratualista com a sociedade. Adoeecer significa não realizar as atividades que realizava anteriormente devido à mudança nas condições psíquicas ou fisiológicas, as quais provocam uma ruptura no contrato social implicitamente estabelecido com os pares.

que o caso de neurologia, e tem como necessidade o estabelecimento de padrões normativos de reprodução técnica e observação. “Caso”, aqui, é colocado em uma lógica discursiva determinativa e assemelha-se a uma anatomia da psique, como realizada no restante do organismo. A nomeação de um caso psiquiátrico se dá pela restrição e pelo recorte do sintoma como expressão observável. Seu endereçamento é gerado por espelhamento – um conjunto de iguais especialistas contáveis em um conjunto, reunidos pelo método em comum associando olhar – escutar – interpretar. Veremos que a psicanálise se inicia a partir desse discurso que tem uma predominância determinativa, mas que, em suas mudanças de procedimentos teóricos, passa a abarcar a indeterminação em sua prática discursiva, relacionando-as.

Para finalizar este subitem, mostraremos mais um caso gerado por outro tipo de discurso. Podemos chamar esse discurso de médico-jurídico, por ser este um caso embasado por um discurso psiquiátrico, mas que se operacionaliza a partir do judiciário: o diagnóstico tem função de legislar ou legitimar sobre a liberdade do sujeito. O caso – chamado de “Caso Mussalém” – faz parte do livro *A casa do delírio*, sobre o manicômio judiciário de Franco da Rocha²⁶, e é datado de 1999. O interesse para nossa tese está na forma como o caso é construído e em seu desfecho. Ele se inicia relatando a posição social de Mussalém, professor de ciência política da Unicamp. Sobre esse dado, afirma:

Para quem imagina o manicômio como um depósito de loucos, encontrar alguém com a estrutura intelectual de Mussalém pode ser ainda mais chocante do que vislumbrar seres maltrapilhos que falam enraivecidos para as paredes ou mordem o próprio corpo. A paranoia é assim: um mal incontido que não escolhe classe social para atacar. (Tavolaro, 2002, p. 139)

A partir da descrição da posição social de Mussalém, o autor, já entre os primeiros parágrafos, dá o diagnóstico: paranoia. Ao mesmo tempo, tenta mostrar que o estereótipo que se tem usualmente dos habitantes de um manicômio judiciário não cabe a Mussalém. Ele não é um desses “seres maltrapilhos que falam enraivecidos para as paredes ou mordem o próprio corpo”. O texto segue todo nesse tom de separar

²⁶ O hospital de custódia e tratamento psiquiátrico professor André Teixeira Lima – mais conhecido como “manicômio judiciário Franco da Rocha”, devido à sua localidade (a cidade de Franco da Rocha) – foi fundado em 1933 e seu nome homenageia o primeiro diretor do hospital. Composto por oito pavilhões, é famoso pelas más condições de habitação e higiene para os internos, com umidade, alimentação precária e falta de acesso às condições básicas de saúde como enfermaria e odontologia. Em 2015 houve uma visita técnica ao local realizada pelo CRP-SP (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo), que confirmou que, com exceção do reformado Galpão 5, as condições continuam precárias.

Mussalém dos estereótipos sobre a loucura e sobre o seu diagnóstico, afirmando com frequência a sua diferença em relação aos outros internos. Apresentam-se trechos como:

Naquele Primeiro de Maio, porém, o sono de Mussalém era profundo. Mesmo de bermuda e camisa xadrez de viscose, suave um pouco. A roupa estava limpa. Ele é um dos poucos internos que se dão ao luxo de pagar a outros pacientes para lavar suas trouxas sujas. Desembolsa um maço de cigarros a cada seis ou sete peças limpas. (Tavolaro, 2002, p. 145)

Em trechos como este, sobressai a classe social do interno e suas distintas possibilidades de existência dentro do manicômio em relação aos demais habitantes de Franco da Rocha. É deste modo que o autor organiza e desenvolve o caso, trazendo constantes relações de oposição entre a posição de Mussalém e a dos demais habitantes. Essas relações de oposição apresentadas pelo comentador adquirem, no caso, um viés narrativo – há momentos de ação interpolados com a descrição do ambiente em que o caso acontece. Através de uma escrita não cronológica dos acontecimentos, Tavolaro (2002) realiza a montagem do delírio paranoico de Mussalém até o momento em que as oposições não mais se sustentam e o delírio, antes recluso – e aparentemente oposto à realidade vivida pelo professor –, invade todos os aspectos de sua vida. A oposição externa dá lugar à realidade psíquica de Mussalém:

Mussalém jamais despendaria. O jovem obstinado deixou Macauba para se tornar um professor universitário brilhante. Completou o colégio em São Paulo, vivendo na casa de um tio, no centro velho da cidade, até entrar para o Departamento de Ciência Política da Faculdade de Ciências Sociais de Rio Claro, antigo campus da USP. Em 1972, foi selecionado para trabalhar como professor assistente do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp. Aos 41 anos, o maior sonho estava se concretizando [...] As perseguições criadas por sua mente logo se estenderam para a Unicamp. Seus trabalhos acadêmicos passaram a ser duramente criticados por outros professores, e suas propostas de reformulação da grade de ensino eram sempre desprezadas. Nas salas e corredores da faculdade, vivia atribulado pela sensação de o estarem perseguindo. Uma sombra escura, malignamente oculta, parecia rondar seus caminhos. Estava convicto: eram os militares. (Tavolaro, 2002, p. 153)

A partir da queda da oposição entre o delírio e a realidade, a narrativa do caso segue para o trágico encerramento que enclausurou o professor: o momento em que Mussalém atira e mata sua mãe e uma irmã na visita a uma terceira irmã que estava internada em um Hospital Psiquiátrico, por considerar que elas estavam conspirando

contra ambos, contando seus segredos ao governo. Vemos que esse caso já se apresenta como a montagem de uma história, relatando, a partir de alguns movimentos, a forma como o delírio paranoico se construiu. É um caso, portanto, que inclui alguns dados da realidade do paciente para construí-lo, não se contentando em descrever os sintomas e os métodos aplicados a este nem, somente, seus modos de observação. Vê-se, por ele, que o sintoma é construído juntamente com a história do paciente e que este aparece indissociado de seu transtorno. No entanto, a forma como se constrói a narrativa do caso é ao modo de um narrador que observa, colhe dados e monta o caso, pautando sua construção na realidade observável. A realidade social, jurídica e familiar se infiltra na narrativa, alinhavando as relações produzidas pela paranoia à realidade em que o professor estava inserido: a narrativa joga, assim, com as relações de interno e externo para provocar os diferentes princípios postos em pauta: realidade X delírio. A narrativa, portanto, tem como função apresentar os fatos, mostrar onde a interpretação do sujeito falhou, apresentando-se como uma espécie de escrito testemunhal da interpretação equivocada na loucura²⁷. Veremos que na escrita de casos em psicanálise, por mais que a montagem seja semelhante, não é a realidade que prevalece na construção do caso, e sim a costura construída pelos movimentos transferenciais, pautando-se na experiência do analisando e na escuta do analista²⁸ – mas isso não é indiferente à realidade social ou médica do caso.

A narrativa desse caso é, portanto, uma narrativa que está no avesso da psicanálise por dois motivos: discursivamente, apresenta-se como um caso do discurso de mestria, pautado pela necessidade de universalização do funcionamento da paranoia; e, narrativamente, não dá voz nem expressão às falas ou ao modo singular de relacionar-se com a linguagem do sujeito em questão. Ela marca relações de contiguidade pela via de um veredicto: a montagem do delírio, juntamente com a realidade, irá legislar sobre o caso definindo o encaminhamento final do professor, através do prontuário médico deste:

Diagnosticamos paranoia. No entanto, como há doentes, e não apenas doenças, e como cada doente faz a sua doença, considerando-se a

²⁷ Veremos, nas entrevistas de pacientes de Lacan, que este modo de lidar com a loucura, de contradizer o que o paciente diz com dados de realidade apresentados pelo médico, é subvertido para uma valorização do discurso do paciente, colhendo as relações intrínsecas ao discurso do paciente, formando assim, uma rede semântica da estrutura de verdade que sustenta a posição do sujeito em seu discurso.

²⁸ Veremos que essa modificação se dá em psicanálise a partir da mudança da técnica freudiana da hipnose para a associação livre. Os casos de estudos sobre a histeria, por exemplo, ainda possuem grande aproximação entre as noções de “verdade” e de “realidade”. Essa relação se distanciará, como veremos, a partir de inclusão de conceitos como “transferência” e “elaboração”.

história de vida do paciente, suas características pessoais, seu alto grau de manipulação, a repercussão emocional que seus atos causam, não somente no ambiente familiar como em toda a comunidade circunstante, ele é considerado de alta periculosidade. (Tavolaro, 2002, p. 155; grifos nossos)

Interessante observar que no prontuário médico há referências sobre a história de Mussalém e a ressalva de que “há doentes, e não apenas doenças”, o que poderia apontar para uma perspectiva mais historiográfica das doenças na psiquiatria – que levaria em conta a história do paciente, bem como a sua percepção sobre a própria doença. No entanto, essa ressalva serve para garantir o encaminhamento judicativo dado ao professor, de “alta periculosidade”, colocando como necessário um certo destino para o caso: enclausuramento. A bricolagem do caso, construída a partir da relação entre a história do professor e a montagem de seu delírio, endereça-se a historiadores que querem saber sobre a história de Franco da Rocha e também ao público em geral, interessado nessa temática. Não é um texto técnico com verbetes de especialistas e que elucidam um método específico, mas um texto que conta uma história, a história de um lugar a partir de um personagem. É mais uma história sobre o que guardam os muros de Franco da Rocha do que sobre a singularidade de Mussalém, entendido aqui como um professor, diferente dos demais habitantes do local devido ao seu status social. Há, inclusive, um achatamento entre suas condições sociais, intelectuais e subjetivas, entendidas pelo comentador como única particularidade que vale ser ressaltada sobre seu personagem e que o diferencia dos demais. Vemos, então, a relação entre universal e particular a partir de uma vertente descritiva que objetifica Mussalém em um personagem estático, que teve um percurso narrativo contado a partir do desenvolvimento de sua doença. É aqui que se compreende a rápida associação realizada entre narrativa e história²⁹. Associação que queremos separar, para pensar a relação entre psicanálise e narrativa.

Vemos, portanto, que o discurso psiquiátrico faz narrativa, com narrador onisciente em terceira pessoa. No entanto, esta é pautada em uma lógica biunívoca do sentido, o que torna a narrativa determinativa em relação ao diagnóstico e ao prognóstico do paciente: o caso psiquiátrico contenta-se em localizar o sujeito em sua

²⁹ Alguns autores (Gonçalves, 2000; Henriques, 2000; Misheler, 1992; Bruner, 1991) compreenderão a narrativa como uma construção de materialidade linguística com começo, meio e fim e sentido predefinido. Essa predefinição de narrativa em sua relação com o sentido a distancia da psicanálise. Por isso iremos propor, no próximo subitem deste capítulo, uma nova modalidade de narrativa, ancorada em sua estrutura mínima (Greimás; Courtés, 2008)

época e contexto e, quando muito, mostra o embasamento histórico da construção do delírio como vimos no caso Mussalém (1999). Esse viés orienta-se por uma política determinativa de produção do sentido, necessária tanto ao discurso psiquiátrico quanto ao discurso jurídico; é o que traz como traços possíveis sua acurácia, precisão e eficácia. Na psicanálise, supõe-se que a montagem discursiva será outra que, por ser embasada em um método diferente, o da associação livre, irá permitir a construção do caso como uma narrativa construída a partir de uma lógica que inclui o sujeito e os indexadores linguísticos de sua presença: a negação, a divisão, o conflito, a enunciação, a exceção³⁰.

Ao realizar essas três análises de caso, vemos que, para tal apreciação, foi preciso conceituar o termo “discurso” e especificar as condições de produção que o discurso constrói. Como vimos, essas condições de produção ocorrem a partir de uma bricolagem que demarca a necessidade como fundada pelo discurso. A partir dessa necessidade fundante, vemos outras categorias lógicas operacionalizarem a movimentação dessa bricolagem: o possível e o impossível.

1.3. Modalização do discurso

Retomemos, a partir da necessidade, a relação entre essas categorias para que possamos compreender as estruturas discursivas que sustentam esses casos clínicos. O necessário lógico, fundado pelo discurso, é aquele que condiciona as relações entre existência e inexistência. *Anankê* funda sua existência ao mostrar sua inexistência anterior: ela é aquela que não pode deixar de ser, anunciando-se na relação *existe – não existe* (Lacan, 1971-72/2012). Nos casos clínicos, ela aparece como uma produção fundadora do discurso, que anuncia suas características fundamentais. Sem estas, não conseguiríamos identificar de que discurso se trata. As características fundamentais dos casos que analisamos ancoram-se na empiria e na positividade: os sintomas se expressam como garantias da condição patológica, sendo o padrão de normalidade necessário para a definição dos discursos apresentados. O sintoma como expressão necessária de uma essência ou de seu descolamento, como se fosse um espelhamento do “mundo interior” do sujeito, biológico (como fica claro no caso da neurologia) ou não, define a patologia, por oposição a outras.

³⁰ Essa construção será realizada, nos capítulos subsequentes desta tese, a partir das análises dos casos e estudos clínicos.

O possível é o aquilo que pode ser. Lacan (1971-72/2012; 1975/2010) o opõe ao necessário, invertendo a lógica aristotélica, que o opunha ao impossível. Essa oposição se dá devido ao fato de o necessário estar embasado na relação entre existência e inexistência, enquanto o possível se funda na relação *todo – existência*: o que se concretiza como obrigatoriedade frente ao necessário, no possível se localiza como espaço de possibilidade de existência. A esse respeito, Lacan afirma:

Só existe estatuto do *todos*, ou seja, do universal, no nível do possível [...] É possível dizer, entre outras coisas, que *todos os humanos são mortais*. Entretanto, bem longe de decidir a questão da existência do ser humano, primeiro é preciso, curiosamente, que nos certifiquemos que ele existe. (Lacan, 1971-72/2012, p. 43)

Vemos nessa citação o funcionamento da lógica da contradição que faz com que Lacan coloque essas duas categorias em oposição. Só é plausível a existência do *todos* no nível do possível, ou seja, para certificar-se da existência de um ser, é preciso que ela seja possível. No momento em que ela for possível, sua existência estará garantida e, então, será necessária. O enunciado *todos os humanos são mortais* traz as duas categorias – a existência do humano (necessidade) e sua mortalidade – como condição de sua existência (possível), ou seja, um ser humano só existe como humano se ele for mortal – característica que funda sua possibilidade de existência. Estamos, aqui, no campo dos universais, que se fundam no terreno dos possíveis. O *necessário*, em sua relação com o *possível*, funda a lógica da exceção: a existência de todo mortal deve ser averiguada por ao menos um, ou algo, imortal. Se, quanto ao necessário lógico que funda o discurso médico, referimo-nos à normatividade, o possível nesse discurso se expressará pelas noções de “acurácia”, “precisão” e “eficácia” – estes conservados pela visualização dos quadros patológicos expressos nos casos e garantidos pelo formato prioritariamente descritivo que o caso tem. Vemos, portanto, que a normatividade, para ser consagrada necessária nesse terreno discursivo, deve ter características específicas que a sustentem como tal.

Já o impossível, terceira categoria vislumbrada por nós na análise dos casos, é tomado por Lacan (1971-72/2012) como aquele que “se afirma nos impasses da lógica” (p. 39), o que o psicanalista também denominou “real”. Lacan afirma que o impossível é uma hiância irredutível, é “o paradigma do que questiona o que pode sair da linguagem” (p. 40). O impossível se dará na relação entre *não existe – todo* e permitirá o retorno do necessário no possível. O impossível, afirma Lacan, enuncia-se a partir “da falta, do

vazio, do buraco, da cavidade oca que é feita daquilo que deve funcionar como argumento” (p. 42), ou seja, o impossível sustenta a relação entre função (necessidade) e verdade (possível) pelas suas bordas. Nos casos analisados, expressa-se pelos silenciamentos, pela impossibilidade de tudo dizer, que, justamente, torna possível e necessário que se diga algo (Paulon, 2014). No entanto, sua forma de funcionamento para que algo seja afirmado, por partir da relação com o todo, aponta para uma universalização de saberes: o impossível se encontra aqui no campo da falta, o que é distinto de pensarmos no campo do vazio. O que o impossível marca é aquilo que não pode ser afirmado como possível, dentro da lógica da exceção em sua relação com o universal.

No discurso médico que estamos analisando aqui, é impossível que o saber esteja associado à subjetividade. Saber e inconsciente não se relacionam justamente devido aos métodos de captação desse saber. O que o torna possível: a observação e a aplicação de técnicas replicáveis é, justamente, o que torna impossível acessar o saber conjuntamente a subjetividade: o saber do discurso médico é um saber que opera na medida em que exclui o saber inconsciente. Deste modo, o impossível seria uma outra faceta do possível, um espelhamento do que não se pode acessar a partir do que se pode acessar. O impossível, no imaginário discursivo, aparece como interdito. Pensemos nessa relação a partir desta citação de Lacan (1954-55/1987), na qual o psicanalista distingue, a partir de uma anedota – que diz que *“É proibido afirmar que o rei da Inglaterra é babaca com a punição de que, quem o fizer, terá sua cabeça decepada”* –, a relação com o incompreensível da lei e a resistência:

No momento em que se trata de algo dificilmente expressável, não só pelo fato de que o rei da Inglaterra é um babaca, mas por tudo o que está vinculado a isto, por tudo que faz com que ele não possa ser outra coisa senão um babaca, por toda a estrutura do regime, e, mais além, pela convivência universal com a babaquice do reino da Inglaterra. Pois bem, o súdito sonha que tem a cabeça decepada. (Lacan, 1954-55/1987, p. 167)

Observemos que o raciocínio proposto por Lacan nos convoca a refletir que a resistência se expressa, nesse caso, diante de um impossível. O impossível de ser dito que o rei da Inglaterra é babaca (o impossível no nível do discurso, ou seja, o interdito) produz um sonho com a cabeça decepada (o possível diante desse impossível). O que nos mostra que, necessariamente, o rei da Inglaterra é um babaca. O impossível se

expressa no imaginário discursivo diante das leis, restrições e proibições que afirmam, justamente, a possibilidade de que essas ações ocorram.

A partir dessa relação entre impossível e interdição, podemos afirmar que, para a construção de casos clínicos, devemos então supor que, no nível discursivo, os casos que são exemplos dessa formação participam de uma razão diagnóstica que relaciona estas três categorias: o necessário (o que não pode deixar de ser), o possível (o que pode ser) e, em espelhamento com este, o impossível (o que não pode deixar de não ser) – o que faz desse *modus operandi* determinativo.

A partir das relações entre *existência*, *inexistência* e *todo*, essas categorias formulam proposições universais, o que implica construir relações de contradição: existe ou não existe a partir de um todo. O método e suas técnicas de observação pautam-se por apontar um diagnóstico e um encaminhamento conclusivos. A linguagem permanece na lógica da biunivocidade do sentido e é organizada por relações de determinação. Assim, a escrita de caso torna-se a escrita sobre um objeto. Não há outro lugar para se escrever sobre o caso que não seja determinado e que não esteja localizado em algo anterior, que já foi suposto para sua construção: a normatividade.

A perspectiva de universalidade – e, conseqüentemente, de critérios bem definidos e delimitados para fechamento de diagnóstico – está conjecturada, como afirmado anteriormente, em uma noção da linguagem *via* lógica da biunivocidade do sentido. A dialética estabelecida por essa lógica iria do particular, dentro de um todo, ao universal, restringindo o sentido aos aspectos coletivizantes de significação (Lacan, 1975/2010) – é o que chamamos de política de determinação do sentido. O significado, então, se constitui de aspectos da linguagem relacionados à construção de sentidos compartilhados e previamente estabelecidos. Atualmente, atravessado pelo discurso da ciência, o significado dentro da razão diagnóstica da clínica médica assume o valor de informação: aquilo que pode ser descrito e destacado a partir da similaridade entre olhar – escutar – interpretar, fazendo com que os questionamentos acerca dessa lógica sejam sobre validação ou invalidação do conteúdo passado, ou seja, associados a uma lógica binária de exclusão (*ou isso, ou aquilo*)

A informação, portanto, é assumida a partir de um processo de significação determinativo. Esse viés, obtido na lógica, pelas relações entre o possível, o impossível e o necessário, formam uma triangulação do sentido. Vejamos na imagem abaixo:

Como afirmamos anteriormente, há um espelhamento entre o possível e o impossível a partir da relação: *todo – existe* e *todo – não existe*. Esse paralelismo cria uma relação de exclusão do impossível a partir do possível, determinando o sentido pela sua existência ou inexistência. Quando associado ao necessário, o possível torna-se como que uma garantia da existência. Se o discurso é aquele que funda o necessário; e se, a partir dele, associam-se as categorias de possível e impossível, podemos afirmar que a trama discursiva apresentada é determinativa por relações de exclusão e que tem como principal modo de funcionamento a descrição, por esta ser uma operação que permite mostrar sem analisar e afirmar sem contestar: a não ser que essa contestação se estabeleça entre o verdadeiro e o falso. Estamos no campo das relações dicotômicas com o sentido, como analisado por Foucault (1975) a respeito da fundação das ciências humanas: a divisão radical entre procedimentos e teoria polariza os campos e tende a absolutizá-los, ou seja, estabelece uma construção discursiva pautada na lógica da não contradição. Ao analisarmos a estruturação desses casos, foi isso que pudemos depreender de sua constituição: é uma descrição narrativa que apresenta algumas movimentações e articulações de sentido; no entanto, os sentidos estão vinculados por relações de contiguidade alheias ao sujeito.

Vimos, portanto, que a construção discursiva desses casos passa pelas vias da descrição, da congruência e da convergência com seu aspecto visual, e da informação na construção do sentido. Neste momento, vale ressaltar a distinção que Benjamin (1936/1994) faz entre narrativa e informação, ao realizar uma crítica à forma como se dava a comunicação pós-Segunda Guerra. Esta foi uma das leituras inspiradoras desta pesquisa:

A razão é que os fatos já nos chegam acompanhados de explicações. Em outras palavras: quase nada do que acontece está a serviço da narrativa, e quase tudo está a serviço da informação. Metade da arte narrativa está em evitar explicações [...] O extraordinário e o miraculoso são narrados com a maior exatidão, mas o contexto psicológico da ação não é imposto ao leitor. Ele é livre para

interpretar a história como quiser, e com isso o episódio narrado atinge uma amplitude que não existe na informação. (Benjamin, 1936/1994, p. 201; grifos nossos)

Queremos mostrar com esse excerto dois aspectos – a nosso ver, essenciais – para a diferenciação desse discurso embasado pela relação triangular entre possível, necessário e impossível, e que se afirma na racionalidade diagnóstica psiquiátrica com o discurso que embasa a racionalidade diagnóstica psicanalítica: a relação existente entre informação e explicação e a maior exatidão da narrativa no concernente ao extraordinário e ao miraculoso³¹.

A relação causal existente em uma formalização da linguagem que vincula informação e explicação visa garantir uma significação que busque literalidade no sentido: estamos aqui na lógica da biunivocidade do sentido. Como afirma Benjamin, há uma imposição do contexto psicológico ao leitor, na tentativa de garantir a totalização e a estabilidade do sentido, fechando o circuito da comunicação. A informação evidencia, esclarece o acontecimento, fixando-o como um fato imutável e irrefutável – pode-se refutá-lo apenas através de outra informação, como dissemos anteriormente, para estabelecê-lo como falso ou verdadeiro, segundo a correspondência ou a divergência entre enunciados protocolares e fragmentos de sentido. A informação vigora no discurso científico através da busca de uma verdade indivisa, que não pode deixar de ser: uma verdade toda, completa em sua existência.

A lógica de significação vigente nessa montagem de discurso que tem os efeitos acima citados é, também, a lógica que encontramos na noção de “duplo”³² em psicanálise. O duplo, como o nome já diz, se dá por um relação dual do sujeito consigo mesmo, no lugar de objeto. Quando Lacan teoriza sobre a constituição do sujeito, ele nos mostra a instauração desse duplo nos três tempos do Édipo (Lacan, 1957-58/1999), ao afirmar que a relação triangular estabelecida entre mãe, bebê e falo é uma relação dual, que não inclui um terceiro. Ou seja, na construção do duplo, que se dá pela triangulação da relação mãe-bebê-falo, não há espaço para a alteridade. A construção, pela lógica, entre possível-necessário-impossível formula essa mesma relação com o outro que, na nossa tese, é a escrita do caso: esta, a partir desse discurso, mantém-se como duplo do indivíduo atendido, não tendo espaço para a alteridade e, portanto, não

³¹ Que serão examinados nesta tese a partir da noção de “ficção” em psicanálise, no Capítulo 2.

³² Será interessante observar também que na entrevista de pacientes, ora Lacan, ora o público ocupam a função desse terceiro, mediando a relação entre o eu e o Outro para o paciente entrevistado.

tendo espaço para a transferência. Afinal, se não há um terceiro, como haveria transferência?

1.4. A Transferência: entre narrativa e discurso

A transferência, termo que aparece pela primeira vez em Freud na obra *A interpretação dos sonhos* (1900/2013), é associada à noção de “deslocamento”, não de conteúdo, mas de investimento libidinal (economia). Freud, nessa obra, nos afirma: “Quando consideramos o trabalho do deslocamento nos sonhos, fomos levados a supor que as *intensidades* que se vinculam às ideias podem ser *completamente transferidas* pela elaboração onírica de uma ideia para outra” (Freud, 1900/2013, p. 579; grifos nossos). Ou seja, o germe da noção de “transferência” já estava contido no desenvolvimento freudiano a partir da transposição de intensidades de energia a diferentes conteúdos do material onírico. A transferência estava, assim, associada ao arcabouço conceitual da psicanálise (Laplanche; Pontalis, 1970), sem, no entanto, ser considerado um operador na clínica.

Freud levará a noção de “transferência” para o contexto do tratamento pela primeira vez no posfácio do “Caso Dora” (Freud, 1905a/1996) e, após, em um de seus textos técnicos mais conhecidos: “Dinâmica da transferência” (1912/2010). A “transferência” é um termo que nos diz sobre a forma como os materiais inconscientes incidem na vinculação entre analisante e analista. Segundo Freud, ela, na direção do tratamento, é um investimento que “se apegará a modelos, se ligará a um dos clichês presentes no indivíduo em questão ou, como podemos também dizer, ele incluirá o médico em uma das ‘séries’ que o doente formou até então” (Freud, 1912/2010, p. 101). A emergência da transferência introduz uma nova possibilidade no interior do discurso, ou seja, uma negação da necessidade que não lhe é interna (possível) ou externa (impossível), mas dependente de sua realização atual. Ela propicia, a partir da repetição, a atualização de modalidades narrativas e, a partir da repetição, a possibilidade de transformação dessas modalidades. Com isso, a noção de “discurso” tensiona-se com a de transferência, uma vez que esta traz a dimensão da contingência, que é capaz de transformar o discurso:

Essa afirmação freudiana, que aproxima a transferência de um acontecimento a um tempo necessário, posto que recapitula os modos de amar e de ser amado, é contingente, pois incide sobre esse significante qualquer do analista, sendo um modo de retomar o antigo debate entre clínica e psicoterapia (Dunker, 2011). A clínica tradicional, baseada em um método científico, recusa a autoridade do médico sobre o paciente, relegando ao método esse lugar, conforme afirmamos anteriormente. Já a psicoterapia – ou, como afirma Dunker (2011), os chamados “tratamentos da alma” – considera de maneira direta a influência do médico no processo de cura. Essa influência, afirma o psicanalista, se dá, dentre outros fatores, a partir da performance do terapeuta, como analogamente se dá nos rituais xamânicos (Dunker, 2011). Ora, o conceito de “transferência” em Freud aponta para um retorno direto a essa influência do psicanalista. No entanto, com um diferencial que não era vislumbrado pelos antigos psicoterapeutas: o material inconsciente é sua sustentação e o médico deve ter claro para si que a transferência nada tem a ver com sua pessoa, mas, sim, com o que ele representa a partir das associações desse material inconsciente.

A transferência, portanto, é o que aponta, na vinculação analisante – analista, para esse lugar do Outro no discurso do sujeito. Ela é o lugar desse terceiro, no qual o analista se sustenta de algum modo. No entanto, devido à sua constituição, a transferência é regida por uma espécie de acaso: ela não é fixa, não é a mesma, não respeita identidades. A transferência entra na direção do tratamento pela noção de “contingência”, esse quarto elemento da lógica aristotélica que não surge nos casos que analisamos anteriormente. É a partir da noção de “contingência”, portanto, associada às outras três categorias lógicas, que podemos pensar a construção do discurso em um outro paradigma que não o paradigma médico e que se sustente a partir de diferentes modalizações narrativas. Neste sentido, é o conceito de “transferência” que irá direcionar, apontar o sentido da construção do caso clínico, sendo a relação dele com a linguagem o que diferenciaria a construção do caso em psicanálise.

A transferência – por ser um conceito, ao mesmo tempo, econômico e dinâmico – possibilita articular nas modalidades narrativas espaço, lugar e posição, realizando, assim, um mapeamento discursivo das constantes ressignificações, presentes no nível da enunciação, que se apresentam na clínica (Dunker; Paulon; Milán-Ramos, 2017). Deste modo, ela tem papel fundamental no caso, a partir da autoria, sendo referência em sua construção. É, por exemplo, a partir dos movimentos transferenciais que temos indicativos sobre o diagnóstico e a direção do tratamento, o que culmina em uma das hipóteses principais desta tese: a diagnóstica e a direção do tratamento incidem diretamente na forma como se escreve o caso clínico. Veremos essas mudanças em Dora (Freud, 1905a/1996), Schreber (Freud, 1911/2010) e no Homem dos Ratos (Freud 1909/1988). Este é o grande diferencial na escrita de caso a partir do discurso médico em sua comparação com a escrita de caso em psicanálise.

1.5. O real como contingência da escrita

Vemos que a partir de uma análise histórica dos conceitos em psicanálise e de sua utilização como operadores na clínica, o caso clínico psicanalítico surge, inicialmente, associado a uma clínica tradicional para, depois, distanciar-se dela. Para compreender tal movimentação, recorreremos à quarta categoria lógica aristotélica, que está excluída da montagem dos discursos acima: a contingência, que, como afirmamos acima, entra nessa montagem através da noção de “transferência”.

A respeito da categoria “contingência”, Lacan (1971-72/2012) nos afirma: “O não impossível, que vem a ser ele? Isso tem um nome que nos é sugerido pela tétrede aristotélica, mas disposta de outra maneira. Assim como é ao necessário que se opõe o possível, ao impossível se opõe o contingente” (p. 46). Vemos, portanto, que o contingente é o “não impossível”, é aquilo se opõe a ele. Mas, então, qual a sua diferença com o possível? O que o distingue é, justamente, a sua não relação com a totalidade, o que faz do contingente uma categoria fundada no *não-todo*³³ e que permitirá a Lacan dizer que o contingente se apresenta como “hiância de indeterminação” (p. 44).

³³ Ou, como afirmará Lacan ao longo de toda essa sessão, *não-todas*, já que o psicanalista insere a categoria “contingência” a partir do que ele chamará de “valor mulher”. Essa é a lição em que Lacan apresenta as fórmulas da sexuação e decanta as estruturas lógicas a partir delas. O que realizamos aqui é a apropriação dessas estruturas lógicas em suas diferenças para pensar a noção de “discurso” em psicanálise.

Milner (1996), ao retomar a poesia de Mallarmé – “um lance de dados nunca abolirá o acaso” (Mallarmé, 1991) – nos mostra essa relação estabelecida entre o impossível e o contingente. Na poesia, Mallarmé brinca com a ideia de que os dados, quando lançados ao ar, têm ao seu alcance todos os números possíveis, o que aponta para uma possibilidade em suspenso. Cair um ou outro número tem um valor totalmente arbitrário a partir das faces necessárias do dado, o que expressa, para Milner, a contingência em sua relação com o possível. A partir do momento, no entanto, que esses dados caem na superfície arbitrariamente, é impossível que seus números sejam outros que não aqueles que “se apresentam em suas faces lisíveis” (Milner, 1996). A partir dessa analogia com o lançar de dados, o linguista irá nos afirmar que o impossível e o contingente denotam as duas facetas do real. Aquilo que não pode ser (impossível) e aquilo que é tornado possível a partir de um *não-todo*, ou seja, de um acaso (contingente). Há, então, como afirma Lacan, a possibilidade de uma relação entre *existência* e *não-todo* a partir do acaso, o que permitiria uma existência calcada na não totalidade, ou seja, na incompletude.

A partir do que afirmamos acima, podemos reformular algumas questões acerca da lógica e da sua relação com a *não contradição*, que se modifica pela entrada da contingência como parte dessas categorias; também, com modificação das oposições entre elas, realizada por Lacan. O valor do *não-todo* permite a suspensão das noções de “verdadeiro” e “falso” como pressupostos necessários à existência. Para exemplificar essa relação do *não-todo* com a trama discursiva, Lacan (1971-73/2012) recorre aos teoremas de Gödel, também conhecidos como teoremas da incompletude. Vejamos o que o psicanalista diz sobre eles:

No desenvolvimento da enunciação lógica ao qual me referi há pouco, alguns talvez tenham percebido que não se trata de outra coisa senão do teorema de Gödel concernente à aritmética. Gödel procede à demonstração de que, no campo da aritmética, *sempre haverá algo, enunciável nos próprios termos que ela comporta, que não estará ao alcance do que ela postula para si mesma como modo de demonstração a se considerar aceito. [...] Gödel não procede a partir dos valores da verdade, da ideia de verdade, mas a partir da ideia de derivação. É ao deixar em suspenso os valores verdadeiro e falso, como tais, que o teorema é demonstrável.* Esse ponto vital ilustra o que digo sobre *hiância lógica*. (Lacan, 1971-72/2012, p. 40; grifos nossos)

Lacan nos expõe que há algo de enunciável em um teorema que vai além dos próprios termos, ou seja, algo que ultrapassa o nível do enunciado. Segundo o

psicanalista, essa percepção de algo para além dos termos expostos acontece devido à suspensão da ideia de “verdade” e a utilização do princípio de derivação. Esse ponto de vista, então, caracteriza o que ele denomina como “hiância lógica”.

A hiância lógica se daria, portanto, a partir desse movimento de suspensão dos valores verdadeiro e falso e na distinção entre o que pode ser inscrito, o que não pode ser inscrito (jogo significativo), e o impossível de não se inscrever (letra). O que dá ao enunciado uma dimensão totalizante é justamente a colagem, essa duplicidade de valores, absolutizando o sentido. Quando estes são colocados em suspenso, separados, e partimos do princípio de derivação, podemos acessar um outro nível de significação, o nível da enunciação. Essa hiância entre enunciado e enunciação só se torna possível em psicanálise a partir de outras separações importantes como a de letra e de significativo (Costa, 2008; Milán-Ramos, 2010). A letra, que, invariavelmente a mesma, é suporte para o jogo significativo (Costa, 2008), possibilita os movimentos de derivação deste, justamente pela repetição marcada pela letra: articulação entre o necessário (da enunciação) e o contingente (do enunciado) a partir da transferência.

Quando se coloca como pressuposto analisar o enunciado através da sua enunciação, estamos estabelecendo aproximações, pela contingência localizada temporalmente, das relações de significância que possibilitaram aquele enunciado. Operadores como a paráfrase (Pêcheux, 2009) e a articulação entre polissemia e polifonia (Bakhtin, 1981) são modos de extração dos possíveis no necessário da enunciação; entretanto, falta-lhes o caráter contingencial que pode ser demarcado pelas derivações estabelecidas pelo jogo de significantes sustentado pela letra, marcando nos casos, narrativamente, a forma como o traço inscreve-se no acaso. Deste modo, sustentamos que o princípio de derivação ancora-se na relação não-toda com a linguagem, o que possibilita as relações entre letra – significativo, traço – escrita, articulando-as pela repetição. Portanto, a “transferência é o que garante que o sujeito se reconheça na repetição desse traço” (Costa, 2008, p.44), a partir das derivações contingenciais do significativo.

A derivação é, então, um modo de vislumbrar que, a partir do enunciado, há diversas enunciações possíveis. Essa afirmação nos aponta para uma relação com a linguagem que passaria por uma incompletude, ou seja, por uma relação não literal com o sentido: nossa linguagem não teria uma relação biunívoca com ele, e sim plural – uma relação *não-toda*, contingencial. Veremos no caso de Perec (1975/2005), por exemplo, que a forma como ele narra o processo de sua análise, realizando analogias a partir da

descrição do bairro onde ficava o consultório do analista, da mancha na parede que permanecia na sala, pausada pelos silenciamentos e interjeições do analista, são uma bela forma de derivação do sentido ali apresentado e, ao mesmo tempo, deslocado para motivos externos ao sujeito, mas que o significam, retroativamente, marcando seus espaços de inscrição. Esse deslocamento contingencial é apresentado a partir das marcas da escrita do caso que dão a ele uma consistência temporal, rítmica, e não substantiva.

Essa relação contingencial não independe das demais categorias lógicas. O acaso se funda, justamente, nas possibilidades e impossibilidades em suas aproximações com o necessário. Vejamos, por exemplo, a noção de “transferência”. Ela é contingencial, já que não é possível garantir que ela exista ou saber exatamente de onde ela partirá e onde se estabelecerá. A partir do momento em que acontece, torna-se necessária para que possam emergir as marcas, traços identificatórios do sujeito, *via* repetição. Inicialmente, ela existirá em algum traço identificatório do analista e, a partir do momento em que ela existir, será possível estabelecer um terreno para a análise no qual ela se deslocará constante e arbitrariamente³⁴. Vejamos em Freud (1895/1993), no caso Katharina, um enunciado em que podemos identificar os traços transferenciais:

Estava tão perdido em meus pensamentos que, a princípio, *não relacionei comigo estas palavras, quando alcançaram meus ouvidos: “O senhor é médico?”* Mas a pergunta *fora endereçada a mim*, e pela moça de expressão meio amuada, de talvez dezoito anos de idade, que me servira a refeição e à qual a proprietária se dirigira pelo nome de “Katharina”. (Freud, 1895/1993, p.141; grifos nossos)

Observemos essa citação. Freud, no momento em que escreveu esse caso, ainda não havia desenvolvido o conceito de “transferência” – o que acontecerá cerca de dez anos depois. No entanto, quando ele monta a cena em que Katharina se aproxima dele com a pergunta “*O senhor é médico?*”, e diz que essa pergunta, por mais que ele não tenha percebido em um primeiro momento, havia sido *endereçada* a ele, nos deparamos aqui com o que podemos perceber, clinicamente, como um primeiro momento transferencial do caso. Katharina lhe endereça suas questões a partir da confirmação desta primeira questão: se Freud era ou não médico. É, portanto, a partir do status profissional de Freud que Katharina se aproxima dele e nele deposita a sua confiança.

³⁴ O arbitrário aqui não deve ser compreendido como imotivado. Tal como Saussure (1916/2006) apresenta a noção de “arbitrário” no signo linguístico associada à noção de “valor”, em psicanálise o arbitrário guarda relação com a causalidade psíquica, marcando o significante em suas relações com a letra.

A contingência, portanto, necessita de um solo que relacione as demais categorias. Para ela se estabelecer, arbitrariamente, como vimos em Katharina, na figura do médico, era necessário que Freud fosse médico ou que, ao menos, tivesse “assinado como um médico” no livro de hóspedes da pousada, como podemos ler neste trecho: “Voltando a mim, respondi: — Sim, sou médico, mas como você soube disso? — O senhor escreveu seu nome no livro de visitantes. E pensei que, se o senhor pudesse dispor de alguns momentos [...]” (Freud, 1895/1993, p. 141). Essa foi uma realidade necessária para que a contingência fosse possível.

Temos então a contingência em oposição ao impossível – pela relação que ela estabelece entre *não-todo* e *existência* – e espelhada com o necessário, na medida em que, a partir, por exemplo, da arbitrariedade da causalidade psíquica que se inscreve na linguagem pela transferência, funda-se como necessário o solo para o desenvolvimento de uma sessão de análise. A entrada da contingência na relação entre esses três termos “quaternariza” a relação entre eles, apresentando aí, se refletirmos com Lacan (1957-58/1999), a entrada do terceiro na relação dual estabelecida entre mãe, bebê e falo; ou, no nosso caso, entre o caso escrito e o indivíduo observado para a produção desse caso. Esse terceiro apresentaria então a entrada da alteridade, do Outro como interlocutor para a confecção do caso, o que tornaria possível escrever um caso sem identificar o indivíduo a ele. Esse Outro, possibilitado pelos movimentos transferenciais, é o que caracterizaria, a nosso ver, a escrita de caso em psicanálise: autor e narrador do caso seriam meras funções estabelecidas através desses movimentos transferenciais que se apresentariam no próprio ato de escrita. A autoria do caso é da ordem da transferência. É por isso que o caso não necessariamente necessita ser escrito por um analista. Pode ser escrito por um analisante (como ocorre com Leclair ou Pécq; pode ser um caso não de um indivíduo, mas de uma autobiografia (como o caso Schreber, em Freud). O caso é uma escrita criada a partir dele, e não ele próprio. O caso clínico em psicanálise não é, portanto, uma escrita sobre um indivíduo ou sobre uma patologia, mas uma escrita sobre a transferência e seus efeitos.

Esse ato de escrita não é aleatório, como afirmamos acima. Ele se calca na relação com as outras categorias lógicas em uma formação fundada por Greimas e Courtés (1979/2008) e denominada “quadrado semiótico”. O quadrado semiótico é uma formação lógica estabelecida entre quatro elementos. Esses quatro elementos apresentam, aos pares, oposição e espelhamento e se relacionam a partir de uma

movimentação circular. As quatro categorias lógicas ficariam estabelecidas no quadrado semiótico como colocamos abaixo:

As relações entre os *pares possível e necessário* e *impossível e contingente*, como construímos, é de oposição. Entre *possível e impossível* e *necessário e contingente*: espelhamento. O possível se relaciona com o contingente pela existência e o impossível se relaciona com o necessário pela inexistência. Deste modo temos o que chamamos de um modelo do grupo de Klein (Dunker; Paulon; Milán-Ramos, 2016): um sistema fechado que se autoconfigura pelas relações supracitadas. Segundo Dunker et al. (2016), o grupo de Klein possui:

[...] regras de composição que, no caso do grupo de Klein, são: existência do elemento neutro, operação associativa, operação de inversão e operação de permutação. O emprego do grupo de Klein é constante em Lacan (TORRES, 2008). Ele exprime a essência tanto da estratégia expositiva baseada na topologia quanto da lógica modal (Dunker et al., 2016, p. 125)

Temos no quadrado semiótico as relações de oposição, o elemento neutro (existência), as operações de inversão – que aqui chamamos de “espelhamento” – e as permutações: possível – contingente; impossível – necessário. Nos questionamos, no entanto, se o quadrado semiótico montado a partir dessas categorias assim posicionadas seria um grupo de Klein perfeito, já que o contingente, enquanto elemento que remete ao acaso, romperia com essa perspectiva de circularidade fechada dentro de um sistema. O contingente, como vimos anteriormente, traz a possibilidade de suspensão dos valores de verdadeiro e falso a partir da noção de “derivação”, o que significaria uma abertura constante para a ressignificação, no entanto, sustentada pela letra, que demarca o necessário em sua repetição.

Lacan parece ter derivado um conceito novo de contingência, compatível com uma possível ciência do real, a partir de Robert Blanché. Seu modelo para reconsiderar o estatuto lógico da contingência cobre exatamente as duas formas de indeterminação

que procuramos descrever nessas notas. Blanché³⁵ percebeu as limitações do quadrado silogístico de Aristóteles quando este considerava a contingência apenas como a negação do impossível e a contradição do necessário. Isso pode ser atribuído à ambiguidade da linguagem natural que nos oferece apenas três conectores propriamente modais: *todo* (necessário), *nenhum* (impossível) e *algum* (possível).

36

A conjunção “não todo” não representa uma propriedade modal, mas apenas a negação de outras três. Portanto, isso deveria ser reconhecido de modo a distinguir a contingência como negação da determinação e a contingência como afirmação de uma indeterminação. É exatamente isso que Blanché propõe ao transformar o quadro de Aristóteles em um hexágono lógico com a seguinte estrutura:

37

³⁵ Robert Blanché (1957) “Sur la structuration du tableau des connectifs interpropositionnels binaires”. *Journal of Symbolic Logic* 22:1, pp. 17-18.

³⁶ Traduzindo a imagem: A: Todo homem é branco; E: Nenhum homem é branco, O: Nem todo homem é branco, I: Algum homem é branco.

³⁷ Traduzindo a imagem, em sentido horário: Não contingente = necessário ou impossível. Impossível. Não necessário. Contingente: possível e não necessário. Possível. Necessário.

Isso permite diferir a contingência como alternativa (inclusiva ou exclusiva) entre necessidade e impossibilidade da contingência como indeterminação gerada pela associação conjuntiva entre o possível e o não necessário. Em outras palavras, a negação do necessário não é suficiente para constituir a contingência indeterminativa forte, pois a ela deve-se acrescentar a força do possível. Ora essa potência produtiva da indeterminação está excluída das ciências exatas, nas quais vigora apenas a alternância entre o binário, contingência ou impossibilidade, ou o ternário que inclui a possibilidade como regra indutiva. Ora, o *não necessário* é uma das figuras fundamentais da liberdade e do pensamento ético, mas dele não se conclui a contingência, pois assim ela seria apenas um atributo negativo, que separa, por exemplo, identidade e identificação. Daí que seja preciso acrescentar a dimensão do possível para que a indeterminação assuma a sua face produtiva e poética que caracteriza a ciência do Real. Vemos, portanto, que derivação é um movimento que torna possível o acesso ao nível da enunciação, para além da permanência no enunciado, a partir da revisão do conceito de “contingência” que possibilita essa articulação. Este cria índices de determinação do sentido enquanto a enunciação possibilita movimentos de indeterminação. Essa indeterminação na narrativa do caso clínico em psicanálise só é possível devido ao fato de ela estar associada à lógica do significante: o que indica desmontar a relação estritamente determinativa contida no signo linguístico e transformá-la em índices de singularidade, ou seja, transformá-la em uma produção de sentido por contiguidade que esteja associada ao sujeito, sendo a linguagem pulsionalmente constituída.

Vejamos, por exemplo, o texto “A cena de um estratagema” (Perec, 1975/2005), em que Georges Perec escreve sobre a própria análise com Pontalis. Neste texto, ritmado temporalmente pela entrada da contingência que o constitui, Perec conta sobre sua análise, que poderia ser a de muitos outros: não há conteúdo explícito sobre o que foi trabalhado em análise, e sim a forma como ela foi conduzida e quais marcas deixou. Escrito para a revista *Cause Commune* sob a temática do estratagema, Perec inicia o texto com diversos questionamentos sobre sua experiência. Abaixo, analisemos o primeiro parágrafo do texto:

Durante quatro anos, de maio de 1971 a junho de 1975, eu estive em análise. Mal ela havia se encerrado quando fui assaltado pelo desejo de falar, ou mais precisamente, de escrever sobre o que tinha se passado. Um pouco depois disso, Jean Duvignaud sugeriu aos editores de Cause Commune que um número da revista fosse organizado sobre o tema do Estratagema, e foi dentro desse quadro, cujos contornos

não estavam muito bem definidos, mas bastante instáveis, imprecisos e oblíquos, que percebi por mim mesmo que meu texto estaria em seu elemento mais natural. (Perec, 1977/2005, p. 13; grifos nossos)

Perec nos mostra, em um primeiro momento, a duração cronológica de sua análise: quatro anos, de 1971 a 1975. Seria esse um signo de precisão, equivalente ao que vemos no discurso médico, que analisamos acima? Ou as datas, na montagem do texto, apontando para uma miragem, um vazio em que esse tempo não diz nada sobre sua análise além do tempo necessário de duração? Perec se sente convocado a escrever sobre sua análise a partir de um convite de uma revista com o tema *estratagema*. Há uma convocação ao analisante para que ele escreva sobre sua análise e, a partir da temática do *estratagema*, Perec enxerga a possibilidade de seu texto aparecer em seu elemento mais natural, que conta com contornos bastante instáveis, oblíquos e imprecisos. Inicialmente, vemos, portanto, uma indeterminação sobre o motivo da escrita na qual a temporalidade cronológica apenas serve como marca temporal, não tendo a mesma função de verificação como a que é apresentada no discurso médico. A lógica contida no texto de Perec nos parece, portanto, uma lógica que estabelece relações de determinação e indeterminação do sujeito com seu processo de análise, apresentando as marcas que irão constituir-se como marcas de repetição e de reformulação da sua significação. Isso também pode ser percebido pela ausência do motivo da análise, ou “queixa” – como se coloca nos prontuários médicos –, a qual não se apresenta no texto. Continuemos:

Eu queria escrever, eu tinha de escrever, eu tinha de redescobrir pela escrita, através da escrita, o traço daquilo que tinha sido dito (todas aquelas páginas recomeçadas, os rascunhos não terminados e as linhas deixadas em suspenso são como lembranças das sessões amorfas nas quais eu tinha a sensação indizível de ser uma máquina de moer palavras sem peso), mas as palavras se endureciam em frases cuidadosamente escolhidas e naquilo que alguém poderia supor que eram as questões preliminares: por que eu preciso escrever esse texto? Para quem ele é realmente destinado? Por que decidir escrever, publicar, tornar público aquilo que talvez fora nomeado apenas na intimidade da análise? Por que decidir ligar essa procura incerta ao tema ambíguo do Estratagema? Todas essas questões eu me fiz com uma determinação suspeita – a primeira em letras minúsculas, a segunda em letras minúsculas, a terceira em letras minúsculas, a quarta em letras minúsculas –, como se realmente tivesse de haver questões, como se, não havendo questões, não houvesse respostas. Mas o que eu quero dizer não é uma resposta, é uma afirmação, um fato concreto, algo que aconteceu, que jorrou. (Perec, 1977/2005, p. 14; grifos nossos)

Perec tenta afirmar um indizível que pudesse ser redescoberto pela escrita, pelas marcas escritas. “As linhas deixadas em suspenso” são como lembranças amorfas das sessões nas quais a mesma sensação que ocorre na escrita ali acontecia: recomeços, impressão de rascunhos, uma “máquina de moer palavras”. Iniciar a escrita do caso torna-se um procedimento análogo às entrevistas preliminares: Por que escrevê-lo? Por que torná-lo público? A relação com a escrita é atravessada pela mesma sensação de estranhamento da entrada em análise. Deste modo, é como se a escrita do caso por Perec tentasse construir uma espécie de repetição do movimento de uma análise, apresentando as funções e suas marcas diferenciais. Essa sensação perpassa o texto todo, com afirmações do autor que reiteram que escrever uma análise é como vivenciá-la a partir de um outro lugar. Afirmações como: “Durante aqueles quinze meses devaneei a respeito desses meandros verbais, tal como por quatro anos, no divã, eu tinha devaneado enquanto fitava as manchas de mofo e as rachaduras no teto” (p. 15); ou: “Não existe um tempo verbal no qual possa dizer o que aconteceu. Aconteceu, tinha acontecido, está acontecendo, acontecerá. Você já sabia, você já sabe” (p. 16).

Perec (1977/2005) realiza ao longo de todo o texto esses movimentos, marcas contingenciais que são inscritas por alguns momentos de repetição como a marcação das sessões na agenda; a porta sendo aberta pela secretária ou, nos momentos de exceção, pelo analista; o mofo na parede; a mobília da sala; as intervenções e pausas do analista. Toda sua escrita é atravessada por essas pequenas recordações que não dizem nada de sua análise no sentido categorial: qual sua queixa, qual o sintoma, qual o diagnóstico estabelecido. O texto diz, simplesmente, de uma análise que aconteceu. Aconteceu e se expressa no texto pelas marcas de sofrimento, estas, sim, ali expostas, como podemos observar nas citações seguintes:

Eu percorria, animadamente, os caminhos claramente marcados dos meus labirintos. Tudo significava alguma coisa, tudo estava ligado, tudo era claro, tudo se permitia a uma gradual dissecação, uma grande valsa de significantes expondo suas voluntariosas ansiedades. Sob o brilho efêmero dessas colisões verbais, as excitações medidas deste pequeno Édipo ilustrado, minha voz encontrava somente seu próprio vazio [...]. (Perec, 1977/2005, p. 18)

A intoxicação verbal desses breves momentos de delírio pansêmico não demorava a se desfazer, durava só alguns segundos – alguns segundos de silêncio durante os quais eu buscava no analista um reconhecimento que nunca vinha, e então voltava a me sentir amargo e

taciturno, cada vez mais distante de minhas próprias palavras, minha própria voz. (Perec, 1977/2005, p. 18)

Vemos que o analisante expressa de sua análise o seu modo de produzir significação. Ele expressa seu sofrimento, no amargor, no sentimento taciturno de retorno às próprias palavras, no vazio dos labirintos que montava. A escrita do caso assemelha-se, então, a um movimento de construção de lembranças, uma tentativa de criar, pela escrita, movimentos análogos aos que haviam acontecido na análise. Movimentos transferenciais que se demarcam por algumas reminiscências e pela busca do acontecimento, da transformação da repetição que dissolve o processo de análise e que, de alguma forma, também conclui o texto.

O texto de Perec nos mostra como esses movimentos transferenciais, dado o seu caráter contingencial, se entrelaçam no texto a fim de dar contorno a uma experiência que, segundo o próprio autor, “já tinha começado muito antes da primeira sessão” e “continua, muito depois da última sessão” (p. 15). A análise teve início, supomos, por um sintoma apresentado pelo sujeito que, supostamente, tornou-se demanda (necessidade) de análise a partir das entrevistas preliminares. Foi encomendado a Perec um texto para uma revista, *Cause Commune*, que ele, Perec, dedicou à sua análise: a articulação, aí, entre demanda e desejo a partir de um acontecimento contingente (a análise e a encomenda do texto) mostram o endereçamento, marcado pela forma como o autor endereça e articula o sentido entre essas instâncias. O arbitrário, a partir de marcas temporais de repetição associadas às lembranças, formula uma narrativa que pode mostrar o desenrolar de um processo de retificação subjetiva.

O interessante do texto de Perec é que ele não se debruça, como os casos clínicos analisados anteriormente, sobre nenhum diagnóstico, nenhum sintoma pontual, nenhum “dado de realidade” que não aqueles que localizavam o significado da análise para o autor: a vizinhança conhecida, o restaurante preferido etc. O texto se propõe a apresentar um percurso, no entanto, como Perec diz, sem estabelecer um antes e um depois, ou seja, sem marcar mudanças fenomênicas: simplesmente, algo mudou. Essa perspectiva nos aponta para a compreensão de que o caso clínico em psicanálise, distintamente de outros casos, não busca encerrar o diagnóstico do indivíduo e nem mesmo aponta para uma tentativa de compreensão total dos processos subjacentes aos sintomas. O caso é uma contínua derivação de palavras a partir da suspensão dos valores de verdadeiro e falso. Com essa suspensão, algo pode ser dito e transmitido que

não seja uma informação, mas a construção de um sentido a partir da estruturação de uma verdade, manejada pela transferência.

O fato de um caso clínico psicanalítico não ser, necessariamente, escrito por um psicanalista nos traz algumas mudanças também em relação à sua narrativa. Essa possibilidade que o caso psicanalítico contém nos esclarece a inserção da narrativa como operador de leitura de casos, já que é a partir dessa noção, dentro dos gêneros literários, que é permitido discutir o narrador como função da narrativa, e não associado diretamente ao autor ou a algum personagem pré-estabelecido que seja anterior ao processo narrativo. Essa possibilidade se dá a partir da perspectiva da diégese, que estabelece uma possível divisão entre aquele que conta (narrador) e aquele que escuta (narratário). A função do caso depende de seu narrador. No caso de Péric, por exemplo, a função do caso é a de mostrar uma transformação a partir do ponto de vista do analisante. Já nos casos escritos por analistas, vemos uma função distinta. Além da transformação apresentada por Péric, há, usualmente, a utilização de conceitos e sua elucidação a partir de exemplos, como veremos na apreciação de Nasio (2001) sobre o caso clínico em psicanálise. O narrador enquanto função e separado do autor possibilita uma flutuação quanto à produção de sentido, sendo este não determinado apenas por um personagem específico.

Voltando, então, à nossa citação inspiradora de Benjamin (1936/1994): quando o autor nos afirma que o extraordinário e o miraculoso são narrados com maior exatidão do que na informação, compreendemos que isso só é possível porque narrar a partir da experiência da psicanálise é realizar movimentos de contiguidade que surgem por derivação – e esta se dá pela suspensão momentânea da dicotomia que sustenta a linguagem comum, que se pauta na lógica da contradição. É por isso que afirmamos que o caso clínico psicanalítico é baseado, majoritariamente, em uma construção narrativa: porque através dela é possível ver os movimentos contingenciais relacionados ao desejo do sujeito.

A narrativa no caso clínico psicanalítico, então, nos mostra que há movimentos de determinação e indeterminação dentro das práticas discursivas que se conjecturam através da relação entre diferenças conciliáveis e inconciliáveis, entre sentido e *nonsense*. Como consequência dessa movimentação, atinge efeito de exatidão interpretativa, como nos propõe Benjamin: o significante, no ápice da atribuição de sentido, desfalece, evidenciando as associações singulares de sentido (o que condiz com as trajetórias identificatórias constituintes do sujeito).

Poderíamos dizer, portanto, que há uma *determinação ou indeterminação narrativa do discurso*, considerado como articulação entre necessidade e impossibilidade, que, no nível das posições discursivas enunciadas por Lacan, apresentam-se a partir da articulação entre agente → outro → produção → verdade, que modificam sua função a partir dos personagens que ocupam esses lugares, ressignificando o sentido e *determinação ou indeterminação narrativa do discurso*, considerada a relação entre os elementos que ocupam essas posições: $S \rightarrow S1 \rightarrow S2 \rightarrow$ objeto a, que marcam as significações dessas posições, quando ocupadas e articuladas às demais no movimento apresentado pelos quatro discursos. Vemos, então, que a narrativa possibilita a realização de um mapeamento discursivo quanto a lugares, espaço e posição (Dunker; Paulon; Milán-Ramos, 2017), o qual, ao localizar e posicionar as significações, viabiliza o processo transformativo na análise.

Juntamente com um estilo descritivo e visual de escrita, a entrada do contingente fazendo da estrutura de significação discursiva uma estrutura quaternária imbui um outro tipo de movimentação, viabilizando, conjuntamente à determinação, as narrativas de indeterminação, demarcadas pelo aspecto de negatividade da experiência (Reis, 2015); o que faz do discurso que embasa a escrita de caso em psicanálise um discurso pautado nas relações entre enunciado e enunciação, dito e dizer, significado e significante. Nesse sentido, afirmamos com Lacan, no seminário que utilizamos para abrir este capítulo, que o endereçamento da bricolagem nesse tipo de discurso é do tipo transferencial, podendo remeter ou não à figura do analista. É interessante observar que Lacan diz se posicionar desse modo frente ao público que assiste aos seus seminários: “*Como sou eu quem falo, sou eu quem estou aqui na posição de analisante*” (Lacan, 1970/1996, p. 194). A nomeação, que Lacan afirma ser o sintoma, passa por uma construção singular do sujeito, ou, como afirma Dunker (2014a), uma construção necessária àquela estrutura. Necessária e que, no entanto, se afirma pelas modulações possíveis e performativas de sofrimento, pelo impossível de ser reconhecido, como, também, pela contingente transferência que reitera as vinculações entre analista e analisante.

Vemos que, enquanto a tríade *necessário, possível e impossível* acaba criando uma relação de não contradição para a escrita do caso – o que promove uma diagnóstica baseada no *ou...ou*, em que a dialética estabelecida é por oposições puras marcadas por negativas –, o processo diagnóstico em psicanálise é remanejado a cada construção através de movimentos dialéticos entre narrativas de determinação e indeterminação,

sem necessariamente fixar-se em alguma dessas modalidades. Esse processo criaria a possibilidade de convivência de significações contraditórias, na perspectiva paradoxal: *e...e*. A sustentação da racionalidade não se basearia na lógica da exclusão, e sim no retorno dessa exclusão para dentro do conjunto, como participante e exemplo de um conjunto cujos elementos não fazem série, justamente por serem pertencentes a um *não-todo*.

Essa estruturação confere possibilidade de investigar de que modo a psicanálise trabalharia com a linguagem em suas relações de determinação e indeterminação, devido aos movimentos do sujeito, evidenciados por sua narrativa, frente à lógica do significante. No entanto, ao analisar o percurso da psicanálise iniciado por Freud, vemos que não é em todos os momentos, e nem em toda psicanálise, que se trabalha a partir dessa lógica de estruturação; afinal, muitas vezes os métodos de escrita de casos são “emprestados” de outras formações – o que apresentaria um artificialismo frente à própria experiência da psicanálise – ou a escrita de casos é denegada como resquício da formação médica de Freud – o que também impede uma discussão clínica mais aprofundada. Vemos, portanto, como necessário o retorno ao questionamento e à análise da escrita de casos a fim de pensarmos a experiência da análise e sua transmissão a partir das modalizações de discurso e narrativa em psicanálise devido a sua apropriação da linguagem, como método e como objeto. Deste modo, tentamos responder a uma questão enunciada por Lacan (1971-72/2012): “Será que chegamos a este século sem saber que uma lógica pode perfeitamente prescindir do princípio de contradição?” (p. 46). Percebemos, por exemplo, que a forma como se estabelecem essas relações lógicas na língua apontam para diferentes racionalidades diagnósticas, que se sustentam discursivamente nos casos a partir das aplicações metodológicas que reverberam no uso da linguagem, gerando diferentes resultados.

Por meio da narrativa como operador para leitura de casos clínicos em psicanálise, podemos prescindir dessa lógica ao construir, junto com vários autores – como De Certeau, Foucault, Agamben e o próprio Lacan –, a psicanálise como um campo das teorias práticas; e, por isso, a narrativa apresenta-se como imprescindível para a construção e a escuta desse processo: ela é o meio através do qual se constitui nosso campo de pesquisa e nossas conclusões.

1.6. A verdade em estrutura de ficção

Vimos que o discurso relaciona-se à narrativa a partir de duas vertentes: a narrativa apresenta-se como forma de atribuir significação que remete a um discurso – assumindo, assim, a partir de um paradigma clássico, a narrativa em sua acepção mais descritiva e positiva, ou seja, determinado e, a partir da psicanálise, com relações de determinação e indeterminação veiculadas à transferência enquanto referencial épico na sua composição. Vimos também que isso ocorre devido ao fato de a narrativa estabelecer-se a partir de relações associadas à ação e à vinculação entre sujeito e objeto, o que promoveria relações de performatividade e transformação entre protagonista, antagonista *via* linguagem. Assim, a narrativa seria uma modalidade de linguagem que associaria história (aqui entendida como o campo de práticas) e discurso (compreendido aqui como teoria e o paradigma ao qual ela está ancorada). A linguagem, então, estabelece-se como método de tratamento – pelo seu viés de funcionamento ético-transformativo – e como objeto, ao estabelecer-se, a partir dela, a possibilidade de significação da experiência vivida pelo sujeito.

No entanto, veremos – ao longo da história da psicanálise lacaniana, bem como das ciências humanas herdeiras do paradigma do método estrutural – a exclusão da narrativa enquanto operador metodológico nos processos de construção teórica e prática. Esses procedimentos evidenciam, a nosso ver, os processos de construção e interpretação de casos; e faz-se necessário nos determos por um instante para analisar, portanto, a posição em que a narrativa se encontra nas ciências humanas, a fim de compreender o motivo de seu afastamento das teorias psicanalíticas, principalmente as de embasamento estruturalista.

De Certeau (1987/2012), ao considerar o método utilizado por Foucault em seu livro *Vigiar e punir* (1975), aponta para certa dificuldade do autor em nomear “os agentes silenciosos de sua história” (De Certeau, 1987/2012, p. 151). O autor capta essa dificuldade a partir da utilização massiva no livro de sinônimos para delimitar quais seriam essas práticas silenciosas: “aparelhos”, “instrumentos”, “mecanismos”, “máquinas”, dentre outros, são os termos utilizados por Foucault para nomear tais práticas. Saussure (2006), ao desenvolver a noção de “valor” do signo, nos afirma que este só adquire seu valor em oposição a outros. Nas relações sinonímicas, Saussure afirma que essa oposição fica cada vez mais estreita de acordo com as proximidades semânticas dos signos, o que significaria que o valor, no caso dos sinônimos, estaria

articulado através das mínimas diferenças de significância de um termo a outro. Quando Foucault, em um processo de deslocamento, nomeia tais práticas silenciosas a partir dos diversos termos supracitados – avizinhandos-os, como se fossem sinônimos –, é como se ele, ao mesmo tempo que sobrepusesse o sentido, o diferenciasse a partir de uma mínima diferença. Ou seja, é como se Foucault, ao nomear tais práticas, nos pronunciasse sincronicamente, pela enunciação, que não há formalização possível ao procedimento que não passe por uma articulação de significações através da narrativa, para que seja possível apresentar o modo como esses conceitos operam no registro das práticas discursivas. Não há palavra que garanta que todo o processo de significação seja compreendido apenas a partir dela.

De Certeau (1987/2012) afirma que esse movimento sinonímico ocorre devido às próprias condições históricas que Foucault analisa. É como se o autor de *Vigiar e punir* reproduzisse em sua escrita os acontecimentos discursivos que analisou. Deste modo, o uso de sinonímias para explicar os procedimentos técnicos analisados – com foco no panóptico – denuncia uma dicotomia histórica entre os procedimentos técnicos e suas condições de produção ideológicas (aqui compreendidas como um conjunto de doutrinas e pressupostos teóricos). Tudo se passa como se houvesse uma contaminação entre narrador e narrativa. Esses procedimentos técnicos recusam os pressupostos teóricos, os renegam, em nome das necessidades disciplinares e da máquina burocrática em funcionamento. Curiosamente, Foucault admitirá que esse é o mecanismo também utilizado em nossas ciências humanas: tentativas indiscriminadas de descrição sobre funcionamento social e psíquico apontam para um *modus operandi* marcado pela tentativa de isenção interpretativa, de analisar “do lado de fora” as nossas relações sociais e psíquicas, separando-as também – tal como produzimos superfícies entre externo e interno ou entre clínica e sociedade.

Vemos, portanto, que a exclusão da narrativa no campo dos métodos em ciências humanas se dá pela valorização da dicotomia entre externo e interno, subjetivo e objetivo, como um modo de controlar e delimitar objetos de estudo e áreas científicas. Quando Freud (1905a/1996) reinventa a escrita de casos a partir da exaltação de seus traços narrativos, tal como veremos em Dora, inferimos que é a partir dessa nova forma de escrita que ele irá possibilitar a ultrapassagem dessa dicotomia. É a partir desses princípios que De Certeau afirma que essa dicotomia historicamente construída traz à baila uma “história de *substituição* de cadáveres, um tipo de intercâmbio que teria sido apreciado por Freud” (De Certeau, 1987/2012, p. 151). A substituição por

procedimentos meramente técnicos propõe, como vimos nos casos médicos mencionados no início do capítulo, apesar de variarem em modos de substituição de cadáveres – alguns pela especificação do sintoma, outros pelo fenômeno geral –, em uma dissecção da matéria viva; uma formalização do caso que não produz movimentos transformativos em seu interior, mas, sim, diagnósticos conclusivos, fixados por um significante em latim e um significado patológico definido.

Há aí apenas uma peça morta, que, por recursos descritivos e recortes visuais, denuncia os nossos desejos científicos de verificação: o caso clínico é um caso sobre uma psicopatologia ou, na melhor das hipóteses, sobre uma pessoa portadora de tal psicopatologia e sobre qual o seu destino, devido à sua condição – como vimos no caso Mussalém. Há, como aponta o comentador (De Certeau, 1987/2012) um predomínio da visão enquanto sentido dominante na elaboração moderna das nossas ciências, artes e filosofia, iniciadas no século XVI (p. 154). A descrição, como uma forma linguageira que ressalta o caráter visual como predominante, seria portanto uma tentativa de abarcar o todo pela possibilidade de visualização e se relacionaria à expectativa de universalização³⁸ da compreensão de casos clínicos a partir de uma semiologia cujo referente é o corpo, uma unidade visível³⁹.

No entanto, em psicanálise, a relação com o visual é distinta. Não há expectativa de que, através desse mecanismo, possamos abarcar a totalidade da construção do caso clínico. Vejamos, por exemplo, o que Freud (1914/2011) nos afirma, em *O eu e o id*, sobre a relação entre imagem e psicanálise:

Não devemos deixar-nos levar, talvez visando à simplificação, a esquecer a importância dos resíduos mnêmicos ópticos, quando o são de *coisas*, ou a negar que seja possível os processos de pensamento tornarem-se conscientes mediante uma reversão a resíduos visuais, e que, em muitas pessoas, este parece ser o método favorito. [...] Aprendemos que o que nele se torna consciente é, via de regra, apenas *o tema geral concreto do pensamento*, e que as revelações entre os diversos elementos desse tema geral, que é o que caracteriza especialmente os pensamentos, não podem receber expressão visual. Pensar em figuras, portanto, é apenas uma forma muito incompleta de tornar-se consciente. (p. 13)

³⁸ Universalização aqui entendida como o universal da teoria e sua replicabilidade para a compreensão de todos de um grupo específico: os especialistas.

³⁹ A partir daqui utilizaremos alguns textos de Freud sobre método e história, não preocupados com sua ordem cronológica, mas com como eles podem se articular para construir o regime de verdade instaurado na psicanálise, construindo, assim, uma noção de história e discurso pautados na ficcionalidade e na articulação entre determinação e indeterminação, subjetivo e objetivo e demais dicotomias especulares apresentadas nas ciências humanas.

Nesse trecho que foca a passagem de conteúdos inconscientes à consciência, afirma-se que a apreensão por imagens ou resíduos mnemônicos visuais é incompleta, devido ao fato de apresentar somente o “tema geral concreto do pensamento”. As imagens tendem à totalização do sentido, o que impede o seu deslocamento, que se dá justamente pela ausência de sentido e busca de sua complementação *via* metáfora e metonímia – o que a imagem já apresenta diretamente. Ou seja, é apenas a partir da relação do material inconsciente com a linguagem na modalidade narrativa – que parece completar as articulações entre imagens, como nós completamos o sentido das cenas diante de um filme – que conseguimos devolver à expressão visual o seu caráter polissêmico, apresentando as singularidades contidas em cada elemento, que formam o todo da imagem. É nesse sentido que a clínica psicanalítica, como afirma Dunker (2011), deve ser atrelada a outras condições de produção para além da clínica tradicional, pautada na observação e sistematização dos sintomas segundo sua gênese, causalidade e reversibilidade. Devemos fazer uma semiologia que compreenda a narração dos processos visuais e que, por outro lado, ultrapasse esse aspecto mais imediato da imagem: eis a principal técnica narrativa da psicanálise.

Outra diferença que encontramos na formalização de casos clínicos em psicanálise está na relação com a temporalidade. Nos casos que comparamos inicialmente nesta tese, a descrição conclui-se como uma forma de estabilização temporal. A forma de construção do caso aponta para a localização e circunscrição de sintomas de natureza expositiva ou com o foco no fenômeno e em seu substrato, e não na relação entre ambos. Essa conjectura torna a temporalidade do caso uma temporalidade imediata e fixa, como se fosse uniforme no tempo⁴⁰. Já a forma de construção do caso em psicanálise parte, justamente, da tentativa de estabelecimento de marcas temporais que apontam para mudanças subjetivas do caso, dadas no processo entre o fenômeno e o substrato, ou seja, na narração. Ao invés de as marcas transformativas do caso serem apresentadas como externas a ele pela aplicação de um método, tal como ocorre nos três primeiros casos clínicos analisados, as marcas transformativas aparecem através de marcas temporais do caso como mudança de função. Por isso os operadores clínicos que se alternam, a resignificação do quadro apresentado, dependem da mudança de cena e o tempo torna-se questão. A temporalidade em psicanálise inclui tanto a temporalidade rememorativa do analisante

⁴⁰ Esse “fora do tempo” é uma das variáveis que traz o aspecto de universalidade do caso, já que a temporalidade é uma forma de marcar os aspectos transformativos na cultura, na sociedade e no sujeito.

quanto a temporalidade da transferência, mecanismo que se efetiva na técnica psicanalítica a partir da noção de “elaboração” (Freud, 1914/2010). Veremos essas marcas temporais, por exemplo, no caso Dora, no qual Freud faz questão de usar abertamente indexadores de tempo – tais como: “o caso durou apenas três meses”, “os sonhos são representativos de duas épocas específicas do tratamento e têm relação com estas” etc. – que indicam a temporalidade do caso não como uma forma de precisar o tempo, mas de registrar suas transformações, localizá-las e interpretá-las como internas ao caso. A radicalidade do uso da temporalidade pode ser presenciada no caso de Perec, que utiliza poucos marcadores de espaço e mais marcadores de tempo que balizam o ritmo do desenvolvimento da análise.

A temporalidade como relação entre analista e analisante no processo de significação nem sempre foi uma questão para a psicanálise. Ela passa a ser uma variável importante de análise a partir do texto “Recordar, repetir e elaborar” (Freud, 1914/2010), com o conceito de “elaboração”. Nele, Freud afirma:

Não me parece desnecessário lembrar continuamente, àqueles que estudam a psicanálise, as profundas alterações que a técnica psicanalítica sofreu desde o início. Na primeira fase, a da catarse de Breuer, o foco era colocado sobre o momento da formação do sintoma, e havia o esforço persistente em *fazer se reproduzirem os processos psíquicos daquela situação, para levá-los a uma descarga mediante a atividade consciente*. Recordar e ab-reagir, com o auxílio do estado hipnótico, eram então as metas a serem alcançadas. Em seguida, depois da renúncia à hipnose, impôs-se a tarefa de descobrir, a partir dos pensamentos espontâneos do analisando, o que ele não conseguia recordar. A resistência seria contornada mediante o trabalho de interpretação e a *comunicação dos seus resultados ao doente; mantinha-se o foco sobre as situações em que se tinham formado os sintomas e aquelas que se verificavam por trás do momento em que surgira a doença*, a ab-reação caía para segundo plano, parecendo substituída pelo dispêndio de trabalho que o analisando tinha que fazer, na superação da crítica a seus pensamentos espontâneos a que era obrigado (em obediência à regra *ψα* fundamental). Por fim se formou a técnica coerente de agora, na qual *o médico renuncia a destacar um fator ou problema determinado e se contenta em estudar a superfície psíquica apresentada pelo analisando, utilizando a arte da interpretação essencialmente para reconhecer as resistências que nela surgem e torná-las conscientes para o doente*. Verifica-se então uma nova espécie de *divisão de trabalho*: o médico descobre as resistências desconhecidas para o doente; sendo essas dominadas, com frequência o doente relata sem qualquer dificuldade as situações e os nexos esquecidos. O objetivo dessas técnicas permaneceu inalterado, sem dúvida. Em termos descritivos: preenchimento das lacunas da recordação; em termos dinâmicos: superação das resistências da repressão. Temos que permanecer gratos à velha técnica hipnótica por

nos ter mostrado processos psíquicos da análise de modo isolado e esquemático. (Freud, 1914/2010, p. 147; grifos nossos)

Freud, nesse trecho, afirma que as modificações pelas quais a técnica da psicanálise passou aconteceram devido a algumas mudanças na divisão de trabalho do processo analítico, que consistem em depositar cada vez mais no analisante – e menos no analista – o trabalho quanto ao material apresentado na análise. Essa modificação, segundo Freud, “é uma prova de paciência” (Freud, 1914/2010, p.155) para o analista, já que, a partir da terceira técnica e com a entrada da noção de “elaboração”, “é preciso dar tempo ao paciente, para que ele se enfronte na resistência agora conhecida, para que a elabore” (p. 154). Freud também afirma, relativamente à elaboração, que ela “é a parte do trabalho que tem o maior efeito modificador sobre o paciente, e que distingue o tratamento psicanalítico de toda a influência por sugestão” (p. 155). É, portanto, a partir da noção de “elaboração” que temos a entrada, em psicanálise, da temporalidade no processo de significação de uma análise. Essa temporalidade é ainda, segundo Freud, o que diferencia o método psicanalítico de qualquer tratamento por sugestão, já que, a partir da elaboração, é o saber do paciente sobre seu sintoma que entra em jogo para tornar-se acessível, e não algo exterior a ele, que poderia ser apresentado pelo analista.

É, então, pela relação com o tempo, apresentada no conceito de “elaboração”, que se altera o regime de verdade em psicanálise, sendo este associado ao saber inconsciente – com a noção de “memória” reformulada através do conceito de “fantasia”. Essa modificação na técnica da psicanálise se faz muito importante, pois é a partir dela que a articulação entre transferência e saber possibilitará a reformulação da escrita de casos, articulados a partir dos três tempos que expusemos na metodologia (*épos*, *mythos*, *logos*), articulados ao tempo da transferência. Essa temporalidade associada à transferência, veremos que parte de um processo de articulação entre anterioridade (repetir) e antecipação (elaborar), as quais levam à transformação dos sintomas apresentados.

A exposição dessas marcas temporais nos casos psicanalíticos remete-nos à noção de “construção”⁴¹ em sua relação com a descrição para o entendimento de alguns aspectos do caso que, em alguns momentos, por estarem relacionados ao campo visual, necessitam ser descritos para, após, serem narrados. Em “Moisés de Michelangelo”

⁴¹ A noção de “construção” que utilizamos na tese é a que Freud desenvolve no texto “Construções em análise”, a qual remete à possibilidade de o analista construir pontes entre fragmentos de memória do analisante – que podem não ser factuais, mas carregam um valor de verdade.

(Freud, 1914/2016) – texto em que Freud, utilizando-se do método de Morelli (também denominado “paradigma indiciário”) irá descrever detalhadamente a estátua, recortando a imagem como um todo e se apegando apenas aos indícios, para supor que movimento anterior a estátua poderia ter realizado, caso fosse viva –, veremos um movimento temporal semelhante. Vemos a importância, aqui, de não captar a imagem como um todo, mas a partir de recortes específicos – os quais Freud denominou “indícios”. Deste modo, em uma dinâmica temporal entre anterioridade e antecipação, Freud dá movimento à estátua e à relação entre as mínimas partes visuais de sua constituição.

Vejamos algumas indicações que apontam para esse movimento temporal no texto freudiano:

O braço direito une as Tábuas da Lei a uma parte da barba e o esquerdo repousa sobre o colo. Se fosse dar uma descrição mais pormenorizada de sua atitude, teria de *antecipar* o que desejo dizer mais tarde. [...] [Algumas análises da estátua] não se detêm no efeito geral da figura, mas se baseiam em características isoladas, as quais geralmente deixamos de notar, *esmagados pela impressão total da estátua e, por assim dizer, paralisados por ela*. [...] Ora, podemos nos perguntar o que significa essa disposição [de determinados pormenores da estátua] e a que motivos ela deve sua existência. (Freud, 1914/2016, p. 12, 16, 22; grifos nossos)

Podemos associar essas citações ao que definimos em Freud como modalidades de construção de um caso clínico: pautadas em pormenores, contendo algum grau de antecipação, não desconsiderando a anterioridade e não sendo paralisadas pela totalidade do caso – assim como Freud não ficou paralisado diante da totalidade da estátua –, questionando alguns detalhes, reparando em elementos que podem parecer insignificantes quando comparados à totalidade do conjunto, como Morelli aplicando seu método. A construção da narrativa do caso se dá pelo método indiciário em suas unidades mínimas, e a vinculação entre eles traz a noção de “temporalidade”: a antecipação e a anterioridade são recortados pela análise de indícios no presente, que se articulam em uma relação não conclusiva e, também, não preditiva dos acontecimentos. Ou seja, um caso clínico deveria mostrar a relação entre seus elementos e de que modo essa vinculação entre eles movimentaria, temporalmente, a escuta e montagem escrita do caso.

A técnica psicanalítica apropria-se do visual de uma forma não totalizada e, por isso, não pode ser descrita por procedimentos que “matem” o *corpus* discursivo – pois, assim, o descaracterizariam –, mas, sim, que apontem para as suas circunvoluções, para

as suas construções sincrônicas às mudanças de posicionamento entre analista e analisante, posicionamentos marcados por movimentos transferenciais, o que nos conferirá a articulação entre os quatro tempos estabelecidos em nosso método: *épos*, *mythos* e *logos*, articulados pelo tempo da transferência. Enquanto *épos* apresenta-se como a descrição que Freud realiza da estátua, *mythos* se relaciona com a história bíblica articulada à estátua que apresenta a estrutura de sua posição. O *logos* apresenta-se pelos movimentos de construção e interpretação que a cada momento realizam conceitos, mas não no sentido trivial da teoria do conhecimento, e sim como reconstrução transformativa da experiência. Finalmente, o tempo da transferência – com seu instante de ver, tempo de compreender e momento de concluir – pode ser compreendido como a interpretação que Freud dá do possível movimento que teria realizado a estátua a partir da análise de sua posição subjetiva (*épos*), com sua repetição fantasística (*mythos*).

O tempo, portanto, não é um quantificador cronológico, mas, a partir das articulações temporais, nos apresenta um percurso para compreender a noção de “história” utilizada em psicanálise. Freud, em *O homem Moisés e a religião monoteísta* (Freud, 1937-39/1991) apresenta a construção temporal que aparece na história de Moisés remetendo ao passado, que articulado com o presente, a atualização de suas associações e também o encontro com sua alteridade. O tempo, portanto, passa a ser uma questão de método em psicanálise, modificando também as noções de “história” e de “narrativa”.

Essa concepção de “história” aqui adotada é extraída de Freud, do texto supracitado. Em *Moisés e a religião monoteísta* (Freud, 1937-39/1991) há três tipos de história apresentados: *Geschichte*, o acontecer histórico, a história real e objetiva; *Historie*, a história conjectural ou a história reconstruída a partir da experiência; e *Historische*, que seria o histórico vivencial, ou seja, a forma como a história aconteceu para cada homem que a vivenciou⁴². Nessas três distinções do conceito de “história” realizadas por Freud vemos a relação entre essa dupla temporalidade de passado e presente, a qual condiciona nossa análise de casos clínicos.

O acontecer histórico, distante e inatingível, o real, é condicionado pela história conjectural, simbólica, em sua relação com o histórico vivencial, imaginário. É através desses dois últimos termos que podemos supor a constituição de *Geschichte*, do

⁴² Essas traduções dos tipos de história foram realizadas pelo tradutor José Luis Etcheverry, da edição em língua espanhola de Freud publicada pela Amorrortu Ed.

passado, em sua experiência simbólica. A história reconstruída a partir do caso clínico e nossa vivência atual – condicionada pelo tempo presente e, no entanto, relacionada a essa reconstrução temporal – tenta escrever o real; mas, ao mesmo tempo, ela se vale da construção de uma estrutura de ficção, onde a verdade, simbólico-imaginária, se liga com o real.

A partir, portanto, da concepção de “verdade” apresentada, que associa fantasia e experiência, reformulamos a concepção de “história” que associa vivência (*Erlebnis*), experiência (*Erfahrung*) e acontecer histórico (*Fallen*). Essas reformulações realizadas por Freud tornam possível, supomos, uma leitura de casos clínicos que supere a dicotomia apresentada como principal sintoma da fundação das ciências humanas.

Nesse sentido, categorias como “interno” e “externo” ou “verdadeiro” e “falso” acabam por ser recusadas dentro dessa escrita de casos em psicanálise, já que essa polarização é trocada pela noção de “veridicção”, que compreende a verdade como dizer – ou seja, associada aos princípios de enunciado e enunciação, e não a algo que pudesse ser externo a linguagem. Por outro lado, a tentativa de escrever o caso, de isolar o traço de sua singularidade, de criar um sistema de rastros capaz de transmitir um evento, impede que o caso clínico se dissolva em literatura de ficção. Essa dicotomia – que pauta o estilo determinativo de escrita do real em oposição ao estilo oral da verdade dada por veridicção – demarca que, nos casos clínicos em psicanálise, a impossibilidade de visualização do sintoma ou de sua expressão como fenômeno é recusada por fazer dessas separações irreversíveis.

A psicanálise arca com essa divisão pautando-se nas possíveis relações entre os dois polos por meio da linguagem, que é seu método e objeto, tal como Freud (1914/2011) enuncia: “uma palavra é um resíduo mnêmico de uma palavra que foi ouvida” (p. 22) – ou seja, a linguagem é, ao mesmo tempo, constituição externa e interna ao sujeito.

É devido a essa diferença que encontramos na forma de coletar o material clínico psicanalítico que se faz necessário pensar quais seriam os operadores mais adequados para a sua escrita de caso e sua forma de transmissão. Enquanto a escrita de casos não psicanalíticos passa pela exposição de técnicas que podem ser reproduzidas e captadas a partir de indícios visuais – no entanto, totalizados pela noção de “fenômeno” –, a escrita do caso psicanalítico, deste modo, passa por mostrar as possibilidades de construção, as condições enunciativas e os movimentos transformativos do sujeito pautados na transferência.

Tais condições envolvem a relação entre o discurso no qual o caso clínico se insere – que cria seus destinatários, suas regras de composição e reconhecimento –, mas leva em conta também a narrativa clínica como especificação desse discurso.

Nesse sentido, uma forma de construir essa metodologia da escrita de casos, conforme De Certeau (1987/2012), deve ser extraí-lo de suas práticas. O autor irá afirmar que essa possibilidade se dá através da compreensão de que os procedimentos narrativos imanentes aos desenvolvimentos teóricos em ciências humanas são necessários e produtores da teoria, e não restos que devem ser excluídos de sua formalização final. O que De Certeau afirma, portanto, é que a narrativa é um processo necessário à construção teórica; e que não utilizá-la significaria reduzir nossas práticas ao nível de procedimentos técnicos e meramente formais, como afirmamos anteriormente. É neste sentido que o historiador afirma que:

Os procedimentos não se limitam a ser objetos para uma teoria, mas organizam sua própria construção. Longe de serem exteriores à teoria ou permanecerem no limiar, em Foucault, os procedimentos fornecem *um campo de operações para produzir a própria teoria*; com este autor, encontra-se outra maneira de construir uma teoria que é o gesto literário desses mesmos procedimentos. (De Certeau, 1987/2012, p. 161)

Para tal procedimento narrativo seria necessário realizar um recorte que fosse sincronicamente etnográfico e metonímico (De Certeau, 1987/2012), o qual observamos em Freud (1914/2016) – que, ao descrever a estátua de Moisés, monta uma etnografia do caso (sua relação com a história bíblica, suas veridicções), mas também narra os resquícios metonímicos dela (os detalhes, elementos que levam de um a outro ponto da estátua e que nos dão a noção de “movimento”). Antes de apresentar esses dois recortes, Freud dialoga com o leitor; apresenta e justifica seu interesse pela escultura; narra seu encontro, em sua visita a Roma; compartilha seu assombro e curiosidade. Finalmente, o texto conta – em momentos decisivos, ainda que breves – com conceitos psicanalíticos dos quais o leitor deve estar ciente para receber sua mensagem: recalçamento, inibição, complexo paterno. Temos aqui então apresentados os circuitos temporais de *épos* (o relato bíblico), *mythos* (a especulação freudiana de que ele está prestes a levantar-se, mas conteve-se), a *transferência* (de Freud com a escultura, com Michelangelo e, quiçá, com o Renascimento) e *logos* (os conceitos psicanalíticos expostos ou implícitos). Deste modo, os procedimentos narrativos seriam, ao mesmo tempo, condição prévia e produção dos casos clínicos (De Certeau, p. 162). É necessário deixar narrar e, depois,

narrativizar o caso. A forma como esses quatro tempos se articulam em uma unidade – mais ou menos coerente, mais ou menos eficaz – é também a maneira como eles percorrem uma ligação entre Real, Simbólico e Imaginário – o que nos dá o nó do caso clínico.

Esse movimento etnográfico é o que conferirá o recorte metafórico ao processo narrativo. É ele que condensará as possibilidades narrativas em relação ao material, criando uma estrutura semelhante ao mito – entendido como “um tempo muito longo de variação de histórias” (Nathan, 1995, p. 6). O recurso à etnografia é, portanto, um modo de realizar o que Agamben (2008/2010) chama, em *Signatura Rerum*, de “alegoria”: aquela que, para além da substituição do significante no um-a-um da metáfora, representa, por analogia, todo um contexto por um movimento metafórico.

Nesse sentido, há uma tentativa de restituição à história, da possibilidade de construí-la não só a partir de suas relações metonímicas ou de contiguidade, mas também a partir da alegoria de contextos específicos que significam épocas e apontam para regimes discursivos característicos. Reside aí uma forma eficaz de compreender a relação entre psicanálise e literatura a partir dos casos clínicos. Estes seriam a alegoria, no sentido de nos apresentar, ao mesmo tempo, o momento histórico do caso, o momento epistemológico da conceitografia da psicanálise, a sua veridicção epocal e a sua transferência ao leitor. O caso clínico se sustenta, então, como alegórico, e não como ilustrativo – ou seja, uma imagem para uma legenda conceitual. Isso traz a narrativa como paradigmática para sua construção, sendo o caso um exemplo discursivo desse paradigma narrativo.

O caso, então, se estabelece como um paradoxo: ao tornar-se alegoria de uma época, ele representa, ao mesmo tempo, um conjunto homogêneo de casos, a partir de sua singularidade (em Freud temos o *Estudos sobre a histeria*, por exemplo), e aponta para a construção subjetiva de todo um momento histórico específico (o feminino na era vitoriana). O momento histórico apresenta, portanto, novas formas de redigir casos – ainda que com suas epicrisis características – o caso é uma peça fundamental da transferência de Freud e Breuer com Ana O., Elizabeth Von R., Emmy Von N., Katharina ou Lucy. O paradoxo se encontra na ação de apresentar um caso em sua máxima singularidade e ele, então, se tornar representativo de uma época e *episteme* psicanalíticas.

Vemos, portanto, que quando se trata das ciências práticas, como afirma De Certeau (1987/2012), suas construções sobre tais práticas ocorrem sincronicamente aos

seus pressupostos teóricos. Nos casos de neurologia e psiquiatria, bem como no caso misto entre psiquiatria e Justiça, a escrita convoca seus pressupostos teóricos, suas formas de universalização baseadas na visualidade de fenômenos. Eles fazem parte do momento do discurso da medicina e da tentativa da psiquiatria em estabelecer-se como disciplina autônoma. Supõe-se uma normatividade e uma universalidade de sua razão diagnóstica que são condizentes à sua prática clínica.

A psicanálise emerge no interior desse discurso, mas sua diagnóstica se relaciona também com a contingência, o que possibilita que ela não seja totalmente determinada pelas hipóteses fisicalistas⁴³; mas também no interior das práticas psicoterapêuticas de influência, e ainda como parte do discurso ético do Ocidente. Enquanto os casos da medicina e da psiquiatria suscitarão uma relação de redução ou de exclusão da contingência como condição para a veracidade ou falsidade de seus enunciados – com as implicações jurídicas de culpa, inocência ou inimputabilidade – a psicanálise, no desenvolvimento teórico freudiano, tenta acolher essa contingência de modo a não suturá-la com a não contradição, mas explorá-la como condição de método: a associação livre.

A escrita de caso ocorre a partir da singularidade, com a utilização de estratégias descritivas que quebram a universalidade por meio de traços narrativos. Estes, quando pensados a partir de uma leitura freudiana dos critérios narrativos (alteridade, temporalidade e exteriorização), nos possibilita ver a relação entre o eu e o outro, a história construída a partir de outra concepção de “tempo” e a linguagem atuando como articulador das relações internas ao sujeito que as externaliza. Todas essas questões associadas à transferência modulam a narrativa em casos clínicos.

Esses traços narrativos nos trazem uma estratégia para pensar um modo de fazer em psicanálise que ultrapassa a condição dicotômica de fundação das ciências humanas. Enquanto as táticas descritivas a reforçam – nos condicionam, por exemplo, a uma modalidade de escrita, tal como a utilização de sinônimos –, a narrativa promove uma forma de escrita de caso que permite mostrar as relações de contiguidade em suas associações metafóricas, ou seja, promove uma condição de espaço-tempo na produção de um discurso que permite localizá-lo, posicioná-lo e circunscrevê-lo, sem, no entanto,

⁴³ Há entre os leitores de Freud toda uma discussão acerca do estabelecimento da neurose como eixo principal e diferencial de critério diagnóstico. No entanto, compreendemos aqui que a psicanálise viabiliza outro olhar a partir de suas relações interdisciplinares com as ciências da linguagem e a antropologia. Um interessante desenvolvimento dessa perspectiva encontra-se em Dunker, C. I. L. *Mal estar, sofrimento e sintoma na experiência psicanalítica brasileira*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2014.

isolá-lo das demais construções epocais e transferenciais. É o que nos permite afirmar, por exemplo, que um caso clínico é também um caso social.

Ao costurar essa dicotomia através de traços narrativos, temos também outros ganhos na pesquisa em psicanálise. Nossas possibilidades investigativas unem-se com nossas práticas de cura e, deste modo, nosso método constitui-se como um método bífido (Dunker, 2017), ou seja, um método que parte do pressuposto de um entroncamento comum e que se bifurca em práticas investigativas e curativas sem, no entanto, separar-se dessa unidade. Partimos, portanto, do pressuposto de que a análise sobre a construção de casos deve consistir de um movimento duplo⁴⁴.

Uma aproximação possível das duas interfaces (a verdade e o real) deste método – a investigação e o tratamento – pode ser pensada a partir da superfície conjugada de duas bandas de Moebius, “cada qual com uma torção em sentido contrário, costuradas uma à outra”, o que uniria universos conceituais e discursivos distintos e promoveria uma “relação entre verdade e realidade no contexto da construção de casos clínicos, dissolvendo as tradicionais relações de exclusão entre interior e exterior, entre público e privado, entre ética e ciência, na experiência psicanalítica” (Dunker, 2016, p.1). Tanto a garrafa de Klein (com seu característico cruzamento de perspectivas) quanto o modelo do nó borromeano (com suas intersecções entre Real, Simbólico e Imaginário) surgem como modalidades não excludentes de compor as formas temporais do caso clínico.

Nossa perspectiva é, portanto, compreender que o caso clínico em psicanálise opera com o intuito de transmitir um processo de cura e, também, de investigar as modalidades através das quais esse processo foi concluído, o que é realizado a partir da peça escrita, que é o próprio caso. Para tanto, como afirmamos anteriormente, o caso deve ser pensado a partir do que embasa seu caráter ficcional: traços metodológicos de seus conceitos; marcações epocais de seus agentes; traços de repetição ou transformação narrativa, associados a aspectos transferenciais.

Acreditamos que esse método proposto por Dunker (2016) propicia um interessante efeito na análise da construção do caso clínico: o de acessá-lo através de uma dialética entre particular (história) e universal (teoria) – movimento que faz do caso um caso singular dentro daquele contexto teórico e histórico – e possibilita observar os efeitos das escolhas analíticas que foram realizadas no processo de tratamento. Ele tenta

⁴⁴ Para maiores desenvolvimentos sobre a noção de “cura” em psicanálise, cf. Dunker, C. I. L. *Estrutura e Constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011. A noção de “cura”, segundo o autor, associa-se à de “mal-estar” e remete a *posição* (p. 40).

combinar a dialética dos conceitos com a estrutura dos significantes, a lógica da escrita com a poética do encontro.

1.7. A historicidade contingente do caso clínico: o gênero

Para pensar o caso clínico como gênero, devemos nos remeter à articulação de teorias e práticas que é sustentada pela concepção de “discurso” – que, a partir da noção de “contingência”, pode manter uma relação com a indeterminação, suspendendo a lógica de não contradição devido às diferentes técnicas e métodos clínicos psicanalíticos que supõem, então, uma outra materialidade. Essa indeterminação não significa que não exista determinação conceitual ou de estilo. Ela é apenas construída de outro modo e a partir de alguns pressupostos distintos que consideram a linguagem como experiência particular e compartilhada do sujeito. No entanto, nem sempre a psicanálise sustentou-se por esse discurso, que se constituiu a partir de constantes transformações teóricas. Devido às suas inúmeras reformulações, embasadas em seu material distinto das demais clínicas médicas, a construção e publicação de casos clínicos apresentou-se como controvérsia desde a fundação da disciplina, e, em especial, após a mudança de seu método. Esse material torna-se distinto, como já enunciado, devido à especificidade do tratamento psicanalítico: Freud (1905a/1996) nos afirma que os pacientes, ao falarem sobre seus sintomas, começam a falar sobre suas vidas, o que propicia um material diferente para a análise e diagnóstica. Conjecturam-se, então, segundo Freud, duas questões para a escrita de casos: problemas de “natureza técnica” e de “índole das próprias circunstâncias” (Freud, 1905a/1996, p. 6).

Ao pensar sobre os problemas de natureza técnica, nos deparamos com a seguinte pergunta: como escrever um caso a partir de uma técnica como a da associação livre, ou seja, uma técnica que se funda na linguagem? Para respondê-la, seria necessário pensar quais processos sustentam essa mudança de técnica, fundada na mudança de materialidade. Ademais, o fato de que há uma dificuldade devido à índole das próprias circunstâncias nos remete justamente à afirmação de Freud quando este diz que, ao questionar os pacientes sobre seus sintomas, estes começam a contar sobre suas próprias vidas (Freud, 1905a/1996). Como, então, escrever um caso sem expor a intimidade do paciente, já que seus sintomas estão associados a tal intimidade?

Devido a essas duas grandes questões referentes à técnica e à índole das próprias circunstâncias, muitos psicanalistas decidem e argumentam a favor de não escrever ou

publicar um caso. Afinal, por que escrevê-lo? Quais seriam as contribuições que um caso clínico traria para o constructo teórico da psicanálise? Muitos foram os autores que se debruçaram sobre essa temática a fim de analisar como se dá o processo de escrita e advogar a favor do caso devido a este ser peça exemplar para sua transmissão e exercício da prática clínica. Afinal, o caso clínico é compreendido por muitos como peça-chave para a epistemologia psicanalítica (Nasio, 2001), já que é a partir dele que se materializa a relação entre conceito e prática na psicanálise. Em outras palavras, é a partir do caso clínico que a psicanálise pode alçar um estatuto de cientificidade, expondo à comunidade seu método de investigação (Zanetti; Kupfer, 2006). Ainda nessa perspectiva, Zanetti e Kupfer afirmam: “Se a experiência fornece as bases da construção teórica, então o relato do caso – um caso único – ou seja, os desdobramentos de uma análise e seu acompanhamento pelo analista, são um instrumento na construção do método e da pesquisa em psicanálise” (p. 171).

O caso clínico, podemos afirmar, é o método príncipes da pesquisa em psicanálise e o material de entrada dessa disciplina na universidade, por ser através dele que podemos investigar como realizam-se os seus procedimentos clínicos. Alguns autores como Le Gaufey (2015) e Porge (2009) recusarão o caso clínico como necessário à psicanálise por não verem legitimidade em seu lugar dentro da universidade; e também por compreenderem que não há um método eficiente dessa escrita de casos que possa ser menos expositivo e que, ao mesmo tempo, transmita a prática clínica. Deste modo, para esses autores, o caso clínico perde função e a psicanálise perde legitimidade acadêmica.

No entanto, juntamente com outros autores (Dumézil, 1992; Nasio, 2001; Zanetti, Kupfer, 2006; Laurent, 2009; Dunker, 2016; Dunker, Ravanello, 2017), pensamos ser o caso clínico um importante instrumento para a consolidação semiológica, fundamentação epistemológica e transmissão ética da clínica psicanalítica. Sua materialidade permite pesquisas de fulcro interdisciplinar, possibilita realizar e analisar os constructos acerca da cientificidade psicanalítica (Honda, 2008; 2011) e traz, também, uma perspectiva interessante sobre a relação do analista com sua produção: ao escrever sobre um caso, há uma autorização do analista a partir do texto que faz a sua mediação com os pares, o que possibilita uma relação de isonomia entre estes. O caso clínico serve como autorização e como prova do que é um analista, independentemente de

posição ou status quo, dentro das escolas de formação em psicanálise⁴⁵. Nesse sentido, um caso clínico posiciona alguém como analista, e não o contrário.

Esse problema inicial sobre escrever ou não um caso apresenta, então, bons argumentos para que se opte por escrevê-lo: validação da psicanálise como prática científica; transmissão do método clínico para psicanalistas e não psicanalistas – e, a partir dele, a eficácia de sua clínica –; autorização e prova sobre o que seria um analista e aproximação da psicanálise com as demais disciplinas. Torna-se, portanto, necessário escrever um caso. A partir dessa concepção, aceitamos que temos algumas problemáticas de *natureza técnica* e sobre a *índole das próprias circunstâncias*, como bem disse Freud, referenciado em nossa epígrafe inicial.

Sobre a natureza técnica mencionada por Freud, podemos pensar: quais seriam as possíveis formas de escrita de um caso, ou seja, que técnicas expressariam melhor o método clínico empregado? Aqui voltamos à relação apresentada entre discurso e narrativa. Para pensarmos o método clínico e o emprego de suas técnicas, precisamos apresentar os procedimentos narrativos utilizados para então perceber em que discurso esse método está ancorado, ou seja, qual função esse método exerce na leitura de seu objeto. Como se escolhe, por exemplo, qual caso escrever? Nasio (2001) afirma que a escolha do caso se dá a partir do analista. Um caso é compreendido como “o relato de uma experiência singular, escrito por um terapeuta para atestar seu encontro com um paciente e respaldar um avanço teórico” (p. 11). A partir dessa afirmação, o autor nos diz que o caso é um texto de *estilo narrativo* e que *ilustra* uma elaboração teórica. Vemos que, segundo o psicanalista, portanto, o caso seria um texto para ser discutido e que respalda e ilustra um avanço efetivado pelo analista. O caso, ainda, segue um estilo narrativo de escrita: seria uma narrativa respaldada por conceitos teóricos que denotam o percurso daquele terapeuta.

Após determinar o que seria um caso, Nasio (2001) afirma que ele tem três funções: didática, pela colocação em cena do método psicanalítico – o que possibilitaria uma transmissão mais efetiva que a teórica –; metafórica, pelo caráter ilustrativo que um caso teria na elucidação dos conceitos; e heurística, por viabilizar o enriquecimento da teoria, criando novas hipóteses e conceitos.

⁴⁵ Como afirmamos no Capítulo 1, não é necessário que seja o analista que escreva o caso clínico, já que sua autoria é da ordem da transferência. No entanto, aqui nos referimos às discussões e debates clínicos das escolas de psicanálise, com os analistas em formação.

Todas estas afirmações de Nasio (2001) surgem na perspectiva de circunscrever e reconhecer um caso clínico. Associamos essas afirmações a um problema de natureza técnica, como nomeava Freud. Basicamente, um caso seria uma peça escrita que possibilitaria elucidar, a partir do relato, o pensamento abstrato da psicanálise (Nasio, 2001). Essa elucidação pode ser determinada a partir de algumas funções específicas relacionadas ao que se espera transmitir com o caso (funções didática e metafórica) e, também, o que pode surgir a partir dele (função heurística). Vemos, então, que o caso clínico psicanalítico tem, para o autor, esses índices de reconhecimento, calcados em uma espécie de ilustração teórica. No entanto, o psicanalista nada diz a respeito da técnica de escrita do caso, questão para nós fundamental no que concerne ao reconhecimento do caso clínico, já que, à psicanálise enquanto prática, se faz necessária a exposição de suas técnicas juntamente com a reformulação de seus pressupostos teóricos. Para o psicanalista, é como se o caso fosse um exemplo, uma ilustração do que é vislumbrado na teoria, deixando para o campo do possível a perspectiva de, junto a ele, termos novos constructos teóricos. Essa perspectiva torna a relação entre caso e teoria estanque: o caso se faz imagem de um saber teórico e não um *continuum* do pensar a teoria.

Para assumirmos o caso como esse *continuum* da teoria, precisamos pensá-lo não só como uma peça que expõe conteúdos teóricos, mas também a sua forma. Qual seria, então, a técnica de escrita do caso clínico que permite que o reconheçamos como tal, distinto dos demais casos médicos? Nasio (2001) nos dá uma pista quando fala sobre o *estilo narrativo*, sem, no entanto, conceituá-lo. Segundo Lana (2015), a noção de “estilo”, uma noção interdisciplinar, passou por diversas modificações no desenvolvimento teórico da psicanálise, em especial no lacanismo. No entanto, há uma construção paradigmática sobre ele, de possível concordância geral: a de que a noção de “estilo” remete a forma e a formalização⁴⁶ (Lana, 2015).

Temos, então, um modo de formalizar a clínica psicanalítica que passa pela narrativa. No entanto, quando utilizamos o termo “narrativa”, há um grande embaraço na psicanálise devido à sua aproximação semântica com outros termos como “história” e “representação”. Essa rede semântica comum a esses termos faz com que a narrativa recaia em uma perspectiva de conteúdo ou de linearidade de pensamento e seja recusada

⁴⁶ O estilo — segundo Porge (2009), inclusive — poderia ser um substituto do material clínico, sendo um recurso que conferiria a alguém a posição de analista. Tal como afirmamos no método, consideramos essa alternativa ruim, já que mantém polarizada as relações entre subjetivo e objetivo na materialidade do que se pode apresentar de uma experiência em psicanálise.

em psicanálise quando refletimos sobre a formalização do inconsciente. Deste modo, a narrativa fica associada a outra técnica ou prática de cura, a da psicoterapia⁴⁷ – recusada também, pela psicanálise.

Como já afirmamos anteriormente, a narrativa é um modo, ou seja, um método de articulação da linguagem (Reis; Lopes, 2011). A acepção de narrativa aqui utilizada, portanto, é a de uma modalidade de linguagem que articula discurso e história. Essa modalidade de linguagem compreendida como método tem alguns traços específicos importantes à narrativa (alteridade, temporalidade e exteriorização); traços que, quando modulados através da perspectiva de linguagem da psicanálise, apresentam-se como forma de vinculação e marca da diferença entre eu e o Outro (princípio de unidade) e organizam temporalmente essa relação, associando-a à memória articulada pelas constantes ressignificações estabelecidas pelas quatro formas de temporalidade: *épos*, *mythos*, *logos* e o tempo da transferência. A narrativa, então, através desse funcionamento, associa-se ao discurso, pela sua relação com o universal; e, ao mesmo tempo, à história, pela sua relação com o particular. Neste sentido, ela é o motor transformativo do funcionamento da linguagem.

A narrativa também, a partir dessas características, pode ser pensada enquanto gênero discursivo e, conseqüentemente, literário. Os gêneros discursivos são constituídos de unidades pragmáticas de sentido (Todorov, 1978/1996) e relacionam-se às características ideológicas de determinada sociedade. Um gênero de discurso, portanto, é uma forma de determinar o sentido conforme seu uso e pode ser compreendido, segundo o autor, através dos atos de fala. Os gêneros de discurso, portanto, sustentam os sentidos dos atos de fala; e, segundo Todorov (1978/1996), a forma como um ato de fala transpõe-se para a escrita constitui um gênero literário. A partir, portanto, de formas de transposição entre a oralidade e a escrita, e de acordo com a aproximação ou distanciamento entre essas categorias, temos três tipos de gênero específicos. Todorov afirma:

Admitindo que todos os gêneros são provenientes de atos de fala, como podemos explicar que nem todos os atos de fala se tornam gêneros literários? A resposta é a seguinte: uma sociedade elege e

⁴⁷ A prática psicoterapêutica foi associada, através dos séculos, muitas vezes, a um conjunto de técnicas mágico-religiosas ou clínicas que tinham como foco o estabelecimento de uma relação de autoridade entre o psicoterapeuta e o paciente. Essa característica a associava com noções como influência e poder. Esse, dentre outros, é um dos principais motivos, como aponta Dunker (2011), de a psicoterapia ser uma vertente “expulsa” das práticas psicanalíticas. No entanto, podemos perceber que ela retorna em conceitos como “transferência” e se estabelece a partir de práticas narrativas, o que queremos mostrar nesta tese.

codifica os atos de fala que correspondem mais ou menos à sua ideologia, é por isso que a existência de alguns gêneros em determinada sociedade e sua ausência em outras são reveladores de sua ideologia e nos permitem estabelecê-la de forma mais ou menos certa. (Todorov, 1978/1996, p. 54; tradução nossa)

A partir desse pressuposto inicial, Todorov (1978/1996) oferece-nos três modos através dos quais um ato de fala pode constituir-se enquanto gênero: um que apresenta uma diferença mínima entre ato de fala e gênero, como o caso de rezar (ato de fala) e orar (gênero); outro em que a distância é maior, como contar algo (ato de fala) e um romance (gênero); e outro, ainda, de máxima distância, como o soneto (um gênero literário), mas, que se distancia tanto de um ato de fala que não se pode realizar uma relação direta entre o ato de fala e o gênero literário – não há um ato de fala tal como sonetear (Todorov, 1978 /1996).

A narrativa estaria, como gênero literário, calcada neste segundo tipo que Todorov descreve: o contar (oral) e o romance (escrito). Há uma aproximação entre a oralidade e a escrita, mas essa aproximação não é apenas uma transcrição de um diálogo, por exemplo. Há, contudo, marcas da oralidade na escrita, assumidas como marcas de heterogeneidade no texto: a narrativa comporta elementos performativos que são orais, ao mesmo tempo em que comporta também elementos que caracterizam a produção escrita tal como o distanciamento e a separação entre o eu e o que ele conta, associada aos dois tempos específicos da narrativa: o tempo em que ela é vivida e o próprio tempo do ato de contar. Vemos aí uma primeira aproximação entre narrativa e caso clínico: há o tempo do caso, oral, e o tempo da escrita do caso. O caso clínico como gênero, portanto, sustenta essas duas perspectivas temporais e, por isso, carrega marcas de heterogeneidade enunciativa nele.

Essa passagem realizada pela narrativa entre o oral e o escrito faz com que, na Grécia antiga, onde tem a sua origem – com Aristóteles e Platão –, ela seja categorizada como um subgênero, já que sua forma de representação do mundo seria indireta (Stalloni, 2001). A distinção entre gêneros, para Aristóteles e Platão, estava embasada nas noções de “mimese” e “diégese”. A mimese (ou imitação), a princípio, era considerada uma forma mais refinada de arte, já que apresentava uma representação direta da realidade. Suas formas clássicas são o drama, a tragédia e a comédia; e estas eram divididas, em Aristóteles, a partir de critérios temáticos (relação entre objetos: tragédia ou comédia), enunciativos (primeira ou terceira pessoa) e formais (prosa ou verso).

Em Aristóteles (Gazoni, 2006), a narrativa permanecia no campo da mimese, sendo denominada por ele como mimese narrativa, compreendendo narrativa e diálogo, em oposição à mimese dramática, que consistia em representação por falas diretas. Na narrativa entrava a enunciação indireta, em terceira pessoa, o que, para o filósofo, a tornava um gênero menor que o dramático, devido à ação de contar ser compreendida como uma representação indireta da realidade.

Já em Platão (séc. IV a.C./2000), a oposição entre narrativa, tragédia, comédia e drama se dá mais claramente, a partir dos pares mimese e diegese. A narrativa permanece totalmente no campo da diegese, não tendo resquícios de mimese: ela consistiria em contar histórias, acontecimentos, e não em representá-los. Platão assume a possibilidade de um gênero misto, que seria a epopeia, já que ela, além de ser uma narrativa, tem momentos de diálogo direto, o que mostra uma especificidade mimética.

Podemos deduzir, a partir desses dois autores, que as origens da narrativa se encontram na distinção entre representar e contar, o que nos permite ancorar essa diferença – quando aproximamos a leitura psicanalítica da dos gêneros literários – na oposição entre verdade e ficção⁴⁸ (quando compreendidas fora do ambiente analítico): a verdade, contida na representação direta, se aproximava da noção de “fato”, enquanto a ficção permanecia no campo da ausência de verdade, da representação não fidedigna do acontecimento.

A narrativa, então, se apresenta inicialmente separada da representação e relacionada a uma apresentação indireta da realidade. Como vimos acima, essa separação da representação faz com que ela tenha dois tempos específicos interessantes aos estudos de casos clínicos, já que ela comporta o tempo da experiência (suposto) e o tempo do contar. Isso faz com que a narrativa se defina, em si, como gênero pluridiscursivo (Reis; Lopes, 2011, p. 189), já que, além de conter gêneros literários clássicos – tal como o romance, o conto e a epopeia⁴⁹ –, ela se aproxima de outras modalidades discursivas tal como o documentário, o discurso de imprensa, publicitário,

⁴⁸ Alguns autores, como Kate Hamburger (1954), irão definir como “ficcional” a representação, devido ao fato de esta simular a realidade; e como “não ficcional” a poesia, devido ao fato de esta criar um sujeito da enunciação calcado no eu-lírico apto a passar uma impressão de realidade. Como não entraremos no campo da poesia nesta tese, iremos utilizar essa classificação anterior, advinda de Aristóteles, que facilitará nosso entendimento acerca da construção de casos clínicos.

⁴⁹ Cada um desses gêneros literários é marcado por gêneros discursivos diferentes que remetem às suas condições de produção. Tem-se em conta, por exemplo, que a pulverização, hoje em dia, da noção de “conto” – narrativa mais curta e resolutiva – se relaciona à temporalidade da nossa época e a forma como essa temporalidade constitui a nossa experiência, construindo, assim, nossa subjetividade. Esses aspectos ideológicos que demarcam as diferenças entre os gêneros literários podem ser vistos em Reis e Lopes (2011), Todorov (1978/1996), Bakhtin (1979/1980).

entre outros (Reis; Lopes, 2011, p. 189). Isso faz com que a narrativa seja o gênero de articulação entre “o ficcional e o histórico factual, porque o registo do romance se cruza com a biografia, com o diário, com a autobiografia” (Reis; Lopes, 2011, p. 189).

Temos, então, um breve retrato das relações entre gênero que definiriam o estado da arte na entrada da narrativa para o estudo de casos clínicos:

Gênero Discursivo	Gênero Narrativo	Gênero Literário
Aspectos ideológicos	A temporalidade narrativa designa os aspectos ideológicos sociais	Epopéia Romance Conto
Unidades pragmáticas do sentido - atos de fala	Passagem do oral ao escrito a partir de heterogeneidades enunciativas: fato + ficção	Biografia Autobiografia Diário Relatos

Todos esses aspectos se cruzam para constituir o que podemos apreender da construção do caso clínico enquanto gênero discursivo e literário relacionados pela narrativa. Segundo Dunker e Ravello (2017), há três fontes históricas de escrita de casos:

[...] a casuística cristã, inspirada no conceito de vidas exemplares, de Plutarco, o romance moderno, desde as gestas medievais até a *Princesa de Clèves* e os relatos de doenças, que marcaram o início da medicina moderna desde Sydenham até Claude Bernard. Estes três gêneros parecem bem representados nas três superfícies nas quais podemos localizar as estratégias textuais de composição de casos clínicos em psicanálise: a psicoterapêutica enquanto tática de intervenção, que visa o tratamento de um sofrimento, a clínica, como estratégia que implica na delimitação de um método para a descrição, sanção e abordagem do sintoma e a da cura, pensada através de uma política do cuidado relativa ao mal-estar (DUNKER, 2011). (Dunker; Ravello, 2017, p. 92)

Baseado nessas fontes históricas, o caso clínico, em Freud, aproxima-se do romance policial (Dunker et al., 2002) – o que não se limita à mera semelhança de estilos, mas sim, à própria prática e teoria psicanalíticas da época.

Segundo Dunker *et al* (2002), ela reside mais substancialmente na estruturação dos lugares narrativos destinados à (a) primazia da estranheza irredutível (os pontos de fuga, dissimulação, defesa ou não-inscrição presentes no discurso) que privilegia o fragmento

dissonante, em detrimento da longa descrição, supostamente aproximativa à realidade pela soma de seus atributos, (b) aos fenômenos de autopersuasão e convencimento necessários a um interlocutor, simultaneamente agente do texto e, por fim, (c) ao papel exercido pela falsa-solução ou “função-Watson”. Esta pode ser entendida como a inclusão do contra-pensamento ou argumento contrário na constituição metódica de uma verdade com estrutura de ficção a ser suportada não por aquele que adere ao lugar de suposto-saber, mas de quem o testemunha pela escrita do caso clínico (DUNKER *et al*, 2002, p. 124). (Dunker; Ravello, 2017, p. 93)

Além disso, ao longo do Capítulo 2 veremos que o caso clínico freudiano passa por reformulações. De Dora (um romance com traços goethianos [Laurent, 2001]) ao Homem dos Ratos (uma extensa monografia) e a Schreber (uma análise de autobiografia), vemos rearticulações entre a temporalidade e o caráter ficcional do caso. Escrever um caso, portanto, acaba por ser uma forma de colocar contradições (Dunker; Ravello, 2017), a partir de seu endereçamento, assumidas seja no nível histórico ou no nível ficcional. Deduzir o gênero do caso clínico é, portanto, ir da forma ao conteúdo (Dunker; Ravello, 2017), localizando as marcas contingenciais que se mostram necessárias para sua identificação e delimitando, assim, a sua existência perante todo um conjunto articulado de teorias e práticas que sustentam esse processo de escrita.

No entanto, como vimos no subitem anterior, é através das modificações teóricas e práticas da psicanálise que percebemos uma reestruturação do caso clínico associada à mudança do regime de verdade. Percebemos essa transformação de forma mais evidente a partir de Dora, que, como iremos ver no capítulo seguinte, estrutura-se do drama e da representação para a narrativa e a ficção. Essa mudança acarreta transformações no pensamento freudiano sobre o inconsciente e, conseqüentemente, na direção do tratamento em sua clínica. Ao construir o caso a partir de seu caráter ficcional, chegamos à forma mais disseminada hoje em dia quanto à percepção do que ele seria em nossa disciplina. Basicamente, é um texto de caráter ficcional, no sentido em que este pode se aproximar da verdade do sujeito, assim como Freud dizia de Dora: não é fiel, mas fidedigno (Freud, 1905a/1996).

É nesse sentido, que, para a construção de casos clínicos, podemos interpretar a asserção: “A verdade tem uma estrutura, se podemos dizer, de ficção” (Lacan, 1956-57/1995, p. 259): a construção e a interpretação constroem o caso clínico a partir de uma verdade do sujeito que se expressa somente devido ao seu caráter ficcional: a verdade é semidita, deve ser inventada pela transferência para que tenha sustentação no caso. A narrativa, então, se estabelece como um interessante modo para a construção de casos

em psicanálise, por aproximar-se da ficção e afastar-se da representação. No entanto, essa definição abrangente de caso clínico em psicanálise gera alguns problemas quanto ao seu reconhecimento. Se o caso clínico é puramente ficcional, que legitimidade científica teria? Quais os traços que poderiam ser estabelecidos como princípios metodológicos da psicanálise, expostos através de tais casos?

Autores como Fédida (1991) afirmam que o caráter ficcional do caso é irrevogável. Cito: “o caso é construído a partir de sua capacidade ficcional de produzir modelos clinicamente deformáveis e transformáveis” (Fédida, 1991, p. 234). Para o psicanalista, a ficcionalidade do caso é o que permite que ele seja uma “teoria em germen” e uma peça metapsicológica de construção clínica e teórica. Barth (2007) também ressaltará o importante papel do caráter ficcional do caso, principalmente em sua relação com o conceito de “construção” em Freud. Para o autor, a relação entre construção e ficção é a base de sustentação metapsicológica construída pelo pai da psicanálise. Outro autor que também ressalta o caráter ficcional do caso é Sousa (2000), que afirma que o caso clínico deve ser apreendido como uma ficção sem valor demonstrativo, tendo, no máximo, um valor didático, relacionado à transmissão de conceitos. A ficção é, portanto, ressaltada na construção de casos clínicos. No entanto, pensamos que seu valor se torna reduzido quando necessitamos esboçar um método adequado para a formalização de casos e para a exposição dos operadores clínicos psicanalíticos para além de nossos pares.

Nossa perspectiva de repensar o valor do caráter ficcional do caso e sua totalidade é também desenvolvida por Honda (2011), que traça um histórico entre a escrita de casos e as escolas de psicanálise a partir da aproximação ou distanciamento da noção de “ficção”. Segundo o autor, a função do caso clínico é a de introduzir um domínio epistêmico novo. Seu caráter ficcional reside no fato de ele ser construído no interior da relação transferencial; ou seja, o caso clínico é um recorte, ele não apresentaria um dado, um fato total da realidade, mas, sim, indícios do posicionamento do sujeito frente à demanda e ao desejo, isto é, frente à sua fantasia na relação com o Outro.

Autores como Arlow (1999 apud Honda, 2011) afirmam a necessidade de mudança da escrita de caso para realizar mudanças na prática psicanalítica. A crítica de Arlow aponta para a importância de se construírem práticas psicanalíticas adequadas à ciência e à sua modalidade expositiva atual baseada na exposição de dados. É nesse sentido que alguns psicanalistas pós-freudianos propuseram que a escrita de casos fosse

substituída por relatos textuais de todas as sessões ao longo do tratamento, na tentativa da coleta de material bruto, objetivo, para a pesquisa e a construção de casos (Widlöcher, 1996 apud Honda, 2011). Vemos nessa estratégia um modo de objetivar a escrita de casos em psicanálise, aproximando-a das análises estatísticas e das pesquisas empíricas atuais. Honda (2011) denominará esse movimento com o termo “objetivismo”.

Temos, então, em um polo, os psicanalistas que se posicionam a favor da ficcionalidade do caso – colocando-a como marca fundamental da escrita clínica em psicanálise –; e, de outro, psicanalistas que afirmam a necessidade da psicanálise se transformar e adaptar-se aos moldes científicos atuais – padronizados pela relação com a empiria e a objetividade. Vemos essa polaridade como uma das formas de divisão que encontramos nas ciências humanas, e que Pêcheux (2009) denominou, como afirmamos no nosso método, “subjetivismo idealista” e “objetivismo abstrato”. Tudo se passa como se objetivo e subjetivo fossem categorias opostas e não relacionáveis, impossíveis de serem convertidas conjuntamente em uma espécie de método científico.

Os dois polos – epistemológico e estético – estabelecidos através da dicotomia nos remetem ao famoso Barão de Münchhausen, que, ao afundar na areia movediça, se puxa pelos próprios cabelos para retirar-se dela. A objetividade se resolve com o objetivismo e a subjetividade com o subjetivismo ou relativismo. Como resolver essa questão entre objetivistas e subjetivistas? De um lado, o caso como empiria e busca de dados brutos; de outro, o caso como narrativa ficcional, puramente literária. Honda aponta o que, para ele, é a problemática geral de ambos os polos. Cito: “[...] o problema maior é dar expressão linguística à convicção alcançada pelo analista em relação ao processo de cura” (Honda, 2011, p. 335). Ou seja, o que os dois casos buscam é encontrar uma expressão linguística suficiente para a transmissão da prática psicanalítica. Como transmitir o caso mantendo a sua veridicção⁵⁰? E aqui se introduz um terceiro polo, a dimensão ética, na qual se introduz o “desejo de psicanalista”. Como ele afeta a escrita e a composição de um texto? Como ele pode ser uma categoria bem empregada ou mal empregada para encobrir deficiências expositivas e construção de problemas clínicos?

A nossa hipótese nesta tese, como já mostramos, é a de que, conforme se modifica o método de tratamento e investigação, modificam-se as expressões textuais e

⁵⁰ “Veridicção” é um termo utilizado na semiótica (Barros, 2001) e que remete à “verdade do dizer”.

suas formalizações. Assim, em um primeiro momento da psicanálise – com a técnica da hipnose –, temos um estilo freudiano dramático, já que era impossível ser puramente descritivo devido ao fato de a análise dos sintomas estar associada a formas de sofrimento. Em um segundo momento, com a associação livre, o caso torna-se mais narrativo e ficcional, já que esse método de investigação se embasa majoritariamente na materialidade da linguagem e em como ela se expressa naquele sujeito, relegando ao segundo plano as diretivas do analista e suas hipóteses sobre a diagnóstica. Estas tornam-se cada vez mais subjacentes ao texto, para que o sujeito possa sobressair entre os fragmentos do seu dizer. O caso Dora, por exemplo, tornar-se a narração de um diálogo interior entre Dora e seu inconsciente, com algumas suposições de Freud que o atravessam ao modo de desembreagens alternadas, tal como veremos no capítulo seguinte.

Desde então, através da pesquisa que realizamos, não encontramos qualquer consenso sobre a forma de escrita de casos clínicos, sendo esses dois polos analisados por Honda (2011) expoentes radicais de duas perspectivas que se subdividem em intensidade. Há aqueles que utilizarão vinhetas clínicas para elucidar momentos teóricos, valendo-se do caso como ilustração; aqueles que, durante o período de formação, irão exigir de seus supervisionandos a escrita sessão por sessão, tal como ocorreram, num viés mais objetivista; e ainda os que farão contos a partir dos casos atendidos, o que nos limita quanto a saber sobre os princípios ou procedimentos aplicados, mostrando-nos apenas as transformações do caso através de suas movimentações narrativas.

A partir desses diferentes modos de escrita da clínica psicanalítica, pensamos que o termo *expressão linguística* utilizado por Honda (2011) é fundamental para o entendimento dessa diáspora. Ela significa o lugar que a psicanálise pode ocupar na cultura. É arte (literatura)? É ciência? Acreditamos que o mal-entendido consiste em não conferir à expressão linguística sua ancoragem no discurso, o que retoma nosso percurso até aqui – de que cada formação discursiva sustenta, pela sua estrutura, a expressão linguística (de caráter narrativo) de algum modo. Como afirmamos na introdução, o discurso médico tradicional sustenta-se pelas relações entre impossível, possível e necessário. Isso devido a sua técnica de investigação pautada na empiria e na visualização de alguns métodos em conformidade com a redução ou supressão completa dos sintomas. O discurso que sustenta a psicanálise abarca a categoria “contingente”, o que o caracteriza são relações de causalidade sejam pensadas como parcialmente

indeterminadas, fazendo com que suas produções possam ser mistas e heterogêneas. Por isso pensamos ser tão importante a retomada da noção de “discurso” para discutir o método de escrita de casos e suas modalidades narrativas. É ele que, nas ciências da linguagem, tem o papel de suturar, de materializar a relação descontinuada entre subjetivo e objetivo, entre verdade e ficção. O discurso é o *locus* na linguagem que sustenta a operação do semblante, através de seu funcionamento lógico.

A psicanálise, em seus desenvolvimentos, funda uma necessidade lógica que é a da possibilidade de aparição do sujeito na linguagem. Esta, dificilmente observável, é associada à noção de “contingência”. Por isso é impossível objetificar o sujeito por completo. No entanto, o aparecimento do sujeito requer um método e uma teoria específicos, e não apenas relações contingenciais. Os principais operadores que vemos em Freud, por exemplo, na construção de casos clínicos, são a associação livre e a transferência. Quando, através da noção de “discurso”, formalizamos o modelo lógico de construção de casos, estamos sustentando que o caso clínico em psicanálise deve manter relações de determinação e indeterminação que alçam aspectos históricos e aspectos singulares do sujeito. Ou seja, o caso clínico deve sustentar uma posição exemplar, a partir da contingência, que, ao se relacionar com as demais categorias, irá possibilitar as relações de determinação e indeterminação na sua formulação, o que indica que um caso clínico é, também, um caso social, como já afirmávamos anteriormente, pressupondo aqui uma construção etnográfica em psicanálise.

Pressupor uma construção etnográfica significa afirmar que o caso clínico comporta-se, dentro da metapsicologia psicanalítica, como Outro, o que quer dizer que ele deve apresentar-se como alteridade perante a teoria. Segundo Bairaão (2011), a alteridade etnográfica atravessada pela psicanálise previne o risco de conferir opacidade à enunciação, possibilita a circulação polissêmica de sentidos, o que significa que a replicação encontrada no caso clínico não é de si, mas de algum Outro. Em outros termos: não há estatuto do *ser* no caso, e sim a replicação de um encontro radical com a alteridade. Ainda segundo o autor: “A alteridade é indissociável de sua mediação simbólica, e para muitos efeitos pode ser referida como a totalidade das suas possibilidades” (Bairaão, 2011, p. 348).

Essa perspectiva coloca como possível um novo método para a análise e a construção de casos clínicos que não tome como base a dicotomia entre objetivo e subjetivo; e, sim, considere esses dois termos aspectos de um mesmo conjunto, que, suturado, pode conciliar a exceção ao exemplo. Nessa lógica a exceção está contida na

regra, faz parte dela, tal como modalizamos as quatro categorias lógicas no quadrado semiótico. A partir dessa conformação das categorias lógicas em um grupo de Klein, a sustentação das relações entre objetividade e subjetividade são colocadas não como oposição, mas como diferença. A ficcionalidade, então, não faria oposição à objetividade, mas se sustentaria a partir dela. O caso clínico, deste modo, ao sustentar as relações diferenciais que seriam consideradas de oposição, se constrói a partir de um paradoxo.

Esse movimento de sustentação ocorrerá a partir das relações entre determinação e indeterminação na escrita do caso, que irá evidenciar, pela noção de “temporalidade” – como vimos na introdução, a partir do caso de Perec –, as marcas transformativas da direção do tratamento, que apontariam para o método clínico da psicanálise. As marcas transformativas na temporalidade narrativa relacionam-se às vinculações entre sujeito e objeto, enquanto as marcas transformativas que podem ser encontradas no campo discursivo aproximam-se das relações determinativas e indeterminativas que constituem traços ideológicos de apropriação do sentido. A temporalidade é o que entra como substituto do caráter referencial, se compararmos os casos psicanalíticos com os demais casos analisados. Enquanto a visualização aponta para uma formulação baseada na lógica da contradição entre ver e não ver, a temporalidade permite que as estâncias de significação se articulem e se localizem em mais de um espaço temporal. A expressão da “eficácia da clínica” se dá na medida em que o tempo é considerado na escrita do caso através de marcas transformativas na relação transferencial. O tempo não se dá através de um quantificador cronológico, mas pela associação entre passado e presente, do mesmo modo que vimos em Freud, a partir do texto *O homem Moisés e a religião monoteísta* (Freud, 1937-39/1991): a construção temporal que aparece no caso remete ao passado que apresenta, em sua relação com o presente, a atualização de suas associações e também o encontro com sua alteridade. O tempo, portanto, passa a ser uma questão de método em psicanálise.

Deste modo, a temporalidade vista no caso clínico é marcada por dois tempos específicos relacionáveis: passado e presente. Essa temporalidade é também a da narrativa em sua estruturação, tal como presumem Greimas e Courtés (1979/2008): “um estado com uma sucessão de transformações de estado”. O caso clínico abarcaria essas sucessivas transformações explorando as diferentes formas de retorno do passado no presente, bem como suas projeções futuras, o que conformaria a possibilidade de uma estrutura narrativa de caráter não linear. Essa configuração temporal é possível devido à

forma como se estabelece o método psicanalítico, através de uma lógica que se sustenta na polissemia semântica, o que viabiliza que o sentido possa ser constantemente reformulado, a partir das ressignificações realizadas pela transferência.

Esses efeitos serão possíveis devido à sutura metodológica realizada entre subjetivo e objetivo na construção do método psicanalítico, efeito de sua construção discursiva, que gera narrativas de determinação e indeterminação. Em outras palavras, o método clínico em psicanálise é também seu método de investigação, não por sobreposição, mas através de uma relação contínua tal como uma banda de Moebius (Dunker, 2016).

A construção narrativa em psicanálise, portanto, apresenta-se como paradigma metodológico, como um local de possível expressão da sutura entre externo (particular) e interno (singular) que se realiza na clínica. Deste modo, concluímos que o que se busca no caso clínico a partir das relações entre ética, técnica e reconhecimento é aquilo que se pode alcançar pela expressão linguística da condução do tratamento, pautado em suas relações temporais e articuladas transferencialmente. Percebemos, portanto, que um caso clínico em psicanálise só é considerado como gênero quando articulado com a teoria e, deste modo, estruturando uma relação de interlocução com o outro que possibilite transmitir fragmentos de uma experiência analítica. Deste modo, localizamos o caso clínico em seu contexto histórico e cultural.

Contudo, eventos dependem, tanto de sua nomeação, quanto de seu percurso de verdade (BADIOU, 1988). Isso só será perceptível quando incluímos o caso em um discurso, um sistema de textos, uma investigação e ciência, que muda constantemente seus critérios de evidência e de prova, conforme o problema que ele cria e em função da estabilização da excepcionalidade que se consegue produzir. (Dunker; Ravanello, 2017, p. 99)

Já em Lacan teremos, por se tratar do tipo de material apresentado, uma heterogeneidade maior na constituição das entrevistas entre documentos históricos (prontuários), anotações médicas e transcrições de entrevistas. Teremos o que denominamos “narratividade”, entendido por Greimas e Courtés (1979/2008) como o princípio organizador de todo discurso (p. 251). Ainda segundo Greimas (1979/2008), considera-se narratividade:

[...] como a irrupção do descontínuo na permanência discursiva de uma vida, de uma história, de um indivíduo, de uma cultura, o que permite desarticular essa permanência discursiva em estados discretos

entre os quais ela (a narratividade) situa transformações. (Greimas, 1979/2008, p. 46)

Ou seja, a narratividade caracteriza-se pela capacidade de transformação e rearticulação do texto, o que pode ser compreendido em psicanálise pelas relações apresentadas entre o conceito de “letra” e o de “significante”. Nas entrevistas de pacientes de Lacan, o que podemos perceber é o uso que o psicanalista faz das informações anteriores, dos prontuários, narrativizando-os a partir das falas dos pacientes e marcando alguns termos como condensações discretas das relações do paciente com a sua história, ou mostrando a abertura de um novo sentido a partir das discontinuidades, promovendo deslocamentos discursivos. A narratividade, portanto se faz presente como forma de vivificar a letra através da função significante, transformando o sentido transferencialmente para que a articulação com a linguagem – então objeto de investigação – transforme-se em método de cura: a narrativa não mais é vista apenas do ponto de vista do paciente, quando narra sua história, ou da construção de um caso, pós-sessão, mas formaliza-se como *técnica clínica*, apresentando-se em ato, tal como veremos nas entrevistas de pacientes. É na relação binária estabelecida entre sentido e não sentido, no jogo de combinação e seleção de signos que é possível o estabelecimento narrativo da significação (Davis, 1985, p. 851), sendo este apresentado no nível da técnica clínica. Vemos que essa articulação ocorre tanto nos casos clínicos, quando este é construído ativamente pelo analista, formando assim, uma narrativa clínica, quanto nas entrevistas, a partir da condição de narratividade da articulação de sentido.

2. FREUD E A ESCRITA DA CLÍNICA

“Contudo, mesmo que eu não dê importância a esses críticos estreitos e malévolos, a publicação de meus casos clínicos continua a ser para mim um problema de difícil solução. As dificuldades são, em parte, de natureza técnica, mas em parte se devem à índole das próprias circunstâncias.” (Freud, 1905/1996 p. 06)

Freud, ao longo de sua trajetória, reconfigurou em muitos aspectos a sua escrita clínica. Como apresentamos anteriormente, essas modificações ocorrem conforme o desenvolvimento dos conceitos psicanalíticos, articulando teoria, método clínico e prática psicoterápica. Essas articulações aconteceram devido a alguns conceitos-chave apresentados que reestruturaram critérios narrativos, conceitos, que nada mais são que formas de relação do sujeito com o outro. Alteridade, exteriorização e dinâmica temporal são critérios que, pensados a partir da concepção de linguagem utilizada pela psicanálise, levam-nos às noções de “diferença” e “saber”, bem como à dinâmica temporal de anterioridade e antecipação, tal como apresentamos no capítulo anterior. Atravessadas pelo conceito de “transferência”, essas relações apresentam um novo estatuto da linguagem em psicanálise, que se estabelece, então, para a composição de seus casos clínicos.

A construção de casos, então, pôde ser reformulada por um misto de “dificuldades de natureza técnica” com “índole das próprias circunstâncias”. Vamos, inicialmente, ao segundo ponto: pacientes, quando questionados sobre seus sintomas, falam sobre suas vidas, o que traz dificuldades ao clínico quanto à exposição de dados, no nível da apresentação do caso. No entanto, voltando à experiência analítica, vemos aí uma reformulação quanto ao que escutar na clínica, o que permite que os pacientes falem sobre suas vidas, e não apenas localizem os seus sintomas. Temos, a partir desse deslocamento apresentado pelo paciente, uma articulação entre sintoma e sofrimento. Freud em *O eu e o isso* (1923/2011) afirma:

Assim como as tensões que surgem de necessidades físicas podem permanecer inconscientes, também o pode o sofrimento – algo intermediário entre a percepção externa e interna, que se comporta como uma percepção interna, mesmo quando sua fonte se encontra no mundo externo. (p. 20)

Na citação, Freud afirma que o sofrimento é algo intermediário entre a percepção interna e a percepção externa e que se comporta como percepção interna, mesmo que sua origem seja externa. O sofrimento, então, veicula as relações entre interno e externo, associando o sintoma – construção interna – a algo que possa ser

apresentado, veiculado a uma experiência do sujeito, ou seja, ao seu sofrimento. O sofrimento, para que possa ser reconhecido pelo sujeito, deve ser associado às representações verbais (Freud, 1923/2011, p. 21) que, articuladas, enunciam ao sujeito sobre o seu sofrimento, que se apresenta como uma percepção externa a ele e é, por isso, considerada verdadeira. Saber e reconhecer-se, portanto, tem a ver com exteriorizar-se para si próprio, através do reconhecimento de sua diferença e as marcas de sua história. É nesse âmbito que entram as narrativas clínicas que escutamos, veiculando o sintoma às narrativas de sofrimento (Dunker, 2014b). O ato de exteriorizar-se a si próprio através da linguagem é o que permite o acontecimento da clínica psicanalítica, e esse evento só ocorrerá caso exista a transferência para mediar essa exteriorização. É nesse sentido que se articula a narrativa enquanto método da construção de casos clínicos: articulação entre o interno e o externo ao sujeito. Esse enfoque mais intimista, por exemplo, poderá ser visto a partir do caso Dora, comparado por Laurent (2001) ao jovem Werther, de Goethe, pelo estilo mais intimista da construção, com diálogos internos apresentados e pouca construção dialogal entre Freud e sua analisante. A narrativa então funciona tal como uma banda de Moebius articulando o interno e o externo através dos giros da transferência.

Essa experiência clínica, supomos, propôs a Freud uma alteração quanto à natureza técnica da psicanálise. O analista não está ali apenas para observar o sintoma, mas para escutar sobre o sofrimento causado por ele, ou seja, para escutar de que modo o sujeito narrativiza seu sintoma. Isso indica que, tal como apresentamos através do texto *Recordar, repetir e elaborar* (Freud, 1914/2010), as mudanças na técnica de Freud acompanham uma atividade cada vez maior por parte do analisante, colocando-o na posição de saber sobre si a partir do conceito de elaboração. Dizer sobre o sintoma não mais está a cargo do analista, mas a cargo do analisante, para que ele possa, mediado pela transferência, supor saber no outro para saber de si: elaborar sobre seu sintoma a partir das narrativas sobre ele. Há, então uma grande mudança na forma como se conduz uma análise; mudança que, inclusive, coloca em questão a autoria de uma análise: seria do analista, mediador do sujeito consigo próprio? Seria do sujeito, aquele que se transformou a partir do que já existia sobre si mesmo? É por isso que o conceito de “transferência” será o grande mediador da construção de casos clínicos, articulando o caso enquanto acontecimento em um primeiro tempo; e também apontará para a articulação posterior, a da escrita do caso, atravessando o processo de autorização do

analista de investir-se de um saber emprestado pelo paciente para poder dizer do caso enquanto acontecimento clínico e experiência teórica.

Os movimentos transferenciais também nos levam a construir relações entre a escrita do caso e a hipótese diagnóstica. Veremos ao longo deste capítulo que Freud escreve Dora a partir de um recorte mais intimista; analisa a autobiografia de Schreber a partir de heterogeneidades textuais entre ele e Schreber, demarcando mais fortemente a separação; e, no Homem dos Ratos, apresenta de maneira mais detalhada e descritiva o caso, ao modo de uma extensa monografia. Essa diferenciação também se dá pela materialidade dos casos. Enquanto Dora Freud escreveu de lembrança, Schreber é uma autobiografia, um texto escrito; e o Homem dos Ratos, por sua vez, é uma articulação entre a lembrança do caso e as anotações da época. Sem interesse em realizar uma separação estrita entre o que é da ordem da transferência e o que é da ordem da materialidade linguageira, pensamos ser mais interessante pensar esses operadores de maneira articulada na construção do caso, evidenciando, assim, que a construção do caso clínico constitui-se de articulações teóricas, experienciais e históricas.

Essa articulação se dá a partir do que De Certeau (1987/2012) apresenta através da noção de “historicidade” em Freud, que leva, segundo o autor, “a forma romanesca” (p. 95). Essa noção de historicidade é também atravessada pela transferência: “O processo histórico entre Jeová e seu povo parece remodelar de longe o saber psiquiátrico para transformá-lo *no discurso do progresso transferencial entre analista e analisando*” (p. 95). O autor, a partir de *Moisés e a religião monoteísta* (Freud, 1939/1991), afirma que Freud reformulou o saber psiquiátrico a partir da noção de “transferência”. De Certeau continua elencando alguns fatores – que exporemos aqui – para a construção clínica em Freud:

- a. Para Freud, a própria definição de romance consiste em combinar, no mesmo texto, por um lado, “os sintomas da doença”, ou seja, *uma semiologia* baseada na identificação de estruturas patológicas, e, por outro, “*a história do sofrimento*”, ou seja, uma série de *acontecimentos relacionais* que surpreendem e alteram o modelo estrutural. Nos casos clínicos “se leva a sério o funcionamento dialógico próprio à cura”. (De Certeau, 1987/2012, pp. 95-96; grifo nosso)

De Certeau (1987/2012) afirma que ocorre na escrita de casos o mesmo que ocorre na teoria, em que Freud explica a relação entre o Eu e o Isso a partir das noções de “sofrimento” e “linguagem”. A articulação entre semiologia e sofrimento é também uma articulação entre clínica e cultura que possibilita elencar, a partir do caso clínico,

paradigmas sobre a subjetividade da época. Seria possível, por exemplo, pensar a concepção de “feminilidade” na época vitoriana a partir dos casos clínicos de histeria, investigando por que e de que forma a sociedade da época produzia e reconhecia essa modalidade de sofrimento. Essas construções nos levam, também, à estrutura dos mitos, utilizada para pensar os casos clínicos devido aos seus elementos de repetição, corroborando assim o uso destes, tanto para pensar a construção de casos clínicos como para pensar o historial clínico específico de alguém. De Certeau (1987/2012) segue:

- b. “[...] vamos admitir que a “posição” de Freud é representada em seu texto pelo modelo que lhe serve de quadro teórico para selecionar e interpretar os dados fornecidos pelos pacientes. Trata-se de uma configuração patológica, o sistema de uma doença. *O romance resulta da alteração que o sofrimento do outro introduz nesse quadro*; no texto tais diferenças marcam, ao mesmo tempo, déficits e acontecimentos da narração. Esses dois valores – o primeiro relacionado com o modelo, enquanto o outro se refere à narrativa – têm, aliás, a mesma significação: *o déficit da teoria define o acontecimento da narração [...] o romance é a relação que a teoria estabelece com a aparição factual de seus limites*”. (p. 96)

“[...] a narrativa freudiana grava aí uma historicidade oculta do analista e uma mudança recíproca de interlocutores, trata-se de uma escultura de acontecimentos – até então não conhecidos – no quadro estrutural de um saber” (p. 96; grifo nosso)

De Certeau (1987/2012) afirma que a narrativa ocupa justamente os espaços não preenchidos pela teoria e que, por esse não preenchimento, possibilitam as alterações de sofrimento no quadro, o que gera transformações e produz a própria evolução do caso. Aqui apontamos que é a partir da noção de “contingência” que se torna possível o que De Certeau afirma ao dizer que “o romance é a relação que a teoria estabelece com a aparição factual de seus limites”, ou seja, que o romance, como estilo narrativo apresentado por Freud no caso Dora, por exemplo, é um modo de inserir a transferência no discurso para que seja possível, através de marcas contingenciais, realizar com o caso um *continuum* teórico a fim de este servir como material de prova da experiência psicanalítica. E, finalmente:

- c. “[...] ela (a técnica de Freud) permite vislumbrar *qualquer narrativa como uma relação entre uma estrutura e acontecimentos*, ou seja, entre um sistema (explícito ou não) e o vestígio de algo diferente. [...] ela irá aparecer, de preferência, como o engaste de alterações históricas em um quadro formal”. (p. 97; grifo nosso)

É, portanto, a partir das rearticulações apresentadas entre técnica e índole das próprias circunstâncias que o caso clínico freudiano, bem como sua teoria, reformularam-se a fim de abarcar essas modificações, que se referiam ao sofrimento

articulado ao sintoma como principal elemento de escuta e a convocação de uma nova forma de relação com a linguagem, que possibilita, pela transferência, que a transmissão e experiência clínicas sejam uma mistura entre a teoria e o acontecimento, colocando, assim, a narrativa a serviço do *modos operandi* da psicanálise.

2.1. As transformações do caso clínico em Freud: do drama à narrativa com Dora

Veremos que em Freud há uma evolução na escrita de casos clínicos que se relaciona com mudanças da técnica psicanalítica de tratamento. Essas transformações fazem do caso clínico uma peça inicialmente mais dramática e, depois, mais narrativa. Esse estilo narrativo é construído a partir das tentativas de formalização freudiana de seus atendimentos.

O estilo narrativo passa, então, a fazer parte da formalização de casos clínicos, o que indicaria, possivelmente, que – quanto à formalização de conceitos em sua relação com a prática – ele não devesse ser preterido. Esse retorno, como afirmamos acima, ocorre devido à mudança técnica da psicanálise: de um método com traços visuais, como a hipnose, com a técnica da “mão na testa”, para a associação livre. Vejamos por exemplo, o caso Elisabeth Von R, primeiro caso com diagnóstico de histeria analisado integralmente por Freud (1895/1993):

A princípio, portanto, pude dispensar a hipnose, porém com a ressalva de que poderia fazer uso dela posteriormente, se no curso de sua confissão surgisse algum material cuja elucidação não estivesse ao alcance de sua memória. Ocorreu assim que nesta, que foi a primeira análise integral de uma histeria empreendida por mim, cheguei a um processo que mais tarde transformei num método regular e empreguei deliberadamente. Esse processo consistia em remover o material psíquico patogênico camada por camada e gostávamos de compará-lo à técnica de escavar uma cidade soterrada. Eu começava por fazer com que a paciente me contasse o que sabia e anotava cuidadosamente os pontos em que alguma sequência de pensamentos permanecia obscura ou em que algum elo da cadeia causal parecia estar faltando. E depois penetrava em camadas mais profundas de suas lembranças nesses pontos, realizando uma investigação sob hipnose ou utilizando alguma técnica semelhante. Todo o trabalho baseava-se, naturalmente, na expectativa de que seria possível identificar um conjunto perfeitamente adequado de determinantes para os fatos em questão. (p. 154; grifo nosso)

Freud nos afirma ter dispensado a hipnose inicialmente, devido à moça apresentar inteligência e ter consciência de si (Freud, 1895/1993). No entanto, se no

decorrer da análise se apresentassem materiais que necessitassem da hipnose para serem investigados, esta seria utilizada pelo psicanalista. Freud está, nesse momento, em busca de um “elo da cadeia causal”, um “conjunto de determinantes para os fatos”. Vemos aqui a aproximação entre fato e verdade em Freud, operadores que se associam a partir de uma relação exclusiva e determinativa. Se voltarmos a Benjamin (1936/1994), Freud estaria, aqui, em busca de uma informação, um sentido subjacente e imutável que direciona os sintomas visíveis da histeria. Há também, já nesse material, a associação entre sintomas visíveis e subjetividade, mas as relações determinativas estabelecidas por Freud aproximam o texto de uma caracterização mais dramática que narrativa. O drama estaria associado a uma forma de enunciação direta, trazendo uma aproximação entre personagem e autor, já que o primeiro encarnaria no segundo por via da representação (Stalloni, 2001). Poderíamos supor que o drama está para a representação como a descrição está para a visão enquanto modo prioritário de observação.

O caráter dramático do texto traz a construção de cenas por meio da visualização destas. Podemos observar essa característica nesse mesmo caso quando Freud utiliza alguns descritores específicos para ilustrar sua paciente ou seus sintomas:

Ela parecia inteligente e mentalmente normal, e suportava seus problemas, que interferiam em sua vida social e seus prazeres, com ar alegre – a *belle indifférence* dos histéricos, como não pude deixar de pensar. Andava com a parte superior do corpo inclinada para frente, mas sem fazer uso de qualquer apoio [...] (Freud, 1895/1993, p. 151)

Uma área bastante grande e mal definida da superfície anterior da coxa direita era indicada como o foco das dores, a partir da qual elas se irradiavam com mais frequência e onde atingiam sua maior intensidade. *Nessa região, a pele e os músculos eram também particularmente sensíveis à pressão e aos beliscões (embora uma picada de agulha provocasse, quando muito, certa dose de indiferença).* A hiperalgia da pele e dos músculos não se restringia a essa região, mas podia ser observada mais ou menos em toda a extensão das duas pernas. Os músculos eram talvez ainda mais sensíveis à dor do que a pele; mas não havia dúvida de que as coxas eram as partes mais sensíveis a essas duas espécies de dor. A força motora das pernas não podia ser qualificada de pequena e os reflexos eram de intensidade média. *Não havia outros sintomas, de modo que não existia fundamento para se suspeitar da presença de qualquer afecção orgânica grave.* O distúrbio se desenvolvera gradativamente durante os dois anos anteriores e variava bastante em intensidade. (Freud, 1895/1993, pp. 151-152; grifo nosso)

Esses são alguns dos excertos do texto que expressam o caráter referencial do caso, demonstrado em suas características positivas, assumidas aqui pela visualidade do

caso. As características referenciais da paciente, a análise minuciosa de sua dor nas pernas é uma das formas de investigação sobre essa queixa trazem a psicanálise para esse campo visual como o campo que contribuiria com uma melhor precisão e acurácia do clínico para dar o diagnóstico. Freud preocupa-se em excluir qualquer possibilidade patológica que não seja a histeria e, sendo médico, realiza nas pacientes outros procedimentos que não os da psicanálise. Um dos motivos que o fazem fechar o diagnóstico de histeria é justamente essa diferenciação entre os distúrbios orgânicos e psicopatogênicos. O primeiro indício que o psicanalista tem de que poderia ser uma histeria é a temporalidade: concomitante aos problemas familiares aparece o distúrbio nas pernas que se intensifica ao longo de dois anos de mais problemas familiares. O que dá o tom dramático nesses casos freudianos e que podemos ver exemplificado aqui é essa perspectiva de representar, através de uma organização visual, os aspectos subjetivos e a construção dos sintomas. A descrição é utilizada em seu caráter cênico.

Outro caso freudiano que nos apresenta esse aspecto cênico, característico do drama, é o caso Katharina (Freud, 1895/1993), uma exceção dentro dos *Estudos sobre a histeria* devido à não utilização da hipnose. No entanto, como a técnica ainda não havia sido abandonada, há traços desse primeiro momento do método psicanalítico sustentado por uma trama discursiva determinativa. Freud afirma não ter aplicado a hipnose no caso devido à altitude, já que a investigação se passou em uma parte montanhosa de sua excursão à *Hohe Tauern*. Deste modo, teve que supor que “uma simples conversa bastaria” se tivesse um bom palpite (Freud, 1895/1993). Ainda afirma que devido ao não emprego de seu método, o caso foi resolvido por algumas conjecturas, suposições que ele construiu, e poderia não se enquadrar em um caso analisado de histeria. Inicialmente, há a descrição de Katharina, como observamos na citação utilizada na introdução: “moça de expressão amuada, de talvez dezoito anos de idade” (p. 141), ou nessa passagem: “A julgar por seus trajes e seu porte, não podia ser uma empregada, mas era, sem dúvida, filha ou parenta da hospedeira” (p. 141).

O apelo visual em Freud guarda uma diferenciação com aquele utilizado no caso clínico médico. Enquanto nesse último a visualização serve para expor o método e para fins de verificação e reprodução de técnicas, em Freud essa visualização compõe uma cena que contextualiza o caso clínico. Freud não quer, com a descrição dos sintomas físicos ou da aparência das moças, evidenciar a utilização de um método, mas expor a relação do que é observável com os sintomas e aspectos subjetivos. Freud utiliza, portanto, o apelo visual como representação daquilo que não é visível e, através dele,

tenta estabelecer relações de causa e efeito como faz, por exemplo, no caso Katharina (1895/1993), ao conjecturar, como ele mesmo diz, que a falta de ar, a tontura e os vômitos que a moça sentia eram correspondentes à situação traumática que passara com o tio:

Seguiu-se então um curto período de elaboração, de “incubação”, após o qual os sintomas de conversão se instalaram, com *os vômitos funcionando como um substituto para a repulsa moral e física*. Isto solucionou o enigma. *Ela não sentira repulsa pela visão das duas pessoas, mas pela lembrança que aquela visão despertara. E, levando tudo em conta, esta só poderia ser a lembrança da investida contra ela na noite em que “sentira o corpo do tio”*. Assim, quando ela terminou sua confissão, eu lhe disse: – Sei agora o que foi que você pensou ao olhar para dentro do quarto: “*Agora ele está fazendo com ela o que queria fazer comigo naquela noite e nas outras vezes.*” Foi disso que você sentiu repulsa, porque lembrou-se da sensação de quando despertou durante a noite e sentiu o corpo dele. – É bem possível – respondeu – que tenha sido isso o que me causou repulsa e que tenha sido nisso que pensei. – Diga-me só mais uma coisa. Você agora é uma moça crescida e sabe toda espécie de coisas... – Sim, agora eu sou. – Diga-me apenas uma coisa. Qual foi a parte do corpo dele que você sentiu naquela noite? (Freud, 1895/1993, pp. 146-147; grifo nosso)

Vemos, então, que o caráter referencial nos primeiros casos freudianos ocorre de forma a demonstrar causa e efeito nos sintomas psicopatogênicos, tendo como base a noção de “representação”, noção esta emprestada do drama. A relação direta entre sintoma e dados observáveis, como afirmamos anteriormente, indica que no arcabouço conceitual freudiano há uma aproximação entre as noções de “verdade” e “fato”, aproximação que será ultrapassada na medida em que o psicanalista supera a chamada *teoria da sedução* (Freud, 1896/1985), que colocava como determinante a ocorrência de algum evento traumático factual.

Portanto, nesse sentido, observamos que os casos clínicos freudianos dessa primeira fase encaixam-se em um discurso que pretende encontrar um conjunto de determinantes, como afirmado pelo psicanalista. Esses casos apresentam, portanto, características da formação discursiva analisada anteriormente que tinha como exemplo o caso de neurologia e os casos psiquiátrico e psiquiátrico-jurídico: relacionam o necessário, o possível e o impossível, excluindo a noção de “contingência”.

Essa posição inicial dos casos clínicos em psicanálise sustentava o seu reconhecimento, portanto, nesse tipo discursivo e localizava-os no espectro teórico da psicopatologia, tal como desejava Freud (1905a/1996). Ocorre que esse tipo de

construção, que tem um caráter mais dramático devido ao seu aspecto de representação, acarreta outros problemas na escrita do caso que são problemas relacionados à *índole das próprias circunstâncias* no que concerne à ética. Afinal, escrever um caso clínico expõe a relação entre sintoma e subjetividade; expõe, também, a identidade do paciente, preservada a partir de nomes fictícios, mas, ainda assim, possível de ser localizada. Isso ocorre devido a essa aproximação entre verdade e fato, contida nesse primeiro momento da escrita freudiana.

Voltamos à epígrafe que abre este capítulo e percebemos que as questões freudianas podem ser compreendidas como preocupações com a possibilidade de transmissão no sentido da *técnica*: como se escreve um caso? Há um modelo específico de escrita de casos? E como evidenciar a técnica psicanalítica a partir dos casos publicados? Vemos que Freud opta por monografias extensas (Laurent, 2009) não para detalhar sessões, mas para mostrar a construção realizada sobre as associações entre os sintomas e sua fonte – e, assim, mostrar como estes foram liquidados.

Há também preocupações éticas sobre “*a índole das próprias circunstâncias*” nas quais o caso acontece: a passagem de um ambiente privado, e majoritariamente marcado pela oralidade, para um ambiente público e marcado pela escrita traz, necessariamente, preocupações sobre a identidade da paciente. Vimos que nesse primeiro momento, marcado pela associação entre verdade e fato, essa preocupação torna-se ainda mais necessária devido à utilização, nos casos, de recursos dramáticos que podem guardar traços identificatórios com as pacientes. Ela é também expressa nas notas de Strachey (1905a/1996) sobre *Fragmentos de histeria*, nas quais o editor, remetendo à biografia de Freud escrita por Ernest Jones, afirma que o caso Dora demorou a ser publicado por perceberem nele quebra de sigilo profissional. Não por acaso, no prefácio de Dora, Freud afirma reiteradamente que Dora não era de Viena e que se preocupou a tal ponto com a possibilidade de a paciente identificar-se que modificou os dados do caso de forma que, se ela se deparasse com a escrita de seu caso e decidisse lê-lo, não se identificaria a ele (Freud, 1905a/1996).

Outra questão que decorre dessas duas problemáticas ressaltadas por Freud é o reconhecimento do texto como um caso clínico. Para tal reconhecimento é necessário que o caso esteja ancorado em algum discurso que o legitime – para Freud, o discurso da psicopatologia na qual ele havia sido formado – e no método clínico que ele dominava, mas também no público ao que ele se dirigia e pelo qual pretendia ser reconhecido, como veremos a seguir. O reconhecimento depende da relação entre forma

e conteúdo dos casos, ou seja, é uma mistura da problemática de natureza técnica com a índole das próprias circunstâncias. Tornar-se necessário pensar em uma técnica para analisar de que forma as marcas orais seriam compreendidas através de signos escritos. Vemos, portanto, que há na apresentação dessas problemáticas freudianas uma mistura entre técnica, ética e reconhecimento.

Quando ocorre uma mudança no método clínico, consequentemente a escrita do caso é transformada. O caso freudiano perde o seu lugar de reconhecimento, sendo entendido como romance. Essa mudança ocorrerá a partir da publicação de novos casos, como o Dora (1905a/1996). Vejamos essa citação:

Sei que há – ao menos nesta cidade – muitos médicos que (coisa bastante 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, 1905a/ 1996, p. 8)

Freud, nessa citação, explicita o lócus ao qual seu caso se destina: a psicopatologia das neuroses. Mas, ao contrário, o psicanalista afirma que muitos médicos o lerão como “uma novela destinada a sua diversão”. Dunker (2014b) afirma que a palavra em alemão utilizada nessa parte é *Schlüsselroman*, que significa romance a sete-chaves⁵¹, e não apenas novela, como consta na edição espanhola, o que nos indica, segundo o psicanalista (Dunker, 2014b), que as táticas formais e de composição do caso clínico em psicanálise aproximam-se da concepção de romance presente na literatura. Esta aproximação é o que dará início à indexação do caso clínico psicanalítico à ficção e o distanciará do discurso médico. No prólogo do caso Dora, Freud faz uma advertência nesse sentido, devido à mudança de sua técnica de tratamento:

Os leitores familiarizados com a técnica de análise exposta nos *Estudos sobre a histeria* [Breuer e Freud, 1895] talvez fiquem surpresos por não ter sido possível, em três meses, encontrar uma solução completa ao menos para os sintomas abordados. Isso se tornará compreensível mediante minha explicação de que, desde os *Estudos*, a técnica psicanalítica sofreu uma revolução radical. *Naquela época, o trabalho [de análise] partia dos sintomas e visava a esclarecê-los um após outro*. Desde então, abandonei essa técnica por achá-la totalmente inadequada para lidar com a estrutura mais fina da neurose. *Agora deixo que o próprio paciente determine o tema do*

⁵¹ O “romance a sete-chaves” (tradução nossa) caracteriza-se pela utilização da narrativa de caráter ficcional para tratar temas reais ou para dizer de pessoas reais através de personagens. Nesse sentido, é como se a escrita do romance se apresentasse como uma criptografia, que deve ser endereçada ao leitor para decifrá-la. O caso clínico, então, nesse formato, apresenta-se como uma interessante metáfora da própria condução das investigações clínicas de Freud à época.

trabalho cotidiano, e assim parto da superfície que seu inconsciente ofereça a sua atenção naquele momento. Mas desse modo, tudo o que se relaciona com a solução de determinado sintoma emerge em fragmentos, entremeado com vários contextos e distribuído por épocas amplamente dispersas. Apesar dessa aparente desvantagem, a nova técnica é muito superior à antiga, e é incontestavelmente a única possível. (Freud 1905a/1996, p. 11; grifo nosso)

Com o abandono da técnica da hipnose e a utilização da associação livre, não é mais possível encontrar a “solução dos sintomas”. O trabalho analítico não tem mais esse objetivo de esclarecer os sintomas, mas sim o de encontrar sua solução a partir do que emerge de fragmentos e de movimentos de construção e interpretação de diferentes contextos. Ou seja, a técnica de tratamento modifica a técnica de exposição dos casos. Vale ressaltar que o caso Dora é escrito próximo a *Interpretação dos sonhos* (Freud, 1900/2013), *Dinâmica da transferência* (Freud, 1912/2010) e *Três ensaios sobre a teoria sexual* (Freud, 1905b/1996). *Dinâmica da transferência* (Freud, 1912/2010), mesmo que tenha surgido algum tempo depois (sete anos), é contemplado através de trechos no posfácio do caso Dora. Vemos então, que o caso Dora é escrito em um contexto de grande construção e reformulações teóricas da psicanálise.

Importantes noções, como as de “deslocamento” e “condensação” – encontradas na *Interpretação dos sonhos* (Freud, 1900/2013) –, bem como a de “transferência” – que aparece, inicialmente, nessa mesma obra, como sinônimo de deslocamento libidinal e, após, em *Dinâmica da transferência* (Freud, 1912/2010), apontando o endereçamento da libido para o analista –, assim como a superação da teoria da sedução através dos *Três ensaios sobre a teoria sexual* (Freud, 1905b/1996) nos mostram uma superação da associação direta e determinativa entre verdade e fato em Freud. Em outras palavras, o paralelismo entre realidade externa e realidade interna é superado e, deste modo, o caráter descritivo e dramático é substituído por uma elaboração textual mais narrativa e de caráter ficcional.

Em Dora (Freud, 1905a/1996), Freud já não faz menção, quando apresenta o quadro clínico, à constituição da moça nem a qualquer investigação quanto aos sintomas orgânicos de maneira aprofundada. O caso, após o prólogo e um breve adendo sobre a técnica da interpretação dos sonhos, é apresentado assim:

O presente fragmento da história do tratamento de uma jovem histérica destina-se a mostrar de que forma a interpretação dos sonhos se insere no trabalho de análise. Ao mesmo tempo, dar-me-á uma primeira oportunidade de trazer a público, com extensão suficiente

para evitar outros mal entendidos, parte de minhas concepções sobre os processos psíquicos e condições orgânicas da histeria. Não mais preciso desculpar-me pela extensão, já que agora se admite que as severas exigências que a histeria faz ao médico e ao investigador só podem ser satisfeitas pelo mais dedicado aprofundamento, e não por uma atitude de superioridade e desprezo. (Freud, 1905a/1996, p. 15)

Observamos que Freud nos afirma que irá utilizar o caso para exemplificar uma parte de sua técnica de análise, que consiste na interpretação dos sonhos. Além disso, o caso trará a oportunidade de desvelar a relação entre histeria e condições orgânicas. Ao mesmo tempo em que o psicanalista nos diz o que podemos esperar do conteúdo trabalhado no caso, fala também sobre sua forma extensa, relacionada à exigência do tratamento psicanalítico da histeria. Quanto ao método de escrita, também observamos uma grande mudança quando comparada aos casos de *Estudo sobre a histeria*:

Quanto à própria história clínica, só a redigi de memória após terminado o tratamento, enquanto minha lembrança do caso ainda estava fresca e aguçada por meu interesse em sua publicação. Por isso o registro não é absolutamente – fonograficamente – fiel, mas pode-se atribuir-lhe alto grau de fidedignidade. Nada de essencial foi alterado nele, embora em vários trechos, para maior coerência expositiva, a sequência das explicações tenha sido modificada. (Freud, 1905a/1996, p. 09)

De modo distinto ao caso Elizabeth Von R., no qual, como vimos anteriormente, Freud (1895/1993) afirma anotar trechos mais importantes para retomar pontos específicos, considerados essenciais para ele, no caso Dora Freud afirma que redigiu o caso de memória e não só não anotou durante às sessões como também alterou a sequência de alguns trechos para dar maior clareza expositiva: vemos aqui que a noção de “temporalidade” se modifica a partir da alteração da sequência dos acontecimentos. No entanto, segundo Freud, essa montagem distinta não altera a fidedignidade do caso. Freud, inclusive, no prólogo do caso, sugere aos analistas que não façam anotações durante as sessões, pois isso pode atrapalhar tanto a atenção flutuante necessária ao analista como intervir em aspectos transferenciais importante entre analisante e analista. Vemos, então, uma importante mudança na técnica psicanalítica que interfere de maneira incisiva na técnica da escrita de casos.

Essas mudanças, como nos avisou Freud, tiveram como efeito a aproximação que alguns de seus leitores fizeram de seus casos clínicos com a novela, ou, bem dizendo, com o romance. Um dos tipos de romance do qual Freud se aproxima, na escrita de casos, é o do primeiro Romantismo alemão, que tem como um de seus

principais expoentes, Goethe. O Romantismo alemão tem como base o retorno à regionalização da experiência de comunidade, tentando estabelecer fronteiras, limites que definissem a cultura segundo sua referência a uma origem ou essência comum. Ele vai na direção oposta ao Iluminismo, que ocorre no mesmo período. A constituição dessas fronteiras se dá na reinvenção das origens e na busca de uma origem mítica, fundante da cultura alemã e de seus traços particulares (Lichtenberger, 1983). É possível supor uma proximidade de Freud com esse estilo de busca pela verdade encontrada no Romantismo alemão, preocupado com o retorno às origens e com a reinvenção dos traços particulares do povo, opondo-se ao Iluminismo e à sua tentativa de totalização e apropriação cultural. O Romantismo alemão buscava as diferentes origens para dar suporte ao povo, dizimado pela Primeira Guerra Mundial. Freud, de certo modo, encontrava no Romantismo alemão essa possibilidade de reinvenção das origens, ao investigar os sintomas e suas modalidades de sofrimento. Vemos assim como o discurso médico e as aspirações do modelo de ciência iluminista, na qual Freud se engaja, trazem um universalismo que mitiga os efeitos particularizantes e estetizantes do Romantismo.

Laurent (2009), ao realizar uma breve análise da evolução do modelo de relato freudiano, localiza Dora a partir dessa aproximação com o Romantismo alemão. O autor nos afirma:

O relato de caso freudiano, a princípio, seguiu o modelo da novela goethiana. Os sofrimentos de Dora devem muito, em sua forma de expressão, aos sofrimentos de um jovem Werther, que havia atravessado o idealismo alemão. Estes fixam, no entanto, um modelo: o sonho e suas associações, derivados da forma original colocada por Freud em Traumdeutung, para dar conta da experiência analítica original. Freud tem êxito em dar uma forma narrativa à estrutura, liberando-a das restrições do ideal. Teve êxito também em dar coesão à sessão analítica, amarrada na dissimetria entre analista e analisante, em um mesmo relato contínuo de diálogo do sujeito com seu inconsciente. (Laurent, 2009, p. 12; tradução e grifo nossos)

Nesse excerto temos traços interessantes: a aproximação do caso clínico freudiano a um gênero literário – no caso, o romance alemão –; o êxito freudiano de escapar das restrições do ideal a partir de uma forma narrativa e a escrita do caso que, segundo Laurent, se deu a partir de um diálogo do sujeito com seu inconsciente, não sendo mais característico dessa época o diálogo entre analista e analisante e sua dissimetria, como tínhamos nos casos anteriores a essa data. Vemos que, com a técnica da associação livre e o desenvolvimento do conceito de “transferência”, o saber do

analista passa a ser apenas suposto, assim como o interesse romântico do analisante pelo analista, como alerta Freud em *Dinâmica da transferência* (1912/2010). Vejamos um trecho do caso que exemplifica esse novo estilo freudiano:

Entrementes Dora havia crescido e se transformara numa moça em flor, com feições inteligentes e agradáveis, mas que era fonte de sérias preocupações para seus pais. O desânimo e uma alteração do caráter se tinham tornado agora os principais traços de sua doença. Era evidente que não estava satisfeita consigo mesma nem com a família, tinha uma atitude inamistosa em relação ao pai e se dava muito mal com a mãe, que estava determinada a fazê-la participar das tarefas domésticas. Dora procurava evitar os contatos sociais; quando a fadiga e a falta de concentração de que se queixava o permitiam, ocupava-se em ouvir conferências para mulheres e se dedicava a estudos mais sérios. Um dia, seus pais ficaram muito alarmados ao encontrarem, dentro ou sobre a escrivaninha da moça, uma carta em que ela se despedia deles porque não podia mais suportar a vida. É verdade que o pai, homem de bastante discernimento, calculou que a moça não tinha intenções sérias de suicídio, mas, mesmo assim, ficou muito abalado; e quando um dia, após uma ligeira troca de palavras entre ele e a filha, esta teve um primeiro ataque de perda da consciência – acontecimento também posteriormente encoberto por uma amnésia –, ficou decidido, apesar de sua relutância, que ela deveria tratar-se comigo. (Freud, 1905a/1996, p. 16).

Vemos que Freud, ao narrar o caso, assume a postura de um narrador observador, que limita sua narração à observação da realidade (Barthes, 1971/1976); realidade no sentido daquilo que foi dito a ele, ou seja, a realidade que apreendeu com a sua escuta nas conversas com o pai de Dora e, após, nas sessões com a moça. Essa é uma das três concepções de narrador proposta por Barthes (1971/1976), que o difere das outras por não ser onisciente e não confundir-se com o autor do próprio texto. No caso de Freud há ainda um misto entre essa última concepção de narrador e a que escolhemos. No entanto, optamos por essa terceira porque ela possibilita, segundo Barthes (1971/1976), um tipo de construção textual em que o narrador é também personagem do próprio texto. Freud constrói o texto a partir de sua escuta, faz hipóteses apresentadas na narrativa como momentos de introspecção e coloca-se como o personagem-analista que questiona e dá voz aos demais personagens. Ao longo da história da psicanálise, de Freud a Lacan, essa modalidade se fortalecerá devido à noção de “função” trazida por este último analista.

No caso de Freud, observaremos essa modificação quando ele interrompe a narração para expor algumas de suas hipóteses na interpretação dos sonhos de Dora. Essa mudança de narrador é também denominada pela semiótica de desembreagem

(Barros, 2005); nesse caso, desembreagem alternada: o personagem narra a história e, também, fala de si – ou seja, permite mudanças de foco de uma mesma narrativa. Vejamos um momento do texto, no qual Freud conta do primeiro sonho que Dora traz para a análise, a fim de analisar essas desembreagens:

Justamente no momento em que havia perspectivas de esclarecer um ponto obscuro da infância de Dora através do material que se impunha à análise, ela me informou que, algumas noites antes, voltara a ter um sonho que já lhe ocorrera repetidas vezes exatamente da mesma maneira. Um sonho periodicamente repetido, já por essa simples característica, estava fadado a despertar minha curiosidade; e de fato, era justificável, no interesse do tratamento, considerar o entrelaçamento desse sonho na trama da análise. Resolvi, portanto, proceder a uma investigação particularmente cuidadosa. Eis o sonho, tal como Dora o relatou: *“Uma casa estava em chamas. Papai estava ao lado da minha cama e me acordou. Vesti-me rapidamente. Mamãe ainda queria salvar sua caixa de joias, mas papai disse: ‘Não quero que eu e meus dois filhos nos queimemos por causa da sua caixa de jóias.’ Descemos a escada às pressas e, logo que me vi do lado de fora, acordei.”* Como se tratava de um sonho recorrente, naturalmente lhe perguntei quando o tivera pela primeira vez. Não sabia dizer. Mas se recordava de ter tido o sonho três noites sucessivas em L (o lugar no lago onde ocorrera a cena com o Sr. K.), e agora voltara a tê-lo algumas noites atrás, aqui [em Viena]. Naturalmente, a ligação assim estabelecida entre o sonho e os acontecimentos de L aumentou minhas expectativas a respeito de sua solução. Mas primeiro eu queria descobrir qual fora o motivo de sua recente repetição, e, por conseguinte, pedi a Dora, que por alguns pequenos exemplos antes analisados já estava instruída na interpretação dos sonhos, que decompusesse o sonho e me comunicasse o que lhe ocorria a propósito dele. (Freud, 1905a/1996, p. 57)

Freud inicia a narrativa contando o momento que se desenrolava na análise em que aparecia um ponto obscuro da infância de Dora. Nesse momento é surpreendido por um sonho que Dora teve na noite anterior, mas que já havia sonhado repetidas vezes. Essa é a primeira desembreagem do texto. Então, a partir desse acontecimento, Freud para de relatar a análise e nos afirma sobre a importância de um sonho que se repete e sua relação com o trauma: a desembreagem, então, é alternada para uma análise introspectiva de Freud a respeito da importância desse sonho para a análise de Dora. Nos casos de Freud em *Estudos sobre a histeria*, o que acontecia na maior parte das vezes era a interpolação entre momentos de diálogo e momentos de observação, como pudemos observar nos casos anteriormente analisados. Com a utilização deste tipo de operador no texto, Freud constrói uma trama mais próxima à narrativa e distante do drama; e constrói, também, um tipo de narração que o personagem do analista, em

alguns momentos, se afasta – deixando, como afirma Laurent (2009, p. 12): “o sujeito falar com seu inconsciente”. Esse novo estilo freudiano será importante para pensarmos a escrita de casos clínicos em uma perspectiva lacaniana, que é atravessada pela noção de “função”⁵².

O caso Dora, portanto, apresenta um estilo narrativo de caráter mais ficcional, através da interpretação e construção do analista sobre as hipóteses e causas dos sintomas, relacionando-os com a história da paciente. Ele é fidedigno, apesar de não corresponder fielmente ao registro fonográfico (Freud, 1905a/1996). A fidedignidade passa a corresponder não ao registro da realidade e do fato, mas à verdade do sujeito, construída através de traços interpretativos do analista, manejados pelos movimentos transferenciais. Entendemos, portanto, que o caráter ficcional do caso clínico surge quando Freud transforma seus casos de uma escrita baseada no drama – e, portanto, na mimese e na representação – em uma escrita com traços mais narrativos, também denominada diégese (Stalloni, 2001). A diégese traz um caráter ficcional porque a narrativa não é uma representação fiel da realidade, mas elaboração que pode, ou não, conter traços documentais e historiográficos. Devido ao fato de narrativa distanciar-se da noção de “representação”, ela se sustenta na invenção que, em psicanálise, se dá a partir das noções de “construção” e “interpretação”, estas apresentadas como os movimentos transferenciais do caso Dora.

2.2. O romance-chave e a descrição no Homem dos Ratos: mito, estrutura e narrativa⁵³

O que segue é um romance mas deve ser tomado como um romance-chave. (Freud, 1909/1988, p. 110)

A propósito de um caso de neurose obsessiva (Freud, 1909/1988, p. 35), também conhecido como “O caso do Homem dos Ratos” é dividido por Freud em dois itens: “Comunicação fragmentária do historial clínico de um caso de neurose obsessiva” e

⁵² Discutiremos essa questão no Capítulo 3.

⁵³ Boa parte dos desenvolvimentos deste subitem já estão publicados em Dunker C. I. L.; Paulon, C. P.; Milán-Ramos, J. G. *Análise psicanalítica de discursos: perspectivas lacanianas*, 2ª ed. São Paulo: Estação das Letras e Cores, 2017, nos subitens “O modelo estrutural no caso do Homem dos Ratos” e “O modelo do Grafo do Desejo no Homem dos Ratos”.

“Indicações aforísticas sobre a gênese e os mecanismos mais finos da neurose obsessiva”, que são uma continuação das observações de Freud de 1896.

O material que é apresentado sobre o caso compõe-se de anotações que Freud havia feito à época do atendimento e recordações que ele tinha daquele período. Essa é uma conjunção do tipo de material que temos em Dora, que Freud escreve a partir de suas memórias, e de Schreber, que ele escreve a partir da autobiografia apresentada pelo juiz. Essa articulação entre material escrito e material “lembrado”, acreditamos, leva a traços mais descritivos do caso devido ao fato Freud ter o material à mão. Ao mesmo tempo, como não poderia expor todas as suas anotações sobre o caso, dá ao autor uma sensação de relato “incompleto e imperfeito”, visto que, segundo ele, terá de omitir dados importantes do caso para não expor o paciente: “Em tais circunstâncias, não há alternativa senão relatar as coisas da maneira incompleta e imperfeita como as sabemos e podemos comunicar” (Freud, 1909/2013, p. 11). Ainda segundo Freud, essa situação estabelece-se como um paradoxo, já que “[...] podemos antes tornar públicos os mais íntimos segredos de um paciente, pelos quais ninguém o conhece, do que as mais inofensivas e banais características de sua pessoa, que são conhecidas de todos e o tornariam facilmente reconhecível” (Freud, 1909/1988, pp.123-124).

A questão da incompletude do relato passa, portanto, pela necessária omissão da identidade do paciente, para que seja possível apresentar de forma mais adensada a estrutura do caso associada à teoria psicanalítica [universal], ao mesmo tempo que omite traços de reconhecimento do paciente sem, entretanto, omitir traços necessários à composição do quadro clínico [particular]. Há, portanto, um jogo entre o que é possível dizer e o indizível na estrutura desse caso clínico, que constrói o seu gênero. Este não é marcado apenas pelo que diz, mas pelo que silencia. Os casos adquirem significação, portanto, também pelo interdito, que se apresenta como um dos compositores do estilo da escrita do caso. É entre o jogo do dizer e do indizível dentro do necessário que é possível apresentar as marcas contingenciais que se articulam como traços de repetição e compõem os elementos mínimos da escrita do caso. Se pudermos nos remeter a Lacan (1966/1998a) e parafraseá-lo quanto ao estilo e sua questão⁵⁴ para pensar a escrita desse

⁵⁴ Trazemos aqui a citação a que nos referimos: “Trata-se aqui daquele ser que só aparece no lampejo do instante do vazio do verbo ser, e eu disse que ele formula sua questão ao sujeito. Que significa isso? Ele não a coloca diante do sujeito, pois o sujeito não pode vir para o lugar onde ele a coloca, mas coloca-a no lugar do sujeito, ou seja, nesse lugar, ele coloca a questão com o sujeito, tal como se enuncia um problema com uma caneta e como o homem de Aristóteles pensava com sua alma” (Lacan, 1966/1998a, p. 524)

caso clínico, podemos dizer que colocamos o caso clínico no lugar do sujeito e junto a ele, a fim de construir, pelo interdito, a função de verdade do caso. No Homem dos Ratos essa construção ocorre, de forma ímpar, a partir da apresentação de elementos que se repetem constantemente no caso, o que faz com que Freud o nomeie como “romance chave”. Entenderemos o termo romance-chave como um conjunto de elementos apresentados por Freud que se repetem a partir de uma certa estrutura, o que possibilitou que fosse decantado, a partir da articulação de termos-chave que condensavam o sintoma, o caminho do deslocamento para a origem da repetição e a possível chave para sua cura. Vemos então, no Homem dos Ratos, o funcionamento dos princípios de condensação e deslocamento da significação associados ao seu histórico.

Essa estruturação do caso como romance-chave pode ser associada ao mito⁵⁵, já que este tem como função o fornecimento de diversas histórias matrizes. Segundo Nathan (1995):

A análise da estrutura dos mitos pode permitir, através do destaque de suas lógicas de transformações, informar o mais próximo a especificidade dos dados psicopatológicos. Ainda assim, é necessário propor uma metodologia que permite a utilização de tal conhecimento na clínica. (pp. 5-6)

O mito permitiria, então, ter uma noção da estrutura do quadro clínico a partir da possibilidade de fornecimento de histórias matrizes. Pensamos que é através da narrativização da estrutura do mito⁵⁶, ou seja, colocando-o em movimento na trama discursiva, que se torna possível a sua aplicabilidade na clínica, já que a relação clínica se apresenta como uma tentativa de incluir distúrbios aparentemente incompreensíveis ao longo da história da vida do paciente (Nathan, 1995), apreendendo a lógica interna dessa inclusão. Freud afirma que esse modo de condução do caso, de pinçar elementos repetitivos e rearticulá-los, foi um movimento de êxito na clínica: “[a partir de] uma apreciação subjetiva do tratamento, que durou um ano, temos a recuperação plena de sua personalidade e o fim das suas inibições” (Freud, 1909/2013, p. 10). A estruturação de seus elementos, então, seria uma forma de sistematizar o caso, posicionando o paciente no real, através dos seus sintomas:

⁵⁵ Vale lembrar aqui que o Homem dos Ratos é o material utilizado por Lacan para escrever *O mito individual do neurótico* (Lacan, 1984/2008).

⁵⁶ A narrativização do mito pode ser realizada a partir de qualquer operador que possibilite estabelecer a relação entre o eu e o Outro. No caso desta tese, utilizaremos o grafo do desejo como esse dispositivo narrativizante.

[...] o procedimento de Freud, tal como ele se apresenta, por exemplo, no Homem dos Ratos [...] começa por *introduzir o paciente numa primeira localização de sua posição no real*, mesmo que este acarrete uma precipitação – não hesitemos em dizer uma *sistematização* – dos sintomas. (Lacan, 1966/1998, p. 602; grifo nosso)

Vemos, então, que há uma articulação entre a estrutura dos mitos e o real, a partir da qual é possível sistematizar toda uma rede de sintomas que, associados, nos apresentam o funcionamento da causalidade psíquica do caso. Vejamos, então, o caso clínico, ancorado em seus elementos de repetição.

O caso, já apresentado por Freud anteriormente à sua publicação, como “Começo de um caso clínico” (Numberg; Federn, 1974/1979), em uma reunião científica da Sociedade Psicanalítica de Viena, é tido como grave pela sua duração e percepção, tanto do ponto de vista de Freud quanto do próprio paciente. Freud ainda afirma que a imprecisão das referências já é um traço clínico desse tipo de neurose, a partir da qual o paciente enuncia ter temor de que algo possa acontecer a duas pessoas a quem ele quer muito. Nesse momento ele apresenta detalhadamente as três primeiras sessões do caso, recolhe perguntas do público e apresenta outras informações. São essas notas que ele possui quando da publicação do caso e que deve omitir para que o paciente não seja reconhecido.

Em um segundo momento, Freud apresenta novamente o caso no I Congresso Psicanalítico Internacional, em Salzburg, em outubro de 1907. Nesse momento, enuncia o nome do paciente: Ernst Lanzer, tenente do exército austro-húngaro, e diz que a dissolução do caso se deu pela “solução da ideia de rato”, que articulava as questões apresentadas pelo paciente naquele um ano de tratamento.

É, então, em 1909, que Freud publica o caso. O extrato clínico do caso é dividido em um trecho inicial com o motivo da busca: pensamentos obsessivos que o acometem desde a infância – e que estavam mais fortes nos últimos quatro anos – e a hipótese apresentada pelo paciente de que suas obsessões diminuíram em determinada época devido à frequência com que manteve relações sexuais – no entanto, agora não mantinha relações sexuais constantes. O paciente também apresenta essa hipótese baseada em uma breve leitura que realizou de alguns estudos de Freud sobre sexualidade, o que podemos considerar como um indício inicial de transferência, articulada, aqui, a um campo do saber.

Após esse breve enxerto, o caso é dividido em: (a) início do tratamento; (b) sexualidade infantil; (c) o grande medo obsessivo; (d) iniciação na natureza do

tratamento; (e) algumas ideias obsessivas e sua explicação; (f) a causa precipitadora da doença; (g) o complexo paterno e a solução da ideia do rato, seguido das considerações teóricas também subdivididas em (a), (b) e (c) de acordo com algumas questões gerais sobre a neurose obsessiva. Há também um posfácio com os escritos e anotações que subsidiaram a escrita do caso. Nesse posfácio há alguns registros diários de sessão, dados cronológicos e notas sobre a família.

Vemos que a forma como Freud subdivide o caso é muito semelhante à forma de um relatório ou prontuário que elenca alguns temas gerais do caso e discorre brevemente sobre eles a fim de articulá-los posteriormente. O caso, então, torna-se sistematizado a partir dos sintomas apresentados, possibilitando a verificação das repetições de elementos que permitem, a Freud, a dissolução dessa teia semântica estabelecida pelo paciente. A forma como o psicanalista elenca esses termos faz com que tenhamos estruturas mínimas que, articuladas, geram narrativas de sofrimento sistematizadas pela estrutura dos mitos e que podem ser narrativizadas através de outros dispositivos clínicos, como o grafo do desejo – que é uma forma de modalizar as significações a partir das articulações estabelecidas entre o Eu e o outro atravessado pelo Outro.

Para, então, narrativizar os elementos estruturais do caso no grafo, vamos a estes elementos que estão condensados nas subdivisões do caso em torno do castigo dos ratos, que o paciente ouviu quando em serviço militar. O desencadeamento das ideias obsessivas ocorre quando ele está estudando para o concurso final de provas para se tornar doutor em jurisprudência. Estava premido por várias circunstâncias:

a) Estava “prometido” para uma prima distante, que, apesar disso, resistia a suas investidas e não dispunha de dote familiar;

b) Casar-se dependia, portanto, de ser aprovado no concurso para exercício do cargo público;

b) Em uma das manobras militares, ele se envolvera com uma garçonne, com quem teve suas primeiras experiências sexuais. Durante as manobras ele escutou o seguinte relato:

Pois bem, durante a parada paramos para conversar e o capitão contou-me que havia lido sobre um castigo particularmente horrível aplicado no Leste [...] aqui o paciente interrompeu-se [...] Continuei, dizendo que faria tudo o que pudesse, para, não obstante, adivinhar o pleno significado de quaisquer pistas que me fornecesse. Será que estava pensando em cercas de estacas? “– Não, isso não... o criminoso

foi amarrado...” expressou-se ele de modo tão indistinto, que não pude adivinhar logo em qual situação “... um vaso foi virado sob suas nádegas ... alguns ratos foram colocados dentro dele ... e eles ...” – de novo se levantou e mostrava todo o sinal de horror e resistência – “e cavaram caminho no ...” Em seu ânus, ajudei-o a completar. Em todos os momentos importantes, enquanto me contava a história, sua face assumiu uma expressão muito estranha e variada. Eu só podia interpretá-la como uma face de horror ao prazer todo seu do qual ele mesmo não estava ciente. (Freud, 1909/1988, p. 133)

Ao ouvir o castigo dos ratos, Lanzer foi tomado pela ideia de que “isso estava acontecendo com uma pessoa que me era muito cara”, posteriormente nomeados como seu pai e Gisela. Em ambos os casos, a ideia era absurda, ainda mais porque seu pai havia falecido alguns anos antes. Na mesma noite, ocorre a seguinte sequência de acontecimentos:

1) O Capitão M entrega a Lanzer um *pince-nez* que ele havia encomendado de Viena, dizendo que ele deveria reembolsar o Tenente A;

2) Uma ideia fulgurante lhe ocorre: “se ele não pagasse o Tenente A, aquilo aconteceria com sua dama ou com seu pai”;

3) Mas havia um engano do Capitão M.: não era o Tenente A o encarregado do correio naquela noite, mas o Tenente B. Logo, ele não poderia cumprir seu juramento;

4) Mas, na verdade, Lanzer sabia desde o início que não era nem o Tenente A, nem o Tenente B, mas a senhorita Z que estava responsável pelo malote naquela noite; e que, portanto, ele deveria pagar a ela.

Mesmo sabendo do absurdo do pensamento e da contradição de seu juramento, ele urde o seguinte plano para permanecer fiel ao seu pensamento-juramento: “[...] ir à agência postal com ambos os homens, A e B. A daria à jovem dama as 3.80 coroas, a jovem dama as daria a B, e então ele mesmo devolveria em pagamento as 3.80 coroas a A, segundo as palavras de seu juramento” (Freud, 1909/1988, p. 133).

Temos então uma circunstância, um momento de vida (o casamento, o concurso, a morte do pai) e um conjunto de encontros precipitantes (o castigo dos ratos, a dívida, os tenentes e o capitão). O conjunto formado por essas circunstâncias e seus encontros pode ser descrito em termos narrativos como um conflito: pagar ou não pagar, casar ou não casar, casar com A ou casar com B, pagar A ou pagar B.

Para entender essa “cena”, é preciso contar com uma segunda cena; é exatamente isso que Freud constrói em seus primeiros encontros. O pai de Ernst Lanzer também servira ao exército, e ele também enfrentara um dilema sobre com quem casar:

com a mulher rica (sua futura esposa) ou com a costureira pobre (mas bonita) com quem tivera uma rápida relação. A mãe de Lanzer lembrava, ludicamente, esse momento de dúvida paterna. O pai de Lanzer era conhecido como um “rato de jogo” (*Spielratte*) e, certa vez, perdera toda a reserva do regimento, sendo salvo por um amigo que lhe emprestou a quantia. Coube ao destino que ele jamais reencontrasse esse amigo para saldar a dívida (*Raten*).

Portanto, os sintomas do Homem dos Ratos estavam sobredeterminados pelo significante *Ratte*, que aparecia em diferentes conexões. Conexões que, quando foram interpretadas, suspenderam os sintomas:

1) Como significante da identificação ao pai, “rato de jogo” (*Spielratte*), que deixara uma dívida em aberto com um amigo e que se casara com a mãe “por dinheiro, e não por amor”. Dessa forma, o significante dos ratos remetia à ambivalência do paciente, ou seja, ao amor e ódio que este sentia por seu pai;

2) Como objeto do erotismo anal do paciente. Os ratos (*Ratten*) entram por buracos estreitos (como o ânus). Eles remetem à sujeira. Eles mordem, como o Homem dos Ratos, segundo a construção de Freud, talvez tivesse mordido seu companheiro de brincadeiras, sendo severamente repreendido por seu pai por causa disso;

3) Como traço de seu sintoma relativo à indecisão quanto a casar-se [*heiraten*]. Como traço de seus pensamentos obsessivos ligados ao dinheiro, a moeda dos ratos [*Geldraten*]. Como traço de seu sintoma como sentimento de dívida ou como dever de pagar prestações [*Raten*];

4) Como fantasia de que os ratos poderiam ser introduzidos pelo ânus (de seu pai e de sua amada) como punição pelo fato de que ele não pagara a dívida devida.

Sobre essa conjunção de situações e precipitações sobredeterminadas pela relação de amor e ódio ao pai Lacan afirma:

Freud presumiu uma interdição que o pai do Homem dos Ratos teria imposto com relação à legitimação do amor sublime a que se devotou, para explicar a *marca de impossível* de que, sob todas as suas modalidades, esse laço lhe parece ter o cunho. Interpretação da qual o mínimo que se pode dizer é que ela é *inexata*, uma vez que é desmentida pela realidade que presume, mas que *mesmo assim é verdadeira* na medida em que Freud nela dá mostras de uma intuição em que ele antecipa o que introduzimos sobre a função do Outro na neurose obsessiva, demonstrando que essa função, na neurose obsessiva, admite ser sustentada por um morto, e que, nesse caso, não poderia ser mais bem exercida do que pelo pai, uma vez que, estando efetivamente morto, ele retornou à posição que Freud reconheceu

como sendo a do Pai absoluto. (Lacan, 1966/1998, p. 603-604; grifo nosso)

Essa inexatidão interpretativa que Lacan atribui a Freud, e que é marcada por um impossível, marca a verdade do sintoma, retomado pela absolutização do Pai, na articulação significativa do Homem dos Ratos. Esse sintoma, localizado na interdição, faz efeito tanto na estrutura neurótica obsessiva de Lanzer como no texto de Freud, que, tal como o funcionamento do neurótico obsessivo, queixa-se: é impossível dizer tudo para que se apresente a totalidade do caso, já que a inexatidão é a marca do impossível na linguagem.

No entanto, é exatamente essa conjunção de situações e precipitações que concluem-se metaforicamente que possibilitam, a partir de alguns traços semânticos, os deslocamentos pelas ruínas metonímicas do caso, narrativizando o sintoma e apresentando o castigo dos ratos – antes um problema, agora solução-chave para a dissolução do sintoma.

2.2.1 Narrativizando a estrutura: o grafo do desejo

O grafo do desejo é uma importante ferramenta para pensar a linguagem na psicanálise, pois apresenta a forma como o sujeito se constitui na linguagem pela via do sentido. Ele é também um modelo topológico dos caminhos ou das combinatórias estabelecidas pelas vias particulares do sujeito. Desenvolvido entre os seminários *As formações do inconsciente* (1957-58) e *O desejo e sua interpretação* (1958-59), compreende um modelo baseado na tese de que o inconsciente se estrutura como uma linguagem. Há duas formas de significação anunciadas no grafo – metafórica e metonímica –, as quais apontam para a construção do sentido, tendo como referência o sintoma, e também para a montagem da língua pela estrutura subjetiva. Ou seja: o grafo enuncia a linguagem habitada pelo sujeito.

Lacan desenvolve o grafo do desejo enquanto método de análise subjetiva (Lacan, 1957-58/1999) justamente quando se depara com a constituição das formações do inconsciente. É nesse momento que ele aprofunda sua leitura sobre a constituição do sentido pela linguagem e tenta, a partir do grafo, ver as pistas, as “ruínas metonímicas” (Lacan, 1957-58/1999, p. 90) que vinculam o sujeito ao desejo e a sua consequência na constituição, a demanda. Nessa direção, o grafo passa a ser um ótimo instrumento

clínico para observação dos efeitos subjetivantes na linguagem: ele atua como figuração simbólica do sujeito e possibilita, a partir dos movimentos nele inferidos, ver a narratividade, ou seja, os movimentos de transformação desses efeitos subjetivantes através da contínua relação entre metáfora e metonímia na constituição de seu sentido.

A forma como a metáfora e a metonímia, enquanto mecanismos de significação, anunciam-se no grafo apresenta uma particularidade de estruturação que está vinculada ao campo da neurose. Essa forma de estruturação da linguagem evidencia de que modo o “sentido primeiro” (Lacan, 1968-69/2006) ecoa nas construções posteriores, retroagindo ao sintoma e mostrando como as formas de significação apontam para uma particularidade do sujeito com a língua, ou seja, com seu ser.

Finalizado, o grafo do desejo consiste em uma duplicação de seu primeiro andar, que se constrói embasado no distanciamento entre o código, o discurso e a cadeia significante, e a forma como estas três vias relacionam o sujeito ao seu “objeto metonímico”, que corresponderia à sua identificação a um sentido.

Eis o primeiro andar do grafo:

No grafo, b e b' correspondem, respectivamente, ao sujeito falante e ao objeto metonímico ao qual o enunciado faz referência. Já d e d' correspondem à cadeia significante e à cadeia significada. O g corresponde à mensagem e a, ao código. A linha que conecta b e b' é correspondente ao discurso. As setas indicam movimento de saída e entrada do sentido e mostram a relação contínua entre cadeia significante e cadeia significada.

Há uma relação entre cadeia significante e cadeia significada por meio de três condições: a de discurso (que liga o Eu ao objeto metonímico), a de código e a de mensagem (interligadas e que promovem um movimento giratório na relação entre ambas as cadeias).

A proposta de Lacan (1999) é de que há uma metaforização do sentido e que, a partir desta metaforização, há o rompimento do sintagma, o que promove um sentido

singular pautado na relação metafórica-metonímica do sujeito com a linguagem. O autor propõe:

Como vocês podem ver, portanto, esta linha é o discurso concreto [b e b'] do sujeito individual, daquele que fala e se faz ouvir, é o discurso que se pode gravar num disco, ao passo que a primeira⁵⁷ é tudo o que isso inclui como possibilidades de decomposição, de reinterpretação, de ressonância e de efeitos metafórico e metonímico. (Lacan, 1957-58/1999, p. 19)

A partir dessa primeira composição do grafo, o autor constrói seu segundo andar, sempre partindo do pressuposto de que o grafo é “uma topologia que permite desenhar homologias” (Lacan, 1957-58/1999, p. 421). “Uma homologia desconcertante” (Lacan, 1957/1998a, pp. 807-842), que aponta, em sua configuração, para as relações de alienação do sujeito ao Eu e ao Outro, para “a álgebra” (Lacan, 1957/1998a, pp. 807-42) da constituição subjetiva. O grafo fica assim estabelecido:

Vemos a constituição alienante do sujeito em relação ao seu desejo, apontada pela formulação $(\diamond a)$. Há um espelhamento entre a constituição do eu através da imagem e a constituição do sentido acessado no Outro. Do mesmo modo, a imagem do sujeito constitui-se através dos significantes, até seu “átomo literal” (Lacan, 1957/1998a, pp. 807-842), apresentado na fantasia.

A partir do caso do Homem dos Ratos, podemos ver de que modo a linguagem realiza uma montagem algébrica na constituição subjetiva. Vimos, a partir da sequência anteriormente apresentada, que há uma similaridade na escrita de algumas palavras: *Ratten* [ratos], *Raten* [dívida], *heiraten* [casar], *Spielratte* [rato de jogo]. Seria essa

⁵⁷ Refere-se aqui à cadeia significante.

similaridade uma construção algébrica do tenente relacionada ao seu sintoma? Pensamos que a forma como precipita-se o sintoma através do castigo dos ratos, escutado pelo tenente, retroage em sua cadeia e articula-se a esses termos, ressignificando-os.

Podemos ordenar as palavras, através do histórico – diacronicamente – do caso, deste modo: o pai, um rato de jogo [*Spielratte*], tinha uma prestação [*Raten*] relacionada ao jogo e que também se relacionava a casar-se ou com a costureira (bonita e pobre) ou com a prima (rica), com quem efetivamente se casou [*heiraten*]. Ernst Lanzer repete a história do pai, associando a dívida ao casamento e absolutizando esse pai, que, a partir de sua morte, ocupa este lugar – que se estabelece como impossível ao sujeito – da dissolução entre dívida e amor e entre amor e ódio. A condensação dessa álgebra culmina no castigo dos ratos [*Ratten*], que retorna ao pai, à dívida e, novamente, a casar-se.

A relação ratos – dívida – casamento apresenta-se como uma relação metafórica, ou seja, de substituição e sincronia do sentido. Há um achatamento que conflui no objeto metonímico rato [*Ratte*]. O discurso falado, apresentado diacronicamente (o castigo), vincula-se na cadeia significante a tudo o que pode ser significado nesse discurso. No entanto, esse sentido não retorna, permanece como que coagulado entre o sujeito e sua identificação aos significantes do Outro.

Vê-se, assim, que há uma movimentação unidirecional do sentido: tudo conflui para o lado esquerdo do grafo, onde se encontram a imagem do outro, *i(a)*, e a fantasia – que Lacan também define como: “o imaginário aprisionado num certo uso do significante” (Lacan, 1957-58/1999, p. 421). Desse modo, observa-se que há como que um espelhamento entre o sujeito e o outro, em que o Eu aparece como um efeito de “cola”, de identificação com alguns significantes oferecidos pelo Outro, sem a circularidade temporal que ocorre no circuito da histórica, oferecido também dentro do grafo (Lacan, 1957-58/1999, p. 481). Por conta disso, não há transitividade na constituição subjetiva: “O obsessivo é um homem que vive no significante. Está muito solidamente instalado nele [...] esse significante basta para preservar nele a dimensão do Outro, mas esta é como que idolatrada” (Lacan, 1957-58/1999, p. 483) – tal como Lanzer posiciona o pai nesse local de idolatria.

No caso, o significante que preserva a dimensão do Outro no Homem dos Ratos seria o *ten*: marca que permanece no discurso falado do tenente e se relaciona à fantasia fundamental do sujeito: ele é o átomo mínimo, aprisionado em seu caráter imaginário,

dando sentido, pelas escanções metonímicas, às relações apontadas por Ernst. A dívida do pai, rato de jogo, que faz menção ao rato, objeto metonímico do caso, age como referente à constituição do sentido, acompanhando todo o seu trajeto, relacionando dívida e casamento.

Devido a essa diferença no modo de funcionamento do grafo, Lacan (1957-58/1999, p. 482) propõe o circuito do obsessivo, para evidenciar o caráter linear e unidirecional do significante:

O significante atua como objeto de troca, como equivalente (Lacan, 1957-58/1999): no grafo, seu percurso consiste em ir do Outro à imagem do outro, no primeiro andar, e da demanda à fantasia, no segundo – promovendo uma equivalência, uma especularidade entre Outro e imagem do outro e entre demanda e fantasia. A fala conclui-se apenas pela repetição, onde vemos as marcas que constituem o seu sentido (sintoma). A unidirecionalidade apresentada pelo circuito do obsessivo no grafo mostra, ao mesmo tempo, uma destruição no Outro, mas que, por ser uma articulação significante, o faz subsistir, no entanto, sem que a ação do sujeito seja concluída: “o pacto é recusado sobre um fundo de uma promessa” (Lacan, 1957-58/1999, p. 425). O significante *ten*, então, apresenta-se pelo grafo ao modo de ruínas metonímicas que insistem em uma fixação do sentido na configuração subjetiva. Há uma espécie de tamponamento da possibilidade de circulação de outras interpretações possíveis.

Desse modo, observamos que a partir do grafo é possível estabelecer uma análise discursiva pautada, centralmente, nas relações metafórica e metonímica da língua, tendo como material de análise as unidades mínimas do inconsciente estruturado

como uma linguagem: os significantes, que aparecem em função da narratividade, dadas as suas transformações apresentadas pelo grafo. Vemos, portanto, que, ao mesmo tempo em que a narrativa do Homem dos Ratos é extenuante – pelo seu caráter descritivo, que demarca e sistematiza os elementos que se repetem –, ao narrativizar os significantes, torna-se possível verificar as posições do sujeito e reconfigurá-las pela linguagem. São relações contingenciais que, pelos determinantes psíquicos do sujeito, tornam-se necessárias através dos seus sintomas. Perceber essas repetições elementares através das estruturas do mito é o primeiro passo para o uso da linguagem enquanto método clínico de intervenção. A linguagem passa, cada vez mais, a aproximar-se de uma noção de experiência narrativa e distanciar-se da ideia de mediadora de articulações entre o eu e o outro, tornando-se um dos principais eixos de constituição do sujeito e de método de análise dentro da clínica.

2.3. SCHREBER: a análise de uma autobiografia é um caso clínico?

“O futuro decidirá se na teoria há mais delírio do que eu penso, ou se no delírio há mais verdade do que outros atualmente acreditam.” (Freud 1911/2010, p. 103)

Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia, ou, como ficou conhecido, “O caso Schreber”, foi escrito por Freud em 1911 e baseia-se na autobiografia denominada: *Memórias de um doente de nervos*⁵⁸, escrita por Daniel Paul Schreber, juiz de direito, em 1903. Freud divide o texto em três partes: A história clínica; Tentativas de interpretação e Sobre o mecanismo da paranoia – precedidos de uma Introdução e um Pós-Escrito.

Inicialmente poderíamos nos perguntar: seria Schreber um caso clínico? Sabemos que Schreber nunca foi acompanhado por Freud, sequer o conheceu. Neste sentido, que indícios de transferência haveria na escrita de Schreber? Talvez possamos responder a essa pergunta a partir da noção de “autobiografia” apresentada por Lejeune (2003) para pensar as relações transferenciais do autor com seu interlocutor-leitor e de Freud, leitor-analista, com Schreber, ao qual pede autorização para que possa realizar a sua leitura.

⁵⁸ Há alguns apontamentos sobre o termo “memórias”, utilizado na tradução desse título. O termo usado em alemão [Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken] remete tanto à memória quanto a construções, o que dá um caráter muito mais dinâmico que a concepção de memória-arquivo em língua portuguesa. No Seminário 3, a tradução está como “Memórias de um nevropata” (Lacan, 1955-56/2010).

Memórias de um doente de nervos é uma autobiografia. Esse gênero, distintamente do romance autobiográfico, guarda algumas peculiaridades⁵⁹. Segundo Lejeune (2003), a autobiografia se constitui a partir do que ele denomina pacto autobiográfico. O pacto autobiográfico visa estabelecer com o leitor um contrato de leitura baseado na identificação entre narrador, autor e personagem. Essa identificação é feita através do nome próprio, de menções à profissão e a fatos externos à narrativa – como é o caso de Schreber, que remete a seus prontuários, médicos, locais de internação e profissão como referências locais e temporais que atravessam o delírio. Essas referências, contidas no texto de Schreber, terão importância na análise de Freud, já que as hipóteses do desencadeamento do delírio estão associadas a elas. Essas referências são denominadas por Lejeune (2003) de “pacto referencial”, sendo este coextensivo ao pacto autobiográfico.

Esse contrato pode ser visto já na introdução do texto freudiano, quando o psicanalista afirma:

Dado que os paranoicos não podem ser impelidos a vencer suas resistências internas e, de toda forma, dizem apenas o que querem dizer, precisamente no caso dessa afecção o relato escrito ou a história clínica impressa pode funcionar *como substituto do conhecimento pessoal do doente*. (Freud, 1911/2010, p. 14; grifo nosso)

Neste sentido, Freud atua como um leitor de autobiografia através do pacto autobiográfico: como testemunha de algo que julga ser real, através de uma atitude de escuta (Lejeune, 2003). O leitor de uma autobiografia é “objeto de um pedido de amor” (Lejeune, 2003, p. 50) do autor, que demanda ao leitor que escute a história de sua personalidade. Freud apresenta esse pedido de Schreber já na introdução, a partir de uma citação à autobiografia:

[...] creio que poderia ser valioso para a ciência e para o conhecimento de verdades religiosas possibilitar, ainda durante a minha vida, quaisquer observações da parte de profissionais sobre meu corpo e meu destino pessoal. Diante dessa ponderação, deve calar-se qualquer escrúpulo de ordem pessoal. (Prólogo das Memórias apud Freud 1911/2010, pp. 15-16)

⁵⁹ A distinção entre romance autobiográfico e autobiografia está na *recepção* do texto ao leitor. A recepção trará diferentes modos de leitura.

Freud, portanto, a partir de sua posição como analista, irá ler a autobiografia de Schreber a partir da psicanálise, tal como realiza com seus analisantes. A esse pedido de amor, ele responde do seguinte modo:

Parece-me lícito, então, fazer interpretações psicanalíticas a partir do caso clínico de um paranoico (enfermo de *dementia pranoïdes*) que jamais conheci, *mas que redigiu ele mesmo sua história clínica* e a levou ao conhecimento público de forma impressa. (Freud, 1911/2010, p. 14; grifo nosso)⁶⁰

E ele ainda conclui, em outro momento, acerca de sua posição: “[ele] próprio deu-nos o direito de nos ocupar dessa fantasia, e a tradução que dela fizemos para a terminologia médica nada acrescentou em seu conteúdo. [...] Lidamos, de fato, apenas com o sentido e a origem dessa ideia patológica” (Freud, 1911/2010, p. 58). Deste modo, Freud autoriza-se a iniciar a análise clínica de Schreber. É, também, a partir dessa perspectiva que Schreber pode ser compreendido como um caso clínico: a narrativa ali estabelecida pelo autor produz o que Lejeune (2003) denominou de identidade narrativa ou identidade *ipse* de Paul Ricoeur (2000): a narrativa mostra a dinâmica das relações de personalidade do personagem, apresentando-se de modo não-todo – ou seja, parcial – em suas memórias e convocando o leitor a posicionar-se acerca delas. A perspectiva da identidade narrativa se dá de modo não-todo porque, segundo Ricoeur, é impossível que em um texto o personagem, enquanto narrador, apresente-se como completo ou dono de si, sendo o conceito de “identidade”, então, associado à experiência historial narrada⁶¹. O objeto da autobiografia é o próprio personagem e, no caso específico de Schreber, a relação entre ele e seu delírio, narrado de modo cronológico.

Após essa breve introdução sobre as *Memórias* e o gênero literário em que se inscrevem, partimos então para a análise do caso, tal como empreendido por Freud. Há uma importante distinção quanto às marcas de alteridade no caso Schreber quando comparado ao caso Dora (Freud, 1905a/1996). Enquanto, neste último, Freud escreve o

⁶⁰ Em relação ao fato de a pessoa redigir a própria história, há no Brasil algumas pesquisas interessantes sobre experiências transformativas do autorrelato baseando a psicopatologia na chamada antropologia médica. Esse grupo, que tem Octavio Domont de Serpa Jr. como um de seus coordenadores, apresenta a noção de psicopatologia narrada pelo paciente como uma forma de inclusão da subjetividade no saber psiquiátrico. Para mais profundidade sobre o tema: Muñoz, N.; Serpa Jr., O.; Leal, E.; Dahal, C.; Oliveira, I. “Pesquisa clínica em saúde mental: o ponto de vista dos usuários sobre a experiência de ouvir vozes”. In: *Estudos de psicologia*, 16(1), janeiro-abril/2011, pp. 83-89.

⁶¹ Conceito este consonante ao próprio processo de escuta em psicanálise, baseada na transferência e na escuta equiflutuante, que possibilita uma narração não-toda, imprecisa, e, por isso, verdadeira.

caso a partir de “um relato contínuo de diálogo do sujeito com seu inconsciente” (Laurent, 2009, p. 12) – traço semelhante ao do Romantismo alemão e que, nesta tese, associamos à construção do conceito de “transferência” e ao indicativo do diagnóstico do caso –, em Schreber temos uma convocação contínua do autor de *Memórias* ao texto freudiano, com o uso constante de aspas, travessões e outros mecanismos linguísticos para marcar a alteridade textual, ou seja, a entrada de outros autores que compõem o texto. Esse mecanismo Authier-Revuz (1982/2002) denominou heterogeneidade mostrada; e, segundo a autora, ele dá mostras da presença do outro no discurso, construindo o que denominou heterogeneidade constitutiva.

A heterogeneidade constitui qualquer texto, já que não há linguagem que não venha do Outro e que não demarque a presença de alguma diferença no enunciado. Ela é marca da enunciação presente em qualquer enunciado concreto, marca também de que nos constituímos sempre com e a partir de outros. Entretanto, pensamos que, para além de seu caráter puramente textual, dado que somos sujeitos habitados pela linguagem e, por isso, constituídos pelo atravessamento do Outro, a heterogeneidade pode marcar modalidades de intervenção e de manejo na transferência; e, deslocando-se para a direção do tratamento, essas marcas podem supor diagnósticos clínicos, tal como podemos perceber nas intervenções de Freud na narrativa de Schreber.

Segundo Authier-Revuz (1982/2002), a heterogeneidade como marca da presença do outro na constituição discursiva apoia-se constantemente no deslocamento como fator constituinte do sentido. É através dele que podemos averiguar o movimento de deriva e a relação entre o eu e o outro no discurso. A deriva de sentido provocada pela entrada de outros discursos no campo da construção do texto é um dos elementos fundamentais para a construção do caso freudiano, e essa é uma das marcas diferenciais de Schreber com os casos anteriores. Como apontamos acima, *Dora* é construído através de poucas derivações discursivas “explícitas” no texto. Mesmo Freud, no caso, pouco aparece. O caso é apresentado como uma espécie de diálogo íntimo de Dora com seu inconsciente (Laurent, 2009), ficando Freud como mero espectador.

No caso do Homem dos Ratos (Freud, 1909/1988), Freud também pouco traz as falas de Ernst Lanzer. Quando o faz, é no sentido de apresentar alguns elementos mínimos que estruturam e articulam o sintoma do paciente, que é precipitado pela “solução da ideia de rato”. Ambos os casos, *Dora* e *Homem dos Ratos*, são casos que não têm materiais escritos publicados – apesar de Freud ter registros e anotações de

Lanzer, que o ajudaram a embasar o caso. Já de Schreber Freud tem o material escrito e público à mão, o que favorece trazer mais ao escrito o próprio texto do juiz.

Aventamos, portanto, dois fatores para que a heterogeneidade se mostre mais explicitamente no Caso Schreber: a análise ter se dado a partir de uma materialidade escrita, o que implica formas de construção distintas da oralidade⁶², e o manejo clínico de casos de psicose que se apoiam no constante reconhecimento da presença do Outro, como direção do tratamento distinta da neurose, por partir, em Freud, de outra forma de divisão⁶³.

Sabemos que o tipo de material contribui para a forma como se faz o recorte e se escreve sobre ele; entretanto, temos aqui uma questão clínica quanto ao diagnóstico e à transferência. A transferência estabelecida em Dora e no Homem dos Ratos era uma transferência que fazia articulações mais marcadas entre o externo e o interno, entre o público e o privado. Tanto que Freud, ao escrever ambos os casos, preocupa-se com a forma como irá expor o material, refletindo a respeito de que modo pode apresentar o necessário para a compreensão do caso clínico sem a exposição da pessoa, ou seja, sobre como seria possível escrever um caso sem viabilizar a identificação do analisante a ele. Temos aí uma preocupação com a intimidade⁶⁴, muito trabalhada na neurose e nas formas de manejo transferenciais na direção do caso, já que na neurose as relações entre o eu e o outro são costumeiramente mais demarcadas pelos próprios mecanismos já apresentados por Freud, nascidos da condição neurótica: o recalque e a sublimação são bons exemplos dessa separação Eu – mundo. Essa condição leva a manejos transferenciais na clínica que indicam uma heterogeneidade constitutiva, mas não necessariamente mostrada, ou seja, as marcas de diferença já aparecem antecipadamente à transferência e a conduzem; as referências quanto ao reconhecimento do sofrimento como atravessamento das relações entre interno e externo estão mais demarcadas, o que

⁶² O fato de Schreber ser um documento público e escrito, tal como antecipamos no início desse subitem, leva a uma análise e a uma construção do caso, por parte de Freud, de caráter mais documental e histórico. O interessante é que no caso do Homem dos Ratos (Freud, 1909/1988) podemos observar a ocorrência desse mesmo caráter documental, o que nos leva a pensar sobre um estilo de articulação entre o material escrito e o material escutado

⁶³ O que pode ser constatado em textos como: *Neurose e psicose* (Freud, 1924/2016) e *A perda de realidade na neurose e na psicose* (Freud, 1924/2016).

⁶⁴ Entende-se aqui a noção de “intimidade” como aquela capaz de articular as relações entre o público e o privado da vida cotidiana a partir de um mecanismo de “báscula”, dando impressão ao sujeito de que é possível um controle do que permanece visível e o que permanece oculto ao olhar do outro. Para mais desenvolvimentos sobre a temática, sugerimos: Dunker, C. I. L. *Reinvenção da intimidade: políticas do sofrimento cotidiano*. São Paulo: Ubu Editora, 2017.

faz com que a posição do sujeito esteja mais reconhecida no mapeamento discursivo. A condução da análise segue para o manejo em relação a essas posições.

Já na psicose, a separação entre o Eu e o Outro não está tão demarcada e as referências sobre interno e externo não são necessariamente preestabelecidas. A articulação entre o público e o privado é distinta porque o lócus de reconhecimento da psicose, é muitas vezes, alheio a ela. A relação entre o eu e o Outro aparece “colada” e, nesse sentido, o manejo da transferência no caso é atravessado pela necessidade do “aparecimento” do analista como forma de apresentar-se como outro, separado do sujeito. Isso se apresenta principalmente em casos de paranoia, como é o caso de Schreber – casos em que o Outro aparece pulverizado em vários outros sem diferenciação mínima entre eles. O manejo clínico dos quadros de psicose, que tem como estratégia o reconhecimento do Outro como fundamental para marcar a alteridade, se faz presente ao longo do texto freudiano a partir das marcas dessa heterogeneidade. É como se, ao longo do texto freudiano, essas marcas apresentassem as separações entre o eu e o outro, tal como uma das formas de intervenção realizada a partir dessa hipótese diagnóstica. Termos como “transcrevo aqui”, “sem abreviá-las”, “comprovam”, “a seguinte passagem”, “encontrei uma passagem” indicam a relação de Freud com o texto escrito por Schreber, assumindo, deste modo, uma escrita de caso baseada na “evidenciação” da separação entre Freud e Schreber, algo distinto do que aconteceu em Dora ou no Homem dos Ratos.

Isso faz com que, no texto, Freud convoque mais explicitamente Schreber que nos casos anteriormente expostos. A heterogeneidade mostrada aparece através de citações contínuas ao texto de Schreber, o que também se dá devido ao acesso ao material escrito, e de menções de separação que Freud faz entre ele e Schreber. Podemos ver essas variações de heterogeneidade mostrada em trechos em que Freud inicia: “O Dr. Schreber relata: “Estive doente dos nervos duas vezes [...]”” (p. 16); “O Dr. Schreber assegura que essa enfermidade transcorreu “sem qualquer incidente relativo ao domínio do sobrenatural”” (p. 17). Freud também traz à tona, a partir desse mesmo mecanismo, trechos do prontuário de Schreber pelo Dr. Flechsig e pelo Dr. Weber. O uso contínuo de aspas e notas de rodapé com as citações da autobiografia demonstram essa heterogeneidade, trazendo outros interlocutores para o texto. Outra marca interessante do caso quanto à questão da heterogeneidade é feita a partir da entrada de mais interlocutores no caso: médicos, prontuários, relatos institucionais que foram transcritos por Schreber, e permanecem em Freud, apresentam-se como um pacto

referencial (Lejeune, 2003), marcam a estrutura clínica e atestam a relação entre a construção da psicanálise e outras áreas do saber. Esse constante mecanismo de separação do eu e do outro no texto apresenta-se também sob um viés normativo: esse é um dos casos em que Freud define mais marcadamente, as relações entre o normal e o patológico na constituição do aparelho psíquico.

Essa também é uma forma de suprir a ausência da experiência clínica com Schreber. Enquanto em Dora e no Homem dos Ratos Freud traz trechos do acontecimento clínico para a escrita do caso através das citações, em Schreber Freud traz esses interlocutores integralmente, suplementando a experiência clínica com informações sobre o caso e, a partir desses dados, apresentando o percurso do delírio.

Lacan (1981/2010), ao realizar uma análise estrutural da forma como Freud sistematiza o percurso do delírio de Schreber, apresenta a análise do caso a partir da significantização⁶⁵ de seus termos: as repetições são localizadas dentro do texto para inferir os movimentos intradiscursivos ao delírio. Dentro desses movimentos há a passagem dessas articulações pelos três registros: Real, Simbólico e Imaginário. É a partir dessa significantização que se inaugura, em Lacan, pela análise de Schreber, a análise estrutural dos demais casos clínicos.

Podemos compreender a significantização em Schreber como um processo de narrativização do caso: articular, a partir dos termos que se repetem em suas memórias, história e discurso, apresentando de que forma, estruturalmente, o delírio de Schreber está vinculado à sua história pessoal. É deste modo que Freud, por exemplo, irá traçar a articulação entre os elementos que Schreber traz de sua vida cotidiana e as fantasias, compondo, assim, o pano de fundo do delírio para a apresentação da articulação teórica.

Essas marcas de repetição são apresentadas no caso Schreber a partir dos deslocamentos intradiscursivos do delírio. A escrita parte de condições de produção que são diferentes daquelas necessárias à oralidade; ela é marcada pela letra que, segundo Milán-Ramos (2010), tem como destino “[...] permanecer fora do tempo (cronológico) marcando o pulso dos acontecimentos” (p. 24): a escrita, portanto, suportada pela letra, marca as repetições do caso Schreber que funcionam como balizadoras da construção do delírio. É através do material escrito que Freud diferencia as tematizações do delírio e também as une, a partir de dois grandes deslocamentos: (i) Dr. Flechsig – Deus, que apresenta uma articulação também com o pai e o irmão mais velho de Schreber, ambos

⁶⁵ Significantizar seria devolver aos termos a articulação significante, ou seja, de algum modo, possibilitar a inscrição da linguagem nos três registros do nó borromeu.

já falecidos na época do escrito; (ii) volúpia – feminilidade – mulher, deslocamento apresentado na construção do delírio de Schreber como uma oposição complementar ao primeiro. É através dessa complementação entre ambos os deslocamentos iniciais que surge a posição a partir da qual Schreber se apresenta: a mulher de Deus. Esses dois grandes deslocamentos, segundo Freud, mostram-se pelas relações transferenciais que Schreber mantém com seu médico:

Estes sonhos e esta fantasia são narrados por Schreber em sucessão imediata; se os relacionamos também no seu conteúdo, podemos inferir que, com a lembrança da doença, foi igualmente despertada a lembrança do médico, e que a postura feminina da fantasia dizia respeito a ele, desde o início. Talvez o sonho de que a doença retornara tivesse o significado de um anseio: “Gostaria de ver Flechsig novamente” (Freud, 1911/2010, p. 57)

Podemos perceber, então, que essas relações estruturais em Schreber, que se complementam na formação do delírio constituindo sua posição, aparecem sob as condições da transferência de Schreber com seu médico: “Talvez restasse, desse estado, uma terna devoção ao médico, que – por razões desconhecidas – intensificou-se a ponto de chegar a uma inclinação erótica” (p. 57) que, em realidade, são o deslocamento de investimentos afetivos de Schreber de seu pai e irmão para a figura de Flechsig:

O sentimento de simpatia para com um médico pode muito bem se originar de um “processo de transferência” pelo qual um investimento afetivo do doente foi transposto, de alguém que lhe é importante, para a pessoa – indiferente, na realidade – do médico; de modo que este aparece escolhido como substituto, como sucedâneo de alguém mais próximo do doente. (p. 63)

Freud, no trecho acima, apresenta o conceito de “transferência”⁶⁶ e como ele se estabelece em Schreber, pelo deslocamento do investimento afetivo dele para alguém indiferente, que aparece como substituto. Ao longo dessa explanação, Freud questiona a intensidade dessa transferência e supõe que ela pode estar associada à ausência do pai

⁶⁶ Além do conceito de “transferência” que é amplamente utilizado por Freud para a análise da construção delirante de Schreber, há a menção aos seguintes textos freudianos: *A interpretação dos sonhos* (1900) (p. 70); *Uma recordação de infância de Leonardo Da Vinci* (1910) (p. 80); *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905) (p. 80, p. 82); *Introdução ao narcisismo* (1914), (p. 98); *As pulsões e seus destinos* (1915) (p. 81, p. 98); *Atos obsessivos e práticas religiosas* (1907) (p. 107). Há também um breve desenvolvimento do conceito de “repressão” a partir do mecanismo de paranoia, incluindo citações de Schreber (pp. 89-92). Essas menções no texto freudiano são importantes porque nos apresentam com que momento da teoria Freud estaria dialogando para construir a análise do caso – construindo, assim, através da nossa hipótese inicial, o discurso a partir do qual o caso permanecerá amparado e localizado.

em vida e também a um vínculo comum a ambas as figuras: o pai também era médico. A toda essa formulação há a associação de Schreber à ideia de sagrado, que é vinculada ao pai, ao irmão e a figura de médico:

Em prol da tentativa de explicação [da transferência], pareceu-me que valia a pena descobrir se o pai do paciente ainda vivia na época de sua doença, se havia um irmão e se este contava entre os vivos ou entre os “beatos” na mesma época. [...] encontrei uma passagem em que o doente elimina essa incerteza com as seguintes palavras (p. 442): “A memória de meu pai e de meu irmão [...] é pra mim tão sagrada como [...]” (p. 63)

O diagnóstico do delírio em Schreber se dá, então, através das marcas transferenciais que apresentam, para Freud, o lastro do delírio. As articulações, no texto, entre pai, irmão, médico e Deus conduzem à estrutura do delírio e à sua devoção a essas figuras através de sua posição como “mulher de Deus”. A devoção através do feminino pode ser compreendida em Schreber como marca da diferença na constituição do delírio. Schreber associa o feminino ao sagrado, apresentando assim a sua diferenciação com a figura paterna e sua submissão à castração. Essas construções delirantes ocorrem através de homofonias da linguagem, fazendo um efeito de cola entre falecimento (pai – irmão – Deus) e sensualidade (mulher). As construções delirantes a partir da sonoridade são compreendidas por Lacan (1955-56/2010) como parte do que o autor denomina fenômenos elementares. É nelas que Lacan se apoia para significantizar o delírio de Schreber. São esses fenômenos que se encontrarão no nível da interpretação (Lacan, 1955-56/2010, p. 31) e articularão o sentido, apresentando assim a forma-delírio de Schreber. Esses deslocamentos, segundo Freud, surgem de palavras condensadas e têm relação com a sonoridade: “Não compreendem os sentidos das palavras que falam, mas têm uma sensibilidade natural para a semelhança sonora, que não precisa ser completa” (Freud, 1911/ 2010, p. 48) como também surge “[...] confusão entre palavras estrangeiras que soam similarmente.” (Freud, 1911/2010, p. 49), o que Lacan denominará, em Schreber, como “língua fundamental” (1955-56/2010, p. 38). É a partir dessa sonoridade que Freud realizará a interpretação que associa falecimento e feminilidade, atravessados pela noção de “sensualidade”: “Esta surpreendente sexualização da beatitude celeste nos dá a impressão de que o conceito de beatitude de Schreber teria surgido da condensação dos dois principais significados da palavra alemã: “falecido” e “sensualmente feliz” [*selig*]” (Freud, 1911/2010, p. 41).

Freud, deste modo, vai articulando os mecanismos que constroem o delírio de Schreber, apresentando algumas passagens fundamentais para a sua trama, principalmente a partir do princípio de deslocamento, marcando a heterogeneidade enunciativa do texto. Esses deslocamentos são de caráter intradiscursivo ao delírio – o que garante a significação do delírio associada à realidade – e interdiscursivo quando Freud desloca sua interlocução para pontos externos ao caso. Em Schreber, os deslocamentos interdiscursivos se aproximam da psiquiatria, da literatura e da antropologia.

2.3.1. *Schreber: Psiquiatria, Literatura e Antropologia*

O caso Schreber, ainda, segundo Lacan (1955-56/2010), é considerado um caso paradigmático sobre a diferença entre a noção de psicose na psicanálise e na psiquiatria. Lacan afirma que a forma como a psiquiatria progrediu, ou não, é significativa no que tange à carência de explicações suficientes para o quadro de paranoia, como apresentado por Freud (1955-56/2010, p. 26).

Segundo nossa hipótese, essa separação se dá justamente devido às relações entre materialidade, diagnóstico e técnica, atravessadas pela história; relações que compõem um gênero literário específico em psicanálise para a construção do caso clínico em Freud – o que é fundamental para o desenvolvimento da psicanálise enquanto prática. Neste sentido, o gênero literário do texto de Schreber, bem como as técnicas utilizadas por Freud para a sua análise, constituem material fundamental de distinção entre a psicanálise e a psiquiatria, produzindo diferentes operadores de leitura. Sobre essa diferenciação, Freud (1911/2010) nos afirma:

O interesse do psiquiatra por tais formações delirantes se esgota, normalmente, ao constatar a operação do delírio e sua influência na vida do paciente; seu espanto não marca o início da compreensão. Já o psicanalista, partindo de seu conhecimento das psicose, supõe que mesmo as formações mentais tão extraordinárias, tão afastadas do pensamento humano habitual, tiveram origem nos mais universais e compreensíveis impulsos da vida psíquica, e gostaria de conhecer tanto os motivos como as vias dessa transformação. (p. 24)

Podemos dizer que os psiquiatras são os grandes interlocutores de Freud nesse caso. Os subitens do texto freudiano denominados “Tentativas de interpretação” e “Sobre o Mecanismo da paranoia” baseiam-se nos médicos como interlocutores

principais, e é a eles que Freud opõe-se em uma espécie de antagonismo narrativo: o psicanalista coloca os médicos como referências para se pensar as categorias clínicas e segue contrastando-as com o desenvolvimento da teoria psicanalítica.

No subitem “Tentativas de Interpretação”, Freud assume-se antagonista dos psiquiatras. Já no subitem “Sobre o mecanismo de paranoia”, ele interage com a psiquiatria da época para que, diferenciando-se dela, apresente a psicanálise: o autor, inclusive, utiliza-se dos tipos de delírios contidos nos manuais de psiquiatria da época (pp. 84-88), para analisar, através da psicanálise, a passagem de um ao outro: delírio de perseguição, erotomania, delírio ciumento, delírio de ciúmes do alcóolatra, delírio de grandeza e delírio persecutório. As análises desses delírios ocorrem pelas relações de linguagem tal como Freud evidencia a gramática das relações de objeto no texto *As pulsões e seus destinos* (1915/2013), baseado nas possíveis contradições frasais:

Seria de crer que uma frase composta de três termos como “*Eu o amo*”, permitisse apenas três espécies de contradição. O delírio de ciúmes contradiz o sujeito, o delírio de perseguição contradiz o verbo, a erotomania, o objeto. No entanto, é realmente possível uma quarta espécie de contradição, a rejeição completa de toda frase: “Eu não amo absolutamente, não amo ninguém” [...]. (Freud, 1911/2010, p. 86)

É interessante observar que esses delírios são analisados por Freud através de dois dos seus grandes desenvolvimentos teóricos da época: *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1910) e *As pulsões e seus destinos* (1915/2013) – e que este último, mesmo não aparecendo como referência em nota de rodapé, é mencionado algumas vezes (pp. 55, 82, 83 e 98).

Freud afirma: “Por um instante me detenho, ante uma maré de objeções e reproches. Quem conhece a psiquiatria atual deve estar preparado para ouvir coisas duras” (Freud, ano, p. 58). Então inicia constantes diferenciações entre a psicanálise e a psiquiatria. Sabe-se que Freud guardava uma relação referencial com a medicina. Tal como temos afirmado ao longo da tese, percebemos um esforço, por parte do psicanalista, em reinventar seus métodos de investigação, sempre a partir da clínica médica tradicional. Essa reformulação é algo que também afetou sua identidade como médico, o que o coloca em um lugar ambíguo quando da análise do texto de Schreber⁶⁷:

⁶⁷ Essa posição de Freud em relação à medicina pode ser analisada a partir do texto inaugural da obra *psicopatologia da vida cotidiana* (1901): “O esquecimento de nomes próprios” – que teve em um dos eixos de análise do esquecimento, por Freud, a sua própria identidade como médico. No texto podemos perceber dois eixos importantes: o da identidade de Freud como médico, quando este associa seu esquecimento a duas lembranças da relação dos habitantes da Bósnia Herzegovina com médicos,

ao mesmo tempo que apresenta as diferenciações entre psiquiatria e psicanálise, estabelecendo, a partir do caso, um outro registro de normatividade, é na psiquiatria que irá se ancorar, buscando interlocutores. Tal como observamos em Dora, quando Freud posiciona os casos clínicos psicanalíticos dentro da psicopatologia, em Schreber temos uma tentativa mais veemente de fortalecer esse posicionamento e defender a psicanálise como uma teoria sobre psicopatologia. Um dos mais incisivos posicionamentos de Freud nesse sentido encontra-se neste trecho: “Os psiquiatras deveriam finalmente aprender com esse doente, quando ele, em todo o seu delírio, se empenha em não confundir o mundo do inconsciente e o mundo da realidade” (p. 58).

Ao mesmo tempo que se distancia da psiquiatria de sua época, Freud articula suas análises do texto de Schreber com outras áreas, em especial a literatura e a antropologia. Essas aproximações, que Freud realiza desde o princípio da psicanálise, trazem elucidação à nossa tese, no sentido de apresentar a forma como Freud toma os sintomas que observa e os transforma na escuta do sofrimento, “aprendendo com o doente” sobre os seus mecanismos psíquicos. É nessa articulação entre o sintoma e o que o paciente relata, ou, no caso de Schreber, o que Freud lê de seu texto, que evocam nele a literatura e a antropologia como forma de analisar, pelas relações do sintoma com a cultura e o modo de relação com a linguagem, o sofrimento apresentado pelo sujeito. É através, por exemplo, das vozes gramaticais, apresentadas posteriormente em *As pulsões e seus destinos* (1915/2013), que Freud irá formular a passagem de uma categoria nosográfica a outra na psiquiatria; e é também a partir delas que ele define as relações de sujeito e objeto, articulando-as. Nessa perspectiva, na análise de Freud, vemos sua relação com a história; os pequenos aspectos fragmentados do sujeito e sua história de vida que constituem o delírio e que são amarrados por Freud a fim de sustentar a causalidade dos sintomas para além da racionalidade psiquiátrica. Freud constrói, assim, uma semiologia – atravessada por referenciais literários – que propõe uma racionalidade diagnóstica a partir dos modos de narração: as relações apresentadas entre sujeito e objeto nada mais são que a narração de movimentos formulados a partir

associando morte e sexualidade a estas lembranças, e que o remete à própria experiência com um paciente que cometeu suicídio, vinculando ainda mais as duas temáticas. O outro eixo, associado ao seu nome próprio – que na época estava modificando-se –, e que Freud vinculou, pela escrita, ao nome do pintor. Temos no primeiro eixo uma questão identitária e a postura de Freud em relação à medicina e a si próprio (eixo associado ao Eu); e, no segundo eixo, uma articulação com o nome próprio e a questão do sujeito e sua marca – aproximando, assim, análises do interdito e do impossível. Para uma análise mais detalhada dessas questões: Paulon, C. P. *Silenciar e calar: manifestações do inconsciente no esquecimento de Signorelli* (2014); Dunker, C. I. L. *A imagem: entre o olho e o olhar* (2006); Harari, R. *O que acontece no ato analítico? – A experiência da psicanálise* (2001)

das dinâmicas psíquicas articuladas à complexidade dos contextos vivenciados. A semiologia, então, mostra o particular do caso, os traços da cultura marcados no sujeito, associados ao seu sintoma e apresentados na relação transferencial. Vejamos alguns exemplos a partir dos referenciais literários:

Nota 15: “Uma nota à p. 20 dá a entender que uma passagem de Manfred de Byron foi determinante na escolha dos nomes divinos persas. Depois encontraremos mais um indício da influência dessa obra.” (p. 33)

Nota 23: “[...] pensa Schreber, apoiando-se nos relatos bíblicos de Sodoma e Gomorra, do dilúvio etc.” (p. 42)

“Um único fio nos leva aqui adiante. O assassinio de alma é ilustrado com referências ao teor lendário do Fausto, de Goethe, ao Manfred, de Byron, ao Freischütz, de Weber etc. (p. 22), e um desses exemplos é lembrado em outra passagem. (p. 60)

Nota 68: “Uma espécie de ‘fim do mundo’ com motivação diferente ocorre no auge do êxtase amoroso (Tristão e Isolda, de Wagner), neste não é o Eu, mas o objeto único que absorve todos os investimentos oferecidos ao mundo exterior” (p. 93)

Vemos que há menções, tanto no próprio texto de Schreber como nas análises de Freud sobre o caso, que são atravessadas pela literatura. Esses atravessamentos mostram tanto a articulação do delírio com referências externas a ele, e por ele apropriadas, quanto suposições de Freud quanto ao local de que Schreber retirou inspiração para formular suas questões e organizar as relações de objeto. Esses desenvolvimentos apontam para o fato de que o delírio é articulado com a realidade e não significa ausência dela, e sim uma recusa [*verleugnet*] e uma substituição da realidade, a partir de alguns traços referenciais desta, ao delírio. Como Freud afirma, a construção dessa análise parte de uma expectativa de “achar “método” nessa “loucura”” (Freud, 1911/2010, p. 29).

É no posfácio do caso que Freud irá articular o caso Schreber com a teoria, localizando-a dentro de um discurso: estrutura máxima de significação de uma língua. Ele se apoia na articulação da psicanálise com a antropologia para evidenciar o universal de sua investigação:

E acho que logo será o momento de ampliar uma tese que nós, psicanalistas, enunciamos há muito tempo, de juntar ao seu conteúdo individual, ontogeneticamente compreendido, a complementação antropológica, a ser apreendida filogeneticamente. Dissemos que no sonho e na neurose encontramos de novo a criança, com as peculiaridades de seu modo de pensar e de sua vida afetiva. E acrescentamos: também o homem *selvagem*, o *primitivo*, tal como ele

nos aparece à luz da arqueologia e da etnologia. (Freud, 1911/2010, p. 107)

É na articulação, então, entre a semiologia com traços literários – e que evidenciam o particular do caso – e a antropologia que aponta para os aspectos universais dessa semiologia que Freud encontra os traços possíveis para o desenvolvimento de sua psicopatologia. É necessário observar que é uma psicopatologia que contém traços narrativos na medida em que supõe como princípio de análise a narração dos sintomas do paciente associados às suas referências próprias, possíveis pela via da transferência. No entanto, Freud não avançará longamente nessa narração, colocando-a em funcionamento apenas para a investigação e para a construção da escrita de seus casos. É em Lacan que teremos a formalização da linguagem como método não apenas investigativo, mas, curativo, na medida em que apresenta condições de reposicionar o sujeito frente ao desejo, à história e ao gozo. É a partir dele, portanto, no próximo capítulo, que refletiremos sobre a narrativa e seus aspectos performativos, com efeitos terapêutico-clínicos, através das entrevistas de pacientes.

3. ENTREVISTA DE PACIENTES: MAPEAMENTO INICIAL

3.1. Breve histórico e contextualização sobre o dispositivo clínico utilizado

Entre dezembro de 1975 a abril de 1976, Lacan realizou oito entrevistas de pacientes no hospital psiquiátrico Henri Rouselle⁶⁸, sediado no complexo hospitalar Sainte-Anne, em Paris. Ali, Lacan trabalhou como psiquiatra no início da carreira. É em Sainte-Anne que Lacan acompanhará Marguerite Anzieu, uma de suas pacientes mais famosas, “Aimée”, já que foi a personagem principal de sua tese de doutorado, *Da psicose paranoica e suas relações com a personalidade*, em 1932. Essas entrevistas acontecem, então, quarenta e três anos depois de sua tese, e apresentam-se dentro de um dispositivo de ensino. Tratava-se de entrevistas abertas aos psiquiatras e residentes em psiquiatria do hospital. Sabe-se, pela “Exposición en lo de Daumezon”⁶⁹, escrito inédito de Lacan, datado de 1970, que o psicanalista sustentou este dispositivo por mais de três décadas, mas que, segundo o próprio autor, o dispositivo nunca foi suficientemente sistematizado, para que pudesse ser apresentado (Valcarce, 2015, p. 24).

O dispositivo, que consistia na entrevista clínica associada a uma discussão ou comentário posterior, era também alimentado por outros materiais pertinentes ao caso, tais como histórico do caso em prontuário, breve relato de entrevista do médico que atendeu o paciente quando de sua entrada no hospital (do próprio paciente ou familiar), avaliação de corpo clínico (quando havia), informações de outras instituições pelas quais o paciente já havia passado (histórico de outras internações, passagens por delegacias ou cárcere, locais de trabalho), toda e qualquer *informação institucionalizada* sobre a vida do paciente era apresentada a Lacan, antes da realização da entrevista. Temos, então, um material heterogêneo sobre o caso, que é condensado pela entrevista realizada por Lacan e brevemente elaborado pelas discussões posteriores. Há também casos que apresentam comentários elaborados que associam a entrevista já a alguns

⁶⁸ Um dado histórico interessante é que Henri Rouselle, fundado em 1922, foi o primeiro hospital psiquiátrico de “portas abertas”, feito para prover uma alternativa de baixo custo de tratamento àqueles com alguma condição psiquiátrica importante, no entanto, não grave o suficiente para internação em asilos. Devido ao seu baixo custo de internação, o hospital também ficou famoso por manter um centro de desintoxicação para usuários de opioides, que passavam por um tratamento com sedativos, banhos e psicoterapia (Padwa, H. *Social Poison: The Culture and Politics of Opium Control in Britain and France 1821-1926*. U.S.A.: The John Hopkins University Press, 2012). Este pode ser um dado interessante a ser levado em consideração quando pensamos na entrevista de pacientes como intervenção clínica e psicoterapêutica reinventada enquanto dispositivo de ensino por Lacan na época, e de caráter relativamente progressista.

⁶⁹ Consiste em uma apresentação de Lacan na preparação para O Congresso de Neurologia e Psiquiatria de Milão, em 1970, que fora uma “intervenção no serviço do Dr. Daumézou”, denominada “Contribuição da psicanálise à semiologia psiquiátrica.” (inédito).

conceitos psicanalíticos. Nessa circunstância trata-se de conteúdo posterior ao caso, uma breve interpretação das entrevistas que, muitas vezes, trazem as intervenções de Lacan e seus efeitos para definir e corroborar os conceitos apresentados⁷⁰. Essas pequenas elaborações aparecem textualmente antes da entrevista, no entanto, ocorriam depois dela, nas quinzenas em que Lacan não entrevistava nenhum paciente. Elas trazem um efeito de encerramento do quadro clínico; algumas delas são concretamente diagnósticas (no sentido de estabelecer um quadro diagnóstico) e antecipam, muitas vezes, as conclusões tiradas da leitura das entrevistas. Valcarce (2015), ao analisar o histórico do dispositivo de apresentação de pacientes em Lacan, afirma que este foi muito importante para o estabelecimento e a modificação da noção de “clínica” nas instituições hospitalares de Paris e que, inclusive, contribuiu para a fundação e um grupo, a Seção Clínica de Paris.

Como recorda Miller (1996), as apresentações criavam um espaço que causava reflexão sobre o que acontecia ali e sobre a clínica: o grupo de jovens que assistia às apresentações de Lacan se reunia com frequência quinzenal para comentá-las. Essas reuniões, que eram realizadas no mesmo horário das apresentações de Lacan no hospital Henri Rouselle, mas, nas semanas de alternância, deram lugar à constituição do Círculo de Clínica Psicanalítica, gestando, deste modo, o grupo que conformaria depois a Seção Clínica de Paris, fundada em 5 de janeiro de 1977. “*O retorno à clínica foi a bandeira*”, disse Graciela Brodsky (2011), e as apresentações de pacientes constituíram o coração das Seções Clínicas. Tal como destaca Eric Laurent, foi a partir deste exercício – da apresentação de pacientes – nas Seções Clínicas de Paris que “encontrou seu ponto de ancoragem”. (Valcarce, 2015, p. 26)⁷¹

Vemos, então, que as seções clínicas apresentadas por Lacan em Sainte-Anne sustentaram um retorno à clínica dentro das instituições hospitalares da época e também colaboraram para a fundação do Círculo da Clínica Psicanalítica, que tem, entre seus integrantes, Miller, Brodsky e Laurent (Valcarce, 2015). Valcarce (2015) ainda afirma que “[...] as apresentações constituíam a via régia para mergulhar no campo da clínica” (p. 26), possibilitando nos ambientes institucionais que um dispositivo clínico atravessasse o ensino dos residentes desses hospitais.

Sobre essa concepção de clínica no dispositivo de ensino, Lacan (1977) afirma que: “[a clínica psicanalítica] é uma maneira de interrogar o psicanalista, de exortá-lo para que ele declare suas razões” (Lacan, 1977, p. 42 apud Valcarce, 2015, p. 27). A

⁷⁰ Veremos esses movimentos mais detidamente ao longo deste capítulo.

⁷¹ Tradução e itálico nossos. Todas as citações de Valcarce (2015) foram realizadas livremente por nós.

clínica é então reconfigurada no dispositivo de apresentação de pacientes; e, como afirma Valcarce (2015), ela não é vista como a “experiência em si” do psicanalista, mas sim como a elaboração do psicanalista frente à sua função, ao exercício do ato analítico. Neste sentido, compreende-se o conceito de “clínica” como uma elaboração da experiência de análise por parte do psicanalista, já atravessada pela interpretação baseada nos constructos teóricos dessa prática. Por essa via, a clínica já seria o amálgama da “experiência bruta” articulada às conceituações teóricas. Ou seja, “clínica” aqui traz a relação entre teoria e experiência psicanalíticas não sem a intensa rede de transferências que se passava em torno de Lacan, inclusive as de natureza institucional. A divisão do dispositivo em entrevista e discussão “permite uma articulação entre a experiência em si e o que se transmite dela” (Valcarce, 2015, p. 24).

Deste modo, o dispositivo das entrevistas de pacientes é apresentado como valor de prova “da eficácia da psicanálise e do valor atribuído à palavra” (Valcarce, 2015, p. 24), mostrando, no caso, a clínica psicanalítica como um instrumento transformativo e de cura a partir da linguagem tanto como objeto, como veremos na apresentação de pacientes, quanto como intervenção terapêutica e analítica, dando relevo à psicanálise como prática terapêutica dentro de instituições e também reformulando as apresentações de pacientes não só como mecanismo de ensino, mas também como mecanismo de intervenção no qual o público tem papel fundamental para os efeitos apresentados. Portanto, “[...] desde essa perspectiva, os dois momentos que constituem o dispositivo permitem circunscrever, por um lado, o vivo da experiência e, por outro, sua posterior elaboração de saber” (p. 28).

Neste período, de 1975-1976, Lacan estava no que muitos denominam como o final de seu ensino, sendo os seminários apresentados à época: *RSI* (Lacan, 1974-75) e *Le Sinthome* (Lacan, 1975-76) – correspondendo, portanto, a estágios avançados de sua teoria, sendo Lacan, à época, um psicanalista já consagrado e conhecido⁷². Deste modo, muitas das discussões de casos apresentam-se “avançadas” na teoria, remetendo principalmente aos três registros. Entretanto, algumas das intervenções de Lacan não acompanham esse desenvolvimento teórico, apresentando-se como extremamente

⁷² Como veremos, o fato de Lacan ser uma figura pública, à época, tem função em dois dos casos apresentados, quando os entrevistados mencionam mudança na forma de falar e agir devido a estar frente à frente com ele.

tradicionais no campo da psicanálise, como aparece em alguns momentos, por exemplo, da entrevista com a transexual (Ambra, 2017)⁷³.

Vemos então um dispositivo de ensino e transmissão clínica utilizado, dando vistas à clínica psicanalítica, e uma demarcação importante da psicanálise nas instituições de saúde, apresentando que esse dispositivo pode possuir, também, efeitos terapêuticos. Percebemos também que os casos são construídos no interior de um discurso a partir de diversas modalidades de linguagem: prontuários, históricos, informações anteriores de outros profissionais e instituições, entrevista, discussão do caso e comentários. Qual será o discurso que sustentará esse material? E que estruturas narrativas subsidiarão as intervenções nas entrevistas?

3.2. Apresentação de pacientes – o paradigma médico

A apresentação de pacientes, vimos, foi reformulada por Lacan através da entrevista clínica, colocando em foco o ato da entrevista ao invés do objeto patológico, como vemos na clínica clássica. O dispositivo de apresentação de pacientes sempre foi sustentado pelo paradigma médico, e era muito comum no ensino da psiquiatria (Valcarce, 2015).

Em seu histórico, a apresentação de pacientes, originalmente, era realizada por um médico diante de um público exposto, normalmente residentes na especialidade tema da apresentação – aqui, no caso, a psiquiatria – e demais do corpo clínico da instituição. Foucault (1973-74/ 2005) afirma que a primeira apresentação de pacientes ocorreu no Salpêtrière em 1817, com Esquirol. Ferreira (2006) afirma que, inicialmente, a apresentação de pacientes não tinha uma função apenas didática, do ensino da psiquiatria, mas também se revelava um importante instrumento clínico. Nesse início a apresentação de pacientes tinha uma função didática e praticamente confessional para o público e o paciente. Ferreira (2006) afirma que, com Pinel:

A apresentação era feita na forma de um interrogatório que colocava o paciente numa submissão ao saber médico. Isto, porque diferentemente do que poderíamos imaginar, a intenção do médico não era obter informações sobre o paciente (ainda que isso ocorresse), pois de fato ele ia para o interrogatório munido de informações

⁷³ Para uma análise mais detalhada desta entrevista quanto à temática da sexualidade e suas questões atuais em psicanálise, recomendamos fortemente a leitura de: Ambra, P. E. S. *Das fórmulas ao nome: base para uma teoria da sexuação em Lacan*. São Paulo: Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da USP, 2017.

detalhadas sobre o paciente, tanto sobre sua história de vida quanto de sua doença, como de seu comportamento no asilo. A intenção do interrogatório era levar o paciente a reconhecer a doença, pois se acreditava que o primeiro passo para o tratamento era o reconhecimento desta – somente a partir da confissão da doença o enfermo poderia desfazer-se dela. (Ferreira, 2006, p. 298)

O interrogatório surge com essa perspectiva de que tratar a doença era adequar o louco à realidade compartilhada, fazendo-o assumir seus delírios e afirmar que estes não fazem parte da realidade compartilhada pelos outros. Neste sentido, a apresentação de pacientes no início do século XX, na psiquiatria, era um exercício de poder e autoridade exercido pelo médico sobre seu paciente com o objetivo de produzir uma desalienação. Entramos aqui em uma combinação muito comum entre o discurso médico e o discurso jurídico, a partir da qual a autoridade do médico perante o paciente justifica-se em razão de seu saber como especialista. No caso da saúde mental, esse poder é ainda mais fortemente exercido como tratamento moral, a partir da imposição da realidade apresentada pelo médico que deve fazer com que o paciente confesse o seu erro, a sua quebra de contrato com a realidade verdadeira, admitindo as suas alucinações e delírios para que possa ser considerado curado⁷⁴. A marca do saber, portanto, adquire força de lei (Foucault, 2005).

É por isso que Pinel (1802 apud Foucault, 2005) afirmava que, quando os médicos iam para a entrevista com os pacientes, era necessário que se investigassem antes seus registros biográficos, entrevistando parentes, pessoas próximas e verificando outros registros institucionais, para, caso o paciente afirmasse algo distinto do que o médico sabia, este confrontasse o paciente com a informação, forçando-o a admitir a mentira ou delírio. Trata-se de um confronto entre a verdade factual dos dados e a autoridade do médico, de um lado, e a ficção delirante e a perturbação narrativa do paciente, do outro. Nesse sentido, as perguntas também já estão indicadas e em sequência, sendo repetidas com cada paciente (Valcarce, 2015, p. 38). Sobre essa questão, Foucault (2005) ainda nos afirma:

⁷⁴ Esta discussão encontra-se fortemente subsidiada nos desenvolvimentos apresentados por Foucault em *Vigiar e punir* (1975/1987) e na *História da loucura* (1961/1972), obras em que o autor apresenta como se constituem os discursos institucionalizados da saúde a partir de uma anuência jurídica. Saúde e justiça, assim, vinculam-se para justificar as relações de poder estabelecidas na direção do tratamento. Ao mesmo tempo, podemos encontrar a sustentação desse paradigma pela via do discurso da ciência em Canguilhem (*O normal e o patológico*, 1966/1995), obra em que o autor irá apresentar, para além dessa relação contratualista entre saúde e sociedade (direitos e deveres), um espelhamento entre os discursos da fisiologia e da biologia para os desenvolvimentos da psicopatologia, apresentando, assim, o paradigma da psiquiatria organicista no início do século XX.

A clínica, ou seja, a apresentação de pacientes, põe em cena o interrogatório que serve para instruir os estudantes e onde o médico atua duplamente: como examinador do paciente e educador de alunos, de modo que ele será quem cura e quem é dono da palavra de professor: ser médico e professor ao mesmo tempo. (Foucault, 2005 apud Valcarce, 2015, p. 39)

Percebemos, a partir dessa citação, que a apresentação de pacientes é um caso particular do método clínico, no qual investigação e tratamento aparecem como sinônimos. Essa sinonímia entre os termos nos aponta algo importante sobre o método de ensino da prática clínica da medicina: a demonstração. A função da apresentação de pacientes é justamente a de mostrar a clínica médica e sua condução aos alunos, a partir do interrogatório estruturado. O paradigma médico tem como instrumento principal de análise o olhar, sendo o *mostrar* seu método de ensino (Valcarce, 2015). Bercherie (1986) afirma que “o olhar parece constituir a metáfora que obedece à esta prática clínica” (p. 07). A psiquiatria clássica associa a observação morfológica, tal como observamos em Charcot, à descrição das formações psicopatológicas (Valcarce, 2015), o que faz com que o olhar assuma um papel importante no método clínico não só como instrumento principal, mas como forma de linguagem garantida pela empiria, contrastando, portanto, com o delírio e com a narrativa, que dá sustentação à elaboração teórica e interpretativa posterior à análise clínica. Deste modo, a apresentação de pacientes e o ensino são um duplo indissociável através do olhar na clínica médica tradicional. A partir dele faz-se tanto as observações clínicas quanto do método de ensino.

Essa questão do olhar pode ser compreendida dentro do próprio formato do interrogatório, que pretendia evidenciar a psicopatologia, apresentando a “atualização da crise histérica ou da alucinação” (Foucault, 2005). As técnicas usadas também correspondiam a essa metáfora do olhar:

Chaslin afirma que, durante o exame, a atitude do médico deve ser sempre de cortesia e benevolência e sublinha também que é conveniente destacar explicitamente o modo como o médico deve proceder na observação de pacientes, a fim de detectar signos e fechar diagnósticos. Considera que o estado mental e somático do paciente evolui de acordo com o que ele denomina “*expressões exteriores*”, sejam elas mentais (*mímica, traços da mímica, movimentos, atos e linguagem*) ou somáticas. (Valcarce, 2015, p. 44; grifo nosso)

Observa-se, literalmente, a melhora do paciente a partir de expressões exteriores, que podem ser constatadas tanto pelo médico quanto pelo público durante a

apresentação. O interrogatório serve, neste sentido, para *exteriorizar* os pensamentos do paciente. Há uma forma específica de olhar. As entrevistas com pacientes, na psiquiatria clássica, servem para que “se aprenda a ver”, da mesma forma que se aprende a traduzir, para a semiologia médica, os signos apresentados pelo paciente. A transmissão da psiquiatria é realizada a partir da observação dos signos apresentados pelo paciente e da tradução desenvolvida pelo médico-professor, que evidenciava a leitura que deveria ser realizada dos sinais apresentados durante o interrogatório.

A divisão das entrevistas de pacientes seguia um “Plano de observação” (Chaslin, 2010 apud Valcarce, 2015), que se inicia com *dados biográficos* do paciente (antecedentes, prontuários e demais informações) e um *exame clínico*⁷⁵ (inspeção anterior à entrevista: olhar, escutar e sentir), para, após, começar o *interrogatório*. Após o interrogatório há o *exame somático* e o *exame das produções* do paciente (escritos, desenhos etc.). Para o interrogatório ele pode valer-se também de “problemas matemáticos, leitura de um texto, escrita e ditados, com a finalidade de avaliar o paciente”⁷⁶ (Chaslin apud Valcarce, 2015).

Esta interrelação entre clínica e ensino na psiquiatria, ao final do século XX, sofre uma ruptura. Com a entrada de uma psiquiatria mais organicista, temos um foco cada vez maior na apresentação de pacientes como prática apenas didática, de investigação e descrição de diversas síndromes e entidades nosológicas, em detrimento das entrevistas como práticas terapêuticas ou interventivas, já que o tratamento moral da loucura estava sendo substituído por um tratamento organicista correlato às outras áreas do saber médico. Neste sentido, a psiquiatria, como saber já instituído no final do século XX, entra em um período de estagnação do saber, sendo a entrevista com pacientes um recurso meramente ilustrativo do quadro psicopatológico, reproduzindo-se através de certo automatismo acadêmico (Ferreira, 2006).

Este é o quadro que Lacan irá encontrar acerca da apresentação de pacientes, quando, por três décadas, decide realizá-las no Sainte-Anne.

⁷⁵ É importante destacar que a edição pesquisada para esta tese das Entrevistas de Pacientes de Lacan está sistematizada deste modo, retirando o exame, o que nos leva a compreender que o que parece alterar-se nas entrevistas de Lacan em relação às da psiquiatria não é a sistematização do material, mas a função que esse material tem, tanto institucionalmente quanto para o paciente. Discutiremos essas questões, em mais detalhes, posteriormente.

⁷⁶ É interessante observar que em uma de suas entrevistas Lacan utiliza de problemas matemáticos como um “teste de realidade”, já que a paciente afirmava ser boa em matemática (paciente Vivianne). Discutiremos essa questão durante a análise desse caso.

3.3 Apresentação de pacientes: a reformulação realizada por Lacan

A forma como Lacan reformula o dispositivo de entrevistas de pacientes, saindo do paradigma médico tradicional, é sustentada por dois deslocamentos importantes: a passagem do olhar, na questão do ensino da medicina, para o uso da palavra enquanto objeto e método; e, também, a aposta ética de que esse encontro testemunhal entre entrevistador e entrevistado pudesse gerar efeitos terapêuticos ou analíticos ao sujeito. O ensino da medicina dentro do paradigma clínico tradicional pouco tem a ver com o paciente, e sim com a patologia estudada. A apresentação de pacientes é, de fato, uma *apresentação do paciente* e sua patologia como objeto de investigação do médico e dos residentes. A proposta não é a da terapêutica em si, mas da investigação da patologia. Na reformulação da apresentação pelo viés demonstrado por Lacan, a aposta se baseia na conjunção entre investigação e terapêutica.

Esta proposta de Lacan não deixa de ser um retorno ao início do que era a estratégia da apresentação de pacientes, que era vista não apenas como suporte didático para evidênciação do patológico, mas como intervenção clínica. Entretanto, estas intervenções eram realizadas a partir do que era denominado “tratamento moral”, na época, que propunha como terapêutica fazer com que o paciente, através de questionário estruturado, confessasse seu erro, seu delírio em relação à realidade, sendo o médico entrevistador aquele que, ao mesmo tempo, era especialista em relação ao diagnóstico e a nosografia do caso, mas também tinha certo poder de juiz, autorizando ao paciente à realidade verdadeira – estando o princípio da cura no aceite, por parte do paciente, dessa realidade imposta. Há então, na figura do médico, pelo menos três posições discursivas que remetem ao poder e à sua autoridade: médico, a partir do seu saber; juiz que atesta, pelas leis, a realidade verdadeira e a falsa; padre que coletará do paciente a sua confissão quanto ao “pecado” de encontrar-se fora da realidade dos homens, aquela comum a todos. A crítica ética da moralidade médica permitirá que a experiência de entrevista desloque o poder para a experiência da fala, ela mesma⁷⁷.

Lacan retoma o caráter interventivo das entrevistas de paciente, inclusive utilizando parte da sistematização apresentada por Chaslin (Valcarce, 2015), do “Plano

⁷⁷ O que podemos perceber que tem articulação com a função da transferência dentro de uma análise, tal como Lacan elucida em “A direção do tratamento e os princípios do seu poder” (1958/1998), utilizada em nossa epígrafe: “[...] que esse poder só lhe dava a solução do problema na condição de não se servir dele, pois era então que assumia todo o seu desenvolvimento de transferência” (p. 603) – sendo esse poder de sugestão usado como função, e não como objeto.

de observação”. Há, nos textos das entrevistas, uma divisão entre: dados escritos como partes do prontuário do paciente e trechos de observações clínicas e anamneses, a entrevista propriamente dita, comentários dos residentes que frequentavam as reuniões e uma breve discussão. Na maioria das vezes, os comentários dos residentes aparecem no texto anteriormente a entrevista, direcionando a interpretação dos manejos clínicos de Lacan. Lacan utiliza, tal como os psiquiatras clássicos, os dados apresentados nos prontuários e as conversas do paciente com os médicos – que, inclusive, estão no público e são mencionados por Lacan em alguns momentos. No entanto, ele faz algumas modificações quanto à função dessas informações que não teriam mais o lugar de verificação de uma realidade, mas permitiriam não apresentar o paciente como objeto de uma consciência crítica e sim como sujeito de uma experiência trágica – com o peso de seu discurso, com as suas modalidades de significação –, fazendo com que o público testemunhe o seu sentido, em um exercício de compreensão das formas de linguagem para além de seu uso corriqueiro. A apresentação de pacientes testemunha, então, a verdade do sujeito, apresentando, assim, possíveis efeitos curativos pela via da palavra.

Os dados anteriores, portanto, não eram utilizados com o intuito de verificação da veracidade do discurso do paciente, e sim usados como um fator agravante de seu quadro diagnóstico, a depender da confirmação destes dados. Eles são utilizados como forma de contato com o paciente, a fim de estabelecer alguns *manejos transferenciais* durante a entrevista. O caráter referencial – o sentido denotativo da palavra, seu endereçamento – não se encontra na realidade, e sim na relação que o sujeito estabelece com ela, em um exercício de constituição e destituição do sentido. Deste modo, Lacan faz circular o regime de verdade nas entrevistas, alterando-o, ora para o público – quando convoca a figura de um ou outro médico que está acompanhando o caso –, ora para o paciente.

O dispositivo construído por Lacan era sistematizado em três partes:

- (1) Informações iniciais, com prontuários, entrevistas anteriores, histórico da vida institucional (internações, encarceramento etc.) e comentários;
- (2) A entrevista propriamente dita;
- (3) Discussão do caso.

Nessa divisão existem dois eixos que se repetem em todos os casos e que podem dizer das entrevistas conduzidas por Lacan: o uso das informações anteriormente recebidas e a discussão posterior baseada em hipóteses diagnósticas pensadas a partir dos manejos realizados nas entrevistas. Apesar de ela não ser homogênea em todos os

casos, representa, em partes, a condução das entrevistas. Quanto mais informações Lacan tem anteriormente à entrevista, mais conduz a entrevista utilizando-se delas. Essas informações funcionam como uma espécie de memória que Lacan oferece ao paciente como base, para que ele possa atualizá-la em ato, ao contar a um Outro a forma como conduziu ou foi conduzido pelos acontecimentos que o levaram até a internação.

Há dois casos (Sr. M.H./ Corinne e Srta. Viviane) que não apresentam nenhuma informação anterior à entrevista, inclusive as informações-padrão tal como: idade, data de entrada no hospital, rede familiar etc. Além disso, um dos casos (Caso Annie) não apresenta discussão e a entrevista é interrompida bruscamente, com uma nota de rodapé da tradutora da versão em espanhol afirmando: “Aqui se interrompe abruptamente a apresentação. Se alguém dispõe do resto do texto ou sabe como consegui-lo, agradecemos que nos comuniquem” (Hueso, 1975-1976, p.138). Os informes dos demais casos seguem uma certa linha associada ao próprio histórico do paciente em instituições. Se já passou por outras instituições – como é o Caso do Sr. H (cárcere) e G.L. (Pinel) –, realizou entrevistas, consultas, entrevistas com familiares ou anamnese com outros médicos – G.L., Monique, Annie –, elaborações médicas anteriores – B.D., Monique, H., G.L., Annie, Brigitte. Como afirmamos acima, essas informações são usadas por Lacan para realização de manejos transferenciais: são uma forma de articular-se ao discurso do paciente, bem como de incluir nele outras pessoas do público, como os médicos que atenderam os casos previamente. Vejamos alguns exemplos desses manejos e inclusões:

Caso “Sr. B. D”.

Lacan: O Dr. Cz. não para de falar de você, *se interessa muito por você*. Já me deu alguns apontamentos sobre o que se passa. (p. 9)

Caso “Monique”

Lacan: *Eu ouvi falar sobre isso* e, por isso, pergunto: que espera do pedido de divórcio? Quero dizer...há uma pessoa que é parte interessada nisso...tem uma filha pequena? (p. 38)

Caso “G.L.”

Lacan: Sente-se querido. Você despertou o mais vivo interesse. *Nós nos interessamos muito pelo seu caso. Você falou com o Sr. Cz. e com o Sr. X..* Algumas coisas tornaram-se mais claras. Fale-me de você. Não sei por que não deveria dar-lhe a palavra. Você sabe muito bem o que se passa com você. (p. 82)

Caso “Annie”

Lacan: Bem. Conte-me um pouco do que você se recorda e de como chegou até aqui. *Creio que foi em outubro.* (p. 130)

Lacan: Está muito angustiada, *me disseram*. Devo te dizer que, como não havia começado a falar com você, que *obtive algumas informações das pessoas que acompanham o seu caso, que se ocupam de você*. Neste momento está muito angustiada. Como você vê essa angústia? (p. 130)

Lacan: Você não tinha, *se compreendi corretamente o que me disseram*, não tinha só um amigo. (p. 138)

Caso “Brigitte”

Lacan: De que se trata? *Porque tenho ouvido falar um pouco de você. Me deram alguns dados soltos sobre o que se passou*. Diga-me de que chefe se tratava. (Caso Brigitte, p. 144)

Srta. B.: Não vale a pena que eu te conte a minha história. *Já viu meu prontuário. Tenho um prontuário ótimo*.

Lacan: *Sim, mas é porque me contaram*. (p. 157)

Caso “Vivianne”

Lacan: É muito simpático com você [Dr. G.], é verdade. Além disso, *foi ele quem me falou de você*.

Srta. E o que ele lhe disse?

Lacan: *Me falou um pouco do que se passou com você quando pequena*. (p. 164)

Lacan: Diga-me, pequena, eu pedi que te buscassem. Existem microfones instalados para espia-la?

Srta.: Não. Por que?

Lacan: *Porque há 15 dias você disse isso ao Dr. G.*

Srta.: Sim, é certo que eu lhe disse, é certo, é certo.

Lacan: Então, o que pensa sobre isso?

Srta.: Penso que já passou, já passou definitivamente.

Lacan: O que quer dizer com: “passou definitivamente”?

Srta.: Esse assunto é página virada.

Lacan: Sim, mas não se trata de saber se a página foi virada ou não. (p. 180)

Lacan: *Quando falou disso, há 15 dias, sei que você acreditava* [nos microfones].

Srta.: Sim. Agora mudei de opinião.

Lacan: Mudou de opinião. Explique-me.

Srta.: Quer dizer que...o que disse foi...em tudo o que eu disse ao Dr. G. tinha muita verdade.

Lacan: *Sim, tem muita verdade. É uma verdade que está presente*, atualmente?

Srta.: Não, essa verdade não está mais presente. Já passou. (p. 181)⁷⁸

Ao analisar esses trechos, observamos que Lacan não faz uso das informações que teve acesso para verificar se o que o paciente diz condiz com a realidade ou não. Ele as utiliza, na maioria das entrevistas, como uma fala introdutória à conversa, informando ao paciente o motivo da sua presença: “nos interessamos por você”, “Dr. Cz. se interessa muito pelo seu caso”, “você despertou o nosso mais vivo interesse” – o interesse que as pessoas ali presentes têm pelo paciente. Este interesse é pautado pelas informações anteriores: “me contaram”, “Dr. Cz. me falou sobre o seu caso”. Vemos

⁷⁸ Tradução e grifos nossos.

então que a informação é uma forma de estabelecer a transferência com o paciente, apresentando-se com interesse e curiosidade para o que a pessoa pode dizer.

À clínica psicanalítica tradicional esta abordagem inicial, pode soar estranha, ela pode ser entendida como inversão na relação entre analisante e analista, afinal, é o analisante que busca o analista espontaneamente e que tem interesse em dizer algo. Por que o analista faria o movimento inverso? Frases como “o analista deve ir à sessão sem memória e sem desejo” (Bion, 1967/1969) ou a máxima lacaniana de que “quem traz a demanda é o analisante”, “o analista não pode desejar pelo analisante”, são muitas vezes convertidas, na prática, em analistas silenciosos, que não expressam seu interesse ou curiosidade nos atendimentos, interpretando que expressar curiosidade ou interesse significaria demandar algo do paciente ou apresentar seu desejo no lugar do desejo do analisante, o que inviabilizaria todo o processo analítico.

Aqui, cremos ser necessário demarcar duas questões: o manejo transferencial dentro de instituições, que se relaciona com uma orientação clínica que deve ser pensada em diferentes contextos e espaços vivenciados pelo paciente, construindo as bases para um ato clínico, que consiste em “rastrear o trabalho que o paciente faz com seu sintoma para que uma intervenção aí incida” (Mendes, 2015, p. 33); e a hipótese diagnóstica na direção do tratamento. Os pacientes que participam dessas entrevistas são convidados por seus médicos para esse momento. Logo, não é uma demanda do paciente que este seja entrevistado por Lacan, mas do médico que o acompanha. Deste modo, quando Lacan introduz a entrevista com esse interesse, essa é uma forma de mostrar ao paciente por que ele está ali: *pelo interesse de outros*. E assim, inicia um diálogo baseado em apresentar a verdade sempre da forma mais clara possível: a verdade do interesse pelo outro, pelo seu discurso. Outra questão importante quanto à forma como utiliza essas informações como função transferencial em suas entrevistas se relaciona à hipótese diagnóstica que conduz o caso. Vimos, por exemplo, com Schreber (1911/2010), que Freud apoia sua análise do caso a partir da convocação de Schreber para a justificação de suas interpretações. Naquele momento, compreendemos que Freud estabelecia com o texto uma relação transferencial que tinha como sustentação ressaltar a separação entre o psicanalista e a autobiografia a fim de evidenciar as diferenças a partir de heterogeneidades mostradas (Authier-Revuz, 1982/2002). Lacan, de modo semelhante, utiliza essas informações mostrando ao paciente o que ele sabe e o que ele não sabe sobre o caso. Assim, quando afirma “ter informações soltas”, “me disseram que está angustiada”, “me contou de quando você era pequena”, enuncia

informações que ele tem em contraposição a informações que ele não tem e que necessita que o paciente as apresente. É um manejo associado à hipótese diagnóstica dos casos, já que todos eles – com exceção do caso do Sr. M.H./Corinne e do caso da Srta. Vivianne – apresentam traços paranoicos como leitura de pensamentos e telepatia. Neste sentido, evidenciar o que está acessível ou não é um modo de mostrar ao paciente o que é possível saber ou não a partir do que ele fala, conferindo uma região de intimidade que pode ser construída com o paciente – entre ele, Lacan e o público – e possibilitando opacidade ao discurso do paciente, um dos indicadores, na linguagem, de separação entre o Eu e o outro. Deste modo, Lacan articula, com estas informações, algumas perguntas que atestam esse não saber. Vejamos:

Caso “Sr. B.D.”

[utilização de informações do prontuário]

Lacan: Seu pai, *se entendi bem*, teve várias mulheres.

Sr. B.D: Sim, várias mulheres, vários filhos, a torto e a direito (p. 10)

Lacan: O que ele entendeu? *Só te pergunto porque me informaram, não te pergunto devido ao tal de B.*

Sr. B.D.: Queria te falar sobre isso

Lacan: Mas não disse uma palavra. (p. 11)

Caso “Monique”

Lacan: Ah, sim! Isso é interessante: *não haviam me dito isso*. Me contaram bastante coisa, mas isso não. Então você é fisioterapeuta? (p. 32)

Lacan: Então foi você que pediu [o divórcio]. E por que motivo? Não foi voluntariamente?

Sra. S.: Claro que não.

Lacan: Se foi você quem pediu é por algum motivo sobre o qual *a informação ainda está um tanto vaga*. (p. 33)

Caso “Sr. H.”

Lacan: *Não estou tão seguro de que escutamos* [os seus pensamentos]. (p. 62)

Lacan: *Você se deu conta de que eu não sei? Já que estou te perguntando*. (p. 67)

Lacan: *Igualmente teria que dar-se conta de que se pensa que os outros pensam que você “mal pensa”, é simplesmente pelo fato de que você “mal pensa”*. (p. 67).

Dr. Lacan: Um pensamento não é uma ação.

Sr. H.: Claro que não.

Dr. Lacan: Inclusive, se pensa injúrias, *guarda-as para você*.

Sr. H. Sim, nunca foi falado. Nunca saiu de mim.

Dr. Lacan: No entanto, está seguro de que se comunica.

Sr. H.: Sim. (p. 69)

Lacan: *Não, espere. Escute. É você mesmo que acaba de dizer isso*. (p. 70)

Caso “Sr. G.L.”

Lacan: Mas...*sabe que não sabemos mais que você.* (p. 88)

Lacan: Eu não sou muito receptor, já que estou te garantindo que me bagunço com seu sistema. *As perguntas que te fiz são provas de que é precisamente a sua explicação o que eu desejava.* Não percebi tudo o que implica no que chamaríamos de seu mundo. (p. 97)

Caso “Annie”

Lacan: O que a leva a isso? A que sensação de grandeza? A ter numerosos encontros? *O que sucede, eu não sei...*(p. 137)

Caso “Brigitte”

Lacan: *Tem que contar as coisas. Quem poderia contar no seu lugar?* (p. 152)

Lacan: *O que você pensa? Porque é você que vive na sua pele.* (p. 153)⁷⁹

Vemos, então, que a partir desse movimento, Lacan tenta colocar em evidência a separação entre ele – o entrevistador – e o paciente, ressaltando as diferenças e sempre pedindo por esclarecimentos e explicações. Entendemos este movimento também como uma forma de preservar ao paciente uma segurança frente ao público: de que eles não saberiam algo que o paciente não quisesse expor, construindo, assim, publicamente, uma noção de intimidade. Esta movimentação só é possível devido ao modo como Lacan posiciona-se como entrevistador do caso. Neste sentido:

Jean Jacques Gorog afirma, em uma mesa redonda sobre a entrevista com pacientes que “o que surpreende aos psiquiatras é que pode-se tomar como critério preciso o que alguém disse, sem referir-se, necessariamente, ao que se pode saber por outras fontes”. É justamente no valor que se atribui ao que alguém diz que localizamos a dimensão ética do dispositivo (Valcarce, 2015, p. 24)

O que é interessante porque posiciona o entrevistado no lugar de “apresentar explicações” e, com isso, proporciona a “explicitação” da significação do paciente a partir do lugar de compreensão dessa significação, e não de embate entre regimes de verdade. Lacan sempre posiciona o paciente, na entrevista, como conhecido por ele e pelo público; o paciente nunca é um desconhecido, mas alguém que já tem sua história conhecida pelos outros e está naquele lugar para completá-la e significá-la. Quando Lacan utiliza o acesso às informações, age como memória do paciente, pedindo que este construa com ele a significação sobre aquela situação, mostrando um interesse genuíno frente ao que o paciente tem a dizer sobre o que foi dito dele. É como um estudo

⁷⁹ Tradução e destaques nossos.

comparativo entre a forma como o paciente diz (enunciação) e o que é dito dele (enunciado) que a linguagem comparece como objeto e método de articulação entre essas duas instâncias.

Deste modo, Lacan posiciona-se como interlocutor do paciente, como alguém que está continuamente tentando compreender o que se passa, quais foram os pontos de partida, os giros de discurso, as situações limite que levaram o paciente até o momento da internação e, conseqüentemente, da entrevista. Ele buscava, então, propriedades psicoterapêuticas nas entrevistas, que elas pudessem fazer função de esclarecimento do paciente para consigo mesmo, sendo este esclarecimento mediado por Lacan e pelo público no lugar de terceiro na relação transferencial. Neste sentido, Valcarce (2015) afirma que: “o encontro com um sujeito dentro do dispositivo de apresentação de pacientes cria as condições para precisar o modo que cada um extenua-se com o gozo” (p. 23).

Esse procedimento em formato de dispositivo gera uma transmissão, compreendida como o ensino dentro das entrevistas de pacientes. Essa transmissão, apreendida nos comentários e na discussão em relação aos casos, evidencia a experiência narrativa da psicanálise: a partir de informações anteriores e da entrevista realizada por Lacan constitui-se um saber clínico baseado na experiência da escuta que produz um retorno à teoria buscando então conceitos, noções e marcadores teóricos que possam ser pensados e reformulados a partir dessa experiência. Deste modo, dentro das entrevistas de pacientes podemos obter as relações entre técnica, teoria e prática que conduzem à um exercício ético de produção de sentido. Vejamos, caso a caso, como essas relações aparecem.

3.3.1 Apresentação de sexta-feira, 12 de dezembro de 1975: Caso 1: Sr. BD., 26 anos⁸⁰

O caso do Sr. BD é dividido em informe psiquiátrico do hospital, histórico da enfermidade, comentários, entrevista e discussão. A discussão é atravessada por uma questão diagnóstica clara: neurose ou psicose?

Sr. BD é um representante comercial da Federação de Doadores de Sangue. Seu psiquiatra aconselhou a internação a partir do diagnóstico de Síndrome de Influência e ele foi levado ao hospital pela sua amiga (também denominada como noiva) J.. Está

⁸⁰ Todos os casos das entrevistas de pacientes foram traduzidos por nós da versão espanhola publicada pela Federação de Fóruns do Campo Lacaniano da Espanha.

internado há 15 dias quando do momento da entrevista e em seu prontuário encontram-se os seguintes registros:

[...] apresentação volúvel, familiar, exaltado, com momentos de abatimento. Se queixa de fenômenos qualificados como hipnóticos e telepáticos e de pensamento acelerado. Crê estar sob influência de um companheiro de trabalho, JB. Sente-se receptor de um emissor, mesclado entre si próprio e os demais. Sente que seu corpo se desfaz em pedaços. (p. 5)

Sobre sentir-se receptor de um emissor, quando perguntado sobre a influência que seu colega de trabalho tem sobre ele, afirma: “Ser receptor de alguém significa que se tem desejo em comprar a estatueta que está sobre a mesa do médico, é porque é receptor, que se sentirá inclinado a fazer o contrário, a não comprar o carro, comprar outra coisa para ser distinto” (*sic*) (p. 5).

BD teve uma primeira hospitalização um ano antes (1974) com duração de um mês (Ville Evrard) devido ao mesmo diagnóstico associado à mesma pessoa. Sobre o histórico da enfermidade, afirma que conhece J. (o companheiro de trabalho apresenta a mesma inicial que sua noiva) há 5 anos, sente-se seduzido por ele, atraído por seu aspecto enigmático e história trágica. Apoia-se nele. O companheiro seduz sua noiva (J.), eles se separam e se reconciliam. Após essa data sente-se sonolento na presença de J. Em 1973, ao despedir-se dele após o jantar, sente sonolência, a mente ao revés, com empuxo a suicidar-se; compreende, então, que a hipnose existe.

Apesar de todas as problemáticas com a família (filho de um segundo casamento do pai; problemas com amantes tanto por parte de pai quanto de mãe, sem preservar os filhos), B apresenta boa vontade com sua mãe e seu pai, sempre recorrendo a eles para “fazer perguntas, obter respostas e descobrir quem são” (p. 6).

Apresenta-se confortável diante do público, fala de maneira animada e entusiasmada, ligeiramente precipitado (antecipa algumas perguntas de Lacan). Durante a entrevista, acende um cigarro, entendendo sua atitude como um sinal de oposição e de recusa de influência.

Lacan conduz a entrevista de uma forma pouco diretiva, apenas pontuando algumas informações, pedindo explicações e esclarecimentos. É como se o psicanalista estivesse mapeando e localizando a fala do paciente em algum discurso, estabelecendo junto a ele alguns eixos centrais a partir dos quais vai balizando a fala do paciente, tentando produzir alguns efeitos. Vejamos alguns exemplos desses movimentos:

Dr. Lacan: [sobre sair de casa] Conheceu pessoas que viajavam?

BD.: Pessoalmente, não. Mas ter ido de um lugar para o outro te dá uma ideia. Tinha vontade de viajar. Viajava com amigos. Um dia me encontrei só. Tinha que enfrentar-me com ele, me enfrentei, e ali, evidentemente, compreendi...

Dr. Lacan: Compreendeu o que? Só te pergunto porque me informaram, não pergunto pelo tal do B.

BD.: Queria te falar sobre isso.

Dr. Lacan: Não disse uma palavra. (p. 11)

Dr. Lacan: Você compreendeu algo.

BD: Tinha um trauma homossexual e não podia recordá-lo. Encontrei a causa da minha perturbação. Sei que traumas sexuais não resolvidos podem causar alucinações.

Dr. Lacan: Dê-me um exemplo comprovado de alucinação. (p. 19)

Ainda algumas intervenções – como: “O que significa isso?” (p. 10); “O que você entende por telepatia?” (p. 11); “Conte-me sobre esse trauma que você sofreu” (p. 11); “Vamos tentar colocar datas em tudo isso. Quando estive em T. com esse moço?” (p. 13); “Concentrar-se? Quem concentra?” (p. 12) – apresentam esse movimento de mapeamento e localização da fala do paciente em um discurso, para que, de alguma forma, possa surgir uma nova condição para o estabelecimento de outros sentidos ou para que os sentidos já sedimentados possam rearticular-se de outra forma. A isso estamos denominando “vivificação da letra através da função significante”: narrativizar os aspectos descritivos da fala do paciente para que eles se rearticulem noutro lugar. A partir desses movimentos, Lacan apresenta pontos de referência a partir dos quais o paciente pode se localizar, funcionando, em alguns momentos, como arquivo-vivo da entrevista, lembrando os pontos fundamentais: “Quando chegou aqui, a questão era a hipnose” (p. 18). Essa função de memória, localizando pontos essenciais, é o que irá embasar a questão diagnóstica que atravessa a discussão do caso, posterior à entrevista.

Podemos perceber dois tempos distintos na entrevista. No primeiro, Lacan faz essas perguntas de caráter mais localizador, identificando alguns aspectos específicos da fala do paciente e apresentando a rede semântica de BD, a forma como ele articula e encarna os sentidos do dito. É um momento mais delicado, em que Lacan faz algumas falas de separação e diferenciação entre ele e o paciente, mostrando que só consegue compreender o que o paciente diz a partir de sua explicação e explicitação. A partir do momento em que o paciente acende um cigarro e começa a fumar, dizendo que “[...] as pessoas fumam porque têm medo de estar sozinhas” (p. 16), inicia-se um segundo momento em que o paciente já aparece mais diferenciado do outro, apresentando suas

questões e seus desejos associados ao público presente. Abaixo, alguns desses momentos:

Sr. BD. Que consequências [de acender o cigarro]? Nunca estive tão rodeado.

Dr. Lacan: Te incomoda?

Sr. BD.: Não, em absoluto. Me dou conta de que...

Dr. Lacan: De que todo mundo se interessa...

Sr. BD: Podem me trazer algo, eu posso lhes trazer algo, tomar consciência disso. Eu gostaria de ser informado...

Dr. Lacan: O que você gostaria que lhe informassem?

Sr. BD: Eu os ajudei com alguma coisa?

Dr. Lacan: Talvez. (p. 16)

Este enunciado do paciente, “Podem me trazer algo, eu posso lhes trazer algo”, apresenta-nos esse momento de separação, bem como o pedido de informação, para saber se o que ele disse ajudou para o público presente. Podemos perceber aí uma relação de cooperação estabelecida com o público, mediada por Lacan e que cria um ambiente de acolhimento e proteção, fazendo a função da intimidade, que inicialmente encontrava-se anulada, dando ao paciente a impressão de transparência e invasão de seus pensamentos. Lacan, ao longo da entrevista, ao pedir explicações constantes ao paciente, confere novamente uma opacidade ao seu dizer. No entanto, diferentemente de outros casos que veremos mais adiante, essa mistura não faz um efeito completo de cola, já que se estabelece no campo do possível, o que provoca dúvidas: é possível ser emissor ou receptor, a hipnose pode ser aceita ou não, é possível que se perceba posteriormente que se foi hipnotizado, tal como o paciente elucida ao longo da entrevista. Essa noção de separação e articulação entre Eu e o Outro, uma noção baseada na narrativa, é um dos indícios utilizados por Lacan para realizar o diagnóstico diferencial do paciente, no momento da discussão.

Encerrando a entrevista, Lacan responde ao paciente, quando este questiona se tem diagnóstico de psicótico:

Dr. Lacan: O que penso, depois de tudo que você passou, é que você deve ter tido momentos muito difíceis. (p. 22) [...]

Dr. Lacan: Você é surpreendente. (p. 24) [...]

Sr. BD.: Sou um caso psicótico? Eu tomei consciência.

Dr. Lacan: Evidentemente é um cara de sorte. (p. 25)

Após esse encerramento, Lacan despede-se do paciente com um “adeus, amigo” (p. 25) e se inicia a discussão do caso, que é centrada na questão diagnóstica associada às relações do paciente com sua namorada: é um caso de neurose ou de psicose? Lacan

aposta na separação que ocorre a partir do segundo momento da entrevista e que vai se esclarecendo para demarcar o campo da neurose. Dr. Cz. afirma ser necessário “pensar com a boca” (p. 25) para desfazer a confusão apresentada pelo paciente, ao que Lacan retoma “ser psicótico é crer-se neurótico” (p. 26), apontando que a dúvida apresentada pelo paciente dá indícios do campo da neurose.

O caso, assim, é focado no diagnóstico e nas suas possibilidades discursivas, apresentadas a partir da rede semântica do paciente. Podemos tomar como base a forma como é realizada essa articulação para compreender que, para a realização da hipótese diagnóstica apresentada por Lacan, é necessário que se estruture a escuta do paciente a partir da semântica desenvolvida em sua narração, compreendendo a forma como o paciente atribui sentido e realiza, neste caso, a dialética entre o Eu e o Outro para essa atribuição, foco essencial para a condução da hipótese. Além disso, podemos observar brevemente os efeitos terapêuticos dessa condução realizada por Lacan ao longo da entrevista, quando, ao pedir esclarecimentos e questionar abertamente o paciente sobre sua sensação com o público, Lacan devolve a opacidade ao discurso dele, afastando a sensação de influência antes sentida. É a partir de um jogo de ausência e presença de sentido, portanto, que conseguimos entrever a diferença (Davis, 1985, p. 849) que faz o signo da presença do sujeito, demarcado por Lacan na condução dessa entrevista.

3.3.2 Apresentação de sexta-feira, 6 de janeiro de 1976: Caso “Monique” (Sra. S., 42 anos)

O caso da Sra. S. é dividido em: a) Informe psiquiátrico – que contém: entrada no hospital, início dos problemas e fenômenos elementares, comentário, elaboração e descrição da paciente –; b) Entrevista; c) Discussão.

No informe psiquiátrico constam os dados da vida da paciente que depois serão utilizados como indícios clínicos por Lacan: fisioterapeuta, em trâmites de divórcio, internada em H. Rouselle em 20 de dezembro de 1975, trazida por uma amiga que foi aconselhada pelo psiquiatra Dr. B., consultado 15 dias antes da internação. Diz sentir-se incapaz de cuidar da filha e de ganhar dinheiro, crê que não merece viver (p. 27). Há ainda uma descrição do quadro clínico: “interrupção de memória, ponto hipocondríaco em forma de sensação de repleção na nuca, insônia, eczema periorbital em antebraços e mãos, amenorreia há vários meses” (p. 27). A paciente apresenta um quadro depressivo com lapsos de memória. Afirma que esse quadro ocorre a partir da separação com o

marido, um ano antes. Desde então relata ter sensações de catatonia, esvaziamento, delírios e sensações corporais (como a repleção). O pai, quando indagado sobre a paciente, afirma que ela nunca teve um discurso próprio, que copiava as pessoas e que era vazia (pp. 27-28): “[...] vivia copiando os demais. Se eram corretos, era correta; se eram tortuosos, era tortuosa” (p. 28). O marido afirma que, diante dela, sente-se como se estivesse com uma desconhecida, que guardava segredos e que foi precisamente por isso que se sentiu atraído por ela. Entretanto, após um tempo no relacionamento sente-se farto em esperar mudanças da paciente, que acabou se deprimindo com o nascimento da filha (pp. 28-29).

Há ainda nesse caso um subitem com o título *fenômenos elementares* onde aparecem as informações: perdas de memória; sensação de ter pensamentos que tem certeza de não serem seus; fenômeno do duplo, que ela caracteriza como uma espécie de paralisação, já que ela sente que existem duas pessoas: “uma que não pode agir e outra que pensa, mas não pode expressar-se” (p. 29), porque uma figura zomba da outra. Diz, ainda, sobre esse fenômeno, que “tem a impressão de que não se reconhece na voz que escuta internamente [...] é uma divisão da fala, um som” (p. 29). Quando fala em público, questiona-se se seu interlocutor não se dá conta de que quem fala não é totalmente ela; e tudo se passa, então, na sua fala como um grande “como se” (p. 29). A essa sensação relatada pela paciente denomina-se “xenopatía”⁸¹: a paciente porta-se como alheia, sendo a linguagem estrangeira a ela. Há também fenômenos de mania persecutória e melancolia. Também há a informação: “alguns dias antes de sua apresentação, seu estado havia melhorado enormemente. A mania persecutória havia desaparecido, assim como a melancolia” (p. 29).

Nos comentários, Lacan afirma que a Sra. S. é psicótica, mas que contém um bom prognóstico, dado que sua reação responde bem à situação objetiva de sua vida (p. 30). O fenômeno pontual que desencadeia a psicose é a partida do marido e é a partir desta que se acentuam os fenômenos elementares, antes já presentes. Ao final, no entanto, Lacan afirma que esses fenômenos estão “bem compensados” (p. 30) e que a paciente apresenta uma ampla rede de apoio, por isso o psicanalista é a favor de sua alta. Há, ainda, no subitem *elaboração*, uma análise comparativa com o primeiro caso, de BD, para diferenciar os quadros clínicos de neurose e psicose. Distintamente de BD, que apresentava uma cosmovisão, a Sra. S. não a apresenta, fato que é analisado neste

⁸¹ Do grego *xenos*, estrangeiro, que diz da forma como essa paciente se posiciona em relação à linguagem.

subitem como ausência do Nome-do-Pai, que era suplementado pela presença do marido. Há também uma articulação com as fórmulas da sexuação, situando a psicose no campo do não-todo e articulando esse não-todo à falta de limite apresentada pela ausência do marido. Neste sentido, há uma associação entre a psicose e o gozo feminino⁸², feita brevemente pelos comentadores, apresentando uma visão tradicional do campo diagnóstico em psicanálise – que, muitas vezes, tende ao ocultamento das diferenças através da primazia do falo.

Ao longo da entrevista, veremos uma legitimação das perguntas realizadas por Lacan, reduzindo sua parte enigmática (p. 31) e realizando sempre um arrazoamento de sua compreensão: “até aqui te acompanho, mas, mais adiante... (p. 31)”; “estou aqui para te fazer algumas perguntas, mas pode me contestar, se for o caso” (p. 31), dentre outras colocações. A paciente é colaborativa e apresenta um semblante entristecido (p. 31).

Assim, dado esse histórico inicial apresentado a Lacan, observaremos que o manejo da entrevista advém de um certo cuidado do preenchimento, pela própria paciente, das lacunas que deixa em seu discurso, a fim de não deixar sentidos ocultos em seu enunciado. Lacan também marca a utilização dos mesmos significantes que a paciente, realizando, ao que parece, uma função especular de seu discurso:

Dr. Lacan: Neste momento, então... saltemos para o final: como chegou aqui?

Sra. S.: Como cheguei aqui?

Dr. Lacan: Como chegou aqui? É natural que eu te faça essa pergunta.

Sra. S.: Porque não me sentia muito, muito bem.

Dr. Lacan: Não se sentia bem...o que é que não ia bem?

Sra. S.: Havia tentado...não queria seguir vivendo.

Dr. Lacan: Você começou dizendo: havia tentado...tentado o que?

Sra. S.: Desaparecer. Por isso meus amigos me trouxeram aqui. (p. 32)

A explicitação da reticência – realizada por Lacan através da questão: “você começou dizendo [...]” – é um exemplo do manejo que ele utilizará nesse caso. É um manejo que traz em seu cerne a tentativa de trazer à tona os sentidos que a paciente dá aos seus atos, para conferir-lhe recorte, dimensionamento, num modo de encarná-los. Lacan realiza esse manejo com o intuito de dar peso às palavras da paciente, para que elas não flutuem à revelia dela própria, tencionando-a a construir sua narrativa. É por

⁸² Apresentam-se questões como: “estão todas loucas [as mulheres]?” (p. 31) – colocando em evidência uma aproximação entre o feminino e a psicose (mulher e louca/ mulher ou louca).

esse motivo também que Lacan tem a cautela de utilizar as mesmas palavras que a paciente, no intuito de permanecer na mesma região de sentido apresentado por ela. Nessa mesma linha há, como afirmamos acima, o esclarecimento de Lacan de suas perguntas, afirmando seu interesse na fala da paciente, que é atravessada de silenciamentos⁸³:

Dr. Lacan: [sobre o marido] Ah sim! Enganou-a com quem?

Sra. S.: Com uma mulher, uma senhora. Uma de suas antigas pacientes.

Dr. Lacan: Ah sim! Gostaria, igualmente, dou um pequeno salto, que tente me falar de você.

(A Sra. S. sacode a cabeça)

Dr. Lacan: É porque me interesso pelo que você passa. Se pudesse explicar seus sentimentos, o modo como sentiu tudo isso. Aquele [sentimento] que você supõe que deixou a única escolha do momento que te trouxe até aqui...

Sra. S: O fato de ter pedido o divórcio?

Dr. Lacan: Não, não é precisamente isso que importa, e sim saber como sente as coisas, porque certamente tudo me parece razoável. Se seu marido te enganou, não vejo por que teria que aguentá-lo mais do que já aguenta-se, geralmente. Até aqui é tudo compreensível. Mas, gostaria de saber mais. Quero dizer, eu a compreendo muito bem em tudo que tem me contado até agora. Mas, e você em tudo isso? Gostaria de saber por que, segundo você, por que você fracassou em seus estudos? Fracassou porque... (p. 34)

Vemos que Lacan constrói uma vinculação com a paciente com o intuito de legitimar o seu discurso para que a própria paciente o legitime, ou seja, aproprie-se dele, perceba que, quando ela diz algo, diz sobre ela e sobre como se sente. Nesse sentido, ele também contesta algumas contradições que aparecem no seu discurso: “Isso não é a mesma coisa, em absoluto, que você acaba de me dizer um momento atrás. Você havia me dito que não havia trabalhado o bastante” (p. 34); e há também momentos em que marca a necessidade de a paciente ser mais precisa e menos alusiva: “Ponha os pingos nos is” (p. 36).

Lacan realiza essas pontuações justamente em uma tentativa de escandir o significante, o que compreendemos aqui como narrativizar o discurso. Quando ele pede à paciente que “coloque os pingos nos is” ou quando ele mostra suas contradições, o psicanalista busca apontar à paciente que ele não está lidando apenas com informações, mas sim com a história da paciente e, para isso, precisa saber como essa história é interpretada por ela. Se tomarmos a afirmação de Benjamin (1936/ 1994) que utilizamos

⁸³ Pensamos no silenciamento como uma espécie de coerção, baseada na questão do duplo trazida pelo histórico da paciente. Ela própria silencia seus sentidos e se sente paralisada, efeito de sua condição de xenopatia.

no início desta tese, de que há um funcionamento social que pretere a narrativa a favor da informação, compreendemos que Sra. S. se articula na linguagem desassociando-a de sua história, efeito de seu próprio sintoma, o duplo, que a paralisa frente à linguagem.

Ao extirpar da condição de expressão do significante a narrativa, a paciente insula os elementos de seu discurso, impossibilitando as articulações entre linguagem e pulsão, o que caracteriza seu estatuto de “xenopata”, isolada da linguagem, e, portanto, de seu saber sobre ela – e, em consequência, de seu ser (sentido)⁸⁴. Por essa condição, Lacan investiga a questão do duplo:

Dr. Lacan: Sente que escuta a si mesma, quer dizer que você fala?

Sra. S.: Sim.

Dr. Lacan: Como fala? Não lhe deixa soltar palavra?

Sra. S.: Sim, como se me impedisse de falar... não sei como dizer.

Dr. Lacan: Tente. Quem dirá, senão você? (p. 45) [...]

Sra. S: [sobre a lembrança da origem do duplo] Me recordo. Me vejo pequenina, atrás da porta; no fundo é como se não houvessem me castigado, mas levei bem, portanto, devia ter muito medo. Talvez essa tenha sido a primeira vez que havia um duplo.

Dr. Lacan: Essa vez o duplo não estava atrás de você, o duplo era você. (p. 46)

A partir dessa incursão no discurso da paciente para compreender como a questão do duplo se funda e tem origens em seu funcionamento, Lacan evidencia a relação da paciente com o Outro, sempre associada a um outro, tomado como duplo que a imobiliza e coloca como espectadora de sua própria história. Há, então, na discussão do caso, a hipótese diagnóstica de psicose, mas também a aposta na alta, devido à ampla rede de cuidadores que a paciente possui (p. 50). Vemos, desta forma, como a narrativa – enquanto articulação entre linguagem, corpo e história – é demarcada nesse caso, justamente pela sua ausência e pela tentativa de inserção nos manejos apresentados por Lacan.

⁸⁴ Aqui estamos fazendo referência à articulação que Lacan realiza entre ser e sentido em seu Seminário, Livro 20: Mais, ainda (1975); especificamente a este trecho: “É no ponto de onde brotam os paradoxos de tudo que chega a se formular como efeito da escrita que o ser se apresenta, se apresenta sempre, por par-esser. Seria preciso aprender a conjugar como se deve: eu para-sou, tu para-és, nós para-somos e assim por diante” (p. 62). Ao realizar essa articulação, a relação entre essência e aparência consoma-se no dizer, sendo o sentido a presença da intimidade do sujeito com a linguagem.

3.3.3. Apresentação de sexta-feira, 20 de janeiro de 1976: Caso “Sr. H” (A.H., 52 anos)

O caso do Sr. H. é dividido em: a) Informe psiquiátrico – que contém os subitens: saída da prisão, circunstâncias do ato infracionário e encarceramento; hospital/prisão, início dos problemas, fenômenos elementares (estes três últimos em um subitem só) –; b) Comentário sobre a entrevista de Lacan; c) Entrevista; d) Discussão. Esse é o caso que contém o maior número de registros institucionais do paciente, apresentando sua passagem pelo sistema de justiça e pelo sistema de saúde de sua época, com grande articulação dos registros de ambos.

Sr. H. é auxiliar de limpeza do hospital P.; casado, tem um filho, D., de 7 anos. Passou por internação em “atenção gratuita” (p. 52) por oito vezes no Pinel através do Dr. H., médico da assistência à saúde na prisão, que acompanha seu caso já há treze anos. Desde a internação os problemas com ansiedade diminuíram. Tem um episódio de amnésia, sendo difícil recordar seu passado. Foi criado pelos avós. “Pai desconhecido. Reconhecido como o primeiro marido de sua mãe, que lhe dá o sobrenome, mas que não conheceu” (p. 52). Tem dois irmãos de pais diferentes. Condenado a prisão perpétua e morte após roubar a casa de um médico com dois cúmplices. Foi também cafetão. Foi gradativamente perdoado de suas sentenças por bom comportamento na cadeia. Passa seis anos preso. Aprende vários ofícios na cadeia. No subitem “Saída da prisão” consta a informação de que o paciente saiu em liberdade condicional depois de ter passado dezoito anos (dos 22 aos 40 anos) com restrição de acesso a dois departamentos. Trabalhou em uma gráfica e nos últimos três anos passou por sete hospitalizações entrecortadas por estadias em casas de repouso. Casou-se com uma enfermeira que conheceu em uma de suas internações (1966) e, após três anos juntos, nasce seu filho (1969). Após quatro anos do nascimento do filho, passa por disputas com a esposa e é internado (1973). Trabalha até outubro de 1975; deixa de trabalhar por estar internado e é demitido recentemente (1976) (pp. 52-53).

No subitem “Circunstâncias do ato infrator e do encarceramento” há informações sobre sua passagem no cárcere devido ao roubo realizado na casa de um médico, seguido de assassinato com queima dos pés e órgãos genitais da vítima. Tudo indica que o Sr. H. não sabia desses fatos, realizados por um de seus cúmplices, que inclusive admite ter afogado o Sr. H. para que este desse prosseguimento ao roubo. Esse testemunho atenuou sua pena. Era conhecido como justiceiro na prisão, teve problemas

com os detentos, passou por diversas reduções de pena até sua saída (p. 53). Em “Hospital/prisão, início dos problemas, fenômenos elementares”, há a informação de que os fenômenos elementares surgiram quando Sr. H. soube da atenuação de sua pena. Ele começa a pensar que os outros detentos estão falando dele, sabem o que ele pensa e o xingam de bastardo. Devido a esses fenômenos, fica dois meses internado em Santé. Volta para a prisão em regime de semiliberdade, os fenômenos se agravam. Passa por mais duas hospitalizações durante o regime semiaberto. Diz sair na rua e escutar *beeps* em todos os lugares, pensa que há microfones e policiais o vigiando. Deseja fugir, é hospitalizado novamente e os fenômenos diminuem. Ao entrar em liberdade condicional, apresenta recaída imediata, e daí seguem as oito hospitalizações no Pinel. Tem a impressão de ser constantemente vigiado, de que adivinham seu pensamento e de que “cheira à prisão” (p. 53). Apresenta duas tentativas de suicídio e os fenômenos acentuam-se no trabalho: “Alguém me devolvia a palavra que eu havia lançado (insulto). Me dava a entender por sua risada sarcástica e por sua atitude” (p. 53). O sentimento de perseguição nunca desapareceu desde o início dos fenômenos e sempre há uma diminuição decorrente das hospitalizações. Diz ter a sensação de que a polícia nunca o deixou tranquilo desde que saiu da prisão (intercepções de cartas, vigilância, interrogatórios etc.). Tem dúvidas sobre as significações de sua persecutoriedade, confundindo-a com acontecimentos reais e objetivos pós saída da prisão como trabalhar com antigos detentos no hospital. (pp. 53-54).

Antes da transcrição da entrevista, nos “Comentários” há uma questão quanto à hipótese diagnóstica. Não há clareza sobre o diagnóstico de psicose que vai aparecendo gradativamente ao longo da entrevista. O paciente apresenta-se consciente e bem orientado, com bom humor (p. 54); no momento de sua internação, supõe-se tratar de uma “patologia carcerária” (p. 54) devido à atribuição, pelo próprio paciente, de seus problemas às condições da vida carcerária que passou – em que os detentos são constantemente vigiados, vistos, escutados e espiados. O paciente relata que a cela era aberta por policiais a cada cinco minutos (p. 54). No entanto, percebe-se a delinquência como um sinal de proteção à psicose que começa a dar indícios no momento de atenuação da pena recebida pelo Sr. H.: “A psicose se manifesta a partir do momento em que sua “boa conduta” foi reconhecida, o que era incompatível com sua própria convicção fundamental [a de ser um delinquente, um “merda” nas palavras do paciente]” (p. 55).

Há uma separação, realizada por Lacan durante a entrevista, dos distintos níveis do delírio que se apresentam narrativamente em seu discurso. Esse manejo associado ao apontamento de Lacan de que o Sr. H. havia denunciado seu cúmplice, identificando-o como denunciante e como “merda” (p. 55), marcam a construção persecutória do paciente, evidenciando-a e diminuindo a sensação de perseguição. Devido a essas intervenções, o paciente afirma que a entrevista teve um efeito reparador e que se sente melhor (p. 54). Veremos então que Lacan realiza manejos narrativos, devolvendo ao paciente suas significações, que ele atribuía a outros. Esse manejo produz efeitos terapêuticos por trazer aspectos históricos do paciente, vinculando-os à interpretação do Sr. H. de suas atitudes e das situações de sua vida. Em uma das primeiras intervenções da entrevista, Lacan diz: “Cedo-lhe a palavra, tente dizer a verdade. Sem esperança nunca chegamos a dizer a verdade, mas, se há algum esforço, já não será mal” (p. 56). Faz isso com o intuito de marcar ao paciente a necessidade de dizer sobre a sua história, contando-a, sem interdições morais e, ao mesmo tempo, afirmando que ele não está ali para julgá-lo. Vejamos algumas intervenções que apontam esse direcionamento:

Dr. Lacan: Te condenaram à cadeia perpétua com trabalhos forçados, não em vão. Como?

Sr. H: Naquela época, foi para dar exemplo. A pena foi demasiado dura. Apelei da decisão. Me transferiram para Loiret, em Orleans, onde me condenaram à morte. Me perdoaram em seguida. Estive um ano na cadeia. Depois me transferiram a um centro de reeducação e ali, devido à boa conduta, consegui que me perdoassem sucessivamente, até conseguir a liberdade.

Dr. Lacan: E... como? Você me disse que foi condenado à morte.

Sr. H.: Me perdoaram a pena de morte.

Dr. Lacan: Por que o perdoaram? (p. 58) [...]

Dr. Lacan: Mas... você fez algo para obter clemência? (p. 59)

Percebemos que Lacan utiliza as informações que tem do caso de modo a articular, junto ao paciente, alguns de seus aspectos históricos, apontando para a sua responsabilidade – existência – neles. É como se Lacan trabalhasse com esse paciente no nível da enunciação, trazendo à tona constantemente significantes que estão submersos. Com esses manejos, ele vai recortando o quê da história do paciente compõe o seu delírio, passando, tal como é afirmado nos comentários sobre a entrevista, da prisão à redução da pena para compreender de que modo os fenômenos elementares dispararam. Estes estão associados à crença do paciente em ser um “merda”, e o fato de a pena ser reduzida faz com que essa crença, colocada em risco, ponha em questão a

identificação do Sr. H.. Esta é a primeira camada de significação da narrativa do paciente para que compreendamos seu discurso:

Ser um merda/ Ser delinquente	Atenuar a pena sem saber o motivo (Denúncia não admitida do comparsa)
“Eu mal-penso”	“Os outros me mal-pensam”

Como dito nos comentários, as interações reduzem os fenômenos elementares. Há na entrevista um outro indício desse motivo:

Sr. H.: Minha ideia era essa de se fazer respeitar certas coisas, para que todas as pessoas do hospital pudessem comer até se saciarem.

Dr. Lacan: As pessoas do hospital?

Sr. H.: Perdão. As pessoas da prisão.

Dr. Lacan: Sim, também é uma prisão, isso?

Sr. H.: Sim.

Dr. Lacan: Sim, é o mesmo sistema.

Sr. H.: Ah! Mas... no fim das contas... às vezes... temos a impressão de estar atados, faz falta um descanso. Mas, bom, não é igual a uma prisão, é outra coisa.

Dr. Lacan: Porque foi você quem mencionou o hospital. Teve o que chamamos de um pequeno lapso. Foi você quem acabou de falar. (p. 66)

Vemos, então, a partir do trecho supracitado, a relação que o paciente faz entre estar hospitalizado e estar preso. Essa articulação de sentido estabelecida entre ambos os sistemas (penitenciário e de saúde) o colocam discursivamente na mesma posição: a de ser um merda – o que o coloca narrativamente novamente como sujeito, saindo de “ser mal-pensado” para “mal-pensar”. Temos, então, um segundo nível de significação, que associa “prisão” a “hospital”, e, por isso, localiza o sujeito na mesma posição de delinquência assumida inicialmente:

Ser um merda/delinquente	Atenuar a pena/ sair do hospital
“Eu mal-penso”	“Os outros me mal-pensam”
Permaneço preso (prisão = hospital)	Vivo em liberdade, mas vigiado (porque sou um merda)
Redução dos fenômenos elementares	Retorno dos fenômenos elementares

Com esse jogo entre *pensar* e *ser pensado* de um lado e *pensar* e *agir* de outro, Lacan vai apontando para o paciente a sua posição e o seu retorno às interações como uma tentativa de contenção dos fenômenos elementares. Assim, Lacan salienta a relação

entre a atenuação da pena e a denúncia realizada pelo paciente de seu cúmplice, bem como para a relação entre pensar ser um merda e ser um merda, movimentos que operacionalizam a construção do delírio:

Sobre a denúncia:

Dr. Lacan: [sobre os outros pensarem mal do paciente] De que ideia brotam? De que você é – o que você mesmo disse – um homem mau? Não te parece inverossímil? (p. 62) [...]

Dr. Lacan: Sim, um momento atrás, se entendi bem, é verdade que você denunciou, assim você disse, o seu cúmplice, ao dizer que estava ciente...

Sr. H.: O denunciei estupidamente, porque naquele momento era o inspetor B. que se ocupava do caso [...] e talvez tenha me dito: “amigo, você pega três anos, mas os demais estão fodidos [...]

Dr. Lacan: E não se sente culpado?

Sr. H.: Sim.

Dr. Lacan: Diga-me o que sente.

Sr. H.: Sinto que esse cara não valia grande coisa, provavelmente menos que eu. Mas agora me culpo. Talvez pudesse ter me calado. (p. 65)

Sobre ser um merda:

Dr. Lacan: [o que o paciente escutou da enfermeira que o atendia] Que merda de tio! Era pra você?

Sr. H.: Entendo que sim.

Dr. Lacan: E você segue tendo apreço por ela?

Sr. H.: Sim, ela é muito amável.

Dr. Lacan: No entanto, segundo o que você diz, ela pensa que você é um merda.

Sr. H.: Me enviou um postal, foi praticar esportes de inverno, me deu um postal com seus melhores votos

Dr. Lacan: Um postal com seus melhores votos a um merda?

Sr. H.: É muito amável, talvez dessa vez se tenha esquecido.

Dr. Lacan: Se esqueceu que é um merda?

Sr. H. (ri): Sim! Ah, sabe muito bem onde estou, que não sou um cara exemplar, sou uma espécie de bastardo.

Dr. Lacan: Pensa que é um merda? Que... é um... merda?

Sr. H.: Sim.

Dr. Lacan: Se você mesmo pensa desse modo, aceite que isso o ajuda a crer que os demais pensam a mesma coisa. (p. 70)

Deste modo, Lacan vai apresentando ao paciente como ele próprio se sente, evidenciando que sua sensação de “ser um merda” é acentuada pela culpa em relação à denúncia do cúmplice, o que o coloca fora do seu lugar de sentido quando está em liberdade. Percebe-se assim como as intervenções de Lacan reestabelecem o assentimento subjetivo necessário para que a narrativa se organize: “sou um merda delinquente *porque* denunciei meu comparsa. *Porque* eu mal-penso isso de mim, ou outros me mal pensam”. O nível narrativo, ao contrário do plano discursivo opera por conexões de causalidade, ligando necessidade e contingência, possibilidade e impossibilidade.

Já no segundo momento, sobre o flerte que o paciente tem com uma enfermeira durante uma de suas internações, e que a escuta dizendo que ele era um merda, Lacan pontua que esse pensamento é dele, e que ele crer-se um merda colabora para que pense que os demais pensam a mesma coisa dele. Ser um merda, portanto, apresenta-se como sua condição de existência, que, quando retirada dele, provoca sensação de perseguição e invasão por estar fora do lugar, construindo assim um delírio que o componha novamente como merda, retornando ao status de prisioneiro. Essa trama narrativa que se apresenta em duas camadas de significação aponta para o discurso do paciente, alienado de sua divisão, associado a um único valor que não se modifica, não podendo ocupar outros espaços narrativos em sua trajetória.

A partir dos manejos realizados por Lacan, o paciente começa a colocar em dúvida suas certezas persecutórias, efeito curativo desse movimento de significação do discurso do paciente:

Sobre as zombarias no trabalho:

Dr. Lacan: Está seguro disso, de haver escutado, de haver escutado o que eles diziam sobre você?

Sr. H.: Me parece que sim. Agora já não estou seguro, mas me parece que sim.

Dr. Lacan: Está seguro ou não está seguro?

Sr. H.: Estou seguro, sim. Ouvi zombarias várias vezes. (p. 69)

Sobre as relações na prisão:

Dr. Lacan: [sobre as cartas que trocou na prisão] Sim, porque interceptam cartas.

Sr. H.: Todo meu correio. Algumas cartas são interceptadas.

Dr. Lacan: Por que as interceptam? Por que algumas, e não todas?

Sr. H.: Talvez eu esteja exagerando ao dizer que interceptavam todas, e não algumas. As cartas que escrevi ao Sr. X., educador, creio que ele havia me respondido, porque éramos muito amigos. Mas não me respondeu nunca e eu compreendi que haviam interceptado minha carta, ou que ele não havia recebido; ou uma coisa, ou outra.

Dr. Lacan: Não pode haver outra razão?

Sr. H.: Acho que não.

Dr. Lacan: Ele pode ter se esquecido de você.

Sr. H.: Sim, isso também, depois de anos de prisão.

Dr. Lacan: Não pensou isso? Talvez ele estivesse farto de te responder.

Sr. H.: Talvez estivesse farto, creio que é isso.

Dr. Lacan: Não é a primeira coisa que te passa? Que simplesmente ele já havia feito muito por você?

Sr. H.: Sim, não sei; não posso dizer, não sei.

Dr. Lacan: A primeira coisa que lhe ocorreu foi que a carta havia sido interceptada.

Sr. H.: Sim, assim é, foi a primeira coisa. Depois refleti, pensei que talvez ele estivesse farto de mim. [...]

Dr. Lacan: Quando te conhecem, não te esquecem, isto está implícito no que disse. (p. 73)

Ao colocar em dúvida os sentidos que construiu, o Sr. H. afirma que a conversa clareou suas ideias, fazendo-o compreender o que o tornava mal-educado, sentindo-se um pouco liberto (p. 76). Ao finalizar a entrevista, Lacan afirma que o paciente produz uma “palavra inquebrantável”, “dura como aço” (p. 78), evidenciando a dificuldade do paciente de sair de suas certezas persecutórias. Entretanto, tal como podemos ver na entrevista, há momentos de dúvida, momentos em que o paciente balança entre suas certezas, dando alguma leveza a elas. O manejo de Lacan apresenta-se diretamente associado a essa possibilidade de colocar em questão as certezas do Sr. H., bem como mostrar que o que ele pensa não é acessível ao interlocutor. Isso se mostra, mais uma vez pelo uso da indagação do nexos causal: “*por que* as cartas, e *por que* só algumas e não todas são interceptadas”. Esse movimento constitui efeitos terapêuticos na entrevista, mostrando a linguagem como operador clínico desse processo.

3.3.4. Apresentação de sexta-feira, 13 de fevereiro de 1976: Caso “Uma psicose lacaniana” (G. L. 26 anos)

O caso de G.L. é dividido em: a) Informe do hospital psiquiátrico – que contém: observações médicas, situação atual da psicose, entrada no Pinel em dezembro de 1975, anamnese –; b) Entrevista com Lacan e uma breve discussão não demarcada como subitem após a entrevista. O caso ficou denominado como “Uma psicose lacaniana” devido à forma como o delírio é construído, a partir de jogos de linguagem utilizados deliberadamente pelo paciente⁸⁵.

No informe do hospital consta que G.L., 26 anos, foi estudante de matemática, física e psicologia, tentou suicídio *via* medicamentos devido à sensação de que todo mundo conhecia seus pensamentos. Teve uma piora progressiva a partir de 15 de janeiro de 1975, afirma surgirem muitas “palavras impostas” (p.78), dúvida de si o tempo todo. As entrevistas no Pinel, que ocorrem regularmente desde janeiro de 1974, apaziguam os pensamentos impostos, mas estes seguem alimentando continuamente “o outro imaginário”, regulando sua psicose (p. 78). No subitem “Sistema atual da psicose”, há a explicação de que esta se organiza em uma alternância de bloqueios (interrupções do pensamento) e atropelos discursivos para “dizer tudo”, antes que os pensamentos

⁸⁵ Poderíamos também nomeá-la como “uma psicose saussuriana”, na qual o sujeito,, acreditando na linguagem como um sistema fechado e o signo como imotivado não a habita, evitando misturar-se com a realidade. Veremos essas questões ao longo do caso.

impostos irrompam (p. 78). A conjunção “mas” conecta seus pensamentos com os pensamentos impostos: “querem matar o pássaro azul, mas o amor não está morto / vão zombar de meus pássaros azuis, mas a zombaria não é idiota / assassinato⁸⁶ político sujo, mas a virtude sairá vitoriosa/ o sr. D. é amável, mas eu estou louco” (p. 79). G.L. afirma que basta conjugar as palavras com a linguagem para criar mundos. Sua técnica para tal é cortar palavras que apresentam homofonia, contraindo e juntando palavras, e, assim, juntando sentidos. O paciente afirma que “a partir da linguagem podemos abarcar outros mundos” (p. 79). Realiza esses procedimentos desde os 7-8 anos. Afirma que os mundos se constroem como um discurso (pp. 78-80). No subitem “Ingresso no Pinel” há informações a respeito de seus estudos associados à psicose: QI alto, diz ter telepatia como emissor (sabe que as pessoas leem seu pensamento). Constrói o mundo a sua imagem, segundo o que ele imagina. Antes da internação, dedicou-se a investigações linguísticas – a linguagem unitária, a linguagem anterior à torre de Babel, que encontraria nos substratos da linguagem – e também a investigações físicas: apresentava interesse sobre os estratos e substratos dos elétrons, com o intuito de mostrar a ausência de descontinuidade no universo” (p. 80). Na anamnese realizada no Sainte Anne, o paciente conta de suas internações e das alucinações que acontecem desde os 7-8 anos. Afirma ter “crises místicas” (p. 80), apaixona-se por garotas pelas quais desenvolve amores platônicos. Tem sensação de clarividência. Passou por 13 sessões de eletrochoque na clínica N. e mais 12 sessões na clínica O., antes da internação. É hospitalizado no Sainte Anne por sugestão do Dr. G., psiquiatra que acompanha seu caso. Seus primeiros problemas surgem em 1964-1965. Seu nome, “Gérard”, é dividido por ele em “Geai Rare” que significa gaio⁸⁷ (pássaro) raro. Há então um *Gérard* no mundo real e um *Geai Rare* no mundo imaginário (pp. 80-82).

Ao longo da entrevista, Lacan constantemente atribui saber ao paciente, colocando nele a condição de explicação de seu caso:

Dr. Lacan: Sente-se, querido. Você despertou o mais vivo interesse. Nós nos interessamos muito pelo seu caso. Você falou com o Sr. Cz e com o Sr. X. Algumas coisas tornaram-se mais claras. Fale-me de você. Não sei por que não deveria lhe dar a palavra. Você sabe muito bem o que se passa com você. (p 82)

⁸⁶ Este termo é um sintagma criado pelo paciente que realiza uma condensação entre “assassinato” e “assistência”. Em francês: *assastinat*.

⁸⁷ Da espécie *Garrulus glandarius*.

A atribuição deliberada de saber ao paciente é uma das características do que Lacan nomeou “secretariar o alienado” (Lacan, 1955-56), manejo apresentado em seu seminário sobre as psicoses, afirmando ser necessário ao alienista “tomar ao pé da letra” (p. 236) o que diz o alienado. Há uma abundância de intervenções nesse sentido:

Dr. Lacan: Quando fala sobre o fenômeno de osmose, que ideia faz da osmose em questão, você que sabe distinguir tão bem o real...

Sr. L.: ...do imaginário?

Dr. Lacan: Isso, exatamente. Entre que é o que ocorre a osmose? [...]

Dr. Lacan: Mas... sabe que não sabemos mais que você [quanto à relação de osmose entre corpo e espírito apresentada pelo paciente]. (p. 88)

Dr. Lacan: Eu não sou muito receptor, já que estou te garantindo que me bagunço com seu sistema. As perguntas que te fiz são provas de que é precisamente a sua explicação o que eu desejava. Não percebi tudo o que implica no que chamaríamos de seu mundo. (p. 97)

Lacan, então, fica constantemente pedindo ao paciente explicações sobre sua condição, “seu mundo”, afirmando que está no paciente a possibilidade de que ele, na condição de alienista, compreenda seu discurso e, assim, o paciente possa, conforme a tradição de Pinel, recuperar a razão alienada, por meio de atos de reconhecimento, ou seja: “esclarecer-se”. Textualmente “Dr. Lacan: Tome seu tempo, tome seu tempo para esclarecer-se” (p. 83). Durante a entrevista, ao colocar no paciente a capacidade de distinção sobre seu discurso, Lacan também realiza uma função de recorte, tanto da fala quanto do ambiente da entrevista, assegurando o paciente de que ambos (tanto discurso quanto ambiente) estão limitados:

Dr. Lacan: Que evoca a noção... diga-me: não o assassinam? (p. 83)

Sr. L.: Não, não me *assassinaram*. Vou continuar uma espécie de recuperação inconsciente. De repente, emerge uma frase agressiva e insignificante, não significante, não significativa na linguagem comum, e de repente recupero essa agressividade e tendo a encontrar todo mundo amável, bonito etc. Isso beatifica, canoniza algumas pessoas que chamo de santas. Tenho uma amiga que se chama B., isto de santa B. Santa B. é uma frase que emerge, mas no momento em que estou em uma fase agressiva. Sempre tenho essa divisão entre duas frases que se completam segundo a influência do tempo, e que não são da mesma ordem, uma emergente e outra reflexiva.

Dr. Lacan: Sim. Então, conversemos, se quiser, mais concretamente das frases emergentes. Desde quando elas emergem? Não é uma pergunta boba...[...]

Dr. Lacan: Por que se volta para M?

Sr. L.: Me pareceu que caçoava de mim.

Dr. Lacan: Sentiu uma presença zombeteira? Não está ao seu alcance...

Sr. L.: Ouvi um ruído e senti...

Dr. Lacan: O mais seguro é que ele não esteja rindo de você. Eu o conheço bem, seguramente não ri de você, pelo contrário, isto o interessa. É só isso, e fez um ruído.

Sr. L.: A impressão de compreensão intelectual de sua parte...

Dr. Lacan: Sim, creio que sim, é típico dele, porque eu lhe asseguro que o conheço. E mais, conheço todas as pessoas que estão aqui. Não teria dito a elas que viessem se eu não tivesse total confiança nelas. Bem, continue. (p. 84)

Lacan recorta temas que o paciente traz – “conversemos [...] sobre as frases emergentes” –, tentando dar algum contorno ao que o paciente diz e assegurando-o de seu espaço quando afirma que tem “total confiança” nas pessoas que estão assistindo à entrevista, deste modo procura dar forma aos mundos que o paciente relata, limitando-os, justamente para poder criar uma relação entre eles, retirando o “peso das palavras” utilizadas pelo paciente.

Dr. Lacan: A assistência e o assassinato: você os distingue ou é ambíguo?

Sr. L.: Ambíguo.

Dr. Lacan: É ambíguo?

Sr. L.: Não chego a...

Dr. Lacan: A desligar a assistência do assassinato. Qual a data desse enredo, que podemos chamar de sonoro? Quando foi que as palavras – deixemos de lado a história de seu nome, de Luc As, “Geai Rare”; isso tem muito peso, o pássaro raro, mas... – “assistência” e “assassinato” se relacionam uma com a outra.

Sr. L.: Entendo que...

Dr. Lacan: Em outras palavras, existe mais diferença entre assistência e assassinato, não podemos dizer que aí as palavras tem peso, porque o assassinato sujo...

Sr. L.: Peso, na medida em que não é reflexivo.

Dr. Lacan: Ou seja, você não adiciona sua reflexão? (pp. 91-92)

Ao intervir dizendo que o paciente não adiciona a reflexão aos termos que utiliza, Lacan está apontando para: (1) a existência de um sujeito através da ambiguidade do termo “sua” – que remete tanto à reflexão que o sujeito tem ao usar as palavras (compreendendo aqui reflexão como interpretação) quanto (2) à reflexão verbal, apontando para o movimento da linguagem, que, encarnada no sujeito, reflexiona, gira e se compromete com o sentido. É como se, tanto a “língua corriqueira”, tal como nomeia o paciente, quanto a língua de seu mundo fossem dois sistemas fechados cujos signos, imotivados e arbitrários, compreendidos esses termos em sua literalidade, não tencionassem ou reflexionassem para uma possível relação, mantendo-se como dois ideais: “Gérard” não dialetiza e nem se aproxima de “Geai Rare”, são duas instâncias separadas e estanques. Outra forma de fazer essa relação entre os mundos foi realizando intervenções a partir da modificação da forma gramatical das palavras utilizadas pelo paciente:

Sr. L.: [...] Escrevi um poema que intitulei *Venurio*, que é uma contração entre Vênus e Mercúrio. Era uma espécie de elegia. Mas não o tenho aqui, porque... também estava a palavra “coro”, que eu escrevia “choixre”⁸⁸, para expressar a noção de queda e a noção de eleição.

⁸⁸ No francês: *chœur* + *choir* + *choix* (coro + cair + eleição). No português perde-se a homofonia.

Dr. Lacan: E quem... além de N. [moça por quem o paciente relata ter se apaixonado mais acima na entrevista] para chamá-la pelo nome...e a Venúria, quem o venurou⁸⁹? (p. 92)

Deste modo, Lacan tenta trazer à tona a articulação da linguagem do paciente e sua experiência. Para tanto, entreviu no sentido de conferir limites ao seu saber, colocando-se como dependente da explicação do paciente, tirando o peso das palavras, tentando conferir-lhes reflexão e modificando suas formas gramaticais, assegurando o paciente de que este se encontrava em um espaço de confiança. Mas o exemplo mostra como Lacan operava reconstruindo esquemas narrativos neste caso a aplicação da pergunta *quem*, indexada a partir do neologismo. A passagem do substantivo *Venúria* para o verbo *venurar* sanciona na relação de fala o código proposto pelo paciente. Em outras palavras, as palavras interpostas, que surgem ao paciente como isoladas, são recebidas com a indagação de autoria: “quem?”, assim como as sobreposições de acontecimentos do caso anterior são suturadas narrativamente pelo conectivo causal “por que?”.

O paciente ainda afirma que sente que vive em um círculo solitário, sem limites e inacessível. A essa afirmação, Lacan pontua que há limitação – o próprio círculo: “Dr. Lacan: Acabo de dar ênfase que o círculo solitário não implica viver sem limites, porque está limitado pelo círculo solitário” (p. 97). Surge aqui mais uma função da narrativa, que é participar um mundo com o outro.

Vemos, ao longo dessa entrevista, que, através de algumas intervenções, Lacan arrisca dar algum contorno ao discurso do paciente, pontuando alguns limites para que seja possível a articulação entre os mundos apresentados por ele. O paciente não apresenta distinção, vivendo em um *continuum* entre interno e externo, entre o eu e o Outro. Ao manejar no sentido de limitar e descontinuar, Lacan tenta desmontar essa não relação entre ideais. Torna-se, inclusive, complicado pensar a narração no discurso de G.L., já que ela se relaciona com movimento e articulação, algo que não se apresenta claramente articulado em seu discurso e que, justamente por isso, dá a impressão de ilimitado, de solto. Vemos que a narração é o próprio princípio de alinhar o discurso, articulando-o e atribuindo sentido, a expensas do sujeito. São esses movimentos de narração que Lacan tenta realizar ao longo da entrevista, forçando sua significação para que o sujeito emergja entre significantes, não permanecendo à revelia deles, mas sim, à

⁸⁹ *Vénuré*: enamorado.

sua custa. A narração surge aqui, portanto, como método clínico, sendo um manejo terapêutico de produção de significações.

3.3.5. Apresentação de sexta-feira, 27 de fevereiro de 1976: Caso “Sr. M.H. Travestismo e Transexualismo”

O caso do Sr. M. H. é um caso que não apresenta nenhuma outra materialidade que não a entrevista realizada por Lacan. Distintamente dos outros casos apresentados até agora, este não conta com nenhum dado anterior: sem informes psiquiátricos, sem registros de outras internações ou outras informações institucionais. Sabemos apenas a idade aproximada (mais de 22 anos) a partir da própria paciente⁹⁰, que diz sua idade durante a entrevista. Um caso, portanto, que não apresenta aos leitores seus antecedentes e com relação ao qual também não é possível perceber, durante a entrevista, se Lacan teve acesso a informações anteriores, já que não as utiliza diretamente. Diferente das outras entrevistas, em que o psicanalista utiliza deliberadamente informações do prontuário e conversas com outros médicos que acompanham o caso, Lacan, aqui, porta-se como não sabendo o motivo da internação. Já no início diz: “Fale-me um pouco, venha. Comece, se quiser, comece você mesmo. Diga-me porque está aqui. Diga-me que ideia tem feito de tudo isso, se não for incômodo” (p. 104).

Após a entrevista, segue uma discussão relativamente extensa quando comparada com os demais casos, que aponta, como veremos, para uma interpretação binária quanto à posição feminina assumida pela paciente: “Dra. X: A impossibilidade de sentir-se mulher nos braços de um homem... me parece que irá topar com o mesmo problema” (p. 124), ou seja: sentir-se mulher está associado a estar nos braços de um homem em uma clara posição heteronormativa. Durante a discussão, também, Lacan afirma ser necessário ler a tese de Alby (1956) a respeito do transexualismo⁹¹, tese que

⁹⁰ Dada nossa posição política quanto à temática, utilizaremos o feminino quando nos referirmos à paciente Michel/ Corinne.

⁹¹ Jean-Marc Alby foi o primeiro médico a defender uma tese sobre transexualismo. Nela, ele afirma que os transexuais acreditam viver sua morfologia como erro da natureza (1956), caracterizando-a como um quadro psicopatológico. No entanto, o “erro da natureza”, termo utilizado por Alby, dá indícios, mais à

coloca no campo das patologias a transexualidade, mas compreende a medicina como forma possível de redução do sofrimento psíquico de transexuais. Lacan encerra a discussão com a seguinte frase: “Neste caso, só faríamos uma pequena psicanálise. Precisamente por isso, penso que não há nenhuma esperança” (p. 191).

Ambra (2017) afirma que a conversa “que muitas vezes se aproxima de um interrogatório policial⁹²” (p. 301) é realizada de “maneira surpreendentemente incompatível com a teorização que [Lacan] realizava, no mesmo momento, em seus seminários e escritos” (p. 301). Enquanto no ano de 1976 Lacan conduzia o seminário “O sinthoma”, em uma avançada rearticulação borromeana, questionando a centralidade do Édipo e a primazia do falo (Ambra, 2017), nessa entrevista Lacan conduz seus questionamentos a partir de um suposto real biológico, não escutando, por exemplo, o interessante processo de nomeação realizado pela paciente, que mostra o seu percurso narrativo dentro de seu processo de identificação. Veremos nessa entrevista um Lacan consonante à normatividade vigente, psiquiatra, que relativiza sua posição sem, no entanto, encarar a radicalidade de sua proposta teórica.

Lacan marca continuamente à paciente que ela se sabe homem:

Sr. H.: Das minhas irmãs [colocava a roupa] minhas duas irmãs mais jovens, e às vezes, durante o dia, voltaria a colocar as roupas.

Dr. Lacan: Por que disse voltaria? Normalmente se diz voltava.

Sr. H.: Tenho um francês muito ruim, sempre tive muitas dificuldades no colégio com meu problema. No meu trabalho sempre pensava nisso e me atrapalhou muito na vida e no trabalho.

Dr. Lacan: Então reconhece que se atrapalhou todo, e você mesmo chama de travestismo. Isso implica que você sabe perfeitamente que é um homem.

Sr. H.: Sim, disso sou muito consciente.

Dr. Lacan: E por que, desde o seu ponto de vista, por que crê ter essa tendência? Tem alguma remota ideia?

Sr. H.: Não, eu não sei. Sei que quando coloco roupa de mulher me dá felicidade. (p. 105)

Ao relacionar o erro de conjugação da paciente com sua posição feminina, Lacan tenta demarcá-la como uma posição errada, quanto à verdade anatômica da paciente. No entanto, o discurso dela se apresenta com uma narrativa bastante coerente com o seu desejo, e as perguntas de Lacan não parecem dissuadi-la disso:

frente em seu texto, de uma concepção de que a medicina poderia reparar esse erro, conduzindo à ideia de reparação na mudança de sexo devido a esse erro gerar o que o autor denominou “prejuízo psíquico”, o que caracteriza uma ambiguidade quanto à conclusão de Lacan, apesar de sua trágica condução dessa entrevista.

⁹² Frases com termos como “Então você *admite* que é travestismo?” (p. 104) dão o tom do estilo da entrevista conduzida pelo psicanalista.

Dr. Lacan: O que é uma relação sexual?
 Sr. H.: A penetração. Ia sempre vestido de mulher, inclusive durante a penetração, e me sentia mulher quando tinha relações sexuais.
 Dr. Lacan: Explique o que está chamando de sentir-se mulher.
 Sr. H.: Tinha alguém ao meu lado que admitia que eu era mulher. Então, eu chegava a duvidar que era um homem.
 Dr. Lacan: O que você quer, exatamente?
 Sr. H.: Vivo apenas para ser uma mulher. Desde pequeno sempre desejei isso e tudo que me rodeia não me interessa, não me interessa por nada. Agora não gosto de nada, como sempre. Somente desejo ser mulher.
 Dr. Lacan: Qual seria seu desejo?
 Sr. H.: Me transformar em mulher. (p. 115)

Durante toda a entrevista, a paciente afirmar seu desejo das mais diversas formas, desejo que Lacan coloca no campo do impossível – “Você sabe que não pode tornar-se mulher” (p. 115) –, afirmação que a paciente responde a partir de várias estratégias para demarcar a gama de possibilidades de realização do seu desejo: “Posso ter a aparência de uma” (p. 115), “Posso vestir-me como uma” (p. 118), “Posso transformar os traços masculinos” (p. 122) – dizendo das formas que tem de encontrar-se como mulher, assumir-se como Corinne, nome que escolheu para si.

A paciente apresenta todo o percurso que realizou para encontrar-se como mulher: vestir as roupas das irmãs na infância, querer ser menina como elas, usar roupas de mulher em casa, pesquisar e realizar negociações com alguns médicos para fazer a cirurgia de mudança de sexo, nomear-se como mulher (Corinne). Mostra assim toda a narrativa até o ato de nomeação, que teve espaço em uma internação durante a qual se lembrou de um sonho de infância: uma mulher loira invadia sua casa e feria sua família, cortando as pernas e pés de seus pais e irmãs.

Dr. Lacan: O que você recordou de sua infância?
 Sr. H.: Um pesadelo. Por isso dormia com meus pais a noite, porque tinha medo desse pesadelo.
 Dr. Lacan: Recorda que tinha medo desse pesadelo? Não havia esquecido?
 Sr. H.: Durante muito tempo não o recordei. Minha mãe lembrou, e eu o tive novamente, depois.
 Dr. Lacan: De que se tratava esse pesadelo?
 Sr. H.: Quando era pequeno, no pesadelo, uma mulher vinha me machucar, e machucar minha família. Cortava as pernas deles, havia sangue no pesadelo. Seu rosto me vem à mente.
 Dr. Lacan: Depois de tudo, te passou cortar-se a si mesmo. Não te parece que tem alguma relação com o sonho? [...]
 Dr. Lacan: Cortava membros [a mulher do sonho] exatamente como você quer cortar um membro. Depois de tudo, talvez seja...
 Sr. H.: Sim, certamente. No meu sonho a mulher loira nunca me machucou. Machucava, sobretudo, os meus pais, mas não a mim.

Dr. Lacan: E a interpretação te incomoda? O fato de tentar...

Sr. H.: Sim, a interpretação... realmente não está de acordo efetivamente com cortar um membro... (pp. 119-120)

A paciente afirma que a interpretação realmente não tem relação com “cortar um membro”. Ela ainda afirma que pode ter alguma relação com o fato de travestir-se, e isso ferir seus pais, já que tiveram momentos na adolescência em que pintou o cabelo de loiro (tal como a mulher do sonho) e que ultimamente tem cortado o cabelo e utilizado uma peruca loira. Corinne coloca, então, a causa de seu sofrimento no outro, que se machuca por ela se travestir e não a aceita como mulher – e não em sua posição feminina, já aceita por ela. Mais acima na entrevista, quando ela fala sobre as suas relações sexuais travestida de mulher, diz que quase poderia esquecer que é homem, já que se sentia aceita por outra pessoa, com quem se relacionava. Todo esse processo é atravessado por seu ato de nomeação, que ocorre através de um poema escrito por ela e assinado com três nomes: Michel/Michelle/Corinne. Esse poema⁹³, analisado por Ambra (2017), contém a passagem do ato de nomeação de Corinne; de Michel, mediada por Michelle, a Corinne há a assunção de uma posição assumida pela paciente, a posição feminina, compreendida por ela como norma⁹⁴.

Dr. Lacan: O que pensa da hipótese de que tudo isso não seja mais que uma enfermidade?

Sr. H.: Não penso nada.

Dr. Lacan: Pode pensar isso, que é um mal posicionamento no mundo, para dizer de alguma forma.

Sr. H.: Sim, estou doente, sigo sendo um homem, não? O meu posicionamento para mim mesmo, por outro lado...

Dr. Lacan: Sim...

Sr. H.: É normal, é minha posição.

Dr. Lacan: Que solução encontra, se está doente por ser um homem?

Sr. H.: Continuar tomando-me por mulher e esquecer meu personagem, esperando que não tenha angústia por ser homem. (p. 121)

⁹³ Segue o poema “A eterna – a mulher loira”: “Conto a pensada / Proposta, no Hospital Pinet, de querer a memória riscada / Perseverante / Em achar minha personalidade mais rematada / Corinne adorada / Raiva encorpada / Travesti, me sabendo efeminado, amuo a arcada / E padecente / Recuar deixa minha sensibilidade abalada / Corinne esvaziada / Michel rebrota / Estou resguardado da ideia atravessada / Num instante / De me matar se vier o desespero em cascata / Corinne executada / Ideia idiota / Só posso sonhar ter minha memória riscada / No constante / Despertar do pesadelo que me usou, emboscada, / Corinne quem fada / Verdades, que nada / Vou continuar, nem que amuada / Existente / Me despersonalizando, simples, despojada / Corinne adorada. Michel Michelle Corinne” (Ambra, 2017, tradução de Paulo Sérgio de Souza Jr.).

⁹⁴ Uma análise mais aprofundada desse ato de nomeação está em Ambra, P. E. S. *Das fórmulas ao nome: base para uma teoria da sexuação em Lacan*. Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia, USP-SP, 2017. Aqui, focaremos a entrevista e os apontamentos realizados por Lacan, que, como veremos, restringem a narrativa de Corinne por não se escutar as modificações entre sujeito e objeto assumidas por ela.

A paciente afirma que sua posição é normal, é sua norma. Além disso, ao falar de “esquecer seu personagem”, remete a Michel, a ser um homem, a fazer-se de homem para sair de casa e para se relacionar socialmente. Michel – aparentemente tomado por Lacan como verdade anatômica – é, para Corinne, um personagem que deve assumir para manter um papel social esperado de um homem. Ela narra com exatidão sua transformação e a forma como aceitou seu “tornar-se mulher” a partir da narrativização, da colocação em movimento, de seu ato de nomeação, ligado semanticamente ao sonho, à mulher loira que condensa em sua imagem: a mulher do sonho, que agride seus pais; a mulher do hospital, que grita acordando-a durante uma madrugada; e a própria paciente, Corinne, que também dá título ao poema: “A eterna – a mulher loira”. Acompanhamos Ambra (2017) ao compreender que a mulher loira é uma figura que agride o outro ao assumir-se como verdadeira e que é apresentada a si própria através de um outro: o grito da mulher loira do hospital que a acorda de seu sonho e a põe em ato, na escrita.

Lacan, ao que parece, não compreende essa movimentação. A paciente narra e ele condensa suas questões, trazendo à tona pautas identitárias – como “quem é Corinne?” (p. 111) –, ao invés de questionar sobre o processo de nomeação, a forma como essa transformação narrativiza as posições para a paciente, que pode ter um personagem, Michel; que pode tornar-se Corinne através de Michelle. Lacan assume a posição dos antigos alienistas (Foucault, 1961/1972), que tentavam, a partir de sua posição de autoridade, arrancar a verdade de seus pacientes, tirando-os do engano e do delírio. Tudo se passa como se não houvesse escuta quanto à causa de sofrimento: não é o travestismo, e sim a condição de verdadeiro / falso que ele carrega socialmente, a condição de anulação de si através do olhar do outro.

Vemos então, nesse caso, uma articulação entre discurso e história trazida pela narrativa da paciente, que a coloca em um lugar de angústia, devido ao não reconhecimento de sua condição de mulher. Por outro lado, vemos também um psicanalista surdo a essas questões, questionando a paciente do lugar do impossível de seu desejo, tomando o real anatômico como verdade e impedindo a possibilidade de novas formas de existência do sujeito com seu corpo. A tentativa de reconstrução que Lacan faz nesse caso é de unificar a multiplicidade da nomeação através da hierarquização frente ao falo, não escutando a polifonia presente em seu discurso.

Contudo, se hoje a estratégia de escuta empregada por Lacan nos parece equívoca ela ainda assim mostra-se baseada na busca da coerência narrativa. Suas intervenções, desde o início, insistem na contradição entre lembrar e esquecer, entre ser

um homem e uma mulher. Ao levantar a hipótese de que isso poderia ser uma doença Lacan está buscando uma narrativa do tipo: “*sou um homem, mas tenho impulsos e desejos de me comportar como uma mulher, sofro portanto com isso e demando saber por que tais desejos me assediam*”. No entanto a narrativa de Corinne é outra. Ela diz: “*sou uma mulher e tento levar meus impulsos e desejos de me comportar como uma mulher ao risco da expectativa dos outros.*” Nos dois casos podemos dizer que estamos diante de uma montagem do discurso do mestre, que talvez Lacan estivesse buscando fazer girar em direção ao discurso histórico, daí a marcação de contradições. Vemos assim como uma estratégia clínica pode ser correta do ponto do discurso e terrivelmente infeliz do ponto de vista narrativo. Se Lacan tivesse se preocupado com a coerência narrativa de outra forma ele poderia ter se ocupado, por exemplo, da curiosa repetição de consoantes, que faz passar de Michel, a Michelle (com dois eles) e de Michelle a Corinne (com dois “enes”). Todos eles de protagonistas compostos por duas sílabas, e não por cinco ou uma. A construção narrativa do nome era de fato um problema presente em Joyce e contemporâneo deste momento do ensino de Lacan.

3.3.6. Apresentação de sexta-feira, 12 de março de 1976: Caso “Annie – Psicose ou histeria” (Sra. Annie, 33 anos)

O caso da Sra. Annie é dividido em: a) Informe psiquiátrico que tem em seus anexos: nota do C.P.O.A. 28.1.1975 apresentada pelo Dr. Cz., os primeiros dias de hospitalização, apresentados pelo Dr. Du., 11.12.1975, dia da entrevista com a mãe, informações sobre a evolução do episódio nos meses de dezembro – janeiro – fevereiro, um informe sobre o dia 28 de janeiro de 1976, várias entrevistas com o marido em diferentes momentos da internação, antecedentes e diagnóstico⁹⁵ –; b) Entrevista, que é interrompida, não havendo continuidade do texto⁹⁶. Também não há discussão posterior do caso. Veremos que é um caso muito semelhante aos atuais relatos de casos que têm o diagnóstico de bipolaridade.

No “Informe do hospital psiquiátrico” há as informações: Senhora N., 33 anos, cabelereira. Interna, residente à rua XXXX, n. 29 (p. 127). A paciente dá entrada na urgência do hospital Henri Rousselle dia 28.11.1975 por um estado de agitação

⁹⁵ É um caso que contém bastante informação anterior à entrevista, com prontuário e conversas com familiares. Lacan se utiliza amplamente desses dados.

⁹⁶ Há uma nota de rodapé da tradutora da versão espanhola afirmando que o relato se interrompe bruscamente, solicitando a quem tiver o restante do texto a disponibilização do relato.

psicomotora. Ainda no informe, há a afirmação de que é pertinente citar integralmente as notas feitas pelo médico assistente de C.P.O.A no momento da entrada porque apresentam, desde o início, o problema diagnóstico. Na “Nota do C.P.O.A” afirma-se que a paciente deu entrada no hospital trazida por sua mãe e pelo padrasto. Estava em um estado de exaltação agressiva. Faz zombaria dos gestos, aparência e mímica de uns e outros, esconde-se durante a entrevista, devolve as perguntas ao examinador. Tem aspecto provocativo e lúdico, com momentos de dramatização e ostentação. Havia chegado de Louviers há três dias, onde fingia ser vidente para ter um contrato milionário com os Bouglione⁹⁷. Após o retorno, apresenta uma exaltação brutal e, juntamente com alguns jovens, volta à casa de sua mãe e destrói tudo. É separada do marido. O médico anota uma questão quanto ao diagnóstico: psicose ou histeria? (p. 127).

Durante “Os primeiros dias de hospitalização” descritos pelo Dr. Du, o comportamento da paciente se altera. Apresenta hiperatividade lúdica, zomba de médicos e pacientes incisivamente, entra a qualquer hora no escritório etc. Por outro lado, não é possível manter nenhum diálogo. Monologa, passando de um tema a outro com grande rapidez, em um tom eufórico e atravessado de agressividade, insultando e, de novo, rindo. Durante os primeiros dias, é incapaz de reconstruir sua biografia e as circunstâncias que a trouxeram para o Hospital. O “ataque” (p. 127) aconteceu de forma abrupta, já que dois dias antes ela se apresentou para a conciliação do divórcio e, nesse momento, consultou seu psiquiatra, que não notou nada de atípico em seu comportamento. Ao final da semana, a paciente está tranquila (utiliza os neurolépticos Largactil – Clorpromazina, Haldol – Haloperidol em altas doses), mas permanece “taquipsíquica” [com o pensamento acelerado]. Sem fuga de ideias, apenas alguns jogos de palavras. A construção do discurso é coerente. No entanto, declara que é médium sem poder precisar o que significa, fica com a impressão de que o Dr. Du fala com ela com a voz do Dr. L. (seu psiquiatra habitual) e que ela mesma fala por intermédio de seus avós (pp. 127-128).

Na “Entrevista com a mãe”, esta afirma sentir-se completamente oprimida com a situação da filha. Apresenta-se inquieta pelos problemas causados a ela, principalmente devido ao seu matrimônio atual, que contém uma cláusula que estipula que seu esposo não tem quaisquer obrigações com seus filhos do primeiro matrimônio. É prolixa quanto

⁹⁷ Os Bouglione são uma das famílias circenses mais ilustres da França, sendo proprietários do Cirque d’hiver de Paris, um dos mais antigos estabelecimentos circenses, datado de 1934.

aos problemas causados , dizendo que os vizinhos a chamavam porque sua filha quebrava coisas pelo prédio, andava nua pelos corredores, quase vendeu o apartamento para realizar um “negócio extraordinário”. A paciente deu a um taxista uma valiosa aliança de diamantes e também um cheque em branco a uma pessoa que encontrou. Vendeu seu salão de beleza e tem alguns milhões de francos antigos em sua conta bancária. A mãe requer medida protetiva e de tutela devido à expansão eufórica de seu estado maníaco (p. 128).

As informações contidas na “Evolução do episódio”, de dezembro a fevereiro, mostram um período de alternância entre euforia e humor depressivo. A paciente realiza uma atividade importante dentro do serviço: penteia os pacientes, ocupa-se com a organização da festa de Natal, dentre outras atividades colaborativas. No entanto, seu humor depressivo se agrava em meados de janeiro, levando-a a um apragmatismo total. Enquanto na mania, ela realizava “declarações inquietantes” (p. 128): “Nos momentos em que me sinto poderosa, nada pode parar-me, são momentos em que entendi tudo sobre o mundo”; ou: “Alguns dias antes de ser hospitalizada, fiz amor com um negro e durante o ato voltei a ver todos os rostos de meus amantes e, inclusive, escutei suas vozes” (p. 129). No entanto, com o agravamento de seu estado depressivo, criticou-se duramente, devido às suas declarações: “tudo o que eu invento... já não sei quem é pai do meu filho...” (p. 129). Em 28 de janeiro de 1976, seu estado depressivo se agrava e a paciente apresenta um acesso melancólico: intensa dor moral, sentimento de incurabilidade, autodepreciação, reprovações sobre fatos passados. Seu estado melhorou ao tomar antidepressivos fortes (perfusão de Anafranil) e com a colaboração de seu esposo, que aceitou voltar a viver com ela (p. 129). Nas “Entrevistas com o marido”, este afirma que está farto de Annie porque ela o fez vender tudo. Veio ao hospital porque o convocamos e, finalmente, depois de muitas entrevistas, sai do hospital com sua mulher e aceita voltar a viver com ela. Casaram-se quando ela tinha 17 e ele 30 anos. A primeira filha do marido tem 23 anos e nasceu da união com uma mulher que foi qualificada como “maníaco-depressiva” (p. 129).

Quanto aos “Antecedentes” da paciente, sua primeira hospitalização foi em 25.01.1974, mais ou menos 20 dias após o nascimento de seu filho, com os mesmos sintomas da atual internação: excitação psicomotora, euforia, logorreia, gastos desmedidos, quer divorciar-se, clarividência, mediunidade, “seu marido não é pai de seu filho”. A paciente deixa o hospital em um estado depressivo importante (p. 130). Por conta desse histórico, seu diagnóstico é incerto. Apresenta alternâncias entre episódios

eufóricos e depressivos; ideias onipotentes e megalomaníacas, presença de fenômenos alucinatorios, o que aponta para uma psicose maníaco-depressiva. A análise renal da paciente é estritamente normal, poderia beneficiar-se de um tratamento à base de Carbonato de Lítio (p. 130). “Nota-se que durante as fases intercríticas, os pacientes maníaco-depressivos parecem histéricos” (p. 130).

Apesar de não termos acesso ao encerramento da entrevista e à discussão, é possível analisar alguns dos manejos que Lacan realizou com a paciente e que apresentam pequenos giros discursivos associados às temáticas envolvidas na entrevista: episódios maníacos, relação com a mãe, relação com o pai e com o marido. Essas temáticas são articuladas por Lacan através de marcadores temporais, que vão alinhando, pontuando o pulso dos acontecimentos trazidos pela paciente. Veremos que Lacan utiliza o tempo histórico (*epos*) para costurar os acontecimentos com os dados anteriores sobre a paciente, construindo uma memória localizada espacial e temporalmente, a fim de dar dimensionamento ao discurso da paciente. Esse dimensionamento é narrativo, na medida em que articula a experiência de sofrimento da paciente com os acontecimentos da sua vida. O tempo histórico age, assim, como o grande operador de construção e alteração de sentido desse caso.

Dr. Lacan: Bem. Conte-me um pouco do que você se recorda e de como chegou até aqui. Creio que foi em outubro.

Sra. C.: Em novembro.

Dr. Lacan: O que pensa do seu estado?

Sra. C. Do meu estado em novembro ou do meu estado atual? (p. 130) [...]

Dr. Lacan: Se disse dois anos antes, deve ser 1972.

Sra. C.: Sim, pode ser. Recordo que estava ficando deprimida. Não era muito feliz.

Dr. Lacan: Conte-me um pouco. Por que, como você mesma disse, é algo argumentado e que você está de acordo, não era muito feliz? (p. 133)

Ao demarcar datas junto à paciente, Lacan localiza seu discurso no tempo, possibilitando que a paciente inscreva suas experiências de forma diacrônica. É interessante pensarmos na hipótese de que, dado ser uma paciente com episódios prolongados de mania, essa técnica pode funcionar na medida em que possibilita “desacelerar o pensamento” da paciente, funcionando como uma metáfora do dito popular: “um dia após o outro”. Outros localizadores de tempo são os dêiticos, utilizados por Lacan durante a entrevista:

Dr. Lacan: Está muito angustiada, me disseram. Devo te dizer que, como não havia começado a falar com você, que obtive algumas informações das pessoas que

acompanham o seu caso, que se ocupam de você. Nesse momento está muito angustiada. Como você vê essa angústia? (p. 130) [...]

Dr. Lacan: Talvez possa, bom, agora confio totalmente em você, já que nesse momento se encontra em um estado em que parece completamente tranquila... certo?

Sra. C: Completamente...?

Dr. Lacan: Tranquila. Quero dizer, por completo, verdadeiramente.

Sra. C.: Neste momento sou completa, sim. (p. 131)

Termos como “agora”, “nesse momento”, dentre outros dêiticos temporais utilizados como “aqui” e “lá”, dão o dimensionamento da fala e localizam as perguntas, fazendo a função de limitação e distanciamento entre enunciado e enunciação. Essa função de recorte é importante porque é ela, justamente, que vai possibilitar que a enunciação, quando emergir, seja identificada, como nas duas frases acima, da entrevista. O enunciado: “[...] sou completa” em resposta à pergunta que Lacan faz sobre a “completa tranquilidade” da paciente diz de uma sensação da paciente que se enuncia à revelia da questão proposta. Podemos elucubrar inúmeras hipóteses para esse dizer: associá-lo ao estado de mania, relacioná-lo ao diagnóstico, apontar para a presença da paciente na entrevista... mas o foco aqui é perceber como esse manejo de recorte temporal, a partir do tempo histórico, possibilita ressaltar a entrada de uma enunciação em um discurso que, a princípio, apresenta-se apenas como um apanhado geral de informações sobre a paciente.

Lacan utiliza também de recortes para especificar as experiências da paciente. Ao que parece, faz isso em contraposição ao significante *exuberante*, trazido por ela para dizer das sensações que tem quando está “eufórica” (p. 131). A tentativa é de constantemente articular os sentidos do discurso da paciente.

Dr. Lacan: Um modo de vida?

Sra. C.: Que não tem nada de exuberante.

Dr. Lacan: Creio que escolheu muito bem essa palavra. (p. 134)

Este significante, “exuberante”, é utilizado mais de uma vez na entrevista pela paciente, para dizer como se sente em seus estados de euforia. No entanto, quando a paciente se aproxima de um humor mais depressivo, tal como aparece na entrevista, ela tende a esvaziar o termo, negativando o seu sentido – “não tem nada de exuberante” (p. 134), “não é nada demais, afinal foram só quatro dias” (p. 138) –, evitando que o termo se positive em seu dizer. Essa negação do sentido a paciente compreende como perda do sentido, o que faz com que ela perca, justamente, os balizadores que constituem a articulação narrativa de seu discurso.

Sra. C.: [...] Mas é incoerente o que digo, me pede para recordar coisas incoerentes e é difícil, não tem sentido.

Dr. Lacan: Não tem sentido?

Sra. C.: Passo de uma coisa à outra, não há nenhuma relação. Em um dado momento, penso no que digo e cinco minutos depois é outra coisa. (p. 135)

O momento interpretado como exuberância passa a ser compreendido como um momento sem sentido, incoerente. A paciente, assim, sai de uma completude com o sentido para um esvaziamento deste a partir da sua negatividade. É com indicadores temporais e com pedidos de precisão que Lacan maneja para que seja possível algum sentido – não aquele, exuberante, nem a sua negatificação. Para isso, Lacan também precisa alguns questionamentos, pedindo que a paciente relate com mais precisão os acontecimentos, para que ela não fale apenas de forma genérica.

Dr. Lacan: Quem eram as outras pessoas? [com quem a paciente tinha relações]

Sra. C.: Havia alguns, não muitos.

Dr. Lacan: De que tipo? Quando você está inspirada me disseram que...

Sra. C.: Que me deito com qualquer um? É verdade. Porque quando falo um pouco com as pessoas, me sinto muito ligada a elas... ou, se você preferir, quando me sinto exuberante, as pessoas que estão ao meu redor, meus amigos, não me entendem. Tendem a deixar-me. Como me falta carinho, busco em outra parte. Falo com as pessoas. Me dá a impressão de que as pessoas me querem, de que eu as quero, tenho relações com elas.

Dr. Lacan: Que relações?

Sra. C.: Relações sexuais, se você prefere.

Dr. Lacan: Que relações sexuais?

Sra. C.: Sabe, nesses períodos não me dou conta do que faço. (p. 137)

Vemos que é como se Lacan quisesse lapidar o sentido, tentando chegar ao cerne do movimento pendular: mania – depressão. Mas neste caso não são os nexos causais ou a posição de autoria que é posta em questão, mas a extensão descritiva, baseada na extração de detalhes, propiciada por interrogações do tipo “como?” e “quando?”. Para tanto, necessita de balizadores que funcionam como eixos narrativos para que a paciente vincule os significantes sem deixar cair o sentido de modo impulsivo, sustentando-o. Deste modo, os recortes realizados por Lacan nesse caso atuam como marcadores que mapeiam no discurso, pontos importantes da fala da paciente, a partir de seus dimensionamentos temporais. A narrativa da paciente vai se construindo balizada por esses marcadores, o que torna público o acesso ao sentido de seu discurso, promovendo seu reconhecimento. Esse é um grande diferencial de Lacan quando comparado com as entrevistas de pacientes da psiquiatria clássica: sua realização é para demarcar e reconhecer o sentido trazido pelo paciente, e não para dissuadi-lo do contrário em nome

de uma normatividade predominante⁹⁸. Isso permite mostrar como a apreensão do discurso à partir da narrativa não envolve a comparação com a realidade, nem mesmo a sanção de um sistema de crenças. Em quase todos os casos, examinados até aqui, Lacan assume a perspectiva da estrutura de ficção proposta pelo entrevistado, desdobrando suas implicações ou forçando sua coerência narrativa, mais do que sua correspondência com a realidade.

3.3.7. Apresentação de sexta-feira, 9 de abril de 1976: Caso “Doença Mental” (Brigitte. 27 anos)

O caso de Brigitte é dividido em: a) Informe psiquiátrico, que contém esboços do discurso da doente durante sua hospitalização; b) Comentário da apresentação de Brigitte; c) Entrevista. Há também uma breve discussão, finalizada a entrevista. É um caso com muitas informações clínicas da paciente, que apresenta uma articulação com o momento contemporâneo da teoria de Lacan, com o caso Schreber – na medida em que, nos comentários e na discussão, fazem-se comparações de ambos os casos – e com a psiquiatria, mencionando a nosografia de casos de parafrenia como discutidos por Kraepelin e suas limitações, articuladas ao caso. Portanto, é um caso bastante completo, na medida em que nos apresenta os operadores teóricos utilizados para sua interpretação (Real, Simbólico e Imaginário), sua articulação com casos psicanalíticos anteriores (Schreber) e seus impasses quanto à interpretação psiquiátrica do quadro. Um caso bem localizado no discurso da psicopatologia da época e que mostra as diferenciações dos manejos psicanalíticos para a compreensão da limitação da categoria “parafrenia”, que estabelece de maneira evidente a conceituação e condução clínica da psicopatologia psicanalítica que se constitui por técnicas narrativas.

No “Informe psiquiátrico” há um breve histórico da paciente. Brigitte, nascida em 24.12.1949, depois de tentar e não conseguir contato com sua última psicoterapeuta (que não via há dois anos) é enviada a C.P.O.A. dizendo que está enfeitiçada ou hipnotizada. Pensa que é um brinquedo na mão de forças estranhas, que é teledirigida e afirma que “a psiquiatria ambulante existe” (p. 139). Bastante expansiva, parece esbanjar pensamento confuso e caótico. É a mais velha de uma família de seis irmãos: o

⁹⁸ Diferentemente do caso de Corine, compreendido aqui como exceção quando comparado ao todo das entrevistas. É de se questionar se seria mais fácil, ao clínico, questionar e desconstruir a normatividade vigente, apresentando a diferença, ou lidar, de fato, com a diferença apresentada no outro.

sétimo morreu quando ela tinha 8 anos e um de seus irmãos está preso por assalto à mão armada. O pai é alcoolista e violento. Permanece com a família até 21 anos, obtém um C.A.P. (certificado) em taquigrafia e realiza vários trabalhos temporários. Após os trabalhos temporários, atua como monitora em uma instituição em San Chéron – um lugar que acolhe crianças abandonadas, todas psicóticas, segundo a diretora –, onde permaneceu por 8 meses. A diretoria atenta-se às suas mudanças de humor e percebe que seu comportamento se estabiliza quando ela se ocupa da oficina de argila e cerâmica com as crianças que estão sob sua responsabilidade. Em determinado dia, ao confundir o trem que normalmente pega, conhece Christian, um sujeito ruim que destruiu sua família. Com ele tem um filho, Loïe, em 18.07.1972. Foi abandonada por Christian no 3º mês de gravidez. Segue sem “instinto maternal” (p. 139), tanto antes como depois de dar à luz. Começa a trabalhar um pouco, inicia psicoterapia com a Srta. Mo, de outubro de 1973 a agosto de 1974. Durante esse período, seu filho é entregue aos cuidados de uma enfermeira, com quem ainda está atualmente. Volta a viver com sua família e se ocupa do pai, cuja saúde piora rapidamente. Em circunstâncias desconhecidas, foi encaminhada a uma clínica em La Borde, depois a enviam ao hospital psiquiátrico de Clermont de l’Oise, com o diagnóstico de mania persecutória. Após a hospitalização, segue para “‘internação familiar’(falha)”⁹⁹ (p. 139), continua a viver com sua família. Seu pai morre no início da sua hospitalização. Diz que vive sozinha, fechada; tenta várias vezes retomar seu trabalho aos arredores de Paris; toma um caminhão que vai até Caen, onde é hospitalizada novamente em junho de 1975, com diagnóstico de mania atípica. Realiza tratamento com lítio, coloca um dispositivo intrauterino, trabalha como auxiliar de limpeza fora do hospital. Hospitalização até dezembro de 1975. De volta a Paris, trabalha meio período na casa de um médico, cuidando de uma criança epilética, e meio período na casa de um advogado. Após uma noite lendo um livro de hipnose, pede para ser internada no Pinel. No início da hospitalização, é impossível captar um discurso coerente. “Os jogos de palavras, os despropósitos, dominam seu discurso” (p. 140). Ao que parece, tudo ocorre de maneira associativa. “Não havia uma verdadeira teatralização, nem um verdadeiro sentimento persecutório, no sentido de uma convicção. Mas apenas uma crença representada na forma de pensamentos divergentes” (p. 140). As bases do seu discurso são as crianças de que cuidava; seu filho; livros de hipnose; a leitura do autor Bruno Bettelheim;

⁹⁹ Este parênteses, que está na edição espanhola, é compreendido como um comentário de que a internação familiar que se seguiu foi falha, sendo considerada prematura.

referências ao seu filho, às crianças de que cuidava – identificados, como ela, à leitura de Bruno Bettelheim – e as consultas com uma vidente em Caen. Nada se organiza para sustentar uma formação delirante como tal (pp. 138-140).

Ainda nos dados anteriores à entrevista, há “Fragmentos do discurso da paciente” que trazem alguns enunciados ditos por ela, enunciados que condensam seu diagnóstico, tais como: “Não me sinto perseguida, me perseguem”; “Uma moça na rua levava o meu colete, talvez façam isso para me despersonalizar”; “Estou presa em um jogo, os demais jogam e sabem as respostas”; “Sou a substituta de mim mesma”; “Quando meu filho tinha 10 meses [*mois*]... pode-se ter 10 eu [*moi*] em um...”; “Meu filho me é indiferente, não é meu filho, é de outros”; “Me disseram que tinha belos olhos, eu acreditei. Meu olhar embeleza as coisas, então me vi bela” (p. 140).

Dado esse histórico, há um comentário denso acerca da diferenciação entre a parafrenia (categoria de Kraepelin) e a psicose, para pensar o caso. Afirma-se que a parafrenia nasce de uma exigência clínica de Kraepelin em agrupar várias formas de delírio que não entravam nem no quadro da demência precoce, nem na paranoia. Esses delírios parafrênicos também se caracterizam por um contraste extraordinário entre a “irracionalidade” do delírio e a conduta do delirante que permanece bem adaptada. Surge a questão: “Schreber era parafrênico, tal como afirma H. Ey?” (p. 141). Freud diagnostica Schreber com demência paranoide. O que distingue esse quadro da parafrenia é que “a parafrenia é a doença por se ter mentalidade” (p. 141) e a paranoia caracteriza-se como uma doença da personalidade, calcada em um Eu (p. 141). Para fazer essa distinção entre mentalidade e personalidade, recorre-se ao RSI – “o nó borromeu é um nó mental” (p. 142), “a histérica tem representações mentais” (p. 142) –, o que implica pensar a mentalidade como uma articulação entre os registros, que marcam as representações de diferentes modos. A ausência de personalidade, aparentemente, guia à mentalidade, que justifica a definição do caso como “doença mental”, que ocorre devido ao delírio antecipar-se à construção do Eu, à personalidade. Há, então, “um imaginário sem Eu” (p. 142); o Eu, como mistura de identificações, não existe, ficando então o sujeito esvaziado de objetos e de referências. É nesse sentido que a paciente expressa alguma inquietação pelas palavras, mas não pela história: não se preocupa com o que está articulado. “Não há retroação de significações, simplesmente deslizam” (p. 143). A paciente é compreendida então como “[...] um rosto que passeia pelo mundo sem criar nenhum discurso” (p. 143) devido a não produzir, em suas significações, nenhum discurso. Enquanto no primeiro caso há a existência de valor

(Caso “Sr. A.H.”: ser um lixo = valor e merda, bastardo), neste caso “trapo” (significante utilizado pela paciente) não possui valoração, o que indica a ausência do objeto (pp. 141-143).

No caso de B. nos depararíamos com a construção de uma psicose anterior a uma sistematização delirante e à produção de alucinações (a questão da ausência de alucinações não está totalmente resolvida). As perguntas não puseram em questão os fenômenos elementares. (p. 143)

Veremos, então, ao longo da entrevista, manejos para emergir o valor que a paciente poderia atribuir às suas significações. Esses manejos buscam encontrar as relações de objeto que a paciente tem, onde ela se referencia, que balizadores discursivos ela possui para significar seu discurso, ou seja: quem, afinal, é Brigitte?

Srta. B: ... O contato sentimental.

Dr. Lacan: Diz, por mim?

Srta. B.: Claro, por você. Querem me valorizar. [...]

Dr. Lacan: Então, diga-me: que ideia tem de seu valor, já que não necessita valorizar-se. Tem seu valor.

Srta. B.: Sim, realmente tenho valor. Deve ser reconhecido pelos demais. Se os demais não me reconhecem, uma *se sente inferior*.

Dr. Lacan: Então é isso. Em todo caso, eu estou aqui por isso, para valorizá-la.

Srta. B: Está aqui para valorizar-me. Muito amável de vir.

Dr. Lacan: É por você. (p. 143)

Nesse trecho é possível identificar a questão do valor trazida nos comentários sobre o caso. De que forma a paciente se atribui valor? Se sente inferior? O valor é negativado ou é nulo? Lacan tentará puxar essa possibilidade de valor de vários aspectos da vida da paciente: da maternidade, do trabalho e, até mesmo, de seu diagnóstico. O principal efeito narrativo que podemos destacar aqui é a intrusão da relação narrador-narratário, que em geral constitui uma heterogeneidade opaca, é inscrita e explicitada no discurso. É assim que o genérico “contato sentimental” se particulariza em “por você”. É assim também no caso de “eu estou aqui para isso, valorizá-la” ou em “é por você”. Tudo se passa como se o “isso” ou “aquilo” *sobre o que se fala* (a doença, a internação, as experiências da paciente) fossem atravessados pela função fática da linguagem, quando falamos de “nós”.

Na maternidade:

Dr. Lacan: [sobre o filho] Você sabe que não é por obra do Espírito Santo?

Srta. B.: Não, sei que é por obra da carne.

Dr. Lacan: Deve saber se tem algo a ver com isso, se não é por obra do Espírito Santo. Que aconteceu entre você e o pai da criança? Porque a criança tem um pai...

Srta. B.: Sim, tem um pai. Tem um pai, obrigatoriamente. A não ser que tenha sido uma gravidez psicológica, o que me surpreenderia.

Dr. Lacan: O típico de uma gravidez psicológica é que não há criança. Onde está a criança?

Srta. B.: Em Mantes-La-Jolie, na casa de uma enfermeira. Está muito bem. É uma mulher organizada, limpa... talvez lhe falte qualquer coisa...

Dr. Lacan: Talvez você.

Srta. B.: Sim, talvez eu. (p. 147)

Como filha:

Dr. Lacan: Que ideia faz do lugar que merece? [...] (p. 147)

Dr. Lacan: Falemos um pouco de seu lugar de partida.

Srta. B.: Meu lugar de partida, quer dizer...

Dr. Lacan: Seu lugar.

Srta. B.: Era a mais velha de uma família se seis filhos. Cada vez que minha mãe ia dar à luz, de novo, eu ocupava seu lugar. Lavava as privadas, passava roupas, me ocupava da casa, sobretudo cada vez que ia dar à luz de novo. Mas, quando estava ali, não a ajudava, não fazia nem minha própria cama. Quando ia embora fazia tudo, era eficaz. Gostaria de ver que sou eficaz, quer dizer, que faço algo, que faço algo bem.

Dr. Lacan: Em algum momento você acha que essa eficácia a incomodava?

Srta. B.: Sim [...] a sociedade só reconhece quem tem título, eu era eficaz, mas não tinha nada que justificasse. (p. 148)

No trabalho:

Dr. Lacan: Está de acordo que gostava [do trabalho]?

Srta. B.: Agora estou doente, não posso saber.

Dr. Lacan: O que você pensa? Porque é você que vive na sua pele (p. 153)

Na sua condição de vida:

Srta. B.: [...] O que buscava era parecer-me com alguém. É condição de vida. Por isso indago sobre suas vidas, quero levar as suas vidas; eu não tenho vida, levo a vida de outros, isso é o que busco. O que eu valorizaria.

Dr. Lacan: Não são coisas que se imagine facilmente. Tem lido bastante? (p. 155)

Na doença:

Dr. Lacan: Hoje você não foi tratada como doente.

Srta. B.: Tanto faz.

Dr. Lacan: Diga-me o que você pensa: é uma doente verdadeira ou falsa? (p. 159)

Temos algumas questões interessantes nesses excertos. Lacan maneja tentando mapear a que objetos a paciente atribui valor, quais condições, quais os temas de seu interesse. No entanto, ela não responde a partir dela, e sim do reconhecimento do outro de que aquilo é importante; como é o caso, por exemplo, da eficácia: ser eficaz independe da experiência, depende do título que se tem para comprovar essa eficácia – sem título, não há valor. A compreensão de que sua vida é sem valor não se apresenta no sentido de uma negatificação, e sim de nulidade, de ausência de objeto. Se não há objeto para articular com o sujeito, não é possível construir sentido – ou seja, não há

narrativa porque ocorre uma desarticulação entre autoria e semblante e, portanto, não há discurso. Um indício que temos para pensar essa ausência é o enunciado apresentado em seus fragmentos, “*sou substituta de mim mesma*”, que se articula com a nulidade de valor no excerto sobre a substituição que a paciente fazia de sua mãe, quando essa ia parir outros filhos, e a perda desse lugar quando do seu retorno. A paciente só existia na ausência da mãe. O que corrobora o excerto posterior em que ela afirma “buscar outras vidas”, já que “não tem vida”: sua experiência não agrega, somente é reconhecido o valor como invólucro – ou, nos termos que a paciente utiliza de metáfora: como vestuário. Um semblante sem autoria pode ser uma forma de clarificar a distinção entre “mentalidade”, como atitude coletiva, disposição típica ou reação regular e “personalidade”, ou seja, maneira como cada qual individualiza o uso da língua, assume um estilo ou se apresenta em uma posição de autoria. A articulação entre semblante e autoria corresponde assim a muitos dos casos que estamos estudando de articulação entre discurso e narrativa.

Para além da temática, isso é observado na forma como a paciente habita a linguagem. As relações entre as palavras acontecem por homofonia; no entanto, sem sentido atribuído:

Dr. Lacan: Isso é o que você pensa? Voltemos [*revenons*] a....
Srta. B: ... nossas ovelhas [*moutons*]. (p. 146)

Nesse excerto há um exemplo das relações homofônicas estabelecidas pela paciente. Funcionando como uma espécie de eco, a relação entre as palavras baseia-se apenas no som, com ausência de sentido. Se compararmos com outro caso também analisado – o de Gérard (uma psicose lacaniana) –, veremos que as condensações homofônicas que o paciente realizava eram carregadas de sentido: Gérard – Geai Rare, por exemplo, como vimos, apresentava uma articulação que era explicada, pelo paciente, como cisão entre dois mundos incomunicáveis. Já aqui, há um vazio de sentido, o que aponta para uma ausência de narrativa: não há articulação entre sujeito e objeto, não há ação, não há reconhecimento da experiência. Desse modo, a doença mental aparece como um índice de desarticulação entre discurso e história, uma forma de vida que não se reconhece. Essa homofonia e desarticulação dos sentidos apresenta-se também na relação com as palavras. Nos comentários há o indicativo:

Emociona-se com muitas coisas, mas não demonstra interesse por nada (note-se a rapidez de sua cadência e a apresentação quase

maníaca). Não há um significante-mestre que organize seu discurso. Não há ruptura no que diz. Cada vez que recebe uma fatura, a faz em pedaços: elimina qualquer referência. (p. 143)

A análise é a de que há uma dissociação entre história e afeto, o que faz da emoção uma emoção vazia, sem objeto. Brigitte se emociona, aparentemente, pelo som das palavras ou pela entonação da enunciação, e não pelo sentido que elas possam ter para ela. Não há referência e nem direção para onde identificar seus afetos.

Srta. B.: [Lacan pergunta sobre quando a paciente leu Sartre] No momento em que saí do colégio. Comecei a trabalhar mais ou menos aos 17 anos. Então lia Jean Paul Sartre; ao mesmo tempo, Simone de Beauvoir. Sabia que eram amigos, li ao mesmo tempo Simone de Beauvoir. Não fiquei com nada, lia por ler. Ficaram comigo algumas palavras, vocabulário, mas nunca ficou a história. A emoção aparece ao ler palavras.

Dr. Lacan: Emoção ligada a que, a uma palavra?

Srta. B.: A várias palavras, sim.

Dr. Lacan: Por exemplo?

Srta. B.: A palavra “maternal”. Quando olho para as crianças, digo: “cuidados maternos”. Também teria gostado se tivessem feito por mim. Sempre pensei nisso. Foi quando conheci a Sra. Mo...(p. 155)

De um modo geral, a homofonia, quando apresentada clinicamente, não é isenta de sentido, ela carrega uma significação, quer seja a partir da enunciação que emerge na fala do paciente, quer seja a partir de jogos de palavras intencionalmente apresentados, para enunciar uma ambiguidade estabelecida pelo interlocutor. Ou seja, o significante articula sentidos que apontam para a presença do sujeito da enunciação. Se a homofonia não se engancha em um sentido particularizado, ela não produz significações capazes de sustentar o fio condutor do deslocamento, ficando este solto e sem relação com o restante do dizer. É dessa ausência de sentido e de sustentação de seu dizer que será demarcado o diagnóstico de doença mental.

Dr. Lacan: Explique-me bem. Sei que você se ocupou de crianças...

Srta. B.: Inadaptadas. Nos hospitais psiquiátricos vive-se bem com pouco trabalho. Se escolhe um trabalho porque acredita nisso.

Dr. Lacan: Crê que esteve a ponto de ser catalogada assim? (p. 144)

Dr. Lacan: Que palhaçadas se dedicou a fazer? Me parece que entre essas palhaçadas existem coisas que você faz que se parecem muito ao que chamamos de doença mental. Eu não estou muito disposto a acreditar nas coisas que disse há um momento...(p. 151)

Srta. B.: Acho que não estou doente. Sou uma pessoa que sofreu muitas frustrações, mas não as aceito. As frustrações, se pode aceitar ou recusar. Eu não as aceito, as recuso... me questionam um monte. Talvez seja eu a que me imagine. Bem, tenho uma ideia de que meu raciocínio, meu comportamento é de uma criança de três anos. Talvez eu tenha idade mental de três anos, é possível.

Dr. Lacan: Sim, não é impossível. (p. 153)

A paciente faz afirmações sempre alusivas, inviabilizando a construção de sentidos que diga de uma história sobre si, e esse é o cerne do diagnóstico apresentado ao caso. Não há implicação e nem conversa com Lacan. Como ela mesma afirma no início da conversa: “Pode ser Jacques Lacan, pode ser qualquer um” (p. 143). Não importam os referentes externos ao seu discurso e nem o sentido atribuído a ele. Podemos pensar que, semelhante à parafrenia, a doença mental carrega uma dissociação entre as construções delirantes e a vida relativamente bem adaptada. A essa dissociação, Lacan remete a confusão entre a identidade e o invólucro; aqui, no caso as vestimentas:

Srta. B.: Eu preferiria viver pendurada [em um cabide].

Dr. Lacan: [sobre o colete] Então, o reconheceu quando saia do pavilhão. Quem o levava?

Srta. B.: Uma moça que disse que estava doente. Reconheci que não estava doente. Adotava minha identidade, contava coisas que...

Dr. Lacan: Está ao alcance de todo mundo adotar sua identidade?

Srta. B.: Sim... não sei.

Dr. Lacan: Isso não é só adotar a sua identidade, mas também pegar um objeto que te pertence. E não te ocorreu perguntar... (p. 162)

Essa associação da paciente entre roupa e identidade marca bem a desarticulação apresentada em seu uso da linguagem, quando não articula proposições e história, esvaziando o sentido. O vestuário, uma “identidade” que está acessível a qualquer um, a coloca como ponto de reconhecimento apenas externo, sem nenhuma reentrância que a identifique fora da vista, sem qualquer intimidade. Sem a articulação entre interno e externo não há articulação entre discurso e narrativa, entre estrutura e história, entre sujeito e objeto. Como afirma Lacan, na discussão: “vai entrar para formar os loucos normais de nosso ambiente” (p.163). É certo que há uma desarticulação discursiva neste caso, ou como teria sido mencionado, uma ausência da incidência do significante mestre, o que torna o discurso destituído de retomadas e ressignificações. Mas esta desarticulação talvez possa ser atribuída, antes disso, à articulação entre a função narrativa de autoria e a função discursiva do semblante. Ao se colocar como “substituível por qualquer um”, assim como tomar o outro por “qualquer um” a fala concentra-se no contexto do próprio encontro e nos efeitos de parte a parte do que o outro lhe propõe. Há uma narrativa sim, mas ela acontece apenas do lado de quem a entrevista, envolvendo Lacan, seus auxiliares e a extensa discussão sobre o caso.

3.3.8 Apresentação de sexta-feira, 30 de abril de 1976: Caso “Srta. Vivianne”

O último caso da compilação de apresentações de pacientes não tem nenhuma outra materialidade que não o próprio caso, tal como o caso da transexual. No decorrer da entrevista, a paciente afirma que completará 18 anos. Lacan encerra a entrevista uma primeira vez e inicia-se uma discussão sobre o caso: “Dr. Lacan: Não entendem porque ela está aqui? Está aqui porque sua mãe solicitou. É importante que ela saiba; essa é a razão pela qual eu lhe disse, afinal; sua mãe parecia especialmente desconfortável” (p. 179). Iniciada a discussão, surgem dúvidas. Com o surgimento destas, a paciente é chamada novamente. Após a entrevista há uma breve discussão. Ao que parece, Lacan tem algumas informações anteriores, apesar de estas não aparecerem no caso:

Dr. Lacan: Dê uma voltinha, deixe-me vê-la.

(A Srta. chega até o fundo da sala e volta, perto de Lacan)

Srta.: Você vê, dei uma voltinha.

Dr. Lacan: Diga-me, estava assim antes de tomar medicação?

Srta.: Não, não estava assim.

Dr. Lacan: Se dá conta que está um pouco...

Srta.: Um pouco paralisada. Sim, é isso, estou um pouco paralisada. Se nota a diferença, né?

Dr. Lacan: Teve que explicar o efeito... de qualquer forma, dada a medicação que carrega, é impressionante.

Srta.: Sim. (p. 164)

No excerto acima podemos observar que Lacan tinha acesso à informação sobre a quantidade de medicação que a paciente utilizava no momento da entrevista. Ainda assim, ao que parece, tem poucos dados e esse é um dos motivos da pausa realizada durante a entrevista. A partir da transcrição, podemos resumir o caso da seguinte forma: Vivianne, 18 anos, é a filha mais nova de um casal que residiu no Marrocos, no período de sua adolescência. Tem uma irmã mais velha. Não é possível saber se tem outros irmãos. O pai é professor. Entretanto, não colocou as filhas na escola. Por ordem judicial, os pais colocaram as filhas na escola por volta dos 13-14 anos, mas apenas a mais velha permaneceu. Vivianne frequentou a escola durante uma semana e saiu, após uma frustração devido a uma situação que aconteceu em sala de aula: ela cometeu um erro ao responder uma pergunta a um professor e se sentiu envergonhada. A paciente afirma que seus pais querem que ela seja autônoma e independente, no entanto, o Dr. G., que acompanha o caso, discorda dessa afirmação, dizendo que todos querem acolhê-

la. O pai telefona todos os dias para o hospital, a mãe a acolhe em casa e a avó também se disponibilizou a cuidar dela. Ao longo da entrevista percebem-se construções delirantes muito próximas à erotomania: “Dr. Cz: Dá a sensação de que é algo cíclico: o enamoramento por parte de um homem que dá o primeiro passo. Depois, algo que a ela parece um pedido de casamento. Ato contínuo, um equívoco” (p. 180). Vivianne conhece rapazes por quem se apaixona e, então, afirma que são eles que estão apaixonados por ela e a perseguem. Devido a essa construção delirante, entra em rivalidade com outras mulheres, que a paciente afirma terem ciúmes dela – sendo que uma delas, que a paciente diz ser anônima, instalou microfones na sua casa e na rua para insultá-la¹⁰⁰. A partir desse histórico, Lacan estabelece manejos para precisar o que a paciente traz, tentando realizar uma distinção entre o delírio e a realidade, pedindo explicações à paciente e, também, tentando encontrar o ponto de origem de seu delírio, para saber a que referências ele está conectado, alinhavando, assim, o fio de seu discurso.

Dr. Lacan: Então, conte-me um pouco como tem sido; já que disse que está em plena forma, é o momento de demonstrar.

Srta.: Demonstrar o efeito das medicações... a amabilidade dos doentes, a compreensão do Dr. G., que é muito simpático.

Dr. Lacan: É muito simpático com você, é verdade. Além disso, foi ele quem me falou de você.

Srta.: E o que ele lhe disse?

Dr. Lacan: Me falou um pouco do que se passou com você quando pequena.

Srta.: Sim?

Dr. Lacan: Conte-me, se estiver tudo bem. Se não, lhe farei perguntas mais precisas.

Srta.: Pergunte-me. (p. 164)

Logo no início da entrevista Lacan se utiliza da conversa que teve com Dr. G., o psiquiatra que acompanha o caso de Vivianne. Ele faz esse movimento não só para afirmar para a moça que sabe sobre seu caso e que tem interesse nele, como também para colocar em movimento a transferência, para que ela se inicie, atravessada pelo psiquiatra que a acompanha e com quem a paciente parece possuir boa relação. Esse movimento é feito com o intuito de criar um ambiente de confiabilidade para a paciente, para que ela possa começar a falar. É a partir da transferência com um terceiro que Lacan manejará a condução da entrevista: ele permanece, ao longo dela, como um

¹⁰⁰ Essa informação é dada a Lacan na breve conversa entre ele e Dr. G., no momento em que a paciente sai da sala. Lacan pergunta ao Dr. G. a forma como a paciente conta as histórias delirantes a ele, percebendo que há uma distinção entre o que ela diz a ele e o que ela diz na entrevista. Dado esse distanciamento, Lacan convoca a paciente novamente, afirmando que a “falta de clareza soa inquietante” (p. 180).

auxiliar do Dr. G., no intuito de investigar com maior precisão os acontecimentos da vida da paciente. A transferência funciona, assim, como um modulador das narrações da paciente – ela informando Dr. G., no público, a partir de Lacan. Vamos, agora, a alguns momentos de precisão, nos quais Lacan pergunta, de modo mais incisivo, sobre algumas situações vividas pela paciente:

Srta.: [sobre um mal entendido] Foi por uma mulher, uma pessoa cujo nome não pronunciarei. É isso.

Dr. Lacan: E quem é essa pessoa? Situe-a mesmo assim. (p. 167)

Dr. Lacan: E onde vive sua mãe?

Srta.: Em Paris, no distrito 17º, na Rua Des Dames, nº 17.

Dr. Lacan: Rua Des Dames, então. Que influência tem sua mãe na sua vida, nesse momento? (p. 168)

Dr. Lacan: Quem quer isso?

Srta.: Minha mãe, meu pai e Dr. G. querem que eu seja autônoma e independente, assim causarei menos problemas pra minha mãe, assim é.

Dr. Lacan: Portanto, sabe que foi sua mãe quem a trouxe aqui?

Srta.: Me trouxe aqui porque tinha uma tristeza enorme. Tive um trauma psicológico.

Dr. Lacan: Talvez possa me dizer de que tipo é esse trauma psicológico, como você o chama. (p. 168)

Lacan, deste modo, pede explicações para a paciente, tenta que ela precise o seu discurso: pedir que “a situe, mesmo assim”, marcar a “rua das senhoras”, perguntar a influência da mãe no momento preciso da entrevista e questionar o tipo de trauma que a paciente teve são formas de pedir à paciente explicações sobre sua fala, para que ela possa discorrer sobre os acontecimentos de sua vida de maneira mais localizada tanto espacial como temporalmente. No entanto, só essa forma de precisão não é suficiente para o discurso da paciente, já que ela parece não enunciar todas as informações necessárias para a compreensão do caso, deslocando dos sentidos [narrativos] suas respectivas referências [discursivas]. É então que Lacan utiliza termos que funcionam como “operadores de tradução” do discurso da paciente – como, por exemplo: “você quer dizer que...” e “quando você diz *x*, você se refere a...” – como forma de delimitação da narrativa. Vejamos alguns exemplos:

Srta.: Ele estava só, eu passeava com ele. Eu podia fazer o que quisesse com ele, menos o que estou pensando.

Dr. Lacan: Ao que se refere quando diz: “menos o que estou pensando”? (p. 168)

Srta.: Vivia perto da minha casa.

Dr. Lacan: Vivia perto da sua casa, quer dizer, perto do lugar que tem vivido até agora, quer dizer, se eu entendi bem, com sua mãe? Vivia com sua mãe?

Srta.: Sim, vivia com minha mãe, vivia com mamãe; ele estava bem ao lado da minha casa.

Dr. Lacan: Quer dizer que ele vivia na Rua Des Dames?

Srta.: Sim, na Rua Des Dames, mas não estava casado. Vivia com... na casa ao lado.

Dr. Lacan: Vivia com... que quer dizer? Convive com alguém? (p. 169)

Vemos nesses excertos que Lacan, para que a paciente precise mais a história, marca alguns pontos específicos – com os enunciados: “a que você se refere quando...” e “o que quer dizer...” –, para que a paciente apresente a história não apenas de um modo delirante, mas de um modo que tenha sustentação na realidade concreta. Ele faz isso em vários outros momentos da entrevista a fim de demarcar, para a paciente, os sentidos que ela atribui às situações que ela apresenta. É fazendo esse movimento de precisão que Lacan chega ao cerne do caso: a relação da paciente com homens.

Srta.: Estava muito doente...conheci...

Dr. Lacan: Quem conheceu?

Srta.: Um jovem, Samuel. Eu mesma o chamei de Samuel.

Dr. Lacan: Você mesma o chamou de Samuel? E como chegou na sua vida, o Samuel?

Srta.: Chegou através de sentimentos.

Dr. Lacan: Por que disse que foi você que o chamou de Samuel? Não se chama Samuel?

Srta.: Não, eu o nomeei assim, lhe dei um apelido.

Dr. Lacan: Sim, se dá conta de que escolheu este nome porque era...?

Srta.: Romântico.

Dr. Lacan: Sim, romântico. Mas, que significado tem Samuel em sua vida?

Srta.: Está presente pelo meu bem estar, pela minha proteção etc. Depois ele ficou muito mal, muito doente, isso foi o que mais me afetou. (p. 169)

Dr. Lacan: Não compreendo muito bem a sua relação, digamos imaginária, com Samuel.

Srta.: Não é imaginária, é real. É como eu lhe contei.

Dr. Lacan: Tampouco você propôs que ela fosse mais real, já que você mesma lhe colocou o nome de Samuel.

Srta.: Sim, eu lhe coloquei esse nome e aí está. Pode me fazer qualquer pergunta. O que você quer saber?

Dr. Lacan: De que modo você concebe a existência desse Samuel?

Srta.: A concebo... há altos e baixos, há que se superar barreiras, as dificuldades, assim é. Assim a concebo. (p. 177)

Srta.: Não pensar mais no passado, pensar no futuro. É isso.

Dr. Lacan: É isso?

Srta.: Sim, é isso.

Dr. Lacan: Pensar no futuro é pensar em Sa....

Srta.: Sim.

Dr. Lacan: Sa... que não sabe se quer onde colocar [...]

Dr. Lacan: Então irá buscá-lo?

Srta.: Sim.

Dr. Lacan: Como?
 Srta.: Perguntarei para as pessoas.
 Dr. Lacan: Vai perguntar para as pessoas?
 Srta.: Não serve de nada. Melhor virar a página.
 Dr. Lacan: Mais que nada, é que quando falar de Sa..., que é um nome, como você mesmo disse, que você inventou...
 Srta.: Não, eu não inventei. Eu o nomeei.
 Dr. Lacan: Me disse que tinha o chamado de Sa...mas que não sabia como se chamava.
 Srta.: Não.
 Dr. Lacan: Então, ao tal Sa...tenho todo o direito de dizer que você inventou.
 Srta.: Sim, eu inventei um nome para ele.
 Dr. Lacan: Se você inventou um nome, mas, esse não é um motivo para que as pessoas escutem esse nome inventado e saibam de quem se trata.
 Srta. Sim, com certeza. Isso é certo. Não deveria mais pensar nisso, deveria pensar em outra coisa, mais conveniente. Assim é. (pp. 186-187)

A compilação acima apresentada nos traz a relação que a paciente faz com seu desejo e como o articula com a realidade, não a aceitando. Toda vez que Lacan chega próximo de confrontá-la, a paciente afirma: “está certo, não devia mais pensar nisso” – ou qualquer enunciado semelhante a esse sentido. Samuel, segundo Dr. G., é um rapaz que vive perto da casa de sua mãe e que um dia, por engano, bateu na porta de sua casa procurando por alguém. Vivianne nunca encontrou com o rapaz, com exceção desse momento, e nunca conversou com ele. A partir disso criou toda uma relação com ele, que recusa conflitar com a realidade. Deste modo, Lacan maneja a realidade e o delírio no discurso apresentado pela paciente a fim de buscar a origem do quadro delirante em uma dupla via: a da articulação do delírio que tem como indício a erotomania e a situação de vida que condensou e disparou o sintoma. Quanto ao indício que condensa o delírio, podemos ler abaixo:

Dr. Lacan: Não acredita que, se você pensar em outra coisa, será forçosamente um homem? Não?
 Srta.: Sim.
 Dr. Lacan: Porque é o que você busca.
 Srta.: Busco contatos humanos. Muitos contatos humanos.
 Dr. Lacan: Contato humano masculino?
 Srta.: Sim, e feminino também.
 Dr. Lacan: E com a tal Yv...como ficou sua relação?
 Srta.: Se separaram, os dois.
 Dr. Lacan: Mas você, entretanto, tem relação com Yv...?
 Srta.: Não, já não temos relação; ela não me respondeu. (p. 187)

Ele circunscreve o objeto de desejo da paciente: “se fosse pensar em outra coisa, não seria forçosamente um homem?”, com o que ela inicialmente concorda, mas depois generaliza para “contatos humanos”. Ao que Lacan contrapõe com a afirmação que a

paciente trouxe de sua relação com uma mulher, com quem ela não deu continuidade no contato, já que, no plano do delírio, as mulheres ocupam um lugar de rivalidade e de ciúme de si. Temos, de um lado, homens e apaixonamento e, de outro, mulheres e ciúmes. Essa articulação a coloca em um lugar que ela reconhece como de *puta* (pp. 182, 183, 187). Vejamos, abaixo, a continuidade de articulação desse delírio:

Dr. Lacan: E o que pensa agora?

Srta.: O que penso? Que o mundo é mesquinho, malvado e cruel. São ciúmes, creio.

Dr. Lacan: São ciúmes?

Srta.: Femininos.

Dr. Lacan: [...] Seja clara: quem colocou os microfones?

Srta.: Não sei, uma desconhecida, uma anônima. Foi uma anônima. Pensava que era anônima, é isso.

Dr. Lacan: Mas não suspeita de alguém que possa ser?

Srta.: Talvez seja uma mulher que me jogou muitas mágoas passadas.

Dr. Lacan: Quem te jogou muitas mágoas passadas, que mulher até essa data? (p. 181)

Dr. Lacan: Fica o que você escutou [dado que a mulher é anônima].

Srta.: Sim, escutei insultos.

Dr. Lacan: Insultos como: puta.

Srta.: Isso, certamente.

Dr. Lacan: Então ficamos com o fato de você ter escutado insultos. Por onde os escutou?

Srta.: Pelas orelhas.

Dr. Lacan: Que relação estabelece entre os microfones instalados na sua casa e os insultos escutados na rua? Os insultos que escutava na rua, apenas os escutava ou também via gente?

Srta.: Sim, me cuspiam na cara. Me cuspiam na cara e vi que uma pessoa me insultava. Estou pronta para o amor. Quiseram me fazer de puta e eu me neguei. (pp. 182-183)

A esses enunciados a paciente complementa: “a verdade dói” (p. 183), dizendo do lugar que é reconhecida – como puta – e que se reconhece, ao avesso. Ao anunciar essas questões associadas à sua relação com mulheres, diz do rompimento de sua irmã com a família, querendo emancipar-se “antes da idade adequada” (p. 188), o que fez com que a paciente e a mãe tivessem que ir a um tribunal responder sobre supostas agressões que a irmã sofreu quando sob os cuidados da mãe. A paciente se coloca como defensora da mãe contra a irmã e acusa a tutora da irmã, Sra. Ma., de rivalizar com a mãe pela guarda da irmã mais velha. Lacan compreende que é a partir dessa situação com a irmã mais velha que toda a construção delirante inicia, tendo nesse acontecimento seu ponto de origem:

Dr. Lacan: É isso? Por onde começou? Do que falou primeiro [com o Dr. G.]?

Srta.: Do meu sofrimento e da fuga da minha irmã. Eu apenas expliquei para ele; para mim, é o mais importante. Então conversamos sobre o relacionamento com Yv ... e a

Sra. Ma ... é isso, é tudo. Nós paramos na conversa sobre a mulher jovem. Espero que continuemos com o Sr. G. (p. 188)

A partir daí, Lacan realiza mais algumas perguntas e encerra a entrevista. Há um questionamento, na discussão, sobre o fato de a paciente ser delirante ou não, Lacan defende que ela é um efeito de sua situação familiar, “como eco de algo” (p. 189). É interessante perceber que, do mesmo modo que Lacan inicia a entrevista a partir da transferência da paciente com o Dr. G., a paciente encerra a entrevista com expectativas de continuidade com ele, corroborando nossa hipótese de que Lacan maneja a entrevista comportando-se como um auxiliar de Dr. G., coletando informações da paciente, que espera continuar com seu médico a entrevista realizada por Lacan. O manejo da narrativa da paciente é, então, costurado pela transferência a um terceiro, que está no público e que é referenciado como “aquele para quem a paciente diz suas verdades” – verdades que podem modificar-se ao longo do tempo, mas que são “reais” (p. 184) no momento em que são enunciadas. E não seria esse o papel da transferência? Articular narrativamente as verdades na estrutura de ficção do paciente ao campo de seu saber inconsciente?

Há, neste caso, dois movimentos narrativos por parte de Lacan. De um lado ele enfatiza a conexão necessária entre microfones e acusações sofridas na rua. Ele supõe a existência de uma relação causal entre estes dois aspectos da narrativa. O segundo movimento dá-se em torno da estrutura de ficção, reconhecida ou não pela paciente, do seu objeto de amor: Sr. Samuel, rapidamente elidido para Sa.... Torna-se crucial., para Lacan saber se a paciente faz a “crítica” de sua própria conjectura, se ela o apresenta ao outro como uma possibilidade ou como uma necessidade. Vemos, portanto, nesse caso, uma forma de articulação narrativa da transferência que recorta elementos do discurso da paciente para demarcar os pontos de origem de seu delírio e de que modo esse delírio se relaciona com os acontecimentos cotidianos.

3.4. Lacan e a narratividade: os casos de Sainte-Anne

Nas entrevistas há algumas inferências que podemos fazer quanto ao uso da linguagem e sua narratividade. Alguns dos manejos de Lacan que fazem do uso narrativo da língua seu princípio curativo – de articular e descontinuar a fala do paciente, realocando-a em outro ponto do discurso – apresentam o manejo da narratividade como *técnica clínica*. Em todos os casos este manejo partiu dos pontos

de indeterminação, semântica, autoral, referencial ou fática do discurso, para a determinação da narrativa em sus funções. Deste modo, podemos ver, em todos os casos apresentados, um manejo apoiando-se na sustentação da transferência ou na sua possível emergência, alinhavando ou descontinuando as falas do paciente para que possa emergir um novo sentido ou para que algum dos sentidos apreendidos seja concluído. A construção narrativa, então, em Lacan, diferentemente de Freud, apresenta-se como técnica clínica que pode ser observada em ato, articulando-se a como outra forma de transmissão. A narrativa como técnica clínica seria a articulação da presença do sentido, com suas relações de causalidade, de autoria, de nomeação, de historicidade, com sua ficcionalidade possibilitando a emergência do sujeito a partir de uma escuta “psicanaliticamente orientada” pela estrutura dos discursos. Os lugares do discurso não são apenas ocupados por elementos, eles são satisfeitos, no sentido lógico do termo, por funções narrativas. Tal como Davis afirma, “a narração é estruturada como (um sujeito) em linguagem” (p. 853, 1985), ela apresenta a possibilidade de emergência da articulação singular entre o sujeito e o real, estruturando-o. Portanto, para além das questões particulares de cada caso, que apontam para especificidades da técnica de acordo com os casos apresentados, há um solo comum que subsidia todos esses desenvolvimentos: a narratividade, que apresenta a transferência em ato.

A partir também das entrevistas de pacientes podemos inferir alguns movimentos quanto à narrativização do significante, associada, nesta tese, ao princípio de narratividade. O princípio de narratividade, tal como afirmamos anteriormente, se relaciona com a irrupção e sutura do descontínuo na história do sujeito, o que possibilita movimentos transformativos e reformulações da própria história. Neste sentido, podemos pensar a narratividade como aspectos do próprio movimento pulsional, como a inversão a atividade em passividade, como o trabalho de retomada de um estado anterior, como necessidade de discurso, que articula relações de repetição associadas a aspectos contingenciais. Isso nos ajuda a entender a irrupção do acontecimento, podendo este ressignificar posições e transferências anteriores ou balizar as contínuas repetições. As entrevistas, de um modo geral, indicam os aspectos terapêuticos do uso narrativizante do significante. Ao escandi-lo através da articulação da história do paciente com o seu discurso falado, submete-o ao sentido enunciado e à enunciação, como forma de articulação obtendo como efeito regular apaziguamento do sofrimento. É como se essa articulação possibilitasse a irrupção do sujeito entre significantes, nas malhas da linguagem, para que o paciente, nesse pequeno relance, tenha a chance de

girar, tornar ou retomar posicionamentos neutralizados pela linguagem cotidiana. A linguagem cotidiana, que é também dominada pelos discursos em sentido mais forte do termo, mantém uma relação positiva com o sentido, o que o desarticula da transferência e da pulsão.

Nas entrevistas, essa relação fica evidente quando Lacan atém-se a um significante apresentado pelo paciente e à forma como esse significante se articula para rearticulá-lo a algumas condições de produção do discurso do sujeito. Contudo, a forma como o significante é examinado envolve manobras narrativas, como as que verificam a função de autoria ou de ficcionalidade. É como se fosse possível, a partir dessas irrupções descontínuas de sentido, restituir o lugar do sujeito no impossível (tal como pudemos observar, também, no caso do Homem dos Ratos, a partir das articulações do significante em RSI – Real, Simbólico e Imaginário). Essas rearticulações se organizam para dar vazão a uma polissemia de sentidos, movimento no qual Lacan aposta para a obtenção do posicionamento do sujeito na psicose. Essa narratividade problematiza o campo da psicopatologia, já que o processo de narrativização calcado na psicanálise produz uma escuta atenta a referenciais e normatividades polissêmicos¹⁰¹, que são trazidos pela enunciação do paciente.

Algo interessante que pode ser inferido do conjunto de entrevistas, também, é a preocupação com a diagnóstica – devido ao caráter institucional das entrevistas, que atravessa, invariavelmente, a forma como o caso será apresentado e reconduzido. Entretanto, o que faz diferença nas entrevistas de pacientes é, justamente, a modificação da função da entrevista. De uma função didática para uma função didática e também terapêutica, Lacan rearticula as movimentações do sofrimento do sujeito para que seu discurso concretize-se através de um regime de verdade, distintamente dos casos psiquiátricos. Isso é fundamental porque o regime de verdade adquire-se da relação entre o entrevistado, Lacan e o público, que, a partir da participação da cena da entrevista, autoriza e cede a palavra ao paciente.

O regime de verdade, portanto, é articulado através da relação entre o público e o privado, criando a noção de “intimidade” a partir dessa relação que é mediada transferencialmente. Deste modo, nas entrevistas de pacientes, podemos verificar a importância da narratividade para a construção e sustentação do suporte transferencial

¹⁰¹ Temos aí a clara exceção do caso da paciente trans, na qual Lacan toma “o real do corpo” como referência ao desejo da paciente, alocando-o no campo do impossível, visão hoje que pode ser considerada conservadora dentro do campo da psicanálise em articulação com os estudos sobre gênero.

necessário à concepção de linguagem como método curativo, sendo esta linguagem apenas possível nessa modalidade quando associada à ideia de narratividade.

Lacan, na maioria dos casos, ocupa-se bastante com a localização temporal e espacial das situações enunciadas pelos pacientes. Vemos que isso tem uma função de recorte do sentido, diminuindo sua possibilidade de generalização, apontando então para a singularidade daquela experiência e, também, localizando o sentido no tempo – o que limita-o, promovendo a relação entre a descontinuidade causal deste e a emergência do sujeito do inconsciente. Esse recorte faz função de articulação entre o real, o simbólico e o imaginário porque é ele que é capaz de sustentar o deslocamento de sentido no processo de significação sem que esse se perca. Ou seja, é o recorte que realiza o ponto de basta do discurso do paciente, narrativizando-o.

Através da entrevista de pacientes, então, acreditamos que podemos demarcar de maneira mais satisfatória a articulação do uso da linguagem enquanto método de investigação e técnica terapêutica. O recorte, as perguntas que descontinuam o sentido e que tentam delimitá-lo, apontam para o sentido em sua origem na fala do paciente: qual o sentido que articula e condensa os demais? De que modo essas articulações se instauram compondo a subjetividade do paciente? Que relação produz o sentido enunciado pelo paciente e o contexto por ele vivido, trazido dos prontuários, familiares e demais informações institucionais? Essas questões mostram a linguagem operando pela via da investigação clínica e têm, ao que nos parece, alguns objetivos específicos: mapear posicionamentos das relações de objeto do paciente, estabelecer localidades discursivas para, então, construir uma leitura da normatividade apresentada por ele, segundo seu modo de vida – apresentação da psicopatologia associada à história particular do paciente.

Sincronicamente, esse mesmo funcionamento da linguagem opera de modo a exercer função terapêutica: recortar os sentidos, apontar significantes, localizar o paciente em seu discurso permite a este tornar-se narrador de sua história, não um narrador completo e onisciente, mas um que emerge entre os sentidos que enuncia, junto e separado deles, como sujeito e como objeto, tal como Lacan apresenta o processo de alienação e separação (Lacan, 1964/1996) em seu seminário sobre os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.

Essa articulação entre investigação e terapêutica, que se dá através da experiência clínica da psicanálise, só é possível devido à transferência manejada de

forma narrativa: discurso e narrativa, história e acontecimento, articulados pela fala do paciente, costuram-se no abismo entre enunciado e enunciação devido à emergência de um terceiro, o analista, que aponta para a existência de um dizer, através de seu processo de escuta.

CONCLUSÃO: UMA TESE GENERALISTA

A articulação entre a psicanálise lacaniana e as ciências da linguagem sempre foi atravessada por dois eixos principais que se comportam como polos do funcionamento da linguagem habitada pelo sujeito: *significante* e *discurso*. O significante, por um lado, apresenta, para a psicanálise, o funcionamento da língua em sua unidade mínima e sua assunção individual pela fala, que, através de relações estruturais, apontam para a presença do sentido e do *non-sense*, amparados pelo saber inconsciente enunciado. Já a noção de discurso apresenta-se como a estrutura máxima de articulação do sujeito como ser social de linguagem, mostrando as posições que podem ser ocupadas pelo sujeito em seu laço social e de onde essas posições significam e apontam ao sentido. Significante e discurso, portanto, ficaram como polos de interpretação e significação do saber inconsciente, apresentados em direções linearmente opostas.

No entanto, significante e discurso não possuem uma relação direta, o que faz com que muitas vezes, na nossa técnica e manejo clínico, esses polos permaneçam dissociados e não articuláveis. O uso do significante, no manejo clínico, acaba aparecendo como um “fenômeno elementar” quando dissociado do discurso; e a análise do discurso, aparecendo como uma análise “dessignificantizada”, ou seja, desarticulada com a singularidade que a linguagem é capaz de produzir. De um lado, a máxima singularidade; de outro, a expressão totalizante da ideologia.

Apresentamos aqui a hipótese de que a narrativa é um conceito que faz uma possível articulação entre significante e discurso na psicanálise, uma forma de devolver ao discurso o seu aspecto pulsional e de recolocar no significante o seu ponto de origem fundante: o desejo e o gozo que articulam a linguagem no sujeito e na história. Narrativizar significaria, portanto, articular significante e discurso através da transferência, articulação apresentada com e pela experiência clínica. A narrativa, como uma forma de linguagem que articula discurso e história, devolve o caráter pulsional da linguagem, como ethos discursivo ou como estilo de enunciação, trazendo à teoria a experiência clínica.

É nesse sentido que os casos clínicos se apresentam como modelos de articulação narrativos. Eles nos mostram as articulações teórico-clínicas no nível do discurso, e as articulações clínico-políticas no nível da história. Apresentada deste modo, a narrativa seria um certo retorno da importância do sentido na construção de casos, mostrando que este, longe de ter um caráter coerentista na definição e Real ou dependente de uma concepção referencial de verdade, pode se apresentar como um

articulador e operador clínico fundamental. Querer ausentá-lo através da análise “pura do significante” em uma dicotomia simples entre imaginário-narrativo e simbólico-significante mostra não só uma impossibilidade no que tange à linguagem habitada pelo sujeito, como também uma desarticulação do amparo social fundamental a qualquer racionalidade diagnóstica clínica.

A narrativa, então, opera como um modo de funcionamento da linguagem que inclui descontinuidade e movimento, causalidade e autoria. Este é um modo de funcionamento que coaduna com “os princípios da psicanálise”, já que a articulação que construirá o movimento e a elaboração do sentido passa pelo desejo, pelo gozo e pela dialética eu-Outro. Nesse sentido, a narrativa é um operador tanto na transmissão da psicanálise – quando articula teoria, história e singularidade nos casos clínicos, sendo um aspecto do método investigativo da psicanálise – quanto um operador do método clínico da psicanálise – quando, através de manejos e intervenções que imbuem movimento atravessado pela transferência, apresenta novas possibilidades de articulação do sentido, fazendo surgir o sujeito na rede de significação e possibilitando efeitos terapêuticos.

Assim, entre o real do discurso e o simbólico do significante, há um imaginário da narrativa que não podemos preterir. A escuta clínica, a análise social e a conduta ética só são possíveis quando articuladas através desse particular narrativo, que funda a existência de um sujeito a partir de seu reconhecimento.

Esta tese, portanto, não se propôs a caminhar especificamente por um tema ou campo de atuação; prática ou operador conceitual. Ela apresentou-se como uma tentativa de articulação de campos não homogêneos e não idênticos entre si, com paradigmas epistemológicos muitas vezes distintos e inarticuláveis em sua radicalidade. Neste sentido, não é uma tese que recorta o objeto através de sua especificidade, mas sim através de sua capacidade de articulação com as demais áreas do saber; uma tese, portanto, universitária em sua interdisciplinaridade.

Em um momento que, tanto na ciência quanto na política, paradigmas e grupos clamam cada vez mais por suas especificidades, suas diferenças mínimas, seus espaços particulares e privados de atuação, esta tese propôs-se a ir na contramão desse movimento, tentando ultrapassar as diferenças sem negligenciá-las para propor uma forma possível de relação e articulação das diferenças, sem realização de síntese completa, já que esta é do âmbito do impossível. Uma tese que tem como objetivo

principal o acesso total e irrestrito à prática, ao saber e à transmissão psicanalíticas, para além de seus detentores.

Para tanto, apresentamos a psicanálise como um campo da teoria das práticas (Certeau, 2011), propondo que sua construção teórica é imanente à sua articulação com a experiência. Essa, de solo clínico, apresenta-se articulada com a história a partir do momento em que, pela experiência clínica, apresenta-se um fragmento de verdade dessa história: o analisante, ao seu modo, diz dos seus sintomas atravessados pelo sofrimento e pelo mal-estar (Dunker, 2014b) articulados por suas relações, desde as mais particulares – traços familiares, da comunidade, do convívio cotidiano – ao contingente da cultura e da política que apresenta-se como o impossível, o inultrapassável e inalcançável do sentido e da repetição. Sentir-se marginalizado, ter o peso do gênero sobre os ombros, carregar as marcas de sua classe social, expor-se pela sua etnia: tudo isso apresenta-se como o inescapável, associado aos modos de subjetivação atravessados pelas mais diversas situações apresentadas diante de nosso sistema econômico. Essa articulação entre o discurso [teoria] e a história [práticas] pela clínica [método] só é válida se, com ela, podemos transmitir e contribuir para as investigações e práticas curativas dos efeitos da existência, possibilitando uma articulação vívida entre a produção do sofrimento e do mal-estar contemporâneos e o saber inconsciente, solução para o deslocamento a outros sentidos inventados, também existentes na cultura.

Com tal objetivo, nos propusemos, ao longo do percurso, a apresentar várias formas de inserir a narrativa como operador metodológico para casos clínicos. Ela, por ser um conceito simples e utilizado em diversas áreas do conhecimento em ciências humanas, possibilita que conectemos as relações entre os constructos teóricos (fantasia, delírio, Édipo, entre outros) e nossas formas de transmissão – que, aqui, foi compreendida através do caso clínico. A narrativa é também atravessada pelas condições de produção em que está inserida, apresentando-se, portanto, como modo ideal de formalizar a história. Como operador metodológico, dá-se em dois momentos: na experiência clínica em si, onde aparece a partir de conceitos como “construção” e “interpretação” onde ela se mostra em seu polo de ficção e verdade – e, principalmente, por ser articulada à transferência estabelecida entre analista e analisante no caso clínico –, ela se estabelece a partir da noção de “narratividade”, rearticulando e desconstruindo o sujeito e seu sintoma por meio de suas exigências de causalidade e autoria, de necessidade e contingência.

A narrativa também aparece como operador no processo de construção e leitura do caso clínico. Ao mostrar-se como modo de articulação da linguagem entre discurso e história, ela possibilita a criação de vários gêneros discursivos e literários que baseiam a construção do caso clínico: o romance, a autobiografia, as epopeias e o relato são exemplos de construções narrativas que articulam a relação entre o eu e o outro mediadas pela historicização, tanto do método clínico quanto da subjetividade apresentada, que, por sua vez, reflete a cultura da época; que, por sua vez, carrega traços particulares de quem a vivencia: caso clínico e etnografia, aqui, apresentam-se como funções semelhantes de campos de pesquisa distintos.

Essa modalidade de funcionamento da linguagem só se tornou possível devido às reformulações pelas quais a psicanálise passou, articulando método clínico e prática psicoterápica, saindo assim do âmbito da linguagem como mediadora das relações entre médico e paciente, mas também não adentrando totalmente nas condições propostas pela tradição psicoterápica da época da linguagem ritualística e performativa dos tratamentos psicoterápicos. A articulação entre essas duas áreas consolida-se através da transferência como conceito-chave, norteador dos efeitos curativos da linguagem e só possível devido à experiência de narrativização do discurso do paciente, que se constitui como um processo de constituição-destituição permanente do sentido. É esse movimento que gera transformações nas posições assumidas pelo sujeito em seu mapa ideológico.

Essas posições assumidas pelo sujeito nos diferentes espaços discursivos só são possíveis quando articuladas às condições de produção de um discurso. Essas condições de produção do discurso são condições de determinação do sentido. Podemos modalizá-las a partir das quatro categorias lógicas (necessário, possível, impossível e contingente), que, ao estruturarem-se, estabelecem um circuito de relações de determinação e de indeterminação que podem fornecer um espaço para a narrativa como operador de determinação, quando articulada a discursos de paradigmas científicos tradicionais, que pactuam com a biunivocidade do sentido e com suas modalidades de tradução; ou ser um operador de indeterminação do sentido, quando em funcionamento por uma linguagem marcada pela negatividade, que determina a experiência a partir de suas relações contingenciais – e, portanto, colocam em cheque os mecanismos de causalidade que podem ser transformados. Acreditamos que é nessa possibilidade que reside o funcionamento da linguagem enquanto cura, método psicoterapêutico e ético de analisar os discursos apresentados e consolidados pelos analisantes.

Essas reformulações se dão na passagem entre psiquiatria e psicanálise, na diferenciação de seus objetos: enquanto na psiquiatria o objeto é a psicopatologia, na psicanálise o objeto são as narrativas de sofrimento, que produzem sintomas e associam-se ao mal-estar, reinventando, assim, o campo da psicopatologia como um campo do estudo das subjetividades e de seus posicionamentos frente às normatividades vigentes. A narrativa, portanto, opera como método de conjunção entre o objetivo e o subjetivo, produzindo uma verdade associada à sua contingência significativa: uma estrutura mínima para o estabelecimento de um dispositivo de escuta clínico-social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agamben, G. (2008) *Signatura Rerum* Barcelona: Ed. Anagrama, 2010.

Alajouanine, Th.; Delafontaine; Lacan, J. *Fixidez do olhar pela hipertonia, predominante no sentido vertical, com conservação dos movimentos automáticos-reflexos, aspecto especial de sintoma de Parinaud pela hipertonia associada a uma síndrome extrapiramidal com problemas pseudobulbar*. Sociedade de Neurologia de Paris, 1926. (Tradução: Rogério Caron Fuquim)

Álvares, C. *Pulsion, lettre, récit: psychanalyse et théorie narrative*. Repositorium: Universidade do Minho, Portugal, 2005.

Ambra, P. E. S. *Das fórmulas ao nome: base para uma teoria da sexuação em Lacan*. São Paulo: Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da USP, 2017.

Authier-revuz, J. (1982) Heterogeneidade mostrada e heterogeneidade constitutiva: elementos para uma abordagem do outro no discurso. In: Authier-Revuz, J. *Entre a transparência e a opacidade: um estudo enunciativo do sentido*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

Bairrão, J. M. F. H. Clínica e sociedade: O que será um psicanalista?. *Bol. Form. Psicanal*, vol. 9, nº 2 (pp. 7-22). São Paulo, 2000.

_____. A propósito do Outro, etnográfico e em psicanálise. *Rev. de Filos. Aurora*, vol. 23, n. 33 (pp. 345-358). Curitiba, jul.- dez., 2011.

Bakhtin, M. (1972) *Problemas da poética de Dostoiévski*. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1981.

Barros, D. D. L. P. *Teoria do discurso: Fundamentos semióticos* (3ª ed.). São Paulo: Humanitas / FLLCH / USP, 2001.

_____. *Teoria Semiótica do texto*. São Paulo: ABDR, 2005.

Barth, L. F. B. O caso metapsicológico: o papel da construção e da ficção em psicanálise. *Rev. Psychê*, vol. 12, nº 22 (pp. 139-154), 2008. São Paulo.

Barthes, R. (1971) Introdução à análise estrutural da narrativa. In: *Análise estrutural da narrativa* (pp. 19-60). Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1976.

Beividas, W. Incosciente et. Verbum: psicanálise, semiótica, ciência, estrutura. São Paulo: Humanitas, 2000.

_____. *Inconsciente & sentido: Ensaios de interface, psicanálise, linguística e semiótica*. 2ª edição. São Paulo: AnnaBlume, 2014

Benjamin, W. (1936) O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: *Walter Benjamin: Obras Escolhidas – Magia e Técnica, Arte e Política* (pp. 197-221). São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

- Bercherie, P. (1980) *Los fundamentos de la clínica*. Buenos Aires: Manantial, 1986.
- Bion, W.R. (1967) Notas sobre la memoria y el deseo. *Revista de psicoanálisis*, vol. 26 (pp 679-692) Buenos Aires, 1969.
- Birman, J. [org.] *Sobre a psicose*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1999.
- Blanché, R. Sur la structuration du tableau des connectifs interpropositionnels binaires. *Journal of Symbolic Logic*, 22:1, 1957, (pp. 17-18).
- Canguilhem, G. (1966) *O normal e o patológico*. São Paulo: Forense Universitária, 1995.
- Certeau, M. (1987) *História e psicanálise: entre ciência e ficção*. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.
- Costa, A. Relações entre letra e escrita nas produções em psicanálise. *Estilos da Clínica*, vol. XIII, nº 24, 2008, (pp- 40-53).
- Coutinho, A. H. S. A. Schreber e as psicoses na psiquiatria e na psicanálise: uma breve leitura. *Reverso*, ano 27, nº 52, 2005, (pp. 51-62). Belo Horizonte.
- Davis, R. C. [org.] *Lacan and Narration: The Psychoanalytic Difference in Narrative Theory*. Maryland, Baltimore: The Johns Hopkins Press Ltd, 1985.
- Drawin, C. R. Ética e Psicologia: por uma demarcação filosófica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, vol. 5, nº 2 (pp. 14-17), Brasília, 1985.
- Dumézil, C. (1989) La marca del caso o el psicoanalista por su rastro. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1992.
- Dunker, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2001.
- _____. Estrutura e personalidade na neurose: da metapsicologia do sintoma à narrativa do sofrimento. *Rev. de Psicologia da USP*, vol. 25, nº 1, 2014a (pp. 77-96).
- _____. *A construção do caso clínico*. Conferência realizada Universidade de la republica (UdelaR) pelo convênio de cooperação internacional Capes-UdelaR, jul-2014b.
- _____. *Mal estar, sofrimento e sintoma na sociedade brasileira*. São Paulo: Boitempo, 2005.
- _____. A garrafa de Klein como método para formalização de casos clínicos em Psicanálise. In. *A construção de casos clínicos em psicanálise* (Dunker, C. I. L.; Ramirez, H.; Assadi, T. orgs). São Paulo: AnnaBlume, 2017 (pp. 181-231)

Dunker, C. I. L.; Paulon, C. P.; Milán-Ramos, G. *Análise psicanalítica dos discursos: perspectivas lacanianas* (2ª ed.). São Paulo: Ed. Estação Cores e Letras, 2017.

Dunker, C. I. L.; Ravanello, T. Gênero e forma literária: considerações sobre a estrutura ficcional dos casos clínicos em psicanálise. *Cad. de Psicanál.* (CPRJ), vol. 39, n. 36 (pp. 87-102). Rio de Janeiro, jan./ jun. 2017.

Fédida P. (1991) A construção. Introdução à uma questão da memória na supervisão. In: *Nome, figura e memória: a linguagem na situação psicanalítica*. São Paulo: Escuta, 1992(pp. 171-181).

Ferreira, C. M. R. Apresentação de pacientes: (re)descobrimos a dimensão clínica. *Rev. Ágora*, vol. X, nº 2 (pp. 295-310). Rio de Janeiro, jul/dez 2007.

Freud, S. (1896) La etiologia de la histeria. In: *Obras completas*, vol. III. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.

_____. (1900) *A interpretação dos sonhos* (Renato Zwick, trad.). Porto Alegre: L&PM editores, 2013.

_____. (1905a) Fragmento de análisis de un caso de histeria. In: *Obras completas*, vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu, 1996.

_____. (1905b) Tres ensayos de teoria sexual. In: *Obras completas*, vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu, 1996.

_____. (1909) A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el “Hombre de las Ratat”). In: *Obras completas*, vol. X. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1988.

_____. (1909) Observações sobre um caso de neurose obsessiva [“O homem dos ratos”]. In: *Obras Completas*, vol. 9. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

_____. (1911) Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”). In: *Obras completas*, vol. 10 (pp. 14-107). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1912) Dinâmica da transferência. In: *Obras completas*, vol. 10 (pp. 100-110). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1914) Moisés de Michelangelo. In: *Freud, a arte e os artistas*. Minas Gerais: Ed Autêntica, 2016.

_____. (1914) Recordar, repetir e elaborar. In: *Obras completas*, vol. 10 (pp. 146-158). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1915) *As pulsões e seus destinos*. Minas Gerais: Ed. Autêntica, 2013.

_____. (1923) O eu e o id. In: *Obras completas*, vol. 16. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____. (1937) Construcciones en análisis. In: *Obras completas*, vol. 23. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1976.

_____. (1937-39) Moisés y la religión monoteísta. In: *Obras completas*, vol. XXIII (pp. 3-132). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1991.

Freud, S., Breuer, J. (1895) Estudios sobre la histeria. In: Freud, S. *Obras completas*, vol. II. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993.

Foucault, M. (1966) *As palavras e as coisas: Uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

_____. (1973-74) *El poder psiquiátrico*. Curso en el collège de France. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2005.

Gaufey, G. L. *Historia mi hermana*. Conferencia apresentada na XV Jornada Corpolinguagem e VII Encontro Outrarte. Montevideu, Uruguai, out. 2016.

Gazoni, F. M. *A poética de Aristóteles: tradução e comentários*. São Paulo: Tese de doutorado: Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da USP, 2006.

Greimas, A. J. (1966) *Semântica estrutural: Pesquisa de método*. São Paulo: Ed. Cultrix, 1973.

Greimas, A. J.; Courtés (1979) J. *Dicionário de semiótica*. São Paulo: Contexto, 2008.

Honda, H. O caso clínico e a constituição da metapsicologia freudiana. In: Leite, N. V.; Trocoli, F. (orgs.) *UM retorno a Freud* (pp. 177-194). Campinas: Mercado de Letras, 2008.

_____. Entre ficcionalidade e objetivismo: o caso clínico como locus de elaboração conceitual do material factual. *Rev. Filos. Aurora*, vol. 23, nº 33 (pp.329-343). Curitiba, 2011.

Jakobson, R. (1975) Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia. In: *Linguística e comunicação* (pp. 10-22). São Paulo: Cultrix (2007).

_____. (1975) Linguística e poética. In: *Linguística e comunicação* (pp. 23-41). São Paulo: Cultrix, 2007.

Lacan, J. (1953-54) *O seminário, livro I: Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1996.

_____. (1954-55) *O Seminário, livro II: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2010.

_____. (1955-56) *O seminário, livro III: As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1987.

_____. (1957) A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: *Escritos* (pp. 496-533). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1998.

_____. (1956-57) *O seminário, livro IV: A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1995.

_____. (1957-58) *O seminário, livro V: As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1999.

_____. (1964) *O seminário, livro XI: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1996.

_____. (1970) Alocução sobre o ensino. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1996.

_____. (1971-72) *O seminário, livro XIX: ...Ou pior*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2012.

_____. (1975) *O seminário, livro XX: Mais...ainda*. Rio de Janeiro: Escola da Letra Freudiana, 2010.

_____. (1958) A direção do tratamento e os princípios do seu poder. In: *Escritos* (pp. 591-652), Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1998.

_____. (1975-1976) *8 presentaciones de enfermos en Sainte-Anne – Diciembre de 1975-Abril de 1976*. Documento de uso interno de la Federación de Foros del Campo Lacaniano (FFCL – España F7)

Lana, H. L. S. *A noção de estilo em Lacan*. São Paulo: Dissertação de mestrado apresentada ao departamento de Psicologia Clínica do IP-USP, 2015.

Laplanche, J; Pontalis, J. B. (1970) *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

Laurent, E. (2002) El caso, del malestar a la mentira. In: laurent, E.; arenas, A.; alamanza, M. (orgs.) *Lectura del caso en la práctica de orientación lacaniana*. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2009.

Lejeune, P. Definir autobiografia. In: Mourão, P. (org) *Autobiografia. Autorepresentação*. Lisboa: Edições Colibri, 2003.

Lichtenberger, H. Qu'est-ce que le Romanstisme?. In: Béguin, A. (org.): *Cahiers du Sud. Le Romantisme Allemand*. Marseille, Rivages, 1983.

Mahony, P. (1987) *Sobre a definição do discurso de Freud*. São Paulo: Imago, 1990.

Mallarmé, S. (1897) Um lance de dados nunca abolirá o acaso. In: campos, A.; Pignatari, D.; campos, H. *Mallarmé* (pp. 119-147). São Paulo: Perspectiva, 1991.

- Mendes, A. A. (2015) *O efeito equipe e a construção do caso clínico*. Curitiba: MRV Editora.
- Milán-Ramos, G. A escrita da psicanálise não existe. In: Milán-Ramos (org.) *Terra-mar: litorais em psicanálise*. São Paulo: Mercado de Letras & Fapesp, 2010.
- Milner, J. (1995) *A obra clara*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1996.
- Moretto, M. L.T.; Prizskulnik, L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Rev. Tempo Psicanalítico*, vol. 42 nº 2 (pp. 287-298). Rio de Janeiro, 2014.
- Nasio, J. D. (2000) *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2001.
- Nathan, T. *Psychanalyse païenne*. Paris: Odile Jacob, 1995.
- Paulon, C. P. *Silenciar e calar: manifestações do inconsciente no Esquecimento de Signorelli*. Dissertação de Mestrado apresentada a FFCLRP-USP, Ribeirão Preto, 2014.
- Pêcheux, M. (1983) O discurso: estrutura ou acontecimento (E. Orlandi, trad.). Campinas: Ed. Pontes, 2008.
- _____. (1975) *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. Campinas: Unicamp, 2009.
- Perec, G. (1977) A cena de um estratagema (A. C. Carvalho; F. Belo, trad.). *Psychê*, ano IX, nº 15 (pp. 13-21). São Paulo, 2005.
- Pereira, M. E. C. (2009) Kraepelin e a manifestação clínica das doenças mentais. *Rev. Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, vol. 12, nº 1 (pp. 161-166). São Paulo.
- Platão (séc. IV a.C.) *A República*. São Paulo: Martin Claret, 2000.
- Porge, E. *Transmitir a clínica psicanalítica*. Campinas; Unicamp, 2009.
- Porter, R. The Patient's View: doing medical history from below. *Theory and Society*, vol. 14, nº 2 (pp. 175-188), mar. 1985.
- Reis, C.; Lopes, A. C. M. *Dicionário de narratologia* (7ª ed.). Coimbra: Edições Almedina S.A, 2011.
- Ricoeur, P. Pour une théorie du discours narratif. In: Tiffeneau, D. (ed.) *La Narrativité* (pp. 3-68). Paris, C.N.R.S., 1980.
- _____. (1988) A identidade narrativa e o problema da identidade pessoal (C. J. Correia, trad.). *Arquipélago*, nº 7 (pp.177-194), 2000.
- Saussure, F. (1916) *Curso de linguística geral*. São Paulo: Ed Cultrix, 2006.

Sousa, E. L. A. (A vida entre parênteses): o caso clínico como ficção. *Psicologia Clínica*, vol. 12, nº 1 (pp.11-19), 2000.

Stalloni, Y. (1997) *Os gêneros literários – A comédia, o drama, a tragédia, o romance, a novela, os contos. A poesia*. Rio de Janeiro: Ed. DIFEL, Coleção Enfoque Letras, 2001.

Tavolaro, D. O caso Mussalém. In: *A casa do delírio. Reportagem no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha* (pp. 139-155). São Paulo: SENAC, 2002.

Todorov, T. (1978) *Los generos del discurso*. Venezuela: Monte Avila Editores LatinoAmericana, 1996.

Valensy, L.; Meignant, P.; Lacan, J. *Romance policial. Do delírio de tipo alucinatório crônico ao delírio de imaginação*. Apresentação à Sociedade de psiquiatria, publicado em *L'Encéphale*, nº 5, pp. 550-551, 1928. (Trad. Rogério Caron Fuquim).

Valcarce, L. *Las Presentaciones de Enfermos en Lacan*. Olivos – Buenos Aires: Grama Ediciones, 2015.

Zanetti, S. A. S.; Kupfer, M. C. O relato de casos clínicos em psicanálise: um estudo comparativo. *Rev. Estilos da Clínica*, vol. XI, nº 21 (pp. 170-185), 2006.