UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Wilian Donnangelo Fender

**Momento de construir:
a construção do caso clínico em psicanálise**

São Paulo
2018

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA – PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA CLÍNICA

Wilian Donnangelo Fender

**Momento de construir:
a construção do caso clínico em psicanálise
(versão corrigida)**

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

Área de concentração: Psicologia Clínica -
Investigações em Psicanálise

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lívia Tourinho
Moretto

São Paulo
2018

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
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Donnangelo Fender, Wilian

Momento de Construir: a Construção do Caso Clínico em Psicanálise / Wilian Donnangelo Fender; orientadora Maria Livia Tourinho Moretto. -- São Paulo, 2018. 122 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.

1. Psicanálise. 2. Construção do Caso Clínico. 3. Construções em Análise. 4. Caso Clínico Psicanalítico. 5. Tratamento Psicanalítico. I. Livia Tourinho Moretto, Maria, orient. II. Título.

NOME: FENDER, WILIAN DONNANGELO

TÍTULO: **Momento de Construir: a construção do caso clínico em psicanálise**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Aprovado em: / /

Banca examinadora

Prof.Dr. (Orientador)_____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho à minha mãe, Vera, e ao meu pai, João, que, cada um ao seu modo, e sempre com muito amor, transmitiram e transmitem os valores que sustentam minha própria e constante construção.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade de São Paulo e ao Instituto de Psicologia, seus professores, funcionários e serviços, os quais possibilitaram, possibilitam e instigam meu estudo continuado da psicologia, da psicanálise e do sofrimento humano.

Meus sinceros agradecimentos à querida orientadora Maria Livia Tourinho Moretto, a Livia. Sua escuta clínica, sua didática e seu estilo reverberam diariamente em minha prática clínica e agora, no percurso de pesquisa. Uma relação de admiração que começa com um chiste, não poderia ser mais prazerosa. Obrigado.

Agradeço à CAPES pelo investimento e incentivo nesta pesquisa.

A Ana Cristina Figueiredo pela leitura clínica e cuidadosa do trabalho no momento da banca de qualificação, pelas orientações tão valiosas e pelo cativante e inspirador interesse no tema da pesquisa.

A Christian Dunker, querido professor e mestre. Não poderia imaginar que àquela análise do filme *A Onda*, na minha semana de recepção no IPSUP seguiriam tão profícuos encontros e tamanho aprendizado. Quero crer que ondas insistem.

Meus agradecimentos aos amigos e colegas do grupo de orientação, com quem tenho o prazer de tanto aprender: Cláudio Akimoto Jr., Daniela Tankevicius, Mayra Xavier, Julia Catani, Isabela Ledo, Elton Souza, Felipe Nishioka, Laura Bechara, Patrícia Leite, Luciana Chagas, Eliane Costa Dias, Camila Colas, Gustavo Ramos, Lara Mundim, Marcus Vinicius Neto, Thais Pereira. Consigo me lembrar perfeitamente de, pelo menos, uma contribuição essencial de cada um de vocês para essa pesquisa. Obrigado pelo acolhimento, pelas inúmeras críticas construtivas e pela preocupação.

Agradeço a cada aluno de graduação do IPUSP que tive e tenho o privilégio de acompanhar na iniciação da clínica psicanalítica, ainda que como um principiante supervisor. Semanalmente abro um livro novo, difícil e prazeroso, com vocês.

Agradeço a cada analisante.

A Aurora, que com escuta e cuidado, por anos *faz-me-construir*.

A Marcos Brunhari, que com escuta cuidadosa, tanto me auxilia em minhas construções clínicas de meus casos, instigando a cada vez meu desejo de saber.

A meus pais pelo constante amor e apoio, a quem dedico essa pesquisa.

A Rene Fender, meu irmão, que, mais do que companheiro, me ensina todos os dias que a vida pode ser mais leve e engraçada. Tenho muito a aprender.

As amigas de Felipe Nishioka, Júlia Pezzutto e Hugo Shimura. Um parágrafo para cada não seria suficiente. A amizade de vocês conforta, independente dos caminhos. Para mim seremos sempre *os quatro*.

A Mi Kim, Lady Dai, Miguelin Fausto, Ju Cizik, Zaik, Elton Souza, Renata Ribak, Arthur Villella, Ana Paula Teixeira, amigos cada vez mais presentes nestes dois anos, com quem tanto aprendo.

Agradeço a Igor Hartmann, que, por tantas vezes escutou-me sobre o percurso do trabalho e investigações. Nossas conversas ao longo desses dois anos estão nesta pesquisa. Obrigado.

Aos amigos da banda Igor Hartmann, Marcelo Batistella e Rafael Massud. Que esse agradecimento se concretize em ensaios semanais.

A Alessandro Werneck (*vacilão*), Carlos Eduardo (*Til*), Alexandre Elias (*xandão*) e Renan. Amigos de colégio que tornam possível e presente a alegria leve, divertida e despudorada dos anos de infância e adolescência. Obrigado pelo companheirismo fiel.

E finalmente, o mais profundo e belo agradecimento a Livia Novaes, com quem há dois anos tenho a alegria de compartilhar cada momento. Obrigado pela cumplicidade, por se deslumbrar junto comigo em todas as coisas e pela intensidade em cada experiência. Você é minha inspiração. Sua força está em cada parágrafo.

“Mas, depois de ter dispendido alguns anos a estudar no livro do mundo e a procurar adquirir alguma experiência, tomei um dia a resolução de estudar também em mim próprio e de empregar todas as forças do meu espírito a escolher os caminhos que devia seguir”. (Descartes, 1979, p.17)

RESUMO

Fender, W. D. (2018). **A construção do caso clínico em psicanálise: de suas bases às diferentes abordagens na prática**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

O trabalho de análise não se encerra quando se encerra a sessão analítica. Não se encerra nem para o paciente - que segue em análise - nem para o analista que, a partir das sessões, pode seguir o trabalho na direção da construção do caso clínico. No entanto, o relato das sessões não faz o caso. Dessa inferência, surge nossa questão: o que é essa operação de construção realizada pelo analista que viabiliza essa transformação? E, mais ainda, quais os efeitos que essa construção possibilita? Dessa maneira, esta pesquisa tem como objetivo investigar a construção do caso clínico em psicanálise, de maneira a compreender essa operação e seus efeitos. Deste primeiro objetivo, desdobram-se três objetivos específicos, que correspondem aos objetivos de cada capítulo de nossa organização. O método utilizado foi a investigação da bibliografia específica da área. De cada capítulo, que organizam nossos resultados, temos que: 1) a noção de construção em psicanálise é uma noção que embasa a construção dos casos clínicos, 2) a noção de caso clínico em psicanálise corresponde a um depósito de tradições específicas, tornando o caso clínico escrito para publicação um gênero literário e 3) a construção do caso clínico em psicanálise pode ser organizada didaticamente em objetivos, funções e elementos que a compõem. Elaboramos ainda um quarto capítulo em que a experiência clínica é discutida, com base em nossos achados, a fim de elencar alguns efeitos clínicos que as noções investigadas implicam no tratamento e na clínica psicanalítica. Concluimos que, para que um paciente em psicanálise possa ser chamado de caso, é preciso que o material clínico passe pelo trabalho de construção, realizado por um analista, ou seja, um rearranjo dos elementos recolhidos das sessões analíticas e que possibilita a construção do caso. Apesar dos diversos objetivos, elementos e articulações que elencamos, possíveis na construção de um caso clínico, é dado que a maneira de construir é singular e é determinada pela prática de cada um e pelo destinatário da construção. No entanto, concluimos que se há uma construção, é possível um analista comunicar o caso para além de seu relato, trazendo elementos

clínicos, noções e conceitos psicanalíticos que formam a essencial dialética entre teoria e prática.

Palavras-chave: Psicanálise, Construção do caso clínico, Construções em análise, caso clínico psicanalítico, Tratamento Psicanalítico.

ABSTRACT

Fender, W. D. (2018). Moment to construct: the construction of the clinical case in psychoanalysis and its effects. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

The psychoanalytical work does not stop at the end of the psychoanalytical session. It does not end either for the patient - who keeps on going under analysis - nor for the analyst who, from the sessions, can continue the work in the direction of the construction of the clinical case. However, the report of the sessions does not mean the case. From this inference, our question arises: what is this construction operation carried out by the analyst that makes this transformation viable? And, what's more, what effects does this construction implies? Thus, this research aims to investigate the construction of the clinical case in psychoanalysis, in order to understand this operation and its effects. From this first objective, three specific objectives are defined, which correspond to the objectives of each chapter of our organization. The method used was the investigation of the specific bibliography of the area. From each chapter, which organizes our results, we have: 1) the notion of construction in psychoanalysis is a notion that bases the construction of clinical cases, 2) the notion of clinical case in psychoanalysis corresponds to a deposit of specific traditions, what makes the clinical case a literary genre and 3) the construction of the clinical case in psychoanalysis can be organized in objectives, functions and elements that compose it. We also elaborated a fourth chapter in which clinical experience is discussed, based on our findings, in order to list some clinical effects that have the construction of the case for the psychoanalytic clinic. We conclude that for a patient in psychoanalysis to be called a case, it is necessary that the clinical material goes through the construction work performed by an analyst, that is, a rearrangement of the elements collected from the analytical sessions and that allows the construction of the case. Despite the stated objectives of building the case, the way of building is unique and is determined by the practice of each and the recipient of the construction. However, if there is a construct, it is possible for an analyst to communicate the case rather than a report, bringing up psychoanalytical clinical elements, notions e concepts that make the constant dialogue and dialectic between theory and practice.

Key-Words: Psychoanalysis, Construction of the clinical case, Constructions in analysis, psychoanalytic clinical case, Psychoanalytic Treatment.

Lista de Siglas

LEFE Laboratório de Estudos Fenomenológico Existenciais

IPUSP Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

FMUSP Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

UTI Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

Apresentação	15
Introdução	21
Justificativa	27
Objetivo	30
Objetivos Específicos	31
Método	31
Capítulo 1. A noção de Construção em Psicanálise.....	33
1.1 Definição de construção	33
1.2 O caráter inventivo da construção	35
1.3 O caráter preliminar da construção	36
1.4 Construção e interpretação	36
1.5 Os efeitos da construção	39
1.6 Construção e verdade	41
1.7 Construção e saber	44
1.8 Construção e fantasia	46
1.9 Um exemplo de construção em análise em um caso de Freud	47
Capítulo 2. O caso Clínico em Psicanálise	49
2.1 Etimologia e definição de caso clínico	49
2.2 Do quadro clínico ao caso clínico	50
2.3 O Caso clínico psicanalítico em Freud	53
2.4 O caso clínico psicanalítico com Lacan	57
2.5 O caso clínico como gênero literário	58
2.6 Funções do caso clínico	60
Capítulo 3. A Construção do Caso Clínico	61
3.1 Definição de construção do caso clínico	61
3.2. Funções da construção do caso clínico	63
3.3 Objetivos da construção do caso clínico	66
3.3.1 Manejo da Transferência	66
3.3.2 Circunscrição do Real	69
3.3.3 Construção de saber: dialética entre singular, particular e universal	71
3.3.4 Transmissão	73
3.3.4 Composição esquemática, cálculo e a operação-redução	75

3.4 Elementos da construção do caso clínico.....	77
3.4.1 Tempo.....	77
3.4.2 Transferência.....	78
3.4.3 Demanda, Posição subjetiva e Ato.....	78
3.4.4 Sintoma e Gozo.....	81
3.4.5 Significante ausente, inusitado e acaso	84
3.4.6 Furo	86
3.4.7 O Outro institucional	86
3.5 Lugar do analista na construção do caso clínico.....	87
3.6 Momentos da construção do caso clínico.....	90
3.7 Ferramentas e Articulações.....	93
3.7.1 Notas e memória.....	93
3.7.2 Escrita	94
3.7.3 Apresentação e discussão de casos clínicos	96
3.7.4 Supervisão	98
3.8 Um exemplo de uma construção do caso clínico.....	101
Capítulo 4 – Efeitos Clínicos	103
4.1 Efeitos clínicos da noção de construção em análise	103
4.2 Efeitos clínicos da noção de caso clínico.....	106
4.3. Efeitos clínicos da construção do caso clínico	108
Considerações Finais	114
Referências Bibliográficas.....	116

Apresentação

Ser captado pela instigante experiência que é clinicar foi algo que aconteceu rapidamente, mais precisamente no segundo ano de graduação. Na condição de um plantão psicológico, o primeiro contato com um paciente já me mostrou que fazer algo diante do sofrimento do outro é uma responsabilidade motivadora, porém, ao mesmo tempo solitária. Naquele momento, nenhuma experiência clínica me substanciava, não poderia ainda apoiar-me em nenhuma teoria, nem muito menos delegar a tarefa a outrem.

Depois do atendimento, vi-me diante de mais um compromisso em que pouco poderia respaldar-me em um outro. Contar o atendimento a alguém, realizar minha primeira supervisão, também se revelou um exercício extremamente solitário. Havia atendido e agora, diante um clínico com mais experiência que eu, deveria falar-lhe do paciente que atendi para que ele me ajudasse a entender o que se deu e como prosseguir. Mas o que falar do paciente? O que seria importante de tudo aquilo que eu havia escutado? Começava ali minha questão – entre o atendimento e o que fazer com ele. Hoje sei que esta questão – ‘o que falar e o que pensar sobre um paciente após o atendimento?’ - repercutiu e repercute em todo meu trajeto profissional como clínico.

O plantão psicológico é até hoje oferecido pelo Laboratório de Estudos Fenomenológicos e Existenciais (LEFE) na clínica escola do Instituto de psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). Em meu primeiro contato com um paciente, que na minha frente falava de seu sofrimento, lembro-me bem, nenhuma preocupação tinha eu em elaborar algo sobre aquilo que a mim era dito. Confesso que meu único objetivo era conseguir ficar pouco nervoso e escutar tudo o que ele me falava. Conseguir escutar gera o interesse pelo caso e vice-versa, já ali notei. No entanto, a maior dificuldade surgiu no momento posterior ao atendimento. Momento este em que, diante um supervisor, deveria eu contar, de alguma forma, alguma coisa. Não sei ao certo o porquê, mas sei bem que fiquei muito preocupado sobre o que contar, como contar e quanto de tudo aquilo contar. Fato é que falei o que me veio na hora e respondia o que o supervisor perguntava.

Continuei a experiência clínica no plantão e ao mesmo tempo em que criava certa prática, criava também certa maneira de ‘contar’ o atendimento para o supervisor. Mesmo que essa maneira variasse constantemente e mesmo que o inesperado da fala sempre ocorresse: de relatos literais dos atendimentos à impressões e alguns pensamentos. Ou seja, experimentava maneiras de contar o caso em supervisão. O que fazia com que a questão, longe de solução, só ganhasse corpo: o que falar, como falar e quanto falar? E, mais ainda, sempre ali comigo, que pensamento iria se formando sobre aquele caso? O que iria se construindo?

Quase dois anos depois de estar atendendo pelo plantão, onde sentia-me cada vez mais interessado pela clínica e também cada vez mais interessado em compreendê-la, comecei o estágio na disciplina de Atendimento Clínico, onde ficaria mais dois anos. Não mais em um esquema de plantão – que também continuei -, agora passaria a atender os casos de maneira regular. Ou seja, as supervisões também seriam regulares sobre um mesmo caso, ou mais de um, e assim, eu haveria de falar sobre o caso a um supervisor específico, semanalmente. Ao longo dos 2 anos de estágio, tive três diferentes supervisores e, com isso, três maneiras de falar, pensar o caso e, ainda, de pedir que o caso fosse “levado” para a supervisão: resumo das sessões, última sessão inteira, livre associações.

Independente do modelo sugerido pelo supervisor para a discussão do paciente em atendimento as questões reverberavam: qual o pensamento que iria se elaborando, estruturando, edificando sobre o caso atendido? Ou seja, não mais somente tinha como questão o que falar e pensar do caso para levar ao momento da supervisão logo após o atendimento em um sistema de plantão, mas sim, qual o pensamento ou raciocínio iria se estruturando, de maneira a contribuir para a condução daquele caso?

Eis uma mudança sutil em minha questão, mas que faz toda a diferença: em primeiro lugar, percebi que não haveria uma maneira exata de contar o caso. Falar de um atendimento, de um percurso de trabalho, ou ainda de um caso finalizado, convoca a história de quem fala, a experiência, as dúvidas, as angústias. Convoca-se o sujeito: dividido, em sua definição. Isso ao contrário de impedir minha questão, a fomentava. *No caso a caso, o que seria este bem dizer?* Em segundo lugar, percebi com os atendimentos regulares que algo ia se constituindo, organizando sobre aquele caso. Um pensamento, um raciocínio? O que era isso?

Tais questões germinavam e reverberavam em minha prática clínica - incipiente, mas entusiasmada - quando fui convidado a apresentar um caso que atendia há quase dois anos em um seminário clínico organizado pelo departamento de psicologia clínica. Naquela apresentação eu deveria escrever e ler um texto de “apresentação do caso e relato de experiência”. Vi-me diante um texto final de 20 páginas, o qual li ininterruptamente para uma pequena plateia de colegas. Diga-se de passagem, em um dia que não estava me sentindo nada bem. Mesmo com dificuldade, terminei o texto, que foi comentado pela debatedora, que seria minha próxima supervisora – do mesmo caso, inclusive - e hoje, não à toa, é minha orientadora de mestrado. Sei hoje, por definição, que não realizei uma construção do caso clínico em atendimento – até por conta de recomendações freudianas - mas sei que a experiência veio a instigar ainda mais minhas questões. Como eu deveria organizar minha construção para esta apresentação e que com isso algo fosse transmitido da psicanálise?

No mesmo ano – último ano da faculdade - eu realizava um estágio em um importante hospital infantil da rede privada de São Paulo. Fora da universidade e com menos pares em que me apoiar, vi-me diante uma equipe multiprofissional que também cuidava do mesmo paciente que eu atendia. Membro de um grupo, então, eu deveria trabalhar em equipe e, assim, comunicar algo sobre o caso que pudesse contribuir para o tratamento do paciente em sua internação no hospital. As necessidades só faziam eco à todos meus questionamentos naquele momento: o que comunicar à equipe? O que é importante comunicar para contribuir no ‘caso a caso’? E, mais ainda, como e com o que me orientar?

Como em uma zona de conforto, podia me resguardar ainda em uma posição de estagiário, e muitas vezes mais observava a atuação da minha supervisora do que me autorizava a falar algo. Por vezes até pensava algo, mas aquilo contribuiria mesmo?

O interesse pelo hospital, pelo trabalho e inserção em uma equipe de saúde em instituição continuou após o final do estágio. Foi, então, na experiência enquanto aprimorando em psicologia hospitalar no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) que os impasses impostos pelos meus questionamentos e dúvidas se condensaram. À essa altura, mesmo que aprimorando e com um supervisor, era eu o psicólogo/analista responsável pela

enfermaria de neurologia. E, diga-se de passagem, uma grande responsabilidade. A quantidade de pacientes e tarefas a serem realizadas em um aprimoramento profissional é bastante volumosa. As reuniões multiprofissionais aconteciam com frequência semanal, das duas clínicas em que eu atuava, Neurologia Vascular e Neurologia Geral. Nestas reuniões cada membro da equipe, compartilha o seu parecer sobre o caso, responde a questões muitas vezes formuladas pelos médicos e no final assinam uma folha após preencher o campo “Parecer do Profissional”.

Tornava-se obrigatória a tarefa de comunicar algo sobre o caso. Não podia mais esquivar-me. Era preciso comunicar, depois carimbar e assinar. Isso, fora os momentos além reuniões: momentos em que se deve responder ao encaminhamento médico por uma folha; as evoluções rotineiras em prontuário e os momentos em que durante a semana, se está na enfermaria e médicos e outros profissionais da equipe de saúde perguntam sobre o caso: “como está o paciente? O que você tem achado? Já falou com ele? Ele já está melhor? O que podemos fazer”?

Era preciso, então, lidar com essa dificuldade. Por algumas vezes, era possível levar o caso para supervisão, discuti-lo e ir com algo *mais elaborado* sobre o caso para a reunião multiprofissional. Por muitas outras vezes, no entanto, era preciso que eu próprio, sozinho, com meus pensamentos, experiência e teoria, *elaborasse e formulasse* o meu parecer: o que seria importante *comunicar* sobre o caso para a condução do tratamento daquele sujeito durante a internação? Isso, se fosse importante comunicar. Hoje sei que às vezes não o é.

Percebi, assim, que um trabalho a mais, após os atendimentos para pensar ou *elaborar, comigo mesmo* o que até ali havia se passado, era não só uma vontade minha, mas sim, um trabalho que gerava efeitos. *Este trabalho, vale dizer, incluía desde retomar minhas anotações, escrever algo, pensar....* Quando não o fazia, percebia que frente ao que eu *contava* sobre o paciente, pouco a equipe se envolvia com o caso, menos me ‘ouviam’ e aquilo que eu sabia – ou achava que sabia - que deveria acontecer ou muitas vezes mudar, para o ‘bem’ daquele paciente, se esvaía de possibilidade de acontecer. Inclusive, o que eu contava poderia ser escutado como uma história e abrir espaço para perguntas posteriores dos membros em caráter quase de fofoca.

Notei então que, mais do que um mero relato do caso para uma equipe, eu poderia comunicar algo sobre o caso que seria mais benéfico ao tratamento daquele paciente no hospital. Tanto do ponto de vista do trabalho da equipe para com aquele paciente, mas também no meu retorno clínico com o caso. O que me instigou foi o fato de que, conseguir comunicar algo sobre o caso implica também uma mudança benéfica na minha condução. Para poder realizar essa comunicação era preciso um novo trabalho que poderia ocorrer após as sessões, na supervisão ou para levar a ela, mas que possibilitaria, então, essa comunicação para além do relato e essa mudança na condução do caso.

Foi nesse momento que fui, principalmente, buscar auxílio na literatura psicanalítica sobre esse trabalho posterior aos atendimentos, que me ajudaria a comunicar algo sobre o caso. Encontrei, naquele momento, que o que se aproximava deste trabalho a ser feito era a uma noção freudiana importante, a noção de construção, que embasava a escrita dos casos psicanalíticos e um método de trabalho em instituições de saúde: o método da construção do caso clínico em psicanálise. Contudo, a grande quantidade de material que eu encontrei apenas serviu para me deixar ainda mais na dúvida. Diversas maneiras de fazer e diferentes perspectivas, implicam um tema esparso, confuso e aquilo que, confesso, desejava encontrar – um guia rápido e fácil, talvez metodológico para como realizar uma construção sobre o caso em atendimento, claro, não encontrei. Será que encontraria?

A questão que desponta aí é essa: o que deve ser feito para possibilitar essa comunicação? Em outras palavras, no que consiste essa construção de um analista sobre o caso clínico que o possibilita comunicar o caso e não o relato?

Dessa maneira, para que possamos procurar responder à nossa questão, definimos um percurso de investigação em três capítulos. Inicialmente, investigaremos a noção de construção em psicanálise, por ser uma noção muito importante à construção dos casos clínicos. Em seguida, investigaremos a noção de caso clínico e sua história até a constituição do caso clínico psicanalítico propriamente. Passaremos, então, a investigação sobre a construção dos casos clínicos em psicanálise, organizando o capítulo de acordo com os elementos relacionados ao método da construção do caso clínico: suas funções e objetivos, seus elementos, o lugar do analista na construção do caso, os momentos da construção e suas ferramentas e articulações. Após esse percurso, nos dedicaremos, embasados em nossa questão

de pesquisa e na investigação realizada, a uma discussão sobre a prática clínica, embasada em nossos achados, com o intuito de refletir acerca dos efeitos que tem a construção do caso clínico para o tratamento psicanalítico.

Introdução

Freud (1912/2017) em seu texto *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, recomenda que os psicanalistas não tomem nota, não transcrevam nem registrem de nenhuma maneira as falas do paciente durante a sessão. Freud (1912/2017) propõe a escuta, pautada na atenção flutuante, como a maneira do clínico recolher o discurso daquele paciente. Aos preocupados em lembrar-se de tudo o que o paciente fala, o autor adverte para a importância em não se esforçar nesse sentido. Escutar com atenção flutuante seria o necessário para que a memória inconsciente do analista se manifestasse quando coubesse. Destaca que, caso o analista queira tomar notas, que o faça posteriormente às sessões, em um tempo à parte. Freud mesmo o fazia, como sabemos do próprio, por meio de seus casos clínicos. No caso Dora (Freud, 1905/2017, pp.177-178), o autor nos revela que:

“neste caso clínico [Dora], venci as dificuldades técnicas para sua comunicação. Elas são consideráveis, para o médico que diariamente condiz seis ou até oito tratamentos psicoterapêuticos assim, e que não pode tomar notas durante a sessão pois provocaria a desconfiança no paciente e perturbaria a si mesmo na apreensão do material que lhe chega. Também não consegui ainda resolver o problema de como registrar, para comunicação posterior, um tratamento de longa duração. No caso que se segue [Dora], dois fatores vieram em meu auxílio: primeiro, a duração do tratamento não se estendeu por mais de três meses; segundo, os esclarecimentos se agrupam em torno de dois sonhos, anotados literalmente depois da sessão, e que forneceram um apoio seguro para a trama de interpretações e lembranças a eles ligadas. O caso clínico em si foi apenas passado para o papel, de memória, após o final do tratamento, mas enquanto minha lembrança do caso ainda estava fresca e exacerbada pelo meu interesse em sua publicação. Portanto o registro não é absolutamente – fonograficamente – fiel, mas pode reivindicar um alto nível de confiabilidade. Nada do que seria essencial foi nele alterado, exceto talvez, em alguns lugares, a ordem dos esclarecimentos, algo que fiz em prol da coerência”.

Temos ainda como exemplo o apêndice de seu caso clínico “O Homem dos Ratos” (1909/2017). Era retomando estas notas, além do que ele próprio pensava e elaborava sobre o caso ao longo do tratamento que Freud construía a escrita de seus

casos, como nos mostra Mezan (1998). De fato, o que pode se observar do caso clínico construído é realmente bem diferente do que encontramos nas anotações de Freud (1909/2017). O que vemos não é simplesmente um contar de uma história e nem a narração pura da história do paciente em questão. Vemos ali uma transformação, um trabalho de construção.

Falamos aqui de um trabalho do analista na construção do caso clínico para fins de publicação do mesmo. Freud não atendia mais *Dora* e *O Homem dos Ratos* e se dedicou à escrita científica dos casos. No entanto, vemos que Freud tinha a preocupação em como comunicar seus casos encerrados, ou seja, a preocupação aí era em relação ao trabalho que deveria ser realizado para essa comunicação. Como observamos no comentário que Freud (1905/2017) faz acerca do caso *Dora*, para ele, comunicar não poderia estar pautado no mero relato da história do paciente.

Este é ponto, inclusive, bastante utilizado pelos críticos da psicanálise. É o caso de Sulloway (1992) e Crews (1995). O último autor, diga-se de passagem, recentemente gerou todo um debate sobre a cientificidade da psicanálise e sobre o método psicanalítico, com seu novo livro *Freud: The making of na illusion* (Crews, 2018). Neste livro denuncia a “infidelidade de Freud” argumentando que “seu mau caráter” e sua pobre “moral” se estenderiam para seus maus modos científicos, ‘infieis’. De acordo com os autores, de maneira geral, essa ‘transformação’ que opera em uma construção de um caso clínico, seria motivo suficiente para que o método psicanalítico fosse considerado defasado. Ou seja, o fato da diferença entre o que acontece nas sessões e o que é transmitido, atestaria a pouca confiabilidade dos procedimentos e da teoria criada.

Para Dunker (2011) e Vorcaro, Resende e Fidelis (2015), no entanto, um caso clínico não é um relatório ou um prontuário de procedimentos, mas um relato com fortes infiltrações literárias, cujo fim não é iludir o leitor e divulgar uma impostura, mas tentar reproduzir o mesmo regime de eficácia linguística pelo qual se julga um tratamento psicanalítico, a saber, um assentimento entre as partes. Ou seja, construir um caso não é escrever uma cópia fiel ao que ocorreu no tratamento, mas, sim, uma operação que transforma o que ocorreu nas sessões em outra coisa, que ao ser lida, divulgada, transmite-se algo daquela experiência. Trata-se de uma operação que produz a passagem do privado da experiência clínica para o público, sem que haja necessariamente uma ruptura. A noção de construção do caso clínico em psicanálise,

como afirmam os autores, pode elucidar quais as operações que possibilitam essa passagem.

Apesar da preocupação acerca desta transformação, Freud não dedicou um texto específico para este trabalho de construção dos casos clínicos, de forma que podemos extrair suas considerações a partir de comentários – como este sobre o caso *Dora* ao longo de sua obra. No entanto, atualmente, podemos encontrar na literatura freudo-lacanianos autores que se dedicam à questão. Para Dunker (2018), a psicanálise comporta diversos métodos clínicos, em suas diversas estratégias, observações e experiências colhidas e tratadas de forma organizada e regular pelas mais diversas fontes, tais como os métodos hermenêuticos, estruturais e as diversas modalidades de análise de discursos. Contudo, o método originário está relacionado à experiência direta com o paciente, cuja expressão leva o nome de caso clínico.

Para além dos trabalhos que se dedicam à construção do caso enquanto uma escrita para publicação – o que temos desde Freud – a construção do caso clínico é também um método de trabalho possível ao psicanalista em instituições de saúde. Desde Carlo Viganó, psiquiatra e psicanalista italiano que criou na década de 1990 o *Laboratório de Pesquisa na Escola de Especialização em Psiquiatria da Universidade de Milão*, onde passou a investigar o método de trabalho que nomeou de construção do caso clínico, muitos autores têm se dedicado ao tema.

Para Figueiredo (2004), que trabalha a noção de construção do caso clínico como um método de trabalho, define a construção do caso em psicanálise pelo rearranjo dos elementos do discurso do sujeito e de suas ações – já que são determinadas por certa posição no discurso. O caso, para autora, não é o sujeito, mas sim, o caso é uma construção, a partir da torção realizada do sujeito ao discurso, do dito ao dizer. É o que Figueiredo (2004, p.79-80) enfatiza a partir do processo transformativo da história para o caso:

“O relato de uma história é rico em detalhes, cenas e conteúdo. Já o caso é produto do que se extrai das intervenções do analista na condução do tratamento e do que é decantado de seu relato. Assim, o caso será fatigante se muito detalhado e morto se for reduzido apenas a uma fórmula. Este binômio (História - Caso) retoma a ideia de uma formalização mínima do relato – [uma composição esquemática] - que não se reduz a uma teorização formal nem a uma elaboração de saber sobre os

problemas do paciente...Assim, é possível decantar a história e traçar o caso, a partir do discurso”.

Viganó (1999, 2010a), convida a pensar a construção do caso como uma orientação da experiência em direção ao real, ou seja, ao ponto de singularidade que aprendemos com cada sujeito. Sua redução a uma escrita mínima permitiria a circunscrição do real como impossível de tal forma que seja passível de transmissão. Ou seja, temos também com o autor a ideia de que a construção do caso possibilita uma transformação daquilo que foi vivido na experiência clínica em algo possível de ser comunicado, o que, inclusive, possibilita a transmissão. Essa transmissão é a transmissão do singular do caso, e com isso, a transmissão da ética psicanalítica.

Para Dias e Moretto (2018) o caso clínico sustenta o lugar do analista em uma instituição, na medida em que “transmitir o saber o e o fazer da psicanálise é parte do ato analítico e de sua ética, por meio da sustentação de um método, o que não necessariamente significa responder à demanda por números, protocolos e medições”, (Dias e Moretto, 2018, p.9).

Evocam, então, a metodologia da construção dos casos clínicos como aquilo que proporcionará a transmissão deste saber e deste fazer próprio à psicanálise. Após abordar a metodologia e identificarem seus pontos fundamentais, para Dias e Moretto (2018, p.12):

“(...) nos hospitais gerais e nas instituições de saúde, o método da construção do caso clínico pode configurar a via para o psicanalista sustentar e transmitir a especificidade de seu modo de abordar o sofrimento do paciente e contribuir para o trabalho em equipe. Para isso, a questão diagnóstica não é o objetivo propriamente – como pediria certa lógica empresarial e produtivista que domina cada vez mais as instituições –, mas sim, uma lógica singular do sintoma, que reintroduza a dimensão do sujeito na compreensão do caso e na tomada de decisões”.

Estes autores nos mostram a importância da construção do caso clínico para que possa ocorrer uma comunicação que não seja um mero relato da história. Val (2012) é um outro autor que parte do método de trabalho da construção do caso clínico em instituições para inferir a importância da construção do caso pelo analista, enfatizando, porém, o benefício desta construção no retorno ao caso. O autor nos relembra as proposições de Lacan (1958/1998), em relação à condução do tratamento

pelo analista. As ações do analista estariam organizadas em três níveis: tática (interpretação), estratégia (manejo da transferência) e política (*falta-a-ser*). A renúncia narcísica aí implicada, possibilita ao analista circunscrever o objeto a ser investido pelo analisante na transferência. Assim, a política do analista nesse sentido visa circunscrever e depurar do sintoma este objeto que tem estatuto de real, da onde se orientará para as ações no tratamento.

Dessa forma, a construção do caso é o que define a política do analista. Para Val (2012, p.77), construir o caso é: “inventar uma coerência para fragmentos do inconsciente que aparecem desarticulados durante o processo analítico”, o que possibilita uma visão geral do tratamento, mas também a elaboração de hipóteses que orientarão as intervenções clínicas. Ou seja, temos com o autor que a construção do caso traz um valor benéfico à condução do tratamento, no retorno ao caso após a construção.

A breve definição de construção do caso que explicitamos com Val (2012) nos remete à noção de construção em psicanálise, tal como proposta por Freud em 1937a. Se Freud não escreveu sobre a construção dos casos clínicos propriamente, trabalhou em um artigo específico a noção de construção em análise. Esta noção nos é muito cara na medida em que, para autores como Viganó (1999), Val (2012) e Dunker (2011, 2018) e Dunker e Zanetti (2018), entre outros, embasa a construção de casos clínicos na psicanálise já que é um método para o tratamento que pode ser aplicado ao método de investigação (Dunker, 2011, p.541).

Construir em análise, para Freud (1937a), é um trabalho do analista no sentido de inventar uma coerência para os elementos recolhidos pela escuta a fim de devolver ao paciente. Constrói-se, o que não pode ser lembrado pelo analisando e com isso é possível promover o prosseguimento da análise, seja pela via das associações que a construção pode proporcionar, seja pela via do efeito terapêutico que a construção pode ter. Ou seja, a noção de construção em psicanálise, implica que há um trabalho por parte do analista a ser realizado, para além daquele da escuta clínica.

Em *Construções em Análise*, Freud fala de um trabalho de certa maneira renegado pelos analistas. Ele mesmo confessa ter se dedicado somente no final de sua obra à noção pelo fato de que a considerava “auto evidente”. Dedicar-se à noção então, para um propósito específico como ele mesmo diz: defender a psicanálise dos

injustos críticos que a atacavam. Para estes os psicanalistas rearranjam seus argumentos de maneira a tornarem-se infalsificáveis. O exemplo é a técnica de interpretação em que o analista sempre estaria com a razão. Para Miller (1996) o que Freud (1937a) faz nesse texto é colocar o analista no centro: o que o analista faz, o que ele fala, qual é sua ação, seu trabalho?

Em *Marginalias de construção em Análise* Miller (1996, p.98) discute a noção de construção em análise, mas faz uma proposição paradigmática e polêmica, que consideramos também dizer respeito sobre o processo de uma construção sobre o caso, uma estruturação para a condução dos atendimentos:

“O analista lacaniano deve construir, não há dúvida. Aliás, se existe algo como a supervisão, ela é antes de tudo a supervisão das construções do analista. Não é recomendável dirigir um tratamento analítico sem fazer uma construção, sem estruturar o caso. Não é impossível conduzir uma análise sem fazer isso, é por esta razão que é muito recomendável fazê-lo. É muito recomendável porque isso não é absolutamente necessário. Muitos analistas deixam as coisas por conta do paciente e já é alguma coisa quando deixam, pois muitos o param. Mas o que é recomendável é fazer uma construção e depois modifica-la segundo os elementos que surgem”

Nesta citação vemos que o autor parece contradizer-se um pouco, ao começar o trecho afirmando “não haver dúvidas quanto à necessidade de construir”, mas ao longo de sua sentença dizer que a construção por parte do analista é “bastante recomendável, mas não é absolutamente necessária”. A aparente contradição mostra-nos que a questão está aberta a discussões. Contudo, o que o Miller nos apresenta é a possibilidade de um importante efeito ao se realizar essa construção, essa estruturação. Efeito clínico na condução do caso? Efeito terapêutico? Efeito no saber do analista? Para a teoria psicanalítica? Para a pesquisa? Todos estes?

Construir em análise e realizar a construção de um caso clínico – noção que parte da primeira – faz-se assim, um trabalho importante de ser realizado pelo analista, seja para que o caso possa ser comunicado (em uma publicação escrita ou em outro contexto), seja para que a construção beneficie a condução do tratamento. Freud (1937a), dedicou-se à noção no final de sua obra, porém, vale ressaltar que em suas *Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise*, Freud (1912/2017, p.153), faz uma ressalva em relação a “compor a estrutura de um caso, prever seu

prosseguimento, de quando em quando registrar o estado em que se acha, tal como *exigiria o interesse científico*". Poderíamos incorrer no erro aqui de considerar que o que estamos tratando enquanto objeto de nossa pesquisa é esse trabalhar científico no caso. Nas notas de Paulo César de Souza (Freud, 1912/2017, p.153), temos, ainda, que em algumas traduções a expressão "compor sua estrutura" foi traduzida como "reconstruir, reconstituir", o que poderia corroborar esse erro.

Contudo, o que Freud (1912/2017) se refere neste texto em relação a um trabalhar científico diz respeito à publicação de um escrito para comunidade científica, no sentido de comprovar as hipóteses feitas ao longo do tratamento. Ou seja, assumimos que o que Freud fala nesse texto, seja no sentido de uma reconstrução, seja no sentido de um "compor a estrutura", se não tomado como uma publicação para confirmações de hipóteses (e passar a atender o caso e não o sujeito, o que implicaria um enrijecimento da escuta flutuante) pode ser algo benéfico no retorno ao tratamento. Nesse sentido, estamos em concordância com Dunker (2018), ao propor que a escrita e a construção do caso para o aprimoramento do método de tratamento são bem-vindas e necessárias.

Dessa forma, abordaremos neste trabalho o caso clínico construído para a publicação (escrita) e a construção do caso clínico como metodologia para instituições de saúde mental, pois são campos que tratam sobre a construção do caso, bem como a noção de construção em psicanálise, por ser uma noção em psicanálise que embasa o que vem a ser a construção do caso clínico. Contudo, o objeto de nossa investigação é a construção do caso realizada pelo psicanalista que o atende, construção possível de ser realizada durante os atendimentos e que, se feita, torna o caso passível de comunicação para além da história e gera efeitos importantes no retorno ao caso.

Justificativa

Dado que a presente pesquisa busca investigar a noção de construção do caso clínico em psicanálise realizada ao longo dos atendimentos, isso a faz uma pesquisa em psicanálise acerca do método de investigação (a construção dos casos) que beneficia o método de tratamento. Vimos com Miller (1996), Val (2012) e Dunker (2018) que a construção do caso pode beneficiar a condução de um analista.

Entretanto, a pesquisa em psicanálise acerca de seu método de investigação ainda não é largamente desenvolvida pelos analistas.

Na importante definição que Freud (1923/1996) formula para a psicanálise nos *Dois Verbetes de Enciclopédia* encontramos que a psicanálise é 1) um procedimento para investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por outro modo, 2) um método que, baseado nessa investigação, serve para o tratamento de distúrbios neuróticos e 3) uma série de informações psicológicas obtidas por essas vias. Para (Dunker, 2018), na prática clínica psicanalítica curar e investigar estão em conjunção ou se recobrem, mas não se identificam. Ainda, “observamos que ele foi generoso em relação ao método de tratamento, retomando o percurso desde a hipnose e a catarse por diversas vezes. Porém, em relação ao procedimento de investigação pouco foi dito” (Ibidem, p.185).

Poucas investigações nessa área, pode ainda, provocar alguns equívocos, principalmente para os críticos da psicanálise. Se por um lado, o caso clínico construído é a principal peça psicanalítica a favor de sua eficácia, na explicitação de seu método e no diálogo com a psicopatologia (Dunker, 2011, p.537), por outro é a mesma construção que dá margem a críticas à psicanálise, como vimos acima (Dunker, 2011, 2018).

De acordo com Dunker (2018, p.190), os psicanalistas frequentemente rejeitam apresentar suas razões de método, advogando uma espécie de irredutibilidade de seu objeto a qualquer regularidade, comparação e objetividade. No entanto:

“Todo método de formalização deve apresentar de forma clara e distinta suas condições de verificabilidade, ou seja, as condições que podem conduzir a um determinado regime de verdade ou de falsidade sobre as proposições enunciadas, bem como a reprodução dos procedimentos por outrem. Além disso, o método deve especificar o escopo de realidade ao qual ele pode ser aplicado. São os objetos, experiências ou situações nas quais o método apresenta-se como pertinente e ocasionalmente válido”.

Ainda com, há uma confusão entre realidade e verdade, que ocorre devido ao fato de não estarem sendo considerados os fatos de que o objeto em psicanálise tem características peculiares como a negatividade (o inconsciente por exemplo é uma negação da consciência, o que não significa dizer que a consciência não existe) e a

temporalidade (os efeitos dos quais a psicanálise se ocupa dão-se sobretudo no tempo, como processos de perda e recuperação da experiência). Dunker (2018). Ou seja, em “psicanálise o objeto não é dado no espaço euclidiano tridimensional [...] o que implica uma dificuldade no entendimento da verdade e de sua verificação” (Dunker, 2018, pp.191-192).

Dessa maneira, como vimos acima, o caso é construído, nunca dado ou meramente uma reprodução da realidade. “Convém recorrer à noção de construção em psicanálise, que se refere a um suplemento em forma de hipótese do que não pode ser lembrado” (Ibid., p. 197). Para o autor, “o evento clínico é a primeira parte da construção do caso clínico e sua reconstrução em outro discurso para a transmissão da psicanálise, por exemplo, na pesquisa, na investigação, na ciência (Ibidem).

Se pouco tem sido investigado acerca dos métodos de pesquisa em psicanálise, bem como o campo da realidade e verdade onde se insere seu objeto de pesquisa, bem como as condições de sua verificabilidade, o que torna a psicanálise passível de incompreensões e críticas, as pesquisas que proporcionem maiores elucidações sobre o tema são muito bemvindas. Este é um primeiro aspecto que poderíamos elencar enquanto relevância desta pesquisa.

Um segundo aspecto se refere a importância que tem a pesquisa sobre o método de investigação para o aprimoramento do método de tratamento, ou seja, para a condução do analista. Como vimos acima com Val (2012), a política do analista pode ser delimitada pela construção do caso clínico. Para o autor, ainda, ao construir o caso, o analista tem uma visão geral do tratamento, mas também pode: a) lançar suas hipóteses a serem verificadas, b) pode escolher suas ações e interpretações, c) pode manejar a transferência na medida em que construir o caso implica delimitar o objeto investido pelo analisando.

Um terceiro aspecto que concerne à relevância deste trabalho, diz respeito aos efeitos de transmissão da psicanálise que o método adquire. Como vimos, o método da construção do caso clínico pode ter importante efeito nas instituições de saúde. Para além de um modo em equipe de abordar o paciente e seu sofrimento nas instituições, o que muitas vezes é dificultado pela lógica moral-disciplinar inevitavelmente presente no campo da saúde, o método da construção dos casos

clínicos pode ter como repercussão a transmissão da psicanálise (Dias e Moretto, 2018).

Ou seja, quando investigamos a construção dos casos clínicos estamos falando em um potente método para a manutenção da psicanálise nas instituições e sua transmissão: seus conceitos, seus achados e sua ética, a partir da abordagem singular do sofrimento de cada um. Além disso, como citamos no primeiro aspecto, a construção de casos clínicos em psicanálise possui efeito de transmissão da psicanálise no meio científico na universidade, como na exposição de casos para o aprendizado (de iniciantes, por exemplo) e/ou como demonstração de novas formulações teóricas (entre os pares) (Dunker, 2011). A termo, construir um caso, pode dar continuidade ao discurso psicanalítico.

Destes três aspectos anteriores, poderíamos inferir ainda um quarto aspecto a ser considerado sobre a relevância deste trabalho, que se refere à relação entre a construção dos casos clínicos e a formação do analista. Sabemos desde Freud que a formação em psicanálise se estrutura em um tripé: análise pessoal, supervisão e estudo teórico. Ora, a recomendação de Miller (1996) parece tocar no importante ponto da formação, quando aponta a importância da supervisão das construções do analista.

A termo, tornar-se analista implica pensar que a este cabe a condução do tratamento, como propõe Lacan (1958/1998), o que pode ser pensado pela importância de construir o caso para sua condução. Ainda, pensar a transmissão da psicanálise, a continuidade do discurso analítico, entre iniciantes, pares e comunidade tem extrema importância para a formação dos analistas. Tanto do lado de quem transmite, quanto do lado de quem recebe a transmissão.

Objetivo

Investigar a noção de construção do caso clínico em psicanálise, de acordo com a literatura freudo-lacanianana, a fim de compreender a operação de construção que transforma o relato das sessões analíticas em um caso clínico.

Objetivos Específicos

1. Investigar a relação entre as noções de construção em análise e construção do caso clínico.
2. Delimitar a constituição histórica e epistemológica do caso clínico psicanalítico.
3. Propor uma organização didática acerca dos elementos que compõem a construção do caso clínico.
4. Refletir sobre alguns efeitos clínicos importantes sobre cada noção investigada nos capítulos anteriores.

Método

Trata-se de uma investigação em psicanálise, mais especificamente sobre uma noção que é aplicada tanto ao método de tratamento em psicanálise quanto ao método de investigação. No campo psicanalítico, método de investigação e o método de tratamento estão em conjunção e se recobrem, mas não se identificam (DUNKER, 2018). Assim, consideramos que a investigação de uma das partes traz benefícios para a outra, mesmo que investigados separadamente. Para a investigação dessa pesquisa, traçamos um método de investigação considerando ainda que toda pesquisa em, sobre ou com a psicanálise é avessa a uma regulação inflexível de passos e metas de pesquisa sem que isso signifique menor fundamentação ou rigor quanto ao que é estudado (Aguilar, 2006). A pesquisa psicanalítica privilegia também os efeitos da investigação ao longo de um processo de pesquisa, próprios ao sujeito da psicanálise, ao abrir caminhos complementares e alternativos dos previamente anunciados no método do projeto quando preciso.

Dessa forma, afim de cumprir nossos objetivos, investigamos inicialmente a literatura sobre a noção de construção em psicanálise, nesses termos. O material encontrado nesta investigação, no entanto, além de apresentar definições esparsas sobre a construção do caso clínico em psicanálise, frequentemente apresentava um apoio na noção de construção em análise, tal como encontramos em Freud (1937a/1996) e na história e epistemologia da peça *caso clínico*. Assim, nossa metodologia se propôs a investigar esses dois termos separadamente, de maneira a auxiliar na compreensão da noção da construção do caso clínico.

Após essa investigação inicial, e dos efeitos que ela produziu, nos propusemos a voltar ao material encontrado na investigação sobre a construção dos casos de maneira a propor uma organização dos aspectos relacionados à noção incluindo os aspectos gerais, os específicos de cada modelo de construção do caso clínico e os complementos e ferramentas que a noção pode encontrar.

Após esse percurso de investigação e organização do material, realizamos uma discussão sobre nossos achados, elencando alguns aspectos para refletir acerca dos efeitos que a construção do caso clínico pode ter no tratamento de um paciente em psicanálise de orientação freudo-lacanianana.

Foram realizadas pesquisas em catálogos virtuais para busca de livros e teses relacionados com o tema, bem como a pesquisa em bases de dados, nacionais e internacionais, para o levantamento de artigos científicos publicados e periódicos. No campo da Psicanálise foram privilegiados também textos de S. Freud, de J. Lacan e outros analistas de orientação lacanianana.

Cabe ressaltar que além da investigação teórica sobre o tema a partir da bibliografia, este trabalho se estrutura a partir de um plano de fundo de elaborações e reflexões da prática clínica e da experiência do autor enquanto supervisor. Deste modo, esta pesquisa conta com elucubrações circunscritas não apenas no âmbito teórico, mas decorrentes de impactos e efeitos que a práxis psicanalítica promove.

Capítulo 1. A noção de Construção em Psicanálise.

“A alma dos loucos não é louca”.
(Foucault, 1972/2010, p.210)

A noção de construção em psicanálise tem grande importância para a construção dos casos, tanto do ponto de vista metodológico, quanto do ponto de vista do que a fundamenta. Na grande maioria dos autores que trabalham a construção dos casos clínicos, a noção de construção é mencionada como aquela que a embasa. Assim, no capítulo que segue, ao longo da exposição acerca da noção de construção em análise, elencaremos estes elementos. Partiremos da noção de construção que Freud introduziu em seu texto *Construções em Análise* (Freud, 1937a/1996/1996), bem como das contribuições dos textos que lhe são contemporâneos: *Análise terminável e Interminável* (Freud, 1937b) e *Moisés e o Monoteísmo* (Freud, 1938).

1.1 Definição de construção

A motivação inicial de Freud (1937a/1996) para escrever *Construções em Análise* está relacionada à defesa da psicanálise. O ponto no qual o crítico do método psicanalítico se agarra, para quem se dirige Freud, fica bem explícito: as proposições da psicanálise são infalsificáveis, o analista sempre se rearranja para não ficar em desvantagem. A discordância do paciente frente à uma interpretação do analista, por exemplo, ao ser considerada uma resistência, atestaria esses ‘malabarismos’ realizados pelo analista a fim de justificar sua técnica e a teoria que o sustenta. É nesse ponto que Freud se atém.

O analista tem uma matéria-prima em que pode se debruçar, que seria os objetos psíquicos que o paciente nos fornece a partir do que escutamos em seu discurso ou observamos em seu comportamento. De acordo com Freud (1937a/1996, p.276) são vários exemplos que temos: “fragmentos de lembranças pelos sonhos, o que nos fornece por meio da associação livre ideias relacionadas ao que é dito e que

podemos fazer alusões ao que foi recalcado, repetições dos afetos pertencente ao material recalcado, no discurso ou nas ações dos pacientes na transferência, a partir das conexões emocionais que lhe é própria, entre outros materiais possíveis.

O que Freud (1937a/1996, p.276) propõe é que o analista junte os elementos que coletou, de maneira a “completar aquilo que foi esquecido a partir dos traços que deixou atrás de si, ou mais corretamente, construí-lo”. O objetivo é, assim, construir um fragmento da história da vida daquele paciente, ou mais especificamente, da vida infantil do sujeito. Um fragmento o qual o sujeito em análise não consegue se lembrar sozinho. Para Freud (1937a/1996), essa tarefa do analista estaria de acordo com um dos trabalhos da análise, que é poder fazer o paciente abandonar os recalques – em seu amplo sentido – criando reações mais maduras. Assim, temos pela parte do analista que ele ao ‘completar’ esses fragmentos ajuda o paciente nessa direção, devolvendo-lhe parte de sua história que não pode ser lembrada.

Freud (1937a/1996, p.279), fornece um exemplo de uma construção em análise:

“Até os 11 anos de idade você se considerava o único e ilimitado possuidor de sua mãe; apareceu então um outro bebê e lhe deu uma séria desilusão. Sua mãe abandonou você por um tempo e, mesmo após o reaparecimento dela, nunca mais se dedicou exclusivamente a você. Seus sentimentos por ela se tornaram ambivalentes e seu pai adquiriu nova importância a você. E assim por diante [...]”.

Ainda, para o autor, o que é possível de comunicar ao paciente são as explicações associadas, caso necessário. Como vemos, este fragmento construído pelo autor representaria um quadro dos anos esquecidos do paciente. Notam-se diversos elementos que Freud juntou a fim de compor o fragmento, que aparece coeso e coerente. Ou seja, há um trabalho do analista em compor essa coerência ao fragmento e o trabalho em comunicar, o que, de acordo com Freud (1937a/1996, p.276), “constitui o vínculo entre as duas partes do trabalho, entre o próprio papel [analista] e o do paciente”.

A definição de construção, dessa forma, implica uma primeira importante associação à noção de construção do caso clínico: há um trabalho do analista em na organização dos elementos necessários.

1.2 O caráter inventivo da construção

Ocorre que, em alemão, o termo que Freud utiliza para o trabalho de *completar* que compete ao analista impelido ao analista é *zu erraten*, que em português poderíamos também traduzir por *adivinhar, supor ou inventar*. Nesse sentido, nos permitimos ressaltar o caráter de *invenção*, a partir dessas definições, já que ele também indica um importante aspecto da construção do caso, como veremos. É o que também nos permite a comparação que Freud (1937a/1996, p. 277), faz entre o trabalho de construção realizado por um analista e o trabalho de um arqueólogo:

“Mas assim como o arqueólogo ergue as paredes do prédio a partir dos alicerces que permaneceram de pé, determina o número e a posição das colunas pelas depressões no chão e reconstrói as decorações e as pinturas murais a partir de restos encontrados nos escombros, assim o analista também procede ao quando extrai suas inferências a partir dos fragmentos de lembranças, das associações e do comportamento do sujeito da análise”.

Para o autor, há um trabalho do analista que não é apenas um quebra-cabeças onde todas as peças estão ali. É preciso algo a mais do analista, o que convoca a ideia de criação. O analista, no entanto, disporia de melhores condições do que o arqueólogo, além de mais material. Podemos aqui enumerar, a partir do texto freudiano, algumas comparações que nos auxilia a pensar a construção e sua importância no processo de análise:

1. O que o analista está tratando é vivo, presente nas repetições, por meio da transferência, não destruído como com o material do arqueólogo.
2. Ambos possuem direito de reconstruir por meio de suplementação e da combinação de restos que sobreviveram.
3. Ambos estão expostos a dificuldades e fontes de erro: o arqueólogo tem dificuldade quanto à determinação da idade dos achados e a localização de origem, o que pode também ser transferido para as dificuldades do analista.
4. O escavador lida com objetos destruídos, que poderão nunca mais ser encontrados em sua inteireza. O analista, contudo, está em busca de materiais essenciais que permanecem intactos, permanecendo muitas vezes esquecidos, soterrados por completo, até serem reencontrados.

5. Os objetos psíquicos são incomparavelmente mais complicados do que os do arqueólogo
6. O analista não sabe nunca, ao certo, o que irá encontrar.
7. Para o arqueólogo a construção significa o trabalho final. Para o analista, apenas um trabalho preliminar (*vorarbeit*).

1.3 O caráter preliminar da construção

O autor marca a importância de que as construções realizadas e comunicadas ao paciente tenham sempre um caráter de um *trabalho preliminar* (*vorarbeit*, em alemão). O preliminar não se refere, no entanto, a um trabalho em que a totalidade de uma construção seja alcançada para que uma próxima construção seja iniciada, tal como nas “construções de casas em que a decoração só pode ser feita após erguidas as paredes e janelas” (Freud, 1937a/1996, p.279).

No caso do analista ele deve seguir como se ambos os trabalhos ocorressem ao lado a lado, ou como se um deles estivesse sempre à frente e o outro a segui-lo. Isso, pois, após a comunicação ao paciente, é sempre possível agir sobre este fragmento construído, a partir dos elementos que surgem com a construção. Freud (Ibid.) sugere que assim se prossiga “até o fim”. Ou seja, as construções menores (preliminares), caminham junto com uma maior construção, que seria a construção possibilitada em um final de análise.

O caráter preliminar das construções tem também grande relevância quando falamos da construção do caso clínico em psicanálise, já que as construções que são realizadas sobre o caso são sempre preliminares. Consideramos que as próprias construções de casos clínicos escritas e publicadas, assumem este caráter, se levarmos em conta que a peça caso clínico, pode e deve estar sujeita a críticas e à refutabilidade.

1.4 Construção e interpretação

Partindo da ideia deste trabalho preliminar, também é demarcada a importante diferença entre construção e interpretação. Para Freud (1937a/1996, p.279):

“Se nas descrições da técnica psicanalítica se fala tão pouco nas construções, isso se deve ao fato de que, em troca, se fala muito nas interpretações e em seus efeitos. Mas acho que ‘construção’ é de longe a definição mais apropriada [em relação ao completar e ampliar fragmentos da vida do sujeito]”.

Isso, pois, de acordo com o autor, a interpretação aplica-se a um elemento isolado do material, tal como uma associação ou a uma parapraxia [ato-falho]. A construção, no entanto, seria a comunicação ao sujeito de um fragmento de sua história primitiva, que não pode ser lembrado, tal como expusemos no item *Definição de Construção* acima. A construção é mais ampla em seu conteúdo e, assim, de maior alcance ao núcleo recalcado.

No caso do *Homem dos Lobos*, Freud (1918/1996, p.97) apresenta o que ele próprio nomeia de um “esforço construtivo¹” ao indicar ao paciente constantemente trazia para as sessões uma lembrança que, no entanto, ficava sem explicação. Referia-se a uma borboleta com listras amarelas que uma vez seguira e que, ao chegar perto, havia sido tomado por um grande medo. Freud então indica ao paciente em certo momento do final da análise que essa borboleta poderia representar uma mulher com o vestido listrado. Para Vegas e Aguiar (2008), em relação à época do texto escrito por Freud e à pouca abrangência, esse seria um exemplo mais próximo à uma interpretação do que a uma construção.

Para os mesmos autores, no entanto, a construção adquire um caráter de super interpretação na direção dos objetivos de uma análise” (Vegas e Aguiar, 2008, p.126), seja pela maior abrangência de uma construção, seja pelo fato de que, assim como uma interpretação, a comunicação da construção para o paciente assume um caráter de interpretação, já que produz efeitos que vão ser observados *a posteriori*. Nestes termos, para Roudinesco e Plon (1998, p.388-389) em *Dicionário de Psicanálise*, (em que o termo construção é definido dentro do termo *interpretação no dicionário*):

“Se a doutrina freudiana teve tanta dificuldade para se proteger dessa paixão, foi porque o mecanismo da interpretação é inerente a seu sistema de pensamento. Por isso é que Freud sempre procurou temperar a onipotência da interpretação com um outro processo:

¹ Na tradução de Paulo César de Souza (Freud, 1918/2010), também consultada, temos que a tradução referente À expressão “esforço interpretativo” como consta das Edições Standard das Obras completas Psicológicas de Sigmund Freud (Freud, 1918/1996) se dá por “iniciativas do médico para solucionar os problemas”.

a construção. Foi em 1937 que ele conferiu a esse termo um verdadeiro conteúdo teórico, definindo-o como uma elaboração que o analista certamente deve realizar na análise (tal como um cientista em seu laboratório) para reconstituir literalmente a história infantil e inconsciente do sujeito. Nesse aspecto, pode-se dizer que a construção é, ao mesmo tempo, a quintessência da interpretação e uma crítica da interpretação, na medida em que permite restabelecer de modo coerente a significação global da história de um sujeito em vez de se ater à apreensão de alguns detalhes sintomáticos”.

É também a maneira como Miller (1996) trabalha essa diferença, ao propor que a construção é uma grande interpretação na medida em que produz um saber maior que a interpretação.

Entretanto, de acordo com o autor, apesar de observarmos na obra de Lacan o binômio freudiano interpretação-construção, há uma diferença crucial. Na obra lacaniana, interpretação e construção se oporiam entre saber e verdade. De acordo com Miller (1996, p. 99), para Lacan, se a construção tem relação com o saber, a interpretação teria um quê de oráculo:

“Se Lacan se interessou pouco pela construção, é por que nele isso se chama *estrutura* e a construção é parte do analisando, no sentido de construir sua fantasia. Não há simetria entre interpretação e construção. Ou bem a construção é algo que está a cargo do paciente, ou bem é do próprio dispositivo analítico que se trata. A construção da qual Lacan fala é aquela do fantasma”.

Dessa forma, temos que em Freud a noção de construção implica uma relação com o saber maior do que a interpretação, em Lacan há uma oposição entre saber e verdade. Para Lacan, se falamos de construção, nos relacionamos à *estrutura* de um caso construída pelo analista, ou da construção da fantasia pelo sujeito em análise.

Na tentativa de nos auxiliar a sair desse nó, acompanhamos Dunker e Zanetti (2018) em seu raciocínio sobre a diferença entre interpretação e construção. Para os autores, além da diferença de base entre as duas – interpretação sob um elemento isolado e construção, união de fragmentos dispersos – há uma outra importante diferença. A interpretação (analista) na análise depende e resulta do método da associação livre (paciente), já as construções, embora sejam guiadas pelas lacunas na estrutura associativa e lógica da neurose, quando partem do analista, são um recurso essencialmente teórico. As construções, armadas de conceitos, produzem os elos associativos necessários à construção da fantasia. Ainda:

A construção aí é também – simultaneamente - uma desconstrução (ou uma travessia) que separa o sujeito, antes identificado ao objeto, o que implica que o sujeito possa se reconhecer no desejo (impossível) que anima sua fantasia inconsciente... (Dunker e Zanetti, 2018, p.27).

Ou seja, sob essa perspectiva, acentuamos a importância da noção de construção em psicanálise – aquela feita pelo analista – pois, justamente essa, proporciona a construção do fantasma e sua travessia – aquela feita pelo analisando. Há uma relação de complementariedade entre a construção feita pelo analista e a construção feita pelo analisando. Ambas implicam uma relação – cada uma a seu modo – entre saber e verdade. Como vemos, há uma relação importante entre construção, saber e verdade, que examinaremos adiante.

Ainda neste sentido, um outro ponto que ressalta sobre essa diferença se refere ao recalque e à possibilidade de se lembrar ou não o que foi esquecido. Val (2012), nomeia as construções de intervenções do analista que se distinguem da interpretação, na medida em que consistem em inventar algo onde o retorno do recalque não se produziu. Ou seja, a interpretação age no recalque, nas associações, e a construção tem outro objeto. É o que também ressalta Viganó (1999, p.43):

“ A interpretação é a decifração dos significantes recalcados, aqueles que a transferência atualiza, a construção leva àquilo que Freud chama de indestrutibilidade do objeto. Enquanto aos significantes se perdem, são esquecidos, o objeto permanece e é esse objeto que deve ser construído. A interpretação é uma operação simbólica, o que possibilita extrair o real de gozo pela via significativa, enquanto a construção deve restaurar a topologia de um furo”.

Como veremos no próximo capítulo, a construção do caso clínico não só extrai o real do gozo pela via significativa, mas sim, possibilita um cerceamento do real do caso para além do simbólico.

1.5 Os efeitos da construção

A construção em análise implica que o analista a comunicará para o paciente. É o que Freud (1937a/1996) descreveu como o vínculo entre as duas partes, o trabalho do analista em construir e comunicar e o trabalho do sujeito da análise sobre

a construção. Trata-se aqui, de considerarmos qual a garantia de uma construção realizada, bem como qual a sua eficácia.

O autor propõe pensar a garantia e a eficácia por meio da concordância ou não do paciente. Ocorre que nem sempre o paciente responde às construções do analista concordando com elas. Por outro lado, temos também as construções que são recebidas positivamente pelo paciente, porém, não produzem efeitos analíticos interessantes: nem trazem mais lembranças, nem convocam associações. Para Freud (*Idem*) nem o *sim* nem o *não* dos pacientes nos garante a eficácia de uma construção, necessariamente.

O *sim*, pode ocorrer tanto para confirmar a veracidade de uma construção, como pode ser também um assentimento pelo paciente “hipócrita” (Ibid., p.280). Dessa forma, o *sim* só é aceito, se é seguido por novas lembranças que completem e ampliam a construção. O *não* do paciente também não fornece garantias ao analista sobre a assertividade de sua construção. Para Freud (Ibid., p.281), “a única interpretação segura de seu ‘não’ é que ele aponta para a qualidade de não ser completo [a construção realizada]; não se pode haver dúvida de que a construção não lhe disse tudo”.

Ou seja, tanto o *sim* quanto o *não* do paciente, após a comunicação de uma construção pelo analista, não garantem a assertividade da construção. O que garante a eficácia são o que Freud (Ibid., p.281) chamou de formas indiretas de confirmação. Um primeiro exemplo são as expressões “Nunca pensei isso” ou “Nunca teria pensado nisso”, utilizadas pelos pacientes. Para o autor, são expressões que atestam que o analista estava certo sobre o inconsciente do analisando. Outra forma de confirmação indireta é exemplificada por Freud (1937a/1996, p. 282) com um pequeno relato de uma experiência extra analítica, em que Freud comunica a uma jovem que não manter relações sexuais com o marido poderia provocar-lhe relações extraconjugais e angustias. O marido da jovem, que lhe acompanhava, responde energicamente: “O inglês que o senhor diagnosticou com câncer *também* morreu” (Ibid., p.281, *italico* nosso).

O *também* da sentença do marido da jovem atestaria para esse outro tipo de confirmação indireta. Além desses exemplos, Para Freud (Ibid., p.283, *italico* nosso), as confirmações indiretas são manifestadas por atos falhos que confirmam a

construção ou pelo quadro do paciente: “Se a construção é errada, não há mudança no paciente, mas, se é correta, ou fornece uma aproximação da *verdade*, ele reage a ela com um inequívoco agravamento de seus sintomas e de seu estado geral”.

Temos assim as possibilidades elencadas por Freud (Ibid., p.283) acerca de confirmações indiretas às construções. Disso, extraímos que diante uma construção realizada pelo analista, é somente o “curso ulterior da análise que pode proporcionar a confirmação de sua assertividade ou não. Não obstante, o autor chama a atenção para o fato de que “a análise, se corretamente efetuada, produzimos nele [*paciente*] uma convicção segura da verdade da construção, o qual alcança o mesmo resultado terapêutico que uma lembrança recapturada” (Ibid., p.284.)

Vê-se, dessa forma, a importância de uma construção no curso da análise pelos efeitos que ela provoca. Ainda, Freud introduz neste ponto, uma importante relação entre construção e *verdade*.

1.6 Construção e verdade

A relação entre construção e verdade no texto aparece com um questionamento de Freud (Ibid., p.284) sobre “como é possível que aquilo que parece ser um substituto incompleto produza, todavia, um resultado completo”? O que o autor enfatiza é que a construção, mesmo em seu caráter preliminar e, assim, incompleto, produz efeitos importantes (resultados terapêuticos) para o tratamento. Estes efeitos só seriam possíveis, pois mesmo incompletas, as construções se relacionam a algo mais completo: a verdade histórica do sujeito.

Para demonstrar isso, Freud (Ibid. p. 285) argumenta que as construções convocam “o impulso ascendente do reprimido, que traz importantes traços de memória para a consciência”, porém, uma forte resistência pode “alcançar êxito... e deslocar o impulso para objetos adjacentes de menor significação”. Recordações de pormenores em relação à cena construída então aparecem, o que o autor nomeou de *ultraclaras*. Essas recordações, de acordo com Freud (Freud, 1937a/1996, p.285) “poderiam ser descritas como alucinações, se uma crença em sua presença concreta se tivesse somado à sua clareza”. Isso ocorreria de acordo com uma característica das alucinações, em que algo que foi experimentado na infância retorne à consciência.

A isso, Freud (Ibid.) soma o mecanismo do delírio, em que, além do afastamento da realidade, observamos a realização de um desejo. Neste, o impulso ascendente do recalcado que trariam consigo o impulso à realização do desejo sofreriam também a influência das resistências para a ascensão à consciência, que o deformariam (tal como ocorre nos sonhos).

A resistência do sujeito ao retorno do recalcado que provocam as recordações *ultraclaras*, bem como as analogias em relação às alucinações e os delírios seriam, assim, exemplos de que algo do núcleo de verdade do sujeito que está recalcada é tocado pela via da construção. Nessa medida, Freud (Ibid. p, 285, *italico* nosso) quer dizer que “não há só método na loucura [como as deformações; deslocamentos e condensações], como o poeta já percebera, mas também um fragmento de *verdade histórica* [núcleo de verdade que se insere no lugar da realidade recalcada]”.

Se é possível, pela via construção circunscrever um núcleo de verdade, Freud (Ibid., p.286) compara as construções em análise realizadas pelo psicanalista aos delírios dos pacientes psicóticos: “tal como nossa construção só é eficaz porque recupera um fragmento de experiência perdida, assim também o delírio deve seu poder convincente ao elemento de verdade histórica que ele insere no lugar da realidade rejeitada”.

Assim, temos que mesmo que uma construção não reproduza completa e fidedignamente a realidade dos fatos [o que Freud (1938/1996) chama de “verdade material”], ou seja, o que ocorreu na história de vida daquele paciente, seus efeitos, bem como o caráter terapêutico da construção, se dão pela relação que ela tem com um fragmento de verdade histórica daquele sujeito.

A verdade em psicanálise era uma questão para Freud na época de *Construções em análise*. É o que também enfatiza Miller (1996) ao reler o texto freudiano. Em *Marginalias de Construções em análise*, o autor chega a propor que o texto Freudiano poderia se chamar “Verdades em Análise” em vez de construções em análise, pois, em última instância, é disso que Freud fala nesse texto.

A questão da verdade foi também tratada por Freud (1938/1996) em um texto contemporâneo à *Construções em Análise*, *Moisés e o Monoteísmo* (Ibidem). Neste texto, o autor rastreia a origem do homem Moisés – ou sua nacionalidade - e o advento da religião judaica. Este advento refere-se à a verdade histórica da religião

judaica, que seria, principalmente, o assassinato de Moisés por seu povo. Esse assassinato é a causa ativa que permaneceu velada na história da religião judaica. Ou seja, o que teria possibilitado o surgimento da religião. Como vimos acima com *Construções em Análise*, para Freud (1937a/1996) a verdade histórica consiste em um substituto da realidade esquecida.

Para Freud (1938/1996) na religião judaica poderia ser realizada a mesma leitura. Para além da verdade histórica da religião judaica, haveria uma causa e uma verdade mais arcaicas. O assassinato de Moisés seria a repetição real do traço de memória esquecido (mas, transmitido) do assassinato do pai da horda primitiva. A ulterior reabilitação do Deus (monoteísta) pela religião judaica seria a reconciliação com esse pai, determinada pelo sentimento de culpa (FREUD, 1938/1996).

Ou seja, duas verdades operam no surgimento da religião judaica. A primeira, mais arcaica – também chamada por Freud (1938/1996, p.143) de “verdade material”, se refere ao mito do pai da horda, tal como Freud (1913[1912-1913]) trabalha em *Totem e Tabu*, mas que, por ser um mito, tem relação com o recalque originário proveniente do complexo de Édipo, ou seja, em Freud, a castração. Uma segunda verdade, no entanto, que Freud (Ibid., p.143), chama de “verdade histórica”, teria sido o evento da morte de Moisés pelo seu povo, dando assim significado à primeira verdade, inscrita como uma tradição (Freud, Ibid.).

Para Couto e Alberti (2013), pensar a verdade histórica implica retornar aos mitos, lendas, contos, para que desse modo a verdade histórica seja constituída, já que contém algo de velado, oculto, é preciso que haja uma decifração, além disso, a verdade histórica sempre tem em seu escopo um retorno do passado. Ainda, de acordo com Fuks (2000, p. 55), “[...] a verdade histórica é entendida como verdade que transcende a materialidade dos fatos – nos mitos, nas fábulas, nas ficções e na religião, para dar conta de uma ordem de pensamento que não é apenas da razão e da consciência.

Neste ponto retomamos a relação entre construção e verdade. Da mesma maneira como vimos com Freud (1937a/1996) em *Construções em Análise*, em que uma construção realizada pelo analista se aproxima da verdade histórica do sujeito, em *Moisés e o Monoteísmo* (1938/1996), como apresentamos com Fuks (2000); Couto e Alberti (2013), para alcançar a verdade histórica que deu origem a religião

judaica, Freud precisou construir ou - em expressão mais apropriada, *des-construir* as roupagens míticas e discursivas que se apresentavam para que então a verdade histórica – e assim, a origem de Moisés – pudesse aparecer. Neste ponto, é inevitável a aproximação com o retorno do reprimido e as formações do sintoma, ponto que o autor também explana neste texto (Freud, 1938/1996, Cap. f).

Um último ponto em relação à verdade vale ser ressaltado. Para Darriba (2010), a maneira como Freud trabalha em busca da verdade faz com que ele sempre se depare com um “furo” em relação ao *saber* sobre essa *verdade* que buscava. Para o autor, em Lacan (1962-1963/2008), Freud era um apaixonado pela verdade, o que fez com que diante esse furo, recorresse aos mitos para encontrar suas respostas. Já em Lacan, a solução para esta incompletude de saber é dada pelo Real, que, de acordo com Darriba (2010, p.305):

“[...] não deve ser confundido por exatidão. De um lado a verdade na ordem de uma correspondência com a realidade [Freud], de outro [Lacan] os efeitos de verdade por evocação de um real que não faz correspondência”.

Essa paixão de Freud pela verdade, inda de acordo com o autor, foi o que não proporcionou que Freud não percebesse que a verdade tem estrutura de ficção tal como observamos em Lacan (1962-1963/2008).

A relação entre construção e verdade seja em Freud ou em Lacan é uma relação também muito cara à construção dos casos clínicos como veremos.

1.7 Construção e saber

Este “furo” no *saber* que surge da relação entre construção e verdade como vimos acima, implica que devemos também considerar a relação entre as construções e o saber. O tema do saber não fica explícito em *Construções em Análise* (Freud, 1937a/1996). Contudo em um outro texto também contemporâneo a este, *Análise terminável e interminável* (1937b/1996), Freud aborda a questão a partir de suas considerações acerca do final da análise.

Para o autor, há condições mínimas para se pensar o final de uma análise: 1) que o paciente não sofra mais de seus sintomas, ansiedades e inibições; 2) que o

analista considere que a quantidade de material recalcado tornado consciente seja o suficiente para que o processo patológico não se repita. Nessa primeira definição o término da análise está ligado a uma tomada de posição do analista, pois depende de seu julgamento, o qual só pode ser efetuado a partir das hipóteses *construídas* para pensar o caso e da avaliação da análise em questão. Isto é, a tomada de posição do analista tem relação direta com a construção que ele faz do caso. Além disso, afirmar que o final de análise depende da quantidade de material recalcado tornado consciente é o mesmo que dizer que depende de uma aquisição de saber – sobre a verdade - com o qual o sujeito consente.

Para Val (2012), vale assinalar que o ganho de saber ocorre em diferentes registros. Por um lado, temos o saber produzido pelo próprio paciente em análise, que sofre, evidentemente, as incidências das interpretações do analista. Por outro, temos o saber produzido pelo próprio analista. Esse último se desdobra no saber construído sobre a singularidade de um sujeito específico – e aqui estamos no âmbito da Construção do Caso – e no saber construído que permite certa generalização, podendo servir de baliza para a reflexão sobre outros casos – e aqui estamos no âmbito do universal da teoria.

Ou seja, para Freud (1937b/1996), são as construções em análise do realizadas pelo analista – e como veremos, também as construções sobre do caso – que possibilitam a aquisição deste saber que é, no entanto, sempre furado, incompleto.

A diferença entre construção e interpretação como vimos acima, distingue também, verdade e saber. Para Freud (1937a/1996) a construção é um saber maior que a interpretação, o sentido de que pode ser sempre ampliada. É o que também afirma Miller (1996), ao propor que a interpretação é o pequeno e a construção é o grande. De acordo com o autor, no entanto, em Lacan temos que apesar do binário freudiano construção-interpretação permanecer, a construção, se é feita pelo analista (no sentido de estruturação do caso), está relacionada ao saber. Se é do analisando, falamos da construção da fantasia. Entretanto, se falamos de interpretação com Lacan, falamos da verdade. “A construção é uma elaboração de saber e a interpretação tem um quê de oráculo” (Miller, 1996, p.98).

1.8 Construção e fantasia

Freud (1937a/1996) em *Construções em Análise* não trata da relação entre construção e fantasia. Contudo, esta relação está posta no texto *Bate-se em uma criança* de Freud (1919/2006). Pensando nas três etapas da construção da fantasia perversa, entre meninos e meninas, e considerando que dentro dessas etapas não é necessário pensar em um acontecimento real, esse texto trata de explicitar que o que se produz na análise é a fantasia. Para Vegas e Aguiar (2008), para além dos mecanismos de recalcamiento aplicados ao Édipo, o que se pode verificar pela construção da fantasia infantil de ser espancada, temos que a regressão vem como um importante elemento criador das condições para a fantasia. Ou seja, não só o recalcamiento é uma defesa ao impulso conflituoso de ‘desejo pelo pai’. A regressão parece também ser uma garantia a fim de manter tais conteúdos longe da consciência.

A construção de uma fantasia por parte do analista é também indicada no *Vocabulário de Psicanálise* (Laplanche e Pontalis, 2001, p.97-98) em que temos a seguinte definição do termo construção em análise para a psicanálise:

“Termo proposto por Freud para designar um a elaboração do analista mais extensiva e mais distante do material que a interpretação, e essencialmente destinada a reconstituir nos seus aspectos simultaneamente reais e fantasísticos uma parte da história infantil do sujeito”.

Para Vegas e Aguiar (2008), a fantasia (tal qual em *Batem em uma criança*) que também é construída, é uma tentativa de resolução de um conflito primitivo e uma maneira de organização (tal qual o delírio, como vimos). O caso do *Homem dos Lobos* (1918/2009) é utilizado de modo a aprofundar essas hipóteses. Para os autores, Freud escreve esse caso em um momento político delicado para a psicanálise, em que Jung e Adler haviam rompido com Freud em suas proposições formulando suas ideias particulares. Freud estava pressionado a comprovar suas hipóteses e formulações. No caso citado, essa comprovação girava em torno do complexo de Édipo e das teorias sexuais infantis. Este é o ponto de crítica ao texto freudiano. Para alguns, Freud (1918/2009) teria tentado comprovar o Édipo em detrimento do próprio caso clínico tal como ele se apresentava e não teorizado a partir da clínica. Vegas e Aguiar (2008) citam que mesmo em Roudinesco encontra-se a afirmação de que Freud haveria inventado alguns dados da cena primária que ele *construía*.

Ocorre que no próprio texto freudiano há uma espécie de divisão entre uma crença no acontecimento de uma cena primária a ser construída e uma produção imaginária regressiva dos pacientes, como ressaltam os autores. Apesar de Freud (1918/2009) destacar que mesmo com essa dúvida o tratamento segue inalterado, ele parece ficar com a segunda hipótese, na medida em que nas palavras do autor, as cenas são lembradas na análise, como um *produto de uma construção*. Dessa construção, estaríamos então novamente no campo da fantasia. O analista deve a partir de um conjunto de indicações, nas palavras de Freud (1918/2006), pressentir, “construir uma fantasia”. Essa fantasia é do paciente, mas seria preciso que o analista também a fantasie. É desse ponto que irradiam novas críticas – ou um momento de imparcialidade de Freud - no sentido de que, ao voltar essa fantasia para o paciente, o analista estaria *sugerindo*, como nas psicoterapias. Para Freud (1918/2009), no entanto, a diferença que residiria aí entre psicoterapia e psicanálise é que a primeira tentaria convencer o paciente de que se está curado, quando a psicanálise convenceria da verdade de uma cena que poderia curar.

Disso, temos que a noção de construção em análise implica uma dupla direção: a construção da fantasia pelo analista, mas também pelo paciente, como também apresentamos em *Construção e Interpretação*. Contudo, para Vegas e Aguiar (2008), podemos inferir nesse sentido que a construção é um trabalho do analista, mas o conteúdo é do paciente, na medida em que é ele quem fornece ao analista os elementos para a construção. Comunicada ao analisando e armada de conceitos teóricos (DUNKER E ZANETTI, 2018), as construções, no sentido lacaniano, proporcionam que o sujeito em análise construa sua fantasia.

1.9 Um exemplo de construção em análise em um caso de Freud

Freud (1918/2009) realiza nesse texto um trabalho de construção, a partir de fragmentos que recolhera da escuta e da análise do sonho em que a janela de seu quarto se abre e lá fora uma grande árvore com seis ou sete lobos brancos sentados nos galhos e ele tomado de pavor de ser devorado. Os fragmentos que Freud elenca deste sonho são: “uma ocorrência real – de uma época bem antiga - olhar – imobilidade – problemas sexuais – castração – o pai – algo terrível” (FREUD, 1918/2009, p.48).

Para o autor, esta sequência indica ser este um sonho de angustia, causada pela realização de um desejo de satisfação sexual com o pai enquanto a revivescência de uma lembrança anterior. Refere-se a uma ocorrência real em que a satisfação sexual é experienciada através da observação de um possível coito a tergo (relação sexual em posição como dos animais, de quatro) entre o pai e a mãe. De acordo com Vegas e Aguiar (2008), vemos aí a reconstrução de uma cena primária (o que entra em nossa definição de construção em análise). Para os autores, é a partir desse sonho então que Freud presume a causa de sua fobia: o medo/amor que sentia pelo eu pai.

Essa última colocação, no entanto, sugere que para além da construção em análise, em que Freud (1918/2009) reuniu os elementos citados, temos uma formulação sobre o caso, que parte destes fragmentos, mas que o transforma em outro elemento, indicando assim, como veremos, uma construção do caso clínico. O medo/amor que sentia pelo pai está relacionado com uma construção acerca de sua posição subjetiva, não somente à história do paciente.

Capítulo 2. O caso Clínico em Psicanálise

“Suas ‘fascinantes’ conferências [de Charcot], julgava Freud, ‘eram uma pequena obra de arte de construção e composição’”.

(Gay, 2012, p.65)

Antes de apresentar a noção de construção do caso clínico, apresentaremos o surgimento da noção de caso, bem como seu surgimento e constituição na psicanálise. Veremos que o caso clínico psicanalítico, pode ser visto enquanto um depósito de tradições, formas discursivas e gêneros literários.

2.1 Etimologia e definição de caso clínico

Para Viganó (1999) *caso* vem do latim *cadere*, cair para baixo, ir para fora de uma regulação simbólica; encontro direto com o real, com aquilo que não é dizível, portanto impossível de ser suportado. Dunker (2011) adiciona que *caso* vem do latim *casu* e do grego *ptosis*, adquirindo sentido de queda ou ato de cair, em um possível eufemismo de morrer. Em suma, caso consiste em cair para baixo/queda; ir para fora de uma regulação simbólica/morrer. Em ambos, vemos convergir para algo que escapa; algo que não pode ser dito, a morte ou o Real.

Acrescenta Dunker (2011, p.538/539) que *casu* indicava queda como acidente, acaso, circunstância imprevista ou sorte e seu uso pelos poetas latinos geralmente conotava desgraça ou desventura. De *ptosis*, palavra grega, ainda temos uma interessante aproximação com a palavra sintoma:

A palavra grega *sym-pton* significa acaso, algo que acontece, que cai para alguém em separado (*sym*), como um caso (*ptosis*), e é empregado, também em grego para designar aquilo que é notável em uma doença. Em alemão encontramos cognatos como ‘acontecimento’ (*Zufall*), ‘choque acidental’ (*Unfall*) ou ‘caso’ (*Fall*).

Para o autor, podemos inferir caso é um campo delimitado pela experiência de mal-estar, de sofrimento ou de sintomas.

Já a palavra *clínica* vem do grego *Kline* e quer dizer leito. A *clínica* é o ensinamento então do que se faz no leito, diante do corpo do paciente, com a

presença do sujeito. É um ensino que prescinde do teórico, mas que se dá a partir do particular, não do universal do saber, mas sim, do particular do sujeito (Viganó, 1999). Além disso, a clínica implica um saber, a partir de um “debruçar-se sobre o leito do doente para produzir um saber a partir daí” (Figueiredo, 2004, p.79).

Um sujeito que se apresenta em um consultório ou em uma instituição não é um caso, até que haja um trabalho de construção que é realizado pelo analista ou pelo operador da psicanálise. Figueiredo (2004, p.79) define o caso clínico como um produto a partir dessa transformação em um dos binômios (História - Caso) que propõe para auxiliar na noção de construção do caso:

“O relato clínico que se apresenta rico em detalhes, cenas e conteúdos é a história. Já o caso é o produto que se extrai das intervenções do analista na condução do tratamento e do que é decantado de seu relato. Portanto, a história será fatigante, se muito detalhada e o caso será morto se for reduzido apenas a uma fórmula. Estabelece-se aí, então, um binômio que retoma a ideia de uma formalização necessária do relato, que não se reduz a uma teorização formal nem a uma elaboração de saber sobre os problemas do paciente”.

Dada essa definição inicial, vamos apresentar o contexto histórico e as bases epistemológicas que possibilitaram o surgimento do caso clínico.

2.2 Do quadro clínico ao caso clínico

Segundo Barroso (2003), antes de Freud, nos séculos XVI e XVII, profundas transformações nas formas de produção de conhecimento prepararam o corte epistemológico que a psicanálise operou no campo do saber. Essas transformações acabaram promovendo a própria noção de caso no processo de nascimento da clínica. Para a autora, a noção de caso clínico surgiu no percurso de constituição da clínica, situando-se na passagem da, assim denominada, medicina das espécies à medicina hospitalar.

Conforme Foucault (1996), em *O Nascimento da Clínica*, antes da clínica médica não podemos falar de caso clínico, e, sim, dos quadros das doenças, ou mesmo, de exemplos da doença. De acordo com o autor, no hospital o doente é sujeito

da doença o que passa a constituir um caso. Porém, na clínica que se trata apenas do exemplo, o doente é acidente de sua doença, tal como um objeto transitório por onde passa a doença.

A noção de quadro é delimitada pelo modelo clínico naturalista e o pensamento classificatório que instituiu a doença como natureza, isto é, espécie natural e ideal. “A clínica médica buscava ordenar uma ciência pelo exercício e decisões do ver, isolar traços, reconhecer os que são idênticos e os que são diferentes, reagrupá-los e classificá-los. [...] O olhar mais o raciocínio devem conduzir ao modelo científico” (BARROSO, 2003, pp.20-21). Que está no quadro, dessa forma, é o ser da doença, passível de apreensão total no discurso médico. Contudo, segundo a autora, a ampliação do ensino médico nos hospitais, possibilitou a promoção do quadro ao caso, já que era preciso um acúmulo e uma sistematização do saber médico. Isso culminou no afastamento do médico do leito, o que introduziu uma nova dimensão: a produção de um saber sobre a doença para além da observação.

Nesta produção de saber, surge o caso. Ou seja, temos que o que favorece essa ruptura epistemológica entre o quadro e o caso é a produção de um saber que seria possível de ser comunicado pela clínica pedagógica, no sentido de formar novos médicos. A observação já não era mais suficiente.

No entanto, nesta passagem do quadro ao caso, temos que o que importava não era propriamente a *construção* de um caso, que valorizasse um saber particular, mas, sim, que os casos fossem percebidos conforme uma armadura técnica cujos princípios fossem convergidos no sentido de encontrar a singularidade da doença (BARROSO, 2003). Ou seja, ainda não do doente. Na psicanálise, o que proporcionou a passagem do quadro ao caso, foi o encontro de Freud com Charcot que substituiu a apresentação e descrição pelo método de construção. “Ali onde Charcot apelava para a apresentação, Freud propôs uma construção” (BARROSO, 2003, p.22).

Porém, não podemos desconsiderar a influência e transição entre o caso médico e o caso clínico psicanalítico. Neste sentido, Magtaz e Berlinck (2012), trazem exemplos de casos da tradição médica que por sua vez influenciaram bastante os casos clínicos freudianos, tais como *O caso Filiscos* de Hipócrates (2008), ilustrações e vinhetas clínicas de Gaetan Gatian de Clérambault (1999), em *Automatismo mental*

e *cisão do eu* e os casos longos e minuciosos como o *Caso Ellen West: estudo antropológico clínico* de Ludwig Biswanger (1977).

Para os autores, a diferença dos casos de tradição psicopatológica médica para a construção freudiana dos casos clínicos é que o psicanalista introduziu uma outra modalidade de relato – a análise do caso, em que a escrita é elaborada a partir da vivência clínica, construindo tanto a compreensão do funcionamento mental e sintomático do paciente quanto do tratamento enquanto um processo que requer um manejo técnico específico (MAGTAZ e BERLINCK, 2012).

Ainda no sentido do que que influenciou a obra freudiana, para Jerusalinsky (2002), devemos ter em mente que o método de apresentação de casos se manifestou, pelo menos, em três modalidades na história da psiquiatria que partem de pontos diferentes: a apresentação do cadáver (na anatomia patológica), a apresentação da pessoa e a apresentação do caso. Inicialmente, temos que partir de um cadáver – ainda que a apresentação seja realizada por alguém, que proporá significantes para apresentar este cadáver – é claramente diferente de partir de um significante, como acontece no terceiro modo.

A apresentação de pessoa, era também o método com o qual Charcot trabalhava, submetendo as pacientes histéricas à hipnose e utilizando a sugestão para demonstrar o que lhe importava dos sintomas. Para Ferreira (2007), o método de Charcot foi adquirindo um aspecto circense, mesmo que inserido em uma época em que a apresentação de pessoas e pacientes tinha um aspecto clínico, de intervenção e produção de saber médico. Além disso, no início do século XX a apresentação de pessoas e pacientes entrou em declínio e passou a adquirir a um caráter marcadamente didático, prestando-se a ilustração de teoria, doenças e fenômenos. Com Lacan temos a retomada da apresentação de pacientes, porém, com um caráter mais próximo ao que era em sua origem. Para Ferreira (2007), Lacan manteve a forma de entrevista pública, mas em lugar da função didática, Lacan lhe imprimiu um caráter fundamentalmente clínico, sustentando-se na "virtude da palavra" para mudar a clínica de um caso.

O declínio da apresentação de pessoas, no entanto, foi o que proporcionou a ascensão da apresentação de casos.

2.3 O Caso clínico psicanalítico em Freud

Esta mesma tradição científica pautada na classificação das doenças cercava Freud, médico neurologista que estudava as afasias e dissecava enguias para descrever a anatomia de seu sistema reprodutor e nervoso. Para, Ades (2001), essa influência nunca o abandonou.

Ou seja, não podemos deixar de lado todo o contexto e as tradições em que surge o Freud psicanalista. A construção dos casos clínicos também não está isenta destas influências. Nos primeiros casos clínicos psicanalíticos de Freud apresentados nos *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895/2016) e também em sua exposição em relação à dificuldade de se classificar um tipo único de neurose em um caso – que faz dentro de uma exposição sobre como separar a histeria de angustia da neurastenia (FREUD, 1895 [1894]) – vemos sua dificuldade em classificar os tipos clínicos que encontrava. Para Dunker (2011), foi nessa dificuldade de classificação de um tipo único, que a construção freudiana dos casos pode se constituir.

Os casos freudianos, os primeiros casos clínicos psicanalíticos, surgem lado a lado com o próprio surgimento da psicanálise. Qualquer um que passe a debruçar-se às investigações psicanalíticas, inexoravelmente deparar-se-á com os casos clínicos. Nos *Estudos sobre a Histeria*, Freud (1893-1894/2016) Breuer compilam alguns de seus tratamentos iniciais. Foi com eles que se descobriu o inconsciente e com eles que se pôde inventar a psicanálise. Ocorre que a própria definição do que vem a ser um caso clínico psicanalítico, do ponto de vista de sua extensão e intensão, é controversa. Para Dunker (2011, pp.537-538):

Em relação à extensão, um caso clínico pode ser composto por algumas linhas (como no caso Albert, referido em *Interpretação dos Sonhos*) até um relato pormenorizado de uma centena de páginas (como é o caso do homem dos lobos). Pode ser desde um caso atendido por aquele que escreve até a leitura crítica de uma exposição feita por outro psicanalista. Há ainda personagens literários, teatrais e fílmicos que são tratados, proveitosamente, como casos clínicos. Há casos que são o relato da própria experiência analisante de quem o escreve (Leclaire, 1990). Há casos relatados por leigos, escritos em parceria (como o estudo autobiográfico realizado por Freud e Bulitt (1984)) e até mesmo casos inventados como ficções.

Temos que um caso clínico pode assumir diversas formas. Definir um caso pela extensão deste não é possível, na medida mesma em que o próprio Freud tem diversos casos de tamanhos diferentes. Definir o caso por intensão também não é cabível, já que um caso pode ser escrito por um ou mais analistas, sobre um paciente ou um personagem. No caso Dora, quando Freud (1905/2010, p.20) se dirige aos médicos que estavam lendo seus casos, temos que para o autor, um caso clínico psicanalítico deve ser definido dentro de um sistema de transmissão, que é o da psicopatologia:

“Sei que existem – ao menos nessa cidade – muitos médicos que (por revoltante que possa parecer) preferem ler um caso clínico como este, não como uma contribuição à psicopatologia das neuroses, mas como um *roman à clef* (*novela*) destinado a seu deleite particular. A esse gênero de leitores posso assegurar que todos os casos clínicos que eu venha a publicar no futuro serão protegidos contra sua perspicácia por garantias semelhantes de sigilo, muito embora este propósito imponha restrições extraordinárias a minha disponibilidade do material”.

Vemos Freud preocupado neste trecho acerca da comunicação de seus casos. Os médicos leriam como uma novela (o que considerava repugnante) ou como um texto científico, destinado a contribuição para a psicopatologia das neuroses? Ou seja, podemos inferir que o que Freud questiona aí é exatamente se ele estava tendo êxito em suas construções, já que não queria que seus casos fossem relatos ou romances. A palavra utilizada por Freud nesse trecho, em alemão, é *Schlüssel-roman* – literalmente, romance-chave – e não, *roman à clef* (*novela*) como aparece. Outro ponto refere-se também ao interlocutor de Freud. Para ele, a escrita de um caso clínico depende da vontade do leitor, da vontade dos ‘repugnantes’ médicos ou da vontade daqueles interessados na psicopatologia. Dessa forma, há uma importante relação entre a construção dos casos clínicos e seu destinatário, seu interlocutor.

O caso clínico freudiano apresenta um formato específico, a partir das influências que teve Freud em sua escrita. Para Dunker (2011), a maneira de se examinar este formato específico que assumiram os casos clínicos freudianos é a investigação histórica acerca deste sistema de transmissão da psicopatologia. Para o autor, “encontrar as constantes pragmáticas que caracterizam uma prática é algo que

pode se fazer retornando à história desta prática, ou seja, à recorrência de usos e ao depósito de funções a que esta se prestou” (Dunker, 2011, p.539).

A leitura dos casos freudianos, inicialmente convoca o leitor a duas modalidades que são percebidas em sua composição: a literatura e ciência. Para Dunker, Paulon e Milán-Ramos (2016), no entanto, não basta que leiamos os casos freudianos desta maneira. Para os autores essa divisão é perigosa, pois, se assim fosse, poderíamos correr o risco de afirmar que a psicanálise com sua construção de casos teria resolvido a importante questão de como transmitir a experiência.

O caso clínico freudiano, entretanto, apresenta duas diferentes tradições discursivas a tradição psicoterapêutica e a tradição clínica. De acordo com os autores, a tradição psicoterapêutica, localiza-se de Mesmer à Lièbault e tem suas raízes na prática confessional, que empreende uma diversidade de narrativas, depoimentos e relatos orientados por uma única e grande experiência, a experiência de conversão, que implica um retorno a si (Ibidem, p.224). Sua estrutura argumentativa assemelha-se a das fábulas e aforismos morais. Assim sendo, o caso clínico assume uma função metafórica, ilustrando e, no melhor dos casos, criando uma nova significação, a partir de um processo transformativo. Ou seja, a função metafórica proporciona que “outros podem se reconhecer no processo” (Ibid.), assim como na literatura de testemunho.

Já a tradição clínica, vai de Charcot a Kraepelin, e tem outra dominante discursiva. Essa tradição implica em descrever articuladamente um processo, descrição que fundamenta-se em quatro elementos: 1) uma semiologia, que estabelece o valor e a significação dos signos, 2) uma diagnóstica, que pretende diferenciar as classes de doenças e sintomas segundo a possibilidade de reconhecimento particular; 3) uma etiologia, que procura estabelecer as relações causais entre signos e sintomas e 4) uma terapêutica, que procura homogeneizar os procedimentos e intervenções decorrentes e congruentes das três anteriores.

No entanto, como vimos acima na transição entre quadro clínico, caso clínico e caso clínico psicanalítico, é no fracasso dos elementos necessários para se manter nesta matriz epistêmica atomista, estática e intelectualista, que buscava na psicopatologia da época relações anatomopatológicas para justificar seus achados, como o equivalente orgânico, os sintomas mentais, etc, que surge um amparo possível na antropologia. Este amparo, inclusive, dá forças a tradição

psicoterapêutica. Busca-se aqui a nomeação dos comportamentos, com uma função didática, em que se amplia as funções diagnósticas, semiológicas, etiológicas e as derivações terapêuticas, para que assim sejam confirmadas ou desmentidas por outros psicopatólogos.

Em Freud, essas duas tradições combinam-se na escrita de seus casos clínicos. É o que dá o caráter científico e literário aos casos freudianos. Contudo, apesar da tradição clínica ser mais descritiva e científica, essa se apoiou na antropologia, e a tradição psicoterapêutica, que tem raízes na prática confessional, se apoiou na literatura de testemunho (Ibidem). Ainda, para os autores essa fusão ocorreu no terreno literário do romance policial, como podemos acompanhar no que veio a se constituir como as investigações infantis sobre a sexualidade em *Teoria da Sexualidade* (Freud, 1905/2016) e o romance familiar do neurótico. Segundo os autores, são claras as congruências entre a escrita de Freud e os romances protagonizados por Sherlock Holmes, de Arthur Conan Doyle.

Um exemplo deste entrelaçamento discursivo que explicitamos é dado por Dunker, Paulon e Milán-Ramos (2016). No texto *Um caso de curapelo Hipnotismo* Freud (1892/1996), as superfícies discursivas clínica, psicoterapêutica e da cura aparecem em combinação. Segundo os autores, o texto apresenta-se como uma peça probatória do método da hipnose no tratamento da histeria e está localizado em uma época particular, na medida em que se localiza entre os achados clínicos de Charcot, os avanços terapêuticos da hipnose e a retomada da experiência ética ancestral de cura.

Em um mesmo parágrafo é possível identificar as variações discursivas do texto freudiano. Sem nos ater muito a história, lembramos que a paciente de Freud já havia tido um primeiro filho o qual não pôde amamentar, mesmo diante uma primeira intervenção de Freud. Em uma segunda gestação três anos depois a jovem não consegue amamentar novamente. Freud a encontra irritada, não estava se alimentando e sentia gosto amargo na boca. Freud (1892-1893/2006) então escreve: “A área da ressonância gástrica estava muito ampliada. Não me saudou como quem pudesse retirá-la do aperto”. Para Dunker, Paulon e Milán-Ramos (2016), nestas duas frases há um corte discursivo entre a vertente clínica (descrição médica) e da cura (observação psicológica sobre a confiança no terapeuta).

Ainda, para Laurent (2003), os casos freudianos se apoiam no modelo goethiano, tais como o *Sofrimento do Jovem Werther*. Em seus casos, de acordo com o autor, Freud consegue dar uma forma narrativa à estrutura, liberadas das limitações do Ideal, integrando a sessão analítica, a dissimetria do analista e do analisante e mantém um diálogo contínuo entre o sujeito e seu inconsciente. Este formato, no entanto, teria tido seu fim com o Homem dos Lobos (Freud, 1918/2010), que para Laurent (2003, p.70) “foi preciso a primeira guerra mundial [...] para romper com as formas antigas do relato de caso [*Homem dos Lobos*]”.

2.4 O caso clínico psicanalítico com Lacan

Lacan não possui casos clínicos escritos e publicados, com exceção do caso Aimée que trabalha em sua tese de doutorado *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade* (Lacan, 1932/1991). Para Naveau (2003), em *A Direção do Tratamento e os Princípios de seu Poder* (1958/1998) encontramos fragmentos de um caso de neurose obsessiva que Lacan pontua alguns pontos, mesmo que não apresente toda construção de um caso. Temos acesso também às apresentações clínicas de pacientes que Lacan realizava, que fornecem importantes elementos para a construção do caso, como demonstra Vorcaro et al (2016) e Paulon (2017). Assim, não podemos falar de casos lacanianos, mas sim das análises que fez dos casos clínicos freudianos ao longo de sua obra.

Com Lacan (1955/1998), e a análise que faz do conto “A carta roubada” de Edgar Allan Poe, a lógica da investigação policial tal como ocorria em Freud é descartada e a escrita passa a consistir na estrutura do caso. Assim, a narrativa faz-se em torno de posições que se repetem. Ou seja, “a estrutura do conto interessa mais que sua história para Lacan” (DUNKER, PAULON, MILÁN-RAMOS, 2016, p.228). Com Lacan, há uma torção na concepção do caso clínico em psicanálise: a escrita do caso deve ser também a escrita de sua estrutura (e não de um enigma) e por razões de método, reduzida ao mínimo das relações lógicas que compreende. O conto seria a forma literária que se aproximaria dessa estrutura, o que faz com que Lacan leia os casos freudianos em analogia da estrutura dos contos, assumindo, também o mito como modalidade narrativa. É o caso do *Mito individual do neurótico* (1953/2008).

No entanto, Lacan acabou por se deparar com duas maneiras de escrita que resistiam ao método, os textos dos escritores Durras e Joyce (DUNKER; PAULON; MILÁN-RAMOS, 2016). Neles não se pode diferenciar a pessoa do escritor da sua escrita. Assim, a análise estrutural deixa de fora o que era possível observar no cruzamento das vertentes discursivas que se apresentam nos casos freudianos, a saber, o efeito de verdade que os casos clínicos freudianos possibilitavam ao leitor. É o que encontramos na crítica de Derrida (1976/1999) à Lacan, em que o método estrutural dificultaria o efeito de verdade no acontecimento enunciativo do texto, suspendendo, justamente o critério intuitivo de Freud para a construção dos casos: o destinatário.

Como vimos, há uma relação muito importante entre construção (em análise) e verdade. Seja em Freud seja em Lacan. Para Dunker, Paulon e Milán-Ramos (2016), Lacan (1967/2003) indicou que uma forma possível de solucionar o impasse seria a que se aproximaria da destituição subjetiva, que poderia ser encontrada em *O guerreiro aplicado* de Jean Paulhan (1917/2010). Na história, o protagonista atravessa a guerra com uma aparente indiferença e uma apatia espantosa. Interessado em provérbios e em uma forma curta de conto, que ainda sim mostrasse uma importante transformação na vida de uma personagem. Assim, Paulhan (1917/2010) introduziu na literatura a forma *récit*, que pode trazer novos aspectos à escrita da clínica. Como veremos adiante, a função de verdade em caso é parte de sua constituição.

2.5 O caso clínico como gênero literário

Extraímos da exposição sobre o caso clínico *em* Freud e do caso clínico *com* Lacan, que um caso clínico em sua origem é composto de tradições discursivas diversas e assenta-se nas formas literárias precedentes e da época. Na escrita freudiana dos casos podemos observar um entrelaçamento entre literatura e ciência. Porém, a análise dessas tradições mostra que essa divisão não é tão simples. Da parte da literatura, temos que a tradição psicoterapêutica – prática confessional - resvala na literatura de testemunho e da parte da ciência, a tradição clínica apoia-se na antropologia. Ambas, assentadas no romance (policia), que surge na época.

Vale ressaltar, entretanto, que em um caso clínico, nenhuma dessas tradições deve ser hegemônica. Para Dunker, Paulon e Milán-Ramos (2016, p.235), “se o romance é a morte da narrativa e o mito traz seu nascimento [...], a construção do caso, longe de resolver o problema entre a narração e a descrição, acirra o problema”. Isso, pois, a construção do caso não é uma continuidade entre a narrativa da análise e seu relato público. De acordo com os autores, se a tradição psicoterapêutica é hegemônica em um caso, isso implica uma falsificação da experiência trazendo o risco de “uma narrativa totalizante” (Ibidem).

Da mesma forma, para os autores, na estratégia em que a tradição clínica torna-se hegemônica em um caso, valorizando apenas a cientificidade da descrição, também temos o problema de que ao valorizar os conceitos como operadores descritivos, procurando manter o uso extensivo da forma romance e assim respeitando o critério de descontinuidade entre experiência da análise e construção do caso. De acordo com os autores, no entanto, um critério para que isso aconteça seria a que a linguagem que descreve o objeto seja de um nível superior, ou seja, que se apresente em uma forma lógica.

Assim, para Dunker, Paulon e Milán-Ramos (2016), a escrita de um caso seria a escrita da *lógica do caso*, ou seja, uma montagem de sua estrutura e de sua consequente formalização. Assim, podemos nos aproximar do *récit* de Jean Paulhon, na medida em que a realidade da experiência – a qual a narrativa visa transmitir – torna-se indiferente. Na mesma medida, pela descrição de influência de Charcot, se a prioridade é a consistência interna, não podemos obter a contrariedade entre a análise e o caso clínico construído.

Essa lógica do caso, contudo, não deve excluir as vertentes psicoterapêutica, clínica e de cura. Isso pois, para Dunker (2011), o caso clínico é um gênero literário que se configura pela possibilidade de co-existência de combinações com e contra o romance, com e contra o mito e com e contra a verdade.

Mediante a diversidade e complexidade discursiva e de gênero em que se apresenta a construção do caso clínico, que este incorreria em tornar-se um gênero em crise, fadado a um declínio. Ocorre que os autores tomam Todorov (1980) para assumir que mais do que uma crise do gênero a construção dos casos clínicos faz-se mediante uma crise de gênero, pelo fato do caso não consistir em um único estilo ou

a uma forma e modelo de escrita. Esse fato aponta que o caso clínico em psicanálise seja um gênero “possivelmente improvável” e codificado, já que a “contingência e o impossível deixam suas marcas” (DUNKER; PAULON; MILÁN-RAMOS, 2016).

É exatamente aí, nesta crise e complexidade, onde devemos permanecer para construir os casos clínicos. Não obstante para Laurent (2003), a crise do relato de caso se resolve na diversidade mesma das vias na qual cada um se defronta com o real em jogo em cada caso.

2.6 Funções do caso clínico

Se podemos falar de como um caso clínico se constituiu como tal, dentro de um sistema de transmissão, podemos também elencar as funções que ele possui, bem como as funções da construção do caso.

Inicialmente, cabe enfatizar que o caso clínico tem a função de ser a principal peça na argumentação psicanalítica em favor de sua eficácia, na explicitação da ação de seu método e no diálogo com a psicopatologia (DUNKER, 2011). Ele é o principal instrumento de articulação entre o caráter privado e sigiloso da experiência do tratamento e as pretensões de legitimação científica ou de justificação pública da psicanálise. Pensar o caso clínico, como temos visto, é o que possibilita a comunicação da experiência clínica de outro lugar, que não do relato de uma história.

Nasio (2001) propõe que os casos clínicos compreendem três funções: metafórica, didática e heurística. Vimos na constituição discursiva dos casos que a tradição psicoterapêutica implica a função metafórica, de ilustração e reconhecimento dentro de certa categoria. Vimos também que a descrição clínica de Charcot, na tradição clínica, implica uma função didática, de demonstração. Para Dunker (2011) o assentamento no romance, principalmente policial, implica a função heurística, na medida em que esta está associada à possibilidade de criar novas relações, bem como novas formas de tratar a verdade e apresentar o problema, tal qual a investigação policialesca.

Como veremos a seguir, as funções da construção do caso também poderiam ser aplicadas neste tópico, já que o produto final da construção é o caso clínico. Por razões didáticas, optamos por deixar no tópico das Funções do caso clínico.

Capítulo 3. A Construção do Caso Clínico

“Seu uma fuga não é tocada devagar, o ouvido não distingue claramente o novo assunto enquanto ele é introduzido e, em seguida, o efeito se perde” (Mozart, 1782)

Atualmente, na literatura psicanalítica de orientação freudo-lacanianiana o tema da construção dos casos clínicos é abordado como um método de trabalho em equipe nas instituições de saúde, principalmente em instituições de saúde mental e como um método clínico de investigação em psicanálise para a escrita e publicação dos casos. A construção do caso clínico em psicanálise é um método e, assim, é “aplicável em diversos contextos clínicos” (Figueiredo, 2004, p.79).

A construção de casos clínicos em psicanálise é um método de investigação e de trabalho que possui funções próprias e proporciona objetivos específicos, geralmente os mesmos, quando realizado. Essas funções e objetivos, como veremos, podem ser alcançados com diferentes elementos e por diferentes passos. Ainda, observamos ferramentas e articulações da construção do caso clínico. Após a investigação realizada, achamos conveniente apresentar os dados já de maneira organizada nesse sentido, mesmo que possamos encontrar na literatura diferentes aplicações do método.

Dessa forma, o que apresentaremos a seguir é ‘uma’ maneira, dentre outras possíveis, de organizar as funções, objetivos da construção do caso clínico tal como encontramos na literatura. A título didático e metodológico procuramos organizar a exposição desde o que é mais geral e abrangente sobre a metodologia dos casos clínicos em psicanálise (publicação e método de trabalho em instituições), até as estratégias e técnicas mais específicas para construir.

3.1 Definição de construção do caso clínico

Algumas definições são possíveis, no entanto, de maneira geral a construção do caso clínico implica um trabalho do analista sobre o material que se extrai da clínica, de maneira a transformá-lo em um produto, a saber, o caso clínico.

Para Figueiredo, (2004, p.79), este trabalho se dá pelo (re) arranjo dos elementos do discurso do sujeito que “caem, se depositam com base em nossa inclinação para colhê-los, não ao pé do leito, mas ao pé da letra”. Para a autora incluem-se aí também as ações do sujeito, já que são norteadas por determinada posição no discurso. Essa construção, realizada a partir dos elementos que o analista recolhe do discurso, e que permite ao analista inferir a posição subjetiva, é também a construção da torção do dito ao dizer e do enunciado à enunciação. Para a autora, convém esclarecer que a *fala* é da ordem do enunciado e a enunciação se refere à posição subjetiva.

Viganó (1999), pioneiro na construção do caso clínico como método de trabalho nas instituições, de sua prática, propõe que o trabalho de construção do caso clínico é contínuo pelo analista, está sempre ocorrendo. Para o autor, no trabalho de construção do caso clínico existem três termos fundamentais: transferência, sintoma e demanda. Disse, propõe que a construção do caso clínico é “colocar o paciente em trabalho, registrar seus movimentos, recolher as passagens subjetivas que contam, para que o analista esteja pronto a escutar sua palavra quando ela vier. (Viganó, 1999, p.45).

Vimos acima também que devido ao depósito de tradições discursivas e gêneros com que o caso clínico se constitui na história, ou seja, suas diversas formas, para Dunker, Paulon e Milán-Ramos (2016), a construção do caso clínico deve ser uma construção lógica, no sentido de uma montagem da estrutura do caso e sua consequente formalização.

Independente da definição, este trabalho do analista é um trabalho solitário. Um trabalho solitário que, em contrapartida, lhe possibilita uma elaboração de saber, como veremos, que advém da construção do caso clínico. Viganó (2003) ressalta esse momento solitário do analista em que exerce um trabalho análogo ao de um artesão:

A construção do caso não é um exercício acadêmico, é uma obra de artesanato, o êxito da reflexão que o artesão realiza a posteriori sobre o seu operar, quando procura dar razão daquilo que está fazendo, a si mesmo, mas também aos seus comitentes ou aos seus colegas rivais. O que resulta disso é um “saber fazer” em que o saber técnico e científico entra apenas como uma pré-condição” (Viganó, 2003, p. 48).

É também interessante notar que é neste momento solitário, que surge um “saber fazer”. A relação entre a construção e a formulação de um saber parece estar presente em todo o processo, do lado do analista e do lado do analisando e diz respeito à uma função do caso.

3.2. Funções da construção do caso clínico

As funções da construção de um caso clínico decorrem do fato de que um paciente só se torna caso quando há um afastamento dos atendimentos, em que o clínico poderá construir. Vimos que um caso não é nem uma ruptura total nem a reprodução fiel dos atendimentos. É preciso um elo, com a importante ressalva de que é preciso evitar que um paciente se transforme em um caso. Para que isso seja evitado, é importante que consideremos que a escrita do caso clínico supõe o desgarramento e isolamento de letras e significantes que estão presentes na análise, para reinscrevê-los em uma trama nova, a trama da escrita do que “poderia ter acontecido e do impossível de ter acontecido” (DUNKER; PAULON; MILAN-RAMOS, 2016), bem como podemos observar a passagem da oralidade para a escrita e a escrita para possibilitar uma nova oralidade.

Ocorre que essa re-inscrição faz parte das condições da enunciação e efeitos da verdade, que podemos observar, também, na noção de construção em psicanálise, como apresentamos no capítulo anterior. De acordo com Dunker (2011 p.541), a noção de construção em psicanálise “é uma importante noção para o método de tratamento e que podemos empregar para o método de investigação”. Ou seja, podemos fazer suas equivalências.

Para o autor, podemos extrair da noção de *Konstruktionen* de Freud (1937a/1996) três dimensões da construção dos casos que nos ajudam pensar em suas funções.

- a) Temos um trabalho de (re) construção do analista do esquecido, em cima dos fragmentos e indícios apresentados pelo paciente. É onde melhor visualizamos a comparação com o arqueólogo, com a ressalva de que para o psicanalista é sempre um trabalho preliminar. Para Dunker (2011), o critério utilizado aqui é o da verossimilhança e exaustividade, ou seja, a

conjectura que acolhe, reúne e seja corroborada pelo maior número de elementos do caso. É possível evocar a figura do investigador policial, ou do processo jurídico, às voltas com a produção de uma verdade (*historischer Wahrheit*).

- b) A investigação psicanalítica – pela construção – não se dá somente pela inclusão ou não em uma categoria. O mais importante não é o assentimento ou não, mas a *confirmação indireta*, assim como o senhor inglês fez à Freud na consulta de sua esposa (exemplo que apresentamos no capítulo anterior sobre a noção de construção). Assim como em um caso médico, o que vale mais é a evolução clínica do paciente, não seu assentimento consciente. Eis que uma construção pode possuir valor terapêutico tal como uma recordação.
- c) A construção é equiparada ao delírio na psicose, que como sabemos, é uma espécie de realidade artificial construída para tratar o real. Assim, a construção envolve a via dos poetas e da formalização lógica. É o que traz Freud com a ideia de que a humanidade se tomada por uma unidade, também desenvolveu formações delirantes inacessíveis a crítica lógica e que contradizem a realidade efetiva (*Wirklichkeit*).

Podemos observar que a noção de construção, assim como Freud (1937a/1996) a trabalhou em seu artigo, traz três aplicações que aqui elencamos como funções da construção do caso clínico, em ordem apresentada: investigação da verdade, confirmação indireta e circunscrição do Real. Ou seja, temos que construir um caso implica funções importantes no sentido de investigar a verdade (*histórica*) de um sujeito, a confirmação indireta no sentido de que não é preciso relatar tudo o que aconteceu nos atendimentos para ter um efeito de verdade e a circunscrição do real de um sujeito. São funções que podem ser aplicadas tanto à construção como método de tratamento (construções em análise) quanto para o método de investigação (construção dos casos).

O que nos mostra Dunker (2011) é que a noção de construção em psicanálise (construção em análise) implica abordar o terreno da realidade (*realität*) e do Real

(*Wirklichkeit*) sem que este se confunda com o critério de eficácia terapêutica, nem com o critério de verdade (*Wahrheit*).

Dessa forma, a partir das três funções que elencamos acima, podemos admitir que construir um caso clínico produz um saber sobre a verdade do analisando ao possibilitar a circunscrição do Real, tanto para ele quanto para o analista. Essa seria, então uma outra função: a produção de saber. Ainda, para obter o efeito de verdade, como vimos, não é necessário o relato do caso. Isso também está afinado com a ideia lacaniana de que a verdade tem estrutura de ficção. É o que também mostra Darriba (2010) e Dunker et al (2002).

Essas três dimensões da noção de construção (tanto em análise quanto do caso clínico) enfatizadas possuem estreita relação com as linhagens históricas que deram origem à psicanálise como prática de cura, psicoterapia e clínica. Disso, partindo dessa discussão o autor propõe outras três funções do caso clínico (que podem também ser aplicadas à noção de construção do caso):

- a) Função ética: representada pelo fragmento de verdade pelo qual um caso subverte a classe, tipo ou categoria na qual se inclui;
- b) Função lógica: representada pela organização coerente da diagnóstica, da semiologia, da terapêutica e da etiologia.
- c) A função retórica-conceitual: representada pela descrição da eficácia dos procedimentos e intervenções no contexto de transmissão de um saber, no quadro de um sistema de transmissão.

(Dunker, 2011, p. 543)

Dessa forma, construir, seja no campo da construção em análise, seja no campo da construção do caso clínico em psicanálise, aponta para direções análogas. O analista:

- a) Constrói fragmentos sob a matéria-prima (objetos psíquicos) fornecidas pelas sessões analíticas. Deste ponto, acrescentamos que o que surge na sessão é sob transferência (Freud, 1937^a/1996), também nomeia). Ora na

construção do caso o que ocorre é dar forma escrita ao que ocorreu pela fala sob transferência.

- b) Aguarda não o assentimento consciente do paciente, mas a *confirmação indireta*, que ocorre no desenrolar dos acontecimentos. Na construção do caso poderíamos tomar a ideia de que um caso clínico assume mais um efeito de verdade do que a reprodução desta. Ou seja, mais vale um leitor que compreenda o que se transmite indiretamente do que um leitor que saiba o que exatamente aconteceu.
- c) Aproxima-se da verdade histórica do sujeito, tal como um delírio mostra o núcleo de verdade, na psicose. Assim aproxima-se do Real, que por definição, não é possível simbolizar, mas traz consigo a singularidade daquele sujeito. Se tomamos esse objetivo na construção dos casos, possibilitamos a dialética entre o singular de um sujeito, o particular e o universal, como veremos a seguir.

Ainda, às funções do caso e da construção do caso clínico que apresentamos acima (ética, lógica e retórica-conceitual), Dunker e Zanetti (2018) acrescentam uma quarta função que, segundo os autores, não teria aplicabilidade clínica no método de tratamento, mas que poderia ser aplicada para o analista, na construção do caso encerrado. Essa quarta função refere-se à possibilidade de, pela escrita do caso, o analista desvencilhar-se do analisante, fazer o luto do processo vivido ou, em outras palavras, terminar a transferência do lado do psicanalista.

3.3 Objetivos da construção do caso clínico

Podemos elencar alguns objetivos da construção do caso clínico em psicanálise.

3.3.1 Manejo da Transferência

A maioria dos trabalhos sobre o embasamento e a teoria da construção dos casos clínicos elenca a transferência como um aspecto a ser considerado nas

construções, na medida em que a construção possibilita um manejo da transferência por parte do analista.

A transferência é não só um conceito psicanalítico fundamental, mas também a estrutura principal do método clínico de tratamento. Não obstante, a transferência é também um conceito fundamental para que possamos pensar a construção dos casos clínicos em psicanálise.

De forma geral, a transferência é o pivô central do processo analítico, pelo fato de proporcionar que leiamos a relação analítica analista-analisando pela via de uma neurose de transferência. Isso quer dizer que, assim como já define Freud (1912/2010), o paciente repetirá com o analista os investimentos amorosos tal qual desenvolveu em suas primeiras relações afetivas, seus amores parentais. De acordo com Laplanche e Pontalis (2004), na transferência desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos. Vale ressaltar, no entanto, que essas repetições não são idênticas, mas sim, são como equivalentes simbólicos da repetição de experiências do passado (FILLOUX, 2002).

Esses elementos nos possibilitam uma inferência clínica fundamental: o diagnóstico psicanalítico só é possível de ser realizado sob transferência. *Lacan (1964/2008) em seu Seminário livro 11: os quatro conceitos fundamentais*, apresenta a transferência como o pivô da experiência analítica onde é possível localizar como o sujeito endereça seu desejo ao Outro. É essa maneira de endereçar o desejo ao Outro, encarnado ali na figura do analista, que podemos pensar o diagnóstico estrutural (neurose, psicose e perversão).

Viganó (1999) em seu texto seminal sobre a *Construção do caso clínico em Saúde Mental* (um dos textos pioneiros sobre a construção dos casos em instituição de saúde mental), ao defender a construção do caso como possibilidade de reverter a lógica médica de exclusão do sujeito, localiza duas clínicas: uma da interpretação, outra da construção. Para a primeira clínica, da interpretação, basta a transferência. Já para a segunda, a intensificação da transferência se apresenta como uma possibilidade de efeito da construção. O autor trabalha com a ideia de que a construção do caso possibilita a passagem da queixa para a demanda, o que faz, assim, implicar o sujeito. É neste processo que a construção possibilita o adensamento da transferência, ao isolar o significante ligado ao analista. É nesse

momento, que “a escolha de ter o analista como interlocutor, se configura como a sentinela do fato de que o sujeito leu seu sintoma como enigma” (Viganó, 1999). Aqui temos que a construção é feita sob a transferência e que também auxilia para seu adensamento.

No mesmo sentido, a importância da transferência para o diagnóstico é enfatizada por Kupfer e Zanetti (2006), que apontam a importância que tem a construção do caso – o que traz consigo a narração do caso pela escrita – para que o analista que constrói “volte ao caso de outra maneira, e assim possa ‘ouvi-lo’ de outro lugar”. Essa volta, demarcam as autoras, pode proporcionar um desvencilhar-se de um possível enlaçamento do sintoma ocasionado pelo analisando, na transferência. Analisar pela construção como se dá a transferência auxilia tanto nesse desvencilhar-se como também em uma melhor compreensão diagnóstica estrutural. Tanto em um caso atendido individualmente quanto um caso atendido em uma instituição, onde a suposição de saber dirige-se não só ao analista, mas também à própria instituição (Kupfer e Zanetti, 2006).

Viganó (2010a) também demarca que o tempo da construção do caso, enquanto análogo do tempo lógico lacaniano do tempo de compreender é o tempo da análise da transferência, onde é possível um projeto de tratamento que coincida com o critério diagnóstico. O autor, preocupado com o tempo cronológico e de mercado ditado pela indústria farmacológica, onde a clínica é colocada em jogo apenas para produzir resultado da cura do sintoma ou de sua contenção, defende a construção do caso, e a avaliação intrínseca dos elementos que ele compõe (transferência, sintoma, demanda; Viganó, 2010a, 2010b), pode proporcionar uma leitura do sofrimento que aponte mais para o singular de cada caso, o que pode ser conseguido por uma circunscrição do Real.

Esse é um ponto também enfatizado por Val (2012), que se vale de Lacan, principalmente *O seminário livro 20: mais, ainda* para suas considerações. Para o autor a política do analista se define a partir da construção do caso. Inventar uma coerência para os fragmentos que aparecem desarticulados durante o processo analítico possibilita que o analista tenha não apenas uma visão geral do tratamento, mas também permite que faça elaborações de hipóteses que orientarão suas intervenções clínicas. Para Val (2012) essa construção permite que o analista localize seu lugar na transferência – lugar donde lançará suas interpretações - e com isso, seu

manejo, ao se reconhecer o objeto pequeno *a*, onde inscreve-se o que há de mais singular do sujeito.

3.3.2 Circunscrição do Real

Considerar a *transferência* na construção do caso, implica inevitavelmente, como mencionamos, relacioná-la à circunscrição do Real, já que é somente sob transferência que o analista pode realizar o diagnóstico. Na sua grande maioria, a literatura que aborda o tema das construções dos casos demarca a circunscrição do Real de cada caso como um dos grandes objetivos da construção.

Quando analisamos acima etimologicamente a palavra caso, já anunciamos essa ideia: para Viganó (1999) e Dunker (2011), a própria palavra *caso* nos remete à ideia daquilo que cai, que se localiza fora de uma ordem simbólica, que é impossível de se dizer, ou seja, que está afinado com a definição de Real².

O que observamos é que a grande maioria dos métodos da construção do caso clínico tem como finalidade ou consequência, cercear o Real do caso. A noção de Real aqui empregada em relação à construção dos casos clínicos está afinada com o conceito lacaniano de Real apresentado em *O Seminário, livro 20: mais*,

² Lacan estruturou o inconsciente freudiano a partir de três registros: simbólico, imaginário e Real. O registro simbólico é o lugar do código fundamental da linguagem. Ele é a lei responsável pela inserção do sujeito na linguagem, na cultura, denominada por Lacan de o grande Outro (A). Grafado em maiúscula, foi adotado para mostrar que a relação entre o sujeito e o grande Outro é diferente da relação com o outro semelhante. Esta última relação se refere ao registro imaginário, lugar da construção do eu, das ilusões, da alienação, do engodo e daquilo que participa da formação do corpo humano como unidade. Já o real é o que sobra como resto do imaginário e que o simbólico é incapaz de capturar, não devendo ser confundido com a noção corrente de realidade. O real é sem ordem, não tem lei e pode ser definido como resto, impossível ou indizível por se tratar daquilo que não pode ser simbolizado e, portanto, só pode ser aproximado ou contornado, jamais capturado (CHAVES, 2006; VAL, 2012), temos a definição de que é aquilo que não cessa de não se escrever, ou como sintetiza Vorcaro (2004, p.68) “a coisa inapreensível, este cúmulo de sentido que constitui enigma, o único quinhão de saber que se tem. A incessante impossibilidade de se dizer disso qualquer coisa faz com que esse existente sustente a repetição do indefinível”.

ainda (1972 - 1973)³, já que neste seminário o Real aparece como ponto de impasse na escrita. É desse impossível que procuramos nos aproximar na construção do caso.

É dessa forma que, com Viganó (2010a), como detalharemos um pouco mais a seguir, a construção do caso pode ser pensada como uma escrita mínima, que permitiria a circunscrição do real como impossível de tal forma que seja passível de transmissão.

Muitas vias levam a esse propósito. Na literatura sobre a construção do caso, encontramos diversas maneiras de se implicar nessa tentativa, de cingir o real, como apresentaremos no próximo subcapítulo. Todas elas, no entanto, trazem consigo aquilo que de mais único há para um sujeito. Falamos do que convencionamos nomear de singularidade do caso, o caso único.

Orientar-se pelo real na clínica, como mostra Viganó (2010a), implica que o que não podia ser visto e constituía-se enquanto ponto cego, passe a ser visto e, assim, se crie a possibilidade de construir com o paciente sua demanda, e, também, sua posição na demanda. É assim que seria possível a implicação do sujeito, colocando-o e criando a possibilidade de o sujeito tratar de si mesmo. Tratar o real nos casos implica uma importância ética.

Para Malengrau (2003), o uso que deveríamos fazer da construção dos casos, de suas exposições e dos ensinamentos que eles nos trazem está relacionado a uma abordagem do caso que inclui a orientação da experiência em direção ao Real. Essa seria uma maneira própria à psicanálise e que pode favorecer a elaboração de um problema clínico e psicanalítico como tal. Para o autor, no entanto, a experiência de encontro ao real na psicanálise, é uma experiência de um encontro com um real que se esquia. “Duas dimensões do real se conjugam nessa definição: uma concernente ao real como encontro, como efração, e outra concernente ao real como falta de sentido” (Malengreau, 2003). Dessa maneira, o autor propõe, como veremos, a contingência e o inusitado nas construções do caso clínico.

³ Neste seminário, Lacan define o necessário como aquilo que não cessa de se escrever, o que se escreve sem parar. A contingência como o que cessa de não se escrever. O possível é o que cessa de se escrever, o que não está escrito de uma vez por todas. E, finalmente, apresenta o impossível como o que não cessa de não se escrever, o que não se escreve jamais, concluindo que esse impossível é o Real. (LACAN, 1972-1973/1988).

3.3.3 Construção de saber: dialética entre singular, particular e universal

A dialética entre singular, particular e universal também implicam um novo objetivo. Na verdade, essa dialética possibilita três objetivos aqui agrupados, enquanto produção de saber.

O que queremos dizer quando falamos sobre singularidade de um sujeito, ou de um caso? Acima, associamos cingir o real com o caso singular. Ocorre que a construção do caso e sua consequente escrita circunscreve aquilo que escapa ao sujeito e também à sessão analítica, o que proporciona um saber sobre o sujeito que é da ordem da singularidade. A construção do caso clínico produz um saber sobre a verdade do sujeito, mais especificamente a verdade histórica, que veio no lugar de uma realidade negada. Em Freud, falamos da angústia de castração como o resto inalisável que se depura do processo analítico. Já em Lacan, falamos de um resto que é inevitável a toda e qualquer tentativa e operação de decifração. Eis que tratamos do objeto pequeno *a* de cada um, tal como proposto por Lacan.

Há, portanto, uma incompletude de saber na construção de um caso clínico por parte do analista, assim como também há sempre uma incompletude de saber pelo sujeito sobre seu sintoma e sobre a verdade de seu desejo. Dessa forma, quando construímos um saber sobre o caso, um ponto de vazio sempre é preservado, o que previne que uma verdade total sobre o paciente seja produzida. É exatamente a manutenção desse vazio que permite que as construções do caso sejam sempre renovadas e novas soluções sejam elaboradas – tanto pelo analisando em sua análise, quanto pelo analista que o constrói (VAL, 2012).

Tratar do Real e da singularidade de um sujeito, de seu sintoma e da maneira que um sujeito se endereça ao Outro, para além da importância clínica, parece ter conferido à construção dos casos sua maior possibilidade de alcance em outros campos, que não o do consultório. Os trabalhos pioneiros de Carló Viganó, por exemplo, têm como condução de seu método esse objetivo: trazer à tona, pela avaliação da transferência e análise da demanda inconsciente, a singularidade de um sujeito. Para o autor (Viganó, 1999, 2010a, 2010b), mas também para muitos outros como Figueiredo (2004) e Figueiredo e Bursztyn (2012), por exemplo, orientar-se pelo que cada sujeito pode oferecer enquanto saber a partir de seu sintoma, seu gozo, ou seja, seu inconsciente, é possibilitar outra lógica, que não a médica.

É nessa reflexão que localizamos uma dialética entre o geral, o particular e o singular, como também objetivos da construção do caso. Para Figueiredo (2004), a questão gira em torno de compreendermos o que se cristalizou com os conceitos de *geral* (campo da saúde mental) para o *particular* (diagnóstico). A psicanálise introduz uma concepção que parte do *particular* para o *singular*, retomando o *geral* a partir dos efeitos colhidos. Fato é que se a ação clínica atua sobre o geral: a reabilitação, cidadania, autonomia e contratualidade, a psicanálise propõe a articulação do particular de uma diagnóstica com o movimento do sujeito do inconsciente, o singular. Temos aqui uma primeira diferença do campo da saúde mental: o sintoma não vai sem sujeito, nem o sujeito pode ser pensado sem o seu sintoma.

Assim, pensar o sujeito com seu sintoma e vice-versa é aproximarmo-nos do real, mas sem deixar de considerar que possamos construir um saber sobre o particular e o universal. O fluxo nessa dialética é de ida e de volta, do singular ao universal, passando pelo particular, que, de acordo com a autora, refere-se ao diagnóstico. Isso implica que ao falar do singular, não estamos, portanto, desconsiderando o diagnóstico, que é fundamental à condução do tratamento.

Se, no entanto, cingir o real de cada caso valorizando sua subjetividade confere à construção do caso clínico sua importância e possibilidade de uso nas instituições de saúde, outras características do método possibilitam também suas críticas. Quando apresentamos as funções do caso clínico vimos com Dunker (2011), que a função ética (que diz respeito à possibilidade do caso subverter à classe a que pertence) e a função lógica (que mostra coerência entre diagnóstica, etiologia, semiologia e terapêutica) podem servir, por um lado, à possibilidade de refutação. Porém, de acordo com o autor, essas duas funções trazem consigo também um excesso de internalismo. Isso significa dizer que faltaria aos casos certa externalidade, na medida em que a construção do caso é atravessada pelo desejo do analista e pela irreduzibilidade da experiência do paciente.

Apenas comprovar uma eficácia de um tratamento, atestaria que o caso clínico seria invulnerável à contestação de seus procedimentos. Se nos basearmos apenas nestes argumentos, o caso clínico de fato não poderia ser usado para a comprovação da eficácia terapêutica. Dunker (2011) no intuito de contrabalancear este ponto de crítica, apresenta a pesquisa realizada por Leichsenring & Rabung (2008), em que uma avaliação de 58 anos foi realizada sobre milhares de estudos clínicos de diversas

vertentes teóricas psicoterápicas. Os autores mostram que a psicanálise é aquela com melhores efeitos, em relação a, por exemplo: efetividade genérica, problemas funcionais de personalidade, funcionamento social, sintomas específicos, casos complexos, entre outros dados relevantes. O único fator que traria uma desvantagem à psicanálise seria o custo. Mas, concordamos com Dunker (2011) ao questionar esse tópico: mais vale um custo, ou uma relativização ética?

Dessa forma, apesar do caso singular, que é generalizável, ser alvo de críticas, ele é também muito caro à pesquisa psicanalítica. Preservar o singular de um caso, mas ao mesmo tempo localizar os elementos daquele caso que possibilitam uma generalização, é algo que podemos observar desde Freud. Seus casos clínicos tinham como importante objetivo a construção da teoria. Kupfer e Zanetti (2006) nos mostram como Freud iniciava a elaboração de um caso partido de um ponto fixo, da onde partiam as teorizações.

Podemos considerar também a relação entre o caso único e o universal a partir da ideia de que a psicanálise apresenta uma relação indissociável entre investigação e tratamento e que, portanto, a pesquisa em psicanálise só pode se configurar e se sustentar na produção de um saber possível sobre as próprias sutilezas da relação. Isso por que, de acordo com Figueiredo e Vieira (2002), a psicanálise não se define apenas pelo exercício da investigação de conceitos, o que resultaria em uma ‘hipertrofia da especulação’ como nomeia Freud (1933/2006), nem tampouco pela pura terapêutica sem nenhuma formalização conceitual, o que levaria aos equívocos de uma prática intuitiva e pouco rigorosa. Essa universalização do saber que parte de um singular, cabe ressaltar, também de acordo com os autores, deve ser obtida visando à transmissão.

3.3.4 Transmissão

A construção do caso clínico, quando realizada, pode possibilitar a transmissão da psicanálise. Vimos a preocupação de Freud (1905/2017) no *Caso Dora*, em relação a como comunicar seus achados, tanto em relação à escrita deste, quanto em relação a como os leitores os leriam. O problema que Freud enfrentou consistia em como possibilitar que a escrita se tornasse uma comunicação de um caso da psicopatologia

(e não como uma novela, uma história ou somente um romance). O que ele desejava era que sua comunicação sobre o caso, além de divulgar o tratamento psicanalítico, pudesse contribuir para o sistema de transmissão de saber referente à psicopatologia.

Vemos então que, poder comunicar, para Freud, era também possibilitar uma transmissão da psicanálise. A preocupação de Freud, entretanto, faz-se bastante atual. A questão de como construir para que haja uma transmissão é investigada tanto para a escrita psicanalítica visando a publicação, quanto no método de trabalho nas instituições de saúde mental.

A escrita dos casos visando a publicação implica que este possibilite a transmissão dos achados psicanalíticos sobre a psicopatologia, sua eficácia e de seu método. Ocorre que para que isso seja possível, não funciona a reprodução fiel das sessões e o relato da história de cada caso. Como vimos nas funções da construção, a construção possibilita a investigação da verdade, uma *confirmação indireta* (como um efeito de verdade em uma estrutura de ficção), e o cerceamento do real (DUNKER, 2011). Essas dimensões possibilitam que um caso clínico se insira em um determinado conjunto, mas que ao mesmo tempo, tenha condições de subverter a categoria onde é inserido. Devido a essa lógica, o caso clínico transmite a psicanálise, e não a história do paciente.

Na aplicação do método da construção do caso nas instituições de saúde, onde o caso é construído mediante o que o analista recolhe da rede discursiva da instituição e equipe, em uma construção democrática (Viganó, 1999, 2010a), o objetivo é proporcionar a lógica entre o sujeito e seu inconsciente: seja pela análise da demanda (Ibidem), do diagnóstico do discurso e pela posição subjetiva (Figueiredo, 2004), seja pela orientação do sintoma (Bursztyn e Figueiredo, 2012).

Viganó (2010b), ressalta que o objetivo da construção do caso é uma redução a uma escrita mínima, que permitiria a circunscrição do real como impossível de tal forma que seja passível de transmissão. Essa transmissão é a da psicanálise.

Para Dias e Moretto (2018), o caso clínico, pelas suas propriedades, sustenta o lugar do analista em uma instituição, na medida em que “transmitir o saber o e o fazer da psicanálise é parte do ato analítico e de sua ética, por meio da sustentação de um método, o que não necessariamente significa responder à demanda por números, protocolos e medições”, (Dias e Moretto, 2018, p.9). Evocam, então, a

metodologia da construção dos casos clínicos como aquilo que proporcionará a transmissão deste saber e deste fazer próprio à psicanálise. Para as autoras, essa transmissão parte da impossibilidade de se dizer tudo, que visa não o reconhecimento, mas o convite à interlocução e oferece ao debate o saber que recolhe.

Podemos acrescentar ainda que essa transmissão, possibilita um trabalho em equipe. Na medida em que um analista pode transmitir sua ética e a lógica do inconsciente do sujeito com a construção do caso e que esta possibilita a interlocução, possibilita também sua inserção na equipe. Para Moretto e Prizskulnik (2014), inserção do analista em uma equipe é diferente de fazer parte dela. Para as autoras, um lugar que não é dado a priori deve ser construído. Para isso cabe ao analista analisar as demandas da equipe e agir sobre essa análise, o que pode convocar uma relação transferencial, de onde é possível fazer suas intervenções e realizar seus comunicados e assim, transmitir a psicanálise.

3.3.4 Composição esquemática, cálculo e a operação-redução

Se a transmissão é possível com uma construção do caso que transmita o caso e não a história, encontramos maneiras de definir o que viria a ser a construção final de um caso, ou sua escrita final, passível de transmissão.

O trabalho de construção que pensa a relação sujeito-significante enquanto parte do material a ser estruturado parece ser um modelo que alguns autores enfatizam. Veremos com Malengreau (2003) que uma escrita que leve em conta o acaso e o significante ausente é uma maneira de construir o caso clínico que pode cercear o real dos casos. Para Figueiredo, Carlo Viganó e J.A.Miller um cálculo lógico, reduzido e esquematizado é proposto.

De acordo com Figueiredo (2004), o relato implica uma formalização mínima necessária, que não se reduza a uma teorização formal nem a uma elaboração de saber sobre os problemas do paciente. Pelo contrário, trata-se sim de colocar em jogo os significantes do sujeito, suas produções com base na elaboração em análise, e a resposta do analista em seu ato com os efeitos que daí advenham, para cernir certos significantes numa composição mais esquemática, visando decantar a história e traçar o caso a partir do discurso.

Certa organização esquemática, tal como um cálculo, vemos também em Viganó (2010a). Ao contrapor a construção do caso com medicina baseada em evidências, afirma que não resta dúvida que as escansões temporais da posição subjetiva na relação com o trabalho de transferência podem entrar na realização de uma avaliação de um caso clínico singular em saúde mental, e não apenas os efeitos da psicanálise. Para o autor, com base nas estruturas reais do caso clínico e da lógica de suas respostas, temos que as contingências dessas respostas são ligadas ao caso clínico e não à teoria – enquanto seu confronto (seu valor universal) é garantido pela escritura do caso e pela discussão dos casos clínicos, o que traz ganhos para a teoria, por exemplo.

O autor pretende com essa reflexão sustentar a proposta de que um cálculo é possível de ser realizado de cada sujeito, sem que isso implique em uma não subjetividade e deixe de considerar uma transmissão. Em cada escolha humana há um cálculo e, por isso, cálculo e sujeito devem andar juntos. Ocorre que no cálculo há algo de mensurável e algo de não mensurável e, dessa forma, uma escolha nunca é sem sujeito. Na clínica, mais do que empiria se deve falar de pragmática: o cálculo é o do sujeito e do desejo de quem calcula. Freud, entusiasta da ciência, tinha forte ideia de causa natural, e por isso, calculável. Lacan também possui sua forma científica para subjetividade: com os matemas, por exemplo. Se temos que não todo o real é matemático e mensurável – é a ciência que traça as fronteiras do real que não é mais real, mas o que permanece para além do simbólico e do mensurável. A própria discussão sobre a normalidade com *O normal e o patológico* de Canguilhem (1990), desorienta a mensuração estatística. Isso para pensarmos que com Lacan temos que não é preciso encobrir com um valor universal as certezas que acrescenta – é suficiente dar um estatuto rigoroso e transmissível à estrutura subjetiva e à operação analítica.

Para isso, basta ver o final de análise: não é mais que a fórmula que contém os significantes fundamentais da história do sujeito, podendo ser material de um cálculo – o objeto que é particular de um sujeito e que condensa a si a marca incomensurável de gozo de sua existência. Ou seja, na Construção do Caso, a ideia é fazer com que o caso sofra uma redução até o ponto em que se toca o impossível de ser dito, o objeto a que não se traduz pelo significante.

Esse processo também se aproxima do que Miller chamou de *operação - redução*, no comentário que ele tece sobre o trabalho analítico em *O osso de uma análise* (Miller, 1998). Nesse processo, estão articulados o necessário da repetição da cadeia significativa, o impossível de ser rememorado pela cadeia e a contingência do investimento libidinal, que explica a impossibilidade de a verdade ser dita toda na experiência analítica. Busca-se reduzir o caso clínico aos significantes fundamentais e necessários do sujeito, supondo que essa redução vai demarcar, ao mesmo tempo, um impossível e a contingência/singularidade de certo modo de gozo para um sujeito. Nos limites do texto extraído dessa operação, circunscrevemos o real que se apresenta, justamente, como impasse da escrita.

3.4 Elementos da construção do caso clínico

A construção do caso clínico, para além do que é possível elencar enquanto suas funções e objetivos, também apresenta elementos que podem estar presentes no trabalho de construção do caso clínico realizado pelo analista. São elementos enfatizados pelos autores acerca dos diferentes métodos para se construir um caso clínico. Alguns elementos são mais destacáveis como o sintoma. Outros estão presentes na construção mais não necessariamente aparecem, é o caso do *tempo*.

3.4.1 Tempo

O tempo é um importante elemento que os autores apontam como algo que deve ser considerado na construção do caso clínico, sob alguns aspectos: tempo lógico da construção, tempo lógico do sintoma, temporalidades contidas na construção do caso clínico. Apresentaremos cada um destes aspectos a seguir em Momentos da Construção do caso clínico. Porém, cabe aqui listar o *Tempo* enquanto um elemento que não aparece explicitamente na construção do caso, mas que implicitamente é preciso ser considerado.

Se falamos de construção, falamos de uma transformação que envolve aplainamentos narrativos, discursivos e lógicos, o que implica que o caso clínico

condensa diferentes dimensões temporais: do tratamento (cronológico), da história do sujeito, da narrativa, do desenvolvimento do sintoma, etc.

3.4.2 Transferência

A transferência, além de estar relacionada a um dos objetivos da construção é também um elemento que pode, e na maioria dos casos, deve estar contido na construção dos casos. Viganó (1999, 2010a), como citamos, demarca a transferência como um dos termos essenciais da construção, junto com sintoma e demanda. Sua primeira importância vimos em relação ao objetivo que tem a construção para o manejo da transferência.

Uma segunda importância consiste no fato de que a construção dos casos clínicos é um método aplicado sobre o material que foi produzido sob transferência. Dunker (2018) sintetiza “a construção do caso é a escrita de uma fala que se deu sob transferência”. Dessa síntese, assumimos que só será possível, então, construir e escrever sobre um tratamento em psicanálise – ou tentativa de – se pudermos observar a experiência analítica da transferência.

Vale lembrar que como vimos com Dunker e Zanetti (2018), uma das funções do caso clínico publicado refere-se a uma função para o analista, em um quarto movimento da construção do caso: que ele possa se desfazer da transferência com o paciente, desvincilhando-se do tratamento que terminou. A transferência, assim, é um elemento a ser considerado nas construções como parte fundamental dela.

3.4.3 Demanda, Posição subjetiva e Ato

Para Viganó (1999, 2003), um objeto possível de construção pelo analista é a demanda. A escuta de um analista deve se estender além das palavras do paciente, reconhecendo nessas palavras as condições emotivas da enunciação, compará-las com o que a família conta, inseri-las nos acontecimentos da sua realidade infantil, das suas implicações sociais (histórias de amor e de trabalho, grupo de referência, isolamentos, etc.). Além disso, a escuta do analista deve registrar suas percepções subjetivas na relação e também as escansões efetivas desta, como retardos,

desaparecimentos, agressividade, excessiva disponibilidade, etc. Para (Viganó, 2003, p. 48), estes elementos dizem da demanda:

“...são tantos fragmentos de um conjunto que não aparecerão jamais em uma luz manifesta, consciente, que nós denominamos a Demanda. A Demanda, constitui o ponto de adaptação na relação do sujeito com tudo o que foi traumático na sua vida. Enquanto adaptação, ela é insuficiente, porque deixa sobre o fundo o que o sujeito tem de mais precioso, o desejo (que a análise se propõe ativar”).

Temos que para o autor, o que deve ser construído pelo analista é a demanda, ou ainda, a forma como ele se relaciona com ela, já que a Demanda é senão o seu Outro. Para isso, o autor nos mostra o que um analista pode escutar, mas também, o autor propõe dois momentos diferentes de uma construção – para além do que é escutado – a fim de construir a demanda. Em Viganó (1999) dois tipos de clínica são sugeridos. Uma da interpretação, em que para que ocorra basta a transferência e uma outra clínica da construção, que ocorreria em dois tempos e que precisaríamos considerar a transferência, o sintoma e a demanda.

Nesta, não se aceita de imediato que haja sintoma. É com o seu questionamento que será possível surgir a demanda, construída em um trabalho preliminar. Sabe-se que é preciso que o sujeito com o sintoma sofra, para que se abra a demanda para um outro. Porém, para um analista isso não é suficiente. É preciso que o sujeito que sofre com seu sintoma, passe da posição de “bela alma” para a posição daquele que suspeita de uma cumplicidade própria, mesmo sendo enigmática (Viganó, 1999, p.43). Isso é preciso para haver trabalho do sujeito. Para o autor, é uma passagem fundamental que não pode ser provocada, mas sim, que poderá ser explicitada se se estiver atendo à construção do caso clínico. Essa passagem preliminar, é o primeiro movimento da construção. Um segundo movimento, é a construção do ato. A construção de quando é possível um ato do analista que torne possível para um sujeito, um ‘dizer bem’, aprender a falar.

Para o autor, assim, construir um caso clínico é preliminar à demanda do paciente. Em outros termos, é colocar o paciente em trabalho, registrar seus movimentos, recolher as passagens subjetivas que contam, para que o analista esteja pronto para escutar sua palavra quando ela vier. E isso pode levar muito tempo. Se houve um trabalho de construção, se foi possível notar, por exemplo, que durante

meses e meses um paciente fez o mesmo gesto e que um dia ele dá um sorriso e não mais aquele gesto – é preciso registrar essa mudança – aí se está construindo.

Viganó (1999) ainda fornece dois exemplos dessa construção enquanto facilitadora da demanda.

Um paciente que sempre chegou antes da hora, um dia chega atrasado. É preciso notar que foi um bom dia. Pode ser também que um dia ele falte: é um mensagem, é importante construir isso. Não é uma frase inteira, não se pode interpretar aí nem dar sentido. É suficiente notar que algo aconteceu: ele vinha sempre antes do horário e um dia não vem. Isso é um ato e devemos registrar e fazer notar. Isso é construção. Se interpretássemos, dando um ou outro sentido, nós esmagaríamos com nosso saber. Não nos interessa saber por que ele veio. Interessa notar o ato. Se fizermos essa construção, se trabalharmos em grupo, quando ele voltar a frequência normal, poderíamos dizê-lo: *“Estou contente porque você não veio!”*. Isso talvez o surpreenda e isso é uma boa coisa. Surpresa é início de demanda. Ele poderia então começar a se perguntar: *“Esse operador enlouqueceu? O que ele quer de mim? Se ele ficou contente por que não vim, o que estou fazendo aqui?”*. Vejam quantas perguntas possíveis depois de meses de passividade! (Viganó, 1999, p.45).

O autor nos fornece um outro exemplo similar, com um paciente jovem em uma instituição psiquiátrica que certo dia foge da instituição que se localizava na periferia e vai ao centro da cidade. Decide-se, então que dois operadores o procurariam e não lhe diriam nada, deixando-o onde estivesse. Ao encontrarem o rapaz, oferecem um sorvete. O jovem aceita o sorvete e com isso os operados despedem-se dizendo “até amanhã”. Essa intervenção teve grande efeito. O rapaz retornou à instituição no mesmo dia, passando a enxergar os operadores e a instituição de outra maneira. Não era mais um lugar de onde fugir. O que estaria fazendo ali? Até então estava ali para fugir, depois da intervenção, começou a trabalhar. O autor coloca que isso só foi possível por que o caso foi construído, e não interpretado. “Ele fugiu por isso ou aqui...”. Talvez pouco resolvesse.

Construir uma demanda de trabalho de análise, poderíamos dizer, é um dos elementos da construção do caso para Carlo Viganó nos textos que apresentamos.

Se a passagem da queixa para a demanda pode ser facilitada pela via da construção, Figueiredo (2004) propõe que para realizar uma construção de caso, o analista deve recolher os elementos do discurso do sujeito, bem como os de suas

ações (já que estas são determinadas por certa posição no discurso) e organizar seus elementos de maneira a realizar o cotejamento entre dito e dizer, enunciado e enunciação. É desta organização que se poderá – tal como a passagem entre queixa e demanda em Viganó (1999) – inferir a posição subjetiva, fazendo uma torção do sujeito ao discurso. É isso que torna para ambos autores, um método aplicável a diferentes contextos.

3.4.4 Sintoma e Gozo

Carlo Viganó enfatiza a possibilidade de construir a demanda o que, inevitavelmente, nos movimenta a observar os outros elementos da construção do caso. Dessa proposta, o autor também convoca a transferência e o sintoma como elementos a serem trabalhados.

Figueiredo (2004) parece estar afinada com as propostas do autor e apontará uma maneira de construir o caso a partir da inferência da posição subjetiva, tendo como orientadores o diagnóstico, e assim, o sintoma. Para a autora, trazer a dimensão do inconsciente, ou campo do Outro para o campo da saúde mental e da psiquiatria é retomar o campo da psicopatologia em outros termos. Com isso, questiona como um solo comum poderia ser construído no campo da saúde mental junto a profissionais que não tem qualquer formação em psicanálise, mas que poderiam se valer de suas contribuições? A dialética entre *geral* – *particular* – *singular* nos serve de ponto de partida, como acima nos dedicamos: o *geral* (o campo da saúde mental) e o *particular* (diagnóstica), podem ser atravessados pelo único de cada sujeito, o *singular*.

Para a autora, basta que retomemos as históricas que deram vida à psicanálise: foi a partir dos sintomas conversivos que Freud chegou em seus inconscientes. Essa relação estreita entre sujeito e sintoma, já configura uma diferença radical com a concepção funcionalista-organicistas de uma certa psiquiatria e sua psicopatologia.

A construção do caso – que entra aí como via desta possibilidade – não é um relato compilado de acontecimentos e procedimentos dispostos em uma sequência com critérios pré-estabelecidos a serem preenchidos – este é o caso da anamnese psiquiátrica. Deve-se, sim, trazer o sujeito a tona e sua relação com o inconsciente. Eis que o sintoma e sua leitura, pode nos proporcionar este caminho. Nisso está

implicado que, orientar a construção de um caso pelo sintoma, é, também, uma maneira de implicar o sujeito na trama a qual se queixa, mas não sabe ainda como.

Mas o que acarretaria orientar a construção de um caso clínico pelo sintoma? Como fazê-lo? Figueiredo e Bursztyn (2012) vão propor uma construção que leva em conta o singular de cada caso pela via da relação sintoma-sujeito do inconsciente. É o que também sustenta o trabalho coletivo na instituição.

Há uma *lógica do sintoma* que deve ser descrita e pensada. Parte-se do ponto de vista em que na construção de caso clínico todos os membros que compõe a rede ligada aquele caso dão sua contribuição: pela via da lógica do sintoma, que nos conduz à ideia de gozo e Real. Eis que a construção de um caso orientada pelo sintoma circunscreve o gozo daquele sujeito. A noção de gozo que as autoras nos apresentam resgata também algo do qual também já citamos: o resgate do ponto irreduzível de gozo, delimitado pelo objeto mais de gozar, objeto a. Para entendermos um pouco mais, pautadas nos textos freudianos e lacanianos, Figueiredo e Bursztyn (2012, p.137-140) elencam alguns elementos acerca do sintoma, que aqui resumiremos:

- a) Os mesmos processos pertencentes ao inconsciente têm seu desempenho na formação dos sintomas
- b) Tal como o sonho o relato dos sintomas é caracterizado por deslizamentos e sobreposições de sentidos e nunca é um sinal unívoco de um conteúdo inconsciente. Este é o conceito de sobredeterminação do sonho/sintoma: efeito do trabalho de condensação que não se traduz apenas no nível dos elementos isolados de um sonho, mas que possibilita a análise do conteúdo manifesto do sonho a partir de duas séries de ideias latentes diferenciadas
- c) Um emaranhado de pensamentos oníricos não se deixa desenredar. É o “umbigo do sonho”. A interpretação dos sonhos ou sintomas, assim, nunca esgotará a causa desses fenômenos psíquicos.
- d) Com Lacan, o sintoma é tido como um nó composto de significações que constituem um ponto cego, um ponto ilegível, opaco e vazio de significações – tal qual a sobredeterminação em Freud - que caracteriza a realidade sexual do inconsciente. Ou seja, o sintoma guarda algo da verdade de um sujeito que jamais poderá ser totalmente revelado

- e) Deste ponto cego, para Lacan, “a verdade não tem outra forma além do sintoma”. Se sintoma é forma, pode ser preenchido por conteúdo variado, tal qual a verdade, designado mais em sua operação do que de seu conteúdo. Tomando assim o sintoma em sua dimensão de verdade, é possível que com a experiência analítica se obtenha uma descoberta em torno deste emaranhado de significações que conduza a um saber fazer com o sintoma, sem acabar com seu ponto de obscuridade.
- f) Tomando o sintoma em sua relação com a repetição e satisfação pulsional: o sintoma é o resultado de um conflito. Surgem para satisfazer a libido, mesmo com sofrimento. Eliminar um sintoma, contudo, não é eliminar a doença, pois novos sintomas são formados. A lógica da satisfação pulsional não permite a cura dos sintomas, mas devemos observar que este detém algo incurável: apesar do sofrimento, há uma resistência à sua eliminação.

Dos textos freudianos, *Conferência: Os caminhos para as formações dos sintomas, Inibição, Sintoma e Angústia e Análise Terminável e Interminável* as autoras colocam que é possível entender a clínica psicanalítica como um campo definido pelo sintoma. Isso, pois, para Figueiredo e Bursztyn (2012), o sintoma não é concebido como sinal de doença, mas como expressão dos mecanismos de satisfação/insatisfação através da atividade de recordação e repetição pela transferência. Para Figueiredo e Bursztyn (2012, p.141):

“Este par, satisfação/insatisfação é chamado por Lacan de ‘gozo’. É uma solução, pelo sujeito, da impossibilidade traumática de dizer de modo completo sobre seu estado de satisfação. Desta impossibilidade resulta um objeto perdido destacado do corpo: objeto de desejo, aquele que marca o desejo do sujeito o qual o sintoma anuncia e denuncia como faltante de significação e como causa de desejo. Assim, o sintoma é a reparação ideal do trauma, disto que se torna insuportável em função dos limites semânticos da linguagem, de um “dizer impossível de dizer”. Um modo particular de gozo, então, pode ser descrito, um modo de satisfação própria a cada um”.

Orientar-se pelo sintoma, então, seria uma maneira de lidar com o sintoma, não tentando dele se desembaraçar, mas identificando-o com sua maneira de gozar. Para as autoras, essa passagem da teoria freudiana à teoria lacaniana é fundamental para o trabalho de construção de casos e para uma formalização lógica do sintoma em

cada caso que seja transmissível ao campo da saúde mental. Vê-se, assim, que orientar a construção do caso pelo sintoma e gozo, provoca um saber, um saber sobre o inconsciente. Um saber sobre o mecanismo inconsciente, sobre a verdade daquele sujeito – saber sobre o que há de singular para aquele sujeito.

Nessa perspectiva, a importância desta modalidade de orientação consiste em que a construção do caso permite localizar as escansões e as transformações das organizações subjetivas de gozo, demonstrando, por exemplo as passagens em que o sujeito passa a utilizar o sintoma como suplência a partir da construção de novos arranjos sintomáticos. Localizar o sintoma e questionar o destino que é dado a ele na construção de cada caso é uma tarefa complexa e do analista. (Figueiredo e Bursztyn, 2012).

3.4.5 Significante ausente, inusitado e acaso

A construção do caso também pode ser enfatizada pela via dos significantes, pela seriação destes, bem como pela falta de um significante que represente o sujeito. De acordo com Malengreau (2003), a experiência analítica é, de início, uma experiência de seriação de significantes que importam para o sujeito. Trata-se de apreender os diferentes traços, lembranças, identificações que marcaram sua história. Ou seja, uma colocação em série daquilo que importa para o analisante. A construção do caso clínico passaria por essa localização. Ocorre que uma seriação significativa, não é, segundo o autor, especificamente psicanalítico. Para que esta seja propriamente psicanalítica, e é isso que deve constar na construção do caso clínico, algo a mais do que uma seriação deve se formar. Malengrau (2003, p.12):

“Não seria preciso que aparecesse também em nossas construções, a falta de um significante na cadeia dos significantes que determinam o sujeito, e a consideração de que essa falta não é acidental? Essa falta deve, portanto, ser apontada de modo preciso, se queremos cercar, mais de perto o real em nossas práticas”.

O autor, sugere, com isso, que se deve incluir na seriação significativa que o analista irá construir também uma dimensão do inusitado, que é a própria clínica. O autor toma a ideia de Lacan de que para que a clínica possa transmitir o que ela tem

de específico é necessário que se faça presente nas construções dos casos isso que faz parte da própria experiência clínica – que é o acaso.

Malengrau (2003) faz uma analogia com um jogo de cartas em que se deve colocar as cartas na mesa a fim de formar uma sequência em que a carta mais alta ganha. Suponhamos que introduzíssemos uma regra suplementar, uma carta coringa, de tal sorte que, podendo assumir essa carta qualquer valor, o jogar que a tivesse pudesse usá-la como bem quisesse ou mesmo não utilizá-la. Isso muda todo o jogo, pois introduz-se um elemento aleatório, uma incógnita que fornece à batalha uma estrutura de encontro, implicando o desejo do jogador. Um buraco na própria sequência.

Para o autor, a construção do caso clínico, própria à psicanálise, poderia encontrar aí um assento lógico: uma construção que fizesse aparecer, nela mesma, não a falta de um termo, mas a parte *indecidível* (que nos remete ao Real) que ela comporta. Isso consistiria em fazer aparecer, concretamente, na sequência, a incidência do não programado, do acaso. Na metodologia da construção dos casos clínicos, essa seria a única sequência que lhe seria conveniente.

Magtaz e Berlinck (2012) apresentam a importância de um *surpreendente enigmático*, que deve estar contido na construção do relato de caso. Para os autores, a construção, pelo clínico, tem relação com aquilo que ele viveu na experiência clínica com o paciente por meio das associações livres deste e da escuta pautada na atenção flutuante daquele. Isso, pois, deve-se extrair do binômio associação livre-atenção flutuante, aquilo que, ao longo do tratamento, surpreendeu o clínico em relação àquele saber que se estava construindo sobre o caso.

Aquele que constrói o caso deve ter como modelo o relato do sonho e sua interpretação, isto é, a lógica da transformação dos processos primários em processos secundários. Os autores propõem que a *interpretação do caso* possa constituir a possibilidade de representação figurativa do mesmo a partir do vivido enigmático na clínica. Eis uma outra forma de pensar a construção a partir de uma seriação significativa, que provoque, tal como em uma representação, um enigmático, um surpreendente.

3.4.6 Furo

Um outro elemento que pode ser elencado para a construção do caso clínico, refere-se ao que Viganó (1999) convencionou chamar de furo. Da diferença entre interpretação e construção em análise, o autor propõe que a interpretação visa extrair o real de gozo pela via dos significantes, ao passo que a construção (em análise e dos casos, para o autor) não visa reintegrar os significantes perdidos. Visaria restaurar a topologia de um furo, mas de um furo originário, não de um furo da perda do significante, mais exatamente: o furo da falta que causa o desejo. Por isso que é possível dizer da construção como aquele que consiste no testemunho das diversas fases do trabalho do analisante.

Isso nos remete também a um método adotado por Jerusalinsky (2002). Para este autor um caso só é um caso após a construção do analista de um enigma (no mesmo sentido que vimos nas influências policialescas em Freud) sobre aquele caso. Este enigma seria dado ao procurar se ‘descrever’ as bordas de um buraco. O buraco que faz daquele paciente um caso. Buraco aqui pode ser entendido como a questão que se formula sobre aquele sujeito, o enigma do caso.

Ambas as acepções, queremos crer, são maneiras de cercear o Real.

3.4.7 O Outro institucional

Um elemento importante a ser considerado, principalmente apontado pelos autores que trabalham a construção do caso clínico nas instituições é exatamente a instituição. Em outras palavras, a maneira como o sujeito – internado, por exemplo – se relaciona com ela, ou seja, o Outro institucional. Beneti (2003), parece estar afinado com a proposta de Viganó (1999, 2003) que indicamos acima, acerca da construção da demanda, na construção do caso clínico. Para o autor, na construção do caso clínico que leva em conta o elemento demanda, é preciso considerar também que esta está atravessada pelo Outro institucional. Para o autor, tanto a narrativa do sujeito como a do Outro institucional – “multifacetado” – são fundamentais, na construção do caso clínico em instituições, já que o sujeito é falo pelo Outro. Por isso, demarca o autor, “a posição subjetiva do paciente diante desse Outro, e diante de seu sintoma, devem estar bem delimitadas (Beneti, 2003, p.51-52).

Ou seja, o diagnóstico de discurso, como vimos com Viganó (1999, 2003, 2010a) e Figueiredo (2004), deve também levar em conta o Outro institucional. É o que também enfatiza Alkmim (2003), ao propor que na construção do caso clínico na instituição, deve-se introduzir a dimensão da própria instituição, na medida em que é no cruzamento de saberes que pode ser localizado o saber que advém do paciente.

De fato, a proposta de Viganó (1999, 2010b), é que a construção do caso clínico na instituição seja uma construção democrática, no sentido de que não há uma suposição de saber a priori por um analista, mas sim, que esse saber é construído no conjunto da instituição.

3.5 Lugar do analista na construção do caso clínico

Ponto importante discutido pelos autores que trabalham maneiras de construir refere-se ao lugar do analista na construção. Pensar esse lugar, para os autores, ajuda inclusive para a definição da construção do caso. Viganó (1999), por exemplo, ao propor a construção da demanda como objeto psíquico a ser considerado, como acima explicitamos, considera que este movimento só é possível se o analista opera com o discurso analítico. A demanda enquanto um elemento da construção, ou seja, essa produção de um *dizer bem*, não é algo fácil de ser alcançado. Para o autor as construções que temos como exemplo são as construções dos casos clínicos de Freud – aí, vê-se a construção como também a construção da teoria. Para o autor, em outros termos, a construção do caso é também o discurso mesmo do psicanalista, que sempre parte do singular e do particular, em dialética com o universal. Eis que temos

o matema do discurso do analista: $\frac{a}{S2} > \frac{\$}{S1}$.

Se tomarmos o que está no alto à direita enquanto o desejo do analista, a ele é endereçado o objeto do paciente, escrito como a minúsculo à esquerda. Dessa forma, para o autor, se segue o conselho freudiano de tratar cada caso como se fosse o primeiro, sem nunca aplicar um saber construído. Ou seja, é na posição de objeto causa de desejo em que o analista poderá recolher os significantes que contam da parte do sujeito. O discurso do analista opera aí, desse modo, na construção de um

saber. Ora temos que este é ponto caro ao psicanalista italiano: uma possibilidade de um saber que vem a posteriori à construção e não a priori, como na interpretação.

Para Viganó (1999), o matema do discurso do analista diz desse lugar, um lugar da construção do caso, em que recolhe não só os significantes mestres do paciente, mas também da instituição. Por isso, para o autor o lugar do analista (operador da psicanálise) na instituição é o de construir o caso clínico.

Na proposta de construção e formalização de Dunker e Zanetti (2018), é possível também localizarmos a função do analista na construção do caso assentada no matema lacaniano do discurso do analista. A escolha dessa fórmula para os autores se dá por algumas razões. Ela proporciona: 1) reunir parte importante do conjunto de operações implicadas na construção do caso clínico em um sistema de relações estáveis, 2) distinguir cada um dos elementos em jogo e 3) situar as diferentes relações e posições ocupados por cada um na estrutura do discurso (pela própria estrutura do matema, que consiste em quatro lugares). Assim, a pesquisa, no tratamento, na supervisão e na construção retrospectiva do caso clínico deve se dar necessariamente no lugar de trabalho deste matema: a) no tratamento quem ocupa este lugar é o analisante, b) na supervisão é o analista supervisionando e c) na pesquisa retrospectiva (a construção do caso clínico) é o analista na posição de pesquisador. A finalidade, o método e a produção e a condição de cada uma se altera. De acordo com Dunker e Zanetti (2018, p.36):

	TRATAMENTO	SUPERVISÃO	PESQUISA
FINALIDADE	Ética e terapêutica	Ética e terapêutica	Ética científica
MÉTODO	Associação livre	Associação livre	Texto e Transmissão
PRODUÇÃO	Interpretações e Construções em Análise	Interpretações e Construções em Análise	Texto e Transmissão

CONDIÇÃO	Transferência	Transferência	Transferência de Trabalho (equipe)

Tabela 1: quadro comparativo: afinidades, diferenças e identidades em tratamento e pesquisa em Freud e a noção de discurso em Lacan.

Para Dunker e Zanetti (2018) o importante é ressaltar que tanto na supervisão como na construção do caso em equipes, ou a construção do caso clínico com finalidade científica, exigem do analista praticante um deslocamento do *lugar de agente* do discurso, que é o lugar a ser ocupado no tratamento, para o *lugar de trabalho*. Se no momento clínico é o paciente em tratamento que associa, a supervisão e na construção do caso clínico, é o analista supervisionado e pesquisador quem produz a associação. Os autores apontam, citando Figueiredo (2004) que esse deslocamento é necessário, pois ele possibilita a reapropriação do saber do analista na condição de pesquisador, ou seja, daquele que recolherá os significantes que contam.

Assim, é essencial que o analista que construirá o caso possa se deslocar entre os lugares de analista, supervisionando e pesquisador. Certa rigidez em uma das posições não permite o movimento que possibilita a construção. Isso é possível de ser visualizado quando tomamos por modelo o discurso do analista e os lugares do matema lacaniano. Para Dunker e Zanetti (2018, p.40). Este modelo, permite:

“Por um lado, simplificar e organizar parte importante das operações implicadas na construção em um sistema de relações estáveis; reunir e distinguir cada um dos elementos e operadores em jogo, e situar as diferentes relações e lugares ocupados por cada um na estrutura de um discurso. Por outro lado, a precisão conceitual dos movimentos e as distintas temporalidades em jogo na construção dos casos possibilitaram entender qual pode ser a função da escrita do caso para o analista”.

Para os autores, o momento de supervisão pode ser o representante de uma função de separação ($S > S1$), já que aí ocorre a decifração que o analista deve fazer de suas interpretações sobre o caso. Ou seja, há uma passagem de sujeito-supervisionante para um lugar de mestre do caso. Esse movimento, seria próprio e interno à noção de construção do caso, o que causaria no praticante a escrita do caso

clínico, ou seja, agora no lugar de pesquisador que decifra o que recolheu do caso. Essa passagem também representa a necessidade de terminar a transferência do lado do analista, possibilitada pela escrita da construção.

3.6 Momentos da construção do caso clínico

Podemos encontrar alguns passos, ou momentos a serem seguidos na construção do caso. Algumas propostas são quase como guias e outras são como orientações lógicas.

No intuito de fim de demonstrar como é possível uma avaliação de um tratamento que compreenda a transferência como eixo da clínica, Viganó (2010b, p.4) propõe que a construção compreende alguns momentos:

“A construção deve responder a uma tabela que compreende três partes: 1. A narrativa (do sujeito, da família, da instituição); 2. As escansões dos tratamentos; 3. O cotejamento entre o diagnóstico do DSM e o psicanalítico. A avaliação é realizada após a discussão do caso e consiste na compilação de dois quadros: 1. A sinopse da história concreta do sujeito (escansões da posição no discurso, acontecimentos, gastos financeiros); 2. O prognóstico dos possíveis projetos de vida, com as hipóteses correspondentes aos mesmos itens. O princípio é o de confrontar as posições subjetivas nas passagens de discurso realizadas na história do sujeito com os acontecimentos ocorridos no período de tratamento sob transferência, de onde se extraem as inferências hipotetizáveis”.

Nesse sentido, para Viganó (1999, 2010a), a construção é sempre preliminar, um preliminar lógico que precede ao ato. Trata-se de um preliminar lógico, pois concerne a todo momento de compreender. Dessa maneira, é possível respeitar a lógica do sintoma. Viganó (2010a), utiliza-se dos tempos lógicos de Lacan⁴ para

⁴ No texto *O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada* Lacan (1945/1998), apresenta o apólogo dos prisioneiros. O diretor de um presídio oferece a três prisioneiros a liberdade para aquele que encontrar a solução de um enigma. O chefe do presídio dispõe de cinco discos - 3 brancos e 2 negros - e cola um deles, nas costas de cada prisioneiro, de forma que um detento consegue ver os discos nas costas dos outros dois, mas não o seu próprio disco. Quem descobrir a cor de seu próprio disco deve ultrapassar a porta e, caso forneça uma explicação lógica, ganha a liberdade. Depois de certo tempo de hesitação, os três se precipitam e respondem corretamente a questão. A lógica é a seguinte: a hesitação dos três prisioneiros ao ver os discos dos outros dois atesta que não poderia haver 2 discos pretos nas costas de dois prisioneiros, senão o terceiro prisioneiro imediatamente saberia

pensar o procedimento da construção do caso clínico na instituição de saúde mental a fim de construir o que propõe de evidência clínica – pautada na transferência e singularidade do sujeito - necessária para contrapor a ‘joia da coroa’ da medicina, a medicina baseada em evidências e procurar subverter a lógica da pressa (e menor custo)) do tamponamento do sintoma ou sua contenção. Para o autor, a psicanálise lacaniana com sua orientação lógico-estrutural é capaz de fornecer um suporte metodológico para tal.

Enfatiza Viganó (2010a) que se trata de três grupos operativos, não necessariamente nesta ordem. 1) um instante de ver: é o olhar clínico, uma operação que isola a forma clínica. Um instante em que se deve considerar o caráter de exceção, dado a tendência categorial e da nomeação de ‘distúrbios’. É um tempo de avaliação, não de mensurações. 2) um tempo para compreender. É o momento da avaliação da transferência e da formulação de um projeto de tratamento que coincide com o critério diagnóstico. É um tempo cuja tendência é eliminar, dado a customização: elimina-se a manutenção dos casos, a compreensão, e apressa-se a conclusão. 3) um momento de concluir, que tende a ser político, já que se elimina a etapa anterior, visando apenas a utilidade imediata. É o momento em que poderia ser reafirmado a necessidade clínica do ato analítico, um momento em que a dignidade ética e estrutural do ato analítico poderia ser construída.

Costa e Val (2014) procuram formalizar o método de construção do caso também em instituições, indicando que o caso deve passar por consecutivos processos de escrita, a fim de reduzi-lo ao mais singular daquele caso:

- 1) O analista deve fazer uma escrita do caso a partir de sua memória.
- 2) Fazer a supervisão do caso e novamente escrever sobre o caso, reduzindo-o àqueles aspectos que foram trabalhados na supervisão.

que o seu disco seria branco. Sabe-se, então, que cada prisioneiro pode ter visto um disco branco e outro preto ou 2 brancos. Cada prisioneiro que descobriu o enigma sabia que os outros dois também sabiam dessa primeira premissa. Ainda sim, nenhum dos outros dois se manifestou. Se o disco nas suas próprias costas fosse negro, algum dos outros dois, por conta da primeira premissa apresentada e por ninguém ainda ter apresentado a solução, saberia que o seu disco era branco, e logo apresentaria a solução para libertar-se. Como a hesitação continuou, o seu próprio disco só poderia ser branco. Estes três tempos lógicos, são nominados por Lacan de *Instante de Ver*, *Tempo de Compreender* e *Momento de Concluir*.

- 3) Participar de uma reunião multidisciplinar sobre o caso e assim, produzir uma nova escrita, agora considerando os aspectos da reunião multiprofissional realizada, cotejando o até então produzido com o que recolhe da equipe.
- 4) Finalmente, o analista deve rescrever o caso após atender novamente o paciente, podendo assim confirmar ou refutar aquilo que estava se criando sobre o caso. Essa confirmação ou dissonância deve ser trabalhada e daí, retirado seu aspecto fundamental.

Dunker (2018) propõe um método de formalização da escrita de casos clínicos também em quatro etapas, baseada no modelo topológico da garrafa de Klein, com quatro momentos lógicos da construção.

O autor nos adverte que é um modelo entre tantos outros possíveis para a construção e que um modelo como o da garrafa de Klein é suficientemente simples para organizar as séries transformativas que definem um caso: desencadeamento de sintomas, as modificações de posições subjetivas, as alterações na transferência, a lógica da escolha dos impasses, bem como as grandes narrativas de sofrimento. A ideia é que construir um caso tenha homologia com a construção de uma garrafa de Klein. Não nos cabe relatar todos os aspectos do modelo. Basta que enunciemos o que o autor propõe como algumas etapas.

A primeira decisão do método consiste em fixar o gênero no qual o caso será exposto: romance policial, historial clínico, biografia, confissão, meditação ou consolações, testemunho, ou com Freud, as teorias sexuais infantis, o romance familiar do neurótico e as fantasias histéricas. Ressalta-se que tais gêneros são formas mais ou menos canônicas de organizar narrativamente relações entre *saber*, *verdade* e *gozo*. O segundo momento do método consiste em perceber que logos (combinação do tempo circular do mito com o tempo sucessivo da história). O terceiro momento se daria por olhar um caso clínico como um sistema de transformações, como reunir um número relevante de versões do caso (sessões, ditos, repetições discursivas) em um conjunto insistente de significantes, para então estabelecer suas relações lógicas. Isso implicaria dominar o método de Claude Lévi-Strauss para formalizar a estrutura dos mitos. Um quarto movimento, seria o de compreender a interpolação do tempo da transferência à própria construção do caso. Ou seja, de incluir na construção a separação do analisante e com isso o luto do analista na

transferência, trazendo consigo nomes para as fantasias atravessadas, bem como criar insígnias para aquilo que agora ficou para trás. É neste momento também que surge o estilo daquele analista (Dunker, 2018).

Como vemos, é um procedimento que inclui todo um processo clínico, da escuta à escrita, do privado ao público. Além disso, é um modelo que podemos notar quatro temporalidades do caso: 1) o tempo narrativo, no qual os acontecimentos do caso se precipitam, segundo a épica que lhe é própria (*epos*), segundo auto ficção biográfica; 2) o tempo rememorativo e reconstrutivo, no qual o sujeito recompõe sua história e a cada momento projeta seu futuro (*mythos*) ao longo da rede de descobertas e acontecimentos que caracterizam o tratamento; 3) tempo lógico da transferência, no qual se incorporam, integram e modulam as duas formas temporais anteriores na direção do tratamento (*logos*) e 4) o tempo da escrita coligido para a transmissão e publicação da experiência.

Vale, notar que os procedimentos de construção de casos, seja em instituições de saúde, seja em formalização para sua escrita para uma publicação, a escrita parece ser um instrumento necessário e que desempenha funções importantes. Há certa propriedade na escrita que, independente do modelo, auxilia na construção. Veremos adiante as ferramentas que tem um analista para a construção.

3.7 Ferramentas e Articulações

3.7.1 Notas e memória

Citamos um momento em que o analista deve estar ‘sozinho’ para construir o caso seja qual for a circunstância para tal. O sozinho entre aspas enfatiza a solidão material, mas também infere que talvez não esteja completamente só: o analista está com sua memória, suas anotações, seus mestres internalizados, sua criatividade e sua experiência.

A recomendação freudiana é que o analista não tome notas durante a sessão analítica, para não interromper sua atenção flutuante. Assim, é necessário, que ele tome suas notas após as sessões, se o quiser. No momento da construção o analista pode retomá-las – na verdade, sempre que necessário – se quiser um instrumento

além de sua própria memória. O próprio Freud (1905/2017, p.177) relata ter escrito o *Caso Dora*, com as “lembranças do caso ainda estavam frescas”, como já apresentamos, sem que isso pudesse ter comprometido a confiabilidade do caso. A prática clínica mostra que, em muitos momentos, quando necessário e menos esperado, relembramos daquilo que se achava para sempre perdido. De acordo com Freud (1912/2017), também nas *Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise*, indica que a memória inconsciente do analista no tratamento se manifesta e traz o material que é necessário.

3.7.2 Escrita

Como vimos, a noção de Real, se dá também por meio da escrita. Lacan (1972-1973/1988) no *Seminário Livro 20: ...mais ainda*, toma a lógica modal aristotélica para conjugar os modos de cada sujeito se relacionar com a função fálica. Com isso, ele modifica a contribuição de Aristóteles, para dela se servir e transpõe as proposições modais para o registro da escrita. Para Val (2012, p.68), neste seminário o “real aparece como impasse da escrita e a escrita, assim, é o que sustenta o que não se pode escrever”.

Para alguns autores, como Kupfer e Zanetti (2006), é necessário a narração de um caso, na supervisão ou pela escrita do caso, a fim de que o analista possa escutá-lo de outro lugar e assim localizar elementos que somente na relação não seria possível. Citamos essa importância também no item da transferência, por ser essa distância que inclusive possibilita uma melhor leitura da relação transferencial.

A escrita sempre foi a principal via para a construção dos casos quando nos referimos a um trabalhar cientificamente nestes. Basta que consideremos os casos clínicos desde Freud. Dunker e Zanetti (2018), nos mostram que apesar da psicanálise ter seu método de tratamento combinado ao método de investigação, quando passamos a trabalhar cientificamente em um caso, tratamento e pesquisa começam a se opor. Quando se trata de trabalhar cientificamente em um caso, de desenvolver uma pesquisa, desligada e independente das incumbências terapêuticas referentes ao tratamento, a escuta livremente flutuante perde sua função e a *escrita* passa ser a técnica exigida.

Temos, ainda, que sob a escrita da clínica, diversos elementos a compõe. Por exemplo, a abordagem freudiana dos casos está repleta de estratégias tipicamente literárias, como: trabalhar com fragmentos e indícios, detalhar os primeiros movimentos do caso, combinar a exposição em duas partes (uma mais narrativa outra mais interpretativa) (Dunker e Zanetti, 2018), além de dar forma narrativa à estrutura (Laurent, 2003).

A afinidade literário-científica também é encontrada em Lacan. Em seu texto *De Nossos Antecedentes* temos que a noção de estilo exigido pela fidelidade ao ‘invólucro formal do sintoma’, é, o ‘verdadeiro traço clínico pelo qual tomávamos gosto [...] no caso de nossa tese [caso Aimée], efeitos literários” (Lacan, 1966/1998, p.70). Para Dunker e Zanetti (2018), no caso Aimée as afinidades literário-científicas que encontramos são: desenvolvimento biográfico, síntese de representações e as tensões entre estrutura simbólicas ideais e reais na realização da personalidade do sujeito. Para os autores, estes aspectos nos trazem que os critérios lacanianos para a escrita do caso *Aimée* oscilam entre contar (*erzählung*), apresentar (*darstellung*) e des-crever (*beschreiben*), contendo neste último, escrever, como radical formativo.

A escrita, ainda, apresenta uma operação controversa: ela é o meio que possibilita o *ciframento* entre oralidade e escrita, mas também é o meio que possibilita uma nova oralidade, não mais a das sessões, mas a do caso, a partir de um *deciframento*. Para Dunker, Paulon e Milán-Ramos (2016, p.233), “escrever um caso é desgarrar e isolar, mas também esquecer e desfigurar”.

Dessa forma, podemos retomar a ideia que temos enfatizado, de que a construção de um caso não é a descrição exaustiva de todos os acontecimentos de um tratamento, mas sim, um trabalho que consiste em um conjunto de: aplainamentos narrativos (ordenamento dos fatos, localização de ações e passagens fundamentais), discursivos (psiquiátrico, familiar, literário, biográfico) e lógicos, seja com a escrita para publicação, seja como método de trabalho em instituições (em que a escrita também é ferramenta). Acresce-se ainda, que a escrita possibilita que um caso também se configure como um produto que abarca a narração épica do tratamento, reformulação mítica de seus passos e a dissolução da lógica transferencial que o comandou (Dunker e Zanetti, 2018).

Alguns trabalhos têm se dedicado isoladamente a estes elementos que compõem a escrita de um caso. É o caso da tese de Paulon (2017) que investiga como a narração de um caso pode ser um operador para a comparação dos casos clínicos. A autora apresenta 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 (Paulon, 2017).

A escrita, como vimos, parece ser um facilitador fundamental na construção dos casos, uma ferramenta. Ela possibilita aspectos que antes não tinham a possibilidade de aparecer, sobre a relação clínica estabelecida. É nela também que se formaliza outros operados do caso clínico, como a narrativa. A escrita, dessa forma, implica o que autores, como Dunker e Zanetti (2018) nomeiam da formalização do caso. “Enquanto a supervisão aprimora a formação do analista e a excelência de sua prática, a pesquisa retrospectiva científica visa a transmissão pública. Desligada de responsabilidades terapêuticas imediatas, a escrita é a técnica exigida e o método é o da construção” (Dunker e Zanetti, 2018, p.38). Para os autores, ainda, a escrita seria uma maneira de revelar as “sequências lógicas e operações inconscientes latentes e determinantes dos fenômenos clínicos e que ultrapassam os dados percebidos [...], assim, a fala deve ser substituída pela escrita na pesquisa” (Ibidem, p.38-39).

3.7.3 Apresentação e discussão de casos clínicos

Articulações com o método da construção dos casos também são possíveis e consideradas na literatura.

A apresentação de casos, como apresentamos no capítulo sobre caso clínico, surgiu com o declínio da apresentação das doenças que habitavam a pessoa. Quando

foi necessário um certo acúmulo de saber para a didática médica, a apresentação de casos pôde surgir, já que prescindia da presença da pessoa. O médico, então, elaborava o saber sobre o caso longe do leito e assim o transmitia (Barroso, 2003). Vimos, no entanto que o caso médico se difere do caso clínico psicanalítico, na medida em que Freud se distancia de suas influências da psicopatologia médica, como Charcot, e propõe uma construção.

Vimos também com Jerusalinsky (2002) que a apresentação de casos traz consigo a importância do trabalho com o significante e que é o médico que tece a partir dele suas considerações, na medida em que elabora um caso a ser apresentado. Nos trabalhos de Viganó (1999, 2010a, 2010b), temos que uma parte importante do procedimento é uma apresentação escrita do caso pelo analista daquilo que ele construiu até o momento, para outros profissionais, analistas e/ou profissionais de outras áreas da saúde, visando uma espécie de colaboração com os comentários. Kupfer e Zanetti (2006), marcam a importância da apresentação de um caso na medida em que ela possibilita uma (re)escuta do caso, favorecendo a construção.

Das apresentações de casos, decorre a discussão dos casos. Nesta, os interlocutores se implicam na apresentação, discutindo os pontos e propondo reflexões. Dinardi e Andrade (2005) operam entre a discussão e a construção do caso em uma prática entre vários. Apoiadas na sessão clínica tal como encontramos em Lacan, as autoras propõem que a discussão que envolva outros saberes auxilia na construção do caso clínico como uma articulação, sempre possibilitando um espaço para o subjetivo, o singular, dentro do particular de cada saber e do universal da instituição. Extrai-se dessa articulação o principal: a construção de uma equipe que trabalha na direção da construção dos casos clínicos.

Em *A construção de casos clínicos em psicanálise: método clínico e formalização discursiva* (Dunker, Ramirez e Assadi, 2018), os autores expõem que a discussão de casos no Laboratório *A Rede Clínica* foi estratégia essencial para as construções dos casos clínicos. Nesta obra, Dunker e Zanetti (2018) relatam que durante as leituras das apresentações de casos, atentava-se para as ilações, apostos e intrusões orais acrescentadas ao material escrito. Segundo os autores, essa experiência de leitura aberta, com evidenciações de problemas e incongruências narrativas, conceituais e até mesmo ortográficas precedia rodadas de questões e perguntas que se dirigiam a um aspecto específico da apresentação: a relação entre

forma e exposição escolhida e o conteúdo clínico colocado em pauta. Essa modalidade, salientam os autores, diferencia-se da supervisão clínica.

3.7.4 Supervisão

A construção do caso pode incluir a supervisão como uma articulação, tanto no sentido de que a supervisão do caso auxilia na construção do caso pelo analista, tanto no sentido de que o analista supervisionando pode levar para a supervisão sua construção do caso e supervisioná-la.

A supervisão aparece na literatura como um articulador importante entre os atendimentos e a construção do caso. Para Viganó (1999), a supervisão está no instante de ver (como sugere o próprio nome) e, portanto, está ao lado da interpretação, não podendo ser confundida com a construção. A construção está no *après-coup* (após o golpe, literalmente) e assim recolheria também os efeitos e de uma interpretação – tal como os de uma supervisão. Esta última exigiria um analista mais experiente, o que não ocorre na construção, em que o clínico que constrói dialoga com um público que compreende também um não-analista. Em ambas, – supervisão e construção – no entanto, o analista encontra-se em um lugar de *analisante, aprendiz*.

Figueiredo (2004) também abordará a supervisão a partir do segundo binômio que propõe para auxiliar na construção dos casos clínicos: (supervisão-construção). Com ele, a autora vai argumentar a favor da construção do caso clínico na instituição, em detrimento da *super-visão*. Isso, pois propõe que qualquer fixidez diante um saber seja superada, o que pode ser proporcionado pela construção do caso clínico, onde as funções de sujeito, pesquisador e analista se entrelaçam. Para a autora, diferem tanto do modelo aprendiz/aluno quanto do praticante e mesmo de uma supervisão em grupo, já que não se trata de chegarmos à última palavra sobre qualquer conceito ou fenômeno. A termo, na verdade, não seria papel de uma supervisão analítica deter a verdade final sobre um ou outro caso.

Ao contrário da supervisão, a discussão para a construção não se encerra após o encontro (reunião em equipe) (Figueiredo, 2004). Neste sentido, para a autora, a construção envolve uma discussão, que é sempre contínua e remete-se ao

pesquisador/analista que apresentou o caso para discussão. Em um primeiro momento aproxima-se da supervisão, na medida em que o que é retornado para o analista é em torno de sua condição de sujeito (ou *analisante e aprendiz*). Em seguida, trata-se da reapropriação do saber pelo analista como pesquisador, como vimos com Dunker e Zanetti (2018). Esse saber, então, que é depositado na construção é um produto.

Até então, apresentamos a supervisão do caso como auxiliadora para a construção. Podemos, no entanto, considerar a supervisão como um momento em que o analista pode levar a construção do caso.

Miller (1996, p.98), propõe que “se há algo como a supervisão, este algo é a supervisão das construções do caso clínico [realizadas pelo analista supervisionante]”. Sob essa perspectiva, o supervisionado é convocado a levar para a supervisão suas formulações sobre o caso, a partir de um filtro que ele próprio faz. Para Quinet (2009), só será possível o supervisionante filtrar os elementos principais do caso se ele tiver à sua disposição os conceitos fundamentais e manejá-los com disciplina e rigor. Aqui, este filtro passa a ter caráter de ‘seleção’ de material, não necessariamente inconsciente, realizada pelo analista-supervisionante. Ou seja, para o autor, a supervisão não significa levar o ‘disse-me-disse’ das sessões para que o supervisor diga o que acha, mas sim, a filtragem já implica um *trabalho* de preparação do material coletado pela escuta, com questões e hipóteses sobre o a divisão do sujeito e os significantes que o balizam.

Além disso, o supervisor tem um lugar privilegiado em relação ao modo de agir do supervisionando na transferência. Estando fora da relação transferencial, o supervisor tem uma visão panorâmica dos dois lados do jogo analítico: da parte do analisando em questão, observando tanto a estrutura e tipo clínico do sujeito em análise e da parte do analista, estando atendo ao seu ato analítico ou ausência dele. Dessa forma, a supervisão pode trazer luz em relação ao diagnóstico diferencial e, assim, à direção do tratamento, além de levantar questões relativas ao sintoma, à fantasia, às passagens ao ato, *actings-out*, o ato analítico e o desejo do analista. Não obstante, é local para o sujeito-analista se confrontar com seu desejo de curar, de comandar, de reconhecimento, de responder a demanda, seu desejo sexual – que eventualmente pode aparecer - e sua demanda de amor.

O supervisor não está no lugar de mestre (agente do discurso de mestre) ou do saber (agente do discurso universitário). Ele oscila entre o agente do discurso da histórica – provocando no lugar da histórica a *elaboração* de saber – e a posição de agente do discurso do analista, ao fazer o supervisionante produzir significantes mestres do caso que conduz. No caso de produzir significantes mestres próprios, é indicado que o analista em questão volta à sua própria análise.

Fato é que a supervisão parece ser lugar que auxilia na construção do caso também pelo fato de se realizar a supervisão desta construção. Nas palavras de Quinet (2009, p. 128-129):

“A retomada do ‘caso’, o recolhimento dos dados históricos, transferenciais e fantasísticos, os relatos dos sonhos etc. O encontro com o supervisor não é uma aula, ele não está no lugar do mestre que comanda nem no lugar do saber do professor. O encontro com o supervisor é o momento da supervisão em que o analista-supervisionante tem a chance de expor sua elaboração de saber e confrontá-la com a de outro analista, não como em um momento de exame ou prova, mas de confrontação de sua pertinência e coerência sob a prova clínica. A verificação do bem-fundado em uma elaboração de saber só pode ser dada quando orienta o analista em seu manejo, e principalmente, pela resposta analisante”.

Pressupõe-se então, que o analista, ao sair dos atendimentos, pode se deparar com um trabalho que, orientado pelos conceitos fundamentais, clínicos e teóricos da psicanálise, caminha em um sentido de elaboração, de estruturação, de construção do caso clínico. Para Quinet (2009, p.129), a supervisão é um processo em que:

“No entre-dois-encontros o analista “faz vir” seu supervisor para as sessões e o constitui como o endereçamento da elaboração e da construção do “caso” (do latim, “aquilo que cai”, “que de deposita”). Esse tempo de elaboração do caso é fundamental para a direção do tratamento, pois no ato analítico o analista está no “não penso”, uma vez que o pensamento, e conseqüentemente o saber, se encontra fora do ato”.

A posição enfática do autor não deixa dúvidas em relação a importância que tem a supervisão para a construção do caso, e assim, para condução do tratamento e para a formação do analista. Ou seja, temos que a supervisão convoca um sujeito-analista a trabalhar na direção da construção do caso, seja supervisionando o caso, seja supervisionando as construções sobre o caso. Apesar da íntima relação, faz-se notar aqui a diferença.

3.8 Um exemplo de uma construção do caso clínico

Val (2012) apresenta um exemplo do que considera, uma construção do caso clínico do caso do Homem dos Ratos. Para o autor, Freud estava *orientado pela hipótese do complexo de Édipo* e considera que o *pai, nesse caso, apresentava-se como agente perturbador do gozo sexual do paciente*. Já nos primeiros encontros, ele diz ao paciente que, quando este tinha menos de seis anos, fora culpado de uma má conduta (masturbação), tendo sido duramente castigado pelo pai. A punição teria colocado fim na atividade masturbatória e produzido um rancor inextinguível do Homem dos Ratos em relação ao pai (FREUD, 1909/2017). Para surpresa de Freud, essa comunicação provoca como resposta o relato de uma cena que a mãe do paciente lhe havia narrado. É de se notar que, de acordo com o Homem dos Ratos, ele mesmo não se recordava do evento e que, portanto, a intervenção de Freud não teria provocado o levantamento da amnésia ou do recalque. A cena relatada havia acontecido quando ele, com três ou quatro anos de idade, cometera uma travessura. O pai batera nele e, tomado de uma ira terrível, a criança respondera com uma série de insultos.

Essa experiência provocou uma mudança no caráter do menino, pois, a partir daquele momento, ele se tornou, segundo suas palavras, um covarde, por medo da violência de sua própria raiva (FREUD, 1909/2017). Depois de ter feito o relato na análise, o paciente conversou com a mãe a respeito do episódio e esta confirmou sua ocorrência, acrescentando que a punição que o pai lhe havia infligido deveu-se ao fato de ele ter mordido a babá. Ora, para Freud, não havia dúvidas de que a ação cometida pelo menino fora de natureza sexual. O importante, no entanto, é que a partir daí, segundo Freud, cedeu a recusa do paciente em acreditar na raiva adquirida contra seu pai (FREUD, 1909/2017).

Para Val (2012) esse fragmento de análise evidencia o papel da Construção do Caso na orientação das intervenções do analista. A cena à qual a construção de Freud conduz, embora não tenha sido rememorada pelo paciente, aparece como indicativa de uma satisfação pulsional não conhecida e permite ao sujeito circunscrever um ponto do real para extrair a convicção acerca da construção que lhe fora comunicada. O fragmento também mostra que o que indica ao analista a veracidade ou não de sua

construção sobre o caso são os elementos surgidos no processo analítico, que podem confirmá-la ou refutá-la.

Capítulo 4 – Efeitos Clínicos

“Estou ciente, por outro lado, que não é nada comum que um autor tenha condições de refazer o caminho percorrido para atingir sua finalização. Em geral, sugestões, que surgem de forma desordenada, são esquecidas da mesma forma”. (Poe, 2011)

O capítulo anterior e a organização didática que propusemos, tem a intenção de responder à nossa questão de pesquisa, a saber, o que tem que ser feito para operar a transformação de um paciente em um caso clínico. Essa era nossa questão em relação a como levar um caso para o supervisor e no hospital em como comunicar sobre o caso à equipe. Essa questão pode ser agora desdobrada em termos dos efeitos que pode vir a ter a construção de um caso clínico, para o próprio caso em tratamento. Nesse capítulo que segue, então, dedicaremos alguns parágrafos para elencar, de nossa prática enquanto analista, alguns efeitos da construção do caso, e por que não, desta própria pesquisa em nossa prática. Para isso, elencaremos alguns efeitos relativos às noções estudadas em cada capítulo: a noção de construção em análise, à noção de caso clínico, e à construção do caso clínico.

4.1 Efeitos clínicos da noção de construção em análise

Consideramos importante e necessário também investigar a noção de construção em análise, pelo fato de que muitos autores retomam essa noção para sustentar a noção de construção do caso clínico. Isso se dá principalmente pelo fato de que, o método de construção em análise que implica um rearranjo de elementos, também é aplicado à noção de construção do caso clínico. Porém, não só. Em nossa investigação sobre a noção de construção em análise, notamos que ao longo do texto freudiano é possível elencar diversas noções e conceitos associados a ela: invenção, interpretação, verdade, saber, fantasia, além do caráter preliminar da construção e de seus efeitos. Consideramos que todos estes elementos, noções e conceitos que decorrem da noção de construção em análise são também decorrentes da construção dos casos clínicos.

Ou seja, a noção de construção em análise é uma noção que pode trazer benefício para aquele que construirá um caso clínico, se investigada. Não propomos uma obrigatoriedade, mas pode vir a ser benéfico se o analista estiver avisado de que ao construir um caso, ao transformar a história em caso, os elementos que podem, e muitas vezes, devem aparecer na construção do caso são análogos aos elementos que elencamos na investigação sobre a construção em análise. Verificamos isso, por exemplo, no fato de que a construção em análise, possibilita um saber sobre a verdade (histórica) de um sujeito, na medida em que se constrói o que foi esquecido. Essa transformação de elementos da história do sujeito para um fragmento de uma cena esquecida, se possui efeito no curso da análise, seja pela concordância ou discordância do paciente, possibilita um saber. Na construção do caso clínico, o rearranjo dos elementos que o clínico colhe do discurso e ações do paciente para deles inferir sua posição subjetiva, sua demanda, seu inconsciente, por exemplo, também implica um saber, não sobre a história, mas sobre o caso. Vimos que a construção do caso clínico implica um saber que o analista acumula sobre o paciente, a partir dos elementos que vai construindo do e no caso.

Um outro ponto que consideramos importante para discussão, refere-se à aplicação da construção em análise. Para autores como Vegas e Aguiar (2008) a construção em análise não é uma técnica que é aplicada desde o início do tratamento. Sua função implicaria um momento da análise em que o analista precisasse construir o que não pode ser lembrado, algo em torno de uma cena infantil antiga e recalcada. Isso pode demorar um tempo. Contudo, em nossa prática clínica, queremos crer que, após investigar a noção, podemos inferir que a lógica da construção – e às vezes a própria noção de construção em análise - pode ser usada pelo analista antes mesmo de um longo percurso de análise. Em nossa clínica consideramos que nas primeiras entrevistas é possível que um analista possa recolher os elementos, observar as ações e comportamentos do analisando de maneira a *inventar* uma coerência sobre estes a fim de comunicá-los ao paciente. Essa construção, bastante *preliminar*, serviria como uma intervenção. O fato de ser bastante preliminar, como queremos marcar, não desqualifica, no entanto, a importância dos efeitos que ela pode ter.

Não são poucas as vezes em nossa clínica que uma pequena construção, mesmo que nas entrevistas preliminares de um possível caso de neurose obsessiva, por exemplo, auxilia em um relançamento do discurso do paciente, e por vezes em

uma rememoração. Em um caso que a neurose se manifesta a tal ponto de impossibilitar o sujeito a livre-associar, sujeito este que se apresenta como “*mais do mesmo*”, uma pequena construção acerca do que até então surgira no tratamento, pode, inclusive, ampliar a construção até então realizada. “*Nunca havia pensado nisso que você falou. Quando você falava, me veio à mente uma cena em que em uma briga feia com meu pai, quando pequeno, ele bêbado jogou a chave de fenda em mim*”, disse-nos o paciente que, em todas as sessões, tinha *mais do mesmo pra contar*, quando comunicamos a ele uma pequena cena que construímos. Comunicamos a ele que, a partir da cena que nos contara, havia provocado seu chefe, claro, sem perceber e levou uma bronca. Um rearranjo de elementos de uma cena atual possibilitou ao paciente, cuja associação sofre sérias resistências, uma rememoração importante, em que pôde falar da violência que sempre presenciou em sua casa. Ao relembrar-se dessa cena, o paciente se perguntou: “*Será que é por isso que provoquei meu chefe*”? Um pequeno rearranjo dos elementos, uma pequena construção, fez surgir um quê demanda.

Nesse sentido retomamos o que Carlo Viganó propõe em seus textos, de que a construção – tanto em análise quanto a construção dos casos clínicos freudianos – consiste no testemunho das passagens que contam dos pacientes, na direção da construção da demanda.

No lugar que ocupamos de supervisor, também observamos dos alunos, mesmo que iniciantes na clínica psicanalítica, que muitas vezes nas supervisões apresentam um certo *esforço construtivo*. Um primeiro atendimento de uma aluna foi regado de histórias novelescas de uma paciente. Histórias que eram, realmente capazes de entreter e provocar curiosidade. Marcamos para os alunos além de outras considerações sobre o caso, apenas que, em psicanálise, mais do que as histórias relatadas pelo paciente, importa-nos também o que ele quer dizer, como conta e o que não disse. Na segunda supervisão do caso, a aluna, mesmo que ainda tomada dos efeitos das interessantes histórias contadas pela paciente, iniciou a supervisão dizendo “*são muitas coisas que ela contou, mas vou tentar resumir. Tem uma cena que achei a mais importante*”. Vemos aí que o efeito de nossa intervenção, enquanto supervisor, foi no sentido de uma construção. O que era importante contar daquele caso para o supervisor? Notamos aqui que a própria noção de construção em análise, já implica certa organização do relato.

O manejo da técnica da construção, não está nas instruções sobre a técnica psicanalítica em Freud. Porém, vemos que ele mesmo, no caso *Homem dos Ratos*, logo no início do tratamento comunica ao paciente uma construção sobre uma cena infantil em que o pai o reprimira. Essa cena tem seus efeitos, como vimos no exemplo que demos com Val (2012). Ou seja, mesmo em Freud, temos que uma construção (sobre um acontecimento da vida atual do paciente ou sobre uma cena infantil, nesse último caso um fragmento armado de conceitos) é possível de ser comunicada no tratamento. Construir, no sentido de rearranjo de elementos, e que proporciona que o paciente se recorde do que até então não se recordava, tem um grande alcance, queremos crer.

Freud (1937a/1996, p.276), como vimos, ao explicitar sobre o caráter preliminar da noção de construção, em que sempre é possível ampliar a construção diante os efeitos que ela provoca, dá uma indicação de que, mais do que a interpretação e seus efeitos, como a maioria dos analistas propõe, a “construção é de longe a descrição mais apropriada”. Talvez pudéssemos dizer que nos referimos aqui a qual o manejo possível de uma construção. Poderia ser uma discussão importante sobre a teoria da clínica, que, no entanto, não estava em nossos objetivos. Basta que indiquemos aqui alguns de seus efeitos.

Além disso, é importante que marquemos aqui que a investigação e compreensão da noção, bem como seus efeitos e noções associados, auxiliam o analista na construção dos casos clínicos, na medida em que a noção de construção em análise e sua complexidade indicam a um analista que construir um caso, pede que este esteja atento a diversos elementos que podem surgir a partir deste método.

4.2 Efeitos clínicos da noção de caso clínico

Nossa investigação acerca da história e constituição do caso clínico enquanto peça escrita, também nos fornece elementos importantes para pensar a construção do caso clínico. Vimos que até ser constituído enquanto tal, na história da medicina, falávamos de quadro clínico e não de caso clínico. Foi preciso a necessidade de acúmulo de saber sobre as doenças para que pudesse ser transmitido didaticamente – no ensino da medicina - para que o médico se afastasse do leito e pudesse em seu

laboratório elaborar um saber sobre a doença e sobre o caso. A pessoa deixa de ser mero acidente da doença para ser aquela que, em sua história de vida, adquiriu a doença. Vemos aí também que a própria constituição da noção de caso, implica a construção de um saber a ser transmitido. No entanto, vimos que a noção de caso na medicina ainda não tem o mesmo estatuto da noção de caso na psicanálise, já que o que importa não é a construção de um saber sobre o particular, mas sim, a construção de um saber técnico e singular da doença, e não do singular do sujeito.

Foi Freud que em suas construções proporcionou a passagem do quadro ao caso clínico psicanalítico. Sobre essa construção, vimos que podemos falar de diferentes tradições discursivas e narrativas que também sofreram modificações com a maneira como Lacan leu os casos de Freud. Isso implica que, pensar um caso clínico em psicanálise significa considerar um depósito de funções e tradições discursivas que tornam a escrita de um caso complexa, o que possibilita considerar que um caso clínico psicanalítico é um gênero literário (DUNKER, 2018).

Diante essa complexidade, uma maneira de pensar o que é a construção de um caso clínico, como vimos, é a escrita lógica do caso. Falamos aqui da escrita de um caso, pensando em sua publicação. Essa não era nossa questão de pesquisa, apesar de termos verificado que a escrita é uma ferramenta importante. Porém, essa investigação nos proporciona retomar nossa questão, no sentido de que a construção de um caso clínico – que pode utilizar-se da escrita -, então, não é a reprodução fiel de sua história, do tratamento, das sessões, mas sim, a escrita lógica do caso, que implica aplainamentos discursivos, narrativos e lógicos, contendo consigo modalidades literárias diferentes. Assim, não é possível definir um caso clínico pela sua extensão – ele pode ser curto ou longo. O que o analista tem que fazer para construir um caso, nesse sentido, é operar uma transformação lógica do acontecimento analítico, ou seja, propor a síntese dos elementos que importam, estabelecendo assim as relações e as conexões entre esses elementos que possam proporcionar a transmissão do caso: ou seja, a psicopatologia em questão, o manejo clínico, as dificuldades, o que poderia ter sido feito, entre outras possibilidades.

Em nossa apresentação mencionamos que em nossa prática clínica, ainda como estudante universitário, tivemos o exercício de apresentar um caso clínico, ou, melhor dizendo, de realizar um *relato de experiência* no instituto de psicologia em um *Seminário Clínico*. De fato, a proposta não era uma construção de caso clínico, ainda

que isso pudesse ter sido almejado. Entretanto, tivemos a oportunidade de, no período do final dessa pesquisa, retomar a leitura daquela apresentação e cotejar o que fora elaborado na época com o conhecimento que acumulamos agora sobre o que vem a ser um caso clínico construído. É interessante perceber que, naquele momento, nos preocupamos mais em relatar o ocorrido nas sessões do que construir de fato um caso, ou seja, realizar uma escrita lógica do caso, compor sua estrutura, orientarmos por algum elemento como o sintoma, demanda, decidirmo-nos por um estilo literário, entre outros. O efeito da leitura dessa apresentação, neste momento de retomada do texto, foi de “supervisionar” o relato lido.

Ou seja, o relato do caso provocou em nós a sensação de que um analista ali contava o caso em uma supervisão. Sem desmerecer a importância do contar um caso, aqui assumimos que naquele texto não houve construção, pois não apareceu nas linhas da escrita do caso uma apropriação de saber do analista sobre o caso, mas sim, o que apareceu foi o relato da experiência das sessões. O efeito disso na leitura do texto, mesmo que tenha sido a mesma pessoa que o escreveu, após quatro anos, foi o de orientar, de querer saber mais sobre a história, de indicar uma leitura sobre o caso, não de uma discussão acerca de um saber produzido.

4.3. Efeitos clínicos da construção do caso clínico

Se falamos acima das possibilidades que a noção de construções em análise implica para o tratamento, com a construção do caso clínico também observamos efeitos importantes. Com ela, é possível trazer à tona o que não pôde ser pensado nas sessões, seja pelo analista, seja pelo paciente. Isso traz para a clínica, para o tratamento, alguns benefícios.

Nesse momento à parte das sessões, em que o clínico se propõe a construir o caso clínico, ou seja, transformar o que viveu nas sessões em caso, o clínico pode considerar elementos que compõe o método psicanalítico de outro lugar. Agora, com suas ferramentas (notas, memória, escrita, supervisão), e afastado da experiência clínica, pode construir o caso no sentido de repensar a transferência, o Real em jogo, a singularidade daquele sujeito, utilizando para isso, os elementos que podem auxiliar na construção de um caso: a demanda, a posição subjetiva, o diagnóstico, os

sintomas, o gozo, a relação transferencial, por exemplo. Para isso, o analista pode também utilizar-se do auxílio da supervisão e discussões clínicas, na direção da construção do caso.

Damos aqui um exemplo de nossa prática. A construção de um caso pode fazer com que o analista repense sua relação transferencial. Muitas vezes, no engodo que lhe é própria, o analista pode não se dar conta em que lugar o paciente o coloca. A construção do caso, ao rearranjar os elementos, agora em um momento distanciado das sessões, pode proporcionar que o analista veja o que ainda não tinha visto.

Recentemente, com uma paciente sobre a qual ainda tínhamos uma dúvida em relação ao diagnóstico estrutural, consideramos ter feito uma construção sobre o caso levando em conta o elemento transferência. Com nossas anotações, memória e a escrita (diga-se de passagem, a *digitação* em um *laptop* e não a escrita), recolhemos os elementos que contavam acerca da relação transferencial:

eu era bravo/sisudo nas sessões – mensagens no whatsapp em horários diversos me chamando de wil, dizendo de sua tristeza – na sessão constantemente, antes de um conteúdo importante, dizia um “não quero falar” – um histórico de um amigo homem com quem algumas vezes se ressentiu por ter ligado para ele e dito que queria cometer suicídio, ao passo que o amigo “cagou pra ela” – sua pergunta um dia no início da sessão se eu iria abandoná-la

São elementos que consideramos relativos à transferência e que, recolhidos e rearranjados, proporcionaram a hipótese de que o lugar que eu ocupava na relação transferencial era, inicialmente, de um Outro que “caga” para ela, mas que ao mesmo tempo, ela se nega a falar e, com isso, demanda do outro o interesse por ela. Dessa hipótese, pudemos localizar nosso lugar transferencial, um quê da demanda do Outro e daí elaboramos nossas intervenções e nossos manejos, que tiveram efeito interessante. Em uma sessão posterior à construção, em que a paciente demonstrou novamente esse medo do abandono e procurou provocar na sessão esse interesse por ela, isso pôde ser comunicado à paciente, como uma interpretação. Notamos aí que a interpretação veio após a construção sobre o caso clínico. Dessa interpretação recolhemos mais elementos que ampliaram nossa construção sobre o caso. Na sessão seguinte, a paciente começa dizendo “fazia tempo que não me lembrava de

tantas coisas ruins”. Nosso manejo transferencial, em cima de uma construção sobre o caso, proporcionou à paciente que, mesmo que fora da sessão, rememorasse.

Notamos que o rearranjo desses elementos proporcionou um saber sobre o caso relativo à transferência. Ou seja, não estamos mais no âmbito da construção em análise, mas sim, estamos no âmbito da construção do caso clínico. O rearranjo de material e comportamentos não foi comunicado à paciente, mas sim, o saber que se extraiu desse rearranjo pôde proporcionar o manejo transferencial do caso. Ou seja, o elemento transferência entra aí na construção.

A supervisão também foi utilizada nesse caso de maneira a realizar não a supervisão do paciente, mas da construção. Pautando-se na teoria psicanalítica da transferência, foi possível notar as repetições de investimentos amorosos na relação e, assim, elencar os elementos e daí extrair um saber.

Sabemos que esse exemplo não pode ser considerado uma completa construção do caso clínico, no sentido que temos tratado, mas pode ser considerado, talvez, uma construção *sobre* o caso, que, provavelmente pode compor a construção do caso clínico. No entanto, damos este exemplo no sentido de mostrar o efeito clínico que tem uma construção *sobre* o caso clínico.

Dessa forma, gostaríamos de relativizar o exemplo que demos acerca do caso clínico *Homem dos Ratos*, proposto por Val (2012). O autor propõe que Freud (1909/2017), nesse caso, como apresentamos, além da construção em análise comunicada ao paciente, fez uma construção *sobre* o caso ao estabelecer (a partir de uma cena infantil) que o pai do *Homem dos Ratos* representava o impedidor do gozo sexual do paciente. É daí, desta hipótese pautada na teoria, que Freud partia para realizar suas intervenções. Para Val (2012), essa formulação é uma construção *sobre* o caso, porém, o autor coloca o exemplo dentro de uma discussão acerca da construção *do* caso clínico. Sabemos que a intenção do autor, assim como a nossa, pode ser sido didática. Contudo, cabe a ressalva de que seria importante nos atentarmos para esses detalhes, ainda não muito claros na literatura sobre o tema.

A essa exposição-exemplo que realizamos, relacionada à condução de um tratamento, poderíamos continuar organizando os elementos do caso clínico no sentido de construir mais elementos deste e, assim, construir um caso clínico. Como investigamos, a partir dessa construção do caso que fizemos, desse diagnóstico de

discurso, poderíamos continuar rearranjando elementos na direção de delimitar a demanda, objeto *a*, o Real deste caso, e assim sua singularidade, considerando o tempo do tratamento, o tempo da narrativa do sujeito, etc. Nesse sentido, em uma composição lógica desses elementos, poderíamos chegar em maneiras diferentes de um produto, na maioria das vezes, pela escrita: uma composição esquemática, em uma escrita mínima ou em uma peça escrita chamada caso clínico.

Resgatamos ainda de nossa experiência clínica em um hospital, o fato de que muito de nossa questão de pesquisa surgiu ali. Era aflitivo o momento em que a equipe nos abordava e perguntava sobre a história do paciente e não sobre o caso. Perguntas como “*Ele de fato traiu a esposa*”? ainda ressoam em nossos ouvidos. Sabemos que o discurso médico (além da curiosidade de cada um) corrobora em partes para isso, na medida em que na instituição de saúde, o espaço para a subjetividade, e mais ainda, para a ética da psicanálise, da singularidade de um sujeito, é pouca.

Na experiência do hospital, pudemos observar que uma construção sobre o caso, no entanto, já gerava efeitos dissonantes a essa lógica médica e importantes para o tratamento. Quando era possível alguma construção *sobre* o caso, ou *do* caso, junto com a equipe (lembremos que a construção do caso é também um método de trabalho a ser aplicado nas instituições para o trabalho em equipe), o interesse que passava a despertar na equipe era outro.

Trazemos novamente um exemplo desta experiência, agora, no entanto, sob o viés desta pesquisa realizada. Uma paciente internada por dois meses, na UTI do setor de Moléstias Infeciosas e parasitárias, com tétano, havia começado a negar sua alimentação, além de qualquer contato com a equipe. Sua internação e cuidados, portanto, estavam fadados ao fim. No momento do pedido médico para nossa entrada, notamos uma aflição tremenda do profissional: “*Não sabemos mais o que fazer*”. Frase essa que ressoava em minha cabeça quando atendia à paciente internada. Cabe ressaltar que eram necessárias diversas vestimentas devido ao risco de contaminação e por conta da UTI. Ambos elementos reverberavam em mim ao longo dos atendimentos, ou melhor dizendo, das tentativas de atendimentos. Aos poucos, era possível que eu recolhesse alguns elementos da história da *difícil* paciente. Em síntese, a paciente, em sua história, teve pouca, ou quase nenhuma autonomia. Com algumas entrevistas realizadas com as filhas e irmãs, pude saber que suas relações pessoais: desde sua relação com seus pais, sua relação com os dois maridos e a

relação com suas filhas e irmãs, sempre foram atravessadas por um “*você não sabe fazer nada*”. Mesmo com pouca clareza na época acerca do método que eu ali aplicava, pude rearranjar os elementos que tinha, inferir a posição subjetiva que detinha a paciente em relação ao Outro. Não sabia, porém, o que fazer com isso, mesmo que em todas tentativas de atendimento esses elementos reverberassem na minha escuta e pensamentos. Da maneira que eu podia, ia ao encontro da paciente, mesmo que na maioria das vezes as tentativas fossem frustradas. Eu era expulso por ela quase todas as vezes.

Certo dia, no entanto, um médico, ao me ver sair do quarto de isolamento, se aproximou de mim com um ar de pesar e disse, enquanto eu tirava os inúmeros aparatos: “*Difícil, né... o que podemos fazer*”? A clínica é realmente surpreendente. Muito possivelmente, devido às construções que eu constantemente realizava, no sentido de inferir a posição subjetiva, de recolher os elementos que importam, no momento que eu escutei a palavra *fazer*, imediatamente me veio à mente: “*ora, pergunte a ela*”! O médico residente, com o qual eu já tinha certa afinidade e já tínhamos conversado sobre o caso, entendeu o recado. Mesmo assim, expliquei a razão de minha fala para ele. Para uma paciente que nunca soube fazer nada, o protocolo hospitalar rígido, marcava ainda mais sua falta de autonomia. Em uma reunião de equipe, eu e o médico - que agora ‘defendia’ à paciente, mesmo com seu comportamento *difícil* – sugerimos um manejo para a equipe, de acordo com o que pensávamos sobre o caso. Em vez de impor os medicamentos, limpeza, alimentação, por que não perguntar a ela suas preferências, e assim, possibilitar certas escolhas? Depois desse episódio, o médico e a equipe, passaram a não só a compreender melhor o caso, tendo mais paciência e atenção à paciente, mas também a considerar que “*cada um tem uma lição pra ensinar*”, como disse-me no corredor certa vez uma enfermeira.

Novamente, devemos considerar que esta não é uma construção completa de um caso. Contudo, escrevemos esse trecho a fim de possibilitar um exemplo clínico de uma construção do caso *em construção*, poderíamos dizer. A comunicação que fizemos na equipe não foi sobre a história, mas sobre a posição subjetiva. Essa comunicação, queremos enfatizar, gerou esse efeito clínico importante de implicação da equipe no tratamento e, ainda, possibilitou certa reflexão acerca “*da vida que cada um pode ter*”. Inferimos daí, como também apresentamos, que a construção de um

caso clínico, pode visar a transmitir a psicanálise. Neste caso que apresentamos, no hospital. Antes de saber dessa potência da construção do caso clínico em transmitir a psicanálise, notamos que ao poder comunicar sobre o caso, a psicanálise, como um efeito foi transmitida.

O clínico que atende diversos pacientes, que faz sua análise pessoal, sua formação em psicanálise, que muitas vezes é um pesquisador acadêmico, além de outras inúmeras tarefas as quais os analistas se propõem, muitas vezes não tem tempo e condições de construir todos os seus casos. Sabemos também que pode não ser necessário fazê-lo para conduzir um tratamento. Sua formação e experiência podem possibilitar sua condução ética. No entanto, queremos com essa discussão marcar os benefícios clínicos que tem uma construção de um caso, ou, até mesmo as construções *sobre* o caso para o tratamento, que aqui propomos. Naquele momento solitário, do qual nos adverte Viganó (2003), em que o analista realiza um trabalho de alto artesanato no sentido da construção do caso, de uma produção de um saber-fazer, o analista pode aperfeiçoar seu método de tratamento, além de caminhar no sentido de uma reflexão sobre sua prática e sobre a própria psicanálise.

Assim, sabemos que não é tarefa fácil construir um caso, no sentido de uma escrita completa do caso com todos os pacientes de nossa clínica. Mas consideramos, junto com Miller (1996), que a construção do caso clínico, no sentido de compor sua estrutura, auxilia no tratamento e que o analista lacaniano é recomendado a construir.

Considerações Finais

Podemos então tecer algumas considerações finais acerca dos resultados que encontramos em nossa investigação nesta pesquisa.

A noção de construção em psicanálise está relacionada com diversos elementos que também se referem à construção do caso clínico psicanalítico, tal como elencamos no capítulo um. Apesar de sua diferença de aplicação, essa é uma noção base para pensar a construção do caso clínico, utilizada pelos autores na literatura. Temos que a primeira é comunicada ao paciente e a segunda possibilita ao clínico a construção de um saber sobre o caso.

A partir da história e constituição do caso clínico psicanalítico como tal, temos que a este é atribuído um depósito de tradições discursivas, narrativas e de gêneros literários, que tornam um caso clínico psicanalítico um novo gênero literário. Disso, temos que na construção de um caso clínico enquanto peça escrita para a publicação, o que deve constar é a combinação de aplainamentos narrativos, narrativos e lógicos, do sujeito e do tratamento, circunscritos por um estilo literário.

Temos, no entanto, que a construção do caso clínico pode ser realizada para além da publicação. Ela é um método clínico aplicável em diversos contextos, como por exemplo, para o trabalho em instituições de saúde mental. Mesmo que a escrita faça parte, a construção do caso clínico, substancialmente, implica um rearranjo dos elementos da história do paciente e da história do tratamento, o que opera uma transformação cujo produto é o caso.

A construção do caso implica objetivos e funções e podem se dar a partir de diversos elementos e que partem dos diferentes modos de se orientar para a construção do caso clínico na prática. Assim, concluímos que mesmo que possamos elencar objetivos e funções do caso, o modo de cada um construir o caso será sempre singular.

Podemos assim, concluir também que, conseguir realizar uma comunicação sobre o caso, no sentido de possibilitar ao analista falar de um saber sobre o caso, para além de um relato do que ocorreu nas sessões analíticas, implica que houve uma construção do caso clínico, o que tem valor benéfico no retorno ao tratamento do caso

e que possibilita, ainda, a transmissão da psicanálise. Essa transmissão, queremos crer, é a transmissão da ética psicanalítica.

Por fim, podemos enfatizar que a construção do caso realizada por um analista, além de possibilitar que ele fale do caso e não somente da história do paciente, possibilita também que, com essa construção, elementos clínicos, noções e conceitos psicanalíticos sejam trabalhados, possibilitando, assim, maior diálogo entre a teoria e a prática.

Queremos crer, dessa forma, que a construção do caso clínico é um potente articulador entre o vivido na experiência analítica e a teoria da psicanálise. Freud já utilizava seus casos e suas construções para construir a teoria. Assim, consideramos que a construção do caso pode e deve ser incentivada aos analistas, de maneira a auxiliá-los na condução de seus tratamentos, em suas fundamentações teóricas e no diálogo entre pares, podendo consolidar cada vez mais a maneira de transmitir a psicanálise.

Referências Bibliográficas

- ADES, C. Freud, as enguias e a ruptura epistemológica. *Psicologia USP*, v.12, n.2, p.125-135, 2001.
- ALKMIN, W.D. Construir o caso clínico, a instituição como exceção. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*, Belo Horizonte, v. 6, n. 9, p. 43-46, nov. 2003.
- ANDRADE, R.D.R. Discussão X Construção do Caso Clínico. *Mental*, Barbacena, v.2, n. 4, p. 45-58, 2005.
- BARROSO, S.F. Sobre o caso clínico: contribuição à metodologia de pesquisa em Psicanálise. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*, Belo Horizonte, v. 6, n. 9, p. 19-23, nov. 2003.
- BENETI, A. Pontuação HUM: a apresentação do caso clínico na instituição. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*, Belo Horizonte, v. 6, n. 9, p. 51-53, nov. 2003.
- BINSWANGER, L. El caso de Ellen West: estudio antropológico-clínico. In: MAY, R.; ANGEL, E.; Ellenberg, H.F. (eds.). *Existencia*. Madrid: Editorial Gredos, 1977. p. 288-434.
- BURSZTYN, D.; FIGUEIREDO, A.C. O Tratamento do sintoma e a Construção do caso na prática coletiva em saúde mental. *Tempo psicanalítico*, Rio de Janeiro. v.44, n. 1, p. 131-145, 2012.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense, 1990.
- CHAVES, W.C. O estatuto do real em Lacan: dos primeiros escritos ao seminário VII, a ética da psicanálise. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 34, p. 161-168, Aug.,2006.

- CLÉRAMBAULT, G.G. de. Automatismo mental e cisão do Eu (apresentação de pacientes) (1920). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. II, n. 1, p. 158-168, mar. 1999.
- COUTO, R.; ALBERTI, S. Moisés e a verdade: retorno à questão da verdade histórica. *Trivium*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 85-102, jun. 2013.
- CREWS, F. *The Memory Wars: Freud's Legacy in Dispute*. New York Review of Books Editor, 1995.
- CREWS, F. *Freud: the making of na illusion*. Picador Editor, 2017.
- DARRIBA, V. A. A paixão pela verdade em Moisés e monoteísmo de Freud. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 22, n. 2, p. 297-308, Maio/Ago., 2010.
- DERRIDA, J. *O cartão postal: de Sócrates a Freud e além*. Tradução Ana Valéria Lessa e Simone Perelson. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007
- DESCARTES, R. *O discurso do Método* (1637). Lisboa, Edições 70, 2017.
- DIAS, E. C.; MORETTO, M. L. T. A Construção do Caso Clínico como via de Transmissão da Psicanálise nas Instituições de Saúde In: LERNER, Rogério. *Atualidades na Investigação em Psicologia e Psicanálise*. São Paulo, Blucher, 2017, p. 51 -64.
- DUNKER, C.I.L. et al. Romance policial e a pesquisa em psicanálise. *Interações*, São Paulo, v.8, n. 13, p. 113-126, jan/jun. 2002
- _____. *Estrutura e Constituição da Clínica Psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: AnnaBlume, 2011.
- DUNKER, C.I.L.; Paulon, C.P.; Milán-Ramos, J.G. *Análise Psicanalítica de Discurso: perspectivas lacanianas*. São Paulo: Estação das Letras e Cores, 2016.
- FERREIRA, A. B. H. (Org.). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 2ª ed. 33ª impressão. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1996.
- FERREIRA, C. *A construção do Caso clínico: o saber do paciente como forma de subversão da lógica institucional*. Belo Horizonte, 2001. Inédito.
- FERREIRA, C. M. R. Apresentação de pacientes: (re)descobrimos a dimensão clínica. *Ágora (Rio J.)*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 295-310, Dec. 2007.
- FIGUEIREDO, A. C. A Construção do Caso Clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista. Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, v.7, n.1, p. 75-86, 2004.
- FILLOUX, J. Sobre o conceito de transferência no campo pedagógico. *Estilos da Clínica. Revista sobre a Infância com Problemas*, v.7, n.13, p. 42-77, 2002.
- FOUCAULT, M. *História da Loucura*. (1972). São Paulo: Perspectiva, 2010.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1986.
- FONTENELE, L. B. Caminhos e descaminhos da supervisão em Psicanálise. In JORGE, M. A. C. (Org.). *Lacan e a Formação do Psicanalista*. Rio de Janeiro: Contra Capa livraria, 2016.

FREUD, S. Um caso de cura pelo Hipnotismo.(1892-1893) In: _____. *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.1, p. 159-172. Tradução James Strachey, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. As Neuropsicoses de defesa. (1894). In: _____. *Primeiras publicações psicanalíticas*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.3, pp.51-74. Tradução James Strachey, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Projeto para uma psicologia Científica (1950[1895]) In: _____. *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.1, p.347-443. Tradução James Strachey, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895). *Obras Completas: Estudos sobre a Histeria*. (1893-1895), v. 2, São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

_____. Fragmentos da análise de um caso de histeria (1905). In _____ *Obras Completas: três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise Fragmentária de uma histeria ("O caso Dora") e Outros textos* (1901-1905), v.6, p.173-320. 1ª ed. Tradução e notas Paulo César de Souza, São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). In _____ *Obras Completas: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: ("O caso Schreber"), artigos sobre a técnica e outros textos* (1911-1913), v.10, p.147-162. 1ª ed. Tradução e notas Paulo César de Souza, São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. A Dinâmica da Transferência. (1912) In _____. *Obras Completas: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: ("O caso Schreber"), artigos sobre a técnica e outros textos* (1911-1913), v.10, p. 136-146. 1ª ed. Tradução e notas Paulo César de Souza, São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. O Início do Tratamento. (1913). In _____ *Obras Completas: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: ("O caso Schreber"), artigos sobre a técnica e outros textos* (1911-1913), v.10, p.163-192. 1ª ed. Tradução e notas Paulo César de Souza, São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. Totem e Tabu. (1913[1912-1913]). In _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Totem e Tabu e outros trabalhos* (1913-1914), v. 13, p. 13-168, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Observações sobre um caso de Neurose Obsessiva ("O Homem dos Ratos") (1909) In_____: *Obras Completas: Observações sobre um Caso de Neurose Obsessiva ("O Homem dos Ratos"), uma recordação de Infância de Leonardo da Vinci*

e outros textos (1909-1910), v.09, p.13-112. 1ª ed. Tradução e notas Paulo César de Souza, São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

_____. História de uma neurose infantil (“O Homem dos Lobos”) (1918 [1918]) In: _____. *Obras Completas: História de uma neurose infantil (“O Homem dos Lobos”), Além do Princípio do Prazer e outros textos* (1917-1920), v. 10, pp. 13-160. 1ª ed. Tradução e notas Paulo César de Souza, São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. “Batem em uma criança”: contribuição ao conhecimento da gênese das perversões sexuais (1919). In: _____. *Obras Completas: História de uma neurose infantil (“O Homem dos Lobos”), Além do Princípio do Prazer e outros textos* (1917-1920), v.10, p. 13-160. 1ª ed. Tradução e notas Paulo César de Souza, São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. Dois Verbetes de Enciclopédia (1923[1922]). In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Além do Princípio do Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos*. (1920-1922), v.18, pp. 251-276, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Novas Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise. Conferência XXXIV: Explicações, Aplicações e Orientações In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Novas Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise e outros trabalhos* (1932-1936), v. 22, pp. 135-154. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. Construções em Análise (1937a). In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos* (1937-1939), v. 23, pp.273-290. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Análise Terminável e Interminável. (1937b). In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos* (1937-1939), v. 23, pp.223-270. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Moisés e o Monoteísmo (1938). In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos* (1937-1939), Tradução de James Strachey, v.22, pp.15-152. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FUKS, B. B. *Freud e a Judeidade: a vocação do exílio*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

GAY, P. *Freud: uma vida para nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

GRIPPI, R. Construção e interpretação em construções em análise de Sigmund Freud. *Stylus (Rio J.)*, Rio de Janeiro, n. 25, p. 99-105, nov. 2012.

HIPÓCRATES. O caso Filiscos. *Pulsional. Revista de Psicanálise*, São Paulo, ano 22, n. 2, p. 57, jun.2009

INGRAM, B.L. Clinical Case Formulations – matching the integrative treatment plan with the cliente”. New Jersey: John Wiley & Sons, 2006.

Jerusalinsky, A. Seminários III. USP/IP/Lugar de Vida, 2002.

JORGE, M. A. C. Aprender a aprender: Lacan e a supervisão Psicanalítica. In _____ (Org.). *Lacan e a Formação do Psicanalista*. Rio de Janeiro: contra capa livraria, 2016.

KAUFMANN, P. (Ed.) *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud à Lacan*. Traduções Vera Ribeiro, Maria Luiza X. de A., Marco Antônio Coutinho Jorge (Cons.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

LACAN, J. *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade*. Trad. Aluísio Menezes, Marco Antônio Coutinho Jorge, Potiguara Mendes da Silveira Jr. Rio De Janeiro: Forense Universitária, 1991.

_____. O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada (1945). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, pp. 197-21, 1998.

_____. *O Mito individual do Neurótico* (1953). Tradução Cláudia Berliner. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. Função e campo da Fala e da Linguagem em Psicanálise (1953). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, pp. 238-324.

_____. *O Seminário Livro 1: Os escritos técnicos de Freud*. (1953-1954). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

_____. A direção do tratamento e os princípios de seu poder (1958). In: _____, *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, pp. 591-652, 1998.

_____. *O Seminário Livro 7: a Ética da Psicanálise*. (1959-1960). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____. *O Seminário Livro 10: a Angústia*. (1962-1963). Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2008.

_____. Proposição de 9 de outubro sobre o psicanalista de escola (1967). In: _____, *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. *O seminário Livro XX: ...mais ainda* (1972-1973). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. *Vocabulário da Psicanálise*. Tradução Pedro Tamen. Daniel Lagache (Dir.). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LAURENT, E. O relato de caso, crise e solução. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*, Belo Horizonte, v. 6, n. 9, p. 69-76, nov. 2003.

LECLAIRE, S. *Psicanalisar*. São Paulo: Perspectiva, 1990.

LEICHSENDRING, F.; RABUNG, S. Effectiveness of long term psychodynamic Psychotherapy. In: *Journal of American Medical Association*, October, v.300, n.13, 2008.

MAGTAZ, A. C.; BERLINCK, M. T. O caso clínico como fundamento da pesquisa em psicopatologia fundamental. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, v.15, n.1, pp. 71-81, 2012.

MALENGREAU, P. Nota sobre a construção do caso. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*, Belo Horizonte, v. 6, n. 9, p. 11-17, nov. 2003.

MENDES, E.R.P. Sobre a Supervisão. *Reverso*, Belo Horizonte, v.34, n.64, pp.49-56, dez/2012

MILLER, J.A. Marginalias de Construção em Análise. *Opção Lacaniana*. São Paulo: Edições Eólia, n.17, p. 92-107, 1996.

MILLER, J.A. *O Osso de um Análise*. Seminário proferido no VII encontro Brasileiro do Campo Freudiano e II Congresso da Escola Brasileira de Psicanálise. Salvador: Biblioteca – agente, 1998.

MORETTO, Maria Livia Tourinho; PRISZKULNIK, Léia. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo psicanalítico*. Rio de Janeiro , v. 46, n. 2, p. 287-298, dez. 2014

MORETTO, M. L.T. *Do desejo de acertar ao desejo de saber*. No prelo.

MOZART, W.A. Aforismos Musicais (extraído de sua correspondência completa). Ed.Tra. e notas: Mário Alves Coutinho. São Paulo: Tipografia Musical, 2016.

NASIO, J. D. *O que é um caso? Os grandes casos de Psicose*. Trad. Vera Ribeiro, rev. Técnica Marco Antônio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2001.

NAVEAU, P. Um problema psicanalítico na exposição de um caso clínico. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*, Belo Horizonte, v. 6, n. 9, p. 57-59, nov. 2003.

NETO, J. M. Construções em análise: alguns elementos relevantes da discussão no 68º Congresso de Psicanalistas de Língua Francesa. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v.42, n.3, pp. 83-87, 2008.

PAULHAN, J. *O guerreiro aplicado*. (1917). In: Menegassi, A. 2010. *O conceito de destituição subjetiva na obra de Jacques Lacan*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

PAULON, C. P. *Introduzindo o conceito de narrativa em psicanálise: sobre um operador comparativo para o estudo de casos clínicos*. 2017. 223 p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.

POE, E. A. A filosofia da Composição. Tradução Léa Viveiros de castro. Rio de Janeiro: 7 letras.

PERSICANO, M. L. S. Construções em análise na transferência. *Rev. Latino americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo , v. 4, n. 2, p. 53-66, Jun/2001.

QUINET, A. As Funções das Entrevistas Preliminares In: _____. *As 4 + 1 condições da análise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1991.

QUINET, A. Da formação à destituição “suficiente”: a supervisão In: _____. *A Estranheza da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Traduções Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998

SILVEIRA, A. M. B. Construção com fim, construção sem fim. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v.42, n.3, pp. 41-53, 2008.

SULLOWAY, F. Reassessing Freud's Cases: the social construction of Psychoanalysis. In *Freud and the History of Psychoanalysis*. New York: Gelfand & Kerr; Analytic Press, 1992.

TODOROV, T. *Os gêneros do discurso*. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

VAL, A. C. *Em defesa da clínica: a construção do caso clínico aplicada à clínica de anorexia e bulimia*. 2012. 134 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012.

VAL, A.C; LIMA, M.A.C. A construção do caso clínico como forma de pesquisa em psicanálise. *Ágora*. Rio de Janeiro, v.17, n.1, pp. 99-115, 2014.

VEGAS, M. Z.; Aguiar, F. A noção freudiana de construção. *Revista AdVerbum*, v.3, n.2, pp.125-137, 2008.

VIGANÓ, C. A construção do Caso clínico em Saúde Mental. *Curinga – Psicanálise e Saúde Mental*. Belo Horizonte: EBP – MG, n.13, pp. 50 – 59.

_____. A construção do caso Clínico. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*, Belo Horizonte, v. 6, n. 9, p. 47-50, nov. 2003.

_____. A construção do caso clínico. *Opção Lacaniana* online, ano I, mar. 2010b. Disponível em www.opcaolacaniana.com.br.

_____. Avaliação e evidência em saúde mental. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, v.13, n. 3, pp. 469-481, 2010a.

VORCARO, A. A criança na clínica psicanalítica. Rio de Janeiro, Brasil: Companhia de Freud, 2004.

VORCARO, A. et al. *A Clínica do Caso Construído em Instituições*, 2016.

ZANETTI, S. A. S.; KUPFER, M.C. O relato de casos clínicos em psicanálise: um estudo comparativo. *Estilos da Clínica*, v.11, n.21, pp. 170-185, 2006.