

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICANÁLISE: CLÍNICA E CULTURA

RODRIGO TRAPLE WIECZOREK

**ESCREVER A CLÍNICA EM PSICANÁLISE: POSSIBILIDADES
METODOLÓGICAS**

PORTO ALEGRE

2018

Rodrigo Traple Wieczorek

Escrever a clínica em psicanálise: possibilidades metodológicas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito parcial para obtenção do título
de Mestre em Psicanálise: Clínica e Cultura

Linha de pesquisa: Psicanálise, teoria e
dispositivos clínicos

Orientador: Prof. Dr. Carlos Henrique Kessler

Porto Alegre

2018

Rodrigo Traple Wieczorek

Escrita da clínica em psicanálise: possibilidades metodológicas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito parcial para obtenção do título
de Mestre em Psicanálise: Clínica e Cultura

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Christian Ingo Lenz Dunker

Prof. Dr. Manoel Luce Madeira

Prof^a Dr.^a Simone Moschen

Agradecimentos

Ao meu orientador Carlos Henrique Kessler pelo suporte constante no percurso do mestrado e da psicanálise.

Aos professores Christian Dunker, Manoel Madeira e Simone Moschen nas preciosas direções apontadas.

Aos colegas de turma do mestrado pela constante generosidade.

Aos colegas do grupo de pesquisa "A pesquisa clínica em transferência" pelo acolhimento.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Programa de Pós Graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura pela estrutura oferecida e aposta na psicanálise.

À minha família pelo incentivo e amparo.

Aos amigos pela ajuda e por tornarem esse caminho mais leve.

RESUMO

Nossa pesquisa tem origem no amplo campo da relação da psicanálise com a universidade. A partir do reconhecimento que essa relação é marcada por impasses, mas também por potencialidades, restringimos o foco da nossa pesquisa para as possibilidades de pesquisa clínica em psicanálise. O momento seguinte foi dedicado a fazer um levantamento das metodologias de escrita a partir de material clínico, resultando em encontrar cinco. A construção do caso de Pierre Fédida, a construção do caso de Carlo Viganò, a escrita da clínica de Simone Rickes, o traço do caso de Dumézil e o fato clínico de Czermak. Decidimos aprofundar nossa investigação nas duas últimas metodologias citadas por sua potencialidade teórica e de formação na psicanálise, mas curiosamente apresentando uma escassez de publicações. Logo, apresentamos exemplos de casos clínicos escritos a partir dessas metodologias e comentamos suas similaridades, diferenças, limites e potencialidades. Finalmente destacamos o modo de fazer operar a clínica com a teoria. Sublinhamos como a noção de ficção como operador a partir do real que é a clínica se oferece como suporte para fazer os conceitos como ferramentas. A partir da clínica, podemos construir um caso, escrever fazendo contorno no real, apreender um traço, propor um fato clínico. Consideramos que são essas ferramentas teóricas que permitem que operemos no campo abstrato, trabalhando hipóteses para tocar o que é de certa forma inacessível na clínica e assim produzimos e colhemos os efeitos da psicanálise.

Palavras-chave: Psicanálise; Clínica; Metodologia; Pesquisa psicanalítica

ABSTRACT

Our research has its origin in the broad field of psychoanalysis's relationship with the university. From the recognition that this relationship is marked by impasses, but also by potentialities, we restrict the focus of our research to the possibilities of clinical research in psychoanalysis. The next moment was dedicated to make a survey of the writing methodologies with clinical material, resulting in finding five. The construction of the case of Pierre Fédida, the construction of the case of Carlo Viganò, the writing of the clinic of Simone Rickes, the trait of the case of Dumézil and the clinical fact of Czermak. We decided to deepen our research in the last two methodologies cited for their theoretical potential and formation in psychoanalysis, but curiously they presented a shortage of publications. Therefore, we present examples of clinical cases written from these methodologies and comments on their similarities, differences, limits and potentialities. Finally we highlighted the way of making operate the clinic with theory. We emphasized how the notion of fiction as an operator of the Real that is a support for the use of concepts as tools. With the clinic, we can build a case, we can write as making the counter of the Real, apprehend a trait, and also propose a clinical fact. We believe that it is these theoretical tools that allow us to operate in the abstract field, working hypotheses to touch what is in some way inaccessible in the clinic and thus we produce and reap the effects of psychoanalysis.

Keywords: Psychoanalysis; Clinic; Methodology; Psychoanalytic research

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	9
II. TEMÁTICA DE PARTIDA.....	10
2.1 PSICANÁLISE E UNIVERSIDADE: DEBATE E PRESENÇA.....	10
2.2 APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS DA PSICANÁLISE NA UNIVERSIDADE: ENSINO OU TRANSMISSÃO?.....	16
3. DESDOBRAMENTOS PARA A DIREÇÃO DA PESQUISA.....	19
3.2 O PSICANALISTA ENTRE A ÉTICA DA PSICANÁLISE E O COMITÊ DE ÉTICA NA UNIVERSIDADE.....	22
III. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	24
IV. CLÍNICA E PESQUISA.....	32
1. ABORDAGEM DA EFICÁCIA COMO FUNÇÃO E OBJETIVO DA PUBLICAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS.....	32
2. ARGUMENTOS SOBRE A PUBLICAÇÃO DE CASOS.....	35
V. ESCREVER A CLÍNICA: POSSIBILIDADES METODOLÓGICAS.....	41
1. CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CASOS CLÍNICOS NA OBRA DE FREUD.....	41
2. LEITURAS SOBRE A ESCRITA DA CLÍNICA EM LACAN.....	50
VI. METODOLOGIAS CONTEMPORÂNEAS DE PESQUISA COM A CLÍNICA.....	53
1. AS DUAS LÓGICAS DA CONSTRUÇÃO DO CASO.....	53
1.1 <i>A construção do caso clínico fundamentada por Pierre Fédida.....</i>	<i>54</i>
1.2 <i>A construção do caso clínico em saúde mental por Carlo Viganò....</i>	<i>57</i>
2. ESCRITA DO CASO.....	59
3. O DISPOSITIVO DO TRAÇO DO CASO.....	62
4. FATO CLÍNICO.....	74
5. ARTICULAÇÕES ENTRE TRAÇO DO CASO E FATO CLÍNICO.....	86
6. EXEMPLOS DE PUBLICAÇÕES.....	88
6.1 <i>Traço do caso.....</i>	<i>88</i>
6.2 <i>Fato clínico.....</i>	<i>90</i>
VII. COMPARAÇÕES E REFLEXÕES.....	93
VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS: LIMITES E DIREÇÕES.....	97
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99

I. INTRODUÇÃO

Nosso projeto de pesquisa tem início na investigação sobre as relações entre psicanálise, universidade e o potencial de ensino e pesquisa neste encontro. Ao iniciarmos a abordagem do tema, a amplitude das possibilidades de direção da pesquisa foram um impasse. Esse caminho prévio percorrido é apresentado nos itens seguintes.

Dois pontos se destacaram de todo o percurso de revisão bibliográfica preliminar. Primeiro, a querela do lugar da psicanálise na universidade e sua difícil definição. Esta definição vai desde a delimitação como área do conhecimento, seu lugar na ciência, até o lugar que ocupa nos programas de pós graduação no Brasil. Segundo, a dificuldade de definição da metodologia de pesquisa em psicanálise, pois levamos em consideração que não se resume a somente uma. Um exemplo disso são as diferentes metodologias de pesquisa clínica em psicanálise que encontramos e apresentaremos. Os dois pontos que decantaram desse trabalho prévio esboçaram o caminho da pesquisa de forma retroativa. Pois, inicialmente nossa pergunta era sobre a possibilidade de ensino ou até uma transmissão da psicanálise na universidade. Então nos questionamos se não seria justamente através das pesquisas realizadas que se daria essa possibilidade?

Empreenderemos então uma investigação sobre as metodologias de pesquisa clínica em psicanálise. Notamos que este é ainda um campo amplo para a dissertação de um mestrado. Além de ser um dos principais temas de debate em nosso grupo de pesquisa “A pesquisa clínica em transferência”. Entendemos que essa questão pode conjugar diversos temas que concernem

às possibilidades e impasses da psicanálise na universidade. Logo, realizamos uma revisão de algumas metodologias orientadas pelos textos freudianos e lacanianos para delimitar com maior precisão o trabalho. Nosso objetivo de pesquisa foi aprofundar a discussão sobre os impasses e as dificuldades da pesquisa clínica e do uso do material clínico, da aproximação do material clínico com a direção do tratamento e na sequência a viabilidade de demonstração dos efeitos da psicanálise na clínica. Buscamos também avançar no debate de duas metodologias de pesquisa já apresentadas no campo acadêmico, mas contam com poucas publicações que avancem sobre o tema. Logo, nosso projeto visa contribuir para uma melhor definição, assim como verificar traços comuns e distinções entre essas metodologias.

II. TEMÁTICA DE PARTIDA

2.1 Psicanálise e Universidade: Debate e presença

Em seu texto “Deve-se ensinar psicanálise nas universidades?” Freud (1919/2010) propõe pesar as vantagens e desvantagens de proceder a tal ensino. A possível articulação com outras áreas de produção do conhecimento, tais como, filosofia, literatura, artes, sociologia e história já era nessa época uma prática apontada como vantajosa. Por outro lado, neste mesmo texto, Freud apresenta algumas limitações do ensino da psicanálise na universidade, denunciando a chance deste ensino se dar de forma dogmática e que o distanciamento da prática analítica proporcionaria uma aproximação exclusiva da teoria e, portanto, seria uma aproximação limitada. Ainda, Freud inclui nas suas recomendações a prática de atendimento ambulatorial de neuróticos. Também somos advertidos de que tais limitações

poderiam proporcionar somente uma aproximação com a psicanálise, não sendo possível a real apreensão da psicanálise em seu “exercício efetivo” por parte do aluno. O que então seria possível a psicanálise realizar com sua presença na universidade? Freud (1919/2010) reconhece o interesse para o psicanalista de que se faça o ensino de sua disciplina na universidade, mas pontua que a universidade não seria fundamental para a formação do psicanalista. Seria a instituição analítica o lugar que garantiria o ensino e a prática. Por fim, aponta que seria possível aprender algo *sobre e com* a psicanálise, acrescentando que a universidade poderia aproveitar essa relação não só na formação de médicos, mas em outras áreas do conhecimento. |

Como citamos, Freud (1919/2010) diferencia um aprender *sobre e com* a psicanálise. Mesmo não desenvolvendo mais a diferença neste texto, podemos compreender que a questão fica em aberto. Podemos nos perguntar qual é o alcance de cada uma dessas ditas formas. Seria possível aprender algo *com* a psicanálise na universidade, mesmo que essa não se proponha a formação deste ofício? Ou somente estaria reservado o debate *sobre* a psicanálise, seus conceitos e sua epistemologia?

Fazendo um salto no tempo, entre 1969 e 1970, ao longo do seminário 17, encontramos um posicionamento de Lacan sobre o assunto. Lacan (1969-1970/1992) comenta sobre a tese universitária de Lemaire (1989), Lacan escreveu o prefácio da publicação desta tese, primeira tese que trabalharia sua obra: “...o mínimo que transparece é que minha obra não se presta bem para isso” (p. 42). Lacan segue seu comentário afirmando: “Seguramente, a dificuldade própria em me traduzir para a linguagem

universitária é também a que atingirá a todos aqueles que, pela razão que for, se arriscarem a fazê-lo.” (p. 42). Expressa que este seria um exemplo de que a importação de sua obra pelo discurso universitário determina a sua distorção.

Encontramos posições pouco otimistas em relação ao lugar da psicanálise na universidade em Freud, que não deixou de dar conferências neste espaço e mesmo em Lacan que, também não vinculado formalmente à universidade, marcou presença com seus seminários e posteriormente em sua influência na criação do Departamento de Psicanálise no Centro Experimental de Vincennes, atualmente Université Paris 8 – Saint Denis. Momento em que Lacan estava trabalhando com a possibilidade de uma transmissão integral da psicanálise, particularmente de seu ensino, através de matemas e figuras topológicas. Tratava-se de uma tentativa de transmissão de um saber que não poderia ser ensinado. (Roudinesco, 1988)

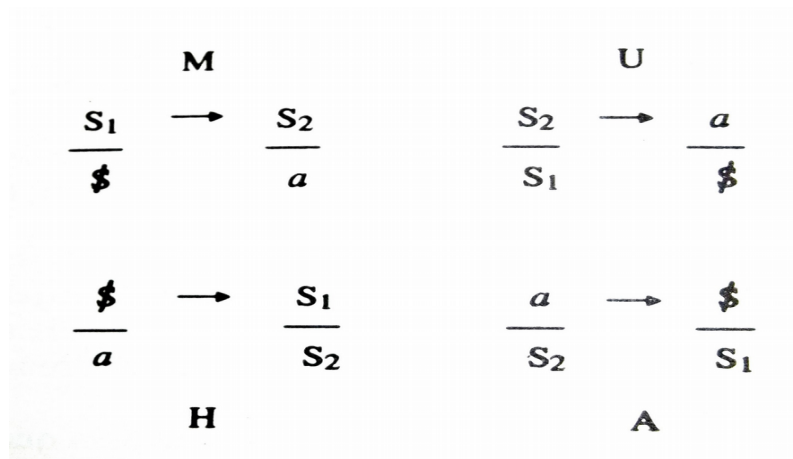
Mesmo que a universidade não seja o espaço que se propõe a formar psicanalistas, Kessler (2009) e Alberti (2010) concordam em que no Brasil a maioria dos psicanalistas teve um primeiro contato com a psicanálise no contexto universitário, na posição de estudante. Ao considerar a instituição de formação e a universidade, Neto (2010) entende que nesses dois contextos abrem-se possibilidades de ganhos distintos para a formação. Enfim, entendemos que a psicanálise marca sua presença nas universidades brasileiras, mas sabemos que sua presença não é uniforme e suas especificidades devem ser observadas. Além disso, consideramos que sua presença não está garantida e tentaremos compreender alguns motivos que geram este desafio para a psicanálise em sua afirmação como mais uma

disciplina e campo de pesquisa dentro da academia.

Por outro lado, entendemos que ambos souberam valorizar a relação possível com outras disciplinas na constituição da psicanálise que conhecemos hoje. Ambos mostraram que a psicanálise não se basta sozinha como área do conhecimento. Ela surge e se desenvolve com suas particularidades, mas manteve diálogos vivos com outros campos do saber. Freud e Lacan empreenderam esses diálogos e se fundamentaram neles. Freud no texto sobre a psicanálise na universidade e Lacan (1975/2003) principalmente quando escreve “Talvez em Vincennes”, mostram a importância dessa interlocução. No entanto, frisamos que esses comentários, tanto de Freud e de Lacan se reservam mais à possibilidade da presença da psicanálise na universidade. Os autores não discutem a questão da pesquisa em psicanálise, Lacan (1969-1970/1992) faz somente o comentário sobre a tese de Anika Lemaire não avançando no tema.

Entre o ano de 1969 e 1970, período ainda mobilizado pelos acontecimentos de maio de 1968 na França, Lacan apresentou formalmente em seu seminário quatro temas referentes a quatro discursos diferentes que seriam as possibilidades de laço social. Sendo eles: discurso do mestre, discurso universitário, discurso da histérica e discurso do analista. Os elementos que ocupam os quatro lugares possíveis nos discursos (agente, trabalho, produção e verdade) são os elementos que foram surgindo ao longo dos anos do ensino lacaniano. Primeiro, S1 e S2 da sua apropriação da linguística e da atenção dada ao significante. Depois o \$, o sujeito barrado, que é produto do intervalo entre S1 e S2, pois um significante representa um sujeito para outro significante. Enfim o objeto pequeno a, ou simplesmente

objeto *a*, objeto causa de desejo como o resto, impossível de ser simbolizado, e o que resta desta divisão do sujeito. Então os quatro discursos condensam ou carregam nos seus elementos princípios fundamentais da psicanálise lacaniana. Seguem abaixo os matemas apresentados:



(Lacan, 1969-1970/1992, p. 29)

Lo Bianco (2010) propõe pensar a impossibilidade que é o encontro do discurso do analista com o discurso universitário, a relação de cada um deles com o saber e de que modo a psicanálise engendra seu ensino na universidade, o que ela produz quando está neste âmbito. Posto que a psicanálise opera desde um saber que não se sabe, um saber recalcado (sob a barra a/S_2) e o discurso universitário funciona através do saber como seu agente (S_2/S_1). Uma questão que a autora coloca em evidência, é o modo como o saber universitário projeta um domínio completo dos objetos que toma conta e ganha legitimidade por isso. Citamos seu texto: “Esse é o saber que veicula os achados científicos que informam as práticas cotidianas” (Lo Bianco, 2010, p. 169). Entendo que essa leitura nos aproxima do que Lacan (1970/2003) expõe e Castro (2013) retoma sobre o discurso universitário ser

o cão de guarda do discurso científico. Lacan (1970/2003) neste escrito chamado “Alocução sobre o ensino”, afirma que a ciência não seria dependente do discurso universitário, já o contrário parece se confirmar.

Em outro artigo sobre a constituição da investigação em psicanálise, Lo Bianco (2003), aponta para a clínica como o contexto que, balizado na transferência, no encontro com o sujeito do inconsciente, legitima o objeto de investigação da psicanálise. A psicanálise não pode existir independente de sua clínica, de sua prática. Fora de sua prática, sem a união dos pilares, teoria, método e investigação ela é reduzida a ser mais um saber que visa amestrar, dominar o sujeito, de modo que ela estaria excluindo-se da própria radicalidade que a constituiu, ou seja, o sujeito do inconsciente, do qual, *a priori*, não temos domínio algum. (Lo Bianco, 2010)

Ao autonomizar a teoria da psicanálise, não perder-se-á justamente o que Freud transmitiu? Essa cadeia de transmissão que Lacan buscou com rigor e alertou quando disse da necessária distorção que o seu ensino sofreria ao ser importado pelo discurso universitário? É evidente que deve existir o espaço para os avanços, a psicanálise não está pronta, mas, se cortarmos o laço com o texto freudiano, ainda estamos falando de psicanálise? Passando ao largo de todas as disputas teóricas das diferentes escolas da psicanálise, é o texto freudiano que as une, com diferentes leituras, nitidamente, mas existe um mínimo a ser levado em consideração: o inconsciente é aquilo que nos ultrapassa, que não temos como dominar.

2.2 Aproximações e distanciamentos da psicanálise na universidade: ensino ou transmissão?

Lacan (1966a/1998) encerra o seu texto “A psicanálise e seu ensino” publicado em 1957 afirmando:

Qualquer retorno a Freud que dê ensejo a um ensino digno desse nome só se produzirá pela via mediante a qual a verdade mais oculta manifesta-se nas revoluções da cultura. Essa via é a única formação que podemos pretender transmitir àqueles que nos seguem. Ela se chama: um estilo.(p. 460)

É a conclusão que dá após lançar a questão do que a psicanálise nos ensina e como ensinar a outros isto que ela nos ensina. Chama a atenção que Lacan abre esse escrito questionando a possibilidade do ensino e propõe uma resposta que fala sobre a transmissão.

Então, transmitir ou ensinar psicanálise? Freud (1919/2010) coloca como ensino no seu título, mas é possível ensinar psicanálise? Para fazer essa diferenciação recorreremos à formulação de Rosa (2001), onde se coloca o ensino no debate teórico baseado no acúmulo de conceitos para se chegar a uma solução. Em contrapartida na transmissão está implicada a condição da verdade, onde essa não é assimilada, a não ser de modo incompleto.

Esclarece a autora:

No embate da Psicanálise com outras abordagens deve ser evidenciado que a Psicanálise não enfatiza ou prioriza a teoria por si só, mas integra teoria, prática e pesquisa. O psicanalista não aplica teorias, não é o especialista da interpretação, nem mesmo da fantasia, posto que não é só aí que o inconsciente se manifesta; o psicanalista deve estar a serviço da questão que se apresenta. (Rosa, 2001, p.195)

A psicanálise parte do sujeito singular, da exceção, da maneira como cada um se arranja com o seu gozo, com a verdade que a repetição revela em certa medida, mas que não permite ser totalmente apreendida. No seguinte

trecho dos Escritos localizado no texto “A ciência e a verdade” de 1965, Lacan aborda duas questões relevantes para o nosso trabalho, a abordagem que a ciência faz em relação ao saber e a complexidade da transmissão da psicanálise:

Será preciso dizer que, na ciência, ao contrário da magia e da religião, o saber se comunica?

Mas devo insistir em que não é apenas por ser esse o costume, mas porque a forma lógica dada a esse saber inclui a modalidade da comunicação como suturando o sujeito que ele implica.

Tal é primeiro problema levantado pela comunicação em psicanálise. O primeiro obstáculo a seu valor científico é que a relação com a verdade como causa, sob seus aspectos materiais, ficou negligenciada no círculo de seu trabalho. (Lacan, 1966b/1998, p. 891)

A materialidade do sujeito da psicanálise não estaria então na sua positivação, mas justamente ali onde falta? Logo, nos deparamos com a dificuldade de transmitir algo dessa ordem. Fundamentalmente existe uma diferença na maneira pela qual a psicanálise e a universidade alocam o saber. A universidade propõe que quando falamos haja um domínio sobre o saber do qual estamos falando. Por outro lado, a psicanálise toma como regra fundamental propor que se fale livremente, sem a necessariamente saber conscientemente sobre o que se fala. Não objetiva alcançar a verdade como um todo representável ou um sentido completo. A especificidade da psicanálise passa pelo sujeito que fala de um lugar onde há um saber, mas um saber que não se reconhece como sabido, um saber inconsciente. (Freud, 1916/2010)

Na universidade é proposto o domínio do saber e a psicanálise reconhece que sempre existe algo que escapa a esse domínio. Já na segunda lição do seminário 2, Lacan (1954-1955/2010) trata sobre o excesso

de saber e o que diz respeito a produção de saber na análise: “Tudo o que se opera no campo da ação analítica é anterior à constituição do saber, o que não impede que, operando neste campo, tenhamos constituído um saber.”(p. 33), seguindo o texto: “É por esta razão também que quanto mais sabemos maiores são os riscos” (Lacan, 1954-1955/2010, p. 33). É possível extrair dessa passagem que Lacan critica uma psicanálise transmitida pronta, neste ponto equivocando-se do que é próprio da constituição da psicanálise e do seu modo particular de produção de saber. Um saber que se produz através das hiências do que não é dado *a priori*, do que se produz no encontro. Na análise o saber é produto deste encontro, “...de uma troca simbólica entre os seres humanos.” (Lacan, 1954-1955/2010, p. 35). Assim Lacan (1954-1955/2010) aponta a dimensão da experiência, do tornar-se flexível a ela e extraímos de nossa leitura que é disso que se trata quando apresenta a sua ponderação em relação ao excesso de saber do analista.

A partir dessa passagem podemos buscar pontos entre o encontro na análise (analista e analisando) e outros lugares que dizem respeito à implicação da psicanálise (supervisor e supervisionando; professor e aluno), pois incluem a transferência. Na análise se trabalha com os efeitos do inconsciente, no espaço entre analista e analisando, contando com a implicação do sujeito com esses efeitos a partir do seu questionamento sobre si, sobre algo que não sabe sobre si e supõe que o outro sabe (onde o analista é colocado na posição de sujeito suposto saber). Quando essa implicação do sujeito com sua falta, com suas questões a respeito do que lhe escapa não se produz, isso pode levar o sujeito a interromper, ou ainda, não iniciar uma análise. Consideramos que aqui pode-se pensar um ponto de

aproximação com a transmissão da psicanálise, pois talvez seja nesse campo dos efeitos do encontro com a psicanálise que quem vivencia esse espaço se implica e a partir daí um movimento pode se produzir.

3. Desdobramentos para a direção da pesquisa

Após realizar uma revisão bibliográfica do tema e explorar a presença da psicanálise na universidade, levando em consideração quatro teses de doutorado sobre o tema (Sbano, 2004; Castro, 2006; Kessler, 2009; Fontelles, 2015) notamos que as nuances dessa presença são diversas, constituindo assim um campo demasiadamente amplo para dar conta em nossa atual pesquisa no âmbito de uma dissertação de mestrado, dificultando a delimitação do campo de investigação. No entanto ao retomar nossa proposta de investigação sobre o ensino e a possibilidade de transmissão da psicanálise na universidade, encontramos a pesquisa e em particular a escrita da clínica nas pesquisas empreendidas no âmbito acadêmico como uma questão em aberto e merecedora de maior atenção ao longo da construção do nosso trabalho. No que diz respeito aos impasses, vemos a questão da formação e a sempre presente questão da cientificidade da psicanálise que conta com sua fundamentação e aponta para um debate com avanços. Entre eles: o trabalho de Bucher & Celes (1984), o debate de Beividas (1999a; 1999b) e Elia (1999), o artigo de Lo Bianco (2003) e o livro de Dunker (2011). Assim a pesquisa com a clínica psicanalítica na universidade tem à frente o desafio de fazer parte de um espaço que não é destinado exclusivamente para si como existe na instituição analítica, então essa tensão pode atualizar a teoria, a clínica e a formação psicanalítica. Ao ingressar na universidade o psicanalista é convocado a revisitar os

fundamentos do que é a especificidade da psicanálise e seu método. Finalmente, partindo da ideia de que a clínica é o lugar privilegiado da pesquisa psicanalítica, nos questionamos se a pesquisa dos efeitos da clínica psicanalítica e por consequência a sua escrita podem ser a possibilidade de uma transmissão no contexto acadêmico?

Dunker (2011) expõe que a discussão sobre a relação da escrita e a verdade é anterior à psicanálise. A tensão entre a clínica que acontece e a clínica que se escreve resulta em diferentes metodologias psicanalíticas de investigação na clínica. Assim, o caminho que surgiu como cenário para a nossa pesquisa foi a investigação sobre as diferentes propostas metodológicas de pesquisa com a clínica psicanalítica. Um ponto de mobilização para empreender esse caminho é o relato que Fonteles (2015) faz a respeito da falta de exposição da metodologia nas pesquisas em psicanálise, fazendo interrogar o motivo desta situação. Outro autor a expor a omissão na metodologia de apresentação dos efeitos da clínica é Porge (2009), que ainda alerta para os efeitos negativos desse modo de proceder para a psicanálise. Ainda nos encontramos convocados por Dunker; Jerusalinsky & Voltolini (2008) na afirmação de que a questão da metodologia foi por muito tempo colocada em espera, mas mesmo assim as pesquisas deram um passo adiante do que as discussões sobre sua metodologia.

Encontramos em Freud (1933a/2010) no texto “Acerca de uma visão de mundo” que a psicanálise não é uma visão de mundo, como a religião, não pretende ser uma teoria completa e não visa a uma unidade e *a priori* não pode garantir um resultado. Assim nos aproximamos da ideia de Lacan (2007) que a psicanálise é o avesso do discurso do mestre, este sim

funcionando como uma visão de mundo, um saber que se pretende absoluto. Não se sustentando efetivamente como absoluto, de modo que no lugar da verdade está o sujeito barrado (\$), isto é, o sujeito em falta. Portanto, o inconsciente, o objeto da psicanálise, o respectivo campo de investigação parte de um furo no saber.

Althusser (1984) refere que há alguma dificuldade em definir a psicanálise e de se ter uma coesão entre os seus conceitos, mas que a prática analítica e seus efeitos não deixam dúvida. Mas, é possível colher ou demonstrar os efeitos da prática analítica? E por quais caminhos? Freud demonstrou a interlocução que fez entre a clínica e a teoria a partir de seus casos clínicos descritos com grande riqueza de detalhes, com a descrição breve de diferentes casos ao tratar da psicopatologia ou ainda do relato de diversos sonhos, inclusive os seus, para apresentar as manifestações do inconsciente em um movimento dialético entre clínica e metapsicologia. Seria a partir da escrita da clínica, que podemos transmitir os seus efeitos? Paul-Laurent Assoun, questiona a noção do fato e sua transmissão na experiência da clínica. Cito seu texto:

Como podemos atribuir o estatuto de “fato” à um evento da nossa experiência, que seja suscetível de compartilhar o seu caráter empírico?

Daí a questão da transmissão: como informar – ao outro tanto quanto a si – esses fatos que nós somos os receptores, senão, os observadores, no coração da experiência de fala do sujeito? (Assoun, 2007-8, p. 13, tradução nossa)¹

1 “Quand nous parlons d'un « fait » de notre expérience, qu'entendons-nous par là? Comment attribuons-nous le statut de « fait » à un événement de notre expérience, qui soit susceptible d'en faire partager l'empiricité? D'où la question de la transmission: comment porter à la connaissance – de l'autre autant que de soi – ces faits dont nous sommes les récepteurs, sinon les observateurs, au cœur de l'expérience de parole du sujet?”

Chegamos às questões-chave para a nossa pesquisa interrogando como é possível pesquisar com a psicanálise nas universidades. O que motiva cada uma dessas metodologias de pesquisa e escrita da clínica? Para quem é destinada essa escrita? Esse caso clínico diz respeito ao paciente? Diz respeito ao psicanalista que escreve, outorgando-lhe a autoria? Ou a ambos? E afinal, por que se escreve um caso clínico? Logo, indagamos como são forjadas essas ferramentas. Até o momento, entendemos as propostas de escrita e investigação da clínica como apostas para dar conta do impossível que é transmitir ou ensinar a psicanálise e também evidenciar seus efeitos.

3.2 O psicanalista entre a ética da psicanálise e o comitê de ética na universidade

O sigilo envolvido na publicação de escritos já era uma preocupação de Freud desde sua decisão de publicar o caso Dora em 1905, 5 anos após o término dessa análise (Barth, 2008). Freud (1905/20/16) encontrava-se na paradoxal posição de ter sido acusado de não escrever, não tornar públicos os seus achados e estar prestes a ser criticado por fazê-lo. O paradoxo segue atualmente e faz parte do cotidiano dos psicanalistas.

Outro desafio da escrita envolvendo um atendimento clínico, seja qual for a metodologia escolhida para essa escrita, é a passagem do projeto de pesquisa pelo comitê de ética e o termo de consentimento livre e esclarecido como exigências universais para pesquisas com seres humanos. Sabemos da importância de tais exigências e da proteção que os comitês promovem em relação ao bem-estar dos sujeitos envolvidos em uma pesquisa. Mas também estamos cientes que muitas exigências são aplicadas visando cuidados em procedimentos médicos e farmacológicos experimentais. Tais

riscos não se aplicam a muitas outras pesquisas que envolvem dados colhidos com seres humanos. No caso da psicanálise estas exigências podem levar a impossibilidade da realização de uma pesquisa com material clínico, Poli (2006) entende que as exigências dos comitês de ética são baseadas em critérios normativos genéricos. Levamos em consideração que cada disciplina tem suas especificidades, quando falamos da psicanálise vemos o rompimento que ela operou com as outras disciplinas, inaugurando um campo novo e operando a partir dos conceitos de inconsciente e transferência. Conceitos que balizam a singularidade de cada sujeito que é abordado por esta disciplina. Ou seja, determinadas generalizações são complicadores no trabalho de pesquisa do psicanalista. “Não há, pois, para a psicanálise – e este é um achado clínico – um sujeito abstrato e universal a regular a epistemologia e a ética de sua prática.” (Poli, 2006, p.12). A psicanálise por sua ética não propõe que uma análise seja conduzida com fins de pesquisa, Freud (1912/2017) já alertava que esse interesse seria um impedimento para a contrapartida da regra fundamental, ou seja, atrapalharia a atenção flutuante. Logo, o analista não sabe de antemão, quando aceita um paciente em análise, se o que se passa ali em transferência vai ser objeto da escrita ou de uma pesquisa no futuro. Essa é uma questão que só depois poderá emergir.

Sendo comum a exigência que seja apresentado na universidade um termo de consentimento livre e esclarecido a respeito da participação de uma pesquisa antes de iniciar o atendimento que possa levar a este fim ou mesmo antes que o pesquisador escreva sobre esse atendimento em sua pesquisa, mesmo que esse atendimento ou análise esteja concluído. Por ser a

transferência um pilar fundamental de uma análise, a inclusão de um termo a ser assinado pelo paciente que inclui a possibilidade de sua participação em uma pesquisa de seu analista não é sem consequências para a relação transferencial. Dallazen et al. (2012) expõe algumas possíveis:

No momento em que o analista inclui numa sessão um pedido seu que é regido por seu interesse de pesquisar um tema ou um sujeito, já não está sendo abstinente e neutro para exercer a escuta do que emergirá do inconsciente, rompendo com a ética própria à Psicanálise. O paciente passará a ter que lidar com uma demanda que não é sua, que não é o que lhe traz ao consultório do analista, e fica comprometido o combustível da análise, a saber, a transferência e o vínculo de confiança necessário para o andamento do processo. (p.50)

É evidente que cada metodologia por suas particularidades se depara com as dificuldades de submeter um projeto de pesquisa envolvendo a clínica de maneiras diferentes e lança mão de diferentes argumentos para garantir que a ética da psicanálise não se dilua em procedimentos institucionais e nem que esses sejam simplesmente descartados ou subtraídos.

Ao levar esse desafio em consideração não podemos negligenciar as questões que levanta: o sigilo e a necessidade ou a razão de escrever a partir da clínica. A questão parte da decisão de publicar ou não e ainda como realizar esta escrita. Se fez necessário abordar previamente esse desafio que a psicanálise encara no ambiente acadêmico, no sentido de manter esse tema vivo.

III. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Antes de propor a metodologia de investigação é necessário elucidar algumas especificidades desta para a psicanálise. Kessler (2009) lembra que para o discurso científico se pretende a previsão, a normatização e a regularização de fórmulas e teorias. Ao que a psicanálise se propõe, está a

subjetividade, a excentricidade e a complexidade do sujeito. Sujeito que, por excelência, é o sujeito dividido. Encontra-se neste campo a especificidade da investigação em psicanálise, o sujeito do inconsciente. Partindo desse ponto, a razão não dá conta do inconsciente, há algo que fundamentalmente escapa e isso deve ser levantado como sustentáculo da psicanálise e do seu rigor. Assim, discorre o autor: “Podemos ver aí o quanto um saber jamais pode ser tomado como uma totalidade, um sistema que poderia se fechar, se completar” (Kessler, 2009, p. 60). Ao fazer essa diferenciação entre o discurso científico e a psicanálise estamos excluindo a psicanálise do seu lugar entre as ciências? A psicanálise propõe uma novidade no campo do conhecimento:

... os critérios de cientificidade fundados na física (ou nas ciências da natureza) passam a não ser adequados para resgatá-la como ciência. De tal maneira, ainda, que a psicanálise, se se impõe como disciplina científica, impõe igualmente uma revolução nos critérios de cientificidade. (Bucher & Celes, 1984, p.78)

Seria generalizar excessivamente dizer que ciência e psicanálise são diferentes. Freud inicia suas investigações a partir de sua experiência na ciência tradicional de sua época, sua investigação deu-se na direção do que aquela ciência não dava conta (Lo Bianco, 2003; Lo Bianco & Sá, 2006). Foi um corte que Freud realizou diante do paradigma científico: “... corte que se repete e que cada analista *tem* que repetir, tanto no início de sua formação quanto no exercício cotidiano de sua função.”(Bucher & Celes, 1984, p. 85) Entendemos que a colocação dos autores nos situa quanto ao lugar que o analista deve ocupar, ou melhor, a posição que ocupa diante do analisante e por consequência no seu posicionamento metodológico. Não faz sentido posicionar-se como detentor do saber, com a ilusão de que detém algum

saber sobre o analisando, qualquer saber totalizante sobre o outro ou sobre a psicanálise. Brauer (2001) indica como marca da psicanálise a impossibilidade de previsão ou generalização na clínica. Seguindo este pensamento, reconhecemos o sujeito como falta-a-ser e o objeto a na operação do sujeito, como causa de desejo, fundamentalmente perdido.

A psicanálise tem em sua investigação o inconsciente, que por sua própria lógica não pode ser isolado e apreendido integralmente. De maneira que Lacan (1964/2008) propõe no seminário 11, que o inconsciente é ético e não ôntico. O sujeito do inconsciente tem uma presença evanescente, que se dá na hiância entre os significantes. Sobre o sujeito e o significante, a definição de Coutinho Jorge (2002) nos apresenta um pouco dessa impossibilidade de apreender o inconsciente: “É passível de ser representado sim, mas sempre parcialmente, *entre* dois significantes. Por essa razão, Lacan indica a ambiguidade que está em jogo nessa representação formulando que o sujeito ao mesmo tempo em que é representado, também não é representado.” (p.23) Não podemos isolar o momento em que se manifesta o inconsciente ou atestar sua presença, mas podemos ter um certo alcance dos seus efeitos, no *après-coup*.

Lacan (1966b/1998) considera que foi pela influência da cientificidade da sua época que Freud encontrou-se na possibilidade de investigar e fundamentar o inconsciente. Essa elucidação das influências na formação de Freud foram abordadas por Lo Bianco (2003) e Lo Bianco & Sá (2006), mostrando que Freud parte de contextos de pesquisa e produção de conhecimento pautados por princípios de ciência vigentes em seu tempo. Freud integrou pesquisas em fisiologia na Universidade de Viena onde a

verdade só poderia ser aceita a partir de funcionamento físico e químico. Nota-se que essa influência seguiu Freud ao longo do desenvolvimento da psicanálise, pelo rigor buscado por ele. Assim, a psicanálise tem historicamente uma interferência da cientificidade de sua época, no entanto, não seria uma influência que limita seu objeto pelos cânones vigentes, ao contrário, pelas arestas, pelo que escapa, advém suas produções de saber. Foi em uma busca por não cair em um subjetivismo e nem se equivocar na crença de um empirismo puro que Freud fundamentou a psicanálise.

Aqui precisamos nos deter em uma questão fundamental. Freud quando investiga as manifestações do inconsciente: sintomas, sonhos, chistes, atos falhos e esquecimento de nomes, se debruça sobre falas sem sentido e que fogem da vontade consciente dos sujeitos que ele escuta. É nesta vacilação do sentido, mais do que algo simplesmente inexplicável, mas algo que invade o discurso do paciente, o não senso, que Freud encontra sua certeza.

Lacan (1966b) vai propor que o sujeito da psicanálise foi ejetado pelo discurso científico. A investigação freudiana se deu sobre manifestações rechaçadas pela ciência de sua época, mas nem por isso menos presentes na experiência humana. Uma possível elucidação sobre o sujeito em Freud é dada pelos autores: “Funda-se apesar e contra o saber, porque funda-se no não-senso” (Bucher & Celes, 1984, p. 81). O sujeito não se encontra na razão, mas está em outro lugar que escapa ao domínio do saber.

O trabalho de investigação em psicanálise implica uma metodologia própria desta disciplina. No entanto, sem pré-conceber um objeto positivo, mensurável, como é possível definir o procedimento metodológico? É

possível que por esta pergunta se apresente uma motivação para a presente investigação, a metodologia se mostra como um local de conflito entre o discurso da psicanálise e a universidade. Elia (1999) diferencia a psicanálise das ciências humanas, mostrando que a psicanálise não trata de uma qualificação do sujeito, mas considera o real no sujeito. Por tratar do sujeito sem qualidades, do sujeito do inconsciente, o autor mostra o sujeito da psicanálise como ejetado do campo da ciência. Por conseguinte não haveria a possibilidade de basear-se em um delineamento metodológico prévio, mas a inclinação é no sentido da metodologia ser elaborada no processo de problematização da teoria.

Em um levantamento de estudos para problematizar a investigação em psicanálise, Lo Bianco (2003) nota a psicanálise deve reconhecer a sua especificidade, seu objeto próprio de estudo, o inconsciente. “O inconsciente se constitui, se faz presente no ato mesmo da escuta do analista, no momento mesmo da presença do analista junto a quem fala” (Lo Bianco, 2003, p. 119). É pela escuta do sujeito, do inconsciente, da pulsão e da repetição.

Encontramos no trabalho de Juranville (1987) uma discussão sobre a constituição da psicanálise como uma ciência em Freud e em Lacan, especialmente no que concerne à questão da existência do inconsciente. O autor se detém sobre bases epistemológicas e as ferramentas metodológicas usadas por cada um em seus avanços. Lembramos que Freud, oriundo de uma tradição racionalista e evolucionista, se propõe a demonstrar empiricamente o inconsciente, buscando expor isso em seus casos clínicos, em estudos sobre a cultura e até em obras de arte. Freud buscou exemplos

“materiais” ou nos efeitos que evidenciava para provar a existência do inconsciente. Lacan teve a influência da filosofia alemã, do estruturalismo, da linguística de Saussure e de Jakobson, para citar algumas, pois reconhecemos também as suas articulações com a matemática e com a topologia. Uma conclusão proposta pelo autor é de que a partir dos desenvolvimentos de Lacan através da lógica, pela sua proposta da dimensão do significante no inconsciente, não é preciso tomar o trajeto de verificação experimental da materialidade do inconsciente.

Alguns dos problemas na tentativa de demonstrar a existência do inconsciente passam pela dependência da transferência para evidenciar os seus efeitos, e tais efeitos não são possíveis de ser medidos, definidos univocamente ou catalogados. Mesmo que a psicanálise surja propondo uma terapêutica nova para os sintomas dos sujeitos em sua época e obtendo resultados. Sua ação não deu garantias da existência do inconsciente, como demonstra Juranville (1987): “O inconsciente caracteriza um certo tipo de processos psíquicos tais que produzem fenômenos, comportamentos ou pensamentos cujo sentido não pode ser antecipado.” Segue, “É preciso deixar que o inconsciente se dê e, portanto, evitar abordá-lo com os aparelhos da finalidade própria do mundo.” (p. 39). Se o debate sobre a cientificidade da psicanálise encontra-se aberto desde Freud e Lacan, a questão da pesquisa e da metodologia em psicanálise também. Para iniciar esse diálogo, podemos recorrer a Freud (1923b/2011), quando define que a psicanálise é um método de investigação, uma teoria e uma terapêutica. Assim, seriam indissociáveis esses três registros da atuação da psicanálise.

Baseando-se no reconhecimento de que há um trabalho sempre aberto da construção da psicanálise, pois a mesma não está pronta, o que inclui a possibilidade do processo de pesquisa ter efeitos em quem está implicado nela, Alberti (2002) indica que os conceitos serão sempre verificados, ou postos à prova de sua validade no âmbito da experiência. Quando trata da metodologia de investigação em psicanálise, Kessler (2009) mostra que o saber produzido pela psicanálise é uma leitura, entre tantas, e que se produz pela singularidade do sujeito. Assim, a metodologia que é possível propor para essa investigação, não passa por uma metodologia experimental, com a formulação prévia de hipóteses, mas com a construção e problematização a partir dos desenvolvimentos da psicanálise. A escolha pela linha metodológica a ser traçada, é caminho sempre aberto a ser feito na psicanálise, todavia podendo recorrer aos estudos já realizados. E aqui incluímos a dimensão da transferência do pesquisador com os textos, incluindo os textos fundadores. (Elia, 1999)

Ainda sobre a investigação em psicanálise: “Por não se tratar de um procedimento empirista, contudo, não se pode atribuir exclusivamente ao contato com o discurso do paciente, com a clínica, a possibilidade da conceituação psicanalítica” (Lo Bianco, 2003, p. 120). Então, justifica-se o lugar da investigação teórica produzindo pontos de discussão para uma leitura do tema. Uma investigação delimitada com rigor da psicanálise que cotejamos nesta seção metodológica no horizonte.

Assim, nossa pesquisa se deu em um estudo teórico (Couto, 2010), das metodologias de pesquisa clínica selecionadas. Sendo elas: duas propostas diferentes da construção do caso, a escrita do caso, o traço do

caso e o fato clínico. Investigamos como elas foram propostas inicialmente realizamos uma descrição de seus fundamentos. Em função da nossa revisão, nos inclinamos em privilegiar o traço do caso e o fato clínico. Realizamos nossas buscas por bibliografia que contivesse proposições teóricas e/ou clínica a partir da metodologia do Traço do Caso e do Fato Clínico nas bases de dados seguintes: *Scielo*, *Pepsic*, *Biblioteca Virtual em Saúde*, *Google Acadêmico*, *Lilacs* e *Cairn*. Buscamos pelo nome das metodologias como palavras-chave em um primeiro momento não encontrando artigos que trabalhassem com essa metodologias. Logo, passamos a pesquisa com a decomposição dos nomes das metodologias em conjunto com a palavra-chave psicanálise.

Nosso critério de seleção dos artigos, dissertações e teses passou em um primeiro momento pela verificação do emprego dos autores fundamentais dessas propostas e da utilização uma ou das duas metodologias na discussão com o material clínico apresentado. Diante dos poucos resultados a partir desta busca, a maneira mais eficaz para encontrar bibliografia foi trocar as palavras-chave na busca pelo sobrenome dos autores fundamentais de cada uma das metodologias. Outro recurso para encontrar os textos fundamentais e pertinentes foi através das referencias bibliográficas contidas nos primeiros trabalhos que citavam essas metodologias que tivemos contato. Chegamos a essas referencias fundamentais (Czermak, 2007-08); Assuon, 2007-08) que serviram de base para nos aproximarmos do conceito de fato clínico para em um segundo momento ter contato com o material clínico apresentado em Czermak & Veken (2008). Por outro lado Dumézil & Brémond (2010) foi uma referência que conjugou esses dois aspectos e é

fundamental para trabalhar com o traço do caso, foi um caminho que os próprios artigos (D'Agord, 2005; Barth, 2008; Bernardino, 2010; Siqueira & Queiroz, 2014) indicaram que deveríamos fazer já que é a obra que atesta a fundação desse dispositivo/metodologia.

Nossa escolha se delineou durante a construção do projeto e da qualificação do mesmo em conjunto com as indicações dos professores que compuseram a banca. Assim decidimos por este tomar este caminho pesquisa pela potencialidade que essas metodologias tem em responder à dificuldade de escrever a partir da clínica demonstrando seus efeitos que a psicanálise enfrenta, como apresentamos em nossa revisão bibliográfica e nesta seção metodológica.

IV. CLÍNICA E PESQUISA

1. Abordagem da eficácia como função e objetivo da publicação de casos clínicos

O caso clínico em psicanálise é uma ferramenta argumentativa de sua eficácia clínica (Dunker, 2011). A questão foi abordada por Freud nas novas conferências: “A eficácia terapêutica da análise é restringida por uma série de fatores significativos e quase inexpugnáveis.” (Freud, 1933b/2010, p. 317). Depois, em “*A análise finita e a infinita*”, onde Freud (1937/2017) coloca em exame o que seria o término de uma análise e a hipótese de um possível alcance de uma “normalidade”. Freud entende que as condições para o estabelecimento do término passam pela constatação de que o paciente deixou de sofrer com seus sintomas tenha superado as ansiedade e inibições, como também o material inconsciente e recalado tenha se tornado

consciente. Contudo, o autor adverte que a eficácia está sujeita aos fatores constitucional e acidental para o reestabelecimento da psicopatologia.

Também foi constantemente questionada por Lacan no seminário do “Ato analítico”, onde além de deter-se sobre o que seria o ato em psicanálise, propõe pensar o fim de análise. A aposta que retiramos da leitura deste seminário parte da proposição de Lacan (1967-1968) que o fim da análise produz um analista. “O final da análise consiste na queda do sujeito suposto saber e sua redução ao advento desse objeto “a”, como causa da divisão do sujeito, que vem ao seu lugar” (Lacan, 1967-1968, p. 89). Assim ao vir a ser psicanalista o objeto a entra na posição do sujeito suposto saber.

Antes de abordar o fim da análise Lacan, abre o seminário trazendo sua definição de ato, e o situa em um campo semântico diferente do agir. Arriscamos aqui em conjunto com a leitura desse seminário de Lacan que o ato em psicanálise pode ser situado em diversos momentos de uma análise, só sendo possível colher um resto e os seus efeitos depois, assim como um ato falho, que é cometido e do qual não podemos mais voltar atrás para retirá-lo – pois há a partir daí uma marcação, entre um antes e um depois de cometê-lo. Ainda, como marca Freud (1913/2017) em sua leitura do início e do fim da análise comparado ao jogo de xadrez, Lacan (1967-1968) também marca esses dois momentos na sua relação com o ato analítico: “Encontramos o ato na entrada de uma psicanálise” (p.4). O ato de início, de entrada de uma análise, onde o analisando se situa ante a miragem do sujeito-suposto-saber e o fim quando da queda deste, da travessia da fantasia. No ato está a passagem de psicanalizando para psicanalista.

“Está comprovado que a psicanálise obtém resultados terapêuticos. O que já não é tão certo é saber como” (Porge, 2009, p. 9). É assim que Érik Porge escreve as primeiras linhas da introdução de seu livro sobre a transmissão da clínica psicanalítica. O problema abordado pelo autor, sabemos, não é inaugural. Porge (2009) cita que Freud e Lacan entendem que a cura na psicanálise vem a mais, tendo em conta o texto *Análise terminável e interminável* de Freud (1937/2017) e o ensino de Lacan (1959-1960/2008) no seminário sobre a ética. Partindo do axioma “a cura vem a mais” devemos estar advertidos que a cura não deve estar excluída de ser uma função da psicanálise. Mas que o objetivo de uma análise não é a retirada de um sintoma, de responder a demanda que o sujeito apresenta para o analista. Freud (1933b/2010) comentou com ressalvas a atitude de colegas psicanalistas em empreender experiências que levassem a análise a cabo em um período mais curto.

A expectativa de poder curar toda neurose talvez derive, suspeito, daquela crença leiga de que as neuroses são algo inteiramente supérfluo, que não tem direito de existir. Na verdade, são afecções graves, constitucionalmente fixadas, que raramente se limitam a algumas irrupções, geralmente persistindo por longos períodos ou pela vida inteira. (Freud, 1933b/2010, p. 317)

A demanda tem função no início da análise, na instauração do sujeito suposto saber, como um suporte para a análise. Desde uma posição prevenida de que não deva encarnar o sujeito suposto saber, mas fazer semblante, o psicanalista não contesta a demanda. O que comanda a função do analista é a causa do desejo, então pode-se dizer - mas não somente - que é a partir de uma subversão da demanda que o analista dará condições para que o analisando trabalhe desde sua condição de sujeito dividido. (Lacan, 1967-1968)

Freud destacou um lugar outro que a psicanálise ocupa em relação as terapias:

Disse-lhes que a psicanálise começou como terapia, mas não pretendi recomendá-la ao seu interesse como terapia, e sim pelas verdades que contém, pelos esclarecimentos que nos dá sobre o que mais importa ao ser humano, a sua própria natureza, e pelas conexões que revela entre as suas mais diferentes atividades. Como terapia, é uma entre muitas, embora, é verdade, *prima inter pares*. Se não tivesse o seu valor terapêutico, não teria sido descoberta no trato com doentes e desenvolvida por mais de trinta anos. (Freud, 1933b/2010, p. 321)

Porge (2009) entende que a psicoterapia tem uma abordagem adaptativa, que por um lado é um triunfo, mas por outro é sua limitação. Situa que objetiva a melhora sintomática e se detém aí, confere aos sintomas um lugar que a psicanálise diverge por sustentar uma clínica do sujeito que é causado por uma falta, ou seja, desejante. Notemos o movimento constante de críticas dos psicanalistas a um sistema global de classificação de sinais e sintomas para a atribuição de um diagnóstico encontrado nas últimas edições do DSM. Há sempre a necessidade de demarcação desse lugar outro que a psicanálise ocupa diante do sujeito. Assim como destacamos que existem diferenças entre a psicanálise e a psicoterapia, vemos que os objetivos e efeitos de uma e de outra tem consequências também no campo de investigação e demonstração. Assim, entendemos que a psicanálise instaura uma diferença radical na clínica, pois de partida se diferencia das psicoterapias e outros métodos de cuidado no que concerne aos objetivos diante do sujeito que demanda livrar-se do seu sofrimento.

2. Argumentos sobre a publicação de casos

Como demonstrar os efeitos da psicanálise? Ou ainda como demonstrar os efeitos de uma análise? Desse encontro único entre psicanalista e analisante. Essas dificuldades, no nosso entendimento, vão desde a demonstração da psicanálise como disciplina acadêmica que produz pesquisas até a comunicação e discussão de casos clínicos entre os pares nas instituições. Tendo em conta as impossibilidades no compartilhamento de diversos conceitos sobre a metapsicologia e a condução da clínica pelas diferentes escolas, como expôs Dunker (2011). A implicação do leitor é necessária para Porge (2009) no que diz respeito à transmissão dos efeitos de uma análise através da escrita. Mas devemos ter cautela sobre o argumento da implicação do leitor, já utilizado por Freud, Dunker (2011) observa que ao tomar esse argumento a psicanálise adere ao risco de se excluir de qualquer debate no campos das ciências. Assim, os efeitos da psicanálise só seriam demonstráveis aos que compartilham desse discurso.

Ainda, o autor expõe diferenças entre a descrição de um caso e a narrativa dele. No que diz respeito a descrição encontramos uma lógica de apresentação de sinais e sintomas ou simplesmente do que se passou na história clínica do paciente. Já a narrativa, compreende que o clínico assuma um lugar de enunciação naquele processo terapêutico com o paciente. Como Dunker (2011) nos alerta em seu texto é preciso compreender qual é a finalidade da escrita de um caso, a que ela se presta. O segundo se baseia na descrição e na demonstração de uma eficácia terapêutica, serve como um caso de exemplo de sucesso, ou vários casos que dão esse exemplo e podem a partir daí fundamentar uma prática nova no campo médico. Logo, esses casos clínicos obtêm um valor de generalização, pois orientam as

intervenções nos casos de mesmo “tipo”. Por consequência outra diferença já é posta, pois há dificuldade de generalização da psicanálise como um único processo terapêutico. Ademais internamente a psicanálise tem diversas diferenças teóricas, mesmo que certos conceitos básicos se mantenham, não poderíamos equivaler todos os processos. Existe ainda a impossibilidade de que uma prática clínica seja reconhecida como analítica *a priori*, só é possível reconhecer a partir dos efeitos que são possíveis de recolher (Figueiredo, Nobre & Vieira, 2001).

Em suas conferências introdutórias, Freud (1917/2010) comenta a crítica sobre a publicação de casos de análise que não foram “bem-sucedidos”. Entende que mesmo que se encoraje a escrita com objetivo de compilação estatística dos casos ditos “bem-sucedidos” é impraticável equivaler mais de um caso.

Lembrei que uma estatística não tem valor quando os itens nela reunidos não são suficientemente homogêneos, e os casos de neurose tratados não eram, de fato equivalentes em variados aspectos. Além disso, o período que podia ser abarcado era demasiado breve para se avaliar a durabilidade da cura, e muitos casos não podiam ser relatados. (Freud, 1917/2010, p. 611)

Freud (1933b/2010) retoma esse tema nas novas conferências introdutórias.

Lembra ao leitor que uma das críticas feitas à psicanálise baseava-se na falta de apresentação estatística dos êxitos terapêuticos. Desta vez Freud contra argumenta indicando a leitura do relatório referente aos dez anos de atividade do Instituto Psicanalítico de Berlim. Todavia, segue com sua posição pouco otimista em relação aos dados estatísticos, assim comenta o relatório: “Os sucessos terapêuticos não dão motivo nem para gabar-se, nem para envergonhar-se. Mas as estatísticas não são instrutivas, o material trabalhado é tão heterogêneo que apenas números muito grandes diriam

algo. É melhor indagar as próprias experiências individuais.” (Freud, 1933b/2010, p. 315). Ele ainda compreendia que parte dos insucessos se devia às limitações da psicanálise com o tratamento de estados narcísicos e psicóticos. Então afirma que se excluíssemos de antemão tais casos a psicanálise poderia apresentar estatísticas mais satisfatórias sobre sua eficácia terapêutica. Esta é uma prática insustentável, como o próprio Freud (1933b/2010) observa, pois além das dificuldades em definir um diagnóstico não é possível ter com segurança esse critério através das queixas iniciais quando o paciente solicita uma análise. Neste campo de debate, Laurent (2003) entende que o principal método de compartilhamento do que é a clínica psicanalítica que se pratica nas instituições é o caso. Mas que diante da ciência e do método estatístico, o caso, que é sempre único perde valor.

A crise do relato de caso em psicanálise, o fato de que não se saiba mais muito bem como redigi-lo e a variedade do modo de narrativa admitida, designam um mal-estar. Este parece se organizar em torno de um certo número de falsas oposições e de falsos dilemas. Citemos, nessa desordem, o qualitativo contra o quantitativo, a vinheta contra o caso desenvolvido, a monografia exaustiva, as grandes séries, contra o isolamento das variáveis pertinentes do caso isolado. Os cientistas bufam diante do inscrever o relato de caso psicanalítico no quadro do *single case experiment*, quando certos psicanalistas os incitam a isso. O que é, então, uma experiência que depende tão estreitamente do laço observador— observado, como é aquela que a transferência instaura? (Laurent, 2003)

O autor argumenta que a psicanálise não é uma ciência exata, pois se fosse não seria possível ou necessário retirar aprendizado dos escritos freudianos. Vejamos que além dos autores das escolas pós-freudianas, até os dias atuais se produzem pesquisas sobre os casos publicados por Freud. Eles inauguram balizas, fundamentos para a clínica mas não encerram as questões sobre a teoria, o método e a técnica.

Retomando a crítica de Fliess à Freud no artigo de Meehl (1994), Widlöcher (1995/2017) questiona se os casos publicados não são apenas a expressão dos pensamentos próprios do analista sobre os seus pacientes. Para Widlöcher (1995/2017) as regras que fundamentam a prática da psicanálise e o método no qual ela se baseia divergem das regras da pesquisa científica. O autor entende que a escrita de casos clínicos em psicanálise tem por seu principal objetivo o aprimoramento do conhecimento sobre a sua prática e não o estatuto de produção de ciência. Seu argumento coloca a maioria das publicações de caso em psicanálise em uma função institucional, de formação e de reafirmação de identidade comum e de compartilhamento de um discurso.

Deve se reconhecer que os progressos da psicanálise revelam mais uma questão de lógica prática do que de lógica científica: gradualmente foi possível admitir inovações práticas como a análise de defesas ou a utilização da contratransferência em função do conhecimento do processo analítico.” (Widlöcher, 1995/2017, p. 130, tradução nossa)²

Ainda cita a controvérsia entre Anna Freud e Melanie Klein na Sociedade Britânica de Psicanálise, demonstrando que o critério de utilização de conceitos ou de práticas em questão não era o fato clínico.

Em um debate contemporâneo, Golse e Vanier (2017) entendem que a ciência vem ocupando uma função de religião na nossa sociedade, como sendo capaz de fornecer respostas à tudo e verdades absolutas. Exemplos comuns são a utilização da frase “comprovado cientificamente” ou “isso é científico” para a garantia de vendas de produtos ou defesa de argumentos nos meios de comunicação. Mas esse lugar em que é colocada a ciência,

² “Il faut reconnaître que les progrès de la psychanalyse relèvent plus de la logique praticienne que de la logique scientifique: c’est progressivement que l’on a admis des innovations pratiques comme l’analyse des défenses, ou l’utilisation du contre-transfert à fin de connaissance du processus analytique.”

nada tem a ver com o que ela se propõe ou como ela realmente avança em seus diversos campos do conhecimento. Os autores questionam se a psicanálise deve atentar-se para o fato de que para reinventar-se deve observar esses avanços, tanto fazendo sua análise crítica quanto observando as contribuições que as neurociências podem ter para o seu escopo.

Segundo os autores a existência da Sociedade Internacional de Neuropsicanálise e suas produções demonstra que sim. Interrogações comuns e interdisciplinares podem levar a questões a serem aplicadas em pesquisas pela psicanálise e pelas neurociências. Apesar dessa visão otimista das produções dessa sociedade, Golse e Vanier (2017) alertam que uma das consequências dessa articulação é a confusão entre as bases epistemológicas de cada uma dessas disciplinas, sendo que o desafio se encontra em empreender uma reflexão sobre: "...uma articulação conceitual entre causalidade física e causalidade psíquica (ou interativa) – articulação que respeite as diferenças epistemológicas das diferentes abordagens."(Golse e Vanier, 2017, p.11-12, tradução nossa)³. Assim, não se pretende uma absorção de uma disciplina pela outra e um passo mais radical que seria a validação de uma pela outra por seus métodos particulares.

A título de exemplo, a abordagem cognitiva dos mecanismos de esquecimento não se situa no mesmo plano que o dos mecanismos psicodinâmicos do recalçamento, mesmo se colocar essas duas abordagens em perspectiva pode, sem dúvida, ser informativo e produtivo.(Golse e Vanier, 2017, p. 13, tradução nossa)⁴

3 "une possible articulation conceptuelle entre causalité physique et causalité psychique (ou interactive) – articulation qui respecte les différences épistémologiques des différentes approches"

4 "À titre d'exemple, l'approche cognitive des mécanismes de l'oubli ne se situe pas du tout sur le même plan que celui des mécanismes psychodynamiques du refoulement, même si la mise en perspective de ces deux approches peut, sans conteste, s'avérer informative et fructueuse."

Os autores ainda entendem que a verificação sobre a legitimidade e os resultados da psicanálise e das psicoterapias pela perspectiva das neurociências – aqui incluem as leituras feitas através de testes de neuroimagem – pode desembocar em engodos, reducionismo e conclusões apressadas. A ideia apresentada pelo surgimento da neuropsicanálise é a de: “poder trocar sobre as nossas diferentes representações quanto ao funcionamento do cérebro e ao funcionamento da mente...” (Golse e Vanier, 2017, p.14). Nesse texto, ainda somos lembrados sobre a diferença entre multidisciplinaridade (justaposição dos saberes), interdisciplinaridade (sinergia entre os conhecimentos) e transdisciplinaridade (colocação em dialética diferentes campos epistemológicos). Esse último conceito nos leva a refletir sobre a busca de diálogo de Lacan com outras disciplinas e estamos advertidos que Lacan não pretendia uma criação radical, pois não pretendeu mudar a linguística, a filosofia, a matemática ou a antropologia ou criar uma nova disciplina. No entanto, seu movimento teórico dentro da psicanálise estava sempre atento aos avanços que outras disciplinas da ciência estavam desenvolvendo ou haviam desenvolvido em sua época.

V. ESCREVER A CLÍNICA: POSSIBILIDADES METODOLÓGICAS

1. Considerações sobre os casos clínicos na obra de Freud

A psicanálise não é pioneira na escrita de casos clínicos. Segundo Dunker (2011) desde a psiquiatria clássica com Pinel, Liébeault e Charcot a escrita de casos clínicos está presente e são observadas mudanças nos estilos e nas motivações dessas escritas. Hoje o debate sobre as

metodologias de escrita da clínica e as diferentes propostas não está perto de um consenso ou de chegar a um fim. Freud publicou cinco “casos clínicos” três casos que atendeu diretamente: Dora (Freud,1905/2016), O Homem dos Ratos (Freud,1909b/2013), o Homem dos Lobos (Freud 1918/2010) e “*Sobre a psicogênese de um caso de homossexualidade feminina*” (Freud, 1920b/2011), este sendo o seu último caso publicado. E dois que sequer foram seus pacientes: o caso do pequeno Hans (Freud,1909a/2015), relatado à Freud por seu pai, o caso Schreber (Freud, 1911/2016) a partir do livro “*Memórias de Um Doente Dos Nervos*” (Schreber,1995) e Uma neurose do século VII envolvendo o demônio (Freud, 1923a/2011) baseados em escritos que relatam a psicopatologia e a história dos sujeitos em questão. Ainda houveram outros casos publicados, como Katharina e Emmy von N. além das referências à sintomas de outros pacientes ou fragmentos de outras análises se fizeram presentes como elementos ilustrativos de textos metapsicológicos e culturais, ainda que essa separação seja questionável. (Dunker, 2011)

Freud marca uma diferença na escrita de um caso de análise e de psiquiatria, no texto *Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico* (Freud, 1912/2017) indica que a tomada de notas em busca de uma precisão não é de grande proveito para o analista e nem para os leitores, pois nunca encarnaria o que se passa em uma análise. A veracidade do relato do caso não passa por essa escrita extensiva. Sua prática e sua recomendação é a de redigir o caso ou anotações sobre o caso a partir da memória. Estamos advertidos que para Freud não é a exatidão dos fatos que se torna relevante, pois mesmo a interpretação do analista não necessita estar presa a verificação dos fatos que o sujeito lhe relata. (Porge, 2009)

Dunker (2011) observa que Freud deixou uma marca singular de escrita no campo da clínica. Dunker et. al (2002) convida a considerar as condições de surgimento da psicanálise e do romance na nossa civilização para apreender seus pontos de encontro. Ressaltando ainda que essa aproximação já foi utilizada para justificar o argumento de ineficácia da psicanálise nas subjetividades do contexto atual. Especificamente ao analisar os métodos de Freud nas suas investigações clínicas e Sherlock Holmes nas investigações criminais, Dunker et. al (2002) mostram a implicação do pesquisador com a construção do método como fator fundamental a ser considerado. Uma vez que Freud não cria a histeria como categoria clínica, no entanto, ao inaugurar um novo discurso, encaminha os problemas relativos a essa categoria de maneira inédita. Criar uma nova categoria ou definição específica para uma psicopatologia não era novidade, evidentemente, mas é preciso atentar para o discurso que inova, dado que a relação da psicanálise com a histeria não é de criação, mas imprime uma reorganização a partir do seu discurso. Voltamos nossa exposição para a análise realizada por Dunker et. al (2002) sobre o modelo de escrita do caso clínico inaugurado por Freud e o romance policial. Destacando nesse último a presença de dois detetives, o personagem e o leitor, levando em consideração que o leitor tem a possibilidade de criar a sua versão do crime em questão. “Assim como um caso clínico espera-se do romance policial uma fórmula que se repete; que o leitor saia do texto surpreso e tocado por um efeito que combina plausibilidade, verossimilhança e engenhosidade.” (Dunker, 2011, p. 569). Note-se a diferença entre o caso clínico e um relatório, onde se encontram exposição de sintomas, procedimentos e conclusões.

Tal versão deve ser de fato uma narrativa, isto é, não basta que o leitor localize o autor do crime, mas deve também integrá-lo em uma rede que apresente os motivos, os meios, as circunstâncias e os acontecimentos de forma a produzir uma **unidade lógica** no conjunto. Em outras palavras, o leitor deve interpretar os signos de modo a construir uma versão com **estrutura de verdade**. O leitor deve persuadir-se a si mesmo, deve adquirir a convicção necessária sobre sua própria solução. (Dunker et. al, 2002, p. 115-116, grifo nosso)

Destacamos as noções de unidade lógica e estrutura de verdade. Adiante, Dunker et. al (2002) apresenta algumas especificidades do método de pesquisa: duplo diálogo, indissociação entre problema e investigação e a forma de alcançar as conclusões apresentadas. Podemos observar que mesmo que extensos, os casos clínicos de Freud não ofereciam excesso de informações e detalhes sobre a vida dos pacientes. Laurent (2003) entende que esse movimento é o que aponta para as mudanças que ocorreriam na escrita do caso: “A unidade do relato de caso não era mais o destino de um sujeito, mas o fato memorável, transmissível, extraído de uma sessão. A forma curta iria prevalecer.” (Laurent, 2003) Destaca-se a seleção de cenas e detalhes e seu cerceamento pelas hipóteses de Freud, pelas menos improváveis e pelas mais admissíveis. Dunker et. al (2002) destaca a força do fragmento na interpretação do caso clínico por Freud, aspecto presente no caso Dora onde são selecionados determinados elementos na construção do caso.

Segundo Porge (2009) a fronteira entre a ciência psiquiátrica e a literatura já havia sido ultrapassada, e Freud se inscreve nesta tradição, onde já se encontravam Pinel e Esquirol, por exemplo. Um exemplo paradigmático é o caso Schreber ser incluído entre as *Cinco psicanálises*, diferente dos

outros estudos que Freud realizou através de obras literárias⁵ com valor para o raciocínio clínico. No texto sobre a *Gradiva*, Freud (1907/2015) coloca a descrição de Jensen (1987) sobre o delírio à prova dos conceitos da psicanálise.

Se, para Freud, transmitir a verdade clínica passa pelo relato, com sua dimensão de ficção e, portanto, pelas restrições formais próprias, não há dúvida de que Freud se viu pressionado não somente por seu objeto, o material clínico, mas também pelo que se pode chamar de seu desejo como homem de letras. (Porge, 2009, p. 25)

Freud inclui-se no relato de seus casos clínicos. Freud está como participante dos acontecimentos que estão sendo relatados, mostrando ao leitor suas estratégias de condução do caso e os efeitos que não são antecipáveis. Mas também está incluído como o narrador que avança, interrompe e retorna no tempo já advertido da relevância dos acontecimentos que são desejáveis de serem passados para o leitor. Esta observação da inclusão do narrador e a seleção de apresentação de dados relevantes converge com a ideia de Dunker (2011) sobre o paradigma do romance policial em Freud, onde se encontram os recursos do narrador onisciente e do *flashback*. Essa é a saída de Freud diante do impossível de se pôr o caso na íntegra em uma escrita. “A lição que se pode tirar de Freud é que um bom romance faz mais pela transmissão da clínica que muitas vinhetas pretensamente realistas” (Porge, 2009, p. 35). A tentativa de uma reprodução total da análise, sem o trabalho de construção que inclui o narrador na escrita levaria a uma exaustão e poucos efeitos no leitor. Ainda, ressaltamos que para além da aproximação do método freudiano com o método literário do romance policial a

⁵ Seguem alguns exemplos: Delírios de sonhos da *Gradiva* de Jensen; Dostoiévski e o parricídio; Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância; Escritores criativos e devaneios.

apresentação freudiana das investigações clínicas contém outras características sobre as quais lançaremos considerações a seguir.

Freud a princípio apresenta uma disjunção entre o relato do caso e as considerações teóricas que servem para a interpretação. Mas Porge (2009) alerta que essa intenção de Freud não consegue separar esses componentes, eles estão implicados. A seleção do que será relatado e o que é julgado pelo autor como irrelevante para ser exposto – pelo menos em um primeiro momento – está relacionado com a teoria em um pano de fundo.

No entendimento de Porge (2009) Freud realiza o trabalho de escrever um caso de sua clínica pelo seu desejo de transmitir um saber inédito. Com a intenção de convencer os destinatários de seu escrito: “recorre a uma retórica, a uma arte da persuasão e, portanto, a procedimentos literários.” (Porge, 2009, p. 50). Destacamos o endereçamento que Freud faz ao leitor antes de apresentar o caso ou nas considerações finais, após o relato do tratamento. Nesse endereçamento, adverte o leitor de possíveis críticas que este venha a ter sobre o material apresentado, apresenta as limitações do escrito e os argumentos que justificam sua publicação. Parte desse modo de escrita está exposto nos diversos casos. Apresentamos trechos selecionados que ilustram. Iniciamos com o Caso Dora, escrito em 1901, mas publicado em 1905:

Foi embaraçoso, sem dúvida ter de publicar resultados de pesquisas que meus colegas não tinham como verificar, ainda mais sendo eles de natureza surpreendente e não muito cativante. E não é menos embaraçoso começar a expor ao juízo público parte do material que me conduziu a esses resultados. Não escaparei a recriminações. Se então elas diziam que eu nada informava sobre meus pacientes, agora dirão que falo de meus pacientes o que não se deve falar. Serão,

espero, as mesmas pessoas que dessa forma apenas mudarão o pretexto para o reproche, e de antemão renuncio a qualquer tentativa de desarmar esses críticos. (Freud, 1905/2016, p. 174)

Freud se depara com um paradoxo e expõe sua insatisfação. Se por um lado poderia ser criticado por não expor como a psicanálise operava na clínica das neuroses, por outro corria o risco de ser repreendido pela quebra de sigilo do contrato entre médico e paciente. E ele reconhece que a exposição exaustiva não daria conta de esgotar as especificidades da estrutura da histeria e nem de convencer os céticos:

É óbvio que uma única história clínica, mesmo que fosse completa e não deixasse lugar a dúvidas, não poderia responder a todas as questões levantadas pelo problema da histeria. Ela não pode dar a conhecer todos os tipos da doença, todas as configurações da estrutura interior da neurose, todas as variedades possíveis de conexão entre o psíquico e o somático existentes na histeria. Não é sensato exigir mais de um caso do que aquilo que ele pode oferecer. E quem até hoje não quis crer na validade geral e sem exceções da etiologia psicosssexual da histeria, dificilmente obterá essa convicção tomando conhecimento de uma história clínica, fazendo melhor em adiar o seu julgamento até adquirir pelo próprio trabalho o direito à convicção. (Freud, 1905/2016, p. 182)

Outra preocupação de Freud é com relação aos leitores que não se incluem no campo discursivo da psicanálise. Argumentando que seu interlocutor cético só poderia estar seguro da etiologia psicosssexual das neuroses testemunhando a psicopatologia. Mas, no caso Pequeno Hans, remete o leitor ao seu texto de 1905 para incluir o leitor no discurso da psicanálise:

Mas o valor especial desta observação está no seguinte: tratando psicanaliticamente um neurótico adulto, o médico chega enfim, mediante o trabalho de revelar camadas sucessivas de formações psíquicas, a determinadas hipóteses sobre a sexualidade infantil, em cujos componentes ele acredita achar as forças instintuais de todos os sintomas neuróticos da vida posterior. Apresentei essas hipóteses em meus *Três ensaios de uma teoria da sexualidade*, em 1905; sei que parecem estranhas para alguém de fora, assim como parecem irrefutáveis para um psicanalista. (Freud, 1909a/2015, p. 124-125)

Repete essa linha de argumentação ao escrever o Caso Schreber :

Tratando do caso clínico do juiz-presidente Schreber, ofereci deliberadamente o mínimo de interpretações, e confio em que todo leitor instruído na psicanálise apreenda mais do material transmitido do que o que é dito expressamente; que não lhe seja difícil juntar mais estreitamente os fios e chegar a conclusões que eu apenas insinuo. (Freud, 1911/2016, p. 104)

Neste caso Freud dispõe de uma vantagem, o material na íntegra que deu origem ao seu trabalho está disponível para todos. Ao discorrer sobre as condições e os limites da escrita do caso Homem dos ratos, Freud já desloca a argumentação para a impossibilidade do que extraiu do caso ser dar conta da dimensão da neurose obsessiva:

Em tais circunstâncias, não há alternativa senão relatar as coisas da maneira incompleta e imperfeita como as sabemos e podemos comunicar. Os nacos de conhecimento aqui oferecidos, laboriosamente obtidos, podem não ser muito satisfatórios em si, mas talvez venha a juntar-se a eles o trabalho de outros pesquisadores, e os esforços conjuntos alcancem o que pode ser demasiado para um só indivíduo. (Freud, 1909b/2010, p. 16)

Indica e encoraja que sejam publicados, pois o que se extrai do caso são “nacos” de conhecimento. Finalmente, no Homem dos lobos, o último dos seus cinco casos extensos e paradigmáticos, encontramos uma condensação do que Freud esperava de um caso clínico:

Não posso escrever a história de meu paciente em termos puramente históricos nem puramente pragmáticos. Não posso oferecer uma história do tratamento nem da doença; vejo-me obrigado a combinar os dois modos de apresentação. Sabe-se que ainda não se achou um meio de transmitir no relato da análise, de alguma forma que seja, a convicção que dela resulta. Protocolos exaustivos do que acontece nas sessões de análise não serviriam para nada, certamente; e a técnica do tratamento já exclui sua confecção. Logo, análises como esta não são publicadas para despertar convicção nos que até agora exibiram descaso ou descrença. Esperamos apenas transmitir algo de novo aos pesquisadores que já adquiriram convicções por experiência própria com os doentes. (Freud, 1918/2010, p. 20-21)

Aqui encontramos a ideia de que os resultados da psicanálise no caso apresentado só serão recebidos pelos que já estão convencidos dos efeitos da psicanálise. Esse argumento pode justificar uma tendência de escrever e apresentar casos para o público já participante do discurso psicanalítico. Importante ressaltar que esse argumento se encontra também no texto técnico *Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico*:

Aliás, fizemos a experiência de que o leitor, se ele quiser acreditar no analista, também lhe dará crédito pelo pouco trabalho que dedicou a seu material; mas se ele não quiser levar a sério nem a análise nem o analista, ele ignorará os registros acurados do tratamento. Não parece ser esse o caminho para resolver a falta de evidências encontrada nas apresentações psicanalíticas. (Freud, 1912/2017, p. 97)

Porém, Porge (2009) entende que essa antecipação do ceticismo dos leitores faz parte estratégia de convencimento de Freud. Essa condução do leitor pode ser encontrada também na condução dos pacientes, céticos quanto ao conteúdo reprimido em suas falas. “Ele associa e faz com que seus pacientes já participem, durante a análise, da edificação da nova ciência. A utilização dos relatos de caso com fins demonstrativos torna-a muito mais compreensível.” (Porge, 2009, p. 51). Assim como Dunker (2011) mostra que ao embarcarmos no argumento do leitor advertido, deixamos de lado todas as propriedades (táticas formais, temática, estratégia de composição, gênero) da escrita de um caso clínico. Dunker (2011) entende que Freud também passa a ideia de que o caso clínico faz parte de um sistema de transmissão, onde se mantém e organiza a boa vontade dos participantes do sistema. Não é por acaso que Freud recomenda a leitura da *Interpretação dos sonhos* como chave de compreensão do caso Dora e os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* para a inclusão do leitor no discurso psicanalítico sobre a

sexualidade infantil.

2. Leituras sobre a escrita da clínica em Lacan

Lacan somente publicou um caso, em 1932 que foi a sua tese de doutorado em medicina intitulada *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade*. Outro material de acesso público são algumas das transcrições das apresentações de pacientes que Lacan (1975-76) realizou no Hospital Saint Anne entre dezembro de 1975 e abril 1976. No entanto, sua obra apresenta referências de sua clínica conforme Porge (2009) analisa. O autor entende que a decisão de Lacan ter uma reserva quanto ao caminho de publicar casos clínicos é pela identificação realizada pela mãe de um de seus pacientes no texto "*A agressividade em psicanálise*". Uma espécie de aposta que Lacan faz para enfrentar essa questão do sigilo foi a suspensão das assinaturas dos psicanalistas nos textos da revista da Escola Freudiana de Paris, assim o que ficaria em evidência seria o "traço do caso", esse não sendo identificável à pessoa do analista e nem ao paciente.

Ao reler os casos freudianos e de outros psicanalistas, Lacan estabelece novas proposições para conceitos da psicanálise e estruturas de sua psicopatologia. Dunker (2011) diferencia a escrita de Freud, uma escrita funcional do caso, da escrita de Lacan, uma escrita estrutural do caso. Assim Lacan com a abordagem estrutural propõe que o caso seja abordado por uma redução aos seus elementos lógicos e suas relações. Com essa proposta diminui-se a referência à identidade do paciente e o propósito de expor o caráter pragmático da abordagem terapêutica. O conto e o mito são

as balizas de estratégia literária para a apresentação de um caso nesta perspectiva.

Laurent (2003) analisa que o privilégio da formalização do sintoma e da história que o sujeito é convocado a contar em detrimento das descrições exaustivas do caso é o movimento de Lacan quando considera o inconsciente como lógico.

Lacan não apreciava e até mesmo criticava a prolixidade do caso clínico. Interessava-se, sim, pelo ponto nevralgico do caso que o tornasse a um só tempo singular e paradigmático. Para ele, o caso devia remeter-se à estrutura, primeiramente, como estrutura clínica considerada como sistema formal constituído por um conjunto de elementos e das relações entre eles, porque daí se podia extrair muito mais conhecimento do que da dimensão puramente histórica da narrativa. (Siqueira; Queiroz, 2014, p. 106)

A releitura de Lacan dos casos freudianos é realizada pelo método estrutural, onde não se trata mais de extensivamente detalhar os caminhos da experiência de análise. Toma-se a leitura da estrutura como uma referência para a teoria. “Ou seja, as estruturas formalizadas em um caso são, por definição, coletivas e neste sentido anônimas.” (Dunker, 2011, p. 571) Para isso estabelecem-se reduções aos elementos estruturais do caso, chegando-se a relações lógicas mínimas. Dessa forma explicita Dunker (2011) a eficácia terapêutica perde o lugar de destaque que havia em Freud, mas sim a apresentação dos elementos que se repetem dentro da lógica interna da teoria. (Dunker, 2011)

Na leitura que faz dos casos de Freud, Lacan "eleva o caso ao paradigma", à categoria do "exemplo que mostra" as propriedades formais, no sentido mais amplo das manifestações do inconsciente freudiano. O paradigma mostra a estrutura e indica, tanto o lugar do sintoma em uma classe, quanto, os elementos de substancialidade na vida de um sujeito, elementos que se repetem e que permutam, ou ainda os modos de declinação na repetição do mesmo. A estrutura lógica e topológica dos casos freudianos aparecem assim, com uma nitidez inesquecível. A estrutura lógica dos trajetos do

pequeno *Hans* em torno do vazio da fobia se revela na leitura do caso, O esquema R mostra as arestas da psicose de *Schreber* a partir dos significantes isolados por Freud. O quarteto de *Dora* se junta àquele da *Jovem homossexual*, indicando o grupo de transformações da sexualidade feminina em torno do significante do desejo. No *Homem dos ratos*, ele faz valer a "combinatória geral" das formas do labirinto obsessivo. (Laurent, 2003)

A escolha de Lacan por falar de casos já publicados ou de obras da literatura, tornava acessível que todos tivessem acesso ao mesmo material que ele para realizar a construção do caso. Entretanto, Dunker (2011) entende que a ausência da escrita dos seus casos de análise se motivada pelo: "...fato de que ele tenha colocado mais que qualquer outro, o problema de como, e em que termos, seria possível transmitir a experiência da análise, em uma forma *própria da análise*." (p. 574) Para Porge (2009) a transmissão da clínica em Lacan, situava-se no seu estilo. "O estilo é para Lacan um operador situado na confluência da verdade da cura com o saber transmissível dessa verdade." (p. 57). Define que há "clinicidade" no estilo de Lacan. A clinicidade está na: "...instauração de uma relação à verdade do desejo do analista" (p. 58)

VI. METODOLOGIAS CONTEMPORÂNEAS DE PESQUISA COM A CLÍNICA

Convocados pelos argumentos a respeito da falta de apresentação metodológica nas pesquisas em psicanálise de Porge (2009) e Fonteles (2015) juntamente com a discussão sobre a demonstração dos efeitos terapêuticos da psicanálise em Freud (1933b/2010) depois em Althusser (1984) e atualmente com Porge (2009) e Dunker (2011) apresentaremos metodologias já utilizadas e selecionadas por sua filiação aos textos freudianos e lacanianos. Como apontamos na seção metodológica, a seguir descrevemos cinco, as três primeiras de uma forma breve. Na sequência aprofundaremos a descrição e os argumentos sobre o traço do caso e o fato clínico que são forjadas em um contexto institucional, mas apontam potência para a investigação da clínica são colocadas em evidência em nossa discussão.

1. As duas lógicas da construção do caso

Antes de falar sobre a construção do caso, devemos atentar para a amplitude que existe na designação “construção do caso”. Encontramos duas que são propostas por autores diferentes, uma por Pierre Fédida (1992) e outra por Carlo Viganò (2010). Ao longo de nossa apresentação poderão se evidenciar as diferenças fundamentais, mas a grosso modo a primeira se destina principalmente a construção de um clínico que o atendimento se deu numa relação singular do analista com a sua experiência na clínica e no espaço de supervisão. A segunda entendemos como uma possibilidade de escrita e um dispositivo dentro da saúde mental, envolvendo a equipe que

realiza o atendimento do paciente, sendo na clínica ou na instituição de saúde mental.

1.1 A construção do caso clínico fundamentada por Pierre Fédida

Primeiramente, Fédida (1992) introduz a questão da construção mostrando os entraves que se apresentam no caminho da escrita de um caso em psicanálise. Aborda a querela da reprodução do empírico da clínica, sendo essa uma via que nos direciona para o relato do caso, para a escrita exaustiva que afirmaria a capacidade de atenção e memória do terapeuta na reprodução da história, dos acontecimentos e dos sintomas do paciente. Na tentativa de conduzir sua atenção à todos os acontecimentos e elementos históricos do paciente para conseguir reproduzi-los com a maior fidelidade o terapeuta estaria de certa forma se desviando da atenção flutuante em sua clínica. Fédida (1992) ainda questiona se no esforço para relembrar a cena clínica em um estado puro, o terapeuta deixaria a potencialidade da memória inconsciente e da causalidade psíquica fora do trabalho.

Resumindo, a crítica de Fédida (1992) sobre a sistematização ou uma generalização é de que não haja o caso clínico em psicanálise, mas sim “casos” clínicos. Este é um dos desafios da pesquisa clínica em psicanálise. Sabe-se que nunca um caso vai perder a sua singularidade e não poderá se equivaler com outro, não só pela singularidade do analisando como também pelo encontro com o analista.

O começo da análise é – não é difícil de imaginar – o enigmático encontro com aquilo que provém de uma vida não se assemelhando em nada a qualquer outra e que no entanto forma a questão genealógica do desvio necessário às transferências e à transmissão. (Fédida, 1992, p. 217)

É aqui que podemos encontrar um importante desenvolvimento para a construção do caso clínico. É balizado pela transferência que marca a singularidade deste encontro que Fédida (1992) aposta na construção do caso, sem desvincular a construção do processo de análise, da análise pessoal do analista e da supervisão. Sendo esta última um espaço valorizado pelo autor, principalmente no papel que esse espaço tem potencialmente em destacar pontos cegos do analista e seus modos de repetição que não tiveram lugar em sua análise pessoal.

Neste sentido, vemos a implicação do analista na construção e mais uma vez podemos entender a diferença entre construção e relato do caso. Na construção de nada tem valor o analista descrever de uma distância “segura” – e ilusória – da transferência a sequência de eventos que ocorreram e atualmente se passam na vida do paciente. A memória que opera na construção do caso não é a memória cronológica, mas a memória lógica, aqui insiste-se no princípio da causalidade psíquica. (Moura & Nikos, 2000/2001). Vemos que ao longo dessas diferenças apontadas pelo autor ele une os conceitos de reconstrução com história e de construção com memória. “Seria mais oportuno tentar avaliar a incidência retroativa exercida pela memória narrativa sobre as condições analíticas da atenção eqüiflutuante” (Fédida, 1992, p. 175). Assim Fédida (1992) marca uma diferença entre reconstruir a história do paciente e construir singularmente o lugar do psíquico. A construção do caso é efeito da elaboração que o analista faz ao longo da supervisão. A construção do caso clínico em psicanálise não se produz somente pela singularidade do sujeito e sua história, mas no processo que envolve três espaços implicados na condução de uma análise,

o seu próprio, a análise pessoal do analista e a supervisão. Neste último encontramos, o que para Fédida é a peça chave da construção: “...é precisamente sustentar a idéia de que *é a análise de supervisão que é instauradora e constitutiva daquilo que se pode chamar um caso na psicanálise.*” (Fédida, 1992, p. 231). É neste espaço que o autor aposta na potência de figurabilidade que a memória do analista pode ter na construção a partir do recalque que a fala do paciente lhe produz.

Caon (1997) chama a atenção para pelo menos três passagens em Freud a ideia de que o pesquisador encontra frequentemente mais do que esperava encontrar. Logo: “A descoberta casual é sempre surpreendente. Entretanto, ela é muito mais surpreendente quando é identificada, não no ato de descoberta, mas num momento sucedâneo, que pode ocorrer imediatamente ou muito tempo depois.” (Caon, 1997, p. 2). O surpreendente é a identificação se dar depois do momento do evento - tendo passado como um evento banal - e ser descoberto e recoberto de uma significação em um momento posterior. Esse movimento, podemos abordá-lo pela marca singular que o sujeito deixa.

Ao apresentar o termo serendipidade (*serendipity*, em inglês) e suas definições de descoberta acidental intencional ou não intencional, Caon (1997) defende o papel do desejo do pesquisador nessa descoberta: “Para o pesquisador psicanalítico, nenhuma descoberta acidental é inintencional, pois que ela é determinada pelo inconsciente.” (p. 4). Não se trata somente de um acaso desvinculado da trajetória, do lugar que esse pesquisador ocupa, de maneira que não está desvinculado de sua condição de sujeito desejante. Ainda, sobre ser uma descoberta acidental é preciso desafiar essa definição

com a noção de causalidade psíquica na pesquisa em psicanálise. Mesmo que a descoberta aconteça em um momento posterior e em condição de surpresa, a causalidade psíquica tem um lugar central na pesquisa com a clínica. O simples acaso a ser desconsiderado é uma armadilha em que o pesquisador pode facilmente cair ao esquecer da atenção flutuante ou do estado de serendipidade como ferramentas do seu trabalho.

O trabalho e o discurso do psicopatológico são formações do inconsciente e, como tais, são a expressão do paciente em mostrações e demonstrações. As demonstrações fulguram em figurações e formações visuais. As demonstrações multiplicam-se em falações, escritos, discursos e formações de escuta. (Caon, 1997, p. 9)

Neste encontrar mais do que se esperava na pesquisa e na clínica Caon (1997) resgata a noção de “só depois” de Freud (em alemão: *Nachträglichkeit*) ou na tradução do próprio Caon (1997) “no relance”.

1.2 A construção do caso clínico em saúde mental por Carlo Viganò

A metodologia a ser apresentada é produto do trabalho realizado por Viganò na criação de um laboratório de pesquisa na Escola de Especialização em Psiquiatria da Universidade de Milão, onde juntamente com estudantes e trabalhadores do serviço público a construção do caso clínico é proposta como uma avaliação do paciente que inclua a transferência. Em um artigo que apresenta o tema, Viganò (2010) expõe uma situação conhecida, muitas avaliações no serviço de saúde se esforçam muito para serem neutras, para suprimir ao máximo os fatores subjetivos.

Viganò (2010) introduz o paradigma da clínica em psicanálise através da construção do caso clínico em oposição à busca de uma causa para o sintoma. Quando define a construção do caso o autor não designa essa responsabilidade, ou melhor, esta atuação somente ao clínico responsável

pelo atendimento, mas a todos os envolvidos no caso. Isso inclui os profissionais da saúde, os familiares e as instituições, todos sendo englobados pela rede da qual são parte. Na sua definição: “Na realidade, trata-se de juntar as narrativas dos protagonistas dessa rede social e de encontrar o seu ponto cego, encontrar aquilo que eles não viram, cegos pelo seu saber e pelo medo da ignorância.” (Viganò, 2010, p. 2). O psicanalista serve-se da metáfora de que o paciente estaria em uma posição de docente e a rede na posição discente. Ressalta-se então um fundamento da clínica psicanalítica, o saber não está no profissional, sua posição é de escuta dos enigmas que se apresentam na fala, nos sintomas, nos atos falhos do sujeito em questão.

A metodologia se dá a partir da discussão de um caso escrito por um participante que é apresentado aos outros. A construção tem a orientação de três seções de uma tabela que deve ser respondida: a narrativa (do sujeito, da família, da instituição), as escansões dos tratamentos e por fim o cotejamento entre o diagnóstico do DSM e o psicanalítico. O segundo momento é de discussão entre os participantes e da avaliação, que é o objetivo final da metodologia. Nesta etapa são apresentados dois quadros. O primeiro é constituído da sinopse da história concreta do sujeito (escansões da posição no discurso, acontecimentos, gastos financeiros). O segundo é o cruzamento do prognóstico dos possíveis projetos de vida do sujeito com as hipóteses correspondentes a esses projetos. “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.” (Viganò,

2010, p. 4). Há uma aposta na escuta e além da inclusão da transferência no método de avaliação o autor alerta que outro passo importante na avaliação é não ficar preso na fixidez de um ideal de cura para a condução do caso. Mas justamente no reconhecimento do caráter contingencial da experiência do sujeito e da impossibilidade de prever qual será o efeito terapêutico poderemos em um momento posterior apreender que efeitos esse tratamento teve no paciente em seu tempo particular de elaboração dessa experiência. (Viganò, 2010)

Contribui para a nossa compreensão desta metodologia o trabalho de Figueiredo (2004), onde distingue o objetivo de orientar uma conduta da *construção* do objetivo de produzir um sentido da *interpretação*. Os elementos que Viganò propõe a serem abordados na construção não esgotam as questões em jogo na vida do sujeito, seu sintoma, mas permitem “inferir sua posição subjetiva” (Figueiredo, 2004, p. 79). A descrição breve da metodologia tem por trás o trabalho de dar uma direção para o caso a partir do discurso.

2. Escrita do caso

Aqui abordaremos a proposta de escrita da clínica. Encontramos essa metodologia nos escritos de uma autora que é pesquisadora em nossa universidade (UFRGS). A autora defende a relação da clínica com a escritura e suas dimensões, seja do analista com atuação interna no processo analítico, seja como o sujeito que registra aquele encontro em uma elaboração ou como leitor do sintoma, dos significantes que podem ser decantados nesse encontro. (Rickes, 2005)

Indispensável considerar o que Rickes (2003a) nota no seu artigo sobre a dialética da teoria com a prática clínica. Se por um lado a teoria suporta algumas generalizações, a clínica não pode se acomodar com elas, especialmente por efeito da transferência e do sujeito singular que está sendo escutado.

Baseando-se em Arendt, Rickes (2003a) evoca a complexidade de como é construída a realidade para o indivíduo e na sua relação com os outros. De modo que a experiência privada pode ser vacilante no que diz respeito à sua existência, levando o sujeito a transformar, a construir essa experiência para que seja possível o compartilhamento dela. Assim seria o movimento que vai da vivência privada, íntima para o surgimento público dessa experiência. Aqui entram em jogo três dimensões: a narrativa, o compartilhamento e o endereçamento.

...a experiência clínica não diz respeito somente ao que se constitui como produto de uma narração, seja ela oral ou escrita, mas também aos efeitos produzidos sobre o sujeito que toma a palavra. Esses efeitos se conjugam no sentido de produzir um lugar psíquico distinto, um lugar psíquico com contornos diferentes daqueles constituídos antes que o sujeito tenha endereçado sua fala/escrita ao supervisor ou à comunidade analítica. É a construção desse lugar que sustenta as possibilidades de significação de uma experiência, assim como de acolhimento daquilo que o paciente endereça a seu analista. (Rickes, 2003a, p.123)

Segundo Rickes (2003a) não se trata de tentar escrever a história do paciente, o que se passou com o paciente ou a história do tratamento, mas uma versão do que teria sido a história do tratamento. Isso se justifica pela própria condição de enunciação particular de cada um no momento em que vai narrar essa história, e principalmente os efeitos da transferência em jogo na experiência de análise. A transferência não permite que somente se

descreva um caso, uma análise, a implicação do analista é fundamental. Se o analista não reconhece essa implicação, houve uma análise?

Nesta medida, não se pede daquele que escreve o caso que se coloque numa posição de exclusão em relação a seu escrito, mas, ao contrário, é desde dentro da experiência e de seus impasses, e somente desde aí, que o sujeito pode articular o ponto desde o qual é possível falar/escrever. Aquele que escreve o caso está empenhado em transmitir os impasses da clínica como propulsores de indagação e trabalho e não em ocupar o lugar de comunicar a superação triunfante que por ventura tenha operado. (Rickes, 2003a, p.124)

Entendo que o que entra em jogo aqui é a dimensão da perda. O texto de Rickes (2003a) nos proporciona considerar isso ao comparar as propostas de escrita do caso e construção do caso com o estudo de caso e a história do caso. A perda em duas dimensões, em relação ao que se passou na análise e o que é escrito a partir dessa análise e em relação à teoria. Pois escrever um caso com o propósito de confirmar conceitos ou eficácias da análise não seria ingenuidade? Com isso, compreendemos que os escritos clínicos se prestam para refletir sobre os efeitos da análise no analisando, mas como motivação exclusiva da escrita cai-se no risco de esquecer que sempre há perda. A dimensão da perda é intransponível, a condição do significante em relação às coisas do mundo, sua não correspondência nos proporciona elementos para trabalhar a escrita. (Rickes, 2005)

Se a perda não pode ser superada, o que mais interessa é o que fazemos com isso. Que lugar tem a perda nas pesquisas clínicas? Novamente nos deparamos com uma dimensão específica da metodologia de pesquisa em psicanálise, o sujeito atravessado pela linguagem. Isto não passa sem consequências: “O saber científico, no senso comum de sua aceção, objetiva a produção de um enunciado que não esteja sujeito ou marcado pelas suas condições de enunciação.” (Rickes, 2003a, p. 121-122).

O sujeito fica fora do processo de produção do saber, sua divisão e por consequência sua capacidade de apresentar a verdade como uma versão é excluída do que é considerado produto da ciência. É justamente com a junção da autoria com a responsabilidade que Rickes (2003b) termina seu artigo, ou seja, como o sujeito vai se posicionar em relação às suas produções.

Outra dimensão de indispensável abordagem a respeito do que motiva a escrita de uma análise é a do impossível. Sendo um dos impossíveis destacados por Freud (1937/2017) em “*Análise terminável e interminável*”. Rickes (2003a, 2003b) evoca o impossível da relação com o Outro, uma dissimetria entre o sujeito e o Outro que cria a possibilidade de escrever sobre, dar contorno a essa experiência. Nas palavras da autora: “Escrever para fazer borda nesse impossível da relação, para constituir nosso lugar na ligação tensionada que temos com o Outro. Tensionada por uma dissimetria irreduzível, por uma heterogeneidade radical.” (Rickes, 2003a, p. 130)

3. O dispositivo do traço do caso

Originalmente o Traço do Caso é proposto como um dispositivo possível que vai além dos recursos de, análise, supervisão, cartel e passe na trajetória dos analistas. Seleccionamos como uma das metodologias pelo emprego que foi dado por D’Agord (2005), Barth (2008), Bernardino (2010), Siqueira & Queiroz, (2014).

A noção de traço (*Zug*) aparece na obra de Freud (1914a/2010) no seu artigo sobre o “*Moisés de Michelangelo*”, publicado primeiramente de maneira anônima, quando acentua a observação de um traço no detalhe da escultura.

Destaca-se o lugar que o traço leva na sua interpretação singular da obra. No capítulo VII, do texto “*Psicologia das massas e análise do eu*” Freud (1921/2011) expressa que a identificação do sujeito neurótico na formação dos seus sintomas se dá pela identificação com a escolha de objeto, sendo por vezes a pessoa amada ou não amada. A consideração seguinte é fundamental, Freud (1921/2011) entende que nessas duas possibilidades de identificação ela é parcial: “...altamente limitada, tomando apenas um traço da pessoa-objeto.” (p. 64). Lacan retoma esse termo da obra freudiana propondo a noção de traço unário (Einziger Zug), trabalhada em seu seminário sobre a identificação (1961-1962/2003), outra menção feita a respeito do traço na obra de Lacan aparece no texto Introdução de *Scilicet* no título da revista da Escola Freudiana de Paris, nessa ocasião, Lacan (1968/2003), quando propõe a não assinatura dos textos publicados na revista:

Que vaidade nos aponta ela, portanto – refiro-me a nós, os psicanalistas –, para que nenhum tenha visto a solução do problema permanente que suspende nossa pluma: o da mínima alusão que nos ocorre de fazer referência a um caso: Referência, como se sabe, sempre passível de ser denunciadora, por não sustentar um desvio tão comum que não se apóie no traço mais particular.

Ora, o que cria obstáculo aqui não é tanto que o sujeito se reconheça no texto, mas que outros o situem através do seu psicanalista. (Lacan, 1968/2003, p. 290)

No entanto, entende que a proposição não é de anonimato, pois na sua concepção em um segundo momento seria declarada uma lista dos autores que se responsabilizaram pela publicação como um todo.

O significante traço do caso é resgatado da obra de Lacan por Claude Dumézil em 1983, da quarta capa da primeira edição da revista *Scilicet*, fala especificamente do traço do caso (*trait du cas*), sendo a única vez que ele

enuncia esse conceito. A frase que enuncia é: “Menos autoridade. Mais segurança para evocar o pessoal na prática e especialmente o traço do caso.” (Lacan, 1968, tradução nossa) ⁶ Nas edições seguintes de *Scilicet* não se repete este texto. Segue na íntegra uma reprodução da quarta capa da revista com o texto original na íntegra:

⁶ “Moins de guindage d'autorité. Plus de sécurité pour évoquer le personnel dans la pratique et notamment le trait du cas”.

Scilicet Trouver ici moyen de ranimer la publication psychanalytique. Le principe du non-signé est adopté pour y servir : une équipe en franchit le pas.

C'est parier sur la formalisation théorique qui rend concevable ce pas : anticiper peut-être sur son établissement, mais démoder aussi un certain style de courbettes qui n'est plus de mise de son fait. Moins de guindage d'autorité. Plus de sécurité pour invoquer le personnel dans la pratique, et notamment le trait du cas.

Les libertés ici concourent à la rigueur.

Les noms des auteurs n'en sont pas moins donnés en garantie de leur travail, mais dans une liste : trait où s'affirme qu'il n'est considéré que de la ligne d'un progrès commun, - ce qui comporte échéance, disons : d'une année au moins pour leur publication.

L'avantage escompté n'est pas d'école, mais d'exemple, puisqu'il s'ouvre à qui voudra en faire l'épreuve. Tout ce qui vaut par sa tenue sera admis, il suffit qu'il se montre.

La pureté de l'expérience indique par contre que celui qui met sur cette formalisation son cachet, Jacques Lacan, puisqu'il préside à ce recueil, y signale les apports de son action à chaque temps.

Ainsi dans ce premier numéro : qu'il l'introduit et le situe. D'où le

sommaire Introduction de *Scilicet* au titre de la revue de l'École freudienne de Paris / Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'École / La méprise du sujet supposé savoir / De Rome 53 à Rome 67 / La psychanalyse. Raison d'un échec / De la psychanalyse dans ses rapports avec la réalité / La phase phallique et la portée subjective du complexe de castration / Bisexualité et différence des sexes / Note sur la menace de castration ou du cheminement de la vérité dans l'inconscient / Le moment du retour, comme phase éclipsante et mutante du sujet / Introduction critique à l'étude de l'hallucination / Essai sur la signification de la mort par suicide / A propos du *Moïse* / Documents cliniques / Notes de lecture.

le Champ freudien, au Seuil

Imprimé en France 3-68

Couverture de Jacno

(Leroy, 2010, p. 227)

1983 é o ano em que Dumézil propõe um seminário clínico motivado pela questão da transmissão da clínica na formação dos psicanalistas. Dumézil (2010) justifica sua proposta por entender que após a morte de Lacan, houve uma prevalência de ensinamentos exclusivamente teóricos, deixando assim a clínica de lado, da qual ele entende que os conceitos são

colocados a trabalhar. Sua crítica também atinge os grupos de supervisão mútua formados por analistas iniciantes com função de suporte da clínica, os espaços de supervisão coletiva e de discussão de casos clínicos da Escola Freudiana de Paris dos quais participou.

Apoiado na ideia lacaniana de o que analista só existe na falta, Dumézil (2010) entende que o grupo não é um espaço que favorece ao analista entrar em cena. Na sua experiência observou que a tendência dos participantes é de preencher mutuamente a falta de cada um. Seria então o espaço de supervisão individual que favoreceria o aparecimento da dinâmica da análise e onde o analista pode fazer operar um saber a partir do inconsciente e da transferência no tratamento. Questiona se para além do espaço de supervisão, haveria motivo e possibilidade do analista demonstrar a sua clínica para os demais, apesar das dificuldades do sigilo e do trabalho de modificar os dados do paciente resultando em uma apresentação que não seria fiel ao caso. Dumézil (2010) aposta no traço do caso para enfrentar esses impasses que se apresentam ao psicanalista em sua clínica, na instituição analítica, mas também na dimensão da pesquisa.

Citamos sua posição sobre a situação da formação, se referindo aos dispositivos que encontrava na Escola Freudiana de Paris: “Para além da análise de controle, um espaço privado por natureza, eu não tinha conhecimento nessa época dos lugares nos quais se trabalhava uma clínica da transferência, uma clínica da enunciação, uma clínica do ato analítico, de associações.”(Dumézil, 2010a, p. 9, tradução nossa)⁷ Assim, inaugura uma

⁷ "En dehors de l'analyse de contrôle, par nature un espace privé, je n'avais pas connaissance à cette époque de lieux où se travaillait une clinique du transfert, une clinique de l'énonciation, une clinique de l'acte analytique, dans nos associations."

proposta de um espaço coletivo para dar conta da transferência, de testemunho da experiência pessoal do analista e do traço do caso.

Essa experiência coletiva se dá em três espaços-tempos articulados, constituindo-se por: seminário, sessão pública e os cartéis. O seminário é proposto para receber um número restrito de pessoas, mais ou menos uma dezena, a ser realizado duas vezes no mês, sendo que, a cada encontro um participante expõe um ou mais fragmentos inquietantes ou que implicam algum ponto de sua prática analítica aos outros participantes. Ainda, o seminário é coordenado por um analista com uma experiência mais extensa, mas sem ocupar a posição de supervisor ou analista do grupo. O momento seguinte é dado pelas trocas entre os participantes, para suas manifestações sobre as questões transferenciais e de identificação. Assim, o psicanalista que expôs os fragmentos poderá analisar sua prática desde onde menos esperava encontrar a posição que se situava como analista. A sessão pública funciona uma vez por ano, propondo convidar outros analistas para receber suas contribuições. Esse é um momento posterior de elaboração das questões trabalhadas no espaço do seminário ao longo do ano. Esse espaço público consiste em um momento que possibilitaria a passagem da enunciação ao escrito. Na definição do autor, esse outro momento é:

É o tempo de expor aquilo que foi elaborado posteriormente às sessões do seminário, acerca das condições e dificuldades da prática, bem como da abordagem teórica incluída no dispositivo. Esse deslocamento e essa mudança de endereçamento são acompanhados frequentemente de outro movimento que constitui a passagem à escrita. (Dumézil, 2010a, p. 10, tradução nossa)⁸

⁸ "C'est le temps d'exposition de ce qui s'est élaboré dans l'après-coup des séances du séminaire, au titre des conditions et difficultés de la pratique comme au titre de la démarche théo- rique incluse dans le dispositif. Ce déplacement et ce changement d'adresse s'accompagnent le plus souvent de cet autre déplacement que constitue le passage à l'écrit."

Quando o autor nos apresenta como um momento de passagem, é ao pé da letra que devemos ler a palavra passagem, não é uma mudança. Aqui entra o papel fundamental do conceito de *après-coup* que se faz presente em cada um desses “espaços-tempos” como denominou Dumézil (2010a). O autor pontua que não é na intenção de publicar o caso que se colhe o seu traço para transmiti-lo. Pois, será depois, ao colher os efeitos desse momento de apresentação que se dará ou não o tempo de escrita. Já que esta não é uma condição, mas uma possibilidade neste dispositivo.

Convém apontar que os seminários não são abertos, com o intuito de favorecer as elaborações do material clínico pelos participantes. No entanto, eventualmente, como citamos, são realizadas aberturas previamente combinadas a um público maior. Esses momentos tem função de barrar o preenchimento mútuo da falta apontados por Dúmezil (2010c) nos grupos que participou, já que essa abertura, segundo ele ameaçaria a coesão e existência do grupo do seminário. Como também, tem uma função de produção de pesquisa por produzir efeitos na escrita do psicanalista, já que não se trata de apresentar sua clínica para o grupo restrito do seminário, mas tornar público esse material e assumir a responsabilidades e os riscos desse ato.

Os cartéis são espaços que possibilitam aos participantes que se sintam convocados a constituir-los, de juntamente com participantes de diferentes seminários tentar dar conta das questões deixadas em aberto nesses seminários, bem como trabalhar sobre os próprios efeitos do funcionamento desse dispositivo e inspirar trabalhos para as sessões públicas. (Dumézil, 2010a)

Apreendemos a proposta de Dumézil como a articulação de três espaços diferentes de alteridade para dar conta da experiência analítica e de dar provas de sua prática como analista. O autor reconhece a inspiração de sua proposta no dispositivo do passe, proposto por Lacan no escrito de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista de Escola (Lacan, 1967/2003).

O dispositivo visa aperfeiçoar a análise daquilo que determina singularmente o psicanalista em sua prática. Ele se direciona aos pacientes de análise em um tempo particular do seu percurso onde se conjuga uma questão ética do término da sua prática de analisando, além da demanda de supervisão. (Dumézil, 2010, p. 11, tradução nossa)⁹

Dumézil (2010a) cita o efeito de transmissão desse dispositivo, tanto para os que estão expondo sua prática quanto para os que estão escutando essa exposição. É válido lembrar que esse dispositivo não é proposto para substituir os dispositivos já existentes na formação (análise e supervisão/controle). (Barth, 2008)

Barth (2008) nota que o dispositivo do traço do caso não exclui as outras alternativas na escrita de um caso clínico, muitas vezes extensos e ricos em detalhes e até dialogados, mas que essa proposta aposta em abordar vinhetas, nas quais é o detalhe que ganha importância. De maneira que a identidade do analisando pode ser resguardada, já que o que interessa são esses elementos mínimos que dizem respeito ao analisando e ao analista em sua relação transferencial. É um dispositivo que, por sua proposta, dá ênfase na experiência do analista, que não é descolada da clínica ou do caso que é trabalhado, mas coloca-o mais em evidência em sua relação com a transferência. "... o caso não é o analisante, não é o

⁹ "Le dispositif vise à affiner l'analyse de ce qui détermine singulièrement le psychanalyste dans sa pratique. Il s'adresse aux praticiens de l'analyse en un temps particulier de leur parcours où se conjoignent en une question éthique la cessation de leur pratique d'analysant et l'au-delà de la demande de contrôle."

tratamento, não é nem a observação, nem a anamnese, e nem mesmo o analista. O caso é um pouco de cada uma dessas coisas.” (Barth, 2008, p. 93). Apresenta-se como uma potência para cada um descobrir um pouco do seu ponto de resistência nas análises que conduzia ao expor sua prática nos seminários.

A clínica e a formação são indissociáveis, mas nesse caso não haveria um ganho a mais para a formação do analista, pela maneira como se dá esse dispositivo? Observa-se que esse dispositivo não deixa de lado o rigor teórico e até cria um espaço de reflexão sobre a própria metodologia, com os cartéis próprios do dispositivo do traço do caso. Consideramos que é difícil localizar o dispositivo do traço do caso com uma função de supervisão, institucional ou até de pesquisa. Apresenta possibilidades nesses três campos, então podemos, trabalhar com a definição que Dumézil (2010c) aposta, é um dispositivo de formação e de transmissão. De formação, por estar sempre confrontando o psicanalista com a sua clínica, suas resistências e de certa forma os seminários oferecem a possibilidade de reposicionar-se frente aos impasses que enfrenta, assim como uma supervisão individual pode fazer. De transmissão, que não se separa desses espaços que servem à formação, mas que opera a cada momento que o psicanalista é deslocado de sua posição e na sua passagem à escrita, relatando e demonstrando aos colegas e ao público estendido o traço que barra a resistência e traz efeitos na análise que conduz.

O trabalho sobre o "traço do caso" visa superar uma forma histórica de *modus vivendi* com o sintoma-analista, mantendo em vista esta outra forma de restauração egóica, mais complementar do que oposta aliás, o ideal científico que, anulando o sujeito no objeto da ciência, só pode falhar, e o objetivo e os meios da psicanálise, e que aqui designo

de certa forma, admito um pouco arbitrário ou excessivo, como uma prática universitária. (Dumézil, 2010c, p. 48-49, tradução nossa)¹⁰

O traço é o que faz laço entre a história do sujeito e as estruturas no processo do tratamento. Mas o traço além de unir, corta também. “O Traço, move, traça, escreve, ele sublinha, ele barra. Ele também mata e separa.” (Dumézil, 2010c, p. 55, tradução nossa)¹¹. O traço do caso não envolve uma fixidez nem em uma descrição exaustiva do tratamento, como também não é uma vinheta. Independente dessas questões formais, se trata de uma mudança, uma reviravolta na fala do analisando ou do analista que cria uma fissura na resistência desses dois agentes da análise. O traço do caso também remete ao traço unário, por seu lugar inaugural na estrutura do sujeito. É o ponto de união e perda do sujeito, que o torna um sujeito único, ao mesmo tempo que o introduz na série junto com os outros sujeitos no mundo. Logo, faz laço e corta ao mesmo tempo. “A identificação ao sintoma proposta por Lacan como fim possível de análise remete a essa primeira identificação ao traço unário, extirpando a prática do analista do campo da sugestão e da histeria da psicoterapia, da identificação a um Eu forte.” (Dumézil, 2010c, p. 56, tradução nossa)¹². Para Dumézil (2010c) é o desejo de ambos, analista e analisando que, fazendo laço pode revelar o traço do caso, ou no mínimo a sua ficção. Ficção que nos remete sempre à castração, à falta. Nesse sentido que as condições do sujeito que evoca o traço do caso em sua enunciação são as mesmas do desenvolvimento teórico. Para esse

10 Le travail à propos du «trait du cas» vise à pallier une forme hystérique de *modus vivendi* avec le symptôme-analyste, tout en tenant en respect cette autre forme de restauration moïque, plus complémentaire qu'opposé d'ailleurs, l'idéal scientifique qui, annulant le sujet dans l'objet de la science, ne peut que manquer et la visée et les moyens de la psychanalyse, et que je désigne ici d'une manière, j'en conviens un peut arbitraire ou excessive, comme pratique universitaire."

11 "Le trace tire, trace, écrit, il biffe, il barre. Il tue aussi bien et sépare."

12 "L'identification au symptôme proposé par Lacan comme fin possible de l'analyse renvoie à cette première identification au trait unaire, extirpant la pratique de l'analyste du champ de la suggestion et de l'hystérie de la psychothérapie, de l'identification à un moi fort."

psicanalista "...a ficção torna-se 'teorígena'" (Dumézil, 2010c, p. 56, tradução nossa)¹³ O traço do caso é uma ficção, uma ficção operatória. Por um lado não é uma ficção no sentido do registro do imaginário e por outro também não corresponde a dizer a verdade absoluta ou ter correspondência com a realidade. "Aqui, a ficção é um operador abstrato que faz existir logicamente, que designa um lugar em um raciocínio sem entretanto ocupá-lo." (Dumézil; Brémond, 2010, p. 232, tradução nossa)¹⁴ O traço do caso precisa ser isolado e inscrito, e a ficção aqui tem função de suportar os movimentos necessários de corte, desconstrução reconstrução. (Tauber, 2010a)

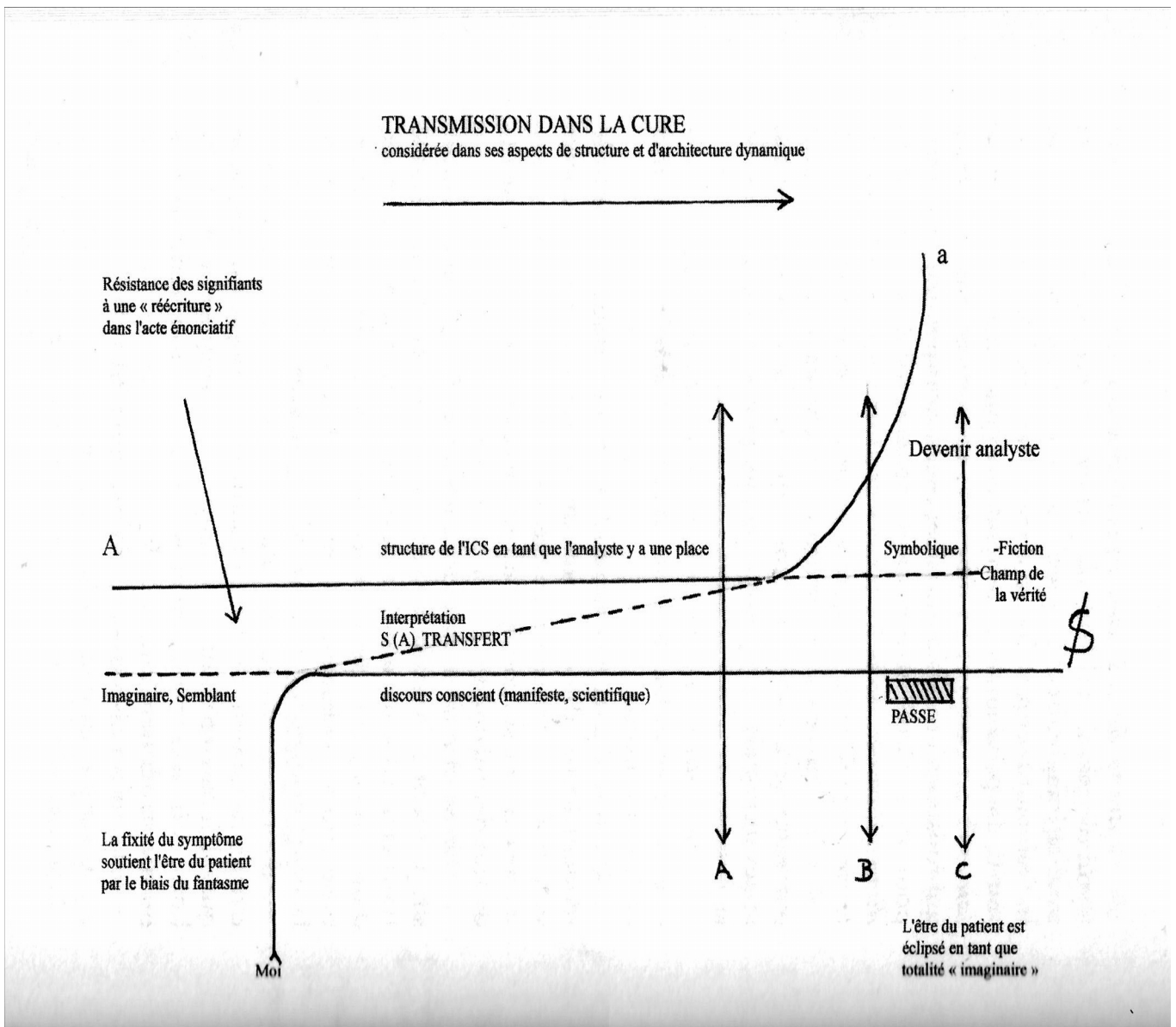
Tauber, B. (2010a) entende que o psicanalista deve criar e mostrar uma estratégia que seja própria à análise e opere nesse campo. Assim como existem estratégias próprias da área da medicina e da psicoterapia com seus respectivos modos de funcionamento. Para o autor o traço do caso pode ser uma maneira de demonstrar como se dá essa estratégia analítica. Já que fundamentalmente o traço do caso se dá através da transferência.

O traço tanto vale para o sujeito quanto para o tratamento. A significação da palavra traço, vale tanto para uma linha traçada em um mesmo movimento, assim como se propõe o dispositivo pensar a sequência de atos, significantes e efeitos que se deram na análise. Mas também o traço pode significar a característica de uma pessoa ou de uma coisa, linhas características da aparência, por exemplo. O que evidentemente não está em causa aqui, se refere à marcas do sujeito e o laço transferencial que se estabelece em análise. Agregamos aqui a imagem do esquema

13 "...la fiction devient «théorigène»."

14. "Ici, la fiction est un opérateur abstrait qui fait exister logiquement, qui designe un place dans un raisonnement sans pour autant l'occuper."

representando a sequência de operações da análise criado por Dumézil (2010):



(Dumézil, 2010d, p. 142)

Consideramos que não podemos falar em uma simples linearidade de acontecimentos na análise que possa ser padrão, pois de antemão é impossível saber quais são os atos, significantes e equívocos que vão marcar essa linha e produzir efeitos. O analista pode ter determinadas interpretações a partir da teoria sobre o andamento, interrupção ou fim de análise do caso

que podem ser reposicionadas a partir do dispositivo do traço do caso. Logo, essa sequência proposta pelos autores vai se constituir nesse momento posterior. E sabemos que com isso perde-se muito do que se passou no momento da análise, no momento do ato, mas advertidos de que esse problema é incontornável, a ficção operatória entra em jogo para dar conta do que se passou na análise.

O dispositivo do Traço do Caso inclui a noção de ato psicanalítico. São nas interpretações, nos atos falhos e nos lapsos que são realizados os cortes no encadeamento do discurso racional e consciente do analisante, onde se expõe traços fundamentais do sujeito, marcando assim rupturas nas identificações egóicas. Essas rupturas, se fazem necessárias para que o sujeito possa a partir desses deslocamentos fazer a sua reconstrução durante análise.

4. Fato clínico

O fato clínico surge como uma proposta de retomar o pensamento clínico em sua metodologia e sua relação com o campo empírico da clínica, evitando uma submissão a um empirismo. Justamente para responder à tendência de estudos baseados em evidências cada vez mais ditados pelas neurociências que a saúde mental vem aplicando em protocolos de diagnóstico e tratamento. E como resultado dessa tendência vemos a produção da última edição (5ª) do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), realizado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). Em 2011 foi publicado na França o resultado de uma reunião de psicanalistas para debater o DSM, esse resultado foi um

manifesto para o fim do DSM, pelo menos deste modelo de publicação que é amplamente adotado para orientar as condutas de saúde mental da população. Este modelo de uso global defende sua neutralidade teórica, que desde a sua terceira publicação retirou a psicanálise de suas referências diagnósticas e por consequência eliminou de sua diagnóstica a causalidade psíquica. Atualmente adotou referências de terapias cognitivo-comportamentais e farmacológicas baseadas exclusivamente na causalidade orgânica. Ora, como citado antes a proposta da abordagem clínica da psicanálise não se submete ao campo médico, não trata da observação de sinais e sintomas, sendo essa a abordagem dos manuais referidos acima. Chama a atenção também o aumento do número de transtornos a cada edição e uma maior superficialidade na descrição dos sintomas. (Golse, B.; Landman, P.; Pommier, G.; Vanier, A. et al., 2011)

Thibierge, Hoffmann, & Douville (2004) situam a conjuntura contemporânea de prevalência da utilização do DSM e do CID em suas diferentes versões como manuais clínicos que aspiram ser a-teóricos e universais. Não tomando por referência um discurso na sua fundamentação excluem o sujeito em sua composição. Ainda consideram que não podemos ignorar as contribuições da neurobiologia e a análise das funções cerebrais, mas que clínica sofre quando se tende a fazer um reducionismo do psiquismo ao cérebro. Ao lembrar que não existe clínica sem a presença do clínico, os autores nos remetem à responsabilidade que está implicada nesta prática. Seguindo essa linha argumentativa Czermak (2006) interpreta que atualmente somos convidados a abandonar a nossa linha discursiva com suas ferramentais específicas para aderir ao discurso comum, universal.

Notamos também que o fato clínico é também um movimento de renovação do laço entre psicanálise e psiquiatria. Para Santurienne (2008) dar lugar ao fato clínico é uma resistência ao movimento que pretende a readaptação do sujeito ao um corpo social: “onde a articulação não é nem mais colocada em questão” (p.16, tradução nossa)¹⁵. Alinha-se a isso o dispositivo de apresentação de pacientes, pois, o autor explica que o sujeito é desacomodado de sua posição de ser simplesmente reintegrado às comodidades sociais através da internação. Santurienne (2008) se depara com o conflito entre: “sua obrigatória inscrição social e a sua indispensável ética do singular.” (p. 15, tradução nossa)¹⁶.

Em nossas buscas por artigos sobre o fato clínico, nos deparamos com um artigo que antecede e comenta a publicação do livro *Les jardins de l'asile: questions de clinique usitée e inusitée*, onde Czermak (2007) comenta a metodologia que se estabeleceu entre ele e os participantes do seu grupo de trabalho. Estabeleceu-se que uma vez a cada quinze dias, um participante leva para ele um caso no qual se depara com dificuldades na direção do tratamento convidando-o a participar desse caso para poder colocar-se em uma outra posição em relação ao referido paciente, deslocando-se. Marcel Czermak então entrevista esse paciente, em um modelo de entrevista baseado na apresentação de pacientes. Na sequência transcreve-se esse encontro para expô-lo a um grupo de psicanalistas que não conhece o caso para que retirem dele o que é da ordem da clínica. Neste artigo não está explícito que essa dinâmica de trabalho se dá com os participantes do seminário de Czermak no Hospital Saint-Anne, porém livro citado pelo autor é

15 "dont l'articulation n'est même plus mise en question."

16 "...son obligatoire inscription sociale et son indispensable éthique du singulier."

esclarecido por Santurenne (2008). Explica que este grupo forma um cartel, cujo objetivo é “fazer do caso, traço” (Santurenne, 2008, p. 14, tradução nossa)¹⁷.

O livro citado acima é derivado da transcrição de duas jornadas clínicas realizadas sob o convite de Marcel Czermak, nele encontramos os trabalhos escritos pelos conferencistas a partir dessas entrevistas e a transcrição das discussões realizadas após a apresentação. Santurenne (2008) afirma que o propósito dessas jornadas clínicas é que cada um desses clínicos possa se reposicionar em relação aos ditos do paciente e assim fazer emergir o fato clínico. A partir dos restos dessa fala do paciente: “...sua surpresa, sua retomada em um trabalho de lógica, no reaparecimento, na iteração do que é descoberto apenas quando uma vez já encontrado.” (Santurenne, 2008, p. 14, tradução nossa)¹⁸. Para que se produza tal efeito, são propostas três etapas. A primeira, a apresentação do embaraço que se apresenta no instantâneo da interlocução entre o vivo da fala do paciente e o que escuta com atenção e surpresa. A segunda, a transcrição desse instantâneo e o trabalho de leitura reveladores do “traço do caso”. Por último, as jornadas - exemplo da jornada que resultou no livro citado - onde mais uma vez é possível submeter o instantâneo da clínica a um olhar sem antecipação, que pode decantar o imprevisto “...pego sobre o fato, o ‘fato clínico’.” (Santurenne, 2008, p. 14, tradução nossa).

Artifício elaborado para nos convidar a um ressurgimento ou a uma instauração, desde o inédito, até estabelecer um fato clínico escapando um pouco ao funcionamento usual, a reelaboração do que o trabalho teórico já teria colocado em valor de uso. (Santurenne, 2008, p. 14-15, tradução nossa)¹⁹

17 “...faire du cas, le trait.”

18 “...pris sur le fait, le «fait clinique».”

Vemos que o fato clínico é estabelecido, depende de um ato, de uma aposta, do clínico que se depara com o material vivo da fala de um paciente. O dispositivo estabelecido por Czermak (2008) tem a possibilidade de dar suporte para que o clínico se responsabilize por seu ato clínico e teórico.

Czermak (2007) reconhece a perda que está envolvida nesse trabalho, pois o grupo não está familiarizado com o caso e com o seu estilo entende que os efeitos recolhidos ali se dão em decorrência do material vivo da clínica se decantar nas interpelações e reações que permeiam a discussão por vezes amena e por vezes intensa.

Seja como for, o interesse de nossos camaradas, pessoas de experiência e antiguidade variadas, mas todos eles quase obrigados pela mesma disciplina e tentando encontrar a característica do paciente, bem como o seu negativo! Não é necessariamente algo que se deixa ver, é algo que pode estar em ausência, algo que precisa ser seguido em sua própria falha! Como emerge apenas na interpelação ou na resposta, a própria modalidade em que o paciente se acomoda é muito importante. Há coisas que surgem e que são eloquentes e falam. (Czermak, 2007, p. 2, tradução nossa)²⁰

Partindo dessa abordagem, podemos pensar que não se trata de efetivamente tomar a transcrição ou elaboração do material clínico como fator de maior relevância. No encontro com o Outro, supervisor e na sequência os colegas que leva a um reposicionamento e a possibilidade de emergir o que estava ausente, faltante no material clínico.

Um paradoxo que está presente na clínica. A estabilidade das formas e a repetição que se apresenta. “A clínica é limitada em número, a combinatória

19 "Artifice élaboré pour nous inviter à un ressaisissement ou à une dessaisie, à partir de l'inédit, à établir un fait clinique échappant quelque peu à l'opération habituelle, au rassassement de ce que le travail théorique aurait déjà posé en valeur d'usage."

20 "Quoiqu'il en soit, l'intérêt porté par nos camarades, gens aussi bien d'expérience et d'ancienneté variés, mais tous à peu près contraints par la même discipline et essayant de trouver le trait du patient, aussi bien son trait en négatif ! Ce n'est pas nécessairement quelque chose qui se laisse voir, c'est quelque chose qui peut être en défaut, quelque chose qui demande à être suivi dans sa faille même! Comme cela n'émerge que dans l'interpellation ou la riposte, la modalité même dans laquelle le patient s'installe a toute son importance. Il y a des choses qui jaillissent et qui, elles, sont éloquentes et parlent."

em que nos inscrevemos é contida.” (Czermak, 2007, p. 2, tradução nossa)²¹. E ao mesmo tempo o clínico deve estar implicado em um processo que engaja o sujeito em um pertencimento, mas ao fazer isso deve abster-se de incluir a sua singularidade. Para Czermak (2007) se retomamos o movimento de Pinel e Esquirol na psiquiatria encontramos a separação na época dos chamados delinquentes dos doentes mentais. Assim iniciou-se a preocupação em saber o que se passava com aquelas pessoas. O passo seguinte foi a percepção das particularidades e das repetições desses fatos estranhos. Em sequência surgem as descrições e classificações sem objetivo terapêutico, mas de conhecer e registrar. “Nós colocamos um sinal, isso se repete, tudo isso produz uma tabela, o que coloca um problema.” (Czermak, 2007, p. 5, tradução nossa)²² O autor provoca que podemos estabelecer regularidades desses signos sem saber do que eles são signos. “Um sinal de algo para alguém é um enigma se você não sabe de que é o sinal”. (Czermak, 2007, p. 5, tradução nossa)²³. Sobre este modo atuar oriundo da psiquiatria Assoun (2007-8) observa que o procedimento de inventariar os fatos, mesmo que bem realizado, tampona o sentido. Na psicanálise os fatos surgem e exercem um estatuto na metapsicologia, na psicopatologia, mas eles são inacabados, assim como a metapsicologia é uma referência inacabada.

Assoun (2007-8) questiona o que seria um fato na clínica, sendo que a clínica se inscreve como algo da ordem de uma experiência positiva, empírica. E ainda, o que seria uma factualidade na experiência analítica? O

21 "La clinique est en nombre limité, la combinatoire dans laquelle nous nous inscrivons est bridée."

22 "On met un signe, ça se retrouve, tout cela fait un tableau, ce qui pose problème."

23 " Un signe de quelque chose pour quelqu'un reste une énigme si on ne sait pas de quoi il est signe."

autor começa chamando a atenção para o significante “material” que Freud utiliza ao se referir às falas dos pacientes em análise. Qual seria então a materialidade do sintoma e da fala do paciente? Esta questão inaugura uma série que abre o campo de investigação sobre o fato clínico.

Uma outra direção lançada por Assoun (2007-8) são os momentos na obra de Freud onde se impõe a factualidade e ele se põe a reformular a metapsicologia, onde se apresenta a dialética da teoria e do fato na clínica. Seguem três exemplos: A mudança da teoria do trauma, da cena originária não como um episódio que realmente aconteceu, mas uma produção da fantasia. A Fantasia entra como um conceito fundamental no arcabouço teórico da psicanálise. O texto “Introdução ao Narcisismo” (Freud, 1914b/2010) muda a concepção freudiana da homossexualidade, do amor, das psicoses e do sonho. Por último, a introdução da pulsão de morte, o conceito de pulsão não era uma novidade da teoria freudiana, mas a clínica dos traumas de guerra e as repetições sem fim que se impõe fazem Freud mais uma vez reorganizar a teoria e articular uma virada na teoria das pulsões. No texto “Além do princípio do prazer” se inicia um novo paradigma, a repetição no conceito de transferência que não passa somente pelo princípio do prazer. Assim a repetição não seria só um meio de obter satisfação pulsional e a análise um meio de reorganização desse destino. Deste ponto em diante, a psicanálise se depara com a clínica que vê a repetição regida por um princípio de desligamento, ou melhor, de uma satisfação totalmente contraditória, já que o sujeito não obtém prazer com essa satisfação. (Freud, 1920a/2010). Lo Bianco & Sá (2006) interpretam o que foi o movimento de Freud no seu encontro com o fato, com o real da

clínica: "...o fato não se apresenta de forma naturalizada. É preciso colhê-lo em um dispositivo discursivo, para que ele ganhe sua realidade clínica" (p.70). Com isso, justifica-se o constante trabalho dialético entre clínica e teoria nessa interdependência.

Buscando não só em Freud, que escreveu os seus casos clínicos, mas em Lacan, podemos encontrar uma metodologia sobre o fato clínico? Na medida em que Lacan relê as estruturas freudianas, com o seu novo arcabouço teórico e propõe conceitos-chave para a psicanálise ele não está operando através do fato clínico? Logo, reduzindo sintoma-fato-estrutura à formalizações que lhe permitem propor algo novo para a psicanálise, e destaque-se o evidente, para a clínica.

Assoun (2007-8) frente a esses exemplos de transformações da teoria a partir da clínica freudiana, indaga-se sobre a origem dos fatos. Estariam eles desde sempre na clínica, antes de ganharem uma interpretação, uma conceptualização ou esses fatos ganham existência no momento em que são reconhecidos na clínica e integrados ao discurso psicanalítico? Ele reconhece a posição de Freud sobre a questão: "O fato precede sempre sua própria significação ao qual, o tempo de se desenvolver, permite se perceber... que o tínhamos sempre sabido, que ela trabalhava a experiência clínica." (Assoun, 2007-8, p. 15, tradução nossa)²⁴ O autor entende que não se trata somente de uma compreensão, mas o que define a questão é "o fato de dizê-lo" (p.15), em francês *fait-de-le-dire*. No sentido que Lacan articula o real e a linguagem no conceito de fato, nesse ponto está o ato teórico que nos fala Lacôte (1998). Expõe como fundamentos dessa ideia lacaniana a

²⁴ " Le fait précède toujours sa propre signification qui, le temps de le développer, permet de s'apercevoir... qu'on l'a toujours su, qu'elle travaillait l'expérience clinique."

teoria dos discursos e o conceito de *parlêtre*, onde o ser não é, senão, na linguagem. Assoun (2007-8) retoma Lacan para trabalhar a noção de fato: “não existe fato, que não seja enunciado”. Encontramos no seminário *de um Outro ao outro* essa formulação. “Tudo o que está no mundo só se torna fato, propriamente, quando com ele se articula o significante. Nunca, jamais surge sujeito algum até que o fato seja dito. Temos que trabalhar entre essas duas fronteiras.” (Lacan, 1968-1969/2008, p. 65). Hoffmann (2004) retoma a noção de fato desse seminário de Lacan, de não existir fato sem enunciação, e acrescenta que por sua dimensão significante está marcada pelo equívoco.

Finalmente Assoun (2007-8) entende que a epistemologia clínica que Freud engendra se encontra na própria dialética que a precede. A resposta não se encontra no plano da teorização e também não passa pela observação. Quando falamos do fato clínico, consideramos que este, concerne à dimensão da fenda, da rachadura que compõe o sujeito estruturalmente dividido. O autor retoma em seu artigo o exemplo freudiano do cristal que é atirado ao chão e se quebra, rachando-se em diversas direções e dividindo-se em diversos pedaços, em uma delimitação invisível, mas que já estava determinada anteriormente pela vulnerabilidade na estrutura do cristal. A quebra do cristal já era esperada em um plano teórico, a observação da transformação do cristal em pedaços separados também é possível, mas prever como se apresentaria no momento de quebra é impossível. É sempre uma surpresa o resultado de tal operação, e esse é o elemento fundamental do trabalho clínico, os fatos são analisado depois. Contudo, é necessário enfatizar que essa não é uma surpresa qualquer, pois é sempre uma surpresa que está dentro de uma discursividade, neste caso, a

da psicanálise. Pois, nada impediria de realizar outras leituras, mas neste caso a surpresa está conectada à clínica psicanalítica e à metapsicologia.

Entendemos que a descrição detalhada de Assoun (2007-8) traduz o que Thibierge, Hoffman e Douville (2004) resumem: que o fato, na clínica não aparece espontaneamente, não está pronto para ser colhido, mas justamente depende da trama discursiva em que se insere, são tributários dela. “Não existem fatos clínicos sem os clínicos” (p.7, tradução nossa)²⁵. Assim os autores atentam para a responsabilidade do clínico, pois se não existem fatos clínicos sem os clínicos, esses clínicos também são tributários dos discursos e das teorias das quais eles se enlaçam de maneira singular.

Tomaremos o exemplo exposto por Czermak (1007-8), o autor aborda uma caracterização comum da mania na psiquiatria, que é de dizer que um sintoma do maníaco é ser, taquilálico, tagarela. Ele se propõe a contradizer essa denominação afirmando que na mania, o sujeito é aspirado pelos barulhos mais aleatórios do mundo, como se fosse o objeto *a*. A questão que fica é como demonstrar isso. Czermak (2007-8) diz que podemos fazê-lo com uma “aparelhagem sofisticada” (p. 5, tradução nossa)²⁶, é assim que o autor descreve o conjunto de conceitos: Outro e o objeto. Essa aparelhagem também toca outros conceitos, como a noção de sujeito, o objeto *a*, os três registros (Real, Simbólico e Imaginário), o nó borromeano, para citar alguns. Assim, após essas considerações, essa operação com a aparelhagem dos conceitos nós podemos mudar um fato clínico, de tagarela, de taquilálico, vemos o sujeito se oferecendo como objeto *a* ser convocado pelo mundo ao gozo.

25 “Pas des faits cliniques sans cliniciens...”

26 " appareillage sophistiqué"

Com isso revisamos toda a clínica da melancolia e mudamos o fato clínico: levamos em consideração o que Kraepelin, Falret, Lasègue ou outros nos narraram. Mas nós demos um passo e saímos dessa clínica, esse não é mais o mesmo fato clínico. Não tem nada a ver com isso, nós limpamos o terreno da inflação, da invasão de todas as pessoas qualificadas como maníaco-depressivas através evidentemente de todas as codificações evocadas (CIM-10, etc.) (Czermak, 2007-8, p.5)²⁷

Propõe assim, que pensemos o fato clínico como um operador, pois trata-se do psicanalista realizar uma operação. Pois não basta que o psicanalista escute, isso não é suficiente para que se extraia algo de uma análise. Os efeitos de que falamos aqui e tentamos demonstrar se produzem somente com uma operação ou um ato do psicanalista. (Czermak, 2008)

Depreendemos dos trabalhos de Czermak (2007-8) e Assuon (2007-8) uma potência para o fato clínico como metodologia de pesquisa. Em certa medida seus textos se destacam ao dispositivo da maneira como está proposto em Czermak (2007; 2008) e Santurenne (2008). Uma vez que, aqui não está mais em destaque o relato do psicanalista para o supervisor e para os colegas. Está proposto um princípio para o que seria o fato em psicanálise e isto se produz como assinala Lacan (1968-1969/2008) pelo fato só ganhar essa dimensão por ser dito, ou seja, pelo fato de dizê-lo.

...as mudanças na teoria alteram o registro dos fatos. O fato precede à sua própria significação que, ao tempo de ser desenvolvido, permite a percepção de que ele sempre esteve trabalhando na experiência clínica. Ou seja, o corte decisivo não é compreendê-lo, é formulá-lo. (Kessler, 2009, p. 72)

Em conjunto com a proposta do ato teórico de Lacôte (1998) o fato clínico se torna uma ferramenta metodológica para que o psicanalista opere na clínica para além de uma perspectiva baseada na ciência positiva e nessa linha que

27 "Avec ça on révisé toute la clinique de la mélancolie et on change le fait clinique : on prend en considération ce que Kraepelin, Falret, Lasègue ou d'autres ont raconté. Mais on franchit un pas et on sort de cette clinique, ce n'est plus le même fait clinique. Et rien qu'avec ça, on nettoie le terrain sur l'inflation, l'invasion de tous les gens qualifiés de maniaco-dépressifs à travers évidemment toutes les codifications évoquées (CIM-10, etc.)."

leva o DSM a ser a referência. O ato de dizer, de escrever institui o fato no discurso da psicanálise, se institui um passo novo no discurso que se herdou. (Lo Bianco, 2006; Lo Bianco & Costa-Moura, 2013)

Entendemos que precisamos ter um certo cuidado quando adaptamos conceitos propostos em outras línguas para a nossa. Assim, o conceito de fato clínico, que traduzido do francês “*fait clinique*” pode abrir sua significação ao recorrermos às suas definições na língua original. A palavra “*fait*” em francês, pode significar fato, ação, evento ou realidade. A definição de ação, toca um exemplo interessante: “Le fait de parler, le fait d’écouter”, traduzindo: “O ato de falar, o ato de escutar”. Advertidos que não cabe uma crítica de tradução, pois reconhecemos outros trabalhos brasileiros (Hoppe, 2000; LoBianco & Sá, 2006; Poli, 2008; Kessler, 2009; Bernardino, 2010) que trabalharam com o conceito traduzindo por fato clínico. Mas, entendemos que o “*fait clinique*” pode ser abordado por essa abertura de sentido e tem potencia para auxiliarmos com a pergunta: O que é um fato clínico?, ponto de partida dessa proposta (Thibierge, Hoffmann, & Douville, 2004; Czermak, 2004, 2007, 2007-08; Assuon, 2007-08; Santurenne, 2008).

Então, “*fait clinique*” pode ser lido, como ato clínico, evento clínico, realidade clínica. Dada a dificuldade de retomar essa amplitude semântica do conceito, apostamos em escrever “(f)ato clínico” em nosso trabalho. Justificamos que além da questão de tradução, entendemos a afinidade que o fato clínico tem com o ato teórico (Lacôte, 1998; Lo Bianco & Sá, 2006; Kessler, 2009). Assim, encontramos alguns litorais entre o ato psicanalítico, o fato clínico e o ato teórico. Ato que designa uma dimensão de ação que não está fora da linguagem. “A partir daí, teríamos na psicanálise, mais que fatos

clínicos, atos – clínico-teóricos – dos quais não é eximida a responsabilidade de quem os propõe.” (Kessler, 2009, p. 73) Justificamos essa proposta pela dimensão do ato em psicanálise que estabelece uma marca, entre um antes e um depois, produzindo efeitos não antecipáveis no instante mesmo que se sucede. No sentido de que se formula, se instaura um novo na clínica e na teoria. (Lacan,1967-1968)

5. Articulações entre traço do caso e fato clínico

Aludindo ao modo de operação formalizado pelo fato clínico, entendemos que existe uma articulação possível entre o dispositivo do Traço do Caso e o fato clínico como operador entre a teoria e a clínica. Quando os autores se referem a possibilidade “teorígena” do traço do caso tocam no campo que o fato clínico se ocupa. “A apresentação escrita de um caso metapsicológico corresponderia, assim, à escritura do traço, permitindo sua circulação na comunidade de pesquisadores, sem o risco de tornar pública a identidade do paciente.” (Barth, 2006 , p. 58) Ambas metodologias focam em isolar e apresentar elementos que dizem respeito à estrutura do sintoma do paciente em detrimento à elementos da sua identidade. Está em causa o que é possível extrair da identificação do sujeito, da repetição do sintoma e de sua estrutura clínica pondo esses elementos à prova das referencias conceituais da psicanálise.

Vemos na apresentação da análise de um caso de histeria, como Brémond (2010a) coloca à prova e faz operar na sua escrita a ferramenta dos quatro discursos formulada por Lacan (1969-1970/1998) e os conceitos de desejo, castração e Outro. No caso que apresentamos de Brémond (2010b) articula o ato em psicanálise com a queda do sujeito-suposto-saber.

Bernardino (2010) articula as duas propostas, como suportes para a formação do psicanalista, direção da análise e ferramentas na análise de crianças e adolescentes. Na sua abordagem “a descoberta do “traço do caso” cria um novo “fato clínico”, diferente do inicial, trata-se de uma redescoberta do paciente” (Bernardino, 2010 p. 25). Essa redescoberta pode ser produzida pelo efeito de distanciamento e reposicionamento do analista que o dispositivo do traço do caso proporciona. “Implica a transformação do produto da escuta em texto - permitindo o surgimento da letra, que convoca uma operação de leitura” (Bernardino, 2010, p. 28). Em um caso de análise de um adolescente, Bernardino (2010) lê a escrita do paciente que remete por esse significante a história da morte de seu bisavô. Em um segundo caso apresentado, a autora escuta a sua paciente adulta contar um sonho, após encontrar o pai pela primeira vez em sua vida, já adulta que reatualiza sua identificação ao traço do Outro, sonho que representa em sua imagem de um traçado que remete à letra inicial do sobrenome que herdou desse pai.

Outro ponto de articulação do traço do caso com o fato clínico é a posição de implicação do clínico na escrita e exposição ao público da sua clínica. As duas propostas convocam a dar conta e encontrar as ferramentas teóricas que possam dar conta de uma leitura dos seus atos na condução da análise em um momento posterior, com o suporte de outros psicanalistas. Pois de um lado o traço do caso convoca à uma análise das análises conduzidas, um reposicionamento e uma produção de mudanças a partir dos pontos cegos que marcaram a condução do tratamento. Por outro lado, o fato clínico convoca também a um uma implicação com a clínica, mas também

com um peso maior sobre a teoria. Convoca o psicanalista a apostar e responsabilizar-se por um ato teórico que atesta o fato clínico.

6. Exemplos de publicações

6.1 Traço do caso

O caso escolhido para a reflexão é do adolescente Louis-Marie, publicado por Brémond (2010b), que chega com 13 anos e meio e fica até os 16 em análise. O psicanalista comenta que na idade que vem buscar atendimento, conduzido pelos pais não se apresenta como uma criança. De início Brémond (2010b) inaugura o relato com essa frase de Louis-Marie: “Eu não sou como os outros.” (p. 82, tradução nossa)²⁸. O momento de entrada na série seguinte do ensino fundamental o episódio onde ele cai em um estado de ansiedade e depressão resultando na sua impossibilidade de ir ao colégio. Como consequência disso ele fica em casa, onde não pode ficar só e suas atividades diárias se resumem em rituais obsessivos e a luta contra as interdições que dizem respeito à vida cotidiana. Não demonstra interesse pelas mesmas coisas que os colegas da mesma idade. Seu comportamento leva seus pais à ficarem inquietos e por vezes submissos às suas exigências, já que sempre estão em casa com ele.

Brémond (2010b) entende que algo se passa sobre as primeiras identificações de Louis-Marie. Ele ilustra a imagem de um abismo do qual é preciso cruzar na despedida da infância para entrada na adolescência e neste momento ele estabelece uma relação de dependência de uma criança menor que a idade dele.

28 “Je ne suis pas comme les autres”

Brémond (2010b) recupera duas frases de Louis-Marie na análise: “Eu sou adiantado”²⁹ ao se descrever e quando fala da sua “doença”: “Eu me transformei em mal”³⁰. A partir da homofonia entre *mal* e *mâle* (que quer dizer masculino, relativo ao homem em francês) é recuperado um episódio de uma doença dermatológica que lhe acometeu 15 dias depois de seu nascimento que demandava cuidados constantes da sua mãe, mas impunha restrições de contato corporal. Na sequência seu médico constatou um forte desenvolvimento de seus órgãos genitais.

Outro ponto destacado pelo autor é a relação de Louis-Marie com o saber. Ele se angústia e fica constantemente colocando questões sobre a origem do mundo e a existência de Deus tanto para os seus pais quanto para o analista. Brémond (2010b) se questiona sobre o que deveria responder a essas perguntas, pois em um momento pensou em debatê-las com Louis-Marie. Mas entende que não deveria responder nada. E justifica:

O discurso analítico não afirma nada sobre a origem do mundo ou sobre a existência de Deus; a escuta analítica produz sobretudo um efeito de colocar em suspenso essas teorias (científica, religiosa), portando sua interrogação sobre a fantasia que as suporta, e trazendo de volta a questão do sujeito sobre sua própria origem. (Brémond 2010b, p. 85, tradução nossa)³¹

Brémond (2010b) entende que a dúvida obsessiva busca um Outro não barrado que possa resolvê-la. Ao recusar uma resposta à Louis-Marie, vemos que essa barragem teve efeito, assim o paciente pôde passar para um outro caminho a perguntar sobre a sua origem. A questão de Louis-Marie era de vencer o abismo da passagem para a adolescência e deparar-se com o Outro

29 “Moi, je suis dans l'avant.”

30. “Je me suis transformé en mal”

31 “Le discours analytique n'affirme rien sur l'origine du monde ni sur l'existence de Dieu; l'écoute analytique produit bien plutôt un effet de mise en suspens de ces théories (scientifique, religieuse), portant son interrogation sur le fantasme qui les soutient et les ramenant à la question du sujet sur sa propre origine.”

barrado, com a castração simbólica. O autor questionava-se sobre a estagnação do tratamento e atribui posteriormente os efeitos de mudança e da passagem de Louis-Marie para a adolescência e conseqüentemente em deparar-se com a castração em ato. A fratura sua perna (do psicanalista) e como conseqüência alteram a frequência e o lugar da sessão e mais importante com o paciente precisando se deparar com a impotência do seu terapeuta. Mas por outro lado se identificando com sua condição de doente, a mesma que se atribuía. "A minha fratura, neste sentido foi uma violência em ato, ato selvagem que, me parece não é menos no sentido do que é um ato em análise, isso que podemos chamar de uma fratura do sujeito-suposto-saber." (Brémond, 2010b, p. 90, tradução nossa)³² O movimento desejante de Louis-Marie de voltar para a escola e relacionar-se com os colegas, mas também de apresentar a sua revolta adolescente, mostram os efeitos da castração operando.

6.2 Fato clínico

A publicação que selecionamos para apresentar aqui é uma entrevista realizada por Marcel Czermak de uma paciente de 36 anos internada no hospital por demanda própria no intuito de diminuir a sua tomada de medicamentos e seus hábitos ruins os para retomar a vida profissional. Mas que recusava-se a dar informações para os médicos sobre o real motivo de sua presença no hospital. Deschênes (2008) traz trechos e comenta o que extraiu. Além de não estabelecer um laço de confiança com os clínicos e se recusava em contar sobre sua vida. Era uma paciente que havia passado por

³² "Ma fracture, en ce sens, fut bien une violence en acte, acte sauvage qui, me semble-t-il, n'en va pas moins dans le sens même de ce qu'il en est d'une analyse, ce qu'on peut appeler une fracture du sujet-supposé-savoir."

diversas interações. Vemos que na condução da entrevista Czermak intervém no sentido de a paciente iniciar a responsabilizar-se por si e pela sua demanda no hospital. “A Sra. T se expressa como um sujeito que ouve o que é dito para ela e que tem um endereçamento ao Outro.” (Deschênes, 2008, p. 21, tradução nossa)³³. Colocando o entrevistador em uma posição de tomar conta dela, de contentar-se com o fato de que ela estava lá e só, justificando que ela não se deixa conhecer pelas pessoas em geral. Quando ela responde que ele já sabe o seu sobrenome, Czermak responde que seu médico havia informado sobre a falta de certeza que a Sra. T havia sobre ele. Logo ela responde: “Não. Mas ele me convém. Não é problema.” (Deschênes, 2008, p. 21, tradução nossa)³⁴. Assim a questão do nome se torna chave para que a paciente fale, e conte trechos de sua história. Aos doze anos ela foi colocada em um abrigo para crianças e afirma que se recusou em ser adotada. O órgão do governo responsável lhe dá um sobrenome depois de ter buscado registros na prefeitura da cidade que ela acreditava ter nascido. A paciente afirma que aos dezoito anos buscou essas informações com o intuito de fazer sua carteira de identidade. No entanto descobriu que não havia nascido na cidade que acreditava, assim ela se viu sem registro. Então afirma: “Eu não existia!”³⁵. Deschênes (2008) entende que essas sequencias de interrogações sobre quem era e conseqüentemente sobre sua origem levaram a Sra. T. a desconfiar de tudo que vem do Outro, seja ele encarnado pelo órgão do governo ou pelo médico a atende. Ainda, disseram-lhe que o sobrenome dela era o da sua mãe. Portanto seu patronímico não havia sido apropriado por ela, foi dado pelo governo, era

33 “Mme T. s'exprime en sujet qui entend ce qui lui est dit et qui a une adresse à l'Autre.”

34 “Non. Mais il me convient. C'est pas grave.”

35 “J'existais pas!”

arbitrário. No entendimento de Deschênes (2008) o Nome-do-Pai é algo que têm uma referência, portanto não se recebe como arbitrário, como foi o caso da paciente. De modo que dificultava a Sra. T. ter um lugar no registro do Outro e afirmar uma posição subjetiva. Mas de certa forma ela havia acedido a essa metáfora paterna que lhe definia um lugar e uma barragem pelo Outro. Não se tratava de um caso de psicose, mas a paciente demandava um lugar sem as exigências que acompanham ocupar esse lugar. Uma demanda de lugar que não houvesse participação dela, havia sim uma recusa subjetiva.

Sua recusa, que se manifestava nos atendimentos também se manifestava em seu trabalho. Ela era coordenadora de um serviço para jovens em uma cidade da região metropolitana de Paris. Ao descrever seu trabalho, marcava com ênfase que não se ocupava das pessoas, mas fazia intervenções. Mesma posição que colocava os médicos no hospital, que fizessem o seu trabalho com ela, mas não perguntassem sobre ela, sua vida ou se ocupassem dela. Uma repetição presente durante a sua entrevista foi procurar os médicos presentes para que respondessem por ela enquanto enquanto a entrevista. A Sra. T se posicionava como objeto em relação ao outro. (Deschênes, 2008)

Essa paciente tem um filho, mas não comenta nada sobre as circunstâncias do seu nascimento quando ela tinha 19 anos. Quando é perguntada sobre o sobrenome do filho de origem anglo-saxã, pouco comum na França muda seu semblante e demanda que se encerre a entrevista. Fica marcado o movimento do clínico a partir desse caso pode ser na direção de não entrar no circuito de repetição da paciente e ocupar o lugar de Outro não

barrado que a toma como objeto de gozo, e onde mais uma vez se reproduz o trauma do abandono. O lugar de cuidado é oferecido à paciente, mas com a oferta da implicação no processo.

VII. COMPARAÇÕES E REFLEXÕES

Após visitar as indicações dos autores sobre a escrita de casos clínicos podemos concluir de maneira geral que a indicação do formato de escrita considera as perdas incontornáveis da passagem do encontro com o paciente até a publicação. Todos os autores, que trabalhamos entendem que diante do material clínico é necessário um trabalho de elaboração. Constatamos que esse perda incontornável é precisamente o que possibilita o trabalho de escrita e a criação de espaços e dispositivos que possibilitem a escrita em um segundo momento e esclarecer pontos cegos na transferência com o analisando. Isso nos leva a um elemento fundamental do processo de escrita de caso, o espaço que pode intermediar o psicanalista com a análise que conduziu. Em Freud encontramos o recurso do interlocutor imaginário cético. Em Lacan temos os seus seminários onde realiza a releitura dos casos freudianos por uma leitura estrutural. Em Fédida (1998) o espaço da análise e principalmente da supervisão fazem essa função. Em Viganò (2010) na discussão e confrontação subjetiva entre os participantes no atendimento do caso. Em Rickes a dialética da teoria com a prática clínica e a narrativa advertida da perda inerente ao acesso ao campo do Outro (2003a; 2003b; 2005). Em Dumézil e Brémond (2010) o dispositivo dos seminários, cartéis e sessões públicas tem influência direta em colher o traço do caso e possibilitar sua escrita. Em Czermak (2007) as entrevistas, apresentações de paciente

juntamente com a discussão entre os pares e os conceitos fazem esse papel. No momento que avançam no debate e estendem ao campo acadêmico entendemos a dialética entre a clínica e a metapsicologia com o paradigma de um saber inacabado como pano de fundo apresentada por Czermak (2007-8) e Assuon (2007-8) ocupa essa função.

Cada metodologia é tributária dos fundamentos teóricos nos quais se baseia. A tradição freudiana de escrita de casos através da estratégia literária influenciada pelo romance policial não tem menor validade do que as propostas de condensação da lógica do caso em um traço ou na elaboração de um fato clínico. Correspondendo ao momento de construção e consolidação da psicanálise como teoria Freud dedicou-se a registros mais extensos de particularidades dos casos, mas sempre destacou e isolou determinados elementos que se prestavam a ser chave de leitura. Ou seja, a valorização de determinados traços do paciente para serem lidos pela teoria e colocar a mesma à prova já era uma mudança na escrita de casos clínicos. Também é um caminho introdutório ao que foi desenvolvido por Lacan quando resgata seu texto e propõe a redução da leitura dos casos a elementos mínimos que estabelecem relações lógicas. O resultado são as mudanças conceituais na psicanálise, um importante exemplo disso é reformulação da teoria das pulsões de 1920 em "*Além do princípio do prazer*". Isso se deve muito à posição de não recuar diante do inusitado que a clínica lhe apresentava. Este é um ponto de referência metodológico do legado freudiano.

Fazendo a leitura dos casos clínicos citados, entendemos que algumas situações básicas se repetem no campo dos efeitos da clínica. Em

um primeiro momento os psicanalistas apresentam alguns dados do caso, mesmo que sejam mínimos e refletem sobre a posição ou o lugar que o sujeito ocupa em relação ao Outro. Podendo assumir sua posição subjetiva, sua castração ou se colocando em uma posição de objeto. Essa é uma reflexão fundamental para o diagnóstico estrutural e assim a condução do caso. Em um segundo momento o psicanalista intervém no sentido de o sujeito assumir a sua demanda de análise e deslocar as suas identificações rígidas. No entanto, não é possível dizer que isso possa ser colhido no ato. É em um momento posterior que Brémond (2010b) dá um sentido para a identificação de Louis-Marie com o significante *mal(e)* e para os efeitos que seu acidente produziu sobre a castração dele. Nas entrevistas de Czermak, como no exemplo de Deschênes (2008) vemos alguns movimentos da paciente saindo do lugar repetido de sua identificação com o nada, com uma não existência em um curto período de tempo. Em alguns lampejos a paciente conta de sua história, fala de si e de como é com os outros, mas logo volta encerrar sua fala. Deschênes (2008) ainda comenta sobre as tentativas de Czermak em desloca-la da sua posição de recusa. É a partir da questão do sobrenome que ela rompe a repetição, mas é pela mesma questão que ela volta a sua recusa de fala. Por outro lado, em um relato de supervisão citado por Dumézil (2010e) é exposto que o caso tem um efeito de virada fundamental após três anos de análise. Com firmeza podemos afirmar que é no momento posterior ao ato é que se pode dizer alguma coisa sobre. O momento de elaboração do material, seja na escrita ou na discussão com os pares tem a potência de revelar um pouco do que se passou em transferência na clínica para que isso possa se tornar público. O

après-coup é destacado por Fédida (1992), Viganò (2010), Rickes (2003a;2003b), Dumézil & Brémond (2010) e Czermak (2007-8). Em um segundo momento e em um outro espaço o psicanalista pode se reposicionar e barrar o real da clínica no espaço de supervisão, cartel, seminário, apresentação de caso e escrita.

Por fim, destacamos o papel fundamental da ficção na escrita com a sua potência para dar conta do real da clínica. Pois é a partir da ficção que podemos fazer contorno no real, operar com as hipóteses metapsicológicas e extrair uma verdade do caso. De certa forma já somos advertidos disso no texto “*A análise finita e a infinita*”, Freud (1937/2017) lamenta a dificuldade de demonstrar os caminhos e recursos que levam o ego ao domínio da pulsão, mas nos aponta um caminho para dar conta da clínica: “Sem especulação metapsicológica e teorização - quase diria: sem fantasiar - não avançamos nenhum passo sequer” (Freud, 1937/2017, p. 326). Percebemos este modo de operar na observação precisa de Assuon (2007-8) sobre a necessidade freudiana de fantasiar, por o material clínico sob uma ficção rigorosa, sem ter a metapsicologia no horizonte para nossa condução e inscrição dos fatos. Dessa forma, reforçamos a ideia da necessidade de retorno aos textos fundadores da psicanálise, encarar a metapsicologia como um recurso que sustenta a clínica, mas só o faz se nos orientamos nele como uma referência aberta. É nesse movimento que podemos colocar seu arcabouço teórico à prova e nos reconhecermos como tributários desse discurso no qual nos inserimos.

Encontramos no ato teórico, como proposto por Lacôte (1998), retomado por Lo Bianco & Sá (2006), Lo Bianco (2006), Kessler (2009) e Lo

Bianco & Costa-Moura (2013) uma possibilidade de amarra para a articulação do traço do caso e do fato clínico e isso se dá pela referência ao ato que as duas propostas têm. É a articulação do ato psicanalítico na clínica com o posterior ato teórico no texto. Na nossa compreensão aí estaria uma possibilidade, dentro de tantas outras, de produção de conhecimento no campo da psicanálise. Através de ferramentas metodológicas derivadas do próprio discurso para demonstrar os efeitos da psicanálise na clínica.

VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS: LIMITES E DIREÇÕES

Estamos cientes da complexidade do tema da pesquisa com a clínica em psicanálise, assim como das várias direções que ele pode ser levado. Mesmo não aprofundando nosso trabalho nas primeiras três metodologias apresentadas, devido ao limite que uma dissertação de mestrado nos impõe, consideramos fundamental que se retorne aos seus fundamentos e se empregue em pesquisas com material clínico. Apontamos ainda que decidimos por duas propostas de escrita da clínica com menos trabalhos publicados, assim podendo contribuir de alguma forma com a sua expansão. Entendemos ainda que o traço do caso e o fato clínico podem se aproximar ainda mais do campo acadêmico. Já que notamos o esforço no trabalho de Czermak (2007-8) e Assuon (2007-8) sobre o fato clínico neste sentido, contudo encontramos poucos avanços sobre o tema na literatura. Mas não encontramos mais bibliografias recentes que realizassem esse empreendimento.

Uma das nossas motivações para empreender essa pesquisa foi o apontamento de Fonteles (2015) sobre a falta de apresentação de

metodologia nas pesquisas em psicanálise, além do argumento de Dumézil (2010) sobre a predominância de ensinamentos teóricos no meio da psicanálise que motivou o dispositivo do traço do caso. Essa problemática deve ser retomada, pois entendemos que potencialmente tem consequências para a psicanálise na universidade e as posteriores implicações que a psicanálise pode sofrer com um cerceamento de seu exercício no âmbito público. Como por exemplo o debate sobre o DSM-V e os casos de tentativa de impedimento do atendimento de pessoas com diagnóstico de autismo por psicanalistas.

Ainda, entendemos que um segundo passo a ser dado a continuidade dessa pesquisa seria articular os conceitos fundamentais que podemos extrair dessas metodologias e seus argumentos de base como ferramentas de trabalho no contexto de pesquisa acadêmica com material clínico e assim avançar no sentido de consolidar essas metodologias no panorama da pesquisa clínica.

Finalmente destacamos o modo de fazer operar a clínica com a teoria. Destacamos como a noção de ficção como operador a partir do real que é a clínica se oferece como suporte para fazer os conceitos como ferramentas. A partir da clínica, podemos construir um caso, escrever fazendo contorno no real, apreender um traço, propor um fato clínico. Consideramos que são essas ferramentas teóricas que permitem que operemos no campo abstrato, trabalhando hipóteses para tocar o que é de certa forma inacessível na clínica e assim produzimos e colhemos os efeitos da psicanálise. Desta forma, podemos trabalhar a partir dos meios que a psicanálise nos fornece para a investigação da clínica na universidade. Logo, reafirmamos nossa

aposta em metodologias que são forjadas a partir da psicanálise seus textos fundadores.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alberti, S. (2010) Pesquisa e transmissão da psicanálise no contexto universitário. In: Neto, F. K.; Moreira, J. O. (Org.). *Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade*. Barbacena MG : EdUEMG, pp. 113- 129.

Althusser, L. (1984). Freud e Lacan. Marx e Freud: introdução crítica-histórica. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Assoun, P. L. (2007-8) “Le fait inaccompli: le savoir clinique à l'épreuve du sujet”, in *Qu'appelle-t-on un fait clinique - Journal Français de Psychiatrie*, no30. p. 13-5.

Barth, L. F. (2006) Da figuração à transfiguração da fantasia na construção do caso: as ficções metapsicológicas. Porto Alegre: UFRGS - PPG em Psicologia do Desenvolvimento. Tese de doutorado.

Barth, L. F. (2008) Da consideração ao detalhe em Freud ao dispositivo do traço do caso em Lacan. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, Vol.20, n.1, P.83 – 96.

Beividas, W. (1999a). O excesso de transferência na pesquisa em psicanálise. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12, 661-679.

Beividas, Waldir. (1999b). Pesquisa e transferência em psicanálise: lugar sem excessos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(3).

Brémond, B. (2010a) La bouteille, commentaite (de) l'hystérie dans la psychanalyse?. In: *L'invention du psychanalyste*. Paris: ÉRÈS « Point Hors Ligne »

_____. (2010b) Trait de fracture. In: *L'invention du psychanalyste*. Paris: ÉRÈS « Point Hors Ligne »

Brauer, J. F. (2001). Algumas reflexões sobre o tema: o ensino da psicanálise na universidade. *Psicologia USP*, 12(2), 201-210.
<https://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642001000200017>

Bucher, R.; Celes L. A. M. (1984) O sujeito: limite epistemológico da psicanálise. *Arq. Bras. Psic.* Rio de Janeiro. 36 (4):76-89

Castro, J. (2006) Consequências éticas da teoria dos discursos no ensino da psicanálise. Rio de Janeiro: UFRJ – PPG em Teoria Psicanalítica. Tese de Doutorado.

Castro, J. (2013)

Caon, J. L. (1994) O pesquisador psicanalítico e a situação psicanalítica de pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 7 (2).

Couto, L. F. S. (2010) Quatro modalidades de pesquisa em psicanálise. In: Neto, F. K.; Moreira, J. O. (Org.). *Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade*. Barbacena MG : EdUEMG, pp. 59-80.

Czermak, M. (2007-8) “Qu'est-ce qu'un fait clinique?” in *Qu'appelle-t-on un fait clinique*, *Journal français de psychiatrie*, no30. p. 4-6.

_____. (2006) “Apanhar um fato clínico” in *Seminário de Marcel Czermak*. Paris, Saint-Anne/ALI, janeiro. disponível em <http://www.tempofreudiano.org.br/artigos/detalhe.asp?cod=51>.

Czermak, M. (2007) Qu'est-ce qu'un fait clinique? Séminaire de Marcel Czermak Vendredi de Sainte-Anne, 5 octobre 2007. Transcrição: Annie Deschênes. Texto disponível em:

freud-

lacan.com/freud/Champs_specialises/Psychanalyse_psychiatrie/Qu_est_ce_q
u_un_fait_clinique. Acesso em: 07/07/2017

Czermak, M. (2008) Introduction de samedi après-midi. In: Jardins de l'asile: questions de clinique usitée et inusitée. Journées d'étude 14-15 Janvier 2006. Sous la direction de Marcel Czermak et Cyril Veken. Paris: Association Lacanienne Internationale.

Dallazen, L. ; Giacoboni, R. V. ; Macedo, M. M. K. ; Kupermann, D. . Sobre a ética em pesquisa na psicanálise. Psico (PUCRS. Impresso), v. 43, p. 47-54, 2012.

Deschênes, A. (2008) "J'y suis pour rien" De la modernité d'un cas d'hystérie. In: Jardins de l'asile: questions de clinique usitée et inusitée. Journées d'étude 14-15 Janvier 2006. Sous la direction de Marcel Czermak et Cyril Veken. Paris: Association Lacanienne Internationale.

Dumézil, C. (2010a) Introduction. In: *L'invention du psychanalyste*. Paris: ÉRÈS « Point Hors Ligne »

_____. (2010b) Une approche théorique de la pratique psychanalytique. In: *L'invention du psychanalyste*. Paris: ÉRÈS « Point Hors Ligne »

_____. (2010c) Les raisons d'un séminaire. In: *L'invention du psychanalyste*. Paris: ÉRÈS « Point Hors Ligne »

_____. (2010d) Parcours dans la structure. In: *L'invention du psychanalyste*. Paris: ÉRÈS « Point Hors Ligne »

_____. (2010e) L'intervention. In: *L'invention du psychanalyste*. Paris: ÉRÈS « Point Hors Ligne »

- Dumézil, C.; Brémond, B. (2010) *L'invention du psychanalyste*. Paris: ÉRÈS
« Point Hors Ligne »
- D'Agord, M. R. (2005) Um método para estudo e construção do caso em psicopatologia. *Ágora Rio de Janeiro* v. VIII n. 1 jan/jun 2005, pp. 107-122.
- Dunker, Christian Ingo Lenz, Assadi, Tatiana Carvalho, Bichara, Maria Auxiliadora M., Gordon, Joëlle, & Aragão e Ramirez, Heloísa Helena. (2002). Romance policial e a pesquisa em psicanálise. *Interações*, 7(13), 113-126.
- Dunker, C. I. L.; Jerusalinsky, A. N.; Voltolini, R. (2008) Metodologia de pesquisa e psicanálise. In: Lerner, R. & Kupfer, M. C. M. (Orgs.) *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: Escuta-FAPESP.
- Dunker, C. I. L. (2011) *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume.
- Elia, Luciano. (1999). A transferência na pesquisa em psicanálise: lugar ou excesso?. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(3)
- Fédida, P. (1992) A construção do caso. In: *Nome, figura e memória: a linguagem na situação psicanalítica*. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, A. C. (2004) A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(1), p.75-86.
- Figueiredo, A.C.; Nobre, L. & Vieira, M.A. (2001). Pesquisa clínica em psicanálise: a elaboração de um método. In A.C. Figueiredo (org.) *Psicanálise: Pesquisa e Clínica* (pp. 11-23). Rio de Janeiro: Ed. IPUB/CUCA.
- Fonteles, C. S. L. (2015) *Psicanálise e universidade: uma análise da produção acadêmica no Brasil*. Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia.

Instituto de Psicologia, Salvador, Cotutela com a Université Paris Diderot-Paris 7.

Golse, B. e Vanier, A. (2017) Introduction. In: *Épistémologie et méthodologie en psychanalyse et en psychiatrie: pour un vrai débat avec les neurosciences*. Toulouse: Éditions érès.

Hoffmann, C. Thibierge, S. & Douville, O. (2004) "Présentation" in *Revue Psychologie Clinique: Qu'est-ce qu'un fait clinique?*. Paris, L'Harmattan, no 17. p. 7-9

Hoppe, M. W. (2000) Do modelo narrativo à escritura do fato clínico: o drama do paciente e o caso do analista. *Pulsional Revista de Psicanálise*, ano XIII, no 140/141, 56-62

Freud, S. (1905) Análise fragmentária de uma histeria ("O caso Dora"). In Freud, S.; tradução e notas Paulo César (1ª ed.); (Vol. 6: *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria ["O caso Dora"] e outros textos*). São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

_____. (1907) O delírio e os sonhos na Gradiva de W. Jensen. In Freud, S.; tradução e notas Paulo César (1ª ed.); (Vol. 8: *O delírio e os sonhos na Gradiva, análise da fobia de um garoto de cinco anos e outros textos*). São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

_____. (1909a) Análise de uma fobia de um garoto de cinco anos ("O pequeno Hans") . In Freud, S.; tradução e notas Paulo César (1ª ed.); (Vol. 6: *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria ("O caso Dora") e outros textos*). São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

_____. (1909b) Observações sobre um caso de neurose obsessiva ("O homem dos ratos "). In Freud, S.; tradução e notas Paulo César (1ª ed.);

(Vol. 9: *Observações sobre um caso de neurose obsessiva [“O homem dos ratos], uma recordação de infância de Leonardo da Vinci e outros textos*). São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

_____. (1911) Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”). In Freud, S.; tradução e notas Paulo César (1ª ed.); (Vol. 10: *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia [“O caso Schreber”], artigos sobre técnica e outros textos*). São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

_____. (1912) Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico. In: *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

_____. (1913) Sobre o início do tratamento. In: *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

_____. (1914a) O Moisés de Michelangelo. In Freud, S.; tradução e notas Paulo César (1ª ed.); (Vol. 11: *Totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos*). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1914b) Introdução ao narcisismo. In Freud, S.; tradução e notas Paulo César (1ª ed.); (Vol. 12: *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos*). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1916). Conferência VII. Conteúdo onírico manifesto e pensamentos oníricos latentes. In Freud, S.; tradução e notas Paulo César (1ª ed.); (Vol. 13: *Conferências introdutórias à psicanálise*). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1917) A terapia psicanalítica. In Freud, S.; tradução e notas Paulo César (1ª ed.); (Vol. 13: Conferências introdutórias à psicanálise). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1918) História de uma neurose infantil (“O homem dos lobos”) . In Freud, S.; tradução e notas Paulo César (1ª ed.); (Vol. 14: História de uma neurose infantil: (“O homem dos lobos”) : além do princípio do prazer e outros textos). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1919). Deve-se ensinar a psicanálise nas universidades?. In Freud, S.; tradução e notas Paulo César (1ª ed.); (Vol. 14: História de uma neurose infantil: (“O homem dos lobos”) : além do princípio do prazer e outros textos). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1920a). Além do princípio do prazer. In Freud, S.; tradução e notas Paulo César (1ª ed.); (Vol. 14: História de uma neurose infantil: (“O homem dos lobos”) : além do princípio do prazer e outros textos). São Paulo: Companhia das Letras, 2010

_____. (1920b) Sobre a psicogênese de um caso de homossexualidade feminina. In Freud, S.; tradução e notas Paulo César (1ª ed.); (Vol.15, Psicologia das massas e análise do eu e outros textos). São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____. (1921) Psicologia das massas e análise do eu. In Freud, S.; tradução e notas Paulo César (1ª ed.); (Vol.15, Psicologia das massas e análise do eu e outros textos). São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____. (1923a) Uma neurose do século XVII envolvendo o demônio. In Freud, S.; tradução e notas Paulo César (1ª ed.); (Vol.15, Psicologia das

massas e análise do eu e outros textos). São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____. (1923b) “Psicanálise” e “Teoria da Libido” In Freud, S.; tradução e notas Paulo César (1ª ed.); (Vol.15, *Psicologia das massas e análise do eu e outros textos*). São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____. (1933a). Acerca de uma visão de mundo. In Freud, S.; tradução e notas Paulo César (1ª ed.); (Vol. 18: *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos*). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1933b) Esclarecimentos, explicações, orientações. In: Novas conferências introdutórias. In Freud, S.; tradução e notas Paulo César (1ª ed.); (Vol. 18: *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos*). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1937) A análise finita e a infinita. In: Fundamentos da clínica psicanalítica. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

Jensen, W. (1987) *Gradiva: uma fantasia pompeiana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor

Golse, B.; Landman, P.; Pommier, G.; Vanier, A. et al. (2011) *STOP DSM: Le manifeste pour finir avec le carcan du DSM*. Éditions Érès. Disponível em:

<https://stop-dsm.com/fr/le-manifeste-pour-en-finir-avec-le-carcan-du-dsm/>

Juranville, A. (1987) *Lacan e a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Kessler, C. H. (2009) *A supervisão na clínica-escola: o ato no limite do discurso*. Rio de Janeiro: UFRJ - PPG em teoria psicanalítica. Tese de doutorado.

Lacan, J. (1975-76) 8 presentaciones de enfermos en Saint-Anne. Diciembre 75 - Abril 76. Documento de uso interno de la Federación de Foros del Campo Lacaniano (FFCL5-España F7). Edición realizada por: Sabino Cabeza, Carmelo Sierra, Camila Vidal. Disponível em: http://www.ffcle.es/files/2014/8_presentaciones_JacquesLacan.pdf

Lacan, J. (1998) A psicanálise e seu ensino (1966a). In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. (1998) A ciência e a verdade (1966b). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar

Lacan, J. (1968) *Scilicet*, 1, quatrième de couverture, Paris: Seuil.

_____. (2003) Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola (1967). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

_____. (2003) Introdução de *Scilicet* no título da revista da Escola Freudiana de Paris (1968). In *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. (2003) Alocução sobre o ensino (1970). In *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

_____. (2003) Talvez em Vincennes (1975). In *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. (1967-1968) Seminário XV, O ato psicanalítico. (Notas de curso)

_____. (2003) A identificação (1961-1962). Trad. Ivan Corrêa e Marcos Bagno - Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife.

_____. (1992) *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* (1969-1970). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. (2008) *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise* (1959-1960). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. (2008) *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. (2008) *O seminário, livro 16: de um outro ao Outro* (1968-1969). Rio de Janeiro: Zahar.

_____. (2010) *O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (1954-1955). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacôte, C. (1998) *Le inconscient*. Paris, Dominos/Flammarion.

Lemaire, A. (1989) *Jacques Lacan: uma introdução*. Rio de Janeiro: Editora Campus.

Lo Bianco, A. C. (2003) "Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise" in *Psico-USF*. Bragança Paulista, 8 (2) p. 115-23.

Lo Bianco, A. C. (2006) O ato no texto analítico: significação e autorização in *Estilos da Clínica*, vol IX, no 21. p. 48-55.

Lo Bianco, A.C. (2010) O saber inconsciente e o saber que se sabe nos dias de hoje. *Ágora - estudos em teoria psicanalítica*, v.XIII, p 156- 174.

Lo Bianco, A.C.; Costa-Moura, F. (2013) Ato teórico, ato ético. *Tempo psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 45.2, p. 249-266, 2013

Lo Bianco, A. C.; Sá, R. (2006) "A objetividade do experimento: a elisão do sujeito e de seu ato" in Bastos, A. (org.) *Psicanalisar hoje*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, pp. 67-78.

Laurent, E. O relato de caso, crise e solução . *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*, Belo Horizonte, Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais (IPSM-MG), Ano 6, n. 9, p. 69-76, novembro de 2003.

Disponível em: <http://ea.eol.org.ar/03/pt/template.asp?>

textos/txt/relato_caso.html

Moura, A., & Nikos, I. (2000/2001). Estudo de caso, construção de caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, 13/14, 140/141, 69-76.

Neto, F. K. (2010) A psicanálise na universidade e sua relação com as instituições formadoras. In: Neto, F. K.; Moreira, J. O. (Org.). *Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade*. Barbacena MG : EdUEMG, pp. 156- 166.

Poli, M. C. (2006) O sujeito na ciência: questões à bioética. *Psicologia Social*, v.18, n.3, p.7-15.

Poli, M.C. (2008) Escrevendo a psicanálise em uma prática de pesquisa. *Estilos da Clínica*, Brasil, v. 13, n. 25, p. 154-179, dec. 2008. ISSN 1981-1624. Disponível em:

<<https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/46037>>.

Porge, E. (2009) Transmitir a clínica psicanalítica: Freud, Lacan, hoje. Campinas: Editora Unicamp.

Rickes, S. (2003a) Escrita da clínica e transmissão da psicanálise. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*. n. 25, pp. 119-133.

_____. (2003b) Autoria e responsabilidade. *Correio da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*. n. 119, pp. 7-12.

_____. (2005) Analistas...Escribas. *Correio da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*. n. 133, pp. 37-43.

Rosa, Miriam Debieux. (2001) Psicanálise na universidade: considerações sobre o ensino de psicanálise nos cursos de psicologia. *Psicologia USP*, 12(2), 189-199.

Roudinesco, E. (1988) História da psicanálise na França: A batalha dos cem anos volume 2: 1925-1985. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda.

Santurene, F. (2008) Façons de faire. In: Jardins de l'asile: questions de clinique usitée et inusitée. Journées d'étude 14-15 Janvier 2006. Sous la direction de Marcel Czermak et Cyril Veken. Paris: Association Lacanienne Internationale.

Sbano, V. (2004) "Ensino de Psicanálise nas Universidades" Rio de Janeiro: UFRJ – PPG em Teoria Psicanalítica. Tese de Doutorado.

Schreber, D. P. (1995) Memórias de Um Doente Dos Nervos. São Paulo: Editora Paz e Terra.

Siqueira E. R. A., Queiroz E. F. (2014) O singular do caso clínico: uma proposta metodológica em psicanálise. *Arquivos Brasileiros de Psicologia; Rio de Janeiro, 66 (3): 104-114*

Tauber, B. (2010a) Un signifiant, un dispositif. In: *L'invention du psychanalyste*, Paris: ÉRÈS « Point Hors Ligne »

_____. (2010b) Et la psychose... quelques remarques. In: *L'invention du psychanalyste*, Paris: ÉRÈS « Point Hors Ligne »

Viganò, C. (2010) A construção do caso clínico. *Opção Lacaniana online, 1(1).http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_1/A_construcao_do_caso_clinico.pdf*

Widlöcher, D. (1995) Un cas c'est pas un fait. In: *Épistémologie et méthodologie en psychanalyse et en psychiatrie: pour un vrai débat avec les neurosciences*. 2017. Toulouse: Éditions érès.