

A construção do caso clínico¹

Carlo Viganò

Mesmo aqueles que não são do campo têm uma ideia do campo Psi como de um labirinto inexplicável de signos, escolas e doutrinas. A distinção entre psicólogo, psiquiatra e psicanalista pode causar arrepios se entrarmos nas teorias sobre a *psique* ou sobre os nomes das doenças (neurose, psicose, borderline, distúrbios bipolares, depressão, pânico, distúrbios de ansiedade, etc.). Apesar disso, não devemos achar que não temos mais nada o que fazer, lamentando o tempo em que havia o manicômio! Iniciava-se um tempo em que o debate clínico aberto e sem esoterismo torna-se possível. A discussão dos casos que, há dois anos, começou a ser praticada por todos os operadores² da Saúde Mental de três ASL³ em Ravenna, vem se revelando além de um potente instrumento de formação, também um modo de avaliar e, portanto, de melhorar a qualidade clínica do trabalho. Nesse cenário, houve uma mudança histórica e cultural realizada através do movimento antipsiquiátrico dos anos 70 que varreu as ideologias que dominavam o campo Psi e o transformavam em uma infinita "guerra de religiões".

De um lado, havia a ideologia positivista que acreditava em uma causalidade natural, de tipo científico, da doença mental. De outro, aquela que pensava a doença como um distúrbio da produção de sentido (hermenêutica). O resultado concreto era que ninguém falava de clínica, da experiência do doente, do seu caso e, assim, o discurso

girava em torno de questões epistemológicas, como se a saúde mental estivesse nas mãos de filósofos e de médicos de segunda categoria, sem uma clara competência profissional.

Atualmente, dois dos maiores protagonistas do campo Psi fizeram escolhas inovadoras. A psiquiatria adotou um sistema de classificação a-teórica de doenças, o DSM, e a psicanálise, na sua ponta mais avançada, encontrou uma forma estrutural que substitui a transmissão esotérica por uma série de conceitos conectados logicamente. Pode-se dizer que o dualismo mente-corpo, que se prestava às mais diversas interpretações, foi substituído por uma equação mente = corpo, na qual o sinal da equação é a clínica, o caso clínico. Pode-se ler assim: mente sintoma do corpo. A guerra sobre a causa passa a ser substituída pela construção do caso.

A construção do caso clínico é uma construção democrática na qual cada um dos protagonistas do caso⁴ (os operadores, os familiares, as instituições) traz a sua contribuição, de uma forma que parecerá paradoxal somente àquele que está doente de tecnocracia e de modelos cibernéticos. 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. Este ponto comum, a falta de saber, é o lugar do sujeito e da doença que o acometeu. A construção do caso consiste, portanto, em um movimento dialético em que as partes se invertem: a rede social coloca-se em posição discente e o paciente na posição de docente. Naturalmente, o que o paciente deve ensinar não passa por sua consciência e não pode ser dito em uma fala direta, mas mediante nossa escuta das particularidades, das coincidências que foram

escandidas de sua história, do enigma de seus atos falhos, recaídas, ausências, etc.

*Aquiles e a tartaruga*⁵

No campo da saúde mental, o conflito não se concentra mais na doutrina e na melhor técnica a adotar, mas continua presente de acordo com a civilização em que vivemos: sociedade do consumo e do mercado global. Portanto, para realizar o nosso debate clínico devemos nos inserir, apenas estrategicamente, na corrente da política contemporânea totalmente centrada na redução de custos.

Pelo modo como vem sendo formulada a demanda social hoje, pode-se entender que o que está em jogo não são mais a duração e a eficácia do tratamento, mas seus semblantes culturais. Através da discussão de um caso pretendo mostrar como se apresenta hoje o conflito sobre o estilo da avaliação e sobre a cultura que define sua utilidade. A hipótese que avançamos é que fique evidente, de agora em diante, como a forma contemporânea da avaliação vem sendo sustentada pela intenção de neutralizar a variável transferência. O passo seguinte será breve: se mantido o dever de excluir a transferência dos fatores avaliáveis da terapia, então os tratamentos que excluem *a priori* a transferência terão uma vantagem prejudicial.

A motivação parece elementar: a avaliação deve, por princípio metodológico, tornar não influenciáveis os fatores subjetivos e, portanto, neutralizá-los com corretivos do tipo "duplo cego". A terapia é avaliada como um fármaco e, na ausência de uma teoria adequada sobre a transferência na clínica, privilegiam-se os casos nos quais a transferência é desconsiderada e, portanto, deixada funcionar de modo "selvagem".

Há quase dez anos, com alguns colegas lacanianos, criamos um laboratório de pesquisa na Escola de Especialização em Psiquiatria da Universidade de Milão onde, com a participação dos estudantes e dos operadores dos serviços públicos, colocamos em pauta um método de "construção do caso clínico" com o propósito de demonstrar que é possível uma avaliação que compreenda a transferência como eixo da clínica. Vou expor brevemente um dos últimos dos quase trinta casos discutidos.

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

*O caso de Elle*⁶

Elle tem 21 anos. A mãe, uma professora, sofrera de depressão pós-parto, reativada, em seguida, por algumas características "irritantes" do desenvolvimento de Elle. Elle anda aos 16 meses, começa a falar muito tarde e o faz "em terceira pessoa". O controle dos esfíncteres é obtido

por volta dos 4 anos. Nessa idade, o comportamento dificilmente controlável de Elle mobiliza a mãe a levá-la a um psiquiatra, que faz o diagnóstico de "distúrbio de personalidade borderline" e a vê periodicamente por dois anos. Elle tem problemas de socialização: não tem amigos, é extravagante e muito habilidosa em irritar os outros. Obtém resultados escolares brilhantes com o apoio de um professor encarregado de seus estudos. Quando tem 8 anos de idade, os pais se separam. Aos 13 anos, manifesta a intenção de se suicidar, tem comportamentos de tipo anoréxico e, por isso, é encaminhada a um psicoterapeuta, cujo tratamento interromperá depois de aproximadamente dois anos. Nessa ocasião, Elle quer estar sempre na companhia da mãe com contínuos pedidos de beijos e abraços, entre outras "extravagâncias". Aos 16 anos, sua mãe se dirige, então, à psiquiatria e obtém uma internação de dois meses, saindo da internação com terapia farmacológica. Desde então, o período de sua permanência em casa se alternava com a internação em setor psiquiátrico com frequência cada vez maior. A escolaridade se interrompe no último ano do ensino médio.

Decide-se pelo encaminhamento para a Residência Terapêutica⁷ quando Elle tem 20 anos que, concordando em morar ali, diz: "vocês me parecem pessoas certas". Elle repete com monotonia dois pedidos: "lambidinha" e "sussuros"; em geral, todos se empenham a falar com Elle em voz baixa, mas a "lambidinha", por sua vez, é considerada "patológica". Os operadores lhe propõem dois encontros por semana com o psicólogo de orientação lacaniana que nos expõe o caso. O psicólogo descongela rapidamente esses dois significantes estereotipados através de um chiste (*Witz*) do tipo: "mas quem me disse que você se lavou nos últimos vinte dias?" ou "quer sussurros e faz um vozerio que se ouve em toda a Residência Terapêutica!". São duas letras de

gozo, funções sintomáticas sem sentido que, naquele momento, começaram a entrar em uma cadeia metonímica. Lambidinha se liga à imagem de uma cadela que lambe os seus filhotes, e sussurros é a palavra que pensou quando o pai, gritando com a mãe, saiu de casa. Depois de ter sonhado com a sepultura dos quatro avós, mesmo sabendo que todos estão vivos, Elle diz que o sussurro poderia ser também o que vem depois da lambidinha. Daí partem as fantasias sexuais referidas ao corpo da mãe e à elaboração delirante da necessidade de mandar embora o atual companheiro da mãe: "um porco, como o meu pai". Poderiam ser as fantasias de um menino de 4 anos, como Hans, as dessa menina, cujo comportamento insuportável obtém como resposta do Outro o veredicto psiquiátrico ao invés da escuta do analista? Mas devemos considerar os fatos: a menina tem agora 21 anos. O seu comportamento torna-se "adequado", o tom de humor estável, frequenta com interesse diversos grupos e desenvolve um trabalho remunerado. Elle agradece ao psicólogo por tê-lo encontrado e lhe diz que agora não há mais o "ela deve" como compromisso exigido para sua saúde. Agora pode associar "livremente", ainda que sob a forma de delírio e, dentro das paredes da Residência Terapêutica, pode começar a se ocupar de si.

A avaliação

O relato desse tratamento, que dura cerca de quatro meses, testemunha como os efeitos terapêuticos não somente rápidos, mas também de estrutura diferente em relação àqueles que foram obtidos com os tratamentos anteriores (cognitivistas e farmacológicos) produzem uma estabilização que, em certas condições, pode-se manter e consolidar. No entanto, os contatos realizados com os Serviços que fizeram o encaminhamento prevêm um retorno ao estilo de tratamento

anterior. Somente uma necessidade clínica teria produzido uma descontinuidade em relação aos sistemas de avaliação em voga. Como avaliar esta contradição dos avaliadores?

Para inserir a transferência como fator da terapia, é necessário remover da perspectiva da avaliação a referência a qualquer ideia de cura para considerar, unicamente, o dado concreto do laço social e, conseqüentemente, do custo financeiro. É inacreditável como o moralismo comportamentalista resiste ao algoritmo, decisivamente mais laico, do discurso como laço social.

Em outros termos, o caso de Elle, como todos os outros casos nos quais um ato analítico é inserido entre os tratamentos cognitivo-comportamentais que produzem uma história de cronicização, demonstra que o efeito terapêutico de uma escuta analítica é rápido. Mas ele exige a abertura de um projeto de estabilização que dê prosseguimento à clínica sob transferência e não à rigidez de um ideal de cura. Elle poderá manter seu bom comportamento e continuar sua existência de psicótica fora do desencadeamento, graças à suplência fornecida por uma escuta analítica, por um modesto subsídio econômico, por um alojamento protegido, etc⁸. Nisso, o ato analítico se opõe à cura rápida obtida com as internações em setor psiquiátrico e às intervenções cognitivistas, que se revelam de duração sempre mais breve.

A distinção entre os discursos que o sujeito atravessou e o lugar⁹ que neles ocupou permite resolver o paradoxo temporal dos efeitos terapêuticos: é o seu interlocutor, o Outro da avaliação, aquele que não sai do paradoxo para permanecer ancorado em um modelo moral da cura, ao preço de um maior custo social. Na história concreta, a ideia balintiana de estabelecer um *focus* se choca com a Babel dos protocolos dos quais um sujeito foi feito objeto: dão asas de *Aquiles* a um paciente, que, no

entanto, sempre para no trecho anterior à meta prescrita, deixando o avaliador no embaraço de ter que entregar a vitória à tartaruga da cronicização.

Pode-se sair disso graças a estrutura lacaniana do sujeito e, em particular, a sua capacidade de antecipar um dado que vem se revelando fundamental na ciência biológica, na neurociência e na genética: o princípio da plasticidade. A ideia dos processos completamente reversíveis e, portanto, a definição do objetivo terapêutico como *restitutio ad integrum* estavam ligadas à teoria da clínica antiga que fazia dos órgãos a sede da função constante e, portanto, da sua alteração/restituição. Hoje isso foi superado, os órgãos podem ser também transplantados, a doença nesse período mudou de sede, tornou-se sistêmica, interessa os sistemas transversais de conexão e comunicação entre órgãos. Doenças auto-imunes, tumores, leucemias e quadros circulatórios são distúrbios da informação, portanto, da função do código. A novidade freudiana é a de pensar o sujeito não como uma informação, como o significado de um significante "qualquer", mas como efeito de um corte particular na cadeia dos significantes. Por isso, na interseção de corpo biológico e corpo social, o sujeito é corte contingente, êxito dos remanejamentos internos aos dois sistemas simbólicos como resposta do real; e o tempo dessa resposta não obedecerá nunca, por estrutura, ao modo preditivo da cientificidade do experimento.

Para concluir, devemos nos perguntar o que impede o Estado de aceitar uma cultura da clínica sob transferência, o que o provoca a privilegiar as intervenções – *Aquiles* que, na história clínica concreta, regularmente conduzem a uma cronicidade-tartaruga muito custosa, porque violenta o sujeito e provoca a passagem ao ato. Para responder não basta dizer que a cultura atual financia um cientificismo

sociológico na avaliação sanitária por nada querer saber da cura como impossível. Isso é só uma vantagem secundária. Existe a primária, de estrutura, que é ligada à "mais-valia" em que se asseguram as terapias – Aquiles por meios ideológicos.

Tradução: Daniela Costa Bursztyn

¹ Artigo extraído das publicações: VIGANÒ, C. (2005). "La costruzione del caso clínico". In: Frammenti. AUSL di Ravenna, ano 14, (1) e VIGANÒ, C. (2009). "Psichiatria non psichiatria". Roma: Editora Borla, capítulo 15.

² N.T.: O termo "operatori" é característico da reforma psiquiátrica italiana e designa a função dos profissionais inseridos nos serviços de saúde mental.

³ N.T.: Azienda Sanitaria Locale, serviço público italiano de assistência em saúde.

⁴ N.T.: O autor assinala a palavra *caso*, em latim *cadere*, "cair"; sair de uma regulação simbólica e, portanto, encontro direto com o real.

⁵ N.T.: Referência ao Paradoxo de Zenão relatado sob a forma de uma corrida entre Aquiles, herói grego, e uma tartaruga.

⁶ N.A.: Caso apresentado por M. Borreani em 09/04/2005, na Seção Clínica de Gênova.

⁷ N.T.: No texto em italiano, a estrutura "Comunità Terapeutica" designa uma modalidade de serviço substitutivo em saúde mental que se aproxima do formato dos serviços Residenciais Terapêuticos, embora não tenha uma equivalência direta com nenhum serviço brasileiro da rede de assistência em saúde mental.

⁸ N.A.: Para expor uma ordem de medida, nas atuais condições organizativas na Itália, o tratamento de Elle custou, a partir dos seus 16 anos, uma média de 6.500 euros por mês. No ano em que esteve na Residência Terapêutica: cerca de 4.000 euros por mês. Futuramente, a perspectiva de projeto terapêutico coerente com a análise pode prever 2.000 euros por mês, enquanto o retorno para casa sem projeto recolocaria esse tratamento em condições pré-residenciais.

⁹ N.T.: O emprego da palavra *lugar* faz referência à disposição dos quatro elementos nos discursos teorizados por Lacan, J. (1992[1969-70]). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.