

RELATO DE CASO *VERSUS* SUPERVISÃO – PONTOS PARA UM DEBATE

Regina Steffen

O seminário clínico, atividade que na ACP é mensal, se caracteriza pelo relato de um caso que um dos analistas participantes faz aos demais. É comum essa atividade ser confundida com uma supervisão. Qual a diferença entre essas duas formas de apresentação clínica?

As diferenças são muitas. Uma delas é que a supervisão se dá entre o analista que demanda supervisão e o analista supervisor. Trata-se, pois, de um encontro individual, ocasião na qual o supervisionando apresenta uma dificuldade que vem tendo com determinado atendimento. O caso é levado para a supervisão para que o supervisor aponte uma saída possível do impasse que aquele caso está apresentando. O supervisionando relata trechos inteiros de alguma sessão ou sessões, trechos da fala do paciente e suas intervenções, na tentativa de dar a ver o ponto cego no qual se encontra pego. Embora o analista relate a fala de seu paciente, o foco na supervisão é o impasse de sua escuta. Do relato do caso, recheado de sequências quase factuais da fala do paciente, o supervisor escuta apenas o analista. Sua escuta não alcança o analisando do caso em questão.

O que importa numa supervisão é o lugar em que o analista supervisionando está situado naquele caso apresentado. Uma supervisão trata do analista do caso e não do caso supervisionado. O supervisor intervém questionando onde o analista está situado naquela escuta específica.

O caso é escrito para ser relatado na supervisão, porém essa escrita não porta a marca do analisando e sim, a do analista que demanda supervisão. É dele que se trata, de um impasse seu. A característica dessa escrita de caso é o relato quase factual do que o analisando falou e de como o analista interveio. A leitura que um tal relato convoca é uma só: onde o analista está situado? Não há outro material em jogo aí.

A supervisão constitui, antes, uma análise de supervisão. Ali está a transferência operando, estabelecida entre aquele que pensa não saber o que está acontecendo, e que, na verdade, se exime desse saber, dirigindo-se ao outro ao qual supõe o saber, mas que, como analista, estará situado no lugar interrogante da causa do desejo, pronto para ser destituído desse lugar de suposto saber no instante mesmo do ato analítico.

Numa análise pessoal, ou numa análise de supervisão, é sempre de um ato analítico que se trata. Um ato que é do analista, ato no qual o analisando passa a analista. Há nesse ato um deslocamento do sujeito, uma refundação subjetiva, um reposicionamento da estrutura desejante. Em qualquer dos casos (análise pessoal ou supervisão) o desejo do analista – nome da nova configuração do desejo - deve suceder o desejo mortificado, estagnado, característico do sintoma neurótico ou da

surdez de uma escuta clínica. A recuperação do deslizamento do desejo é o alvo da análise – pessoal ou de supervisão.

A análise pessoal transforma o desejo neurótico em desejo do analista. Quando o sujeito põe um tal desejo ao serviço de outros, a supervisão alinha-se à sua análise pessoal, ou lhe sucede, passando a ser parte constitutiva de sua formação. Sua função é propiciar a renovação dessa posição desejante, azeitando suas engrenagens. Agora não se trata mais de refundar um sujeito, mas sim, de apurar um estilo.

A supervisão se torna parte integrante da formação do analista, uma vez que reafirma a posição de simulacro de objeto a que agencia a posição do analista na análise: seu lugar é o lugar de causa do desejo, lugar ao qual se chega no ato da queda do sujeito suposto saber.

Consideremos agora, esta outra dimensão de relato de caso, conforme a que ocorre no seminário clínico. Contraposta à situação privada da supervisão, aqui o analista apresenta, ao conjunto de analistas da instituição, um relato através do qual tenta elaborar questões teóricas a partir de determinado ponto específico do caso em questão.

Diferentemente de um caso relatado numa supervisão, neste caso interessa, não o desenrolar literal da sessão de análise, mas sim, um aspecto do caso que o analista busca articular teoricamente e cuja elaboração pretende partilhar com os colegas.

Este é o tempo da elaboração teórica da clínica, momento no qual o saber da psicanálise avança.

A transferência em jogo neste tempo é a transferência de trabalho, transferência que se dirige ao conjunto de analistas de determinada instituição e que se apoia na obra da psicanálise, obra de Freud e de Lacan (no caso de uma instituição lacaniana). É ainda transferência (amor votado ao saber) mas, referida agora, não a um sujeito suposto saber e, sim, à obra da psicanálise.

Na apresentação de um relato de caso no seminário clínico não está mais em questão a posição que o analista ocupa frente a determinado paciente; não há mais a privacidade do encontro individual característica da supervisão e, sobretudo, não é mais a um sujeito suposto saber que o analista se dirige. No seminário clínico o analista encaminha a parte pública de sua formação, endereçando-a aos outros. Ele passa da posição do neurótico que demanda sentido, para a posição do autor que entrega à comunidade sua obra autêntica e inédita, visando dar sentido ao que se passou em sua clínica.

O relato do caso no seminário clínico não objetiva dar conta do que o analisante falou e de como interveio o analista, e mesmo passando por aí, o fará para tentar costurar o

“abismo entre a verdade do paciente e o saber que o analista elabora a partir dessa verdade”¹.

Embora nenhum relato de caso preencha esse abismo, a escrita do caso e sua articulação teórica é uma invenção que faz tela ao horror que o analista tem de seu ato. Horror, pois o ato analítico expõe e convoca a castração do sujeito, refundando-o em sua divisão e queda constituintes. Torna-se imperativo, então, que nova trama se ofereça como rede de proteção sobre essa fenda.

Todo ato analítico leva para a beira do abismo, obrigando a uma reinvenção do ponto de passagem. Do impasse ao passe, é obrigatória a construção da ponte. Daí a formação do analista ser continuada. Ela não acaba nunca. Cada novo ato convoca nova invenção, movimentada por essa estrutura nova que o desejo neurótico assume ao final da análise face à constatação do des-ser do sujeito: o desejo do analista.

Quando o neurótico se depara com a essência da condição humana, com o desamparo que essa condição abriga, sua tendência é recuar para pontos de sua história nos quais pôde ignorar esse saber. Muitas vezes, esse movimento de defesa implica a construção ou a reativação de um sintoma constituído anteriormente. A base dessa solução neurótica foi estabelecida na infância do sujeito, através da montagem de sua estrutura fantasmática diante do trauma da castração, sob os auspícios da chamada metáfora paterna. Uma coisa pela outra, um significante por outro, e está dada a base fantasmática para driblar o impossível.

O processo de análise encaminha o sujeito para a ultrapassagem dessa fantasia fundamental a fim de revelar sua verdade última: o ponto onde a falha opera, a falta original. Ali onde o neurótico recua, o analista avança, atravessando o ponto traumático com um saber a mais: o saber sobre o desamparo humano, impossível de ser preenchido. Habitamos e somos habitados por um buraco impreenchível. Como avançar sobre esse abismo? Inventando nova trama sobre a fenda subjetiva, inventando um *sinthoma*. Lacan grafa o termo *sinthoma* de forma a marcar sua diferença do sintoma neurótico, guardando, ainda assim, a mesma essência. Esse novo *sinthoma* não pede para ser decifrado. Edificado sobre o impacto da falta absoluta de sentido - verdade última do sujeito - o *sinthoma* se constitui num saber fazer com isso, um saber fazer com a verdade da falta. Movido pelo *sinthoma*, o sujeito dá de si em vez de demandar a obturação dessa falta, como faz o neurótico com seu sintoma.

É nesse ponto que a elaboração teórica da clínica se situa. Ela é uma invenção, uma obra que o analista oferece à comunidade analítica. Qualquer pequena elaboração escrita, falada aos outros, é uma obra dessa natureza. Qualquer simples questão que se dirige ao saber da teoria sustentada pelos outros a quem o analista se dirige, constitui um saber fazer com o horror que o ato analítico desvela. O seminário clínico constitui o lugar em que isso se consuma. Enodando um aos outros, ele sustenta o ato analítico em seu caráter solitário e impessoal.

¹ Porge, É. *Transmitir a Clínica Psicanalítica – Freud, Lacan, Hoje*. Ed. Unicamp, Campinas, 2009. (página 92).

Se a supervisão possibilita o correto posicionamento do analista, o seminário clínico é a forma de ultrapassagem do horror que seu ato provoca.

Parte integrante da formação continuada, pensar teoricamente a clínica renova o vínculo de transferência de trabalho, o que faz da instituição de psicanálise o lugar do analista em seu devir constante.

A obra do analista não é a análise de seu paciente. A análise é ato do próprio analisante passando a analista. Nesse ato, o analista sentado atrás do divã é mero simulacro de objeto do desejo, e como tal está fadado a cair como dejetivo, a ser nada, simples resto. Sua obra vem depois. Ela se estabelece na instituição psicanalítica, em relação ao saber da teoria e no endereçamento aos colegas, na trama miúda em que tenta dar conta teórica do impossível de sua clínica. Essa obra é necessária, pois representa a recuperação do analista-resto e o restabelecimento de seu lugar, para de novo agenciar o ato de sua queda, ciclo que se repete sem fim...

“O estilo é o homem a quem nos dirigimos”, afirma Lacan na abertura de seus *Escritos*². Tornar-se analista é ato que determina o estilo em sua singularidade. Seria pensável, e mesmo legítimo, autorizar-se analista sem esse endereçamento aos pares da instituição? Essa questão nos dá a dimensão da importância da pertença à instituição psicanalítica como sustentáculo de uma formação que não acaba nunca e que encontra na articulação teórica da clínica uma escrita possível do real impossível de se escrever.

Janeiro/2018

² Lacan, J. *Écrits*, Éd. du Seuil, Paris, 1966.