

# A ESCRITA DE CASOS CLÍNICOS EM PSICANÁLISE: ESTUDO DE CASO, DESCRIÇÃO, RELATO OU NA- RRATIVA?

Ana Cláudia Santos Meira  
Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica (PUCRS),  
Doutora em Psicologia (PUCRS),  
Membro Provisório do Centro de Estudos Psicanalíticos  
de Porto Alegre (CEPdePA),  
Quarto Ano do Curso de Formação Analítica no CEPdePA,  
Autora do livro "A escrita científica no divã" (EDIPUCRS).  
Email: anameira@gmail.com. Porto Alegre-RS, Brasil.

**Para citar este artículo / Para citar este artigo / To reference this article**

Santos Meira C. A. (2013) A ESCRITA DE CASOS CLÍNICOS EM PSICANÁLISE:  
estudo de caso, descrição, relato ou narrativa?

Intercambio Psicoanalítico 1 (1),

Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC By 4.0)

# A ESCRITA DE CASOS CLÍNICOS EM PSICANÁLISE: ESTUDO DE CASO, DESCRIÇÃO, RELATO OU **NARRATIVA?**

Ana Cláudia Santos  
Meira<sup>1</sup>

1 Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica (PUCRS), Doutora em Psicologia (PUCRS), Membro Provisório do Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre (CEPdePA), Quarto Ano do Curso de Formação Analítica no CEPdePA, Autora do livro "A escrita científica no divã" (EDIPUCRS). Email: anameira@gmail.com. Porto Alegre-RS, Brasil.

## Resumo

**O presente artigo tem como objetivo levantar questões sobre o formato da escrita de casos clínicos em Psicanálise. Esta escrita tem nomeações diversas, tais como: caso clínico, estudo de caso, relato do caso, relatório de supervisão, história clínica, entre outras. Logo, devemos pensar: Por que tantas designações? Será que a variedade de nomes não delata um desconforto ou uma imprecisão sobre o que, de fato, falamos? Um padrão psiquiátrico de apresentação de caso clínico firmou-se como uma herança que, agora, deve ser desconstruída, para que nos encontremos, novamente, com um padrão mais rico, mais vivo, mais dinâmico, de escrita da clínica, tal como Freud desenvolveu e nos ofereceu.**

**Palavras-chave: Psicanálise, Escrita de Casos Clínicos, Casos Clínicos, Escrita, Clínica.**

“Tenho medo de escrever.  
É tão perigoso. Quem tentou, sabe.  
Perigo de mexer no que está oculto  
– e o mundo não está à tona,  
está oculto em suas raízes submersas, em profundidades do mar.  
Para escrever, tenho que me colocar no vazio.  
Neste vazio é que existo intuitivamente.  
Mas é um vazio extremamente perigoso: dele arranco sangue.  
Sou um escritor que tem medo da cilada das palavras:  
as palavras que digo escondem outras –  
Quais? Talvez as diga.  
Escrever é uma pedra lançada no fundo do poço”  
(Clarice Lispector).

Escrever a clínica ainda mais; ainda mais perigoso, quando escrevemos sobre o oculto, o vazio, o profundo de onde ainda verte sangue... talvez por isso tantos nomes para designar esta escrita: Caso clínico, estudo de caso, relato do caso, relatório de supervisão, história clínica são algumas das denominações que se referem – parece – a uma mesma coisa. Todavia, só a constatação de que há diferentes nomes na literatura e nas instituições já nos põe a pensar: Por que tantas designações? Uma destas palavras não deveria dar conta do que buscamos definir? Bem, se pensarmos que “dever” não é verbo conjugado na Psicanálise, sabemos ter que seguir pensando se a variedade de nomes não delata um desconforto ou uma imprecisão sobre o que, de fato, falamos.

Escrevemos muito, mesmo que, por vezes, contrariados e impedidos de reconhecer que a escrita pode ser, acima de uma tarefa a cumprir em cada ano da Formação, uma possibilidade privilegiada de nos havermos com nossas mais íntimas e intensas vivências. Em especial, em nosso ofício, a escrita da clínica vai desde o material para a supervisão semanal – sessões dialogadas, ou um relato mais descritivo sobre as sessões daquele período –, um resumo do caso com vinhetas para o Seminário Clínico, o relatório de supervisão do Segundo Ano, até o Teórico-Clínico do Quarto Ano da Formação.

Apresentamos a história de um analisando e a evolução do tratamento, alguns trechos ou uma sessão, mas, com certa frequência, não incluímos aquilo que sentimos, pensamos e percebemos; aquilo que não foi falado. Seguimos o tradicional estilo de “Analista - ... / Analisando - ...”, mas, aí, onde colocamos o que nem ele nem nós dissemos? Alguns já se dão conta de escrever sobre o que se passou para além das palavras, mas, normalmente, esta é a parte que “falamos” na supervisão, como se não tivesse espaço no papel para isto, se ao papel fosse destinado apenas o dito. Mas é com isto que trabalhamos? Com o dito?

Acredito que todos tenham passado pela experiência de – desde a graduação – ter que escrever sobre pacientes, preparar material para supervisão, módulos e relatórios de estágio, o trabalho de conclusão de cursos. Se tiveram a mesma experiência que eu, era-nos apresentado um modelo a obedecer, o que talvez, para aquela época, até estivesse bem. Um padrão psiquiátrico de apresentação de caso clínico nos indicava itens a serem seguidos: dados de identificação, impressão geral transmitida, motivo da busca de tratamento, história pregressa, história atual; e, às vezes, para piorar, diagnóstico, prognóstico e “exame das funções de ego”. E seguíamos...!

Herdeiro de uma lógica científica na mais limitada visão do que vem a ser isto, o da pesquisa quantitativa, este modelo lidava com dados, e era com isso que nos ocupávamos: dados da história de alguém. Havia uma matriz a ser seguida. Íamos preenchendo como uma ficha de anamnese, de tal modo que, se escrevêssemos sobre vários “pacientes”, os relatos se pareceriam muito entre si. E os nossos com os de nossos colegas, e assim por diante – ou assim do mesmo, no ponto fixo da repetição. Mas até aí, tudo bem; estávamos apenas começando...

Isso passa a ser algo que nos convida a pensar quando, terminada a graduação, hoje analistas em formação, por vezes continuamos a reproduzir este padrão de escrita da clínica, imaginando que tal modelo consegue refletir o que se passa em nosso encontro com um analisando, que é assim mesmo e que está certo. “Certo” até pode estar; não se trata disto. Trata-se, antes, de pensarmos que formato de escrita é capaz de transmitir algo do que acontece na intimidade de nossas salas de análise.

E aí um problema: a psicanálise não é condizente com matrizes ou formatos. Pontalis (2002) alerta: um relato de caso sugere uma narração linear, que retraça etapas até sua conclusão, enquanto a clínica não se desenrola sob a forma do relato.

Quando um paciente permanece na narração, pode-se dizer que ainda não está em análise, pois ele se contenta apenas em contar sua vida ou os acontecimentos da semana, em fazer uma espécie de crônica dos acontecimentos que se teriam passado na realidade. Portanto, narração e análise são termos que poderíamos quase qualificar de antagônicos (Ibid., p. 30).

Contudo, não precisam ser. Freud inaugurou – além da Psicanálise – uma forma peculiar de escrever a clínica, diferente da tradição médica da época. Ele mesmo descreve:

Nem sempre fui exclusivamente psicoterapeuta. Como outros neuropatologistas, fui preparado para empregar diagnósticos locais e eletroprognósticos, e ainda me causa estranheza que os relatos de casos que escrevo pareçam contos e que, como se poderia dizer, falte-lhes a marca de seriedade da ciência. Tenho de consolar-me com a reflexão de que a natureza do assunto é evidentemente a responsável por isso, e não qualquer preferência minha. A verdade é que o diagnóstico local e as reações elétricas não levam a parte alguma no estudo da histeria, ao passo que uma descrição pormenorizada dos processos mentais, como as que estamos acostumados a encontrar nas obras dos escritores imaginativos, me permite, com o emprego de algumas fórmulas psicológicas, obter pelo menos alguma espécie de compreensão sobre o curso dessa afecção. Os casos clínicos dessa natureza devem ser julgados como psiquiátricos; entretanto, possuem uma vantagem sobre estes últimos, a saber: uma ligação íntima entre a história dos sofrimentos do paciente e os sintomas de sua doença... (Freud, 1895, p. 124).

Freud era minucioso na descrição da vida e da neurose nos casos que publicou, mas não se restringia a isso. Para além de informações detalhadas sobre o caso, que julgava enlaçarem os fios da neurose, ele ia construindo e mostrando ao leitor a compreensão teórica do que sucedera na vida do sujeito, na formação dos sintomas e no tratamento. Já distanciado do estereótipo psiquiátrico, ele nos brindou com narrativas dinâmicas, nas quais vai apresentando os dados da história, exatamente na medida em que eles nos possibilitam acompanhar seu pensar analítico.

Será o próprio Freud, então, que nos convocará a abandonar o confortável lugar de domínio que temos quando pretendemos apenas descrever fatos e dados do caso. Ora, a psicanálise não lida nem com fatos nem com dados. Antes, ela ocupa-se com aquilo que está além – ou aquém – da exposição de acontecimentos e da cronologia do que sucedeu na vida daquele que nos busca.

Então, mais que uma exposição, nossa escrita haverá de ser tão dinâmica como as tramas do inconsciente e o movimento da sessão. Será preciso nos dispormos a apresentar mais do que escutamos com ouvidos, mas aquilo que foi escutado pela atenção flutuante, sentido na carne, vivido na pele. Então, talvez mais do que a escrita do caso, será a escrita da escuta, a nossa escuta com tudo o que ela é capaz de capturar, em especial do que se passou em nós no lugar de analistas. Desta forma, porém, expomo-nos mais.

Expomo-nos mais ainda quando, ao invés de escolher um analisando em que as coisas estão indo relativamente bem, a pessoa com quem trabalhamos em mais alta frequência, “um caso interessante”, mostra de nossa capacidade e saber, escolhemos escrever a partir de um caso que nos desacomoda, desestabiliza, o que não sabemos, não conseguimos, com quem falhamos. E não é disto que se trata? Não é isso que, no discurso do analisando, mais vai fazer sentido? Um furo, onde tropeça, o que falha, o que escapa, quando não sabe? E se vale para ele na sessão, por que não valeria para nós na escrita? A escrita da clínica deve trazer oxigênio às nossas teorias, pôr em jogo o excesso de certezas e questionar ideias tomadas como absolutas; deve propor discussão, em um exercício de câmbio das possíveis escutas de diferentes analistas.

Acostumados com a proteção das quatro paredes de nosso consultório, ao nos posicionarmos neste outro lugar, qual seja, o da construção de uma escrita viva da clínica, embarcamos em uma aventura que não é a priori conhecida. O que já foi conhecido, vivido, foi a experiência na sessão. A escrita disto é em si um outro acontecimento psíquico. Assim, não podemos pensá-la como transcrição de uma realidade vivida, como uma fita a ser gravada: está tudo registrado no áudio, vai tudo igual para o papel; nada foi criado e também nada aconteceu. O inconsciente não é fita gravada, não tem qualquer objetividade e só podemos escutá-lo de forma genuína desde o que é criado a partir dele, no analisando e em nós. Nossa escrita será um momento outro, de viver de novo a mesma intensidade de tudo aquilo que nos dispomos a viver com nosso analisando, do fundo do poço à superfície do papel.

Se precisarmos de um modelo, teria sentido pensar no modelo de sessão que Freud nos propõe, que corre livre e flutuante, atento às palavras e às entrelinhas, ao som e ao silêncio, ao que aparece e ao que se esconde, ao que se mostra e ao que está latente, às vivências de quem está no divã e às de quem está na poltrona. Ao abordar o início da fala de uma analisanda, em seu tratamento, Freud (1905, p. 939) compara: o “primeiro relato será como um rio não navegável, cujo curso é desviado, algumas vezes, por massas de rochas, e dividido, outras vezes, por bancos de areia que lhe quitam profundidade”.

Se usarmos a mesma analogia para a escrita da clínica, um relato fluidamente navegável, com tudo o que informamos sobre o analisando estará enlaçado com os baixios e rochas e montes daquilo que se deu em nós, pois também estávamos lá em cada sessão. Então, por mais que emprestemos um ordenamento ou uma lógica secundária a esta escrita, não podemos compreender a escrita da clínica psicanalítica como relato do manifesto, ou um texto sem a intensidade que caracteriza o profundo trabalho analítico.

Não proponho que deixemos de apresentar a história do analisando, até em ordem cronológica se for o caso. Porém, isso só terá um significado se nos impulsionar para o mais além, para o que representa cada informação fornecida ou cada evento narrado, para a história que conta cada uma deles e que marcas deixou.

A tridimensionalidade que caracteriza o encontro analítico não pode perder força quando é impressa sobre um papel. Delorenzo (2001, s/p) pontua:

Escrever, para um psicanalista, é tentar dominar uma experiência difícil de dizer, seja por seu efeito de excesso ou pela impressão de um vazio. É tentar apoderar-se de algo, cercar, imprimir, inscrever, tanto o que obceca, como o que lhe escapa. Aquilo que desejamos submeter à lei da linguagem habita o registro das paixões dilacerantes, do horror e do prazer ignorados, dos homens mais loucos e mais secretos.

Em uma tentativa de manter no público o domínio do privado, não podemos pasteurizar uma experiência que é da ordem do subjetivo, escrevendo de forma objetiva e morta aquilo que estava muito vivo no trânsito entre inconscientes desta dupla. Não podemos submeter o conhecimento que temos do analisando a um processo de engessamento que rouba da vivência toda a riqueza que ela tem. Senão, o que veremos ali será um amontoado de informações, e nada que sequer se pareça com a experiência que vivemos na privacidade de nossa clínica.

Freud (1905) fala disto:

Não posso deixar de me surpreender com a maneira como os autores conseguem apresentar relatos clínicos tão acabados e precisos dos casos de histeria. Na realidade, os pacientes são incapazes de fornecer tais relatos a seu próprio respeito. De fato, podem dar ao médico muitas informações coerentes sobre este ou aquele período de suas vidas, mas logo se segue outro período em relação ao qual suas comunicações escasseiam, deixando lacunas e enigmas; e em outras ocasiões fica-se diante de novos períodos de total obscuridade, não iluminados por uma única informação que tenha serventia. As ligações, inclusive as aparentes, são em sua maioria desconexas, e a sequência dos diferentes acontecimentos é incerta. Durante o próprio relato, os pacientes corrigem repetidamente um pormenor ou uma data, talvez para retornar, depois de muita hesitação, a sua versão inicial.

A escrita desta clínica só pode caracterizar-se com as mesmas qualidades necessárias a um processo psicanalítico: como uma escrita viva, com lacunas, fendas e enigmas, espaços para respirar. Vai abrir brechas, lançar dúvidas, levantar questões, cogitar outras possibilidades; enfim, deverá produzir pensamento, tal como propomos ao analisando, em nosso convite a perguntar-se sobre si mesmo.

A exemplo do que se passa na transferência, esta escrita funciona como transporte que ignora tempo, espaço e realidade objetiva. Como lograva Freud, esta escrita mais viva da clínica faz o leitor viver como se conosco tivesse estado, no calor da hora analítica. Por nossa narrativa, ele sente-se participando, sofrendo conosco nossas angústias, dividindo nossas dúvidas, compartilhando nossas inquietações, sentindo-se também ele acompanhado naquilo que, um dia, sozinho, se perguntou.

Logo, haveremos de perseguir este estado tal que a escrita de nossa clínica faça dragar o leitor ou ouvinte para a cena vivida por nós: que dela saiba o que se passou para além daquilo que poderia ser observado. Que nossa escrita não seja somente descrição dos dramas que passamos, especialmente quando eles ainda não passaram em nós. Que uma escrita viva permita que o outro escute nossa respiração apertada, nossos dentes rangendo, que sinta nosso coração taquicárdico, que leia nestas linhas nossos pensamentos, e nas entrelinhas o que vivemos, quando lá estivemos. Que toque naquilo que é tocado na análise: as mais profundas dores, os maiores sofrimentos, a mal-fechada ferida que não cicatriza, o passado ainda atual.

Será a partir dela e através dela que transitaremos pela solidão da sala de análise e pela companhia de quem, depois, nos escuta; pelas linhas do inconsciente do analisando e, então, pelo nosso; para um mergulho nas raízes submersas da clínica e, logo, para fora de onde estivemos submersos. Talvez nunca sem medo, mas sem – em função do medo – evitar, fugir ou nos escondermos. A escrita é não só a respiração do pensamento, como dizia o poeta Carlos Nejar; ela é um espaço de respiração da própria Psicanálise. E de nós.

#### Referências

Delorenzo, R. M.; Mezan, R.; Cesarotto, O. (2001). Narrar a clínica. *Percurso*, São Paulo, Vol. 1, Nº 25, pp. 105-110.

Freud, S. (1895). Estudios sobre la histeria: Caso 5. In: \_\_\_\_\_. (1981). *Obras completas de Sigmund Freud*. 4. ed. Vol. 1. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1905). Analisis fragmentário de una histeria. In: \_\_\_\_\_. (1981). *Obras completas de Sigmund Freud*. 4. ed. Vol. 1. Madrid: Biblioteca Nueva.

Pontalis, J.-B. (2002). Entrevista. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, Vol. 35, Nº 64/65, pp. 29-47.