

## **DA ESCUTA À ESCRITA: a construção do caso clínico em psicanálise**

*Débora Franke \**

*Jerto Cardoso da Silva \*\**

### **RESUMO:**

Este artigo possui o objetivo de buscar elementos para compreender a construção do caso clínico na Psicanálise, bem como a importância da escrita a partir de uma escuta sustentada pela sua ética, constituindo-se, portanto, em uma revisão teórica. Sendo assim, irá abordar como se dá a pesquisa em psicanálise, sua metodologia, o conceito de caso clínico e sua função, elementos para pensar a sua construção, a questão da ética envolvida na escrita de um caso clínico e algumas problematizações em relação a esse tipo de produção.

**PALAVRAS-CHAVE:** Caso clínico. Escrita psicanalítica. Ética na psicanálise.

---

\* **Débora Franke.** Acadêmica do Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

\*\* **Jerto Cardoso da Silva.** Docente do Departamento de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

A psicanálise, enquanto método de investigação do inconsciente, a partir do qual se realiza um tratamento, está embasada em uma ética da escuta ao discurso, ao desejo de um sujeito. Além do compromisso direto com as pessoas que procuram livrar-se de seus entraves, os analistas inseridos em uma comunidade psicanalítica encontram-se também sob a responsabilidade com a produção de conhecimento e a evolução teórica e técnica da psicanálise.

Essa produção de conhecimento se realiza a partir da pesquisa em psicanálise, constituída pelo instrumento do relato do caso clínico e seus desdobramentos (ZANETTI; KUPFER, 2006). Portanto, cumpre fundamentar primeiramente como se dá essa pesquisa, qual a importância da mesma para a psicanálise e quais seus efeitos na clínica, para a partir daí descrever o que se entende por caso clínico e de que maneira pode ser construído o seu relato, bem como abordar questões relativas à ética implicada na sua escrita e publicação.

### **Escrever a clínica em psicanálise**

Como colocado, dada a relevância do fazer pesquisa em psicanálise como forma de contribuir para a sua evolução enquanto saber e prática, inicia-se contextualizando essa forma de investigação expondo suas características, sua importância para a prática clínica e os efeitos que nela produz.

Os princípios norteadores da pesquisa em psicanálise não diferem daqueles que estabelecem seu exercício clínico, ou seja, são os mesmos que sustentam a prática. Desse modo, também a pesquisa se pautará pela inclusão do desejo do pesquisador na constituição do enigma que busca desvelar através do seu trabalho. A essa inclusão do desejo chamamos transferência, entendida como sendo o fundamento de todo o trabalho de pesquisa em psicanálise e que permite situar a noção de realidade com a qual operamos. Essa realidade baseia-se na premissa de que a mesma é sempre discursiva e pulsionalmente produzida, de modo que a ética na qual a pesquisa se sustenta é a de considerar a realidade sempre a partir da inclusão do sujeito na experiência (POLI, 2005).

Nesse sentido, o que a psicanálise nos indica é que toda a relação do sujeito com o mundo é mediada pela realidade psíquica, por isso a importância de considerá-la antes de qualquer outro fator em uma pesquisa psicanalítica (Figueiredo & Machado, 2000).

Sendo assim, a ética da psicanálise é exclusiva dessa forma de fazer pesquisa, condicionando a investigação ao desejo de formação em psicanálise:

Nosso trabalho de escutar o inconsciente é aquele que reconhece ao sujeito um lugar na linguagem, no qual o processo de alienação/separação indica uma direção ética: não à exclusão do sujeito, isto é, não a um sujeito sem Outro, não alienado ou fora da linguagem; mas também, não a um sujeito sem corpo, sem lugar de expressão singular no circuito das pulsões (POLI, 2005, p. 46).

A partir do exposto, tem-se que a ferramenta metodológica na pesquisa em psicanálise é a construção do caso clínico, cuja sistemática de análise dos dados não é restrita ao domínio do signo, em conteúdo ou discurso, mas sim ao domínio do significante e, assim, do sentido. Desse modo, a base para isso é a leitura dirigida pela escuta, para que se possa identificar novos significantes nos dados trazidos por sua investigação. Essa é então a essência da pesquisa em psicanálise: promover a abertura de sentidos para os dados sobre os quais o pesquisador está debruçado (MOURA; NIKOS, 2001).

O ato de escrever a clínica inscreve, então, o ato clínico, transformando-o em teoria, visto que as construções conceituais daí decorrentes são edificadas concomitantemente às reflexões sobre a experiência clínica, representadas nas histórias clínicas. Para isso, faz-se necessário não haver dissociação entre teoria e prática, entre pesquisador e objeto de pesquisa na psicanálise (OLIVEIRA, 2004).

Conforme Queiroz (2005), escrever a clínica é um ato simbólico que permite a metaforização da experiência psicanalítica, servindo de base para construções metapsicológicas de modo a elaborar um novo saber no corpo da psicanálise. Essa escrita a partir de fragmentos clínicos não ocorre sem que o pesquisador psicanalítico situe a si próprio também, visto que a análise se dá no espaço da transferência, na qual estão sempre implicados analisando e analista.

A importância da relação transferencial é observada desde as histórias clínicas relatadas por Freud, as quais são um testemunho de que a escrita psicanalítica se produz a partir do lugar que ocupa aquele que escuta, ou seja, a construção do caso revela, assim, a posição que o analista assume no discurso do Outro (Oliveira, 2004). Então, não é somente a análise que se desvela a partir da escrita, mas sim a própria posição do analista, sendo

possível ao paciente, a partir da leitura, intervir no discurso do analista, de maneira que a análise se transforma, “vira pelo avesso”, conforme Queiroz (2005).

Da mesma forma, Oliveira, ao lembrar a invenção da psicanálise, coloca que “Com a entrada em cena da ‘orelha freudiana’, o paciente passou a ocupar o lugar outrora reservado ao médico; tornou-se criador, relator e romancista, inventando um discurso e fabricando seu caso” (OLIVEIRA, 2004, p. 84).

Mezan (1998) comenta que o fato de se saber objeto de um estudo por parte do analista não é algo inteiramente inocente no andamento do processo analítico e mesmo na resolução da transferência. Isso porque quando se escreve sobre um paciente, isto ainda é parte da análise desse paciente, sendo um diálogo com ele. Mesmo que o escrito seja dirigido a leitores em geral, o autor coloca que o paciente é sempre um dos mais importantes destinatários do escrito.

Além disso, a escrita também assume consequências para a análise, possui uma ação na clínica funcionando como um ato analítico nas situações em que o sujeito lê o seu caso. A história falada, a história escrita e a história lida constituem três momentos de reorganização do simbólico, de modo que o escrito funciona como um terceiro na relação analisando-analista (QUEIROZ, 2005).

Conforme Nicole Berry (apud MEZAN, 1998, p. 219), “A escrita é a renovação desta experiência em que falo comigo mesma, antes de falar ao outro, antes de refletir utilmente. Ela é pôr confiança em mim mesma, luta contra as perseguições internas que me imponho: críticas, racionalizações, recusa”. Em sua opinião, é vital a presença de um terceiro para o desenrolar do tratamento, seja esta presença a da escrita, da palavra ou do pensamento. Assim, o terceiro pode ser o próprio analista escrevendo para outro e dessa forma tomando distância.

O método do relato de casos clínicos situa-se, então, na passagem da experiência psicanalítica para a elaboração teórica, constituindo-se assim o primeiro passo e ao mesmo tempo o passo fundamental para o encontro da experiência da análise com a elaboração teórica. Em outras palavras, é por meio do relato que se terá acesso ao caso e a tudo o que ele suscitará em nós (ZANETTI; KUPFER, 2006).

### **Caso clínico: conceito e função**

Conforme Nasio (2001), a expressão “caso” designa um interesse muito particular de um analista a respeito de um paciente, o que leva, muitas vezes, a um intercâmbio de experiência com colegas, seja na forma de supervisão, grupos de estudo, dentre outros. Outras vezes, esse interesse acaba produzindo uma observação clínica que constituirá o que se chama de caso clínico. Sendo assim, o caso exprime, então, a própria singularidade do ser que sofre e da fala que nos dirige.

Em outras palavras, o caso é um “relato de uma experiência singular, escrito por um terapeuta para atestar seu encontro com um paciente e respaldar um avanço teórico” (NASIO, 2001, p.11). O caso clínico é, então, a possibilidade de se privilegiar o tratamento de um sujeito na sua singularidade, incluindo na sua construção os efeitos transferenciais do próprio trabalho (OLIVEIRA, 2004).

A escrita pode ser tanto de uma sessão, do desenvolvimento de uma análise ou da exposição da vida e sintomas de um paciente, mas sempre será um texto para ser lido e discutido, pois narra uma situação clínica que expõe uma elaboração teórica. Por isso, Nasio pontua que ele pode ser considerado como “a passagem de uma demonstração inteligível a uma mostra sensível, a imersão de uma ideia no fluxo móvel de um fragmento de vida, e podemos, finalmente, concebê-lo como a pintura viva de um pensamento abstrato” (NASIO, 2001, p. 12).

Para Viganò (apud FIGUEIREDO, 2004), o termo caso, a partir de sua significação original no latim, significa um encontro direto com o real, com aquilo que não é dizível e assim, impossível de ser suportado. Já o termo clínica refere-se a debruçar-se sobre o leito do doente e produzir um saber a partir daí. Dessa forma, a autora resume que a construção de um caso clínico na psicanálise seria então “o (re)arranjo dos elementos do discurso do sujeito que “caem”, se depositam com base em nossa inclinação para colhê-los, não ao pé do leito, mas ao pé da letra” (FIGUEIREDO, 2004, p. 79).

Conforme Moura e Nikos (2001), o caso é o resultado da comunicação de uma experiência na qual o terapeuta escolhe uma situação de tratamento para desenvolver sua pesquisa. Para os autores, essa comunicação inicia com o registro de apontamentos anamnésicos que compõem uma história clínica e uma evolução das sessões de determinado período de tempo. A utilidade desta é a de servir como parâmetro para a discussão da teoria subjacente ao caso, ou seja, provocando uma problematização da teoria e uma tentativa de apoiar sua modificação ou confirmação.

Freud, ao falar do objetivo de um escrito clínico, coloca que este serve para expor o que ele chama de estrutura, ou seja, aquilo que se encontra recoberto ou sobreposto pelas camadas de material clínico, não sendo visível “a olho nu”. O objetivo do relato é então o de selecionar esse material clínico, de modo a contribuir para uma melhor compreensão de determinada estrutura (MEZAN, 1998).

Nesse sentido, o relato de um caso clínico possui a peculiaridade de transmitir a teoria dirigindo-se à imaginação e emoção do leitor, de modo que o jovem clínico, leitor do caso, aprenderá a psicanálise de maneira ativa e concreta, pois imagina-se ocupando alternadamente o lugar do terapeuta e do paciente. Essa é, então, a função didática do caso, transmitir a psicanálise através do relato de uma situação clínica, isso porque a observação clínica e o conceito que ela ilustra estão tão imbricados que a observação substitui o conceito e torna-se metáfora dele (NASIO, 2001).

Quando ocorre do caso ultrapassar seu papel de ilustração e metáfora, tornando-se gerador de conceitos, chamamos a isso função heurística do caso, conforme Nasio (2001). Isso se dá quando um exemplo clínico é tão frutífero que promove a produção de novas hipóteses que enriquecem a trama da teoria. Quando isso ocorre, conforme Moura e Nikos (2001) é porque a construção do caso, mais do que descrever uma realidade psicológica através do exame de uma história, traz à luz uma hipótese metapsicológica, e para que haja a construção do caso é preciso que a situação psicanalítica de supervisão sirva como espaço de interlocução entre o analista e a alteridade supervisora, pois assim o supervisor cumpre a função de alteridade na construção do caso clínico.

Zanetti e Kupfer (2006) também trazem essa questão da supervisão na construção do caso clínico e acrescentam a ela o lugar da narração. Ao narrar um caso o analista relata ao supervisor o que o paciente falou e o que isso suscitou, provocou dentro da relação transferencial, e fez com que se debruçasse nos enigmas que compõem o caso. Nesses dois processos então, o de supervisão e o de construção do caso (escrita), o endereçamento do discurso, em forma de narração, a um outro/Outro em quem se supõe um saber é o que permeia ambos, sendo práticas baseadas na palavra, na linguagem, e, portanto parceiras do processo analítico.

Essa narração do caso, seja na forma da supervisão ou do relato do caso, é necessária para que o analista possa voltar ao caso e ouvi-lo de um outro lugar, caso contrário poderá ficar amarrado no sintoma, repetindo um posicionamento provocado por essa captura, pouco podendo fazer pelo paciente (ZANETTI; KUPFER, 2006).

Oliveira (2004) coloca, por sua vez, que a escrita do caso clínico pode ser situada como uma forma de elaborar os restos irreduzíveis de uma análise, os detritos que comportam os elementos resistenciais da escuta. Ao citar Edson de Souza pontua que o caso não é somente um exercício de teoria, mas sim um trabalho de movimento resistencial daquele que escuta. Assim, pode-se entender que a escrita pode ser uma tentativa de elaborar o que restou como questão de uma análise, aquilo que clama por uma simbolização.

[...] a formulação desse enigma ou dessa interrogação é papel fundamental nosso. [...] o que justificaria ainda o nome de clínico ou de analista é o fato de que “se possa lidar precisamente com este buraco que, além do mais, é o que faz com que esse caso, que ali se transforma num caso, seja precisamente neste ponto que se torna caso: onde bordejamos esse buraco de ignorância e nos decidimos a lidar com ele. (ZANETTI; KUPFER, 2006, p.173).

Para isso, trata-se de retrair com detalhe os caminhos, construções e saberes mobilizados no decorrer da análise, considerando o tempo dos efeitos para produzir uma significação. A pesquisa deve então apreender esse movimento em seus desdobramentos, possibilitando além da compreensão do caso, quem sabe uma nomeação em relação ao diagnóstico – este entendido de forma estrutural conforme proposto pela teoria psicanalítica (o modo de cada sujeito lidar com a castração), e não no sentido nosológico, psiquiátrico (FIGUEIREDO; MACHADO, 2000). Ou seja, trata-se, ao escrever um caso, de poder situar a posição do sujeito na constituição de sua fantasia fundamental (ZANETTI; KUPFER, 2006).

De acordo com Mezan (1998), escrever é provavelmente catarse e elaboração ao mesmo tempo – uma catarse elaborativa, porque no movimento de retomar, pensar, procurar ligar as imagens em frases, opera-se um certo distanciamento.

No que compete à distância com relação à situação transferencial, Clément narra a seguinte história:

[...] havia duas tribos de índios que viviam na mesma margem do rio; viviam brigando, às turras uma com a outra. Um belo dia, os dois caciques se reúnem e decidem que uma das tribos vai atravessar o rio e se instalar na margem oposta. Mas até onde a segunda tribo deve se afastar da primeira? Depois de pensar, o cacique da tribo que fica na primeira margem diz para o cacique da que atravessará o rio: vocês atravessem o rio e comecem a andar. Andem até chegar a um ponto de onde já não possam avistar a nossa aldeia, mas de onde se possa ainda ver a fumaça do nosso fogo: essa vai ser a distância ótima. Nem tão perto que fiquemos brigando o tempo todo, nem tão longe que vocês não possam ver a nossa fumaça, nem nós vermos a fumaça de vocês (MEZAN, 1998, p. 239).

Assim, Mezan (1998) coloca que escrever serve justamente para estabelecer essa distância ótima, a partir da qual o analista retoma o seu lugar de analista. O escrito, então,

funciona como a continuação do diálogo com o paciente, mas com um paciente criado segundo as necessidades e o padrão de medida do analista. De qualquer forma, mesmo com essa criação, algo do que foi se conserva. O paciente sobre o qual se escreve é de certa forma um personagem, mas como tal está calcado sobre alguém que efetivamente existe (QUEIROZ, 2005).

A construção do caso é então a refundação da experiência da análise, ocorrendo em uma situação psicanalítica de pesquisa, onde o destino da transferência não é a liquidação, mas sim sua instrumentalização. O analista dá seu testemunho por escrito, o qual poderá servir de referência a outras pesquisas e à gestão de novos problemas e hipóteses (MOURA; NIKOS, 2001). Além disso, o caso cumpre a função de um distanciamento que permite ao analista revisitar o caso, podendo compreender aspectos até então não compreendidos.

### **A escrita do caso clínico**

Para explicar a respeito de como escrever um caso clínico, serão apresentadas informações acerca do surgimento de um caso a partir da história de um paciente durante um tratamento analítico e de que maneira isso ocorre, informações a respeito da montagem inicial do texto, da seleção do material a partir do discurso do sujeito e das diferentes metodologias para organizar o material clínico escolhido pelo analista para guiar a sua escrita.

Sobre a gestação de um caso clínico, Nasio (2001) pontua que viço e rigor, inocência e saber são as qualidades primordiais de um clínico receptivo ao acontecimento transferencial que convoca a escrita. Este deve ser capaz de se surpreender, sendo sensível e receptivo ao encontro terapêutico, e será tão mais capaz de se surpreender quanto mais sólida for sua formação teórica.

O caso clínico supõe colocar em jogo os significantes do sujeito, suas produções com base nas elaborações que pôde construir em sua análise e a resposta do analista aos efeitos dessas elaborações no sentido de fazer surgir outros significados. Por este motivo, uma história deve se fazer caso para que se possa trabalhar em psicanálise (FIGUEIREDO, 2004).

Nesse sentido, Nasio (2001) pontua que para emergir um caso clínico é necessária, por parte do analista, a atitude de colocar-se à escuta do paciente de forma a guardar o que ele chama de esquema da análise. Esse esquema da análise constitui-se em um



conjunto de hipóteses que definem a problemática principal de um paciente, ou seja, é resultado de uma reflexão sobre os conflitos pulsionais do paciente.

Para construir esse esquema, o analista deve questionar-se sobre as fantasias dominantes do seu paciente e não mais pensar nessa elaboração até que ela precipite em uma cena, durante a análise. O esquema funciona, assim, como uma microteoria que sustenta a cena percebida, fazendo com que emerge no analista uma fantasia que exprime verdadeiramente a transferência de seu analisando, ou seja, o seu recalcado. Nas palavras do autor: “a fantasia primordial do paciente, reconstruída intelectualmente pelo analista, transforma-se, no aqui e agora da sessão e graças a um incidente transferencial, numa fantasia percebida” (NASIO, 2001, p. 21).

De acordo com Nasio (2001), são essas as condições para que o analista participe de um encontro clínico apaixonante e que desperte nele o desejo de transcrevê-lo, transformando-o em caso clínico a ser publicado.

Mezan (1998) lembra que nem sempre um trabalho como este dará origem a uma obra de arte, mas o importante é que essa construção permita uma experiência que o incorpore, o elabore e o transcenda. Além de ter um efeito intrapsíquico de ligação e elaboração para seu autor, essa criação deve conter a possibilidade de ser usufruída por outros, que de alguma forma também produzirão em si os movimentos psíquicos do criador do trabalho.

Sobre a atividade da escrita em si, Mezan (1998) comenta que existem elementos no texto que exercem uma função de dobradiça e sugere que se pense sobre isso antes de começar a escrever, de modo que se tenha uma espécie de coluna vertebral do texto e elementos organizados ao redor desta. Assim, pode-se ter um tema para cá da dobradiça e outro para lá, de maneira a orientar a escrita, partindo-se do geral de um conceito para o particular.

Pensar sobre essas mediações é importante para que ao a escrever tenha-se uma ideia de por onde começar, aonde se quer chegar e quais as etapas intermediárias que necessitam ser percorridas para este fim. Nesse sentido, o autor sugere colocar os assuntos que serão abordados em colunas, o que permitirá uma primeira visão do conjunto do material que se tem disponível para construir a escrita e servirá como um roteiro a seguir (MEZAN, 1998).

Ao iniciar o texto, Mezan (1998) sugere que seja utilizada uma frase curta, objetiva no que quer transmitir, e que não tenha muitos sinais de pontuação, subordinações,

orações, etc. Isso porque o que se quer nesse momento é chamar a atenção do leitor e sustentar essa atenção para o restante do texto.

É interessante observar como muitas vezes são apresentados casos clínicos cujo começo traz diversos dados externos da vida dos pacientes, dados estes que não fornecem nenhuma indicação dos movimentos relevantes para a análise. Nesse sentido, Mezan (1998) chama a atenção para a importância de pensar a apresentação inicial em função da sua pertinência para aquilo que será posteriormente exposto na discussão.

Ao iniciar o relato, Mezan (1998) lembra Freud ao indicar que, após as primeiras informações do caso, é interessante realizar uma pausa e fazer o que ele chama de apreciação metapsicológica da descrição clínica feita até aquele momento, visando dizer o que ela implica e o que existe de processo no material bruto narrado sob a forma de acontecimentos.

Em alguns casos relatados por Freud pode-se perceber que o começo é bastante detalhado, de maneira que a primeira transcrição é praticamente idêntica ao que ocorreu nas sessões, porém, logo em seguida esses dois aspectos se distanciam, visto que, para fazer as construções teóricas e conceituais, a ordem em que as informações aparecem já não tem mais nenhuma importância (MEZAN, 1998).

Nesse sentido, Mezan (1998) esclarece que, embora fosse desejável transcrever literalmente o que o paciente falou, não é algo imperdoável caso não seja possível, primeiro porque pode ser lembrado depois e segundo porque significa que a sessão já foi filtrada e esse filtro pode ser bastante interessante de ser pensado, por exemplo, na supervisão. Além do mais, conforme o autor, o importante não é a publicação das exatas palavras do paciente, mas sim do entendimento do seu movimento, do movimento do analista e do cruzamento destes dois movimentos na reprodução da fala do paciente, de modo que o analista poderá flagrar-se mutilando, modificando ou enfatizando esse discurso.

Por esse motivo, não é preciso se preocupar em transcrever exata e literalmente o que foi dito pelo paciente, bastando dar uma ideia geral do conteúdo, por vezes transcrevendo aquilo que mais chamou a atenção e serviu de base para uma interpretação e que se quer retomar. Assim, aquele de quem se fala no escrito clínico não é inteiramente aquele que nos procurou e nem falou exatamente como o fazemos falar no caso relatado a partir do tratamento (MEZAN, 1998).

Diz-se, então, que o paciente é criado porque se baseia em alguém que efetivamente foi atendido pelo analista, mas que não corresponde-lhe ponto por ponto, primeiro devido à necessidade de selecionar, e segundo pela necessidade de impedir que a

pessoa seja identificada. O resultado é uma construção análoga ao indivíduo real, mas não idêntica (MEZAN, 1998).

A exemplo do que coloca Mezan, Nasio (2001) também refere que o relato de um encontro clínico nunca é o reflexo fiel de um fato concreto, mas sua reconstituição fictícia. O exemplo nunca é um acontecimento puro e exato, mas sim uma história reformulada e construída a partir da lembrança de uma experiência terapêutica marcante. Isso só pode ser fictício uma vez que essa reformulação passa pelo filtro da vivência do analista, o qual também readaptará essa experiência conforme a teoria que pretende ou precisa validar, redigindo, além disso, conforme os limites da escrita.

Conforme lembra Nasio (2001), o analista reescreve a história com a influência de seu desejo, sua lembrança, pensando nela a partir de uma teoria e transcrevendo a experiência em uma linguagem compreensível por todos. Todos esses planos deturpam, de certa forma, o fato real, e por isso o caso clínico resulta sempre de uma distância necessária para que se produza uma elaboração.

Zanetti e Kupfer (2006) também fazem referência a essa questão, colocando que o relato do caso já é um texto do recorte do analista, com as passagens escolhidas e privilegiadas. Na mesma direção coloca Figueiredo (2004) ao lembrar que o caso não é o sujeito, mas sim uma construção com base naquilo que recolhemos de seu discurso e que nos permite inferir sua posição subjetiva, sendo o produto daquilo que se extrai das intervenções do analista na condução do tratamento e do que é selecionado a partir do seu relato.

Na construção do caso, então, o que interessa é uma memória lógica (pensando na lógica do inconsciente), mais do que uma memória cronológica, sendo que o instrumento utilizado pelo pesquisador é a transferência que ocorre nos dois momentos da pesquisa, a saber, durante o tratamento analítico e durante a supervisão do caso (MOURA; NIKOS, 2001).

Com relação ao que o paciente diz, como já mencionado, há sempre um recorte, ou seja, uma escolha de alguns aspectos que serão suficientemente interessantes para pensar o caso, o que pode ser observado já nos casos relatados por Freud. Mesmo que sejam expostos detalhes, é importante manter um equilíbrio, ou seja, transcrever minuciosamente quando necessário, mas sem perder a visão do conjunto e sua clareza para o entendimento do caso (MEZAN, 1998).

Esse esforço faz-se importante para que haja uma apresentação tão clara quanto possível dos mecanismos básicos e dos avanços metapsicológicos que este material permite

realizar. Por isso é preciso extrair uma estrutura, ou seja, uma configuração que Freud chama, em outras palavras, de uma espécie de radiografia do caso (MEZAN, 1998).

Diante dessa necessidade de selecionar o que será mais importante para o relato, de todo o material e trabalho terapêutico disponível, Mezan (1998) explica que Freud apresentava, primeiro, um quadro completo do paciente acerca de sua apresentação, queixas, sintomas, ou seja, do conteúdo das primeiras sessões e em seguida, fazia um levantamento do que possuía e teorizava sobre estes dados a partir das categorias metapsicológicas, buscando um entendimento do processo psíquico do paciente. Neste momento do relato não existia uma interpretação do conteúdo, mas sim uma categorização do que foi trazido pelo paciente em termos de tendências, defesas e compromissos engendrados. Dessa forma, Freud mostrava como categorias universais da experiência humana – pulsões, inconsciente, defesas, etc. – estavam singularizadas em um determinado caso, mas também procurava sair do imediato e singular para chegar ao abstrato.

A esse respeito, Mezan (1998) comenta sobre uma escala de abstração crescente, criada por Waelder, cujo objetivo era responder à questão epistemológica em psicanálise. Com essa escala, partindo do imediato existem seis níveis diferentes de abstração que podem ser usados como metodologia para a construção do caso clínico: dados da observação clínica, interpretações clínicas, construções para o caso, teoria clínica, metapsicologia e concepções filosóficas gerais.

Os dados da observação clínica correspondem às informações iniciais fornecidas pelo paciente (o que disse, queixas, sintomas). Interpretações clínicas são as hipóteses pensadas pelo clínico, ditas ou não ao paciente. As construções para o caso são fruto de uma maior generalização a partir de uma tentativa de encontrar uma relação de causa e efeito entre certos acontecimentos da infância e os sintomas desenvolvidos. A teoria clínica correlaciona processos e mecanismos, estabelecendo relações entre variáveis e criando hipóteses gerais, que não precisam referir-se apenas ao caso que está sendo relatado, ou seja, ela faz a dobradiça entre a singularidade do caso e a metapsicologia (nível seguinte de abstração), esta que é onde se formam os conceitos, como pulsão, angústia, desejo, inconsciente, etc. Por fim, as concepções filosóficas gerais são aquelas concepções gerais do ser humano que podem ser fundadas a partir do conhecimento psicanalítico, mas que extrapola o domínio da técnica e da teoria, visto ser uma ideia sobre o que é o homem (MEZAN, 1998).

Ao ler os casos de Freud pode-se perceber essa escala de abstração, conforme Mezan (1998). Ele inicia com os dados da observação clínica e as interpretações clínicas, para então subir até as construções, as teorias clínicas e avançar até a metapsicologia.

Lendo sobre esses níveis de abstração, pode-se pensar acerca da forma com que outras psicanalistas relatam seus casos clínicos. Ao procurar uma linha de construção minimamente comum entre Françoise Dolto, Piera Aulagnier e Maud Mannoni, pode-se encontrar que elas iniciam seus relatos com informações sobre o caso, fornecidas nas primeiras sessões pelo próprio paciente ou pelos pais, no caso de crianças pequenas, formando assim uma história clínica. Após isso, relatam um pouco das sessões realizadas com o paciente, para então partir para a teorização, construindo hipóteses e relacionando conceitos que explicam determinado sintoma ou funcionamento, comentando também sobre questões que ficaram em aberto, às quais não foi possível responder. Por fim, elaboram e propõem novos conceitos pensados a partir do caso em questão, mas que podem servir também a outros casos (DOLTO, 1981; AULAGNIER, 1989; MANNONI, 2004).

Outras metodologias existentes para a construção de um caso clínico são fornecidas por Zanetti e Kupfer (2006). Os autores comentam primeiramente sobre a metodologia proposta por Alfredo Jerusalinsky, baseada na noção de tempo lógico, segundo a qual compreender um caso significa arrancar o significante do seu monosentido e devolver-lhe a polissemia, pois sem quebrar o estreitamento da extensão simbólica não há possibilidade de compreender.

A outra metodologia diz respeito à construção literária do caso, cujo modelo considera a escrita do caso principalmente como um exercício retórico no qual este é analisado através de figuras retóricas, como metáforas, metonímia, etc., que remetem aos afetos e suas representações. A terceira metodologia proposta foi extraída da noção de construção para Freud, cuja escrita parte de um ponto fixo em torno do qual se elabora o caso (ZANETTI; KUPFER, 2006), semelhante ao que foi anteriormente exposto conforme Mezan.

Por fim, Mezan (1998) lembra, ainda, que ao finalizar a escrita do caso é importante atentar para a questão do polimento do texto, pois é nesse fato que se vê o cuidado do autor com o leitor, sendo uma manifestação de cortesia a entrega de um texto bem acabado.

### **A questão ética e algumas problematizações**

Por fim, faz-se necessário considerar a importância da ética na escrita psicanalítica, bem como abordar a diversidade de opiniões acerca da construção e publicação de casos clínicos, o que expõe dificuldades colocadas por essa tarefa tão importante para a psicanálise.

Com relação à ética implicada na escrita de um caso clínico, Nasio (2001) pontua que se faz necessário mascarar todos os dados e detalhes que possam identificar o paciente. O autor também opina de que é importante fazer com que o paciente leia o documento, solicitando sua concordância para a publicação ou comunicação. Por fim, também recomenda que, para não perturbar o curso normal do tratamento e poder redigir a partir do conjunto do material do tratamento, é preferível construir o caso clínico e entrar em contato com o paciente depois de terminada a análise.

Essa colocação é encontrada também nas “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” de Freud quando ele diz que não é bom trabalhar cientificamente num caso enquanto o tratamento ainda está em andamento. Para Freud, os casos mais bem sucedidos são aqueles em que se avança sem ter um intuito em vista, o que permite se surpreender, recomendando que o material somente deva ser submetido a um processo sintético e de elaboração após a análise ter sido concluída (FREUD, 1912).

Nesse sentido também pontua Figueiredo (2004), pois a construção do caso toca a verdade do sujeito, podendo então provocar situações de difícil manejo. Por outro lado, na sua opinião, também não se pode fugir disso, sob pena de estarmos abrindo mão de nosso mandato clínico e mantendo a cronificação que tanto condenamos pela convivência com a inércia da doença, o que leva também à desresponsabilização. Opiniões favoráveis à construção do caso clínico durante a análise, devido à possibilidade de surgimento de novos sentidos também para o paciente, foram expostas no começo deste texto, ao citar Mezan e Queiroz.

Freud pensa que as distorções para a não identificação da identidade do paciente são inúteis, pois se forem pequenas não conseguirão proteger essa identidade, e se forem muito grandes prejudicarão a compreensão do caso. Sendo assim, é mais interessante optar pela omissão de alguns dados que podem ser reveladores, do que pela distorção de informações (MEZAN, 1998).

A partir do momento em que o pesquisador seleciona, de todo o discurso do paciente, o dispositivo que irá canalizar um aspecto que o caso permite desenvolver, por mais singular que este seja, a sua escrita sempre exigirá de certa forma a perda do “vivido” como

recurso necessário à sistematização metodológica. Por esse motivo, a escrita de um caso clínico é uma síntese problemática na opinião de alguns autores, pois muitas vezes fica reduzida a uma objetividade que, apoiada na teoria, confere sentidos nem sempre observáveis no caso examinado e estudado (MOURA; NIKOS, 2001).

Peres (2002) também traz questionamentos nesse sentido, pois apesar de entender a importância de falar da clínica, problematiza a questão da possibilidade de se relatar uma análise, verdadeiramente. Sobre isso, lembra que não há registros de Lacan acerca de seus analisandos, dele tem-se apenas o silêncio com relação a essa questão, e a autora reflete que esse silêncio não decorreu apenas de um cuidado ético. Existem, portanto, dificuldades quanto à transmissão dos casos clínicos, principalmente quando se parte de premissas herdadas da medicina, cujos caminhos não são exatamente apropriados para a prática psicanalítica.

Através dos casos clínicos sempre se busca demonstrar e ilustrar o fazer, pensar e saber psicanalítico, dentro de um padrão mínimo de compreensibilidade, mesmo sabendo que o sujeito do inconsciente está sempre a nos escapar. Por isso, a redução do relato aos parâmetros do já sabido da teoria é, para Peres (2002), uma forma de lidar superegoicamente com a clínica, impedindo o surgimento do novo, do excepcional e do singular de cada caso, porém a autora observa que é nesse ponto de conhecimento que se baseia grande parte dos relatos clínicos.

Essas opiniões diferem das de outros autores, cujas colocações foram expostas ao longo deste trabalho, para os quais essa questão da seleção do material clínico e da criação de um personagem que jamais poderá ser exatamente o sujeito que nos procura é algo necessário para o distanciamento e para a elaboração do material clínico trazido pelo paciente.

Sendo assim, pode-se perceber o quão desafiadora é a atividade de construção de um caso clínico e quão atentos devemos estar em relação a todos os aspectos envolvidos nessa produção, a fim de sustentar a ética proposta pela psicanálise e ao mesmo tempo contribuir para os avanços necessários à sua teoria e técnica. De qualquer modo, a escrita permanece sendo um instrumento de grande valor para o fazer psicanalítico, na medida em que permite o afastamento necessário para a elaboração do caso, a retomada do lugar de analista com a possibilidade de realizar uma nova escuta a partir da teoria, independentemente de sua publicação posterior.

O escritor que se propõe a escrever um caso precisará, então, estar disposto a capturar o enigma do caso, que muitas vezes encontra-se perdido entre as teorias que se estabelecem sobre ele, descobrir e construir os significantes que o compõem, devolver-lhes a

polissemia, proporcionar uma maior extensão da cadeia simbólica do caso e dar-lhe vida durante sua composição (ZANETTI; KUPFER, 2006).



## Referências

AULAGNIER, P. *O aprendiz de historiador e o mestre-feiticeiro: do discurso identificante ao discurso delirante*. São Paulo: Escuta, 1989.

DOLTO, F. *O Caso Dominique*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Ano VII, n° 1, p. 75-86, março/2004.

FIGUEIREDO, A. C.; MACHADO, O. M. R. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. *Ágora*, v. 3, n. 2, p. 65-86, jul/dez 2000.

FREUD, S. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. XII.

MANNONI, M. *A primeira entrevista em psicanálise: um clássico da psicanálise*. Rio de Janeiro, Elsevier, 2004.

MEZAN, R. *Escrever a clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

MOURA, A.; NIKOS, I. Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional Revista de Psicanálise*. Ano XIII, n° 140/141, p. 69-76, 2001.

NASIO, J. D. Que é um caso? In: *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

OLIVEIRA, I. M. A. de. O caso clínico na instituição pública: polifonias desejantes. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Ano VII, n. 3, p. 82-93, set./2004.

PERES, U. T. O caso clínico, mal-estar na transmissão. *Pulsional Revista de Psicanálise*. Ano XV, n. 155, p.28-35, 2002.

POLI, M. C. Pesquisa em Psicanálise. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*. Porto Alegre, n° 29, p.42-47, 2005.

QUEIROZ, E. F. Inclinar-se para a escuta e inclinar-se para a escrita. *Pulsional Revista de Psicanálise*. Ano XVIII, n. 184, p. 60-64, dez./2005.

ZANETTI, S. A. S.; KUPFER, M. C. M. O relato de casos clínicos em psicanálise: um estudo comparativo. *Estilos da Clínica*, v. 9, n. 21, p.170-185, 2006.

**FROM LISTENING TO WRITING: THE CONSTRUCTION OF A CLINICAL CASE  
IN PSYCHOANALYSIS**

**ABSTRACT:**

The aim of this paper is to go in pursuit of elements to understand the construction of a clinical case in Psychoanalysis, as well as the importance of writing based on listening sustained by its ethics, therefore, turning into a theoretical revision. As a result, it will address the way research is conducted in psychoanalysis, its methodology, the concept of clinical case and its function, elements to figure out its construction, the ethical question involved in the writing of a clinical case and some problems resulting from this type of production.

**KEYWORDS:** Clinical case. Psychoanalysis. Ethics.

**DE L'ECOUTE A L'ECRITURE: LA CONSTRUCTION DU CAS CLINIQUE EN  
PSYCHANALYSE**

**RÉSUMÉ:**

Cet article a pour objectif d'y aller à la recherche des éléments afin de comprendre l'élaboration du cas clinique en psychanalyse, ainsi comme l'importance de l'écrit à partir d'une audition soutenue par leur éthique, et, par conséquent, à un examen théorique. Ainsi donc, il abordera la manière comme est faite la recherche en psychanalyse, sa méthodologie, le concept du cas clinique et sa fonction, les éléments de réflexion à sa construction, la question de l'éthique liées dans la rédaction d'un cas clinique et certaines problématisations par rapport à ce genre de production

**MOTS-CLÉS:** Histoire de cas. La psychanalyse. L'éthique.

Recebido em 16-08-2012

Aprovado em 30-08-2012

©2012 *Psicanálise & Barroco em revista*

[www.psicanaliseebarroco.pro.br](http://www.psicanaliseebarroco.pro.br)

Núcleo de Estudos e Pesquisa em Subjetividade e Cultura – UFJF/CNPq

Programa de Pós-Graduação em Memória Social – UNIRIO.

*Memória, Subjetividade e Criação.*

[www.memoriasocial.pro.br/proposta-area.php](http://www.memoriasocial.pro.br/proposta-area.php)

[revista@psicanaliseebarroco.pro.br](mailto:revista@psicanaliseebarroco.pro.br) [www.psicanaliseebarroco.pro.br/revista](http://www.psicanaliseebarroco.pro.br/revista)