

Jean Naudin¹ — A contribuição da análise fenomenológica nos estudos de relato de caso²

Jean Naudin — La part de l’analyse phénoménologique dans l’étude de cas singulier

Tradução de Alice Fromer³, revisão técnica de Flávio Guimarães-Fernandes⁴

¹ Psiquiatra, doutor em Filosofia, Chef de Service à l’Assistance-Publique / Hôpitaux de Marseille.

² N.T.: A expressão original em francês é *cas singulier*, que, traduzida literalmente, corresponderia a *caso singular*. No entanto, optamos por traduzir como *relato de caso* devido ao uso consagrado dessa expressão no âmbito clínico científico brasileiro.

³ Licenciada em Filosofia pela Universidade de Lisboa, Portugal. Graduanda em Pedagogia pelo Instituto Singularidades, São Paulo. E-mail: alice.fromer@gmail.com

⁴ Psiquiatra, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Pós-graduado em Psicopatologia Fenomenológica pela Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e Editor Chefe da Revista Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea. E-mail: fernandesfg95@gmail.com

A tradução deste artigo para a língua portuguesa foi autorizada à *Revista Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea* pela *PSN - Psychiatrie Sciences Humaines Neurosciences*, em novembro/2019. Naudin, J. La part de l’analyse phénoménologique dans l’étude de cas singulier. *Psychiatr Sci Hum Neurosci* (2007), 5, S47–S51, Springer, 2007. DOI 10.1007/s11836-007-0016-0

Resumo

A psiquiatria clínica oscila, segundo nossa argumentação, entre dois polos epistemológicos: inferência e percepção. A abordagem inferencial categoriza o transtorno como que de baixo para cima, isto é, partindo dos sintomas visíveis para a categoria patológica que supostamente os causa. Ao fazê-lo, distanciamos-nos de uma percepção mais instantânea que se possa ter acerca do paciente, assim como da consideração do transtorno enquanto fenômeno mutável, passível de evolução. De um ponto de vista fenomenológico, o modelo perceptivo permite que o terapeuta, em meio ao encontro, possa experienciar o emergir de uma impressão global acerca do paciente. Graças à *epochè*, faz-se possível emergir um senso de totalidade, uma *Gestalt*. Ora, o caso clínico, ainda assim, é sempre uma construção, uma narrativa intersubjetiva sobre o transtorno, narrativa essa recontada pelo paciente. Reunir casos clínicos pode levar-nos ao desenvolvimento de casos “tipo”, em que cada um deles se torna uma referência com a qual poderão ser realizadas comparações e categorizações, já que pertencem a uma “familiaridade” clínica; tal como os particulares, se quisermos referir-nos à teoria platônica das essências (*Eidos*). A abordagem fenomenológica contribui para a experiência clínica na medida em que possibilita a relação entre percepção e inferência, entre experiência subjetiva e narrativa intersubjetiva e entre pessoa e tipo.

Palavras-chave: Psiquiatria Clínica; Relatos de Caso; Fenomenologia; Epistemologia

Abstract

We argue that clinical psychiatry oscillates between two epistemological poles: inference and perception. The inferential approach categorizes illnesses bottom up, from visible symptoms to the pathological category supposedly causing them. In doing so, psychiatry moves away from a possible instantaneous perception of a patient, as well as from illness as a changing, evolving, phenomenon. From a phenomenological point of view, the perceptive approach enables the therapist, within an encounter, to experience the emergence of an impression of a patient's overall bearing, or attitude. Thanks to *epochè*, a sense of form, *Gestalt* will emerge. The clinical case, nevertheless, is always a construction, an intersubjective narrative about illness, recounted by the patient. Creating a library of clinical cases leads to the development of case types, each becoming a reference to which future clinical cases can be compared and categorized as belonging to a clinical family; it is the *participant* with respect to Plato's *eidos*. Phenomenology contributes to clinical experience in that it enables the link between perception and inference, between subjective experience and intersubjective narrative, and between person and case type.

Keywords: Clinical Psychiatry; Case Studies; Phenomenology; Epistemology.

Uma questão antiga, porém discutida atualmente no meio científico (Bourguignon, Bydlowski, 1996; Lacour; Passeron, Revel, 2005) é a que diz respeito ao lugar que ocupa o relato de caso nas ciências humanas. No presente trabalho serão brevemente expostas as considerações metodológicas do uso e da abordagem antropológica que podemos adotar. Destacaremos a questão que remete, no âmbito das ciências humanas e nos dispositivos experimentais aos quais tais ciências se remetem, à clínica e, mais especificamente, à análise fenomenológica nos estudos de relato de caso.

O que é a clínica?

O que é a clínica? A questão outrora colocada por Tatossian (1989) no preâmbulo de uma obra dedicada à "pesquisa clínica" merece ser recolocada. Mesmo que o ceticismo que esse nosso mestre aponta em sua introdução, e que é, ainda hoje, o de alguns psiquiatras europeus diante da pesquisa médica, tenha desaparecido quase por completo, dá lugar a um entusiasmo tão ou mais perigoso. Tatossian adjetiva o psiquiatra, dentre os médicos, como "fóssil vivo" e a clínica, por sua vez, como "atividade vestigial", já que a atividade dos clínicos apresenta uma tendência ao empobrecimento face à expansão das técnicas investigativas. Hoje, mais do que nunca, a questão continua aberta e nós, psiquiatras, ainda sentimos um prazer um tanto problemático ao observar o quanto a fossilização médica, nunca totalmente consumada, parece orientar-se infinitamente para a sua consumação. O que é a clínica? Sem dúvida nada além de uma forma de generalização; generalização através da qual o procedimento, que oscila entre dois modelos (inferencial e perceptivo) (1989) depende tanto da aplicação direta ou indireta de provas experimentais (*medicina baseada em evidências*) quanto da colocação de valores em perspectiva (*medicina baseada em valores*) (Fulford, 2005; Sadler, 2004).

Modelo inferencial

O modelo inferencial passa por duas fases sucessivas: a observação e a inferência propriamente dita. A observação: começamos por observar e realizar um levantamento completo do conjunto de sintomas. Em outras palavras, recolhemos os sinais visíveis de desvio em relação ao que esperamos encontrar em um indivíduo são. O sintoma é o que se determina como irregular em relação à norma. A inferência: num segundo momento, deduzimos da observação, na medida do possível, a existência, a localização e a natureza do transtorno que se esconde nas profundezas e na opacidade do corpo. Seguindo esse modelo, contamos com a evolução e a aparição de novos sinais, mais ou menos previsíveis, a fim de determinarmos, com

mais precisão, o diagnóstico. Passar de uma fase a outra, ou seja, do visível à doença ainda invisível, pressupõe certas regras. Passamos da irregularidade do sintoma em relação às normas que definem o sujeito saudável à regularidade das normas da inferência, que obedecem, elas mesmas, a princípios objetivos. Na psiquiatria contemporânea, atividades como entrevistas estruturadas ou a pontuação nas escalas de avaliação são as aplicações mais frequentes desse modelo na pesquisa clínica. A eficácia do procedimento, explicitamente buscada, depende da capacidade de redução dos sinais a uma categoria. O ideal é podermos, assim, confirmar uma relação, uma determinação linear simples entre uma causa e sua manifestação. Tatossian (1989, 2002) – e ele não é o único (Allilaire, 1999; Kraus, 1987, 2002; Schwartz, Wiggins, 1994) – ressalta que, na psiquiatria, esse modelo é muito limitado. Uma dessas limitações diz respeito ao fato de que a doença, ela mesma, não resiste às classificações e, ademais, trata-se de um fenômeno plástico que avança tomando forma e alimentando-se do paciente. Considerar o transtorno a partir de uma perspectiva puramente categorial é ignorar, na atividade diagnóstica, uma fase não mais inferencial, mas puramente perceptiva; uma fase que frequentemente precede as outras e as acompanha de maneira implícita durante toda a entrevista.

Modelo perceptivo

A consulta clínica em psiquiatria avança em meio a tentativas e erros, no presente mesmo do encontro. O verdadeiro psiquiatra sabe que seu ponto de vista pode mudar, que a pessoa que ele encontra, enquanto outro autêntico, conserva irrevogavelmente sua parte de mistério. Ele avança tateando, sem fio diretivo único, seu passo é manco; mais próximo, em termos de estilo, das investigações de Colombo do que das de Holmes. Esse modelo é dito *perceptivo* porque confere uma importância primordial à intuição do psiquiatra. O profissional, ainda que não deixe para trás a ideia de um diagnóstico a ser feito (este é o seu trabalho: o encontro psiquiátrico se enquadra totalmente na realidade do trabalho, qualquer esforço de redução que apareça nesse contexto terá como obstáculo essa certeza introdutória, voltará e se encontrará pendurado, como diz Schütz (1956), por um fio elástico), permite a seu pensamento divagar livremente enquanto observa (tal é a condição de qualquer psicoterapia, uma forma de *epochè da atitude natural* (Tatossian, 2002)) – ou seja, deixando ser não somente o corpo do doente, mas também o mundo circundante, com seus detalhes e suas singularidades. Esse esforço de relaxamento visa a globalidade do mundo que os reúne. O psiquiatra toma o tempo de divagar e retorna ao paciente, concentrando-se sobre o *seu* mundo. A “abordagem diagnóstica espontânea do psiquiatra” (Tatossian, 1989, 1993) visa não somente um sintoma,

mas, de maneira mais geral, uma forma, uma *Gestalt* unitária, um “sentimento”, uma “impressão” (Minkowski, 1927). Não se trata aqui de acumular provas, mas de enxergar a unidade de uma forma clínica em cada uma de suas manifestações possíveis. A abordagem clínica na psiquiatria é a percepção de um estilo. Em psiquiatria não lidamos com um corpo “anônimo”, o corpo que o psiquiatra observa não é o corpo que o médico examina, corpo que o ato médico “neutraliza”; mas um corpo em que os aspectos expressivos, estéticos ou eróticos (numa palavra: a atitude) não podem ser neutralizados sem que haja perda de sentido, já que implicam a própria pessoa no contexto prévio da relação interpessoal. É precisamente o que o ato médico busca neutralizar que constitui o essencial das indicações sobre as quais o psiquiatra se baseia para tratar o paciente: sua biografia, sua história interior, a maneira através da qual entra em contato com o outro e como ele mesmo é tocado pela presença deste outro. O que o psiquiatra observa no encontro, o que tipicamente se lê no olhar e que Lévinas chama de rosto (Contini, 2005), o que se ouve também no discurso é o curso invisível e, entretanto, tão presente de uma biografia interior. Da mesma forma que o diagnóstico em psiquiatria é, em todos os momentos, indissociável de um ato perceptivo, o próprio curso da história interior é indissociável do viver. Tratar, em psiquiatria, implica decisões que repousam na – e a afetam – maneira com que o paciente entende e vive o mundo. Tratar diz respeito essencialmente ao mundo-da-vida: assim, o diagnóstico por sentimento não é uma etapa anterior ao tratamento, mas uma etapa concomitante, indissociável do tratamento no próprio ato perceptivo que a funda. Considerar, assim, o caso clínico do ponto de vista do mundo-da-vida é considerá-lo também em relação ao seu contexto: o caso aparece, destarte, tão construído quanto observado.

Construção da clínica

Um dos grandes méritos da fenomenologia foi ter participado, através da visão crítica com a qual contribuiu, da edificação do saber científico e da elaboração do pensamento construtivista. Numa perspectiva construtivista, não olhamos unicamente os fenômenos clínicos, vemos também, a partir deles, o que já pensávamos acerca do mundo, antes mesmo de os ver. De um ponto de vista antropológico, o relato de caso é um fenômeno narrativo, algo que se conta; é, assim, antes de mais nada, o produto de uma situação médica. Em medicina não faltam oportunidades para se relatar casos: fazer avançar um diagnóstico ainda incerto partilhando seu conhecimento sobre o assunto com outros, definir um tratamento, informar as equipes profissionais acerca da situação de um dado sujeito, dos perigos eventualmente ali implicados, das precauções a serem tomadas, dos tratamentos já existentes. Porém, o que esses

relatos têm em comum é o fato de excederem sempre os seus objetivos mais bem definidos ao misturarem, ao saber médico propriamente dito, um saber *expert* e um saber *profano* sobre a pessoa; saber este que se configura como mais prosaico e espontâneo, um saber vivo, feito de crenças e representações. Os relatos de caso contribuem, no meio institucional, para relacionar o estilo de vida das pessoas às desordens ou às vantagens causadas pelo transtorno; relacionar ou não o transtorno às suas diversas representações, abrir ou não o fazer e o desfazer desses lugares como espaço de liberdade: para melhor compreender a autonomia que o sujeito reivindica, ele mesmo, preso nessas representações, e ajudá-lo a utilizá-las de forma a constituírem sentido. A própria maneira em que, no hospital, utilizamo-nos de dois tipos de linguagem – profana e científica – é característica da função que ali ocupamos (Barrett, 1999). O paciente não é visto da mesma forma por um enfermeiro ou um auxiliar de enfermagem, que passa inúmeras horas com ele, ou por um médico que o encontra rapidamente durante uma visita ou que lhe concede consultas esporadicamente. O que nós vemos a partir de um ângulo médico – perspectiva que será defendida através de frequentes recursos de retomada à linguagem científica – outro profissional verá a partir de uma perspectiva mais próxima da vida cotidiana, certamente mais apta a ressituar o sujeito no palco do mundo-da-vida, que é seu ponto de ancoragem originário.

O que resta na clínica da pessoa mesma?

Tudo acontece como se as histórias objetivas sobre as quais repousa o modelo inferencial estivessem, sem cessar, entrelaçadas à trama mais frouxa das histórias subjetivas sobre as quais repousa o modelo perceptivo. É falso, e certamente bastante grosseiro, alegar que, em psiquiatria, as histórias subjetivas, justamente por serem subjetivas, devem ser eliminadas dos relatos de caso, estudos em que apenas os fatos deveriam aparecer. É muito mais justo considerar, como Howard (Howard, 1991), que esse é o critério pelo qual se pode prejudicar a legitimidade das histórias no que diz respeito às suas diferenças. Se os critérios de legitimidade que prevalecem quando nos remetemos aos fatos científicos são de tipo matemático: fiabilidade estatística, validade, fidelidade preditiva, os que prevalecem nas histórias subjetivas são principalmente de ordem hermenêutica e fundados sobre a compreensão: ressonância empática, evocação, plausibilidade introspectiva e coerência. Segundo a situação que o motiva (pesquisa experimental, ensino, prática de tratamento, reunião de equipe), o estudo de caso clínico será mais ou menos validado sobre um ou outro desses tipos de critérios. Porém, na ausência de um sistema de referência único, os laços que unem

espontaneamente essas histórias entre elas, por exemplo, nas reuniões de equipe ou *staff*, fazem-se menos a partir das profundezas da experiência do que da contiguidade ou pelo intermédio da metáfora. Para apreendermos a pessoa enquanto tal, o único fio condutor fiável que resta é a história interior e suas relações com a biografia do paciente. Concebemos facilmente o grande valor fenomenológico dos autorrelatos em primeira pessoa: são a coisa mesma. Mas, fora dessa situação favorável, o caso, antes de ser registrado num prontuário sob forma de relato escrito, de “história de caso/história clínica”, constrói-se ingenuamente, assim como num jogo do ganso⁵, mesclando o próprio relato do paciente, interpretado por um outro, e o relato dos outros. Assim, o caso é construído essencialmente a partir de conhecimentos de segunda mão e de seus relatos. Uma vez construído, o caso é um relato *sobre* o transtorno, extraído *a partir da* biografia do doente (Lacour; Passeron, Revel, 2005). Quando abordamos, sem preconceitos, a construção da clínica, vemos que a solidão do médico que reúne os dados, protegido em seu consultório, nada mais é do que uma experiência particular vivida na construção de um relato de caso. O relato de caso, em si mesmo, é um tijolo trazido, em meio à vida do paciente, que contribui para a construção geral do edifício clínico. Esse edifício se revela imediatamente como uma construção intersubjetiva e é a partir dessa comunhão que se faz emergir, quando possível, numa compreensão mútua⁶, o sujeito. Se o caso clínico fala, então, habitualmente de “transtorno”, ele tem a biografia do sujeito como centro de gravidade e a compreensão do sujeito como mote. O lugar do relato de caso no edifício clínico coloca, assim, uma série de questões de fundo, tanto metodológicas quanto epistemológicas; questões essas que implicam as próprias estruturas do mundo vivido e da consciência: como generalizar a partir da descrição de configurações singulares? Como passar do *ser-a-propósito-de* ao *ser-a-partir-de* (Lacour),

⁵ O *Jeu de L’oie* (Jogo do Ganso) é um jogo de tabuleiro bastante conhecido na França e muito jogado em toda Europa. É devido à sua carga simbólica que a menção ao jogo encontra sentido no texto. Sua estrutura lógica faz analogia à lógica da vida humana no que concerne às suas contingências e sinuosidades. O próprio nome do jogo já traz consigo um simbolismo, pois no âmbito da literatura clássica dos contos de fada a *mãe gansa* é uma figura de destaque: representa as mulheres contadoras de histórias, enfatizando o peso da tradição oral, dos relatos contados/falados. Ora, a raiz da palavra *oie* (ganso) tem a mesma raiz etimológica da palavra *ouïr* (ouvir), o que nos permite pensar a transmissão oral como prática que incita um movimento que vai da boca ao ouvido, da fala à escuta. A imagem do ganso liga-se, portanto, tanto à ideia de ouvir/escutar como à ideia de falar. Movimento similar se observa na relação médico e paciente – relação que não dispensa a construção intersubjetiva permeada tanto pela fala como pela escuta.

⁶ N.T.: A expressão original em francês é *clignotant*, que, literalmente, significa “uma luz que pisca” ou, então, pode referir-se às próprias luzes do pisca-alerta de um automóvel. Optamos por traduzir essa expressão como *compreensão mútua*, uma vez que entendemos tratar-se de uma troca intersubjetiva entre médico e paciente. Como luzes que piscam em uma mesma frequência, compreendem, sintonicamente, algo de essencial: o emergir do sujeito.

do *quê* da clínica ao *quem* do sujeito e reciprocamente? Podemos colocar essas mesmas questões de maneira ainda mais simples: o que é um relato de caso?

O que é um relato de caso?

Como ressalta Widlöcher (1990; Bourguignon, Bydlowski, 1996) “o clínico constrói seu saber sobre um caso individual por meio de acumulação de informações e de referências aos tipos”. Pacientemente, através de sedimentações sucessivas, no instante mesmo ou retrospectivamente, por rompantes, sobressaltos, choques, corpos e culturas – todas essas palavras que a noção de paradigma nunca consegue esgotar completamente – a clínica se faz na intersubjetividade a partir do número e da diversidade dos casos e dos encontros que representam as inúmeras variações dentro das possibilidades humanas. A clínica repousa sobre o estudo dessas variações e das regularidades que delas surgem. O homem comum tem, ele mesmo, sua clínica ingênua: ele julga louco ou doente mental aquele que se faz obstáculo à progressão, afastando-se em relação à norma. O diagnóstico do profissional é baseado no mesmo modelo, porém é mais discriminativo, uma vez enriquecido de mais experiência (um conhecimento a partir de) e de saber (um conhecimento sobre). Ambos, profissional e homem comum, tipificam. A atividade de tipificação da consciência nos permite organizar a vivência presente com base nas experiências passadas, em direção ao conhecimento de um mundo futuro (Schwartz, Wiggins, 1987, 1994; Schwartz, Wiggins, Norko, 1995). Toda classificação resulta de uma atividade de tipificação que a torna possível, mas que não se limita a ela. No fundo, os tipos clínicos se parecem um pouco com as essências (*eidōs*) que a redução eidética de Husserl tenta tornar manifestas: eles são o invariável que aparece de maneira flagrante dentre as infinitas variações que nos dão os encontros singulares. Se, dentro de seus contextos, as categorias diagnósticas herméticas das grandes classificações médicas convêm à diversidade de diagnósticos somáticos, o psiquiatra deve ter mais liberdade ao considerar as diversas configurações clínicas que ele encontra, como as de simples tipos; sem buscar solidificá-las no âmbito de categorias definitivas (Schwartz, Wiggins, 1994; Tatossian, 1993, 2002). Esses tipos identificam-se como algo “familiar”: notamos numa pessoa que sua atitude global tem a ver com a esquizofrenia ou a depressão, como quando notamos “um ar familiar num estranho, que lembra o irmão ou a mãe que já conhecemos” (Tatossian, 1989). Ao seguir, então, seu curso natural, a clínica se constitui progressivamente em corpus teórico a partir dessa familiaridade ou de tipos ideais (Schwartz, Wiggins, Norko, 1995), que se destacam da experiência vivida. Tal progressão implica momentos férteis, seja porque a experiência vem a enriquecer-se com

um novo dado, seja porque ela vem esclarecer, retrospectivamente, o sentido dos dados já recolhidos. O mais significativo desses momentos férteis é o relato de caso, já que ele mostra simultaneamente o que é o transtorno e o estilo com o qual ele se manifesta no sujeito. O relato de caso é significativo pela sua própria singularidade (Bourguignon, Bydlowski, 1996; Passeron, Revel, 2005; Widlöcher, 1990); escolhemo-lo justamente por ele ser único. Ser único significa que ele só tem valor dada a sua *exaustividade* e não pela força estatística. Ele *mostra* muito mais do que prova. Um único caso publicado, por mostrar algo novo, pode mudar o curso da clínica (o sonho do clínico). Basta que ele seja exemplar de um tipo e de uma possibilidade humana para ter sentido. O caso clínico é ainda mais exemplar na medida em que é *singular*, ou seja, “não ordinário”. Etimologicamente, ele é o que caiu (*casus*, de *cadere*, cair), o que acontece fortuitamente, o que é inesperado. O caso é, no fundo, o sentido particular que um fato toma quando nos é revelado por acidente. O caso detém seu valor heurístico por meio do espanto que produz. Ele não é um simples fato, mas um *evento*. Ele *faz evento* (Ricoeur, 1986) ao irromper num dado contexto. Situação e contexto são duas palavras para dizer uma única e mesma coisa: o caso clínico é *situado*. Seu surgimento enquanto caso não é independente de seu ambiente e das regularidades que ele implica. É a regularidade que melhor caracteriza os fenômenos clínicos (Widlöcher, 1990): a clínica evolui quando um caso novo manifesta qualquer coisa de inesperado que revela uma contradição nos fenômenos que pareciam, até então, regulados em função de princípios conhecidos e definidos.

O lugar da fenomenologia nos relatos de caso

O que nós chamamos, do ponto de vista metodológico, um *estudo de caso*, serve para enunciar um problema mais geral; trata-se de extrair da observação uma argumentação na qual as conclusões serão reutilizáveis. Os casos mais interessantes não são os que aplicam uma generalidade conhecida a uma situação particular, mas aqueles que buscam conhecer uma particularidade através de uma outra singularidade: dizemos, de bom grado, que esses casos são *acurados*⁷, já que permitem extrair uma nova argumentação a partir de um problema persistente (Bourguignon, Bydlowski, 1996; Passeron, Revel, 2005; Widlöcher, 1990). Até agora falamos indiferentemente de caso clínico ou relato de caso, sem referenciar um ou outro à situação particular à qual eles se referem. Porém, o termo *relato de caso*, tal como *estudo de caso*, parece

⁷ N.T.: A expressão original em francês é *pointu* que, literalmente, significa *afiado*, podendo também encontrar sentido em termos como *aguçado*, *pontiagudo* ou *acurado*. Em nossa tradução, optamos por *acurados*, uma vez que o que se pretende destacar é o caráter *refinado* desses casos em relação aos demais.

mais ligado à situação de pesquisa. No contexto da pesquisa clínica, é comum notarmos duas fases sucessivas: a primeira, dita *naturalista*, é puramente descritiva; trata-se de recolher dados da maneira mais fiel e mais completa possível; a segunda fase, dita *experimental*, consiste em elaborar um modelo teórico, extraindo uma hipótese para, em seguida, testá-la de acordo com um certo protocolo. Passamos, assim, do estudo de caso à randomização (Schwartz, Wiggins, 1994). No âmbito da pesquisa clínica o estudo de caso é uma etapa preambular, que permite antecipar e definir o campo experimental. Ela instaura um novo quadro de raciocínio e, quando o caso é acurado, redefine as relações entre norma e exceção (Lacour). Entretanto, no contexto da pesquisa em psicopatologia, o caso clínico é visto como algo em si mesmo. Na literatura psicanalítica ou *daseinsanalítica*, o caso vale somente pela sua exaustividade; um único caso pode ser suficiente para demonstrar a validade de um tipo, o que, em si, invalida qualquer procedimento de refutação pelo número. Se levarmos em conta, em todas essas etapas, a construção do edifício clínico, seria mais justo juntar esses pontos de vista, reconhecendo em toda pesquisa no campo da psiquiatria três tempos irreduzíveis uns aos outros, já que oriundos de três abordagens complementares. Entre a abordagem naturalista e a abordagem experimental, há, de fato, um momento chave para a pesquisa: o do espanto que um caso produz ao manifestar tanto uma possibilidade humana quanto um obstáculo à regra. Esse espanto é, nele mesmo, bastante próximo da atitude da *epochè* husserliana, fase esta que podemos chamar, sem medo, de “fenomenológica”. Os estudos de caso em psicopatologia, quer sejam psicanalíticos quer *daseinsanalíticos*, dão um lugar de destaque a essa fase já que constituem a base sobre a qual uma interpretação pode apoiar-se. Entretanto, na pesquisa clínica, essa fase encontra-se reduzida a uma breve fase de transição. Ela parece desempenhar apenas um pequeno papel, o de uma etapa intermediária, já que se funda sobre a intuição e o instante, a ser ignorada. A abordagem fenomenológica, assim erigida em método, permite demonstrar essa etapa com mais rigor, facultando-nos encontrar as palavras. Ela torna mais explícitos os fundamentos de uma hipótese na experiência clínica e sobre o mundo vivido. Aos descrever os fenômenos durante seu *nascimento*, ela oferece, nesses felizes momentos, uma passagem estreita, porém praticável; uma *ponte* entre as histórias subjetivas e as histórias objetivas, entre a percepção e a inferência, entre a pessoa e o tipo. Quando o sujeito parece perdido, a parte que remete à abordagem fenomenológica no estudo do caso singular é como a de um barqueiro⁸.

⁸ N.T.: A expressão original em francês é *paquebot*, que, literalmente, significa *aquele que transporta*. Optamos por traduzir essa expressão como *barqueiro*, uma vez que o temos como figura literária do transportador.

Referências

- Allilaire J.F. (1999). Empathie, communication intersubjective et clinique psychiatrique : phénoménologie et psychiatrie : en hommage à A. Tatossian. *Annales Médicopsychologiques*, 157 : 595-654
- Barrett R. (1999). *La traite des fous*. Paris : Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond
- Bourguignon O., Bydlowski M. (1996). *La Recherche clinique en psychopathologie*. Paris : PUF
- Contini A. (2005). Le visage caché de la cure. *Évolution Psychiatrique*, 70, 745-754.
- Fulford K.V.M. (2005). Values in psychiatric diagnosis: developments in policy, training and research. *Psychopathology*, 38, 171-6.
- Howard G.S. (1991). Culture tales: a narrative approach to thinking, cross-cultural psychology, and psychotherapy. *American psychologist*, 46, 187-197.
- Kraus A. (1987). The significance of phenomenology for diagnosis in psychiatry. In *Psychiatry and phenomenology*. v. IV. Pittsburgh: Duquesne University, 25-46.
- Kraus A. (2002). The significance of intuition for the diagnosis of schizophrenia. In Maj M., Sartorius N. (eds). *Schizophrenia*, v. II. Chichester: Wiley, 47-49.
- Lacour P. Penser par cas ou comment remettre les sciences sociales à l'endroit. *EspacesTemps.net*. Mensuelles, <http://espacestems.net/document1337.html>
- Minkowski E. (1927). *La schizophrénie*. Paris: Payot.
- Passeron J.C., Revel J. (2005). *Penser par cas*. Paris: EHESS.
- Ricœur P. (1986). *Temps et Récit*. Paris: Seuil.
- Sadler J. (2004). *Values and psychiatric diagnosis*. Oxford: Oxford University Press.
- Schütz A. (1956). *Collected papers*. The Hague: Martinus-Nijhoff.
- Schwartz M.A., Wiggins O.P. (1987). Typifications: The First Step for Clinical Diagnosis in Psychiatry. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 65-77.
- Schwartz M.A., Wiggins O.P. (1994). The Limits of Psychiatric Knowledge and the Problem of Classification. In Sadler J., Wiggins O.P., Schwartz M.A. (eds). *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification*. Baltimore: Johns Hopkins, 89-103.
- Schwartz M.A., Wiggins O.P., Norko M. (1995). Prototypes, «Ideal Types, and Personality Disorders: The Return to Classical Phenomenology». In Livesley W.J. (ed). *The DSM-IV Personality Disorders*. NY: Guilford, 417-32.

Tatossian A. (1989). Les modèles expérimentaux et la clinique psychiatrique. *Confrontations psychiatriques*, 22, 30.

Tatossian A. (1993). Le problème du diagnostic dans la clinique psychiatrique. In Pichot P., Rein W. (eds). *L'approche clinique en psychiatrie*. Vol II. Paris: Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond.

Tatossian A. (2002). *Phénoménologie des psychoses*. Paris: L'art du Comprendre.

Widlöcher D. (1990). Le cas au singulier. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 42, 285-302.