

Revista Latinoamericana de Psicopatologia

Fundamental

ISSN: 1415-4714

psicopatologafundamental@uol.com.br

Associação Universitária de Pesquisa em

Psicopatologia Fundamental

Brasil

Costa Pereira, Mário Eduardo

Entrevista com Patrick Guyomard

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. 4, núm. 3, septiembre, 2001, pp. 150-

157

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233018185014>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Entrevista com Patrick Guyomard*

Sr. Guyomard, hoje parece urgente que as disciplinas que trabalham no campo do sofrimento, no campo do pathos, possam rediscutir entre elas em que consiste seu trabalho. Na sua opinião, quais são os desafios para que possamos estabelecer uma definição pertinente para o pathos do qual trata a psicopatologia contemporânea?

É uma questão que tem uma certa forma de evidência porque o sofrimento é evidente. Nós o sentimos como uma dor e parece que se não o sentíssemos como dor, ele não existiria. Portanto, desse ponto de vista, há uma evidência que é difficilmente contornável, mas ao final do século XX e início do século XXI, não se pode mais permanecer nessa posição, e não apenas por causa da psicanálise. E é isso o que torna o problema difícil. Não podemos permanecer nessa posição porque a psicanálise, entre outras (disciplinas) – ela não é absolutamente a única –, ensinou-nos que havia sofrimentos, pathos, que não eram dolorosos da maneira como se esperava que fossem. Portanto, existe uma diferença e uma discordância entre o sofrimento e a dor.

Penso que ao leremos essa discordância e ao tentarmos definir a de múltiplas formas é que podemos nos deslocar em relação a uma certa idéia de *pathos* que obrigatoriamente estava centrada, de maneira excessiva, em torno do visível, do que machuca e do que é espetacular. Mas, então, de que forma a psicanálise nos ensinou verdadeiramente a nos colocarmos questões um pouco diferentes? Bom, eu vou usar alguns exemplos que me ocorrem espontaneamen-

* Concedida a Mário Eduardo Costa Pereira, em Paris, no dia 12 de julho de 2000, com tradução de Maria Vera Pompéo de Camargo Pacheco.

te sobre esse problema, que todos conhecem. O primeiro é, evidentemente, o do traumatismo e dos traumatismos. O que caracteriza um traumatismo é que algumas vezes nós não nos damos conta dele absolutamente. Ele é esquecido enquanto traumatismo. Ele manifesta-se por seus efeitos mais tarde. Manifesta-se porque retorna de certa forma, mas há alguma coisa do trauma que é, ao mesmo tempo, uma coisa difícil de situar e uma coisa que se esquece. O sofrimento provocado pelo trauma não é idêntico à dor que o acompanha. Mesmo se houve uma dor no momento do trauma, vemos sujeitos que são capazes de mencionar os acontecimentos sem relatar sofrimento e o sofrimento que teria causado esses acontecimentos manifesta-se de uma maneira às vezes surpreendente, inesperada. E ainda existe todos esses elementos, de amnésia, de recalcamento, de clivagem, de esquecimento, que fazem com que partes consideráveis do sujeito permaneçam afastadas dele próprio e, desse ponto de vista, existe uma espécie de sofrimento não-localizado, difícil de localizar, difícil de situar.

Talvez pudéssemos dizer que hoje existe, para empregar esse termo, uma mundialização da dor, e que contra ela é preciso retornar à particularização, à singularidade dos sofrimentos. Ou seja, não tratar a dor como um produto comercial, como uma mercadoria, um falso produto universal, que demandaria remédios universais anônimos, mas justamente ver que cada dor remete, é claro, a uma história singular que não é simplesmente a história singular de um sujeito, mas de um país, de uma cultura, de uma família, de uma situação concreta. E é nessa inscrição singular da dor que encontro o lugar do sofrimento e de onde se pode, em consequência, retornar ao *pathos*. O *pathos* solicita diferentes formas de tratamento, diferentes formas de abordagem, diferentes formas de compreensão, entre elas o tratamento da dor no interior do *pathos*.

Sabemos muito bem que podemos tratar medicamentosamente, psiquiatricamente, sujeitos cuja angústia é muito dolorosa, cuja depressão é insuportável, cujos estados maníacos ou melancólicos são gravíssimos ou que não podem dormir. Mas integrar esses elementos no interior do *pathos* é bem diferente como perspectiva do que tratá-los como dor globalizada-globalizante e que deveria ser expressa, compreendida, cuidada de maneira, eu diria, mundialista.

Como se o problema fosse apenas esse (de suprimi-la).

Sim, como se o problema fosse apenas esse e que, como consequência, nessa espécie de globalização da dor, como globalização do consumo, a dor não é mais que uma dor e para cada dor há sua resposta.

A questão do *pathos* supõe sempre que escutemos aquele que sofre, ou seja, que o interroguemos sobre seu sofrimento. Penso que o *pathos* é a abertura da clínica, é verdadeiramente a abertura da clínica. Ou seja, é esse momento que tem um sentido particular na psicanálise e que sempre teve um sentido fundamental numa determinada

idéia da medicina, a idéia clínica da medicina; é o momento do interrogatório do paciente, o momento do diálogo com ele, é o momento em que escutamos as palavras com as quais fala de seu corpo, de sua vida e de seu sofrimento, mesmo se ele tiver uma doença somática.

Mas nós temos cada vez mais questionários padronizados para os diagnósticos...

Sim, nós temos cada vez mais questionários que são padronizados, que padronizam a dor, como padronizam a felicidade, como padronizam tudo numa perspectiva de consumo. Nessa padronização, o *pathos* desaparece e o sofrimento – com o que este tem de enigmático, de forte e com sua maneira de interrogar a relação humana – também desaparece, pois todo sofrimento é uma interrogação à respeito das relações humanas, sobre a vida de cada um, sua história, sua relação na sociedade. Isso solicita várias respostas e solicita evidentemente o testemunho de alguém. Uma dor é sempre algo que tem tendência a tornar-se aplainada, única e uniforme.

Agora, para retomar a proposição anterior, essa distinção que eu fazia entre sofrimento e dor, acredito que ela pode também ser colocada ao redor do termo de “normopata”, por exemplo, que coloca de fato uma questão fundamental: será que podemos definir a normopatia como um sofrimento sem dor?

Fica claro, se tomamos isso como exemplo, que seremos obrigados a pensar as coisas de maneira diferente. Sabemos hoje – sabemos há muito tempo e sabemos também em relação ao sofrimento – que, sem falar dos normopatas, certas formas de adaptação escolar, ou de adaptação ao meio, ou ao trabalho são profundamente patológicas. Uma patologia individual, mas também uma patologia social. Ou seja, em que consistem um estado, uma escola, uma universidade, uma empresa, que não esperam de seus cidadãos, de seus empregados ou de suas crianças, senão uma adaptação sem problemas. Portanto, vemos claramente que aí também existe um sofrimento sem dor.

Os poetas sempre disseram que as grandes dores são mudas, que os grandes sofrimentos são mudos; daí o termo sofrimento mudo ou dor muda, que encontramos na base de toda anamnese. É impossível, quando encontramos um sujeito, interrogá-lo sobre sua dor, seu sofrimento, seu drama, sua vida, sem imediatamente fazer surgir em sua anamnese, de uma forma ou de outra, as lembranças das dores e sofrimentos passados dos quais ele não falou.

É possível interrogar um sujeito, ou deveríamos simplesmente escutá-lo?

Bem, é verdade, nós podemos escutá-lo. É preciso escutá-lo. Efetivamente, quando se diz “interrogá-lo”, supõe-se – é a dificuldade que você tem bastante razão

em destacar na palavra “interrogatório” – que tem sempre uma pequena nuance policial, uma nuance torturante. Portanto, sentimos que há uma espécie de violência.

Há também uma referência ao que é o bem e o que é o mal.

Exatamente, quer dizer: “sou eu que coloco a questão e é você que deve respondê-la”. Assim, nessa perspectiva, que já supõe uma grade de interpretação, a palavra “interrogatório”, “interrogar”, você tem absoluta razão, não convém.

Portanto, convém muito mais escutar, escutar e depois ouvir, quer dizer deixar a pessoa falar, independentemente das questões que poderíamos lhe colocar, mesmo sem questões, para que seja ela que faça surgir quais são verdadeiramente suas questões e qual é verdadeiramente seu sofrimento. Isso supõe formas de diálogo, ou formas de interação, ou formas de comunicação. Eu penso, aliás, que essa perspectiva, mais que fundamental, é essencial. É a única forma de nos aproximarmos disso que constatamos sempre, tanto na clínica, se somos clínicos, como também na vida das pessoas: que é completamente ilusório pensar que todos os sofrimentos sejam dores e que, já que são dores, seria evidente que todos queiram suprimi-los de dentro de si. Se nos focalizássemos sobre a dor, na equação dor-supressão da dor, não teríamos nenhum meio intelectual e clínico de compreender como os indivíduos são apegados a seus sofrimentos, não querendo se curar, pelo menos como nós gostaríamos que se curassem, tendo necessidade de dispor de um tempo em seu tratamento, ou em sua palavra, não querendo que respondamos de imediato a suas questões e encontrando, ainda em seu sofrimento, não apenas um apego doloroso e eventualmente perverso a certas formas de prazer, mas também uma memória essencial. O sofrimento é também uma memória. Será que podemos estar vivos sem esquecer? Será que podemos estar vivos sem poder guardar a memória de certos sofrimentos?

Bem, aí existe, evidentemente, um efeito de limiar. Sabemos que para cada um há um sofrimento insuportável. Mas se o termo de saúde psíquica tem sentido, então penso que todos estarão de acordo em dizer que não há saúde psíquica sem uma certa capacidade de suportar angústia e não há saúde psíquica sem uma certa capacidade de perceber e, eventualmente, sentir seu próprio sofrimento e o dos outros, porque suprimir o sofrimento é estar num mundo virtual onde não há senão a dor. Aí então suprimimos a dor como tiramos o som da televisão para vermos apenas as imagens e não mais escutarmos os gritos.

É bastante duro isso que o senhor diz...

Então, eu queria dizer, para concluir esse assunto, começando a refletir sobre esse ponto, que minha idéia é a de que o termo *pathos* carrega a memória e a preocupação de uma não-redução do ser humano a um aspecto de si mesmo. Ou seja,

que uma pessoa não é um doente, ou não é um enfarte, não é um trabalhador, ou não é uma criança; mas uma pessoa é também um ser humano, uma alma, uma história, uma memória, uma relação homem-mulher, um ser de sociedade, explorado, explorador. Portanto, se no sofrimento é o mesmo problema que se coloca, colocando-se também em paralelo sofrimento e *pathos* contra a redução do todo à dor, então há alguma coisa do humano que resta a ser colocado.

Eu ia lhe fazer uma questão a respeito do fato de que atualmente o senhor faz parte de uma equipe do governo francês que está propondo um projeto de saúde mental para os próximos vinte anos. Com o senhor estão Daniel Widlöcher, Pierre Férida e outros. O senhor poderia nos falar um pouco sobre esse trabalho e quais são as idéias iniciais, mesmo considerando-se que se trata ainda de uma fase inicial?

Bem, efetivamente, eu faço parte do conselho científico de um órgão que se chama MIR, a Missão Pesquisa que, de dentro do Ministério do Emprego e da Solidariedade, está encarregado de iniciar um certo número de pesquisas sobre questões sociais que se apresentam. O governo nos solicitou que desenvolvêssemos uma pesquisa sobre os elementos que permitiriam pensar uma política de saúde mental para os próximos anos, a partir da situação atual. E foi dentro desse projeto que se concretizou, sob a forma de recolhimento de propostas e, em seguida, de seminários, que Daniel Widlöcher, Pierre Férida e outros foram associados. Atualmente, estamos num estado que não é preliminar, mas digamos que seja um estágio de questões. Para se fazer uma boa pesquisa é preciso colocar um certo número de perguntas e evidentemente nós não sabemos o que aparecerá pela frente, o que vai acontecer.

Bem, entre os principais eixos de questões... são eixos que ao mesmo tempo em que podemos delimitá-los também se expandem, cada um deles, sobre outras áreas. Creio que entre esses eixos há a questão a respeito do lugar que a psiquiatria ocupa hoje.

Ao mesmo tempo há, não a supressão, mas a considerável redução – feliz aliás –, o fechamento de hospitais psiquiátricos, o que faz com que hoje existam cada vez menos, praticamente mais nenhum, hospitais psiquiátricos, pois o projeto propunha colocar um fim a esses grandes estabelecimentos asilares da França – e do mundo, pois entre coisas que a França exportou no século XIX estavam os hospitais psiquiátricos. Portanto, tratava-se de colocar um fim a uma certa idéia do asilo, em benefício da descoberta de um certo número de medicamentos. É necessário reconhecer a ajuda que eles trazem. E, também, de abrir serviços especializados de psiquiatria dentro dos hospitais gerais, ou seja, fazer a psiquiatria entrar na medicina, o que conduziu, na França, à supressão do internato de psiquiatria enquanto separado do internato em medicina.

Esse movimento, que é complexo como todos os movimentos, ao mesmo tempo positivo e negativo, e pelo fato de ele ter existido nos permitiu pensar um certo número de coisas, o que foi seguramente benéfico, chegou hoje, não diria a uma redefinição da psiquiatria, mas a opor fortemente ou a diferenciar fortemente, uma psiquiatria ao mesmo tempo pública e privada que prescreve, e que poderia deixar essa prescrição ao encargo esclarecido dos médicos clínicos gerais, que não teriam essa informação psiquiátrica. E, ao lado disso, há uma psiquiatria que evidentemente também prescreve, mas que eu chamaria mais clínica e mais dinâmica, ou seja, que traz consigo a tradição da psiquiatria dinâmica e da grande psiquiatria francesa, que ao mesmo tempo tem uma certa experiência de aproximação com o paciente, da escuta da qual falamos há pouco, do diagnóstico, de sua evolução e de seu atendimento, que inclui uma relação com o paciente, ao lado da prescrição, tratando-se de uma psiquiatria clínica, portanto; de instituições principalmente particulares – penso que a psiquiatria particular é um elemento importante. Essa psiquiatria, creio, apresenta cada vez mais dificuldades para retomar suas próprias raízes porque os psiquiatras particulares, que exercem a profissão hoje, o fazem através de uma formação que receberam há muito tempo, mas que não é mais dada na universidade. E esses psiquiatras são, aliás, extremamente próximos, embora de formas diferentes, dos psicanalistas e dos psicólogos clínicos os quais têm, de certo modo, uma aproximação mais psíquica, mais dinâmica, dos sofrimentos e das perturbações dos adultos, das crianças etc. Portanto, se não quisermos que essa psiquiatria desapareça, e ninguém quer, se lhe atribuímos um grande valor, bem, então, é absolutamente necessário repensá-la, inclusive na formação que deve ser dada nas faculdades de medicina e nas faculdades de psicologia. Existe, assim, uma necessidade de redefinir o lugar da psiquiatria; é uma questão enorme, mas é realmente uma das grandes questões.

Uma outra grande questão é aquilo que falamos algumas vezes em termos de novas patologias. Certamente podemos pensar que há novas patologias, como podemos pensar que existem novos sofrimentos, mas creio que a um nível bastante geral, a um nível mais social. O que surpreende muito mais são principalmente as formas de não-patologia, de não-tratamento, ou seja, há cada vez mais centenas de milhares de pessoas que estão em sofrimento, estão sofrendo em nossa sociedade, mas que não são atendidas porque é extremamente difícil e nós temos cada vez mais dificuldades fazendo a diferença entre o tratamento psíquico ou psiquiátrico do sofrimento e, eventualmente, da doença mental e o tratamento social da doença mental.

Mas solicita-se cada vez mais das disciplinas que trabalham numa abordagem, digamos social, ou mesmo da psicanálise na abordagem da subjetividade, que elas dêem provas objetivas de sua eficácia.

Bem, efetivamente existe ao redor dessa noção de eficácia um problema considerável. Porque... o que é a eficácia? Será que a eficácia é resolver um problema, ou será que a eficácia é suprimi-lo? É todo o problema da dor, para não falar do sofrimento.

A dor, todos os médicos sabem – e de uma certa forma melhor que eu, é um elemento importante de certos diagnósticos e, portanto, da evolução de uma doença. Ela é um elemento da palavra. Isso não quer dizer que ela tenha um valor, mas ela tem, de certa forma, um valor. O sofrimento é a mesma coisa, a angústia também. A angústia é profundamente útil à vida com os outros e à vida social. Mesmo se além de um certo limiar, ela é insuportável. Por que ela é útil: porque estar angustiado é como ter medo, é ter uma percepção de riscos e perigos, de falhas, de dificuldades; é perceber. Na própria idéia de sofrimento como na idéia de dor há a percepção de alguma coisa. Então, o que é ser eficaz em todos esses campos? Seria suprimir a angústia, a dor e o sofrimento, ou mesmo tendo vontade de reduzi-los e evidentemente de suprimi-los, perguntar-se de quê a dor é dor, de quê a angústia é angústia, de quê o sofrimento é sofrimento.

Não são os neurotransmissores?

156

E então... é claro que são neurotransmissores. Claro, podemos dizer que são neurotransmissores, mas a situação, inclusive do ponto de vista científico, é bem mais complexa que isso. Assim, quando dizemos o cérebro, afinal de contas, não é mais que um conjunto de neurônios, nós fazemos uma frase e temos a impressão que dominamos e resolvemos o problema do cérebro e do humano e pensamos que uma máquina poderia escrever “À procura do tempo perdido”, ou escrever Proust. Evidentemente, se nós dizemos que a dor são os neurotransmissores, podemos pensar que com produtos (químicos) nós iremos suprimir a dor. Mas vemos claramente o que estas fórmulas têm de falso, pois fazem acreditar em conhecimentos que não temos, a menos que compreendamos que suprimir a dor é anestesiá-la ou drogá-la. E penso que todos estarão de acordo que não é por aí. Efetivamente, podemos fazer de tal maneira que uma pessoa não senta mais nada, mas seria isso resolver o problema da dor ou do sofrimento? Da mesma forma, podemos fazer que uma pessoa não pense mais nada ou que pense uma única coisa. Seria isso resolver o problema do pensamento? Ou seja, da vida em comum? Da vida em sociedade? Ora, a dor, assim como o sofrimento, assim como a pesquisa, são elementos que fazem parte da vida em sociedade, que fazem parte da comunicação, das trocas da realidade social e da realidade familiar e que desse ponto de vista solicitam múltiplas respostas. O que eu considero extremamente grave em uma certa aproximação da dor, como em uma certa aproximação de outros problemas, é que ela faz crer que para uma questão haveria apenas uma única resposta. Ora, justamente – e eu creio que o Congresso que vocês

ENTREVISTAS

estão organizando é um exemplo disso em sua própria organização – a partir do momento que sobre uma questão, que de fato é um conjunto de questões extremamente variadas, as que se referem ao *pathos*, nós refletimos sobre a arquitetura, sobre a família, sobre a sociologia, sobre a dor, sobre o sofrimento e sobre muitos outros campos, nós nos damos conta que devolver a dignidade à psicopatologia significa convocar uma pluralidade de respostas em função da pluralidade de aspectos da questão, recusando que exista uma resposta que esmague todas outras questões. E isso nós vemos que é absolutamente fundamental.

Eu gostaria de colocar uma última questão. O Sr. escreveu um livro que foi traduzido em português como “O gozo do trágico”. Neste ano, nós comemoramos não apenas os cem anos de “A interpretação dos sonhos”, mas também os quatrocentos anos de “Hamlet”. O que a tragédia de Hamlet ainda tem a dizer aos psicopatólogos de nosso tempo?

Bem, o que me vem imediatamente ao espírito é a famosa frase de Hamlet: — A consciência faz de nós homens fracos. Seria bom se pudéssemos dizer: — A consciência nos transforma em homens corajosos.