

DA PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL À PSICOPATOLOGIA DO SUJEITO: ENTREVISTA COM MARIO EDUARDO COSTA PEREIRA

Gabriel Aquino Nascimento Gabeira¹

Thiago Menezes Moreira²

Regina Coeli Aguiar Castelo Prudente³

INTRODUÇÃO

Esta entrevista trata de um dos campos do conhecimento mais importantes para a Psicologia em seu fazer clínico, a saber: a psicopatologia. Dotada de certa autonomia epistemológica, a psicopatologia também se faz presente em outras formações universitárias centradas na clínica, como na Psiquiatria. O entrevistado é um dos nomes brasileiros mais marcantes da pesquisa em psicopatologia: Mario Eduardo Costa Pereira. Mario é psicanalista, psiquiatra de formação e professor associado do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), onde dirige o Laboratório de Psicopatologia: Sujeito e Singularidade (LaPSuS). Obteve o título de professor titular em Psicopatologia Clínica pela Université de Provence - Aix-Marseille I na França e o de doutor em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise na Université de Paris VII. É editor da Revista de Latino-americana de Psicopatologia Fundamental e membro da Seção de Psicanálise em Psiquiatria da *World Psychiatric Association* (WPA). É diretor do Núcleo São Paulo da Escola de Psicanálise do Corpo Freudiano. Nessa entrevista, ele discorre sobre o tema de pesquisa clínica que o acompanha por muitos anos (o pânico) e sobre as transformações da psicopatologia a partir de algumas demarcações: 1) a psiquiatria tradicional; 2) a psiquiatria contemporânea; 3) a psicopatologia fundamental; e por fim, 4) a psicopatologia do sujeito.

Pergunta 1: Nós nos preparamos, olhamos bem... o que é difícil porque seu currículo demora uns dias para a gente ler, não é mesmo?! Nós vamos nos focar

¹ Graduando em Psicologia pelo Centro Universitário Academia. E-mail: gbrakvn@gmail.com

² Graduando em Psicologia pelo Centro Universitário Academia. E-mail: thiagommoreirapsi@gmail.com

³ Mestra em Psicologia e docente do Centro Universitário Academia. E-mail: rcacastelo@bol.com.br
REVISTA PSIQUE: RELATOS ACADÊMICOS, Juiz de Fora, v. 4, n. 5, p.109-120, jul./dez. 2024 – ISSN 2448-3443

na questão da psicopatologia. Segundo o Christian Dunker, você introduziu no Brasil uma nova forma de pensar a psicopatologia. Com a sua chegada ao Brasil, depois de estar na França estudando com Pierre Fédida – você foi orientando dele –, você introduz uma revolução, uma quebra de paradigma e o que você traz de novo com o seu doutorado. Poderíamos começar com essa perspectiva? Foi o Dunker que destacou isso em uma coluna⁴, essa passagem sua pela França e o que você traz para o Brasil provoca uma modificação fundamental.

Resposta 1: Eu fui para a França em 1989, então já tem uma data... para fazer meu doutorado na Universidade de Paris VII com Pierre Fédida, que na época era o diretor do Laboratório de Psicopatologia Fundamental daquela universidade. Eu tinha terminado minha residência médica em Psiquiatria na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), tinha terminado meu mestrado em Saúde Mental também na UNICAMP e naquela época (nós estamos aí na década de 1980) vocês lembram que o DSM III [Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 3ª revisão] que fez toda a mudança, toda a revolução destas atividades e foi introduzido em 1980. E é em 1980 que surge, no DSM III, o diagnóstico que na época causou uma grande mudança de paradigmas que era o diagnóstico do transtorno de pânico. Aqui na UNICAMP tínhamos com o professor Dorgival Caetano o primeiro serviço universitário de atendimento de transtorno de pânico, criado por ele. A grande mudança desse diagnóstico é que os sintomas recobertos por essa etiqueta (“ataque súbito de ansiedade, muito intenso com uma duração limitada – com muitos sintomas físicos: palpitação, falta de ar, sensação de que vai cair; e muitos sintomas mentais, psíquicos: sensação de morte iminente, sensação de estar ficando louco, de estar perdendo o controle, de desespero...”) são sintomas muito intensos que surgiam numa crise inesperada, duram um período muito curto e têm a tendência a se repetirem essas crises. Na medida que elas se repetem a pessoa tem a tendência de desenvolver comportamento de proteção: desenvolve fobia, tem medo de sair de casa, acaba desenvolvendo sintomas hipocondríacos porque começa a pensar que está com uma

⁴ DUNKER, Christian. **O que é pânico e como ele pode ser curado pela palavra?** Tilt UOL, São Paulo, 19 jul. de 2023. Disponível em: <https://web.archive.org/web/20230720140505/https://www.uol.com.br/tilt/colunas/blog-do-dunker/2023/07/19/panico-e-desamparo---livro---psicanalise---brasil---discussao-clinica.htm>. Acesso em: 29 fev 2024.

doença grave, enfim... Esse tipo de quadro de angústia já era conhecido pela psiquiatria porque ele tinha sido descrito pelo [Sigmund] Freud em 1895 quando ele escreve os seus artigos sobre a **neurose de angústia**: no primeiro dos artigos que se chama **Sobre a justificativa de se separar no interior da neurastenia um grupo especial de sintomas a título de neurose de angústia**⁵. Nesse artigo – os que têm esse artigo em mente, vale a pena reler –, Freud diz que a neurose de angústia tinha duas formas clínicas de apresentação: uma forma clínica ele chamava de os **estados de angústia**, eram sintomas ansiosos e menos intensos, mas crônicos. Uma antecipação de que alguma coisa ruim poderia acontecer, embora fosse algo meio obscuro, a pessoa não tinha muito claro o que ela temia... Uma sensação de apreensão, de medo, de mal-estar... Essa era uma das formas. A outra forma o Freud chamava de acessos ou ataques de angústia que são muito parecidos com o que DSM III tinha descrito: ataques súbitos, inesperados, imprevistos, de angústia muito extrema com sensação de morte iminente, de ficar louco, de perda de controle, muitos sintomas físicos, enfim... E o Freud já descrevia nesse artigo que esses ataques tendiam a se repetir e o sujeito tinha a tendência a desenvolver agorafobia, depressão e sintomas hipocondríacos. Essa descrição do Freud entra para o campo da psicopatologia psiquiátrica e não fica apenas no campo psicanalítico. As edições da Classificação Internacional das Doenças (CID), ou seja, a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), tinha incorporado na sua seção de transtornos mentais a noção, o diagnóstico de neurose de angústia nos termos de Freud. Isso dura na psiquiatria de 1894, quando Freud descreve esse quadro clínico da neurose de angústia, até à CID-9. Ela foi substituída pela CID-10 em 1994. De 1895 a 1994 praticamente a descrição oficial de neurose de angústia na psiquiatria era a descrição freudiana dos seus primeiros artigos. Até então a psiquiatria entendia os acessos de pânico como uma modalidade clínica de apresentação da neurose de angústia.

O problema é que a partir dos anos 1960, com uma descoberta totalmente fortuita que eram as novas substâncias psicoativas, os novos psicofármacos que começaram a ser testados para diversos quadros clínicos e tinha um psicofármaco que tinha sido

⁵ Na tradução da Imago o título foi traduzido e publicado como **Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia** – cf. FREUD, Sigmund. Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia'. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** (ESB). Rio de Janeiro: Imago, v. III, p. 107, 1976. (Original datado de 1894).

descoberto na Suíça pelo Roland Kuhn – que era um psiquiatra suíço, mas muito erudito, alguém que teve muito contato com [Ludwig] Binswanger que havia sido discípulo do Freud, teve contato com psicanalistas também –. Esse sujeito, o Kuhn, descreve uma substância que é a imipramina, que é o primeiro antidepressivo tricíclico que foi descoberto. Muito eficaz, se usa até hoje a imipramina! Em um desses experimentos feitos nos Estados Unidos, em Nova Iorque, por um psiquiatra que se chama Donald Klein ele observou nos seus estudos clínicos que usando essa medicação havia uma melhora do controle de sintomas na neurose de angústia, mas só sobre a parte dos acessos de angústia do Freud e não pelos estados crônicos. Então, vocês vejam, separando em duas categorias diferentes aquilo que era uma só, dando autonomia para o diagnóstico dos acessos de angústia que eles vão chamar daí para diante de transtorno de pânico, se une uma síndrome que é suscetível de ser controlada quimicamente pelo uso da imipramina.

Eu tô contando toda essa história para vocês entenderem toda a lógica do DSM. Desde o início no DSM a lógica não é uma lógica naturalista, no sentido que ela pretende que o transtorno corresponda a uma descrição do fato da natureza. A noção de *mental disorder* [transtorno mental] não é igual a de *mental disease* [doença mental]. Quando se usa o termo “*disease*” você está supondo uma etiologia biológica nos padrões da medicina em geral. Quando você fala “*mental disorder*” a ideia é que você está criando uma categoria prática, uma categoria pragmática. Que tipo de sintomas são suscetíveis, por exemplo, de serem controlados com o uso de uma substância química. Isso introduz uma nova lógica na maneira de organizar nossa relação com o sintoma, com as síndromes. A lógica aqui não é mais uma lógica descritiva, como no momento do [Emil] Kraepelin, que influenciou muito o Freud, ou do próprio [Wilhelm] Griesinger. O Kraepelin visava fazer uma nosografia muito precisa, de modo que quando todo o trabalho nosográfico fosse bastante preciso aquilo corresponderia a uma “doença mental”. Nessa nova lógica você não tem uma necessidade da noção de doença, aqui você tem uma necessidade de identificar problemas práticos, clínicos, que seriam justificados clinicamente e para você fazer uma intervenção de natureza médica. Eu sempre dou um exemplo: você imagina um cirurgião plástico que tem que trabalhar com uma categoria prática que é, sei lá, “nariz feio”. Bom, nariz feio não é uma doença! Mas é uma situação clínica com a qual ele se defronta. A partir da categoria “nariz feio” ele pode fazer categorias práticas que

não têm nada a ver com doença, mas que te permitem uma intervenção clínica. Por exemplo, tem o nariz feio de um certo tipo que precisa de intervenções cosméticas. Outro, de certo tipo, é um tipo de cirurgia. Um outro é um outro tipo de cirurgia... Nariz feio precisa de tratamentos dermatológicos etc. Você pode criar critérios práticos para intervir na clínica sem deliberar sobre a natureza do fenômeno. Isso introduz um pragmatismo, que apesar de muitas vezes a gente dizer que o DSM é uma categoria naturalista, ela não é. É um sistema operacional, prático. Para resolver o problema. Bom, com isso muda todo o estatuto da nossa relação clínica com o sintoma. O sintoma se transforma num norte prático, que se transforma no alvo da ação clínica. Que isso, como essa função prática começa a ter uma dimensão cada vez maior na saúde mental, na psiquiatria, a gente deixa de se interrogar sobre a participação de fatores tão implicados no mecanismo da emergência daqueles sintomas.

Pergunta 2: No seu artigo "A palavra 'pânico' ou da polissemia como método" de 1996⁶, você fala dessa transformação da linguagem psiquiátrica definindo-a como uma "pobreza metafórica". Isso foi uma passagem que me marcou muito porque achei uma boa forma de classificar o que muda de uma linguagem de autores como Kraepelin – que tentam descrever – para essa nova ordem psiquiátrica, essa nova sintaxe talvez...

Resposta 2: Sem dúvida! Então, veja, nós temos que nos colocar no interior dessa racionalidade, dessa lógica. Nessa racionalidade uma linguagem muito figurativa, muito metafórica não é um valor, é um problema. Porque o que ela visa é uma instrumentalização prática da linguagem, de modo que uma etiqueta diagnóstica possa ser colocada em cima de uma situação clínica muito objetivável. Essa outra razão que vai embutida no DSM, que vai organizar tudo, vão ser as dimensões clínicas passíveis de controle empírico-experimental. O que interessa são aqueles elementos da história da clínica, do quadro, que podem ser objetivados tecnicamente e controlados na ciência empírico-experimental tradicional. Quais são as consequências disso? É que outros olhares sobre a psicopatologia perdem o valor. Não é apenas a psicanálise que perde o valor. São todos que não se submetem a uma metodologia

⁶ PEREIRA, Mario Eduardo Costa. A palavra "pânico" ou da polissemia como método. **Coletâneas da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia**, v. 16, n. 1, p. 55-78, 1996. **REVISTA PSIQUE: RELATOS ACADÊMICOS, Juiz de Fora, v. 4, n. 5, p.109-120, jul./dez. 2024 – ISSN 2448-3443**

empírico-experimental, por exemplo a fenomenologia. A fenomenologia não tem nada a ver com a psicanálise, mas ela é muito importante na tradição psiquiátrica. Você pega lá o tratado do [Karl] Jaspers, o **Psicopatologia Geral** (1913/1959)⁷, ele te orienta para uma abordagem fenomenológica. Ora, a fenomenologia nessa perspectiva se opõe à ciência empírico-experimental. Então, o que aconteceu é que a psicanálise passa a perder importância no campo da saúde mental, a fenomenologia que era um dos pilares da tradição psiquiátrica, da psicopatologia psiquiátrica, perde todas as dimensões eu diria políticas, sociais, antropológicas. Tudo o que não fosse traduzível em linguagem empírico-experimental nem entrava no jogo. Nós tivemos um período importante na história da psiquiatria, na história da saúde mental, na história enfim do campo da psicopatologia que ela estava reduzida à essa dimensão prática. Tanto que o título do DSM é Manual **Diagnóstico** e de **Estatística** [de Transtornos Mentais]. Isso dá bem a dimensão prática, pragmática. Ele organiza os fenômenos de modo que eles possam ser controláveis no plano empírico-experimental. O transtorno de pânico era uma espécie de pilar, uma espécie de paradigma dessa abordagem. Eles não dizem que a etiologia é biológica, que é psicológica ou que é um conflito interno. Isso pouco importa, no limite pouco importa se a etiologia é biológica! Por isso que tem toda uma tendência no interior da própria psiquiatria que ataca o DSM. Porque ele recusa uma abordagem etiológica, lhe interessa o pragmatismo. Tem um grupo de sintomas, que a gente acha que é ruim. Por exemplo: criança ir para a escola e não concentrar é tomado como uma *disorder* porque do ponto de vista valorativo uma criança tem que ir para escola e tem que focar e tem que concentrar. Se você tem uma substância que permite ela focar na escola, então você agrupa os sintomas, a síndrome... que pode ser modificada com tal substância. E aí você coloca à disposição do clínico um método controlável empírico-experimentalmente para agir nisso que se considera um ponto de vista estritamente valorativo do que é um bem e do que é um mal, do que é uma *order* e do que é uma *disorder*. Na verdade, o DSM define a *disorder*, mas nunca explicita o que ele considera *order*. Então, a *order* aqui nesse congresso que nós tivemos agora na UNICAMP sobre a psicanálise na psiquiatria [*1º Encontro Internacional da Seção de Psicanálise em Psiquiatria da World Psychiatric Association*] teve uma mesa específica brilhante

⁷ JASPERS, Karl. **Psicopatologia Geral**. Atheneu, 1959. (Original publicado em 1913)
REVISTA PSIQUE: RELATOS ACADÊMICOS, Juiz de Fora, v. 4, n. 5, p.109-120, jul./dez. 2024 – ISSN 2448-3443

sobre a questão do neoliberalismo e suas consequências na psicopatologia contemporânea. Essa *order* que nunca é explicitada na verdade é a *order* de um funcionamento social baseado no neoliberalismo. O sujeito está em *order* quando ele consegue trabalhar, produzir, consumir, não colocar riscos para a estrutura social, não sofrer demais, não causar prejuízo para o sistema de saúde... Ele está em *order*. Isso mostra que utilizar esses sistemas de maneira acrítica faz de toda psiquiatria, faz do uso disso simplesmente um instrumento para ordenar um mundo medicamente segundo os padrões de normalidade, os padrões de funcionalidade próprios a uma concepção neoliberal não apenas econômica, mas de como deve funcionar o mundo e como deve funcionar as pessoas. Bom, a contribuição do que eu chamei e tenho chamado de uma psicopatologia do sujeito que a gente tem tentado construir na UNICAMP no laboratório que eu dirijo que se chama *LaPSuS - Laboratório de Psicopatologia: Sujeito e Singularidade* - é de tentar definir o campo da psicopatologia diferente tanto da leitura tradicional, em que o foco da descrição da psicopatologia era a doença mental, ou mais modernamente com o DSM em que o foco... na verdade, a psicopatologia perde o interesse com o DSM porque o que interessa são síndromes que podem ser conotadas negativamente na nossa cultura e que a gente pode ter intervenções de natureza médica para reordenar os fatos clínicos. A ideia é de ressituar a psicopatologia não a partir de algo que se descreve fora (a doença mental, a *mental disorder*...), mas antes você se colocar a questão: **em que condições um sujeito singular de desejo se torna inviabilizado de poder funcionar em conformidade com o seu próprio desejo no interior do laço social?** Vocês vejam que isso redefine totalmente o campo da psicopatologia. O foco aqui não é mais nem o transtorno, nem a doença, nem uma descrição, nem uma hipótese naturalista da etiologia do transtorno. Não nega que possa haver inclusive dimensões biológicas na patologia, mas o que interessa não é o fator biológico ou não-biológico. Não é uma proposta psicogenética, é uma proposta de onde esses fatores incidem de tal maneira que impedem a realização possível de um sujeito de desejo singular no interior do laço social. Ela propõe uma releitura desse conjunto de problemas a partir do ponto de vista do sujeito. O exemplo que eu sempre dou – quem já me ouviu falar certamente já escutou esse exemplo – que poderia resumir a proposta é o da Síndrome de Down. A Síndrome de Down é uma condição clínica que faz com que as famílias, as sociedades, às vezes o próprio sujeito, recorram ao campo da saúde mental em busca

de auxílio. Quando eu entrei na faculdade há uns quarenta e poucos anos atrás, a expectativa de vida de uma criança que nascia com Síndrome de Down no Brasil era em torno de 18 anos de idade. E ela terminava sua vida com um grande retardo mental abandonada em uma dessas instituições de apoio aos excepcionais. Hoje, quarenta anos depois, a expectativa de uma criança que nasce hoje no Brasil com Síndrome de Down é praticamente igual à da população geral. Dá mais de sessenta, setenta anos. E vocês podem acompanhar essas crianças da perspectiva de ter plena cidadania, de conduzir um tipo de vida que elas se sintam realizadas como sujeito de desejo singular. Ora, na Síndrome de Down o fator biológico é indiscutível! Ninguém vai discutir a Síndrome de Down sem falar sobre a presença de uma trissomia no par de cromossomos 21. Só que a Síndrome de Down foi provavelmente a condição clínica que mais melhorou nesses últimos quarenta, cinquenta anos de todas as outras condições no campo da saúde mental. Melhorou mais que o autismo, mais que a esquizofrenia, mais que a ansiedade, mais que tudo! Essa condição tem um fator biológico indiscutível e nós conseguimos essa melhora imensa sem tocar no fator biológico. Até hoje a trissomia continua igual! O que nós melhoramos foi o fator psicopatológico. E o fator psicopatológico vindo dessa perspectiva não estava sequer na criança, estava na cabeça das pessoas, no ambiente cultural. Como o ambiente cultural tendia a destituir uma pressuposição de sujeito naquela criança porque tinha uma alteração biológica que fechava um destino de morte precoce com retardo mental, nós nos dirigimos a ela assim, constituímos sua subjetividade assim e essa profecia se realizava. Na hora que a psicopatologia melhorou, ou seja, na hora que as nossas cabeças e não a das crianças melhorou, o efeito clínico é esse que estou descrevendo para vocês. Aí você veja como você pode descrever a psicopatologia sequer levando em conta o que se passa dentro da cabeça da criança. A psicopatologia vai depender das condições que permitem ou não alguém se constituir como sujeito de um desejo singular e que o laço social cria essas condições para que isso possa se desenvolver. Falei demais, mas acho que dá para ter uma ideia.

Pergunta 3: Perfeito! Eu queria dizer que com toda essa sua resposta acho que você percorreu alguns pontos que a gente ia trazer para a entrevista... Vou tentar juntar duas perguntas em uma para a próxima. Você faz essa diferenciação entre a psicopatologia mobilizada pela psiquiatria tradicional e a

(eliminação da) psicopatologia pela nova psiquiatria, com as neurociências e toda essa influência de uma outra linguagem. A gente pode acompanhar aqui que durante alguns anos você assinou uma seção da Revista de Psicopatologia Fundamental resgatando textos de psiquiatras tradicionais, que apesar de estarem falando da doença mental tinham contribuições importantes para o agora. Nós percebemos também esse seu interesse pela filosofia, pela fenomenologia do Binswanger, a presença do [Martin] Heidegger em alguns textos, inclusive sobre o pânico. E, claro, a influência do Fédida, que se vinculou a uma escola da IPA [Associação Psicanalítica Internacional] e que tinha certas distinções do pensamento lacaniano. Surgiu uma questão a respeito dessa sua generosidade de leitura e como você consegue conjugar tudo isso. A impressão que passa é que você percorre a filosofia, percorre psicopatologia tradicional, visita o pensamento de outros psicanalistas, mas nessa mudança da Psicopatologia Fundamental para uma Psicopatologia do Sujeito o que parece é que você faz essa busca, entra em contato com esses textos e autores para ressaltar uma contribuição que é freudo-lacaniana. No final das contas, é o sujeito que aparece como algo que precisa ser dito diante de tudo isso que a psicopatologia fundamental com a sua contribuição na Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, todas essas influências puderam trazer. Então, a pergunta é: de que forma você conjuga tudo isso?

Resposta 3: É uma pergunta muito sagaz, muito profunda e muito inteligente! Se tem uma leitura bem aguda dessas questões aí que eu tento trazer. Então, Pierre Fédida talvez provavelmente foi a influência mais marcante no meu percurso intelectual, de pesquisador... principalmente pela abertura do seu pensamento, por ele abrir o seu pensamento. Para ele era muito importante que a psicanálise não se transformasse em uma língua morta. Para isso não podia ficar repetindo jargões. Isso foi muito marcante. Na psicopatologia fundamental eu diria que para mim ela teve uma importância, mas com a psicopatologia do sujeito eu de fato tento dar esse passo que você destaca muito bem e é uma certa demarcação na minha posição em relação ao meu mestre, ao meu orientador. Pois justamente Fédida teve uma formação filosófica muito importante, fenomenológica, heideggeriana. Teve uma formação de um freudismo próprio à sucessão psicanalítica da França. Foi o grupo que separa do [REVISTA PSIQUE: RELATOS ACADÊMICOS, Juiz de Fora, v. 4, n. 5, p.109-120, jul./dez. 2024 – ISSN 2448-3443](#)

Lacan na segunda cisão, onde estavam [Jean] Laplanche, [Jean-Bertrand] Pontalis. Um grupo de psicanalistas respeitáveis, muito importantes, mas com posições não lacanianas. Mas, para mim, pareceu depois de um certo tempo que a psicopatologia fundamental que ele propunha era mais bem-sucedida em propor uma ruptura de modelos e da necessidade de conceber a psicopatologia como uma encruzilhada de diferentes abordagens teóricas, mas também metodológicas. Para ele, não faz sentido a gente não levar em conta essa heterogeneidade de discursos: precisa ter o discurso da genética, precisa ter o discurso da política, precisa ter o discurso da psicanálise, precisa ter o discurso das, enfim, neurociências. Não faz sentido você conceber o problema psicopatológico sem levar esses elementos em conta, então, para ele, a psicopatologia fundamental era principalmente uma epistemologia, uma proposta de como fazer a regulação dessa confusão de línguas constitutivas do campo da psicopatologia. Era isso que ele chamava de psicopatologia fundamental. E à medida que eu próprio fui desenvolvendo as minhas próprias perspectivas, ele faleceu, relativamente jovem, tinha 67 anos quando faleceu. Me parecia necessário recentrar a psicopatologia naquele que dizia respeito a esse elemento psicanalítico decisivo tanto ético quanto clínico que é o sujeito em sua singularidade. Esse elemento pelo próprio fundamento filosófico da psicopatologia fundamental de Fédida me parecia, enfim, faltar essa recentragem numa interlocução sobre o sujeito. Então, essa redefinição do campo da psicopatologia a partir do que eu chamo dos impasses ou da inviabilidade do sujeito de encontrar uma equação que possa existir no laço social em conformidade com o seu desejo, me parece que aí você pode descrever uma psicopatologia que seja do ponto de vista ético compatível com a psicanálise, compatível com a tradição médica e que nos permita intervenções técnicas precisas. Vou dar um exemplo: muitas vezes, mesmo na psicanálise, a gente tem a tendência de recentrar a psicopatologia em torno da noção de sofrimento. Bom, vocês viram que na definição que eu proponho eu não coloco o termo sofrimento. O sofrimento é uma das contingências que pode acontecer na psicopatologia. Mas a noção de gozo não é totalmente recoberta e muito menos a de realização de posição desiderativa. Um exemplo que eu sempre trago: você imagina um sujeito que chega para o “doutor”. Esse doutor pode ser de qualquer formação e ele chega assim: “Doutor, eu tenho uma orientação sexual que eu sempre escondi de mim mesmo e dos outros. Eu levei a minha vida sendo o oposto do meu direcionamento de desejo, eu cansei disso e agora

REVISTA PSIQUE: RELATOS ACADÊMICOS, Juiz de Fora, v. 4, n. 5, p.109-120, jul./dez. 2024 – ISSN 2448-3443

eu quero assumir a mim mesmo para mim diante dos outros. E quero que o senhor me ajude nesse processo que eu sei que não vai ser fácil. Bom, você pega hoje no Brasil, por exemplo, um sujeito que assuma uma posição de desejo erótico muito diferente da norma: aqui no Brasil você pode apanhar ou mesmo ser assassinado na rua na primeira esquina. O doutor que ajuda ele nessa assunção de uma posição de desejo pode estar ajudando inclusive a aumentar o sofrimento dele. Ele vai sofrer mais, ele vai ter mais riscos, ele vai ter mais disfunção social. Tem riscos financeiros, econômicos e de vida. Mas ao mesmo tempo ele tem um outro tipo de ganho, o ganho que ele tem não é o de diminuição do sofrimento. O ganho que ele tem é de se sentir existir em conformidade com ele próprio. E ele paga um preço de sofrimento. Então vocês vejam como a psicanálise aqui pode ajudar a redefinir um campo da clínica, de conceber então o que seria uma direção do tratamento e que não tem nada a ver com diminuição do sintoma, diminuição do sofrimento, readaptação social, melhora da funcionalidade psicossocial. O eixo ético e técnico é como é que a gente pode, inclusive com disciplinas muito diferentes, colaborar para que o sujeito possa estar em mais sintonia com a sua urgência de poder existir em um mundo como um sujeito singular de desejo que ele encontra uma equação viável para ele.

Pergunta 4: Nesse caso está em jogo se preocupar com a relação do sujeito consigo mesmo e com o que está acontecendo no social.

Resposta 4: Veja, não é uma coisa singular no sentido de que não há uma ética social... é ao contrário disso, o exemplo que eu dei da Síndrome de Down mostra bem que a gente precisa pensar essa inter-relação do sujeito com o laço social. Como o sujeito precisa ser responsável com o laço social e como o laço social precisa tornar viável algum tipo de existência desiderativa singular. Então, a sua pergunta é muito importante porque ela não é uma concepção ou mais uma extensão do individualismo, do neoliberalismo contemporâneo. Ao contrário, ela é um contraponto a isso.

Pergunta 5: O que a gente pode falar dessa entrevista maravilhosa, além de te agradecer muitíssimo? Estamos estudando sua vida há dias. Se quiserem saber quem você é, melhor perguntar para nós do que para você!

Resposta 5: Olha, eu agradeço muito o convite! Fiquei muito feliz, muito honrado! E também gostaria de agradecer porque vocês se prepararam bem para essa conversa. (risos) Disso eu não duvido que vocês saibam melhor de mim do que eu próprio!

Entrevistadores: (risos) Foi ótimo! Obrigado!