

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 Heitor O'Dwyer de Macedo

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. IV, núm. 4, diciembre, 2001, pp. 138-

147

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017674013>

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

Entrevista com Heitor O'Dwyer de Macedo*

Heitor O'Dwyer de Macedo, o senhor é um psicanalista que já trabalha há vários anos na Europa, mas que mantém um intenso intercâmbio clínico e científico com a psicanálise brasileira. A partir de sua experiência, como o senhor caracterizaria as particularidades da situação contemporânea da psicanálise no Brasil, em relação ao que ocorre na Europa?

Penso que a psicanálise no Brasil encontra-se, atualmente, numa situação semelhante àquela da psicanálise na França nos fins dos anos 1950. Naquele tempo, a psicanálise francesa estava prisioneira do modelo imposto pela Sociedade Internacional de Psicanálise (IPA), que tentava transformar a clínica psicanalítica numa particularidade da clínica médica em psiquiatria. A partir da reflexão vigorosa de Jacques Lacan sobre os efeitos catastróficos da ideologização da psicanálise, tanto na clínica psicanalítica quanto nas sociedades de psicanálise, um grupo de pacientes de Lacan, pacientes que eram também psicanalistas em formação, realizará uma verdadeira revolução prática e teórica da função do psicanalista. Os efeitos perenes desta modificação radical permitirão, aos psicanalistas vivendo na França, um acesso clínico ao fato psicótico e ao desenvolvimento fecundo da clínica psicanalítica de crianças. Todas estas coisas são sabidas de uma maneira

* Entrevista concedida a Mário Eduardo Costa Pereira, via Internet, em 1/8/2000.

mais ou menos precisa, mais ou menos confusa. Existem, no entanto, certos detalhes que, do meu ponto de vista, são fundamentais para a compreensão do fenômeno, e organizadores dos ensinamentos que dele podemos obter para uma leitura daquilo que se passa hoje em dia nos países que importaram esta revolução francesa no campo da teoria e prática psicanalíticas.

Piera Aulagnier, Victor Smirnoff, Jean-Louis Lang, Jean-Bernard Pontalis, Jean Laplanche, Serge Leclaire, François Perrier, foram analisandos e discípulos de Lacan. A este grupo de base se deve acrescentar Wladimir Granoff – o único que nunca foi nem paciente nem supervisando de Lacan, com quem Lacan co-assinou um artigo, e cuja obra, fundamental, até hoje, infelizmente, ainda não foi editada no Brasil. Um lugar à parte foi o de Françoise Dolto, amiga e cúmplice (“minha Diotime”, dizia Lacan). Um segundo círculo de psicanalistas em formação – que não foram necessariamente pacientes de Lacan – era constituído por André Green, Conrad Stein, Gisela Pankow, Jean Oury. Sem esquecer Daniel Lagache, o amigo de quem Lacan se separará devido às divergências teóricas e às lutas institucionais. Se cito extensivamente todos estes nomes é para salientar um aspecto que habitualmente não é salientado: todos eram psiquiatras, com exceção de Françoise Dolto – que era pediatra, e todos, sem exceção, trabalhavam em hospitais públicos.

Em outros termos: a releitura teórica feita de Freud por Lacan teve como primeiro campo de pesquisa a clínica do fato psicótico em instituição. (Quanto a Françoise Dolto, que trabalhava num serviço de crianças, eram-lhe enviadas aquelas para as quais a clínica médica habitual se descobria incompetente: as grandes regressões, as somatizações graves e a psicose infantil). Na verdade, a revolução psicanalítica francesa foi feita, fundamentalmente, dentro dos hospitais psiquiátricos e num diálogo fecundo com os grandes clínicos que foram Henri Ey, Demaison, Bonafé, Ayme, Tosquelles. Não é, portanto, por acaso que uma das reuniões que haverá de inscrever este movimento na comunidade psicanalítica se dará num hospital psiquiátrico: o famoso Colóquio de Bonneval. Como também não é por acaso que a única teorização sobre o modo de articular psicanálise e cuidados psiquiátricos tenha sido elaborada na França – a chamada corrente de psicoterapia institucional, sustentada, sobretudo, por François Tosquelles e Jean Oury cujos hospitais – Saint Alban e La Borde – são os emblemas desta criatividade que sacudirá a psiquiatria acadêmica e que engendrará a antipsiquiatria inglesa e italiana.

Em suma: os primeiros lacanianos eram clínicos excepcionais e a teoria que Lacan elaborava passo a passo os ajudava, por um lado, a inventar dispositivos capazes de interpretar a transferência do paciente psicótico, longe do academicismo da psiquiatria asilar, e, por outro lado – graças a esta prática clínica que os entusiasmava –, a abandonar, com desprezo, a rotina tediosa do funcionalismo psicanalítico recomendado pela IPA para, de maneira radicalmente freudiana, reinstalar no centro do dispositivo transferencial a dimensão do acaso, do inesperado, do inédito,

do nunca antes pensado. É para eles que Lacan refletirá sobre os autores vivendo na Inglaterra: Klein, Balint. Por um lado, certamente, porque eles foram os primeiros a abordar, enquanto psicanalistas, o fato psicótico. Mas também porque, coerentes com a epistemologia freudiana que postula a continuidade entre o normal e o patológico, em seus consultórios foram capazes de uma criatividade prático-teórica exemplar, digna do antepassado célebre, o único verdadeiro interlocutor de Freud: Ferenczi, de quem ambos foram analisados. Winnicott – com quem Lacan tanto aprendeu, é um caso à parte (A este propósito consultar “Do amor ao pensamento” de Heitor O’Dwyer de Macedo, tradução brasileira de Monica Seincman, publicado pelas edições Via Lettera, São Paulo, 1999.).

Foi também para seus discípulos, clínicos excepcionais – repito: os primeiros lacanianos eram psicanalistas de formação psiquiátrica –, que Lacan foi estudar e teorizar as relações entre a antropologia (Levi-Strauss, Mauss) e a psicanálise. Visto os tempos sombrios que vivemos, vale a pena lembrar que, na origem, o trabalho teórico de Lacan respondia a uma exigência clínica, exigência da invenção de uma outra clínica psicanalítica, fiel à descoberta freudiana, e que foi, antes de mais nada, *no campo clínico e no interior dos hospitais psiquiátricos que se deu a revolução lacaniana*.

140

O futuro deste momento que descrevo, que é a nossa atualidade, foi desastroso. O clínico lacaniano irá, pouco a pouco, desaparecendo em detrimento deste personagem terrível que é o lacanês. O lacanês corresponde, hoje, na psicanálise, aos analistas da psicologia do Ego, de quem Lacan traçou o perfil que conhecemos: ideólogo da psicanálise, ele tudo sabe de tudo, para tudo tem resposta; a resposta precede a experiência e o resultado é a ilusão, transmitida aos alunos (não existe mais nem analista em formação, nem discípulos, mas somente alunos), de possuir uma teoria capaz de explicar qualquer figura do encontro entre o sujeito e o real do mundo. Com um agravante: os analistas do Ego, pelo menos, se preocupavam com a saúde e o sofrimento psíquicos de seus pacientes, discutiam e afirmavam suas teorias num diálogo com a história do pensamento psicanalítico. O lacanês, ao contrário, é um terrorista do pensamento cuja identidade é garantida pelo grupo, grupo que se sustenta da rejeição de qualquer contradição aos princípios teóricos de seu funcionamento, que proíbe a seus membros de circular em qualquer espaço exterior, ou seja, uma seita.

Como os psicanalistas lacanianos tinham se formado no hospital psiquiátrico, era lógico que o lacanês, monstro engendrado pelas crises repetitivas na instituição lacaniana, tivesse livre acesso na França ao espaço hospitalar. Mas se os primeiros foram responsáveis pela reformulação do lugar do louco, cuja importância pode ser comparada com aquilo que inaugurou Pinel, o lacanês que chegava da universidade com o título de psicanalista sem, por vezes, jamais ter visto um paciente, fechará a porta de seu gabinete reconduzindo todos os modelos da pior psiquiatria, os mesmos que seus antepassados haviam denunciado e abandonado. O resultado não podia ser

outro: a regressão brutal da psiquiatria francesa, que adota atualmente as tabelas de classificação estabelecidas por aquilo que existe de pior na clínica americana contemporânea. E isto é compreensível: as equipes de cuidados abandonadas pelos psicanalistas, os psiquiatras deitados em sofás de Procusto de uma poltrona muda, foi então necessário que os responsáveis das instituições de saúde mental recorressem a qualquer solução permitindo-lhes aplacar a angústia para realizar uma tarefa cotidiana esgotante; para que se possa pensar é preciso, antes de mais nada, que as pulsões de autoconservação possam fazer seu trabalho.

Quando dizia que a psicanálise no Brasil encontra-se, atualmente, numa situação semelhante àquela da psicanálise na França, no fim dos anos 1950, pensava nestes espaços de resistência à impostura e à violência que existem dentro e fora da comunidade psicanalítica brasileira, espaços capazes de acolher e formar aqueles para quem a escolha de encontrar a angústia e o sofrimento do outro, se acompanha do desafio ético de, por meio deste encontro, poder pensar e modificar a relação que temos com a espessura do real mundo.

O primeiro destes espaços é constituído pelo conjunto de lugares clínicos abertos pela reforma psiquiátrica no Brasil, cujos artesãos são: Domingos Sávio Alves e Gilson Catarino, no nível nacional; Willians Valenti, em Campinas; Eduardo Rocha, em Niterói; Gustavo Couto, no Recife; Elisabete Freitas, em Natal; Flávio Resmini, em Pelotas, e muitos outros que não conheço, e todas as equipes a eles associados. Ainda no nível institucional deve ser mencionado o trabalho fecundo de formação realizado por Mário Pereira na Unicamp. No meio propriamente psicanalítico, o que vem associado ao trabalho de Jurandir Freire, no Rio de Janeiro; Renato Mezan, em São Paulo; Luís Maia, em João Pessoa; Elisabete Freitas e Dalva Alencar, em Natal; Paulo Roberto Ceccarelli, em Belo Horizonte; do Círculo Psicanalítico, em Recife, são, entre outros, modelos exemplares de como, hoje em dia, mais do que nunca, é impossível para um psicanalista, digno deste nome, não articular sua prática com as questões de cidadania do país em que vive.

Como o personagem do lacanês é, antes de mais nada, um verdadeiro problema social – nenhuma garantia que a psicanálise sobreviva a esta praga – é imprescindível que se organizem todos aqueles que estimam que a teoria se cria a partir das exigências da clínica e visa a acolhida, a diminuição e, se possível, um destino inédito às angústias dos pacientes. Do ponto de vista de alguém que vive no exterior, continuando a se sentir concernido pelo que se passa aqui, penso que a articulação de todos estes espaços existentes, a reunião de todos os atores destas cenas vivas, é essencial, a curto prazo, para responder aos problemas que nos colocam as novas patologias psíquicas, elas mesmas decorrentes do momento de questionamento radical dos referentes simbólicos de nosso universo cultural. E, neste sentido, penso que a proposição de um Congresso para refletir sobre o sofrimento é um excelente começo. Exigindo o respeito que todo sentimento merece, colocando, imediatamente, em termos

metapsicológicos, a questão crucial do estatuto do afeto, este tema dificulta a produção de discursos ideológicos e pode congregar tanto os profissionais em saúde mental, nos quais incluo os psicanalistas, quanto os pesquisadores e as pessoas em formação desta e de outras áreas científicas.

O senhor tem uma larga experiência nas tentativas de se criar dispositivos técnicos para o desenvolvimento da escuta e clínica psicanalíticas dentro das instituições de saúde. Do seu ponto de vista, quais os maiores desafios nesse campo e quais os progressos mais importantes realizados?

Sartre dizia que as massas não têm memória. A cada geração os agentes culturais da época devem re-apresentar na cena social as conquistas da geração precedente. (Cf. a última entrevista dada por Jean-Paul Sartre para a América Latina, a Heitor O'Dwyer de Macedo, Marco Aurélio Garcia e Eder Sader, no jornal *Em tempo*, 1970.).

Do diálogo intenso que havia na França, dos anos 1950 até os meados da década de oitenta, entre psicanálise e instituições de cuidados em saúde mental, foram inúmeros os dispositivos descobertos para o cuidado das populações dos pacientes. Estes dispositivos respondiam, pelo menos, a três preocupações:

- a) A de favorecer aos pacientes uma estadia agradável durante o período do tratamento;
- b) a de criar as condições para diminuir, ao máximo, os elementos alienantes de um universo que *deve* permitir a regressão e dar segurança;
- c) a de permitir o acesso às configurações inconscientes que regem o funcionamento da equipe terapêutica e determinam os sintomas e os atos dos pacientes.

Comecemos pela terceira preocupação. Deste período, um ensinamento foi transmitido aos terapeutas franceses de hoje: o tratamento de crianças e psicóticos implica a escuta e os cuidados dos familiares. Cuidar e tratar aquilo que Winnicott chama o meio ambiente e que eu designo, neste caso, pelo termo de superego real e atual. Esta dimensão *institucional* da cura psicanalítica, assim como os dispositivos clínicos que ela requer, foi o legado de Françoise Dolto e Gisela Pankow. Este ensinamento, habitualmente reconhecido na França, está longe de ser evidente no Brasil, seja na comunidade psicanalítica, seja nas instituições de cuidados.

No que se refere, ainda, a esta terceira preocupação, um ensinamento foi perdido. Naquela época, era uma evidência que a estruturação de um paciente psicótico pressupõe sua livre circulação através dos vários espaços da instituição de cuidados, circulação cuja trajetória será objeto de um diálogo entre os terapeutas responsáveis destes espaços: quando terapeutas (no mínimo dois) falam entre si da trajetória de um paciente psicótico, eles reúnem, pela palavra, dois aspectos, dois momentos deste sujeito. E que o paciente *saiba* que terapeutas (no mínimo dois) falam sobre ele (ela) na sua ausência, isto organiza de outro modo sua posição subjetiva e,

graças à repetição deste momento ao longo de sua estadia na instituição de cuidados, estrutura de modo dinâmico configurações inconscientes até então dissociadas ou despedaçadas. Por que?

Porque o fato de que pessoas (no mínimo duas) se reúnem para falar de um sujeito com interesse e desejo é, em si, do ponto de vista da história do psicótico (se isto é um hábito institucional), algo inédito. O inédito está na frase mesmo: duas pessoas (no mínimo) se reúnem para falar dele (dela), ou seja, já que ele (ela) é capaz de reunir (no mínimo) duas pessoas, Eros ganha uma batalha contra Thanatos. Além disto, que pessoas (no mínimo duas) se reúnem regularmente para falar de um psicótico com interesse e desejo, reinterpreta a cena primitiva que, como toda cena primitiva de um psicótico, é uma cena primitiva regida pelo ódio, repleta de crimes e de pedaços de corpos erógenos.

O princípio e a importância desta situação institucional era uma banalidade em meados dos anos 1970. E a clínica psicanalítica de psicóticos tirou desta experiência uma lição determinante para a organização do enquadre da cura: a necessidade de uma bi-focalização, isto é, que o paciente seja também acompanhado por um psiquiatra, com quem o psicanalista tem o hábito de trabalhar. Ambos discutem regularmente a respeito do paciente, a quem é comunicado a existência e o funcionamento do dispositivo. (psicanalistas de psicóticos como Harold Searles, Herbert Rosenfeld e, evidentemente, Winnicott, compreenderam rapidamente esta necessidade de triangularização).

Entre outros elementos, além dos citados, do horizonte da psicoterapia institucional que urgentemente devem ser integrados na prática de cuidados no Brasil, é necessário mencionar a concepção que têm seus criadores do universo onde o louco é acolhido. Este universo é definido como um espaço de contracultura. Deste ponto de vista, a *sociedade de cuidados* – constituída pelos responsáveis das várias funções (médicos, enfermeiros, educadores, animadores, psicanalistas, cozinheiro, jardineiros, pessoal da intendência etc.) e dos pacientes – deve funcionar de um modo diferente da sociedade global – que não pôde manter em seu seio o paciente psicótico. Por exemplo, a reflexão sobre o funcionamento da instância do poder, a participação efetiva e permanente dos pacientes nas decisões do funcionamento cotidiano da sociedade de cuidados são princípios de base da vida no dia a dia, matéria-prima político-psicanalítica a partir da qual tudo decorre. Um corolário, entre vários, desta prática teórica – no nível da equipe: se as funções são bem definidas os papéis podem ser modificados; todos são terapeutas – o fim de uma sessão de psicanálise pode ser reconhecida numa discussão com o jardineiro, a secretária, o cozinheiro etc. O importante é produzir os dispositivos adequados que permitam a lisibilidade destes deslocamentos, a construção interpretativa e sua comunicação.

O espaço de cuidados da psicoterapia institucional, contrariamente ao de Basaglia na Itália, é um espaço de vida onde, eventualmente, o louco pode ficar até o fim de

sua existência, seja porque não tenha mais condições de se reintegrar no tecido social global, seja, simplesmente, porque prefere viver aí para sempre. O que não impede, como já foi dito, que diminuir ao máximo os elementos alienantes deste universo acolhedor seja uma preocupação constante – o que significa que tudo é feito para que o residente seja, sobretudo, um hóspede de passagem. Mas, às vezes, ele se instala definitivamente. A aceitação desta eventualidade é, certamente, um tributo à psicanálise – o objetivo não é a cura, mas os cuidados – e decorre de uma crítica ao mundo asilar onde o recusado não é a possibilidade de passar aí o resto de sua vida, mas o modo pelo qual são tratados os doentes. O que define o universo asilar é a violência. Mas, enquanto espaço de contracultura, a sociedade de cuidados é um lugar de vida intensa onde deve ser acolhido tudo aquilo que, na sociedade global, é emergente e, se possível, deve ser antecipado – pela arte ou outros meios – à interpretação do momento social que a comunidade de um lugar, ou um país atravessa. (A Rádio Tan-Tan, realizada por Renato di Renzo na experiência de saúde mental em Santos, os corais dos NAPS e CAPS, até hoje existentes em Natal, criados durante a gestão de Elisabete Freitas, são exemplos desta possibilidade). Uma cena capaz de acolher cantores, espetáculos, filmes, teatro e debates políticos é essencial. (Quem tenha tido a experiência pode ser categórico: raramente um debate cultural ou político é mais interessante do que aquele realizado numa sociedade de cuidados.). Portanto, o financiamento pelos órgãos públicos ou instâncias privadas de um auditório polivalente numa sociedade de cuidados é um ato político que pode ter repercussões culturais importantes para o conjunto dos habitantes de uma região.

A integração da sociedade de cuidados na sociedade global requer uma articulação permanente com os agentes culturais existentes. Além dos evocados, é claro que a imprensa e a mídia, habituais e alternativas, devem ser um apoio e um parceiro. Uma sociedade de cuidados é um espaço onde, permanentemente, algo se passa, é um lugar de vida e de trabalho, um lugar agradável porque o trabalho que aí se faz é feito com paixão e alegria.

E, por isso mesmo, a sociedade de cuidados é o lugar ideal para formação de quadros em saúde mental – inclusive a do psicanalista. Neste sentido, a experiência, já mencionada, de formação de terapeutas realizada na Unicamp sob a responsabilidade de Mário Pereira é um modelo que deve ser apoiado, discutido, ampliado e articulado com outros espaços, institucionais e de ensino, em saúde mental e ciências humanas, que ressentem tanto a necessidade de quadros quanto a complexidade e a dificuldade de prepará-los de maneira criativa para as tarefas que os esperam.

Trabalhando com o pensamento de Winnicott há vários anos, o que o senhor considera que esse importante autor teria a dizer em um debate contemporâneo sobre a especificidade do sofrimento humano?

Winnicott, como sabemos, foi um grande criador de dispositivos. O *squizzle game*, brincadeira que inventou para facilitar o contato e a interpretação na psicanálise com crianças, é o mais conhecido: alternativamente o analista e o jovem paciente começam um desenho que o outro deve desenvolver. A partir de um certo momento do jogo o desenvolvimento do desenho, pelo psicanalista, pode funcionar como uma interpretação.

A este dispositivo na cura com crianças correspondem outros com adultos cujas figuras recentemente tentamos descrever (cf. Heitor O'Dwyer de Macedo, "O acaso e a realidade" in *Percuso*, nº 19). O conjunto destes dispositivos – nos quais incluo o manejo e as adaptações do *setting* às necessidades psíquicas do paciente a um momento da transferência – são coerentes com sua teoria do espaço transicional. Este instrumento teórico-clínico permite um novo acesso aos pacientes psicóticos, *borderlines*, psicossomáticos e às graves desorganizações de certas histerias.

O espaço transicional compreende uma área que inclui o mundo interno e o mundo externo; os objetos deste espaço são objetos subjetivos, mas é necessário que eles tenham uma existência real no mundo da realidade – por exemplo, os bichinhos de pelúcia cuja importância afetiva para o bebê é tal que seu desaparecimento momentâneo da cena da realidade é causa de grande tristeza.

Numa criança psiquicamente saudável, o espaço transicional foi estabelecido muito precocemente, graças à relação com a mãe-ambiente, que é capaz de se identificar com as necessidades psíquicas do recém-nascido, e, depois, do bebê. A utilização do espaço transicional pressupõe a constituição daquilo que traduz por íntima-intimidade (*o self*) que, em verdade, atestará a capacidade do bebê de estar só na presença de um outro, capacidade que é garantida pela mãe-ambiente que reconhece seu bebê como um sujeito autônomo.

Por vezes, a mãe-ambiente não permite à íntima-intimidade (*o self*) de se constituir – nos primeiros tempos da vida, do ponto de vista do bebê, o meio ambiente se resume à mãe, ou a seu substituto. Neste caso, nem o espaço transicional, nem a solidão, como lugar de integração e descanso, existem. Para remediar esta carência, quando o exílio da psicose pode ser evitado, o sujeito se fabricará uma falsa identidade cujo funcionamento será garantido pela rigidez da defesa maníaca. A cura psicanalítica é o terreno do qual se tentará atenuar esta rigidez e a irreabilidade que a acompanha, e do qual serão construídas passarelas por onde o acesso à angústia e ao prazer não será persecutório.

Para Winnicott, angústia, solidão, sofrimento e loucura são aspectos positivos da realidade interna. Não é sua presença no espaço psíquico que constitui o mórbido, mas sim a negação desta presença. E se Freud definirá a normalidade como um equilíbrio sutil entre neurose e psicose (cf. "A perda da realidade na neurose e na psicose"), Winnicott concebe a saúde psíquica na proximidade da loucura (É verdade que ele era um grande admirador de Shakespeare.). Em Winnicott, a aliança entre um

amoralismo radical e uma grande tolerância redefine a concepção da paixão e da psicopatologia. Esta última, na linha rigorosamente freudiana, é uma fonte inestimável de compreensão do ser humano, fonte na qual se enraíza toda a criatividade.

Quanto à paixão, ela pode ser concebida como um espaço lúdico onde é possível viver intensamente os sentimentos associados ao desejo, sem que a angústia venha ultrapassar o patamar a partir do qual o prazer da experiência cessa e aparecem as figuras habituais do conflito: pulsões sexuais contra interesses do Eu; Eros contra Thanatos.

Para Winnicott, “a psicanálise se efetua aí onde duas áreas do brincar se cruzam, a do paciente e a do terapeuta. Se o terapeuta não pode brincar, isto significa que ele não foi feito para este trabalho. Se o paciente não pode brincar, é preciso fazer algo para lhe permitir ter a capacidade de brincar, após o que a psicoterapia pode começar. Se brincar é essencial é porque, brincando, o paciente se mostra criativo” (in *Objetos transicionais e fenômenos transicionais*).

Esta concepção, a meu ver, define uma ética da psicanálise.

Em seu percurso pessoal, o senhor tem uma profunda ligação com o teatro. Nós sabemos que a psicopatologia psicanalítica está amplamente fundada numa reflexão sobre o dispositivo teatral, em particular, no pathos expresso na tragédia. Personagens como Édipo, Hamlet e Antígona fazem parte das referências fundamentais sobre as quais se funda a psicanálise. Freud chega mesmo a definir o inconsciente como sendo “a outra cena” (ein anderer Schauplatz). Para o senhor, que tem uma relação com o teatro que vai muito além do mero interesse exterior, qual o papel do trágico na construção da teorização psicanalítica sobre o sofrimento?

Meu trabalho como diretor de teatro foi muito rapidamente influenciado pela concepção de Bertold Brecht. Desta influência dois grandes eixos virão, num tempo ulterior, determinar minha maneira de trabalhar como psicanalista. O primeiro: a função social do espetáculo teatral. O segundo: o espetáculo de teatro é algo divertido que deve proporcionar prazer ao público, por mais graves que sejam os problemas abordados, prazer graças ao qual o público estará nas melhores condições para pensar o que se passa em cena, isto é, ter durante toda a encenação uma presença ativa, uma inteligência alerta.

A combinatória destes eixos determinará, provavelmente, meu interesse pelos autores psicanalíticos que refletem sobre o investimento do pensamento (Winnicott, Lacan, Aulagnier), e um interesse particular como pensar o impensável (Joyce McDougall, Searles). O lugar fundamental dado por Brecht ao prazer me fará, certamente, reconhecer as proposições de Winnicott sobre a dimensão lúdica da cura como uma evidência. Privilegiar, durante anos, a função social do teatro, me fará definir a função do psicanalista como uma função terapêutica, uma função de

cuidados – a cura sendo uma mais valia desta função. (Esta maneira de conceber a cura ressita, também, a função da angústia durante o tratamento).

Esta prática teatral foi, sem dúvida, uma vacina contra a concepção que enraíza no trágico a ética da psicanálise. Para os gregos, o teatro era uma festa. Para Shakespeare também. Colocar em cena uma tragédia tem como função ajudar o espectador a relativizar seu sofrimento, a aprender com os personagens, e com o modo pelo qual eles são apresentados pelos atores e pelo diretor, a lidar com sua dor, com suas angústias. Conseguir pensar os conflitos, as tragédias da existência, é fonte de prazer, por vezes de jubilação.

O pensamento do trágico pode constituir, eventualmente, o cerne do trabalho psicanalítico. Mas o paciente tem razão de supor que o psicanalista não ficará fascinado pela tragédia, e será capaz de pensá-la de tal maneira que o sujeito se reconhecerá como autor de seu teatro e podendo, assim, reescrever seu texto – ou inventar um novo (cf. Joyce McDougall, *O teatro do eu*).

Para Freud, no teatro do inconsciente, o sonho e o humor são grandes protagonistas. A idéia de enraizar a ética da psicanálise no trágico parece tributária de um catolicismo que acolheu a concepção sentimental do homem promovida pelos ideólogos fascistas.

Para terminar, quais seriam os principais desafios aos quais a psicanálise tem de se defrontar para manter o vigor de sua teoria e de sua prática no século que se inicia?

- a) Formação de quadros, formação de quadros e formação de quadros. Para isto reinvestir os espaços de cuidados abandonados pelos psicanalistas e redescobrir a grande clínica psiquiátrica. Somar forças, multiplicar congressos, encontros, jornadas de trabalho;
- b) retornar ao amoralismo freudiano. Aprender, como Freud, com a psicopatologia – em vez de neutralizá-la com *slogans* de saber. Fazer da experiência clínica o operador de pensamento das hipóteses teóricas;
- c) guerra implacável ao lacanês.