



Painel da IPA: Preconceito e Psicanálise

Este painel foi apresentado no 46º Congresso da Associação Psicanalítica Internacional e realizou-se no dia 31 de julho de 2009 em Chicago, Illinois, nos Estados Unidos da América. Seus integrantes foram Silvia Amati Sas (Trieste, Italy), Fanny Blanck-Cereijido (México, D.F.), Miriam Grynberg Robinson (México, D.F.) e Viviane Sprinz Mondrzak (Porto Alegre, Brasil). O painel baseou-se na elaboração do tema Preconceito e Psicanálise pelo Comitê da International Psychoanalytical Association (Prejudice Committee) entre 2004 e 2009, cuja presidente foi Janine Puget. Exporemos a introdução feita por Fanny Blanck-Cereijido (Presidente), a apresentação do caso por Miriam Grynberg, os comentários das panelistas Silvia Amati Sas, Viviane Sprinz Mondrzak e Fanny Blanck-Cereijido e a resposta de Miriam Grynberg a estes comentários.

Preconceito, transmissão transgeracional e neutralidade

*Fanny Blanck-Cereijido*¹

A proposta desta mesa redonda surge a partir de questionamentos e perguntas teórico-clínicas que partem do trabalho que realizamos sobre o problema do preconceito. Acreditamos que a cura psicanalítica inclui o analista em um processo dialético analista-analisando e o coloca numa situação de compromisso. Esta forma de situar-se na cura reconhece a incidência do analista na transferência do analisando, que responde à sua história e também ao modo de ser esperado e escutado. Portanto, consideramos que o preconceito aparece na narrativa do analisando assim como na mente e no discurso do analista. É importante reconhecer quando o preconceito do analista constitui um obstáculo para entender-se o conteúdo de uma sessão, situação que incide na contratransferência do analista e nas possibilidades de sua escuta. Nossa intenção é estudar o manejo destes problemas a partir de um material clínico baseado nas vertentes da contratransfêrencia, da neutralidade e da regra de abstinência.

O discurso da paciente que apresentamos provoca um forte impacto contratransferencial na analista. A paciente é neta de nazistas, com fantasias filicidas diante da criança que abriga em seu ventre; a analista é judia com uma história de família desaparecida nos campos de extermínio e pai preso durante anos na Rússia soviética. A intenção é que as participantes trabalhem com o mesmo material clínico, já que o fato de terem diferentes procedências geográficas e marcos referenciais não homogêneos cria a possibilidade de abordagens psicanalíticas diferentes. A discussão terá como ponto de partida um material clínico apresentado por Miriam Grynberg.

Entendemos por preconceito as idéias discriminatórias, depreciativas diante de uma comunidade, país ou grupo social. A questão da discriminação abrange o psiquismo individual e o imaginário social, cada sociedade é constituída por seus valores, seu conceito de justiça, de lógica e de estética, de tal maneira que a inferioridade do outro leva ao contrário da afirmação da própria verdade. Entre esta perspectiva e a atribuição de uma essência malvada, perversa, aos outros há uma pequena distância.

¹ Membro Efetivo da Associação Mexicana de Psicanálise.



Quando aquele que atribui um valor negativo a uma comunidade ou grupo com características que considera estranhas tem força para exercer discriminação, desprezo e violência, estamos diante do preconceito maligno, e, se aquele que discrimina tiver a força necessária, irá atacar e destruir o que é objeto de ódio e desprezo.

A contrapartida desta situação social e coletiva no psiquismo individual é a tendência a colocar no outro aquilo que é inaceitável em si próprio. Na psicanálise existe uma abordagem, já clássica, da xenofobia e da discriminação a partir da teoria do imaginário. A segregação, o racismo e o ódio pelo outro partem da problemática do narcisismo e da especularidade. Há a convicção de que as pequenas diferenças que caracterizam cada um nos distinguem como melhores diante dos outros. Aquilo que é rejeitado no outro provém da necessidade de proteger a coerência da própria imagem, de ignorar o que é reprimido em si. Talvez a afirmação freudiana de expulsar o mau e considerar o externo como pertencente ao não ego, reter o bom como próprio, prossiga como convicção ao longo da vida, o que leva a considerar o dualismo próprio-estranho, autóctone-estrangeiro, bom-mau como algo natural nas crenças e convicções posteriores. Charles Darwin, cujas opiniões não podem ser taxadas de culturalistas, acredita que “Uma crença incutida constantemente durante os primeiros anos da vida, quando o cérebro é muito impressionável, parece adquirir quase a natureza de um instinto; e a verdadeira essência de um instinto é a de ser obedecido independentemente da razão” (Darwin, 1781, p. 123).

Por outro lado, o termo preconceito envolve a idéia de um conceito ou julgamento que precede à experiência, que equivale ao *a priori* kantiano, expressa as crenças, os valores e as categorias de referência do mundo de cada sujeito e depende das palavras e dos conceitos em que esse sujeito nasceu imerso. O preconceito organiza e discrimina os fatos e fatores sendo, portanto, indispensável ao pensamento e os situa em um sistema de valores aceitos e rejeitados pela família e pela sociedade que precedem esse indivíduo; condiciona, assim, suas crenças e valores ao pertencimento familiar e social, efeito da transmissão transgeracional consciente e inconsciente. As certezas que os preconceitos trazem são crenças incorporadas de modo acrítico, tradições inamovíveis (Puget, 2006). No entanto, o julgamento descrito por Freud como julgamento de atribuição e de existência permite discriminar, atribuir valores, estabelecer categorias, distinguir um objeto externo de um desejado e é modificável por conhecimentos ou raciocínios novos. Os psicanalistas também têm preconceitos diante de novas teorias, já que estas impugnam certezas ao questionarem qual a verdadeira psicanálise, ou qual o material interpretável.

Os preconceitos e crenças próprios de cada conjunto humano conferem um sentimento de pertencimento a essa comunidade, de identidade, que se torna imprescindível, a tal ponto que os integrantes destes grupos podem adotar condutas incríveis visando a serem aceitos e não perderem seu pertencimento. Este pertencimento permite, segundo Silvia Amati, o depósito dos aspectos menos discriminados e arcaicos de cada sujeito no contexto trans subjetivo.

O outro, com sua diferença e estranheza sacode as certezas identitárias, já que propõe abordagens diferentes diante de questões vitais, crenças e convicções. O psicanalista também está nesta situação quando escuta um analisando com maiores ou menores diferenças em relação a suas próprias crenças e conceitos. Mesmo que sua própria análise lhe confira capacidade para escutar alguém que difere de suas opiniões, isto não deixa de constituir uma problemática.

A impossibilidade de pensar sem uma bagagem preexistente de critérios e valores colore e modula a relação analítica e a contratransferência na sessão psicanalítica. O preconceito aparece necessariamente na mente de ambos os protagonistas através das crenças familiares, pertencimentos, posições teóricas, objetivos terapêuticos. Os preconceitos conscientes ou inconscientes que operam na mente do psicanalista diante de alguém que possua outras crenças, outras posições políticas, especialmente em situações de importância para o psicanalista, podem representar um obstáculo contratransferencial para a escuta do analisando. Na verdade, reagimos com preconceito, com rejeição, mesmo que apenas com nossos sentimentos, diante de qualquer característica do paciente que não coincida com nossas crenças e devemos fazer um trabalho de elaboração destes sentimentos antes de dizer ou de não dizer algo a esse paciente.

De modo que todo analista participa na situação da cura com sua presença psíquica na dialética analista-analisando, portador de sua memória onto e filogenética, sua *welthaushauung*, sua constelação edípica inconsciente, sua subjetividade, seus valores, sua origem, cultura, arcabouço referencial, filiação analítica, sua própria teoria da clínica, suas crenças, convicções e preconceitos. Esta concepção da cura, que inclui o pessoal como resposta qualificada, marcada e particular, incide na transferência do analisando, que responde a sua própria história, a suas próprias características e também ao modo de ser esperado e escutado. As respostas contratransferenciais foram entendidas durante muito tempo como tendo sido causadas exclusivamente pela atividade associativa ou pela atuação do analisando, mas uma concepção mais includente do papel de cada participante do processo analítico nos permite concebê-la como parte do enquadre interno do analista, de seu trabalho elaborativo e de suas variáveis pessoais. Além



disso, nossa escuta, nossa atitude consciente ou inconsciente de aceitação ou rejeição possibilitam ou dificultam a palavra do analisando.

A noção de campo analítico (Baranger, 2009) sustenta que a intersubjetividade presente na dupla analista-paciente excede os conceitos de transferência e contratransferência, já que estes são pensados como fenômenos individuais que ocorrem no paciente e no analista separadamente. O conceito de campo envolve uma tensão oscilatória constante entre as individualidades de cada um dentro do campo intersubjetivo.

Questionamos, a seguir, o lugar ocupado pela neutralidade e pela abstinência entre a objetividade, a subjetividade e a intersubjetividade. Eizirik (2002) considera que a questão da neutralidade analítica é central e que ainda é um conceito útil, embora necessite ser atualizado e revitalizado. Sugere uma postura na qual o analista conserve a necessária empatia, mantendo uma distância possível em relação ao material do paciente e sua transferência, à contratransferência e a sua própria personalidade, seus próprios valores, às expectativas e pressões do mundo externo e à teoria psicanalítica. A partir deste fator, postula certa distância possível, necessária para permitir a emergência do desejo e a convicção do analisando. Podemos acrescentar que nossas próprias convicções, preconceitos e teorias estão presentes na situação analítica, já que não são inerentes, como nosso julgamento, mas que ser consciente disto nos permite favorecer, deixar espaço à emergência do pensamento e do desejo do analisando. O que precisamos é encontrar uma modalidade de comunicação que abra as perspectivas pessoais do analisando, que não feche seus caminhos, que, ao contrário, os expanda. Talvez a neutralidade seja isto: não oferecer ou sugerir a rota a seguir, mas acompanhar sua busca. A esse propósito, Silvia Amati sugere a possibilidade da expressão de indignação para o analista não aparecer como cúmplice ou adaptado aos fatos face à crueldade extrema ou à injustiça flagrante, como ocorre nos tratamentos das pessoas que sofreram tortura ou traumatismos físicos ou psíquicos inimagináveis.

Miriam Grynberg vai expor um caso que permaneceu em análise durante um tempo curto. Por isso, o material com que contamos é limitado, mas o consideramos adequado ao estudo do tema do preconceito e das dificuldades que oferece. Para encerrar, concebemos o preconceito como um fenômeno com inserção no inconsciente transgeracional, mas que depende do comunitário e do social. A transformação de preconceito benigno (preferências, adesões, consciência de certas diferenças) em maligno, que implica destruição e aniquilação do diferente – vejam-se as catástrofes do século XX e XXI – depende de fatores políticos, sociais e econômicos, de modo que seu estudo abrangente é interdisciplinar. Nós partimos da clínica psicanalítica, nossa melhor possibilidade.

Referências

- BARANGER, M. W. (2009). *The work of confluence: listening and interpreting in the psychoanalytic field*. London: Karnac. p. 52-55.
- DARWIN, C. (1871). *The descent of man, and selection in relation to sex*. London: John Murray. p. 123.
- EIZIRIK, C. Entre la objetividad, la subjetividad y la intersubjetividad. ¿Aún hay lugar para la neutralidad analítica? *Aperturas Psicoanalíticas*, n. 12, 2002. Disponível em: <<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=000212&a=Entre-la-objetividad-la-subjetividad-y-la-intersubjetividad-%BFAun-hay-lugar-para-la-neutralidad-analitica?>>. Acesso em: 21 dez. 2007.
- PUGET, J. (2006). *Introducción al tema para el Working Group sobre prejuicios*. Comunicação enviada ao Working Group on Prejudice. London: Internacional Psychoanalytical Association.



Preconceito, neutralidade e transmissão transgeracional: apresentação do material clínico

Miriam Grynberg Robinson²

Recebo em meu consultório uma paciente que me procura devido à enorme angústia que lhe causa estar grávida de um menino e ao surgimento do pensamento compulsivo de rejeição e maltrato contra o futuro bebê. Sentia profundo desejo de maltratá-lo quando nascesse, mas, ao mesmo tempo, se assustava com seus desejos.

Aline me é encaminhada por uma colega de quem era paciente em terapia de casal. Engravidada durante o processo e entra em pânico quando toma conhecimento de que o filho que espera é um menino. À sua entrada em meu consultório, deparo-me com uma mulher de uma beleza angelical: alta e esguia, cabelo louro, pele branca, olhos claros, feições delicadas, transmitia suavidade embora seu olhar fosse triste. No entanto, quando começa a falar, sinto que seu olhar e sua expressão se endurecem, se transformam e se impregnam de uma raiva que a transborda, sua expressão modifica-se de um modo impressionante. Aline fala de sua rejeição ao menino que carrega dentro de si, do medo que lhe causa sentir vontade de matá-lo, de destruí-lo. Pergunto-lhe: – Com que você associa estas fantasias?

– Com a maioria das relações que tive com homens. Com meu pai, a relação é péssima, não o suporto. Meu irmão sempre foi indiferente, viveu como se eu nunca tivesse existido. Com meu marido... por que você acha que estou em terapia de casal?... Meu marido é um bom homem porque cuida de mim, me trata bem, mas me culpa de usá-lo cada vez que quero ter um bebê, já que temos uma boa vida sexual, mas, quando fico grávida, deixo de ligar pra ele. Se isso acontece comigo, não é consciente. Temos uma filha de dois anos e agora esta nova gravidez.

Ele diz que minha filha e eu vivemos como se fôssemos uma; diz que não pode se relacionar muito com a menina, que eu não lhe dou chance. Eu não lhe dou chance, ele que faça seu esforço. Adoro a menina, mas agora quero dar sumiço neste menino e não posso sentir isso; eu queria ser uma boa mãe. Odeio me ver assim, estou sentindo que enlouqueço ao senti-lo dentro e me dar conta de que, quando nascer, possa maltratá-lo. Não posso me permitir isto, mas não sei como resolvê-lo.

² Membro Efetivo da Associação Mexicana de Psicanálise.

Durante algumas sessões mais, Aline continuou falando de seu pânico de machucar o bebê, do impacto de sentir-se assim, da dor em torno da possibilidade de o marido não a apoiar, somente julgá-la. Com estas questões recorrentes, Aline não me dava muita oportunidade de fazer perguntas, as sessões eram preenchidas com esse mesmo material que parecia transbordá-la.

Desde a primeira entrevista havíamos acordado que teríamos cerca de três ou quatro sessões para decidir se trabalharíamos juntas; na quarta sessão, ela me diz: *Fico apavorada que você também me rejeite, já está quase acabando a sessão e você ainda não disse nada sobre trabalharmos juntas ou não.* A paciente deixava-me perplexa. Durante as sessões minhas emoções eram tantas e tão contraditórias, que me sentia paralisada internamente e sem saber que decisão tomar. Ignorava por que ela não permitia que eu entrasse em sua história pessoal. Via uma mulher sofrendo terrível e pungentemente com sua situação atual; ao mesmo tempo, via a transformação da expressão, de triste e suave, em fria, dura, sinistra mesmo, quando falava de como poderia maltratar seu filho.

O comentário de Aline sobre uma possível rejeição dela por mim me chocou e me levou a perguntar: *Você é frequentemente rejeitada pelos outros, ou é você que tem medo de que sua irritação destrua as relações com eles, neste caso comigo ou com seu bebê que está para nascer?* Ela começa a chorar e responde: – *Não sei. Na verdade nunca me aproximo das pessoas, sinto pânico de que me rejeitem. Isto que acabo de fazer, não sei como aconteceu; nunca pergunto como estou em relação ao outro, não me atrevo.*

Aqui se atreveu. Certamente eu me havia comprometido a tomar uma decisão com ela na terceira ou quarta sessão. O tempo se esgotava; disse-lhe que falaríamos na próxima vez sobre isso, mas que achava importante que tivesse se permitido expressar sua preocupação, já que, talvez, por trás de seu comentário, houvesse o medo de que eu me tornasse a pessoa que a maltrata ao deixá-la na incerteza de mais sessões, ou seja, que a deixaria nascer ou não como paciente minha, similar ao pânico que ela sentiria de não conseguir permitir que seu bebê nascesse. Naquele dia, a paciente chorou muito.

Depois desse evento terapêutico decidi que, embora não me fosse claro o que acontecia com ela e o que acontecia comigo, eu o descobriria ao longo do processo. O que eu sabia é que a sentia profundamente desamparada e assustada, a implorar ajuda desesperadamente, pelo medo de que o transbordamento de sua própria agressão atingisse o ponto de maltratar e destruir seu filho.

Ao chegar à sessão seguinte, Aline me disse: – *Foi muito boa a sessão passada. Estive pensando que efetivamente tenho muito medo de não permitir que meu bebê nasça. Quando você disse que eu tenho medo de não nascer aqui,*



pensei que não sei se eu nasci na vida. Sempre me sinto à margem de todos. Talvez meu marido esteja certo: é possível que eu, com meus medos, não permita que ninguém se aproxime de mim. Com a única que consegui uma relação de confiança é com minha filhinha, gostaria de continuar assim e que estas sensações não invadam também a relação com ela.

Depois desta entrevista, resolvi tratá-la. As sessões continuaram e ela pôs-se a falar de seu sofrimento na casa dos pais. Em alguma sessão posterior, enquanto a paciente continuava pensando sobre a intervenção que eu havia feito, comenta:

– *É que eu fui tão rejeitada por meus pais, que certamente por isso não tento me aproximar de ninguém.*

– Por que você não descreve o maltrato vivido com seus pais? – pergunto. Aline olha, fica em silêncio:

– *Como você sabe que me maltrataram?* (silencia por um bom tempo). *Doutora, é que falar disso dói muito... Meus avós me contam que viam que, desde que eu nasci, meus pais não gostavam de mim. Meus pais diziam que eu tinha nascido feia, embora meus avós me vissem linda. Começaram a ver que eu não crescia, que estava sempre magrinha, que chorava muito e que, cada vez que eles chegavam, a vovó dizia: Esta menina está com fome, é por isso que chora; dava-me comida e eu imediatamente me acalmava. Um dia chegaram e aconteceu a mesma coisa, mas desta vez sujei as fraldas e, quando a vovó foi me mudar, vii, que eu estava cheia de bolhas, a bundinha toda fissurada. Impressionada pelo estado em que me mantinham, discuti com eles. Meus pais disseram: “Não nos importamos com ela, se morrer dá na mesma”. Então a vovó disse: “Deixem-me levá-la”. Eles me entregaram imediatamente, dizendo que eu era insuportável. A partir desse momento (tinha uns dez meses, segundo a vovó) vivi com eles até os sete anos, momento em que meus pais disseram que me queriam de volta em sua casa, que eu era filha deles e não dos avós. Tive que voltar para minha casa com muito sofrimento. Na verdade, chegava da escola, comia em casa de meus pais e ia para a de meus avós pelo resto do dia. Eles moravam a umas quantas casas da de meus pais, por isso voltava somente para dormir.*

Na sessão seguinte Aline recomeça com este mesmo assunto e comenta que seus pais nunca deixaram de rejeitá-la e maltratá-la.

– Como era a rejeição e o maltrato quando voltou a morar com eles?

– Constante, diziam que eu era tola, embora tenha acabado um mestrado em finanças com ótimas notas. E diziam-me que era muito feia, no que eu acreditei totalmente. Por isso, na escola, eu ficava num canto, era quieta, tímida, não falava com ninguém. Na adolescência descobri como estava enganada, porque os homens começaram a se aproximar para minha surpresa. Eu não entendia o que acontecia,

mas todos me elogiavam, diziam que eu estava muito bonita. Foi a primeira vez que tive um registro de que talvez meus pais estivessem enganados. Tive muitos pretendentes, mas, cada vez que algum queria se aproximar fisicamente, eu o deixava. Assim comecei uma vida mais social, pelo menos saía com pessoas e via que essas não me viam como esse monstro que meus pais diziam que eu era.

– Você tem alguma hipótese sobre por que seus pais a rejeitavam de forma tão radical? Faz-se um silêncio sepulcral.

– *Minha história é muito difícil.*

Quando Aline baixa o olhar e torna a me olhar, e quando sinto que algo não lhe permitia contar os fatos, contratransferencialmente volta a sensação paralisante que me invadia nas primeiras sessões; senti-me muito confusa, como se estivesse frente a um segredo não falado. Depois de um longo silêncio, Aline continua:

– *Bem, é que em minha casa existe uma situação com meus avós de que nunca se fala. Acontece que meus avós e meu pai são imigrantes no Chile.*

Quando ela diz isto, sou invadida por uma sensação gelada e penso: o Chile aceitou proteger alguns nazistas após a guerra. Minha sensação, indescritível, só me permite articular: De onde emigraram? Com dificuldade, ela responde: *Da Alemanha*, baixa o olhar e relata:

– *Meu avô foi nazista. Meu pai sempre o rejeitou por isso e, depois de alguns anos de ter emigrado, ele (o pai) apaixonou-se por uma latina. Os pais dele entraram em cólera: como podia se apaixonar por alguém da raça inferior? Ele era um ariano da raça superior e devia se relacionar com alguém como ele.*

O filho não suportava ouvi-los falar assim e continuou com sua namorada, que era uma mulher de físico totalmente latino: baixinha, cabelo castanho escuro, olhos negros, pele morena. Depois de um tempo de guerra, os avós disseram ao pai: “Se você quiser continuar com essa namorada terá que sair de casa”. Ele saiu e casou com ela.

Depois de algum tempo desse casamento, pai e avós reconciliaram-se. Apesar disso, os avós maltrataram a nora durante toda a vida: insultavam-na por seu aspecto físico, pela cor de sua pele, por sua origem; quase não falavam com ela e humilhavam-na constantemente. O primeiro neto herdou a fisionomia da mãe, e os avós não conseguiram suportar isso: amaldiçoaram o filho por ter causado essa desonra familiar e os maus-tratos tornam-se extensivos ao neto. Nesse clima nasce Aline. Ao nascer totalmente ariana, a rejeição recebida pelos pais, dos avós arianos, é depositada nela. Assim, as vítimas dos avós tornam-se os torturadores da paciente. É nesse momento que os avós a resgatam levando-a a morar com eles.

Ao ouvir esse relato fico perplexa, penso que não quero que esta história se



repita, mas também me pergunto: Conseguirei tratar a neta de um nazista? Conseguirei tratar a neta de alguém que talvez tenha torturado alguém da minha família? Por outro lado, via diante de mim uma mulher sofrendo e suplicando ajuda, com quem havia me comprometido a trabalhar. Tratá-la parecia-me impossível, mas já a tinha aceito em tratamento. Que fazer? Enquanto pensava em tudo isto, as ideias e os sentimentos me confundiam, eram ambíguos, se aglomeravam, me transbordavam.

– *É verdade que você é judia?* – pergunta. Permaneço sem palavras, em silêncio tentando recuperar-me.

– *Acho que você é judia, pelo seu sobrenome e, na verdade, eu sempre escolho com quem me tratar pela sua origem judia.*

– Por quê?

– *Não sei, sinto que confio neles, sinto que são pessoas que sabem entender a dor do outro e que sabem ajudar os outros.*

A sessão havia chegado ao fim, eu estava esgotada, confusa, assustada por não poder colocar em ordem meus sentimentos, preocupada por não saber o que fazer. Decidi, então, levar o caso para supervisão.

Na supervisão, começamos a considerar a dificuldade que representaria deixá-la depois de ter começado o tratamento e, ao mesmo tempo, a dificuldade em continuá-lo, isto é, a dificuldade de poder tornar-me ou seu carrasco ou sua vítima. Debatíamos o que fazer quando minha supervisora disse: – Miriam, se lermos os fatos com atenção, ela é a judia da história. Isto me fez pensar em Aline de tal maneira que senti que me seria possível tentar continuar o tratamento sem machucá-la. Sabia que não seria simples, que ambas teríamos que trabalhar profundamente nosso mundo interior. Perguntava-me se poderia realmente ajudá-la, ao mesmo tempo pensava que ela não tinha feito mal a ninguém. Era Aline que fora colocada como vítima de sua família e que, desesperadamente, buscava ajuda para não repetir com seu bebê o que acontecera com ela. Nesse bebê que ainda não havia nascido já estavam depositados ódios, violência, destruição; era um ser inocente que carregaria a história de três gerações cheias de ódio. Esta mulher desejava interromper a transmissão dessa destrutividade em sua família e me escolhera para ajudá-la.

Decidi, pois, continuar apesar da dificuldade que isso representava para mim, e começamos a trabalhar tudo o que estava depositado nesse bebê: sua confusão, sua intolerância à diferença, como ela aprendera que devia eliminar o diferente, humilhá-lo, rejeitá-lo, torturá-lo. Aline confessou-me sua confusão entre o bom e o mau no mundo. Contou-me como o avô descia todas as tardes para um tipo de bunker que tinha construído em sua casa para ali beber e chorar pela

Alemanha nazista. E perguntava-me:

– *O vô está errado ou é meu pai que está errado? Nunca quis entender a história política do vô e o que ele fez na guerra. Ele me resgatou, mas sei que matou e feriu muitos, entre eles meu pai, minha mãe e meu irmão.*

– Como entender isto sem enlouquecer? disse-lhe.

– *Não sei o que meus pais vêem em mim. Quem eles vêem? pergunta chorando.*

– Talvez vejam o vô, respondi.

– *Sinto que meus pais me odeiam, mas começo a entender que, talvez sim, você está certa, não odeiam a mim, mas o que vêem em mim, que é ele.*

Trabalhamos muito como os pais não podiam vê-la, e ela dizia:

– *Sinto-me vazia de mim, talvez por isso não consiga falar da posição que tenho na vida. Minha vida é uma confusão. Sou a filha de meus avós, ou sou sua neta? Sou o pai de meu pai, ou sou sua filha? Conseguirei ver meu filho em meu filho, ou todos eles?*

Continuamos trabalhando assim até que a paciente deu à luz. Depois de uns três meses recebi uma ligação sua. Disse-me que estava bem com o bebê e agradeceu muito tudo o que havíamos feito juntas. Ela percebia que a havia resgatado, não somente impedindo-a de machucar seu bebê, mas que se sentia muito melhor consigo mesma, embora sabendo que ainda havia muito a trabalhar. Acrescentou que, assim que estivesse mais organizada em relação aos horários do bebê e da menina, voltaria a me ligar. Não voltou. Fica a pergunta: O que aconteceu? Por que não voltou?



IPA Congress 2009, Chicago

Painel sobre preconceito

Comentários dos painelistas

Suspender o julgamento ou suspender o preconceito

*Silvia Amati Sas*³

A apresentação clínica feita por Miriam Grynberg é de grande interesse, especialmente pela descrição de suas vivências de contratransferência e também de transferência sobre sua paciente e pela história transgeracional de cada uma delas, que aqui comentamos sob o ângulo dos preconceitos.

A autora questiona-se e faz questionamentos muito pertinentes a partir da situação clínica que apresenta. Tomo a pergunta “Por que não voltou?” como o ponto central para iniciar esta discussão. Considero que o específico desta situação terapêutica particular situa-se no plano sociocultural. Por este motivo, a resposta deve incluir o aspecto cultural do vínculo transferencial–contratransferencial que se refere tanto aos pertencimentos quanto às identificações. Para esclarecer meu ponto de vista, farei referência brevemente ao conceito de pertencimento conforme foi introduzido pelos estudos de Berenstein e Puget (1997).

O pertencimento, seja consciente ou inconsciente, refere-se aos vínculos entre duas ou mais pessoas e pressupõe a existência de um conjunto, ou seja, de um grupo atual ou transgeracional. Os autores citados o situam nos espaços intersubjetivo e transubjetivo da mente do sujeito.

O sentimento subjetivo de pertencer corresponde ao lugar que os outros outorgam ao sujeito e ao reconhecimento que lhe é dado por outros. Os pertencimentos básicos são óbvios para o sujeito e lhe conferem um sentimento inconsciente de segurança, “*safety feeling*” (Sandler, 1959). Estes pertencimentos são resultado das circunstâncias (por exemplo, o lugar onde se nasce) e dos primeiros contextos familiar e social. Embora o indivíduo assimile o lugar que lhe foi atribuído na cadeia transgeracional, também pode modificar ou escolher seus pertencimentos e, na melhor das hipóteses, como diz Puget (1991), também pode “escolher *como* pertencer.” A integração dos pertencimentos constrói o sentimento de identidade do sujeito (Bleger, 1987), mas a consistência e a

³ Membro Efetivo da Sociedade Italiana de Psicanálise.

importância que o sujeito dá a seus diversos pertencimentos são aleatórias, ubiqüitárias e podem depender das circunstâncias e situações da realidade atual.

Chamei de “adaptação a qualquer coisa” (Amati Sas, 1994) a presença em cada sujeito de uma tendência básica à ambigüidade e ao conformismo. Conseqüentemente, supomos que, dependendo das circunstâncias, cada sujeito pode se acomodar a qualquer pertencimento, o que traz consigo o temor de perder o seu próprio. A consciência e os limites do próprio pertencimento são dados pela comparação com outros pertencimentos eventualmente percebidos como ameaçadores. Podemos considerar o preconceito como uma inevitável convicção inconsciente que implica a segurança de estar incluído em um grupo de pertencimento e que tem uma conotação afetiva em relação à estima por si próprio.

Os preconceitos, assim como os pertencimentos, têm um aspecto egossintônico de “obviedade”, o que faz com que, diante de certas circunstâncias da realidade atual, o sujeito possa “descobrir” com assombro a existência inconsciente de um preconceito que não suspeitava ter. Destaquei, pois, o aspecto vincular do preconceito, o fato de que está mais ligado aos pertencimentos do que às identificações, na tentativa de enquadrar teoricamente a qualidade imposta, massiva e global do preconceito na sua transmissão transgeracional.

Nesta discussão do caso apresentado por Miriam Grynberg, temos que ter muito presente o aspecto urgente da consulta e da brevidade da intervenção psicanalítica. Minha primeira resposta à pergunta “Por que não voltou”? seria que a paciente encontrou na situação terapêutica alguém, outro sujeito (embora não um outro qualquer) que aceitou receber seu “pacote” ou seja, um núcleo ambíguo, cheio de afetos catastróficos e pouco discriminados (segredos, vergonha, vingança, violências).

Diante da urgência de um parto iminente, a paciente conseguiu “deixar depositado” na psicanalista e na situação terapêutica o muito que lhe faltava para elaborar de sua história e levou consigo um espaço interno suficientemente ampliado para perceber sua capacidade de escolha e que não precisava ter medo de se comportar obrigatoriamente de maneira destrutiva em relação a seu futuro filhinho.

Se seguirmos a pista do “pacote” (ou seja, um núcleo ambíguo carregado de incerteza, descrito no modelo de Bleger, 1972), podemos compreender a pergunta contratransferencial da psicanalista “Posso tratar a neta de um nazista?” como um deslocamento (sobre o preconceito de “nazi-judeu”) de sua dificuldade em receber e segurar esse “pacote” tão embrulhado.

Miriam Grynberg fornece-nos um interessante exemplo, baseado em si mesma, de a que ponto o descobrimento do preconceito, como um retorno ao



reprimido, aparece na forma de uma desordem afetiva de assombro e perplexidade e que o preconceito é percebido como uma verdade irrefutável, ou seja, uma convicção.

Repito, seu preconceito era tão óbvio para ela que sua evidência a deixa perplexa, é invadida por incerteza e ambiguidade e vive o dilema de não saber o que pensar e de que modo se comportar, “dando voltas sobre o problema e seu contrário” sem conseguir enunciá-lo como um conflito. Seu dilema é não poder encontrar solução para o problema de continuar ou não seu trabalho com esta paciente.

A colega com quem discute a questão também parece aceitar a evidência do problema, sem considerar que, embora a questão do judeu-nazi faça parte do imaginário coletivo, ainda não havia sido explicitada no discurso da paciente e que, até esse momento, se tratava somente do preconceito da terapeuta. Considero, também, que nenhuma das psicanalistas levou em consideração o contexto latino-americano de gringos e hispanos, ou seja, a mentalidade local em que se movimentavam todos os protagonistas.

Acredito, contudo, que o problema é ainda mais complexo: a analista está sentindo rejeição não tanto em nome de um preconceito (nazis-judeus) de corte transgeracional ligado a sua própria história, mas também por um preconceito psicanalítico que paradoxalmente coincide com o preconceito ou superstição da paciente, ou seja, a convicção inconsciente de ambas sobre a fatalidade da repetição.

No entanto, o fato de Miriam Grynberg ter podido relativizar seu próprio preconceito, considerando-o como tal, significou superar o trauma da repetição no seu aspecto de fatalidade, já que, nestes casos portadores de vivências transgeracionais inconscientes, o problema existencial e do próprio destino estão em primeiro lugar. De fato, após elaborar seus afetos e aceitar a continuação da relação terapêutica, a psicanalista pôde fazer algumas perguntas à paciente que permitiram a essa relatar o que antes não havia conseguido dizer espontaneamente.

O assombro da paciente – “Como você sabe que me maltratavam?”- expressa a estranheza vergonhosa do que não se podia dizer, nem se devia saber de sua história. Tratava-se de um segredo de maus tratos dentro de um contexto familiar complexo (um novelo de ódios e rejeições, de vítimas e vitimários, de exclusões e inclusões), no qual lhe haviam sido atribuídos diversos pertencimentos; em consequência, ela já não sabia “quem era quem” no que se referia ao futuro bebê.

Justamente a clara aceitação e o interesse da psicanalista permitem que a paciente “utilize a terapeuta” (Winnicott, 1975), aparentemente escolhida por ser judia, enquanto vítima que sabe sobreviver, como interlocutora de suas incertezas.

Para a paciente trata-se da sobrevivência de seu futuro filhinho, que representa uma vítima inocente das circunstâncias e do destino, tal como ela própria foi e é. A perplexidade da paciente e a estranheza da terapeuta mostram que, no inconsciente fantasmático comum (transubjetivo), joga-se algo muito perturbador e de extrema gravidade para ambas.

A paciente vive uma experiência terapêutica na qual intui que poderia funcionar e diferenciar-se entre rejeitadores (pais, avós) e rejeitados (pais, avós) e, por identificação com a posição analítica, consegue colocar-se numa posição terceira, ou seja, de quem pode “ver” seu próprio lugar em relação aos outros e talvez intuir que poderia “escolher como pertencer”, ou seja, que não está obrigada a repetir o círculo vicioso do maligno preconceito racista de sua família.

Acho muito importante que a terapeuta tenha “aceito não saber” como resolver a situação, abandonando a onipotência que se nos apresenta quando enfrentamos este tipo de desafio terapêutico carregado de “hybris”. Considero que a preocupação da terapeuta com sua “neutralidade” expressa a perturbação de um mal-estar afetivo que poderia alterar sua capacidade de julgamento. Trata-se de uma correta abstinência a proceder antes de ter clareza sobre seu pensamento e que a levou a buscar conselho.

A palavra neutralidade não me satisfaz porque pode ser compreendida arbitrariamente e porque considero que, em situações como a que abordamos, trata-se justamente de evitar a tendência a nos defendermos facilmente adotando uma posição ambígua. Muito pelo contrário, o psicanalista precisa não estar ligado a uma concepção da neutralidade que o impeça de pensar com toda a liberdade de julgamento para poder julgar e relativizar a importância afetiva que adquiriu, neste caso, a descoberta do preconceito. Concordo com Sandler (1983) quando concebe a neutralidade como uma atitude psicanalítica dinâmica que pode continuamente “perder-se e recuperar-se” durante o processo terapêutico.

Neste caso, vemos que a intensidade do preconceito nazi-judeu não permitiu ver outros preconceitos dentro do enquadre latino-americano onde a paciente nasceu, desenvolveu sua vida e vive atualmente. Na realidade, o que tanto alarmava a paciente poderia muito bem ser o fato de ter um filho de aspecto hispano (não ariano) e repetir fatalmente sobre sua criança a sua própria experiência de ser rejeitada por sua mãe, que, ao não suportar o aspecto ariano da filha (a paciente), caiu vingadoramente na supersticiosa fatalidade do “olho por olho, dente por dente” diante dos sogros arianos e racistas.

Não era a psicanalista quem temia que a paciente pudesse abandonar o tratamento, mas a paciente quem temia que a analista a rejeitasse, a excluísse, a suprimisse (como o fizera sua mãe? ou como os nazistas fizeram com os judeus?).



Este temor coincidia com o temor da psicanalista de comportar-se de maneira rejeitadora e destruidora a seu pesar, atuando seu preconceito sem querer. Vemos que houve uma colusão no nível do temor de repetir exclusões, uma convicção em ambas de estarem obrigadas a repetir (compulsão de repetição). Mas Miriam Grynberg assume sua própria perplexidade como um sinal forte que comporta “alarme ético” (Amati Sas, 1993) e que a obriga a analisar seu estado emocional. Acha que deve enfrentar uma concepção da contratransferência como se fosse totalmente inevitável! Mas também sabe que a contratransferência, assim como a transferência que fazemos sobre nossos pacientes, é analisável. De fato, a dupla terapêutica pode continuar o trabalho e se aproximar da elaboração dos pertencimentos e das identificações alienantes da paciente para começar a tratar sua confusão identitária.

Abordemos agora o porquê do intenso temor da paciente de que seu filhinho fosse menino. A terapeuta o traduz no dilema da paciente sobre quem é o nazista, se ela ou o filhinho, dilema no qual nazista implica uma rejeição ao outro em um nível total, genético, genocida. Certamente existia na paciente o temor à fantasia de ter um menino nazista dentro de seu corpo, talvez identificando o bebê a um agressor carregado de destruição dela mesma, desejando ela, em troca, destruir esse ser perigoso. No entanto, nesta história há muitos outros agressores: a mãe e o pai da paciente, ou o irmão que a rejeitara devido ao seu aspecto alemão.

Se imaginássemos que o recém-nascido fosse fisicamente parecido com ela, como a sua primeira filhinha, a paciente poderia talvez evitar mais facilmente o argumento nazista? Mas, com tudo isto, não sabemos que tipo físico Aline escolheu como marido e acredito que, se o soubéssemos, resolveríamos algumas destas perguntas.

E agora, que hipóteses elaboraremos sobre a escolha de uma terapeuta judia? Aqui cabe enunciar outros preconceitos, por exemplo, se a paciente se sente pertencente ao grupo dos alemães, ou seja, dos europeus, poderia pensar que “um europeu, mesmo que seja judeu, é melhor do que um latino-americano”? Outros argumentos (os judeus foram vítimas que não souberam sobreviver, ou então que os judeus são gente séria) seriam apenas consequências benignas do preconceito anti-hispano da paciente. Também podemos pensar que a paciente se sentir aceitável ou aceita por uma terapeuta judia significaria que já não seria tão importante para ela ser “identificável com o agressor” nazista nem tampouco sentir-se portadora de uma maldição transgeracional.

Embora a paciente sinta que pertence aos europeus arianos, isto não quer dizer que se identifique necessariamente e somente com o avô nazista, visto que se debate entre as identificações com dois casais parentais diferentes. Para

“escolher como pertencer” a essa meada identificatória, a paciente precisava adquirir uma visão mais afastada e crítica e colocar em um contexto temporal e geográfico a situação transgeracional que já vinha observando desde menina.

De um ponto de vista técnico, proponho pensar que uma intervenção do terapeuta sobre os pertencimentos e o contexto histórico, familiar e ambiental poderia enquadrar e facilitar, para a paciente, o processo de suas diversas identificações. O paradoxo é que os personagens “salvadores” enquanto menina “abusada” e maltratada são justamente os nazistas. Mas, como diz Ferenczi (1932), na vítima abusada há sempre um espaço de crítica; de fato, a paciente sabe-se portadora de uma introjeção maligna, paranóica, alienante, transgeracional que deve contextualizar e relativizar.

No entanto, deixa o seu “pacote” cheio de contradições e arbitrariedades na psicanalista e posterga uma maior compreensão. Podemos dar a isto uma conotação de pausa, mas poderia também tratar-se de uma terminação definitiva. Neste caso, o resultado da psicoterapia foi o de fortalecer o ego em relação a convicções imobilizadoras e de ajudar a paciente a usar a capacidade crítica que mostra possuir. Mas o tempo não permite ir além. A partir do preconceito benigno quanto aos judeus, a paciente tem certeza de que a terapeuta sobreviverá aos aspectos destrutivos de seu pacote e o objetivo de sua vinda foi descarregar-se deles. E eu também termino com uma pergunta: voltará?

Referências

- AMATI SAS, S. (1993). Alarma ética en psicoterapia. *Psicoanálisis* (APdeBA), v. 14, n. 1, p. 21-29.
- _____. (1994). Ética e trans-soggettività. *Rivista di Psicoanalisi*, v. 40, n. 4, p. 610-620.
- BERENSTEIN, I.; PUGET, J. (1997). *Lo vincular: clínica y técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- BLEGER, J. (1972). *Simbiosis y ambigüedad*. Buenos Aires: Paidós.
- _____. (1987). Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions. In: KAËS, R. *L'institution et les institutions*. Paris: Dunod. p. 47-61.
- FERENCZI, S. (1932). Confusione delle lingue tra adulti e bambini. In: GUARALDI, R. *Fondamenti della psicoanalisi*. Rimini: Guaraldi, 1974.
- PUGET, J. (1991). Condenado a pertenecer: homenaje a Piera Aulagnier. *Foro de Debates Psicoanalíticos*, n. 48, 1991.
- SANDLER, J. (1959). The background of safety. In: _____. *From safety to superego*. London: Kamaç, 1987. p. 1-8.
- _____. (1983). Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 64, p. 35-45.
- WINNICOTT, D. W. (1975). The use of an object. In: _____. *Through pediatrics to psychoanalysis*. London: Karnak.



Comentário de Viviane Mondrzak

*Viviane Sprinz Mondrzak*⁴

Há vários vértices possíveis de abordagem deste caso atendido e relatado com tanta sensibilidade. Por seu caráter dramático, apresenta de forma quase caricatural a trama que se forma entre analista e paciente e o intrincado de personagens presentes numa sessão, representantes das várias identificações da paciente e da analista. Mas principalmente nos confronta com o desafio dos “resíduos” de experiências emocionais não metabolizadas de gerações anteriores que seguem como corpos estranhos, impossibilitados de simbolização.

No entanto, ao começar a organizar meu comentário para este painel, entre uma profusão de pensamentos, o fato é que não encontrava o que dizer. Várias possibilidades de compreensão do caso, de teorias sobre preconceito se apresentavam, mas nenhuma parecia razoável, tudo parecia banal. Poderia ser que eu não tivesse realmente nada para dizer, mas isto não é o habitual, já que estes painéis contêm a possibilidade fundamental de se discutir com colegas, trazer dúvidas, confrontar formas de pensar. A dificuldade, porém, persistia, não deixando outra alternativa que não a de se confrontar com ela, ao invés de tentar removê-la. Enfrentar a limitação das palavras para dar conta de determinadas experiências e o temor de que venham a empobrecer, banalizar a densidade emocional que transmitem. Neste sentido, o relato de Miriam, que transmite climas afetivos de forma viva, mais uma vez reforça a importância do estudo de casos clínicos para a psicanálise.

Assim, neste comentário, procurarei trazer algumas idéias transitando entre o particular – o caso clínico – e o que seria possível generalizar a partir desta experiência emocional específica. Algo como o que Bion propõe acerca do modelo de função alfa: transformar a experiência emocional concreta numa abstração que possa ser usada em outras experiências como uma nova pré-concepção, comunicada e verificada por outros. É claro que tudo que for dito não corresponde à experiência de Miriam com sua paciente, é a minha leitura e a minha percepção do que foi descrito. Assumo, portanto, total responsabilidade pela minha construção e peço que vocês a escutem desta forma, como um sonho.

⁴ Membro Efetivo da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.



Neste interjogo particular/generalização, clínica/teoria, o material apresentado possibilita que se pense tanto sobre o tema “preconceito”, enquanto conceito teórico geral, quanto sobre o trabalho psicanalítico, ou seja, como trabalhamos com os nossos pré-conceitos e preconceitos e os do paciente.

Como vocês viram, mencionei antes pré-conceitos e preconceitos, uma diferença que pode parecer apenas semântica, mas que traduz muito mais do que isto. Os pré-conceitos correspondem a um mecanismo intrínseco ao funcionamento mental, um primeiro modo de organização do pensamento, que procura separar e discriminar, definindo categorias por semelhanças e diferenças, não sendo, portanto, possível conceber o funcionamento lógico da mente sem eles. Mas, ao estabelecer separações, os pré-conceitos instalam diferenças que levam a tensões entre duas ou mais categorias (sentimentos, sensações, pensamentos, etc.) no desenvolvimento do psiquismo humano e também nos grupos, colocando atributos positivos e negativos, que representam a conotação moral, propiciando que se cristalizem como *preconceitos*. O grau de rigidez, de onipotência, de dissociação, entre outros fatores, determina a característica do preconceito e seu grau de “malignização”.

Mas meu objetivo ao revisar estas questões é destacar a impossibilidade de nos imaginarmos trabalhando sem pré-conceitos e preconceitos. Ter presente esta realidade é essencial para não sermos cegamente guiados por eles, que traduzem o sistema de valores consciente e inconsciente que carregamos como bagagem. O desenvolvimento da psicanálise tem trazido cada vez mais o analista e seus processos psíquicos para dentro do processo, e a compreensão destes mecanismos em nós mesmos é o guia para a compreensão de nossos pacientes e é a nossa matéria prima para o conhecimento do psíquico.

Mas vamos voltar ao material clínico. Penso que a possibilidade da analista de aceitar e se resignar a “não saber”, em linhas gerais, o que teria pela frente, corresponde à aceitação de um saber bem claro e definido desde o início do contato com esta paciente: saber que teria que trabalhar sem garantias, se dispoñdo a tolerar angústia e confusão, não apenas da paciente, mas principalmente suas próprias. Como Bion tão bem destacou, é fundamental para o paciente saber que compartilhamos com ele angústias, medos, incertezas, mas que podemos (quando tudo sai bem) dar um destino diferente a todos estes sentimentos. Matte-Blanco nos ajuda a compreender estes fenômenos quando destaca que a primeira forma de “conhecer” algo é através de uma experiência emocional, de uma experiência de simetria e que esta é a forma de nos aproximarmos das emoções, afrouxando cadeias lógicas e nos afastando o máximo possível das memórias conscientes.

Mas isto é muito mais fácil na teoria do que na prática, já que pressupõe



que abandonemos sistemas de segurança: nada mais seguro do que a posição do analista onipotente, que fornece significados como escudo protetor. Neste caso, refugiar-se em teorias sobre preconceitos, sobre complexos sistemas de identificações, sobre mecanismos de transmissão transgeracional, etc. Temas importantíssimos e que requerem muita reflexão e estudo, mas que são apenas defensivos quando usados na sessão.

Um ponto crucial neste atendimento partiu das primeiras sensações da analista: confusão, não rechaço, seguido, ao conhecer a história da paciente, de uma espécie de inevitabilidade de assumir a posição da vítima diante do perseguidor. O comentário da supervisora funciona como um terceiro, como um olhar fora da experiência intensa e confusional: quem é o “judeu” nesta história? Assim, abre-se uma perspectiva de uma nova história, na qual os papéis de vítima e vitimizador não estariam apegados a rótulos externos. Mas não basta inverter os papéis e a paciente ser vista apenas como a vítima (mesmo conhecendo sua história). Serão ambas, analista e paciente, vítima e vitimizadora, não sendo possível compartimentar estes papéis, o que traria o risco de desmentirmos o aspecto nazista da paciente, prestes a ser atuado no filho. (Na minha fantasia, foi atuado ao não retornar: a analista judia foi usada e descartada. Mas isto, provavelmente, não tem a ver com a paciente, mas com meus próprios resíduos.)

Pensando neste caso, e talvez em todos nossos casos, a possibilidade de sentirmos rechaço pelo paciente deve ser preservada, mais do que isto, deve existir como um caminho que deixamos aberto e que valorizamos como essencial. Sentir, não negar sua existência e, depois, fazer algo com ele. Partir do pressuposto de que se esperaria da analista uma posição idealizada de aceitação da paciente seria irreal e impossibilitaria uma alternativa para a paciente, porque suporia ela ficar ainda mais culpada por rechaçar o filho. Como se deixássemos implícito que o ideal de saúde mental é a ausência de sentimentos desta ordem. A possibilidade de transformar sentimentos abre a perspectiva de não se estar preso inexoravelmente a um destino que a paciente, até o momento, estava fadada a cumprir e que, possivelmente continuaria com seu filho.

O caminho seguido até aqui conduz inevitavelmente ao tema “neutralidade do analista”. O que fazemos com nossas próprias mensagens inconscientes não metabolizadas? Assunto essencial desde o início da psicanálise, a neutralidade do analista passou de tema dado como sabido e indiscutível para tema de inúmeras controvérsias. Ser neutro é, ao mesmo tempo, um estado impossível de ser atingido, já que nos revelamos constantemente (inclusive com nossos preconceitos), e uma necessidade absoluta, para sermos éticos em nosso método de tratamento. Encontramo-nos diante de um paradoxo: impossível/imprescindível, revelação/

ocultamento (já que revelamos muito mais de nós mesmos se nos aferramos à ideia de nada revelar).

Penso que a neutralidade deve ser absoluta, mas dizendo isto não me refiro à preocupação obsessiva com uma postura de nada mostrar de suas características, o que, diga-se de passagem, é impossível. Refiro-me a uma consciência clara de qual é nossa função, que corresponde a uma atitude mental que busca abrir caminhos para a expansão da capacidade do paciente de tomar contato com a sua realidade psíquica, o que traz junto uma melhor percepção do mundo externo e a possibilidade de fazer suas próprias escolhas. Não faz parte de nossas atribuições julgar, determinar ou usar o poder sempre presente da sugestão para influenciar o paciente de nenhum modo além da importância de tomar contato com sua realidade psíquica. Penso que a reação humana de Miriam, a possibilidade de não negar nem minimizar suas emoções, é um exemplo de uma postura neutra no sentido que destaco aqui, não procurando mostrar-se para a paciente (nem para si própria) como alguém “seguro”, sem confusões e sem medos.

É essencial que tenhamos claro que, em nosso trabalho, estamos presentes em nossa função de psicanalistas, mas trazendo junto todos os matizes de nossos vários papéis como indivíduos. Não somos meros observadores do mundo a nossa volta e estamos sujeitos às mesmas influências do espaço transobjetivo, cultural, familiar. Podemos nos dar conta por alguns momentos deste contexto compartilhado, mas não podemos ter a clara noção de como isto nos afeta para além do consciente. Assim, tanto em nosso trabalho com pacientes quanto no contato com colegas e em nossas instituições, somos constantemente pautados por nossos preconceitos. A necessidade de nos sentirmos pertencentes a algum contexto nos leva a divisões como lacanianos, kleinianos, etc. Desta forma, parece que estamos mais seguros e protegidos. O medo do novo faz com que nos apeguemos a conceitos conhecidos evitando com certo desprezo o que não dominamos. No entanto, conceitos são necessários para dar suporte a todo trabalho científico e é apenas sua rigidez que impede o desenvolvimento. Assim temos que lidar permanentemente (e no nosso trabalho com os pacientes principalmente) com esta realidade: precisamos de conceitos que nos organizem e precisamos tentar bloquear o processo de transformar nossos pré-conceitos em “preconceitos”.

No caso apresentado, não é possível imaginar a identidade de analista se sobrepondo à sua condição de judia, esta não é uma alternativa possível. O mais difícil é saber que vamos trabalhar com nossos preconceitos e que temos que poder nos responsabilizar por eles e não atuari-los. Atenuá-los, submetê-los à ação do pensamento, mas não deixar de senti-los.

Contudo, algo do que foi discutido aqui tem alguma relevância para outro



contexto, fora desta experiência específica e que não pode ser reproduzida? O que aprendemos desta experiência, que foi profundamente tocante? Gostaria de agradecer compartilhar este material, as reflexões possíveis e a oportunidade deste momento. Fica em mim uma oscilação: por um lado a questão de até onde podemos ir no acesso à trama de identificações transgeracionais e aos bolsões não metabolizados de experiências emocionais dos quais uma geração não pode dar conta; por outro uma crença no potencial transformador, transgressor, de infinitas aberturas possíveis, de busca das diferenças, de rupturas de padrões estabelecidos que a psicanálise traz desde seu começo. Este caso deixa clara esta possibilidade de mudança, não só para a paciente, mas, através dela, para a próxima geração. Certamente seu filho terá uma mãe diferente daquela de antes da análise.

Resta ainda elaborar uma frustração, tolerar uma incógnita, nos restringirmos a hipóteses: por que a paciente não retornou? De qualquer forma, através da disposição de sua analista de trazer este material para discussão, segue em metabolização parte do impensável pela paciente.

Comentário de Fanny Blanck-Cereijido⁵ sobre o caso apresentado por Miriam Grynberg

A paciente descrita é encaminhada pelo seu terapeuta de casal, já que entrou em pânico ao saber que estava grávida de um menino. Seu vínculo com o marido parece ser frágil e ambivalente, ele a acusa de usá-lo somente para conceber. Aline tem uma menina de dois anos com quem mantém uma relação muito íntima.

A complexidade da situação familiar de Aline é tal que me leva a fazer um diagrama familiar para melhor me localizar: avós nazistas arianos (incluo dados raciais-antropológicos pela relevância que têm neste caso) → pai de traços arianos – mãe latina → dois filhos, filho homem latino, Aline (paciente, ariana) → o que espera Aline de seu bebê?

A rejeição tão violenta em relação a seu bebê envolve uma fantasia filicida que provoca um primeiro impacto de rejeição e estranheza. Pergunto-me: ela odeia o marido? Não tolera a diferença sexual? E se assim for, o que e quem é esse homem para ela? Juntamente com a rejeição, o que promove uma aproximação e um interesse em compreendê-la é o próprio temor da paciente diante do desejo de desembaraçar-se de seu bebê e de martirizá-lo. Minha primeira sensação é de rejeição pela paciente devido à estranheza que desperta uma atitude materna tão destrutiva diante da indefesa infantil. O óbvio é pensar numa identificação com sua própria mãe, já que sabemos que ela a rejeitou e Aline coloca o mesmo em seu bebê, mas subsiste a incógnita: Por que o ódio aparece quando ela fica sabendo que o bebê é do sexo masculino? Parece que toda diferença é intolerável.

A analista abre uma possibilidade ao aceitá-la, que também significa aceitar esperar para saber que se trata de uma situação tão complexa. Depois de seu temor e perplexidade, Miriam diz: eu a enfrento. A paciente sente alívio, é aceita apesar de ser alguém que parece cercada pela intolerância dos outros e pela própria intolerância à diferença. De fato, a paciente adoce quando surge a ameaça de encontrar alguém diferente, já que sua filhinha e ela são uma. A nova gravidez, agora de um menino, pode significar outra ameaça: e se o menino for parecido com sua mãe (mãe da paciente)? Talvez Aline se identifique com a discriminação racista de seu avô: ela temia ser rejeitada por seus antecedentes nazistas, de maneira que podemos pensar em um elemento identificatório com os avós; por isso relata essa origem depois de saber que foi aceita em análise. E é nesse ponto que consegue

⁵ Membro Efetivo da Associação Mexicana de Psicanálise.

falar de algo que lhe provoca dor e vergonha: foi maltratada pelos pais. Que estigma carregava?

Diante de seus pais, Aline é a discriminada, a judia. O pai de Aline, que tentou não ser como seu próprio pai, é vítima do retorno do reprimido e passa a ser o torturador de sua filha. E por que se analisar com Miriam que é judia? Talvez aceitar uma judia estabeleça uma diferença com os avós, e ela então não seria nazista.

A identificação de Aline com a discriminação do avô e de seus pais aparece na intolerância por seu bebê. A prova para a analista consiste em conceber Aline como alguém que não está necessariamente aderida à sua genealogia. Ela poderá, finalmente, ser outra, se a compulsão de repetição não for a única lei que rege na psique.

Por que ela demora tanto em relatar que seus avós são nazistas? Por vergonha ou por identificação? Abre-se o problema que é uma encruzilhada de preconceitos: avós nazistas que odeiam sua mãe latina; pais que odeiam a ariana Aline; Aline que odeia o filho homem que está a caminho e cuja fisionomia desconhece.

Concordo com Silvia que, neste caso, são extremamente importantes as circunstâncias socioculturais, os pertencimentos e as identificações e acredito que, devido ao seu pertencimento familiar e social, Miriam considera o nazismo como o dado primordial. Na verdade, sua pergunta “Posso tratar a neta de um nazista?” não é somente fruto do impacto de assumir alguém com um pacote tão embrulhado, é que nazista é um significante suficientemente forte para ela pelo seu núcleo de pertencimento e seus laços familiares muito evocativos a esse respeito. Logicamente, cabe perguntar-se, como o faz Miriam mais adiante, se “neta de nazista” evoca a mesma coisa ou é a mesma coisa, se não vale a distância geracional para estabelecer uma diferença.

A participação da colega consultada por Miriam tenta criar outra versão possível da história apontando para a possibilidade de que a vítima não seja a analista judia, mas a paciente, e pensando numa versão do conflito que não seja necessariamente maniqueísta, ou seja, pensar em algo que vá além de quem era a vítima e quem era o vitimário nesse momento dessa história.

O pertencimento de Aline não é claro, ela refere sentir-se sempre à margem de todos. Aline foi objeto dos desejos de morte de seus pais, algo que tornou sua vida muito difícil e que talvez a tenha colocado numa necessidade de amar seus avós nazistas. Esta mesma incógnita sobre seu pertencimento cria uma dificuldade para que ela possa conceber como e quem será seu filho, que projeto identificatório poderá atribuí-lhe. O pertencimento de Miriam está claro, ela faz parte da comunidade judeu-mexicana que é, em geral, uma comunidade tradicional e pouco

includente, embora ela consiga questionar seu preconceito e pensar em Aline como uma pessoa particular, com um sofrimento que lhe é próprio.

Ao longo da história que ouvimos, parece que, para Aline, tem mais peso ter sido odiada e maltratada por seus pais do que ser neta de avós nazistas, embora a discriminação dos avós seja o primeiro elo de uma cadeia sinistra. Esta encruzilhada de preconceitos e ódios leva à pergunta sobre quais são as imposições criadas pela transmissão transgeracional. O pertencimento transmitido é obrigatório? Esta é uma pergunta que nos fazemos com respeito aos avós e com respeito aos pais que não a querem viva. Que inserção eles possibilitam? Esta é uma interrogação que aparece porque Aline precisa desenvolver um pertencimento próprio para ter um lugar na vida e um lugar para seu filho.

O preconceito em torno do europeu/autóctone poderia, ou não, aparecer mais tarde na análise, se não aparecia na palavra da paciente ou na mente da analista como opção, já que é mais perturbador pensar em nossas diferenças no cotidiano. Nossos consultórios na América Latina estão cheios de pacientes brancos de classe média ou alta, e nós, analistas, com nossos honorários, criamos forçosamente uma exclusão que não incluímos em nosso pensamento.

Finalmente, se a analista tivesse se apegado ao preconceito de destino, não teria assumido a análise de Aline, mas ela optou pela chance de fazer algo com esta neta de nazista, assim como com sua própria contratransferência, inevitável, mas também modificável.

Desta forma, Miriam sai da posição preconceituosa através de um processo de autoquestionamento e situa-se de outra maneira para poder pensar em Aline indo além da “neta de nazista”, como uma pessoa com sua própria circunstância existencial, com sua biografia particular e seu presente próprio, único e individual, além do seu pertencimento familiar de discriminante ou discriminada.

Resposta aos comentários sobre o caso

*Miriam Grynberg Robinson*⁶

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer os comentários e a generosidade que recebi das três comentaristas desde o momento em que lhes enviei a experiência clínica. Ao longo deste tempo, tivemos constantemente a oportunidade de compartilhar impressões e, como foi característico de nossas trocas, aqui também os comentários são muito interessantes, abrem perguntas e permitem pensar sobre diferentes perspectivas teórico-clínicas.

Considero que, a partir do título do comentário de Silvia “Suspender o julgamento ou suspender o preconceito” e do comentário de Viviane sobre diferenciar entre pré-conceito e preconceito, aponta-se para a problemática nodal deste tipo de experiências clínicas. De maneira similar às idéias de Amati Sas (2000), considero que, quando aparece uma novidade totalmente inesperada, surpreendente, aterrorizante no discurso do paciente, e sendo a crua realidade desestruturadora das certezas do analista, nosso primeiro movimento é o de reconhecer isto através de uma reação contratransferencial de confusão; tem-se uma sensação de cegueira inevitável. Portanto, em primeiro lugar, é importante aceitar que não se sabe como resolver a situação. Se diante disto aparecer um enunciado preconceituoso, certo, considero que é importante registrá-lo e recuperar dentro da maior brevidade possível a capacidade de julgamento crítico para conseguir preservar o sentido do trabalho. Ou seja, aceitar o impacto afetivo e o enunciado certo evitando assim que eles se tornem um obstáculo que possa dissolver ou imobilizar o processo, tentando relativizar em nós o preconceito e seu enunciado.

O preconceito pode anular a capacidade reflexiva do analista, ou, ao contrário, se conseguir ser questionado, poderá alcançar uma posição crítica, gerando um processo que transforme a repetição em uma nova abertura dentro do processo. Acredito que a confusão contratransferencial neste tipo de situações clínicas é inevitável, mas modificável. Por isso, o importante é que o analista registre o sinal de “alarme ético” (ou seja, como diz Amati Sas, 1992, que o analista reconheça o sinal de alarme dos julgamentos certos estabelecidos) para

⁶ Membro Efetivo da Associação Mexicana de Psicanálise.

que consiga sair da confusão em que se encontra, sem considerar óbvias suas premissas e buscando transformá-las em perguntas a investigar.

Considero que o fato de ter conseguido formular meu preconceito em uma pergunta “Como posso tratar a neta de um nazista?” abriu um espaço para que me permitisse duvidar, para que tentasse romper minhas certezas e me permitisse, juntamente com a paciente, investigar o que não estava dito, o que fora expulso ou ficara escondido nesse enunciado. Neste tipo de casos considero, então, que ambos os protagonistas do vínculo transferencial devem vencer os pactos silenciosos e os aspectos indizíveis do vivido, do transmitido, de seus deslocamentos, desfigurações e retranscrições.

Acredito que, através de uma pergunta deste tipo, não apenas evidencia-se o impacto contratransferencial, seu enunciado, e esconde-se a dificuldade em aceitar um pacote embrulhado, cheio de confusão e ambiguidade, como diz Silvia, mas abre-se também a possibilidade de que apareça o segredo da história não contada, escindida pela paciente. Não somente o segredo da problemática vítima-vitimário, mas também o da transmissão transgeracional do ódio e a impossibilidade de elaboração edípica, situações que não permitiam a Aline renunciar à onipotência e causavam, por outro lado, intolerância à *diferença* geracional, sexual e de alteridade.

É neste ponto que o comentário de Fanny é de muita utilidade. Fanny tenta esclarecer a confusa história da paciente, o que exemplifica a dificuldade de diferenciação na cadeia geracional desta. Não se sabe quem é quem. Estamos falando do pai? do avô? do filho? É uma história na qual o conglomerado, o confuso, o fusionado, o escindido aparecem de uma forma dramática.

Aline pergunta: sou filha de meus avós, ou sou sua neta? Sou o pai de meu pai, ou sou sua filha? Conseguirei ver meu filho no bebê, ou todos eles? A paciente não sabia qual era seu lugar, nem que lugar ocupavam os outros nas diferenças geracionais. O problema com o masculino era, em parte, o que a levava ao tratamento. Ela trazia como primeiro enunciado o masculino que tinha condensado e escondido a problemática que foi se desdobrando posteriormente em diferentes enunciados diante do não tolerado, do estranho que teria que ser rejeitado, odiado.

Minha paciente havia sido vítima, como diz Faimberg (1993), da intrusão tirânica da história dos pais, que expulsaram o intolerável ódio que sentiam pelos avós para depositá-lo nela, a quem odiaram e rejeitaram. Assim, Aline ficou presa numa identificação alienante, silenciosa e inconsciente, com a intrusão tirânica da história que envolvia seus pais. Ficou cheia de confusão, sem saber quem era quem. Agora sentia medo de repetir em seu filho esse estilo de relação e depositar nele a parte de ódio que não tolerava em si própria.



Por isso, acho que o importante é o problema com a diferença. A paciente tinha uma história transgeracional na qual não parecia haver lugar para assumir a diferença, a alteridade. A alteridade somente podia existir na cadeia geracional enquanto estivesse definida pelo ódio. Desta maneira, para o avô, a diferença colocada na nora latina manifestava-se na dimensão do ódio. Para o pai, apesar de compartilhar as características fisionômicas com sua filha, ela era-lhe intolerável, talvez pela diferença com sua esposa latina e porque a identificava com seu próprio pai, a quem odiava. Na paciente, a dimensão do ódio manifestava-se no terror de repetir isto no filho, colocada a diferença no ser menino.

Neste caso há uma história geracional cheia de ódios e desejos parricidas e filicidas. Por isso a paciente tem pavor de maltratar e destruir o bebê na sua diferença. Sua confusão é tal que, às vezes, não sabe diferenciar entre o bom e o mau. Em suas palavras, lembremos quando diz: *o vô está errado ou é meu pai quem está errado? Nunca quis entender a história política do vô e o que ele fez na guerra. Ele me resgatou, mas sei que matou e feriu muitas pessoas, entre elas, meu pai, minha mãe e meu irmão.*

Com isto podemos ver a complicada situação da paciente. A confusão é tão séria que seu resgatante, o avô é, ao mesmo tempo, vitimário de muitos. Seu resgatador tem uma dimensão maligna, difícil de pensar para ela, já que, ao identificar-se com ele, ela também é portadora tanto da parte resgatadora quanto dessa parte maligna. Profunda confusão....enlouquecedora. De que ela é portadora.

A paciente não sabe qual é o seu lugar, não sabe diferenciar, nem se diferenciar. Apesar de toda esta dificuldade, uma esperança com a paciente é que ela era a única de todo o grupo familiar que havia se atrevido a pedir ajuda, a introduzir um olhar externo em todo o conglomerado transgeracional. Aline desejava desesperadamente não repetir a história em seu filho, buscava um lugar onde pudesse deter e transformar a devastadora história transgeracional que carregava nas costas. Era possível vislumbrar um espaço de busca de alteridade com o bebê e não apenas relacionar-se narcisisticamente com ele, como acontecia com sua filha.

Por isso considero que o importante era ir escutando o discurso da paciente, de onde eventualmente fosse emanando o *problema da diferença*: no nazista-judeu, mulher-homem, latino-europeu, filho-pai, mãe-filho, certo-errado, etc. E assim, trabalhar com ela sobre a problemática da diferença a partir das diferentes formas que lhe deu em seu discurso, tentando permitir-lhe, como diz Viviane, uma nova história na qual os papéis não estivessem apegados a rótulos externos, buscando um processo elaborativo através do qual fosse tolerada a diferença e talvez até se enriquecendo nela.

Talvez a paciente tenha procurado uma mulher judia justamente para estabelecer um vínculo transferencial no qual pudesse encenar o conflito. Assim, estabelece-se a possibilidade de repetir a história tirânica de intrusão vítima-vitimário, de confusão entre quem é quem e de ambiguidade no vínculo, mas também manifesta-se a esperança de que se possa elaborar e metabolizar o pacote que deposita no vínculo analítico.

Possivelmente a escolha de uma analista judia é sustentada pela fantasia de que uma mulher com essas características viveria a complicação que era, para ela, aceitar seu filho homem. Em outras palavras, para a analista judia representava uma situação tão difícil como para a paciente aceitar e conseguir metabolizar o caos que significava “estar grávida em transferência de um bebê-paciente como ela”. Se isto acontecia, a paciente também teria esperanças de também fazê-lo com seu próprio bebê.

Sobre os comentários acerca do problema de a paciente ser depositária de traumas transgeracionais, parece-me que, neste caso, tem muita força e cores de modo fundamental a problemática atual da paciente. Desta maneira, considero tão importante analisar a história atual, suas relações, seus pertencimentos sociais quanto o efeito que causa nela o seu passado e sua história transgeracional. Posso dizer que, quando se é depositário de traumas vividos por gerações anteriores, as representações do trauma são fragmentárias e não se integram de uma maneira adequada. Considero, baseada em Gomel (1997), que a transmissão deixará sua marca no sujeito através de complexos processos de reinscrição e transformação, já que o que se transmite são marcas impossibilitadas de reescrituras que vão se trasladando entre as gerações na sua qualidade de vazios de memória.

Esta transmissão estabelecerá uma série de encadeamentos psíquicos que irão marcar fronteiras imprecisas entre as gerações. O pai entrega ao filho seus fantasmas e este sentirá a necessidade de lidar com essa história truncada que não lhe pertence. Inconscientemente, atribui-se ao filho a tarefa especial de servir como cadeia que cicatrize e conserte a descontinuidade causada pelo trauma na ruptura geracional e na conexão entre passado, presente e futuro. No caso de Aline, ela terá que ir colocando palavras naqueles vazios de memória transmitidos, desidentificar-se das identificações alienantes e assim diferenciar as histórias de cada um, procurando finalmente escrever sua própria história.

No fim, assim como Viviane, fico com a pergunta que me fez compartilhar este caso com vocês, como uma tentativa de metabolizar de alguma maneira o indizível desta intensa experiência: o que aconteceu? Por que não voltou? Pensei em muitas opções, algumas das quais vocês levantaram como hipóteses. Para



mim continuará como um enigma... e na verdade não fico com uma, mas com muitas perguntas.

Apesar disso, acho importante compartilhar com vocês que há algumas semanas comentei com a colega que encaminhou Aline que iria apresentar esta experiência clínica. Ela disse: “Miriam, não sei por que nunca lhe disse nada, mas a paciente está muito agradecida pelo trabalho que você fez com ela. Lembra até hoje daquela experiência. Ela passou por uma separação muito abrupta de seu marido poucos meses após o nascimento do bebê. Aline teve que voltar para seu país de origem intempestivamente, mas, chegando lá, procurou ajuda terapêutica que continua fazendo até hoje. Parece que as duas crianças estão muito bem”.

Apesar de esta informação permitir entender algumas causas para Aline não ter voltado, restam as perguntas feitas por nós em outro nível: Por acaso houve elementos que não chegaram a ser metabolizados e, então, terá atuado seu aspecto “nazi” ao não retornar, usando-me e descartando-me como se pergunta Viviane? Terá havido elementos não metabolizados de cada uma das participantes da dupla, devido a suas identificações e pertencimentos que não permitiram a continuação da análise, como se pergunta Silvia? Aline teria continuado, como anunciou pelo telefone, se tivesse ficado no país? A experiência deu-lhe a oportunidade de saber que há outras possibilidades de vinculação e isso lhe permitiu a busca posterior de uma análise para elaborar sua história?

De minha parte, fico com a profunda experiência de constatar a responsabilidade que temos no que se refere a reconhecer nossos preconceitos e relativizá-los à procura de um pensamento crítico. Saber que os analistas devem buscar uma conduta abstinente, mas assumir que não somos neutros. Os preconceitos são inerentes ao ser humano, portanto é fundamental registrá-los, senti-los, para poder buscar o julgamento crítico que nos permita transmutar o preconceito em um elemento transformador, novo, para ajudar a história do paciente e a nossa própria. □

Referências

- AMATI SAS, S. (1992). Alarma ética en psicoterapia. *Psicoanálisis (APdeBA)*, v. 14, n. 1, p. 21-29.
- _____. (2000). La interpretación en lo transubjetivo: reflexiones sobre la ambigüedad y los espacios psíquicos. *Revista Argentina de Psicoanálisis*, v. 57, n. 1, p. 129-140.
- FAIMBERG, H. (1993). El telescopaje [encaje] de generaciones: genealogía de las identificaciones alienantes (1981-85). In: *La transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu. p. 23-45.



Fanny Blanck-Cereijido et al.

GOMEL, S. (1997). Acerca de la transmisión. In: *Transmisión generacional familia y subjetividad*. Buenos Aires: Lugar. p. 23-42.

Recebido em 05/04/2010
Aceito em 03/05/2010

Tradução de **Beatriz Neves**
Revisão técnica de **Luisa Rizzo**

© Revista de Psicanálise – SPPA

