



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, ubíquas 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 ambiguidade e ao conformismo. Consequentemente, 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). Etica 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 Psicodinámicos*, 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.