



## Comentário de Viviane Mondrzak

*Viviane Sprinz Mondrzak<sup>4</sup>*

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.

<sup>4</sup> 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 dispondo 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. Sentilo, 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 atuá-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.