

Sobre a Implicação da Moral na Clínica do Sintoma Antissocial em Crianças e Adolescentes

On the Implications of Morals in the Clinics of Antisocial Symptoms in Children and Adolescents

Carolina Stopinski Padoan¹

Resumo: O presente artigo tem como objetivo discorrer sobre o papel da psicoterapia no enfrentamento de casos de sintoma antissocial em crianças e adolescentes e a importância do descolamento de uma visão moralista na clínica para que o problema possa ser abordado e tratado adequadamente. Através do estudo da etiologia do sintoma antissocial elaborado por D.W. Winnicott, das suas recomendações técnicas e da proposição de uma ênfase na ética do sujeito, pretende-se ampliar a discussão em torno dos temas da agressividade, delinquência, culpa e possibilidades de tratamentos para estes casos.

Palavras-chave: Winnicott; sintoma antissocial; privação; moral e clínica.

Abstract: This article aims to discuss the role of psychotherapy in tackling cases of anti-social symptoms in children and adolescents and the importance of detachment from a moralistic view so that the problem can be addressed and treated properly. Through the study of antisocial symptoms etiology developed by DW Winnicott, its technical recommendations and proposals for an ethical emphasis on the subject, it is intended to expand the discussion around the themes of aggression, delinquency, guilt and possible treatments for these cases.

Keywords: Winnicott; anti-social symptom; deprivation; moral and clinic.

Se o conceito de moda gira em torno de uso atual e popularidade (HOLANDA, 1986), então é possível que se pense que a delinquência enquanto assunto está em voga: filmes, documentários, jornais e tele-jornais, todos sempre estampam uma ou outra matéria a esse respeito. Todos têm alguma opinião sobre suas origens e teorias de como erradicá-la. O impacto que os atos decorrentes da delinquência têm sobre a sociedade é de terror e raiva. Pior ainda, a população parece sentir-se moralmente acuada quando descobre que os jovens, a promessa de futuro, são quem está por trás disso. Em um clima de extrema confusão e incerteza, exige-se que os culpados sejam apontados e responsabilizados por seus males. Para essa afronta à moral e aos bons costumes, tentamos eleger motivos como a miséria, o declínio da estrutura familiar, a sociedade de consumo, entre outros. Geralmente, ouve-se dizer da

¹ Psicóloga, especialista em “Teoria Psicanalítica e as Psicoterapias da Infância e Adolescência” e em “Teoria Psicanalítica e as Psicoterapias de Adultos” pelo Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade. Diretora de ambulatório do Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade. E-mail: carolpadoan@hotmail.com

falta de limites e dos novos padrões educacionais mais frouxos como sendo verdadeiros vilões.

Refletindo sobre tamanha inquietação de nossos tempos, o que poderia a clínica psicanalítica acrescentar à discussão? É possível explicar esses comportamentos? Existe tratamento para esse problema?

Partindo dessas questões, o presente artigo viaja até a Londres dos anos 1940, durante a Segunda Guerra Mundial, até D. W. Winnicott, médico responsável pela evacuação de crianças das grandes cidades que corriam riscos iminentes de bombardeios. Suas idéias sobre esse fenômeno social foram inovadoras para a época e permanecem até hoje sendo de grande valia para clínica psicoterápica psicanalítica. Para ele, o jovem delinquente não necessita que a ele sejam impostos limites; o jovem delinquente justamente padece do excesso de limitações que, de uma forma ou de outra, a vida impôs numa fase muito primitiva de seu desenvolvimento. Espalhar seus atos de violência seria compelir o ambiente a se tornar importante, forçando alguém ou alguma instituição a tomar conta de seu manejo. O sintoma antissocial nasce justamente de um momento de esperança de reconstituição dessa falha no apoio do ambiente que deveria ter sustentado o desenvolvimento de um indivíduo que se torna delinquente. O roubo, a mentira e/ou a agressão seriam manifestações do desejo de recuperar mesmo que forçadamente algo de direito que foi surrupiado anteriormente (WINNICOTT, [1956a]).

A etiologia do sintoma antissocial, causado pela experiência precoce e arrasadora de privação, remete aos primeiros momentos do desenvolvimento emocional do sujeito. Sendo um sintoma extremamente regressivo, é de difícil manejo clínico. O terapeuta que se dispõe a tratar desses tipos de caso acaba ele mesmo envolvido como vítima das agressões, uma vez que, para o tratamento funcionar, a esperança do paciente em seu ambiente – terapeuta trará a manifestação do sintoma, a saber, atos antissociais.

O problema da moralidade incide na diminuição do espaço que esta maneira de compreender os fenômenos acarreta. Cabe às instituições responsáveis julgar, vigiar e punir. Aos terapeutas, cabe tratar. Uma visão ética no lugar da moralidade da falta de limites e ajustamento é imprescindível para que se possa oferecer algum tipo de saída para esse círculo vicioso, potencializando novas formas do viver.

Sobre o Sintoma Antissocial

Parte-se do pressuposto de que a vida de um sujeito pode ser afetada durante o seu desenvolvimento por dificuldades oriundas de um mau ajustamento do meio às suas necessidades desde períodos bastante precoces. Quanto mais cedo ocorre esse desajuste e mais desoladora é sua consequência, mais grave serão as chances de atrapalhão para o rumo normal do desenvolvimento. Em períodos bastante primitivos, fazemos aquisições importantes na construção de um jeito de ser no mundo: os primeiros anos de vida representam os primeiros enfrentamentos do mundo e os primeiros relacionamentos de uma pessoa (WINNICOTT, 1945; 1988). Quando se fala de desenvolvimento inicial, por certo que se trata de algo que continua o tempo todo, que diz respeito à forma como construímos uma certa noção de identidade e pertencimento a este mundo que nos recebeu. Falar de continuidade é falar de construção, desconstrução e reconstrução; de fixidez e plasticidade na elaboração de uma subjetividade que carrega marcas existenciais.

Nesse sentido, a vida de relações e nossa inclusão em uma sociedade com regras se inicia desde os nossos primeiros momentos respirantes. Trazemos marcas na forma de encarar e dar sentidos aos encontros que ocorrerão ao longo da vida desde muito tempo atrás.

Assim, o artigo parte já do resultado – sintoma, tido socialmente como algo extremamente negativo –, para tentar refletir sobre os problemas causadores dessa falha no amadurecimento do ser humano. O sintoma antissocial é marcadamente repulsivo em todos os ambientes em que o mesmo se apresenta. Nos tratamento não seria diferente. Causa um impacto extremamente destrutor dos vínculos da transferência, ao mesmo tempo em que pode representar uma demanda muito específica para o terapeuta.

Portanto é importante lembrar que a noção de moralidade, que marca fortemente a visão de muitos sobre o sintoma antissocial, atrapalha os modos de enfrentamento desses casos dentro da psicoterapia. E certamente existem implicações surgidas dessa maneira de encarar esses fenômenos que atravessam a clínica desses pacientes, marcando a dinâmica da relação transferencial e os sentimentos de contratransferência em qualquer tentativa para se realizar alguma ação terapêutica. A partir disso, é necessário poder registrar uma ordem de reflexão que se ocupe de revisar os conceitos utilizados nessa discussão para além do usualmente praticado, ir até suas origens, ao ponto de construção e incorporação desses à forma como o sujeito os opera no mundo.

Neste trabalho, assume-se a noção de que amor e ódio são forças que estão em relação dialética de mútua preservação e negação dentro do psiquismo dos sujeitos. Freud (1914; 1980), Klein ([1937]), Bion (1966) e Winnicott (1945) nos revelam ao longo de suas obras que os movimentos iniciais do bebê em busca de estabelecer contornos para si próprio nas suas primeiras relações com o mundo externo são marcados por essa vivência ambivalente de amor e ódio.

Em Winnicott (PELENTO, 1985), a agressão nas fases iniciais do desenvolvimento humano se expressa como a parte primitiva do amor, um desejo de possuir o objeto. Nessa fase, se a agressão traz destruição, é sempre incidental e secundária à satisfação do impulso amoroso, uma satisfação que deve ser sempre parcial, pois parte da energia fica fusionada na unidade ilusória, e a outra parte, vira movimento, motilidade, impulso para tocar barreiras que nem se sabe que existem. A partir desses simples atos, o bebê vai travando seu enfrentamento inicial com um mundo que ainda lhe é bastante desconhecido e enigmático. É também através de tais experiências que ele tem seus primeiros encontros com provas de que seu corpo existe. E isso tudo é o que pode ser chamado de a parte constitutiva da agressividade, que faz com que o sujeito se lance em busca de um contorno para si próprio, testando hipóteses para ser alguém separado daquele corpo original que o deu a e para a vida.

Essa tarefa não está livre de incidentes. Nesse início fundamental da existência de um corpo, a presença de uma mãe-ambiente-sintonizada é fundamental (WINNICOTT, [1956b]). Seu importante papel é tolerar essa derivação da energia – o ataque – que é uma busca, uma afirmação, para, aos poucos, poder oferecer resistência ou oposição. Esse momento inaugura a percepção ‘eu - não-eu’, na qual existe outro corpo, outra massa que não responde de forma simbiótica. Quando isso ocorre no momento adequado, que é sempre após a experiência de fusão, funda o descobrimento do bebê de seus limites; de seus impulsos como algo proveniente de seu interior, que agora começa a existir; de diferenças entre um mundo externo e um interno; mas, principalmente, da diferença entre força vital e agressão (PADOAN, GASTAUD e EIZIRIK, 2011). O bebê fantasia seu amor e sua agressividade frente a um objeto que vive dentro e fora de si mesmo. A mãe-ambiente participa de formas diferentes dentro da mente do bebê e fora dela: pode ser destruída dentro das fantasias, mas sobrevive no mundo externo. Começa a aprendizagem dos sentimentos de ambivalência, culpa e

reconstrução. Nessa fase, algo chamado realidade compartilhada se constitui (PELENTO, 1985).

A figura da mãe ou cuidador deve servir como barreira protetora de estímulos à experiência radical produzida por tantos sentimentos e intensidades com formas pouco definidas. Esses estímulos atravessam o corpo do bebê e provocam reações que devem, aos poucos, ser representadas para virarem ações. O sujeito precisa que as informações provenientes de seu ambiente sejam adaptadas às suas capacidades de construir estratégias dentro de si mesmo para responder ao seu ambiente. Dessa maneira, vai capacitando seu ser para lidar com a frustração e desprazer proveniente de seus movimentos (PELENTO, 1985).

Há um fato bastante relevante para a presente discussão que por vezes se mostra penoso aos olhos do observador, a saber, aceitar que existe ódio dentro do amor, aceitar que existe imperfeição por todos os lados e que justamente essa aceitação é o que torna possível sobrevivermos à afirmação acima. Porém, para que um bebê pequeno consiga e deseje se lançar para um mundo fora de si mesmo, é fundamental que, primeiramente, ele se sinta seguro de alguma garantia de perfeição. É essa a promessa que deve ser feita e que, no momento adequado, e apenas nesse momento, poderá ser quebrada (WINNICOTT, 2005).

A partir dessas afirmações, conclui-se que as forças que existem dentro do psiquismo do ser humano se relacionam de forma paradoxal e acabam por constituir uma espécie de capacidade para suporte e sustentação das tensões. Também é possível notar o quão delicado e espinhoso pode ser esse caminho que todos devem percorrer em busca de singularidade. Justamente por esse motivo, percebe-se a ideia de que o mundo externo, o ambiente no qual a criança se desenvolve, tem de cumprir algumas exigências mínimas para que essas experiências possam se tornar fonte de construção saudável para esse ser.

Admite-se que existe agressividade no bebê. Em princípio, essa força está a serviço de sua luta pela vida, forçando-o a se conectar com o mundo, jogando-o para fora de si mesmo, contestando-o em suas fantasias. Evidentemente, sabe-se que um bebê pequeno não tem condições para fazer mal algum ao seu redor na forma da agressão propriamente dita, mas esse simples fato para os adultos não é algo perceptível para ele, uma vez que apenas possui claro dentro de si o conteúdo de sua vida de fantasia e as moderações operacionalizadas por seu ambiente. Se existe capacidade para odiar, existe também capacidade para proteger o ser

amado, aquele que o satisfaz, de seu ímpeto destrutivo; e isso quando o verdadeiro dano ocorre no mundo interno, pois o bebê pode assumir como danos realizados uma ausência prolongada ou o humor deprimido, por exemplo, de seus cuidadores. Dessa forma, gradualmente, uma capacidade para conciliar satisfação e gratificação vai se desenvolvendo por meio da preservação do ser amado. Nessa jogada, o sujeito consegue elaborar estratégias primitivas para evitar ser danoso ao seu ambiente. No delicado processo de frustração decorrente do encontro com um ambiente que tem alteridade, o ódio pode caminhar em dois sentidos: o sujeito pode odiar uma parte de si mesmo, ou pode encontrar uma parte do ambiente, ou alguém que suporte ser odiado e ser o agente da frustração (WINNICOTT, [1939] e [1964]). O problema se encontra no fato dessa vivência ser muito mais fácil de ser relatada do que vivida.

Sabendo, então, que a realidade para o bebê é seu mundo de fantasias mesclado, em maior ou menor grau, com suas percepções iniciais do seu meio, vivendo entre o amor e o ódio, quando demasiadamente frustrado, corre o perigo de ver seu poder destrutivo triunfar sobre aquilo que é amado e necessário. Como diferenciar um ambiente que não responde e frustra por sua falta própria de empatia ou porque acabou danificado e arrasado pelos sentimentos do bebê?

Nos primórdios do desenvolvimento humano, a capacidade para manter vivas dentro de si as figuras de amor não é muito extensa. Necessita-se de cuidados e contato para que os sentimentos de amor possam se relacionar com os sentimentos ambivalentes de destruição e desespero. Na confusão da mistura entre amor e ódio, o mundo externo precisa ser um controlador e um apreciador das diferenças. Só assim o bebê pode ser estimulado à experimentação criadora de subjetividade. Essa capacidade é desenvolvida a partir de uma experiência de espera, constituída pela presença, ausência e retorno do ser amado. Ele deve poder se ausentar para que o bebê possa experimentar seus sentimentos de frustração, para se habilitar a enfrentá-los e mais tarde poder operacionalizá-los a serviço de seu eu. Também é fundamental que, nessa espera pelo retorno tão ansiado, o reencontro aconteça, e não de qualquer maneira, mas de forma prazerosa para ambos. É na experiência repetida dessa espera seguida pelo reencontro prazeroso que se desenvolve algo chamado esperança

(FIGUEIREDO, 2003)², uma espécie de confiança em poder se perder um pouco, para querer pertencer a um mundo que é sentido como bom. A partir daí, pode se sentir confiante para interagir com o ambiente e com a experiência do ‘não-eu’, agindo sobre seus impulsos agressivos, ao invés de apenas reagir a eles. E é dessa forma que a agressividade constitutiva de todo ser humano pode se tornar produção, em vez da mera agressão.

Dentro dessa busca por personalização, desenvolve-se algo fundamental no caminho da criança rumo à saúde: a capacidade de envolvimento, mais um conceito winnicottiano (WINNICOTT, [1962] e 1983). Essa aquisição do amadurecimento emocional apresenta uma saída para o problema da culpa experimentada nas vivências ambivalentes primitivas de seu relacionamento com o ambiente. Ao mesmo tempo, também permite certa possibilidade de integração das percepções ambivalentes de seus relacionamentos com os seres amados nos seus primeiros enfrentamentos com o mundo externo. Portanto exige certo senso de integração do ‘eu’ que permita o ‘preocupar-se’ e o ‘importar-se’, tornando-se uma espécie de noção de responsabilidade. Essa vivência vai sendo fortalecida na sua experimentação de cada dia e a partir dessas, aquisições vão sendo feitas na constituição desse sujeito como um ser no mundo. Mais uma vez, tem-se uma importante ferramenta para lidar com o intercâmbio de forças dentro do ‘eu’, a qual promove um grau de amadurecimento de um ser capaz de viver no paradoxo da imago do objeto bom e da vontade para o destruir.

Um ambiente que colabora, que abdica de moralismos, que se faz presente e disponível, com a atenção voltada ao instante emocional do bebê é um meio capaz de sobreviver a qualquer ataque violento motivado na fantasia e por fantasias e pensamentos assustadores. Com a manutenção de uma constância na presença dos cuidadores e na forma como se apresentam, a empatia fica estabelecida e os gestos espontâneos de carinho podem ser recebidos. Assim, na ânsia por consumir o ambiente, o bebê consegue contribuir para o seu meio, lhe oferecendo o prazer de seu gesto espontâneo de carinho, recebido com alegria e satisfação. Nessa complicada operação, sua vontade de destruir pode se transformar em culpa, que por sua vez tem a chance de se decompor e revelar o que é chamado de preocupação e responsabilidade ante e pelo o outro, uma capacidade para se envolver genuinamente. A responsabilidade por seus impulsos somente acontece quando a criança, já em um estado de

² Segundo Figueiredo (2003), esperança é um conceito que se remete às coisas internas, vida instintiva ativa. Traz a possibilidade para fazer uso de impulsos agressivos, transformando os danos da fantasia em bem no mundo. Esperar que o momento possa se representar para o sujeito.

integração do 'eu', consegue experimentar de maneira suficientemente tranquila (que se entenda por um certo coeficiente de apoio ambiental que dê sustentação à vida), seus impulsos e ideias destrutivas frente ao que é amado e desejado (WINNICOTT, [1966]). Culpa, responsabilidade e envolvimento tornam o ser humano capaz de viver afirmativamente seus desejos.

Toda essa descrição sobre o desenvolvimento emocional primitivo serve para que seja possível compreender o que falta na constituição psíquica do sujeito que padece do sintoma antissocial, que não conseguiu significar experiências de amor e ódio, no qual a aquisição de um sentimento de culpa não ocorreu e por consequência disto, responsabilidade e envolvimento não conseguem se inscrever em seu mundo de maneira razoável. Nesse primordial enfrentamento do mundo, o sujeito antissocial se viu privado de viver afirmativamente esses momentos fundamentais na construção de sua identidade desejante. Sendo assim, foi a partir da falha e da falta de algo que uma vez foi presente, e não da construção e da constância, que conseguiu emergir como pessoa. Isso quer dizer que os cuidados essenciais existiram em sua vida, porém falharam, desapareceram em um período superior à capacidade do sujeito de poder lembrar, confiar e esperar por seu retorno.

Se o mundo externo não se apresenta como referência, privando a criança da troca, tornando a espera insuportável e catastrófica para a manutenção de seu ser no mundo, pode acontecer desse sujeito concluir que seu poder para a destruição opera algo fora de si mesmo, para além de seu mundo de fantasia. Padecendo do predomínio dessas forças destrutivas sobre o amor, uma formação de compromisso possível para se salvar do caos é instaurada, operacionalizando no mundo externo, o mundo das relações, um conflito interno, tornando-se o sujeito o próprio agente das agressões sofridas. É a busca por controle externo na medida em que o controle interno falhou. Fazendo isso, o mundo acaba tendo de se encarregar dos cuidados com esse sujeito, pois a privação se torna desapossamento e não carência (WINNICOTT, [1956a]). Compelindo o meio a ser importante fonte de aquisições, assaltos, furtos, mentiras e agressividade, procura-se concretamente o momento perdido com toda a frustração, necessitando-se cada vez mais do encontro com algo de valor, ao mesmo tempo em que se anseia desesperadamente pelo fim da busca, que é finalmente um efeito concreto de seu comportamento impulsivo de atuar suas angústias.

O sujeito movido pelo sintoma antissocial tenta justamente demonstrar sua fragilidade e sua falta, mas só o que acaba encontrando é um reforço de sua tese de que o meio não é suficientemente capacitado para lhe dar continência. Assim, segue seu conhecido rumo da busca frenética e frustração repetida, que lhe causam inúmeros conflitos e rechaço, porém algo que lhe é conhecido há muito tempo. É o sofrimento pela perda de algo que foi bom até certa altura da vida, mas que desapareceu cedo demais para que sua representação pudesse se manter viva e atuante. A promessa foi quebrada prematuramente, deixando para trás um sujeito incapaz de atravessar com algum grau de confiança e segurança as dificuldades iniciais constitutivas de todos os seres humanos.

Sobre a Implicação da Moral na Clínica do Sintoma Anti-Social

Agrada-me pensar que haja um modo de vida que parte do pressuposto de que moralidade vinculada à submissão acaba tendo pouco valor, e de que é o senso de certo e errado de cada criança que esperamos encontrar em desenvolvimento, ao lado de tudo mais que se desenvolve por causa dos processos herdados que levam a todos os tipos de crescimento; um modo de vida que, partindo desse pressuposto, reconhece as dificuldades e empenha-se em estudá-las e aprender a enfrentá-las, na teoria e na prática (WINNICOTT, [1966], p. 120)

Faz-se notar, ao longo de todo o artigo, o quanto conceitos tidos como socialmente negativos em nosso costumeiro olhar podem ser encarados de forma oposta, ou desde um outro ponto de vista. É a partir de um redirecionamento do olhar, que foca um diferente possível, despojado de uma noção moralista do bem e do mal, que se deve pensar a clínica do sintoma antissocial em crianças e adolescentes.

Não é algo fácil de empreender, tendo em vista o impacto que causam esses atos destrutivos, que tornam o meio impotente, que apontam para a falta de controle e para o imprevisível desagradável. E quem sabe o mais difícil seja o fato ter de encarar a violência instintiva, impulsiva e descontrolada que existe dentro de cada um, o que se tem de selvagem, de supostamente menos humano, que transforme a tarefa em algo assustador. A primeira reação das pessoas àqueles que fogem dos padrões, aos que aparentemente se recusam a passar pela dor domesticante civilizatória que todos os sujeitos têm de suportar é de indignação, certo ódio invejante. Um sentimento que pode se tornar demasiadamente perigoso por impedir que seja possível perceber a real questão daqueles que estão à margem.

Como ousam escapar dos limites que todos acordaram e que a tantos fez podar iniciativas e sonhos? Se não têm limites, conclui-se que limites serão dados!

A delinquência infanto-juvenil, a falta de capacidade de envolvimento e de sentir culpa é percebida muitas vezes como uma afronta. E talvez isso seja a única questão realmente verdadeira nas reações comuns da sociedade em geral para esses casos. O problema é: quem realmente padece dessa afronta?

Envolvimento e capacidade para sentir culpa são aquisições das mais dolorosas que os humanos conquistam rumo à saúde mental e ao desenvolvimento. Quem sabe o que realmente afronta é a velha e amarga fantasia de que esse caminho pudesse ser empreendido sem dor. A atitude reacionária de muitos pode talvez ser compreendida dentro da desilusão de uma falsa promessa de que crescer não dói e que ser feliz é não ser triste. A brutal diferença entre quem padece do sintoma antissocial e de quem sente culpa e é capaz de se envolver talvez seja esta: são pessoas que não puderam ser iludidas pelas promessas românticas que ajudam a atravessar o mau tempo. Ao contrário do que se pensa quando o romantismo é confrontado pela realidade, o sujeito antissocial quer ser iludido, precisa disto e pede por isto. De fato, a afronta acontece a quem não tem a oportunidade de aprender a sofrer e que tem de se deparar com a dor sem a ilusão acima; a quem a realidade se apresentou cedo demais.

Outro grave problema se apresenta em buracos na lógica do pensar esse tipo de sujeito. Quando um terapeuta é solicitado a avaliar uma criança ou um adolescente com problemas de conduta, a escola e os pais geralmente funcionam na tentativa de corrigir os culpados por um ato ilícito. O psicoterapeuta muitas vezes é solicitado a trabalhar de acordo com essas premissas e promover um ambiente que ajude a vigiar e estabelecer os limites que estão faltando, ajudando o paciente a pagar por seus atos, para que assim se redima e aprenda a lição. Porém somos forçados a pensar: qual culpa? Como chamar esse tipo de sujeito de culpado, se o que se reivindica é que se trate para poder sentir a tal culpa? A questão é que desculpados eles também não podem ser. Parece estranho retirar algo de alguém que nunca o teve por inteiro.

A ideia de possuir um quadro de referência, conceito winnicottiano que abrange nossas ações, dando-nos certa segurança no enfrentamento do convívio em sociedade pode ser útil (WINNICOTT, [1966]). Se uma criança é deixada completamente livre por seus

cuidadores para fazer o que lhe vier em mente antes de haver interiorizado um quadro de referência, ela não terá a sensação da liberdade plena e gostosa de realizar todos os seus sonhos. O que acabará acontecendo é que ela ficará presa à angústia do infinito, do sem fronteiras. Poder tudo é de uma grandiosidade assustadora e de uma solidão e abandono desesperadores; é um excesso de desafio que torna a superação impossível e paralisa o movimento. O chamado quadro de referência é uma forma possível para que o terapeuta possa dar a necessária continência que prepara o sujeito de acordo com as suas aquisições, e não antes delas.

Provavelmente, à psicoterapia do sintoma antissocial esteja reservado um lugar bastante complexo. Porém o importante é lembrar os conhecimentos adquiridos na delicada luta pelo abandono da opção imediata da moral. À Justiça cabe seu papel de autoridade organizadora e reguladora da vida em sociedade, concretizando as normas e fazendo-as serem cumpridas; aos coletivos menores e às famílias, cabe o papel da continência, dos limites, de um ambiente externo que prometa dar conta da situação. Todavia o papel do terapeuta deverá trilhar outras direções.

O tratamento oferecido para esses casos necessita de um profissional que não pense em criminosos ou infratores, mas em alguém em sério risco para sua saúde mental, alguém a beira do abismo de perder sua humanidade. Para um entendimento mais amplo e uma técnica mais efetiva, a criança e o adolescente com problemas de conduta devem ser vistos como enfermos, cujos atos delinquentes representam uma importante mensagem em um mundo repleto de dúvidas e mágoas.

Sobre uma Clínica Possível Diante do Sintoma Anti-Social

Na clínica, trata-se o sujeito e não a sua tendência antissocial. Não se fala de um diagnóstico, uma vez que seus traços podem ser encontrados nos mais diversos tipos de funcionamento. A expressão desse mecanismo pode se dar através de destrutividade, roubo, mentiras, manipulação, os quais procuram o momento perdido de estabilidade ambiental que possa dar conta da tensão dos impulsos inconscientes (WINNICOTT, [1956a]).

O sujeito que rouba, por exemplo, tenta desesperadamente reviver sua experiência de privação sem ter de sustentá-la, e a isso se pode chamar de privação. Para diferenciar privação de deprivação, utiliza-se Keppe:

A privação é a experiência de abandono experimentada por um bebê quando muito pequeno e antes de ter desenvolvido na mente a capacidade de diferenciar o eu e o não-eu. Para Winnicott, as conseqüências da privação levam ao desenvolvimento de defesas radicais que culminariam na psicose infantil precoce. A deprivação, por sua vez, é uma terrível experiência de abandono que se passa após um período de bom desenvolvimento e cuidados adequados que possibilitaram à criança pequena desenvolver um eu capaz de reconhecer os agentes responsável pelo seu sofrimento no meio externo e é por isso que suas reações ao que lhe acontece serão direcionadas ao ambiente. (GORAYEB³ apud KEPPE, 2005)

Regido pela compulsão à repetição, o sujeito fixa-se nessa forma de enfrentar o mundo para, ao mesmo tempo, confirmar a tese de desapossamento e elaborar uma tentativa de lidar com a dor, quem sabe encontrando fora de si mesmo a tal falha ameaçadora. Tentando preencher sua falta de lugar através do lugar do outro, não passa pela experiência de forma afirmativa. É a recusa em perceber esse fato cruel que se impõe ao mundo exterior. A defesa é organizada na recusa dessa percepção traumatizante, perpetuando uma atitude infantil de fazer coexistirem duas posições irreconciliáveis: refutar e reconhecer a privação. Portanto, trata-se de uma formação de compromisso entre estas duas forças em conflito (WINNICOTT, [1956a]).

Essas pessoas têm capacidade para perceber a realidade externa e interna nos seus acontecimentos importantes e podem relatar o que captaram desses encontros, inclusive, ou especialmente, as situações traumáticas, porém não são capazes de integrá-las para que produzam algum sentido para sua própria vida e para seu sofrimento. Trata-se de um relato sem afeto, sem tempo, sem consistência. Ficam como que perdidos no meio de um simplório saber de todos os fatos. Assim, tudo que é percebido e armazenado, aquilo que vai moldando as experiências de vida do sujeito por sua repetição constante, acaba não promovendo uma saída para a situação traumática, uma tomada de decisão. O circuito é de uma total falta de plasticidade que se acumula no tormento e não em produção de vida, diferença, sentidos que possam fazer a ligação entre as vivências, e que possam dar conta de um rumo para a reconstrução da sua posição frente a esta dor (FIGUEIREDO, 2003).

³ GORAYEB, RAUL. O observador engajado. In: **Winnicott**: os sentidos da realidade. São Paulo: Duetto, 2005. (Coleção Memória da Psicanálise ; Revista Viver Mente e Cérebro)

Mas, mesmo assim, não há como fazer desse saber alguma coisa de útil. Por isso, conservam-se dotados, simultaneamente, de um saber que os torna muito desconfiados e sem esperança e, de outro lado, de uma ingenuidade e falta de experiência que os deixa permanentemente à mercê de surpresas e novos traumatismos. (FIGUEIREDO, 2003, p. 58)

Assim, é muito importante na clínica que o terapeuta não desperdice esse precioso momento de busca por esperança, o qual significa que há uma atividade mental que impulsiona para o reencontro com o objeto perdido, com a satisfação passada, com a fantasia que necessita de auxílio para se transformar em algo produtivo. Ninguém melhor do que o sujeito privado para saber que esse percurso tem defeitos, afinal, é exatamente dos defeitos que ele padece. Apenas é esse o jeito de pedir algo que é deveras essencial para que consiga seguir sobrevivendo e mostrando o que está errado. As ações antissociais são paradoxais, pois necessitam ser atendidas e não podadas. É claro que não se fala de permitir que a destruição siga seu curso natural sem barreiras, mas tentar encontrar uma brecha no circuito. O desenvolvimento normal foi interrompido e substituído por uma organização defensiva inferior em qualidade (WINNICOTT, [1956a]). É urgente que na psicoterapia o ato antissocial seja compreendido em toda a esperança que traz consigo. Na especificidade da relação transferencial, esses atos podem terminar de acontecer, só assim a criança ou o adolescente terá a chance de retomar seu viver desde o ponto de privação, para tentar redescobrir um ambiente humano, no qual seria possível reorganizar seus impulsos e sentimentos.

O desafio máximo para o tratamento é tentar buscar esse lapso no paradoxo perfeito da privação, não tentando desfazê-lo, não na pressa de curar, mas suportando no *setting* analítico suas agruras, para que delas possam nascer outras possibilidades de enxergar o trauma e a dor. Portanto as intervenções devem rumar para um lugar diferente que não reaja apenas ao desconforto. Como diz Figueiredo (2003), o mais difícil no enfrentamento desses casos é que, quando se parte para uma atitude punitiva controladora, não é apenas a esperança do paciente que morre de novo, mas pelos fortes impactos afetivos dos atos anti-sociais, a esperança do terapeuta acaba seriamente abalada. Assim, a única via possível para tentar tratar o sujeito que sofre é ir ao encontro do momento de esperança e corresponder a ele. Se este sujeito torna seu ambiente assim tão importante a ponto de pegar (roubar) dele o que acha necessário, encarregando-o de cuidar dele próprio (quando é pego e castigado), a tarefa do terapeuta é “[...] envolver-se com a pulsão inconsciente para administrá-la, tolerá-la e compreendê-la.” (WINNICOTT, [1956a], p 502).

Longe de disciplinar as crianças e adolescentes, o que dará o tom da experiência analítica será a possibilidade para re-experienciar seus impulsos, inclusive os agressivos, com a possibilidade de criação de um novo cenário onde testá-los e onde buscar referências. Dessa maneira, o que norteará o trabalho terapêutico será a estabilidade do ambiente proporcionando a possibilidade para outros tipos de vinculação e apoio ao eu do sujeito. Retomar o rumo do desenvolvimento, buscar certo grau de integração do 'eu' para captar a realidade externa e interna de forma diferenciada, desenvolver a experiência do sentimento de culpa genuíno e capacitar para o envolvimento são as diretrizes almejadas.

Uma vez admitida a possibilidade de ressignificar os déficits que estão na base da etiologia da tendência antissocial, é possível esperar que a criança e o adolescente escutados em sua queixa mais profunda, para além da obviedade do ato em si, consigam sair desse tipo de engrenagem e operar formas diferentes de lidar com sua dor. Porém, quando a única saída que se pode oferecer é uma visão moralista de seu padecimento, o ambiente terapêutico apenas lhe confirma a tese de que o mundo não merece seu respeito, pois suas necessidades básicas não foram consideradas. “Os fracassos acabarão chegando aos tribunais, mas os êxitos serão bons cidadãos.” (WINNICOTT, [1946], p. 133).

Considerações Sobre Ética e Técnica na Clínica do Sintoma Antissocial

Em busca de ética, privilegia-se a produção de vida, alteridade, diferença e plasticidade. São atitudes necessárias a um terapeuta, pois seu trabalho versa sobre o combate à fixidez de sintomas e formas de ser no mundo presas à organizações imaturas e insatisfatórias. O fantasma da tendência antissocial que não consegue ser exorcizado é um exemplo disso: está sempre presente na forma como a pessoa se relaciona, movendo suas escolhas, marcando e limitando as possibilidades de vida; não consegue sair do circuito, pois sua tentativa de preencher as falhas que sente dentro de si com coisas do mundo o leva cada vez mais para a prisão (muitas vezes literalmente); sente que tem direito sobre coisas que não são suas e sua inserção no meio, de tão desesperada, acaba assustando e afastando, deixando-o cada vez mais à margem de um mundo ao qual sonha pertencer. Seus direitos são esmigalhados e seu lugar é o do culpado, mesmo que a experiência genuína de culpa pudesse ser seu antídoto. Assim, o que se vê é uma lamentável inversão de papéis: a criança ou o adolescente antissocial deseja mostrar ao mundo o resultado de sua privação, porém acaba

cada vez mais excluído e privado, perdendo seu respeito justamente na tentativa mais delicada de esperança por esse mesmo respeito. Seu espaço de contestação não suporta suas exigências. Sua tese é confirmada: o mundo não é um lugar acolhedor nem de dentro do sujeito que se torna perigoso, nem de fora, pois vive fugindo das consequências de suas afrontas.

Segundo uma visão moralista, consegue-se encontrar a felicidade sendo um sujeito virtuoso. O risco está colocar o sujeito que sofre, que é diferente, em um lugar extremamente incapaz. Desprovido da força necessária para seguir sua vida, ele cria a necessidade de um ambiente institucionalizado, no qual saídas diferentes para encarar o curto-circuito do sintoma são difíceis de serem encontradas. No caso do sintoma antissocial pode se tornar criminoso, ganhando adjetivos e rótulos e virando o agente da falta: a falta de respeito pelo outro.

A intolerância se funda na impossibilidade de convívio do sujeito e do grupo social com a diferença do outro. A violência predatória do sujeito e do grupo social é seu desenlace inevitável, pois é a única forma que resta ao sujeito de gozar freneticamente, diante da impossibilidade de desejar e face à sua pobreza simbólica. Para barrar essa atração fatal (...) é preciso inventar novos ideais alteritários que lhes possibilitem pender para o pólo do outro e relançar seu desejo de maneira permanente, sem os quais esta abertura para o outro é quase impossível, pois o sujeito não pode encontrar suportes consistentes para reconhecer o outro em sua diferença e singularidade (BIRMAN, 2003, p. 300)

Seguindo o ponto de vista centrado em uma ética do sujeito, a clínica deve mostrar para aquele que sofre sua potência criadora de novas formas de subjetivação, promovendo o desenvolvimento de uma envergadura necessária para que da coragem de viver sua dor mais profunda, surja a possibilidade para a produção de outro caminho possível de sentidos que visem a trazer maior satisfação, mais um passo adiante. A psicoterapia deve se ocupar de capacitar o corpo que sofre a se reconstruir a partir da oportunidade de viver as intensidades da vida. Na medida em que é fato consumado que os sujeitos movem as instituições porque essas são uma abstração de sua potência de vida, necessita-se operacionalizar os conceitos dentro da forma como esse difícil dilema do marginalizado é recebido.

Considerações Finais

O sujeito privado precisa vislumbrar, através do tratamento, outros caminhos de produção de sentidos para sua existência, os quais possam autorizá-lo a viver sua experiência de privação de forma afirmativa, ou seja, que utilize suas percepções e sensações frente à sua

dor com o trânsito necessário para a construção de uma elaboração da tragédia, e não a repetição estéril do sintoma (BIRMAN, 2003). No *setting* terapêutico, um cenário que autorize o surgimento das fantasias necessariamente não pode ser mais um reforço ao excesso de limitações impostas pelo ambiente. O espaço do tratamento deverá estar disponível para realizar a regressão que tanto pede o ato antissocial, para que o mesmo seja acolhido e ressignificado, trocando o reagir puro e simples por uma construção de enfrentamento subjetivo da dor.

Contudo não se trata absolutamente de condescendência, afinal seria ultraje querer despossar ainda mais esse sujeito, tirando-lhe, inclusive, a responsabilidade por seus atos, atacando-lhe em seu último resquício de luta por esperança. Não se pode responder ao sintoma antissocial com mais uma desmentida. No momento em que é possível receber o ato antissocial como uma busca desesperada, certamente atrapalhada e agressiva, a postura clínica deveria assumir seu enfrentamento na responsabilidade ética de acolher o gesto, suportá-lo e trabalhá-lo junto com o paciente. Trata-se de um material precioso. O porto seguro da lei e da moral, que oferece possibilidades de enquadramento, é necessário, mas o tratamento dessa problemática exige ir mais além. No cenário da psicoterapia, as regras têm de ser abrangentes: é fundamental que seja um espaço da realidade e que considere a moral e os bons costumes, afinal, não se quer promover a marginalidade; porém a ética deve ser o guia mestre. A moral não constitui, para o terapeuta, parâmetros de saúde e doença. Submissão não significa libertação de sintomas. Deve-se promover o trabalho da dor de pertencer a um grupo civilizado, que traz referência e segurança. Essa dor não significa que o lugar não se aplica ao sujeito, apesar de ser o que ele muitas vezes conclui. As normas necessárias e a forma como lidar com elas mantendo alteridade, sendo alguém bem-vindo principalmente, ao invés do rechaço, são objetivos terapêuticos fundamentais.

O problema para a escuta clínica e para o terapeuta é que o sintoma antissocial se expressa através de atos anti-sociais. Não se pode criar um estatuto de como retorna o recalado, ou de como os *déficits* emergirão, assim o trabalho é imprevisível e por vezes doloroso. O psicoterapeuta que se dispõe a trabalhar com esses pacientes deve estar preparado, pois se supõe certa capacidade para sair do lugar comum.

A partir das reflexões deste artigo, é possível repensar de forma crítica alguns posicionamentos adotados frente a emergências sociais. É fácil equivocar-se diante de tão

delicado assunto. A psicanálise pode oferecer ao social uma possibilidade diferenciada de discutir a questão dos atos antissociais, apresentando formas pertinentes de se lidar com a dificuldade de manejo de tais casos de forma terapêutica. O intuito seria de promover a recuperação da privação não através de desapossamento repassado ao outro, mas tentando encontrar um lugar no mundo que represente o sujeito. Dotados desses conhecimentos e considerações, o terapeuta tem apenas a possibilidade ética de decidir se é capaz ou não de sustentar esta demanda.

Referências

- BION, W. R. **O aprender com a experiência e elementos de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1966.
- BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- FIGUEIREDO, L. C. **Revisitando as psicologias**: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos. Petrópolis: Vozes, 1995.
- _____. **Psicanálise**: elementos para a clínica contemporânea. São Paulo: Escuta, 2003.
- FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução [1914]. In: **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. v. XXIII.
- GIACCOIA JÚNIOR, O. **Nietzsche como psicólogo**. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 2001.
- HOLANDA, A. B. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- KEPPE, R. L. D. **Tendência anti-social**: a compreensão dos pais sobre a agressividade de seus filhos. 2005. Disponível em: <www.transpsicanalise.com.br/Tendencia%20Anti%20Social.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2011.
- KLEIN, M. Amor culpa e reparação [1937]. In: _____. **Amor culpa e reparação e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- NAFAH NETO, A. **O inconsciente como potência subversiva**. São Paulo: Escuta, 1992.
- PADOAN, C.; GASTAUD, M.; EIZIRIK, C. O conceito de "melhora" nos tratamentos psicanalíticos: uma revisão sobre os objetivos terapêuticos. 2011. No prelo.
- PELENTO, M. L. Teoría de los objetos y proceso de curación en el pensamiento de D. Winnicott. **Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados**, n. 11, p. 189-197, 1985.

WINNICOTT, D. W. A agressão e suas raízes; Agressão. [1939]. In: _____. **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. A ausência de um sentimento de culpa [1966]. In: _____. **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. A tendência anti-social. [1956a]. In: _____. **Textos selecionados**: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: F. Alves, 1988.

_____. Agressão, culpa e reparação. [1960]. In: _____. **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. Alguns aspectos psicológicos da delinquência juvenil. [1946]. In: _____. **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. Desenvolvimento emocional primitivo. [1945]. In: _____. **Textos selecionados**: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: F. Alves, 1988.

_____. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.

_____. O desenvolvimento da capacidade de envolvimento. [1963]. In: _____. **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. Preocupação materna primária. [1956b]. In: _____. **Textos selecionados**: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: F. Alves, 1988.

_____. Raízes da agressão [1964]. In: _____. **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

Artigo enviado à Comissão Editorial em outubro de 2011