

IEPP
Pasta Winnicott

1,20

D. W. Winnicott
**PRIVAÇÃO E
DELINQUÊNCIA**

Tradução ALVARO CABRAL

Revisão MONICA STAHEL

Martins Fontes
São Paulo 2005

14. A tendência anti-social

(Conferência proferida na British Psycho-analytical Society,
20 de junho de 1956)

A tendência anti-social cria para a psicanálise alguns problemas espinhosos, problemas de natureza prática e teórica. Freud, através de sua introdução ao livro de Aichhorn, *Wayward Youth*, mostrou que a psicanálise não só contribui para a compreensão da delinqüência como é enriquecida por uma compreensão do trabalho daqueles que lidam com delinqüentes.

Decidi discutir não a delinqüência mas a tendência anti-social. A razão é que a defesa anti-social organizada está sobrecarregada de ganho secundário e reações sociais que tornam difícil ao investigador atingir seu âmago. Em contrapartida, a tendência anti-social pode ser estudada tal como se apresenta na criança normal ou quase normal, em que se relaciona com dificuldades inerentes ao desenvolvimento emocional.

Começarei com duas simples referências a material clínico:

Para a minha primeira análise escolhi um delinqüente. Esse menino compareceu regularmente, durante um ano, e o tratamento foi suspenso por causa dos distúrbios que causou na clínica. Eu poderia dizer que a análise estava correndo bem e sua interrupção afligiu tanto o menino quanto a mim mesmo, apesar de, em numerosas ocasiões, eu ter sido seriamente mordido nas nádegas. Certa vez o menino fugiu para cima do telhado; outra vez, derramou tanta água que o andar térreo ficou inundado. Arrombou meu carro e arrancou em primeira, na

partida automática. A clínica ordenou que o tratamento cessasse, para o bem dos outros pacientes. Ele foi para um reformatório.

Devo dizer que hoje ele está com 36 anos e tem ganho a vida num emprego que se adapta à sua natureza irrequieta. Está casado e tem vários filhos. No entanto, receio acompanhar o seu caso por temer envolver-me de novo com um psicopata, e prefiro que a sociedade continue se encarregando de cuidar dele.

Pode-se facilmente perceber que o tratamento para esse menino não deveria ser psicanálise, mas internação especializada. A psicanálise só fazia sentido se adicionada à internação. Desde essa época, tenho observado analistas de todas as correntes fracassarem na análise de crianças anti-sociais.

Em contrapartida, a história seguinte destaca o fato de que uma tendência anti-social pode, por vezes, ser tratada muito facilmente se o tratamento for coadjuvante da assistência ambiental especializada.

Fui solicitado por uma amiga a examinar o caso de seu filho, o primogênito de uma família de quatro. Ela não podia trazer-me John abertamente por causa do marido, que faz objeções à psicologia por motivos religiosos. Tudo o que ela pôde fazer foi ter uma conversa comigo sobre a compulsão do menino para roubar, o que estava se tornando um problema muito sério; ele roubava em grande escala, em lojas e em casa. Por razões práticas, a única coisa possível foi combinarmos um almoço rápido num restaurante, durante o qual ela me contou o problema e pediu meu conselho. Eu só tinha aquele momento e aquele lugar para fazer alguma coisa. Portanto, expliquei-lhe o significado do roubo e sugeri que ela encontrasse um bom momento em suas relações com o menino e lhe desse uma interpretação. Ao que parecia, John e a mãe tinham alguns momentos de boas relações mútuas todas as noites, depois que ele ia para a cama; então, geralmente, ele gostava de contemplar e falar sobre as estrelas e a lua. Esse momento poderia ser usado.

Sugeri: "Por que não dizer a John que você sabe que, quando ele rouba, ele não está querendo as coisas que rouba mas procura algo a que tem direito: está protestando contra a mãe e o pai porque se sente privado do amor de ambos?". Recomendei-lhe que usasse uma linguagem que o menino pudesse entender. Devo dizer que eu conhecia suficientemente essa família, em que os pais são músicos, para perceber como esse menino, em certa medida, sofrera privação, embora tivesse um bom lar.

Algum tempo depois recebi dessa amiga uma carta dizendo-me que fizera o que eu havia sugerido. "Disse-lhe que o que ele realmente queria quando roubava dinheiro, alimentos e outras coisas, era sua mãe; devo dizer que realmente não esperava que ele entendesse isso, mas parece que entendeu. Perguntei-lhe se achava que não o amávamos por ele às vezes ser tão travesso, e ele respondeu sem pestanejar que achava que não o amávamos muito. Pobre criança! Eu me senti tão mal, nem lhe posso explicar. Então eu lhe disse para nunca, nunca mais duvidar e disse-lhe que, se alguma vez ele sentisse dúvida me fizesse lembrar de dizer outra vez. Mas é claro que não precisarei ser lembrada por muito tempo, foi um choque tão grande. Parece que todos nós precisamos desses choques. Assim, estou sendo muito mais demonstrativa, para tentar evitar que ele volte a ter dúvidas. E até agora não houve mais nenhum roubo."

A mãe conversava com a professora de John, explicando-lhe que o menino necessitava de amor e compreensão, e obtivera a colaboração dela, embora o menino desse muito trabalho na escola.

Agora, depois de oito meses, é possível informar que não houve recaída no roubo, e as relações entre o menino e a família melhoraram muito.

Ao considerar este caso, devo lembrar que eu conhecera muito bem a mãe durante sua adolescência e, em certa medida, vira-a superar uma fase anti-social própria. Ela era a primogênita de uma família numerosa. Tinha um lar muito bom, mas o pai exercera uma disciplina férrea, especialmente na época em que ela era pequena. Portanto, o que eu fiz teve o efei-

to de uma dupla terapia, tornando essa jovem mulher capaz de adquirir um *insight* sobre suas próprias dificuldades através da ajuda que pôde prestar ao filho. Quando conseguimos ajudar os pais a ajudarem seus filhos, na verdade estamos ajudando-os a respeito de si mesmos.

(Num outro estudo, proponho-me fornecer exemplos clínicos que ilustram o lidar com crianças com tendência anti-social; aqui, não faço mais do que tentar uma breve exposição da base de minha atitude pessoal em face do problema clínico.)

Natureza da tendência anti-social

A tendência anti-social *não é um diagnóstico*. Não se compara diretamente com outros termos diagnósticos, como neurose e psicose. A tendência anti-social pode ser encontrada num indivíduo normal ou num indivíduo neurótico ou psicótico.

Por uma questão de simplicidade, irei referir-me apenas a crianças, mas a tendência anti-social pode ser encontrada em todas as idades. Os vários termos em uso podem ser reunidos da seguinte maneira:

Uma criança *sofre privação* quando passam a lhe faltar certas características essenciais da vida familiar. Torna-se manifesto um certo grau do que poderia ser chamado de "complexo de privação". O *comportamento anti-social* será manifesto no lar ou numa esfera mais ampla. Em virtude da *tendência anti-social*, a criança poderá finalmente ter que ser *considerada desajustada* e receber tratamento num *alojamento para crianças desajustadas*, ou pode ser levada aos tribunais como *criança incontrolável*. Agora, *delinqüente*, a criança pode tornar-se um indivíduo em *liberdade condicional* sob mandado judicial ou ser enviada para um *reformatório*. Se um aspecto importante do lar deixa de funcionar, a criança pode ser assumida pelo Children's Committee (conforme o *Children Act*, 1948) e receber "*assistência e proteção*". Se possível, será encontrado um lar adotivo. Caso todas essas medidas fracassem, o jovem adulto será considerado um *psicopata* e remetido pelos tribunais para um instituto correcional para

jovens delinqüentes ou para uma prisão. Pode ter-se estabelecido uma tendência para repetir crimes, para o que se usa o termo *reincidência*.

Nada disso se refere ao diagnóstico psiquiátrico do indivíduo.

A tendência anti-social caracteriza-se por *um elemento nela que compele o meio ambiente a ser importante*. O paciente, através de pulsões inconscientes, compele alguém a encarregar-se de cuidar dele. É tarefa do terapeuta envolver-se com a pulsão inconsciente do paciente, e o trabalho é realizado pelo terapeuta em termos de administrar, tolerar e compreender.

A tendência anti-social implica esperança. A ausência de esperança é a característica básica da criança que sofreu privação que, é claro, não está sendo anti-social o tempo todo. No período de esperança a criança manifesta uma tendência anti-social. Isso pode ser constrangedor para a sociedade em geral e para você, se a sua bicicleta é que foi roubada, mas aqueles que não estão pessoalmente envolvidos podem discernir a esperança subjacente na compulsão para roubar. Talvez uma das razões por que tendemos a deixar para outros a terapia do delinqüente seja o fato de nos desagradar sermos roubados.

A compreensão de que o ato anti-social é uma expressão de esperança é vital no tratamento de crianças que apresentam tendência anti-social. Vemos constantemente o momento de esperança ser desperdiçado, ou desaparecer, por causa de má administração ou intolerância. É outro modo de dizer que o tratamento da tendência anti-social não é psicanálise, mas administração, uma conduta no sentido de ir ao encontro do momento de esperança e corresponder a ele.

Existe uma relação direta entre a tendência anti-social e a privação. Isso é conhecido desde longa data pelos especialistas nesta área, mas deve-se predominantemente a John Bowlby o fato de haver hoje um reconhecimento generalizado das relações entre a tendência anti-social e a privação emocional, tipicamente no período que vai até a idade em que a criança começa a dar os primeiros passos, entre um e dois anos de idade.

Quando existe uma tendência anti-social, *houve um verdadeiro desapossamento* (não uma simples carência); quer dizer, houve perda de algo bom que foi positivo na experiência da crian-

ça até uma certa data¹, e que foi retirado; a retirada estendeu-se por um período maior do que aquele em que a criança pode manter viva a lembrança da experiência. A descrição abrangente da privação inclui o antes e o depois, o ponto exato do trauma e a persistência da condição traumática, e também o quase normal e o claramente anormal.

Nota

Numa explicação com palavras minhas da posição depressiva descrita por Melanie Klein, procurei deixar clara a íntima relação existente entre o conceito de Klein e a ênfase de Bowlby sobre a privação. Os três estágios definidos por Bowlby da reação clínica de uma criança de dois anos que é hospitalizada podem receber uma formulação teórica em termos da gradual perda de esperança por causa da morte do objeto interno ou versão introjetada do objeto externo que se perdeu. Pode-se discutir ainda a importância relativa da morte do objeto interno através da raiva e do contato de "objetos bons" com produtos do ódio no interior da psique, e a maturidade ou imaturidade do ego na medida em que isso afeta a capacidade para manter viva uma lembrança.

Bowlby necessita da intrincada descrição de Klein que foi construída em torno do entendimento da melancolia, e que deriva de Freud e Abraham²; mas também é verdade que a psicanálise necessita da ênfase de Bowlby sobre a privação, se é que a psicanálise algum dia aceitará o problema especial da tendência anti-social.

Existem sempre duas direções na tendência anti-social, embora às vezes uma seja mais acentuada do que a outra. Uma dire-

1. Essa idéia parece estar implícita no livro de Bowlby, *Maternal Care and Mental Health*, p. 47 [Título da edição brasileira: *Cuidados maternos e saúde mental*, Martins Fontes], onde ele compara suas observações com as de outros e sugere que os diferentes resultados se explicam de acordo com a idade de uma criança na época da privação.

2. Ver o Capítulo 15 deste volume. (Nota dos organizadores.)

ção é representada tipicamente pelo roubo e a outra pela destrutividade. Numa direção, a criança procura alguma coisa, em algum lugar, e não a encontrando busca-a em outro lugar, quando tem esperança. Na outra, a criança está procurando aquele montante de estabilidade ambiental que suporte a tensão resultante do comportamento impulsivo. É a busca de um suprimento ambiental que se perdeu, uma atitude humana que, uma vez que se possa confiar nela, dê liberdade ao indivíduo para se movimentar, agir e se excitar.

É sobretudo por causa da segunda tendência que a criança provoca reações ambientais totais, como que buscando uma moldura cada vez mais ampla, um círculo que teve como seu primeiro exemplo os braços da mãe ou o corpo da mãe. É possível discernir uma série – o corpo da mãe, os braços da mãe, a relação parental, o lar, a família (incluindo primos e parentes próximos), a escola, a localidade com suas delegacias policiais, o país com suas leis.

Ao examinar a criança quase normal e (em termos de desenvolvimento individual) as raízes da tendência anti-social, desejo ter em mente o tempo todo essas duas tendências: a busca de objeto e a destruição.

Furto

O furto está no centro da tendência anti-social, associado à mentira.

A criança que furta um objeto não está desejando o objeto roubado, mas a mãe, sobre quem ela tem direitos. Esses direitos derivam do fato de que (do ponto de vista da criança) a mãe foi criada pela criança. A mãe satisfaz a criatividade primária da criança e, assim, converteu-se no objeto que a criança estava disposta a encontrar. (A mãe não podia ter criado a mãe; além disso, o significado da mãe para a criança depende da criatividade desta última.)

Será possível unir as duas tendências, o furto e a destruição, a busca de objeto e aquilo que a provoca, as compulsões libidinais e agressivas? Na minha opinião, a união das duas tendências

está na criança e representa *uma tendência para a autocura*, cura de uma dissociação de instintos.

Quando há, na época da privação original, alguma fusão de raízes agressivas (ou motilidade) com raízes libidinais, a criança reclama a mãe por uma combinação de furto, agressividade e sujeira, de acordo com os detalhes específicos do estado de desenvolvimento emocional dessa criança. Quando existe menos fusão, a busca de objeto e a agressão estão mais separadas uma da outra e há um maior grau de dissociação na criança. Isso leva à proposição de que *o valor de incômodo da criança anti-social é uma característica essencial*, e também é, sob o aspecto positivo, *uma característica favorável* que indica ainda uma potencialidade de recuperação da fusão perdida dos impulsos libidinais e da motilidade.

Comumente, ao cuidar da criança, a mãe está constantemente lidando com o valor de incômodo de seu bebê. Por exemplo, é comum o bebê urinar no colo da mãe enquanto é amamentado. Mais tarde, isso aparece como uma regressão momentânea durante o sono ou no momento do despertar, e resulta a enurese. Qualquer exagero do valor do incômodo de um bebê pode indicar a existência de um certo grau de privação e tendência anti-social.

A manifestação da tendência anti-social inclui roubo, mentira, incontinência e, de modo geral, uma conduta desordenada, caótica. Embora cada sintoma tenha seu significado e valor específico, o fator comum para o meu propósito de tentar descrever a tendência anti-social é o *valor de incômodo dos sintomas*. Esse valor de incômodo é explorado pela criança e não é um caso fortuito. Boa parte da motivação é inconsciente, mas não necessariamente toda ela.

Primeiros sinais de tendência anti-social

Na minha opinião, os primeiros sinais de privação são tão comuns que passam por normais; veja-se, por exemplo, o comportamento imperioso com que a maioria dos pais se defrontam com um misto de submissão e reação. *Isso não é onipotência infantil*, que é uma questão de realidade psíquica, não de comportamento.

Um sintoma anti-social muito comum é a avidez estreitamente relacionada à inibição de apetite. Se estudarmos a avidez encontraremos o complexo de privação. Em outras palavras, se um bebê é ávido, existe um certo grau de privação e alguma compulsão para buscar uma terapia para essa privação através do meio ambiente. O fato de que a própria mãe está disposta a satisfazer a avidez do bebê facilita o êxito terapêutico na grande maioria dos casos em que essa compulsão pode ser observada. A avidez num bebê não é a mesma coisa que voracidade. A palavra voracidade é usada na explicação teórica das imensas reivindicações instintivas que um bebê faz à mãe no início, ou seja, quando o bebê está apenas começando a permitir que a mãe tenha uma existência separada, na aceitação inicial do Princípio de Realidade.

Entre parênteses: às vezes diz-se que a mãe necessariamente falha em sua adaptação às necessidades do bebê. Não será uma idéia equivocada, baseada numa consideração das necessidades do id e numa negligência das necessidades do ego? A mãe necessariamente falha em satisfazer exigências instintuais, mas pode ser completamente bem-sucedida em não “decepcionar o bebê”, *em satisfazer as necessidades do ego* até que o bebê tenha uma mãe-suporte do ego introjetada e tenha idade suficiente para manter essa introjeção, a despeito de deficiências de suporte ao ego no ambiente real.

O impulso de amor primitivo (pré-remorso) não é a mesma coisa que avidez implacável. No processo de desenvolvimento do bebê, o primitivo impulso de amor e a avidez estão separados pela adaptação materna. A mãe necessariamente não mantém um alto grau de adaptação às necessidades do id e, em certa medida, portanto, todo o bebê sofre privação, mas é capaz de induzir a mãe a curar esse estado de subprivação, na medida em que ela cuida dessa avidez, da sujeira do bebê etc., que são sintomas de privação. A avidez é parte da compulsão do bebê para buscar uma cura por parte da mãe que causou a privação. Essa avidez é anti-social: é a precursora do furto e pode ser atendida e curada pela adaptação terapêutica da mãe, tão facilmente confundida com excesso de mimo. Deve-se dizer entretanto que, faça a mãe o que fizer, *isso não anula o fato de que*, primeiro, ela falhou em sua adaptação às necessidades do ego do bebê. A mãe geralmente é capaz de

atender às reclamações compulsivas do bebê e, assim, realizar uma *terapia* bem-sucedida do complexo de privação que está próximo de seu ponto de origem. Ela se aproxima de uma cura porque torna o ódio do bebê capaz de expressar-se, embora ela, a terapeuta, seja de fato a mãe privadora.

Assinale-se que, enquanto o bebê não tem obrigação alguma para com a mãe no que diz respeito à satisfação, por parte dela, do impulso de amor primitivo, existe um certo sentimento de obrigação como resultado da terapia da mãe, ou seja, a vontade dela de satisfazer as reclamações decorrentes da frustração, reclamações que começam a ter valor de incômodo. A terapia pela mãe pode curar, mas isso não é amor materno.

Esse modo de encarar a indulgência da mãe em relação ao seu bebê envolve uma descrição de cuidados maternos mais complexa do que é geralmente aceitável. O amor materno é freqüentemente considerado em termos dessa indulgência, que é, de fato, *uma terapia a respeito de uma omissão de amor materno*. É uma terapia, uma segunda oportunidade dada às mães, das quais nem sempre se pode esperar que tenham tido êxito em sua tarefa inicial e sumamente delicada de amor primário. Se a mãe realiza essa terapia como uma formação reativa resultante de seus próprios complexos, então o que ela faz chama-se mimar. Na medida em que é capaz de realizá-la porque vê a necessidade de satisfazer as reclamações da criança e de ceder à voracidade compulsiva desta, então é uma terapia, geralmente bem-sucedida. Não só a mãe, mas também o pai e, na verdade, a família, podem estar envolvidos.

Clinicamente, existe uma linha divisória pouco nítida entre a terapia materna bem-sucedida e a que fracassa. É freqüente a mãe mimar o bebê e, no entanto, essa terapia não ser bem-sucedida, pois a privação inicial foi excessivamente severa para que possa ser corrigida "por primeira intenção" (para usar um termo da cirurgia de ferimentos).

Assim como a avidez pode ser uma manifestação de reação à privação e de uma tendência anti-social, o mesmo pode ser dito da sujeira (defecar, urinar) e da destrutividade compulsiva. Todas essas manifestações estão intimamente interligadas. Na enurese noturna, que é uma queixa tão comum, a ênfase recai sobre a regressão no momento do sonho, ou sobre a compulsão anti-social para reivindicar o direito de molhar o corpo da mãe.

Num estudo mais completo do furto, eu teria que me referir à compulsão para sair e comprar alguma coisa, que é uma manifestação comum da tendência anti-social que observamos em nossos pacientes psicanalíticos. É possível realizar uma análise longa e interessante de um paciente sem afetar esse tipo de sintoma, que não pertence às defesas neuróticas ou psicóticas do paciente mas sim à sua tendência anti-social, aquilo que é uma reação à privação de um tipo especial e teve lugar numa época especial. De tudo isso, fica claro que os presentes de aniversário e as mesadas absorvem parte da tendência anti-social que deve ser normalmente esperada.

Na mesma categoria da saída para fazer compras encontramos, clinicamente, uma "saída" sem objetivo, a *vadiagem*, uma tendência centrífuga que substitui o gesto centrípeto implícito no roubo.

A perda original

Há um ponto especial que desejo sublinhar. Na base da tendência anti-social está uma boa experiência inicial que se perdeu. Sem dúvida, *é uma característica essencial que o bebê tenha atingido a capacidade de perceber que a causa do desastre reside numa falha ou omissão ambiental*. O conhecimento correto de que a causa da depressão ou desintegração é externa, e não interna, é responsável pela distorção da personalidade e pelo impulso para buscar uma cura através de novos suprimentos ambientais. O estado de maturidade do ego, possibilitando uma percepção desse tipo, determina o desenvolvimento de uma tendência anti-social, em vez de uma doença psicótica. Um grande número de compulsões anti-sociais apresenta-se e é tratado com êxito pelos pais, nos estágios iniciais. Entretanto, as crianças anti-sociais pressionam constantemente para obter essa cura por meio de suprimentos ambientais (inconscientemente, ou por motivação inconsciente), mas são incapazes de fazer uso delas.

Tudo indica que o momento da privação original ocorre durante o período em que o ego do bebê ou da criança pequena está em processo de realização da fusão das raízes libidinais e agressivas (ou motilidade) do id. No momento de esperança, a criança:

Percebe um novo ambiente que possui alguns elementos de confiabilidade.

Experimenta um impulso que poderia ser chamado de busca do objeto.

Reconhece o fato de que a implacabilidade está prestes a tornar-se uma característica marcante e, assim:

Agita o ambiente imediato num esforço para alertá-lo para o perigo e para organizá-lo de modo que tolere o incômodo.

Se a situação se mantém, o ambiente deve ser testado repetidamente em sua capacidade para suportar a agressão, para impedir ou reparar a destruição, para tolerar o incômodo, para reconhecer o elemento positivo na tendência anti-social, para fornecer e preservar o objeto que é procurado e encontrado.

Num caso favorável, quando não existe excesso de loucura ou compulsão inconsciente ou organização paranóide etc., as condições favoráveis podem, com o tempo, habilitar a criança a encontrar e amar uma pessoa, em vez de continuar a busca através de reivindicações dirigidas a objetos substitutos que perderam todo o seu valor simbólico.

No estágio seguinte, a criança precisa estar apta a sentir desespero numa relação, em vez de esperança apenas. Para além disso está a probabilidade real de uma vida para a criança. Quando os supervisores e o pessoal de um alojamento conduzem uma criança através de todos os processos, *eles realizaram uma terapia que é certamente comparável ao trabalho analítico.*

Comumente, os pais fazem esse trabalho completo com um de seus próprios filhos. Mas muitos pais que estão perfeitamente aptos a criar filhos normais são incapazes de obter êxito com algum de seus filhos que eventualmente manifeste uma tendência anti-social.

Nesta exposição, omiti deliberadamente referências à relação da tendência anti-social com:

Atuação (*acting out*).

Masturbação.

Superego patológico, culpa inconsciente.

Estágios de desenvolvimento libidinal.

Compulsão de repetição.

Regressão ao pré-envolvimento.

Defesa paranóide.

Vinculação com o sexo a respeito da sintomatologia.

Tratamento

Em resumo, o tratamento da tendência anti-social não é a psicanálise. É o provimento de cuidados à criança, que podem ser redescobertos pela própria criança e nos quais ela pode experimentar de novo os impulsos do id, com possibilidades de testá-los. É a estabilidade do novo suprimento ambiental que dá a terapêutica. Os impulsos do id devem ser experimentados, para que façam sentido, num quadro de ligação com o ego, e, quando o paciente é uma criança que sofreu privação, a ligação egóica deve obter apoio do lado do relacionamento com o terapeuta. De acordo com a teoria apresentada neste estudo, é o ambiente que deve dar nova oportunidade à ligação egóica, uma vez que a criança percebeu que foi uma falha ambiental no apoio ao ego que redundou originalmente na tendência anti-social.

Se a criança está em análise, o analista deve permitir que o peso da transferência se desenvolva fora da análise ou então deve esperar que a tendência anti-social se desenvolva com total vigor na situação analítica, e deve estar preparado para suportar seu impacto.