

Reflexões sobre pedofilia na perspectiva da teoria do amadurecimento de Winnicott

Antônio Rivaldo Brasil de Lima

IBPW/IWA/Sedes Sapientiae

1. Introdução

A corrente psicológica a que me filio considera a maturidade sinônimo de saúde. A criança de dez anos que é saudável é madura para sua idade; o infante sadio de três anos tem a maturidade de um infante de três anos; o adolescente sadio é um adolescente maduro, e não um adulto precoce. O adulto sadio é maduro enquanto adulto, o que significa que já transpôs todos os estágios de imaturidade, isto é, todos os estágios maduros anteriores. (1960/2011, p. 129)

O funcionamento psíquico do adulto que sente atração sexual por crianças tem sido motivo de grandes discussões, embora ainda pouco se pesquise sobre o assunto. Quando essa atração é atuada e ocorre a violência sexual, a maior parte dos profissionais de saúde mental é impelida a prestar o atendimento à vítima, mas é resistente em atender aquele que figura como autor do abuso.

Meu interesse por esse tema iniciou em 2015, quando comecei a trabalhar no Centro de Referência às Vítimas de Violência (CNRVV) do Instituto Sedes Sapientiae (São Paulo). O público-alvo dos atendimentos eram crianças e adolescentes, suas famílias e, quando possível, o autor da violência. A este último, quando a violência era sexual, o atendimento era raro; primeiro, porque eles não aceitavam; segundo, porque quando abriam uma mínima possibilidade, não se sentiam acolhidos o suficiente para continuarem. Na verdade, não tinha profissionais interessados em acolhê-los, e certamente eles percebiam isso.

Na ocasião, eu era o único da equipe disponível para atender esse público. Alguns colegas diziam que “não tinham estômago” para esse tipo de escuta. Aos poucos casos que chegavam, eu era designado para o atendimento. Paralelamente a isso, fazia minha formação em psicanálise winnicottiana. Durante esses anos, pude acompanhar, em atendimento psicoterápico, alguns homens que lidavam em seu íntimo com a atração por crianças, especialmente por pré-adolescentes.

Muitos não se permitiam entrar em contato com isso e aparentemente estavam ali apenas para cumprir um protocolo de encaminhamento que lhes foi feito, e permaneciam com essa postura mesmo depois de meses de atendimento. Confesso que não me empolgava com o acompanhamento a esses pacientes. Já aqueles poucos que se permitiam entrar em contato com suas questões relacionadas ao encaminhamento, o trabalho foi e tem sido riquíssimo. Tenho notado alguns aspectos em comum entre eles e, o mais animador, a possibilidade de avanço em seu amadurecimento emocional.

Porém, sinto falta de estudos que tratem do assunto em uma perspectiva winnicottiana, o que me levou a escrever este trabalho, que tem como objetivo contribuir para a compreensão de indivíduos pedófilos a partir da perspectiva da teoria do amadurecimento de Winnicott e de minhas observações empíricas.

Embora Winnicott não tenha desenvolvido um estudo a respeito da pedofilia, há elementos em sua teoria do amadurecimento que podem ajudar a refletir acerca desse tema¹.

O caminho que percorri na escrita deste artigo se inicia por uma sintetização da teoria winnicottiana, depois apresento a definição do conceito de pedofilia, em seguida faço uma breve menção do tema na obra de Freud e também a terminologia utilizada atualmente pela psiquiatria; finalizo trazendo os principais aspectos observados no atendimento desse público, apresentando vinhetas clínicas e mencionando alguns teóricos contemporâneos, concluindo com reflexões associadas à teoria de Winnicott.

2. Desenvolvimento

2.1 Síntese da teoria do amadurecimento de D.W. Winnicott

De acordo com a teoria do amadurecimento de Winnicott, cada pessoa tem em si uma tendência inata ao amadurecimento emocional, que depende de um ambiente facilitador para sua concretização. O ambiente, representado pelos cuidados maternos, é facilitador quando se adapta às necessidades da criança. No início, a dependência que a criança tem do ambiente é absoluta, necessitando, conseqüentemente, de uma adaptação ambiental absoluta. Conforme vai ocorrendo o desenvolvimento emocional da criança, essa dependência vai se tornando relativa, carecendo que o ambiente acompanhe esse ritmo da criança e se adapte também de forma relativa (1963/2007).

¹ É relativamente comum, na psicanálise, encontrar autores que falem de perversão de forma geral, como, por exemplo, Robert Stoller, Joyce McDougall, Masud Khan, mas são raros aqueles que focam na pedofilia. Um deles é Cosimo Schinaia, em seu livro *Pedofilia pedofílias: a psicanálise e o mundo do pedófilo* (2015). Mesmo assim, ele não aborda o tema numa perspectiva da teoria winnicottiana. Já Masud Khan apresenta uma compreensão, que pode ser considerada winnicottiana, de perversão, mas sem focar na pedofilia.

Se as necessidades do ambiente se sobrepõem às da criança, seja por invasão ou por omissão, e se essa dinâmica se torna um padrão, ocorre uma espécie de congelamento do amadurecimento emocional, no qual a criança pode até continuar seu desenvolvimento biológico, mas emocionalmente fica prejudicada. Essas falhas se tornam mais ou menos graves de acordo com o período de dependência em que elas ocorrem; quanto mais precoces, mais graves.

O resultado desse padrão de falhas ambientais são as psicopatologias, que variam conforme a fase de dependência na qual as necessidades da criança não foram supridas. Se no decorrer da vida essa criança, podendo já ser um adolescente ou adulto, encontra um ambiente de cuidados suficientemente bons, que acontecem dentro de um relacionamento humano, essas falhas podem ser reparadas e ela retoma seu amadurecimento, não precisando mais da defesa doentia para viver.

Esse relacionamento humano de cura pode ser, inclusive, com o terapeuta. O principal objetivo do tratamento na perspectiva da teoria winnicottiana é estabelecer uma relação na qual o terapeuta deverá ser para o paciente o que a mãe deveria ter sido para a criança. Acontecendo a confiabilidade ambiental, o paciente regride ao ponto de paralisação de seu amadurecimento, revive as agonias de outrora, mas agora recebe o cuidado adequado para restaurar seu desenvolvimento e seguir a vida.

2.2 Conceito de Pedofilia

Diferente do que a sociedade costuma difundir, pedofilia em si não é crime. Pedofilia é doença. De acordo com o Código Internacional de Doenças (CID-10), sua definição é: “Preferência sexual por crianças, quer se trate de meninos, meninas ou de crianças de um ou do outro sexo, geralmente pré-púberes ou no início da puberdade” (Organização Mundial da Saúde, 2019, F65.4).

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) indica como critérios diagnósticos para transtorno pedofílico:

A – Por um período de pelo menos seis meses, fantasias sexualmente excitantes, impulsos sexuais ou comportamentos intensos e recorrentes envolvendo atividade sexual com criança ou crianças pré-púberes (em geral, 13 anos ou menos).

B – O indivíduo coloca em prática esses impulsos sexuais, ou os impulsos ou as fantasias sexuais causam sofrimento intenso ou dificuldades interpessoais.

C – O indivíduo tem, no mínimo, 16 anos de idade e é pelo menos cinco anos mais velho que a criança ou as crianças do Critério A. Nota: Não

incluir um indivíduo no fim da adolescência envolvido em relacionamento sexual contínuo com pessoa de 12 ou 13 anos de idade. (American Psychiatric Association, 2013, 302.2)

Não existe no Código Penal brasileiro um crime chamado Pedofilia. Torna-se crime quando se comete a violência sexual infantil, que é definida como todo ato ou jogo sexual, entre adulto e criança ou adolescente, visando estimular sexualmente esta criança ou adolescente ou utilizá-los para obter uma estimulação sexual sobre si próprio ou terceiro (Azevedo e Guerra, 1988).

É importante considerar que nem todo aquele que abusa sexualmente de uma criança é pedófilo, e nem todo pedófilo cometerá o abuso sexual infantil (Murphy et al., 2014 apud Gabbard, 2016). Ou seja, se alguém abusa de uma criança, mas seu interesse sexual predominante é por pessoas adultas, esse indivíduo cometeu o crime de estupro de vulnerável (conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso com menor de 14 anos – com ou sem consentimento), mas não é caracterizado como um pedófilo. Por outro lado, se o indivíduo tem preferência sexual por crianças, mas, apesar disso, não comete a violência, ele pode ser diagnosticado como pedófilo, mas não é autor de abuso².

2.3 Pedofilia na psiquiatria e na psicanálise freudiana

Pedofilia está incluída entre as chamadas parafilias, termo que substituiu “perversão” na terminologia psiquiátrica mundial (Roudinesco e Plon, 1998). É importante observar que existem diferenças entre parafilia e transtorno parafílico.

O termo parafilia representa qualquer interesse sexual intenso e persistente que não aquele voltado para a estimulação genital ou para carícias preliminares com parceiros humanos que consentem e apresentam fenótipo normal e maturidade física [...]. Um transtorno parafílico é uma parafilia que está causando sofrimento ou prejuízo ao indivíduo ou uma parafilia cuja satisfação implica dano ou risco de dano pessoal a outros [...]. Para manter a distinção entre parafilias e transtornos parafílicos, o termo diagnóstico deve ser reservado a indivíduos que atendam aos critérios A e B. Se um indivíduo atende ao critério A mas não ao critério B para determinada parafilia, pode-se dizer, então, que ele tem aquela parafilia, mas não um transtorno parafílico. (American Psychiatric Association, 2013, pp. 685-686)

² Usarei, na sequência do trabalho, expressões do tipo “pacientes *envolvidos em pedofilia*”, para me referir tanto aos que são pedófilos (mas que não cometem abuso), quanto aos que cometem abuso (mas não são pedófilos), ou a ambos (são pedófilos e cometem abuso).

Em resumo, parafilia diz respeito somente ao interesse intenso e persistente (critério A) e transtorno parafílico remete a, além do interesse, também sofrimento, prejuízo ou danos – a si ou a outra pessoa (critério B). Neste trabalho, estou me referindo à pedofilia e ao transtorno pedofílico com a mesma conotação, sem fazer uso dessa diferença.

Freud, em um de seus ensaios sobre a teoria da sexualidade, ao falar do desvio em relação ao objeto sexual, faz uma breve menção quando esse desvio é direcionado para crianças:

os casos em que pessoas sexualmente imaturas (crianças) são escolhidas como objetos sexuais surgem de antemão como aberrações individuais. Apenas excepcionalmente as crianças são os objetos sexuais exclusivos; em geral, assumem esse papel quando um indivíduo medroso e que se tornou impotente resolve adotar esse substituto ou quando um instinto urgente (inadiável) não consegue, no momento, tomar um objeto mais apropriado. Em todo caso, é esclarecedor quanto à natureza do instinto sexual o fato de ele admitir tanta variação e tal diminuição do seu objeto, algo que a fome, que se atém muito mais energicamente a seu objeto, só permitiria num caso extremo. (Freud, 1905/2016, pp. 38-39)

Nessa formulação de Freud, é possível considerar que, e em concordância com os critérios diagnósticos psiquiátricos, ao se dizer que “quando um indivíduo medroso e que se tornou impotente resolve adotar esse substituto”, Freud esteja se referindo àquele que atualmente é diagnosticado como pedófilo. Já o trecho que diz “quando um instinto urgente (inadiável) não consegue, no momento, tomar um objeto mais apropriado”, é possível considerar que se refira apenas à definição de autor de abuso, dando a conotação de uma prática pontual, mas que não é uma preferência geral do adulto, ou seja, não se trata de um pedófilo. Retomarei essa citação ao tratar da perspectiva winnicottiana.

2.4 Vinhetas clínicas

Dos casos atendidos, nota-se que a dinâmica psíquica de uma pessoa envolvida em pedofilia é composta por três aspectos centrais: 1) comportamento aditivo em relação ao jogo sexual, 2) uso do outro (no caso, da criança) como se fosse uma coisa – coisificação – e 3) sensação de impotência para relações sexuais adultas. O principal ponto observado nos pacientes atendidos é a sensação de impotência. Porém, falarei também dos outros pontos, tendo em vista que muitas vezes eles acompanham e são desdobramentos da sensação de impotência.

2.5 Adição e coisificação

Uma definição de adição, de acordo com Gurfinkel (2011, p. 49), pode ser: “A adição é o uso compulsivo de um determinado objeto e, enquanto tal, se trata de uma ação de caráter

impulsivo e irrefreável. A pessoa se sente impelida ao uso do objeto, e se vê incapaz de deixar de fazê-lo”.

É um desejo persistente e intenso de uso, o que se associa à coisificação, que é um dos componentes da adição:

Nela verificamos, em geral, uma transformação paulatina dos objetos de desejo humanos em coisas inumanas e concretas. O objeto de investimento libidinal se tornou, de fato, uma *coisa*. Esta tendência para uma *degradação da qualidade da relação objetal* é o que denomino *coisificação*. (Gurfinkel, 2011, pp. 51-52, itálicos do autor)

Os desejos e fantasias dos pacientes envolvidos em pedofilia tomam conta de sua psique de tal forma que para alguns se torna extremamente difícil se controlar, vivendo uma espécie de transe, com rituais de entrada e saída bem demarcadas, seguindo como se aquele ato não tivesse ocorrido e, conseqüentemente, não sendo integrado (Paciente J: “*dava alguma coisa em mim, parecia que algo tinha se apossado de mim, quando via já estava lá fazendo, depois era como se não tivesse acontecido nada*”).

Essa dissociação, característica da adição, foi notada também por Furniss (2002, p. 33):

Depois do abuso, a pessoa que o cometeu e a criança cortam fora de sua realidade mutuamente reconhecida o período de tempo e a experiência entre os rituais de entrada e saída, como se aquilo nunca tivesse existido. Eles se tornam as unidades de quinze minutos perdidas e dissociadas na vida da criança.

O indivíduo, ao se entregar à ação fruto de sua adição, cria, para se defender da intensa angústia, um mundo à parte, no qual obteve o prazer, mas não consegue lidar com a culpa (por se tornar insuportável), criando, assim, esse mundo paralelo.

Quanto à dinâmica aditiva:

O paralelo com outras formas de adição é impressionante. A pessoa que abusa sexualmente precisa ser tratada como um alcoolista que admite pela primeira vez que bebe e diz que isso jamais acontecerá novamente. Precisamos acreditar que as pessoas que cometem abuso sexual querem parar de abusar e a admissão inicial é a pré-condição para a terapia. Mas ainda não devemos acreditar que elas não irão recair no abuso futuramente até que tenham assumido a autoria em uma prolongada terapia. Essas pessoas, mesmo então, ainda correm o risco de recaída, assim como em outras formas de adição, se não evitarem situações de alto risco. (Furniss, 2002, pp. 25-26)

Esses indivíduos entram em um ciclo de excitação, descarga de tensão e culpa. Ficam dominados. Não poder falar abertamente sobre isso sem se sentirem julgados os torna ainda mais vulneráveis à força desse processo aditivo (Paciente C: *“eu não tinha com quem falar, aquilo ficava dentro de mim, se eu falasse com qualquer pessoa seria linchado... quando eu comecei a falar nas minhas confissões para o padre, eu me aliviava um pouco dessa angústia”*).

Em certo grau pode-se buscar uma forma de controle externo, já que internamente, com as próprias forças, não se vê saída. Quando acontece a prisão, por exemplo, há certo conformismo. Primeiramente, no sentido de aplacar a culpa por agora estar pagando pelo crime cometido (Paciente M: *“eu não abusei da minha netinha, mas não reagi à prisão porque na minha consciência eu estava pagando por ter me envolvido com outras meninas anos atrás, que aceitavam ficar comigo em troca de dinheiro”*). Paciente C: *“se eu tiver de ser preso, estou tranquilo, fazer o quê?”*. Paciente J: *“isso que aconteceu entre eu e minha filha já faz tempo, mas se agora nessa audiência decidirem me condenar, só me resta aceitar pagar pelo que eu fiz”*). Em seguida, porque a prisão funciona como continência para seus instintos descontrolados (Paciente F: *“analisando agora, eu estava agindo de um jeito para que me pegassem logo, era como se eu estivesse gritando ‘me impeçam de fazer essa loucura!’”*).

Exceto na fase de culpa, o que toma conta é a dinâmica de coisificação acompanhada de impulsividade: o que impera é o desejo ardente de, literalmente, usar o outro, como se o outro fosse uma coisa, quase que inanimada, sobre a qual se tem total domínio (Paciente F: *“em minhas fantasias, eu não quero que ela [menina] tenha consciência do que eu estou fazendo; tenho vontade de usá-la sem que ela se dê conta disso, assim consigo ter total controle e domínio e fazer o que eu quiser e do jeito que eu quiser”*). Existe uma noção – racional – de diferença de forças e de poder, de que a relação é “de cima para baixo” (Paciente F: *“eu reconheço que com aquela menina eu era mais forte, que se tivéssemos algo seria de cima para baixo”*).

A coisificação pode ser considerada como reprodução de uma objetificação sofrida quando se era criança. Isso é muito comum nos casos de abuso sexual, em que o autor da violência repete com o outro a violência vivida, e essa violência vivida não necessariamente é de cunho sexual³. De algum modo, o indivíduo se sente injustiçado pela vida. Ele sabe que já foi tratado como um objeto e agora acha natural fazer isso também com outra pessoa (Paciente

³ Apesar de as estatísticas apontarem que a maior parte dos autores de abuso sexual também foi vítima desse mesmo tipo de abuso na infância, esse dado não se mostrou nos casos atendidos. O que claramente se destacou é que essas pessoas sofreram violência, mas não necessariamente sexual.

F: *“todo mundo está fazendo alguma coisa errada, por que só eu não posso? Já fizeram tanta coisa errada comigo. Veja minha mãe, me tratava, e ainda tenta me tratar, como um objeto”*⁴.

2.6 Sensação de impotência

É fator comum entre os pacientes envolvidos em pedofilia a sensação de impotência para relações afetivas e sexuais com pessoas adultas. Essa impotência não costuma ser revelada de imediato, mas vai se evidenciando ao longo dos atendimentos, inclusive sendo mostrada em histórias de pouca (ou nenhuma) experiência sexual. (Paciente J: *“Eu sempre fui muito inseguro. Perdi minha virgindade com minha ex-esposa; antes disso tinha tentado só uma vez com outra mulher, mas não consegui”*. Paciente C: *“Eu sempre me masturbei muito, mas tinha dificuldade quando ia transar. Casei virgem, e fui ter relação com minha esposa só um mês depois do casamento”*).

Relatos semelhantes também são narrados por Antonio e Miyahara (2014), em escutas relacionadas a esse mesmo tipo de público-alvo, nas quais identificaram nos pacientes extremas dificuldades para relações afetivas e sexuais com mulheres adultas.

Uma hipótese aqui formulada para essa impotência é a de que eles tiveram cuidadores que os sufocaram e não os deixaram crescer (Paciente F: *“a minha mãe era tão grudada em mim, tão misturada comigo, que pra mim, analisando hoje, era como um incesto – sem o sexo”*). São pacientes que não tiveram apoio para se “desmamarem”. Tinham mães (ou cuidadores)⁵ muito sufocantes, invasivas, controladoras, que não permitiram que eles saíssem de suas “abas” para explorarem o mundo (Paciente J: *“minha mãe ficava muito em cima de mim, não me deixava fazer nada”*). Junto disso, pais ausentes e omissos, que não interditarão essa relação fusionada – estendida para além das necessidades da criança.

Essa dificuldade da mãe em deixar o filho transitar da relação com ela para a relação com o mundo pode ter sido o que dificultou o amadurecimento emocional do filho. Mesmo crescendo fisicamente, esse filho ainda se sente pequeno, uma criança, sem potência para coisas de adulto, inclusive para sexo com outra pessoa adulta.

Imaginar uma relação afetiva/sexual com uma pessoa experiente os amedronta. Eles não se sentem capazes, potentes, têm medo de serem mal avaliados, de não “darem conta do recado”, de ficarem expostos. Pessoas adultas são vistas como perigosas, más (Paciente F: *“as*

⁴ Esse é um outro aspecto notório: a inclinação à violência sexual como componente de uma tendência antissocial. Alguns desses pacientes expressam claramente que querem “se vingar” da sociedade por algo que lhes foi tirado.

⁵ Quando cito “mãe”, refiro-me ao ambiente, à pessoa que foi a principal cuidadora da criança, e não necessariamente à figura da mãe, mas a quem exerceu esse papel.

mulheres adultas são cheias de malícias, interesseiras...”). Já no envolvimento com uma criança, esses sentimentos difíceis desaparecem e surgem outros, contrários e muito buscados, como confiança, segurança, controle da situação. Nessa relação, eles podem ser os que ensinam, os que sabem e, caso não tenham uma boa performance, imaginam que a criança não tem conhecimento suficiente para se dar conta disso e os avaliam negativamente (Paciente J: “*Quando eu ficava sozinho com minha filha, eu tocava suas partes íntimas, colocava ela no colo, tirava sua roupa e ensinava como fazer*”).

Com toda essa dinâmica em jogo, eles vão se fechando cada vez mais para uma relação madura com outro adulto, ao ponto de não sentirem nem desejo por essas pessoas, abrindo cada vez mais a possibilidade de um jogo sexual com uma criança, especialmente em fase pré-púbere. Aliás, essa é a fase mais desejada, pelo fato de a criança ser inexperiente, mas já ter um início de desenvolvimento físico e curiosidades sexuais mais afloradas (Paciente F: “*gosto das que têm entre 9 e 12 anos, com coxas finas, pele clara...*”).

Mesmo quando a mãe oferece inicialmente uma base positiva, caso ela não permita depois que o filho vá para o mundo, expandindo seus círculos e testando sua potência, ele tende a ficar inibido e o mundo lhe parecerá assustador. A criança precisa ter a liberdade de se afastar, mas ter segurança de olhar para trás e saber que está sendo enxergada, caso precise de ajuda.

A mãe não saudável, que “prende” e toma como ofensa pessoal o fato de a criança “querer ir” (se desmamar) e, como retaliação ou por fragilidade, se ausenta, pode produzir a dinâmica de impotência (que está ligada ao “prender”) e também de adição e coisificação (ligadas à ausência da mãe por tempo maior do que a criança pode suportar). É consideravelmente possível que as mães (ou quem exerça esse papel) de pacientes envolvidos em pedofilia tenham trilhado esse percurso na relação com seus filhos, causando esse misto de características mencionadas acima.

A insegurança em relação ao olhar do outro e à alteridade, típica dessa sensação de impotência, pode ser demonstrada por uma atitude considerada perversa, cujo movimento será na direção de usar o outro. Isso se mostra até nas fantasias de abuso de uma criança (Paciente F: “*eu fico olhando aquelas meninas de 12 anos vestidas de bailarinas... fico imaginando tocá-las, cheirá-las, acariciá-las... mas sem elas perceberem minha intenção, sem ser algo declarado*”). A intenção declarada deixaria o paciente exposto à possibilidade de rejeição. Mesmo sendo uma criança ou pré-adolescente, existe um outro ser vivo que tem vida própria, o que impede o uso pleno. Essa vida própria do outro paralisa o paciente devido à insegurança de sua própria performance e valor. Ao perceber isso, o paciente cai em si (Paciente F: “*eu estou objetificando os outros exatamente como eu odeio que façam comigo!*”).

A omissão do pai também é fator que merece atenção. Essa dinâmica psicologicamente incestuosa da mãe com a criança pode ficar cristalizada caso o pai não interdite e auxilie o filho a testar sua própria força mediante a rivalização com esse terceiro (Paciente F: “*o meu pai sempre foi mais distante, frio, pouco participativo, quase nada afetivo...*”). Com o pai tomando o seu devido lugar nessa triangulação, a criança pode se aliviar de sua impotência de ter que “dar conta” da mãe. Do contrário, essa sensação de impotência tende a aumentar cada vez mais, contribuindo também para a insegurança de explorar o mundo.

Por falar em explorar o mundo, o ambiente da criança que se torna um adulto envolvido em pedofilia é formado por pais que não transmitem a menor segurança para essa criança poder “ir” (Paciente F: “*meu pai não me deixava mexer em nada, me apavorava quando eu tentava brincar com alguma coisa, com algum objeto em casa... Já minha mãe, mesmo eu já adulto, ela me amedronta, me apavora quando estou tentando desenvolver algo. Dirigir, por exemplo: ela fica do lado, me travando, apavorada e me apavorando... Quando eu tinha 13 anos e estava indo entregar um livro na casa de uma amiga, no caminho eu encontrei outras meninas que estavam me paquerando e eu paquerando elas, de repente, minha mãe, que aparentemente estava me seguindo, apareceu e espantou elas, eu fiquei muito envergonhado... Até hoje minha mãe fica me vigiando, até quando eu estou fazendo caminhada*”).

Outro aspecto de destaque na criação desses pacientes é o tabu quanto à sexualidade. Cresceram numa atmosfera na qual sexo era visto como algo sujo e errado, juízos muitas vezes formados a partir de uma moral religiosa. Como consequência, houve muita repressão sexual (Paciente F: “*o que minha mãe me ensinava era que para se merecer o paraíso, as pessoas tinham que ser assexuadas, não era permitido sentir nenhum tipo de prazer. Para ir ao Céu, tinha que sofrer aqui na Terra*”).

Quando esse paciente, já adulto, se dá conta de que as coisas não são exatamente assim, ele se revolta e se implica em viver o que não pôde quando era mais novo. Porém, se tentar exatamente do jeito que gostaria, isso trará complicações legais e sociais, o que o leva a muito sofrimento; sem contar que o sonhado romance fica cada vez mais difícil, pois a diferença de idades se acentua.

2.7 Pedofilia na perspectiva da teoria winnicottiana

Neste ponto do trabalho retomo as três características principais observadas em pacientes envolvidos em pedofilia, citadas no item anterior (adição, coisificação e sensação de impotência), fazendo uma relação com a teoria winnicottiana.

Winnicott coloca o problema dos vícios e da perversão (no sentido de coisificação, como mencionarei a seguir) como causados por falhas na transicionalidade. Sobre essa fase, o autor afirma que, para o indivíduo que alcançou o estágio de uma unidade, além das realidades interna e externa, há também uma terceira parte, que “constitui uma área intermediária de *experimentação*” (1953/1975, p. 15, itálicos do autor), composta pelas outras duas partes (interna e externa). Essa área deve existir “como *lugar de repouso* para o indivíduo empenhado na perpétua tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, ainda que inter-relacionadas” (1953/1975, p. 15, itálicos meus).

A transicionalidade, conforme explicitado por Winnicott, é a fase do desenvolvimento infantil em que a criança começa a desenvolver objetos transicionais para lidar com a passagem da dependência inicial para a independência gradual, desempenhando um papel importante no desenvolvimento emocional saudável. Essa fase acontece em torno do período do desmame. A criança se apropria de objetos (um ursinho, um paninho, um brinquedo especial...) para tolerar a separação (que deve ser temporária) da mãe. Esse objeto contém aspectos que ao mesmo tempo ligam a criança à mãe e, paradoxalmente, a ajudam a se separar dela. É a sua primeira posse “não-eu”.

Esses objetos são requisitados em momentos de ameaça de privação para que, assim, a criança consiga lidar com a ansiedade ou humor depressivo que arriscam se manifestar. Na saúde, há uma ampliação gradual desses interesses, mesmo que se recorra a eles quando uma ansiedade se aproxima. Já na doença, há uma redução drástica do âmbito desses interesses.

Embora Winnicott se remeta ao vício em drogas como um dos exemplos causados por falhas na transicionalidade, podemos ampliar a reflexão para outros tipos de adições. Ele aponta uma série de aspectos relacionados aos fenômenos transicionais, incluindo o seguinte: “Nesse ponto, meu tema se amplia para o do brincar, da criatividade e apreciação artísticas, do sentimento religioso, do sonhar, e também do fetichismo, do mentir e do furtar, a origem e a perda do sentimento afetivo, o vício em drogas, o talismã dos rituais obsessivos etc.” (1953/1975, p. 19).

Se a mãe permanece ausente por muito tempo para além da capacidade do bebê lembrar-se dela, o uso do objeto transicional perde o sentido, mas antes de ser desinvestido há um hiperinvestimento, numa tentativa de negar a separação.

A coisificação é uma das características principais da perversão (que aqui não me debruçarei sobre suas diversas possibilidades de significados). Quando me referir a “perversão”, utilizarei o termo no sentido descrito por Muszkat (2017): “Perversão é o ato de transformar uma outra pessoa, com uma singularidade própria, em objeto de uso de prazer

pessoal, sem o consentimento desta. Ao fazer isso, a pessoa é destituída de sua condição de sujeito e tratada como objeto.”

Winnicott aponta a perversão como um aspecto de falha no desenvolvimento emocional:

[...] o impulso para empregar uma técnica pré-genital *em lugar de* uma genital, na experiência sexual, constitui uma perversão e tem sua origem numa suspensão do desenvolvimento emocional, nos primeiros tempos da infância. Na análise de um caso de perversão, pode-se encontrar sempre um receio em relação ao desenvolvimento do sentido do sexo maduro e uma capacidade especial para obter satisfação por métodos mais primitivos. (1947/1975, p. 175, itálicos do autor)

Receio em relação ao desenvolvimento do sentido do sexo maduro... é basicamente essa característica padrão encontrada nos pacientes atendidos. E essa característica está associada à sensação de impotência, de ainda se sentir pequeno. Esse “sexo maduro” envolve, inclusive, sexo entre pessoas adultas.

É interessante que na citação de Freud, mencionada anteriormente, o autor destaca exatamente “medroso e impotente” como aspectos marcantes de indivíduos cujo interesse sexual maior seja por crianças (isto é, indivíduos pedófilos). Isso vai totalmente ao encontro do que se observa nesses pacientes. Pode-se formular a seguinte hipótese: *nem todo homem impotente tem inclinações pedófilas, mas todos com inclinações pedófilas se sentem impotentes*. Isso nos leva a seguir avaliando como se desenvolve essa impotência.

Em sua teoria, Winnicott é bastante enfático ao dizer que para a criança amadurecer emocionalmente ela depende de um ambiente suficientemente bom, representado pela mãe suficientemente boa. Faz parte desses cuidados adequados adaptar-se ao ritmo próprio de desenvolvimento da criança, inclusive quando a dependência não for mais absoluta, e sim relativa. É típico do avanço rumo à independência poder explorar o mundo e o que ele tem a oferecer, bem como contribuir com ele.

Do ponto de vista da saúde mental, a mãe (se agir de forma saudável) estará também criando os fundamentos da força de caráter e da riqueza de personalidade do indivíduo. A partir de uma tal base positiva, o indivíduo tem, com o passar do tempo, uma oportunidade de lançar-se no mundo de uma forma criativa, e de desfrutar e usar tudo aquilo que o mundo tem a oferecer, inclusive o legado cultural. (1968/1994, p. 20)

Essa base positiva, instaurada na fase de dependência absoluta, pode se desmanchar caso a mãe continue tratando o filho como se ele ainda necessitasse de adaptação absoluta, quando ele já precisa transitar para a dependência relativa, passagem que inclui “lançar-se no mundo”,

mas que é dificultada por uma mãe que, por questões pessoais, não dá espaço para esse filho “ir”. Como diz Winnicott (1953/1975, p. 29), “na tenra infância, essa área intermediária é necessária para o início de um relacionamento entre a criança e o mundo”.

É tarefa da mãe facilitar o desmame do filho, desadaptando-se para que, assim, ele passe da dependência absoluta rumo à dependência relativa. Caso essa desadaptação não ocorra, pode-se constituir um dos sentidos de trauma destacados por Winnicott (1965/2007), que corresponde a essa não desadaptação da dependência absoluta. Essa falha da mãe em não “falhar” pode ocasionar a sensação de impotência no filho, que mesmo já crescido fisicamente, se sente ainda pequeno, pois não pôde experimentar saudavelmente essa transição. Pode-se pensar que esses casos sejam como descreve Winnicott (1953/1975, p. 18): “Devo mencionar que, às vezes, não há objeto transicional, à exceção da própria mãe, ou, então, um bebê pode ser tão perturbado em seu desenvolvimento emocional, que o estado de transição não pode ser fruído, ou, ainda, a sequência dos objetos usados é rompida.”

Também é problemático quando a mãe age de maneira radicalmente oposta: deixa a criança ir e não se faz mais presente.

Como se sabe, quando a mãe, ou alguma outra pessoa de quem o bebê depende, está ausente, não há uma modificação imediata, de uma vez que o bebê possui uma lembrança ou imagem mental da mãe, ou aquilo que podemos chamar de uma representação interna dela, a qual permanece viva durante certo tempo. Se a mãe ficar longe por um período de tempo além de certo limite medido em minutos, horas ou dias, então a lembrança, ou a representação interna, se esmaece. À medida que isso ocorre, os fenômenos transicionais se tornam gradativamente sem sentido e o bebê não pode experimentá-los. Podemos observar o objeto sendo descateixizado. Exatamente antes da perda, podemos às vezes perceber o exagero do uso de um objeto transicional como parte da *negação* de que haja ameaça de ele se tornar sem sentido. (1953/1975, p. 31, itálico do autor)

Sentir-se impotente, pequeno, inferior, inseguro, amedrontado com o mundo pode estar relacionado à mãe que não deixou a criança “ir”. Já as dinâmicas perversas de coisificação e a aditiva se vinculam mais com a mãe que se ausentou. Nesse caso, a criança (podendo já ser fisicamente um adulto), semelhante ao “menino do cordão” – citado logo abaixo –, usa compulsivamente um objeto numa tentativa de religação. Esse objeto pode ser inclusive um outro ser humano, uma criança (mas não no sentido de objeto para a psicanálise, e sim no sentido de coisa – objetificação). O transicional deixa de ter o efeito de transição, de ponte, de passagem, e passa a ser um fim em si mesmo, a ser um consolo para aliviar a separação, para descarregar a tensão; não produz vida, mas a restringe, sendo muitas vezes usado com

exclusividade para obtenção de “prazer” (que na verdade não se configura muito bem como um prazer criativo, mas apenas como descarga).

É possível chegar a tal enunciado caso se leve em consideração o fato de que a função do cordão está modificando-se de comunicação para *negação da separação*. Como negação, o cordão se torna uma coisa em si, algo que possui propriedades perigosas e necessidades que precisam ser dominadas. Nesse caso, parece que a mãe pôde lidar com o uso do cordão pelo menino exatamente antes que fosse tarde demais, quando esse uso ainda continha esperança. Quando a esperança está ausente e o cordão representa uma negação da separação, surge então um estado de coisas muito mais complexo, um estado que se torna difícil de curar, por causa dos ganhos secundários oriundos da perícia que se desenvolve sempre que um objeto tem de ser manuseado a fim de ser dominado. Esse caso, portanto, será de interesse especial, se tornar possível a observação do desenvolvimento de uma perversão. (1953/1975, p. 36, itálicos do autor)

Alguns termos utilizados por Winnicott na citação acima podem ser vistos claramente na psicodinâmica de pacientes envolvidos em pedofilia, no que diz respeito aos abusos, na forma que tratam as vítimas: “uma coisa em si”, “precisam ser dominadas”, “manuseado a fim de ser dominado”, todos relativos à perversão enquanto coisificação.

3. Conclusão

Os pacientes envolvidos em pedofilia expressam muita angústia e sofrimento ao se perceberem diferentes, em desacordo com as normas sociais. Tentei trazer aqui vinhetas de alguns deles que retratam esses sofrimentos. Uns justificam que se relacionar com uma criança ou pré-adolescente é simplesmente coerente com a idade que eles sentem ter. É como se a ideia de ter uma relação com uma pessoa de idade biológica semelhante à deles fosse uma violência contra eles, pois nesse caso seria uma relação de poder na qual eles estariam submetidos, como pessoas pequenas tendo que se envolver com pessoas “grandes”.

Proporcionar uma escuta acolhedora para esse tipo de angústia é fundamental para o descongelamento do amadurecimento emocional dessas pessoas; escuta esta que está dentro de um manejo e suporte ambiental capaz de propiciar a regressão necessária para que o paciente receba o cuidado adequado e vá para a vida, apropriando-se de sua idade biológica.

Existe a necessidade de mais pesquisas e aprofundamento nas questões aqui levantadas, bem como acompanhamento de mais pacientes para observação desses fatores. No entanto, os casos apresentados nas vinhetas dão indícios de um bom prognóstico, desde que tenham a sorte de encontrarem um ambiente suficientemente bom; e para isso nunca é tarde.

Referências

- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*. Porto Alegre: Artmed.
- Antonio, I. P. e Miyahara, R. P. (2014). O atendimento ao agressor sexual. In: Sanches, C., Ferrari, D. C. A. e Miyahara, R. P. *A violação de direitos de crianças e adolescentes: perspectivas de enfrentamento* (pp. 161-182). São Paulo: Summus.
- Azevedo, M. A. e Guerra, V. N. A. (1988). *Pele de asno não é só história... um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes em família*. São Paulo: Rocca.
- Freud, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud, *Obras completas vol.6* (pp. 13-172). São Paulo: Companhia das Letras, 2016.
- Furniss, T. (2002). *Abuso Sexual da Criança: Uma Abordagem Multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed.
- Gabbard, G. O. (2016). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Gurfinkel, D. (2011). *Adições: paixão e vício*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Muszkat, S. (2017). Precisamos falar sobre Perversão. Disponível em: <https://www.sbpsp.org.br/blog/precisamos-falar-sobre-perversao/>. Acessado em: 05/06/2023.
- Organização Mundial da Saúde (2016). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10): Décima Revisão*. São Paulo: Edusp.
- Roudinesco, E. e Plon, M. (1988). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Winnicott, D. W. (1947). A Criança e o Sexo. In D. W. Winnicott, *A Criança e Seu Mundo* (pp. 166-182). Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- Winnicott, D. W. (1953). Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In D. W. Winnicott, *O Brincar e a Realidade* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1960). Família e maturidade emocional. In D. W. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 129-138). São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- Winnicott, D. W. (1963). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 79-87). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 102-115). Porto Alegre: Artmed, 2007.

Winnicott, D. W. (1968). A amamentação como forma de comunicação. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 19-28). São Paulo: Martins Fontes, 1994.