

# Uma Infância que Nunca Existiu: A Abordagem Psicodinâmica da Pedofilia em Contexto Clínico<sup>1</sup>

Emanuel Santos

## PARAFILIAS E TEORIAS PSICODINÂMICAS

A pedofilia causa particular sentimento de aversão e repulsa na sociedade e nos próprios clínicos que contactam com estes doentes, mas algumas estruturas conceptuais e formulações psicodinâmicas podem possibilitar ao clínico manter um certo grau de empatia e compreensão no tratamento. A pedofilia é uma perturbação mental que, nas classificações nosológicas atuais, está integrada no grupo das parafilias. O termo parafilia veio substituir o termo perversão no DSM-III-R, em 1987, como uma tentativa de observar esta perturbação psiquiátrica, numa perspectiva mais científica e com menor carga moralista. Na verdade, determinar que um indivíduo possui desvios na área da sexualidade implica o estabelecimento de uma norma clara para o comportamento sexual, sendo importante lembrar, porém, que é, cada vez mais, difícil definir o que é um comportamento sexual normal, uma vez que muitas formas de atividade sexual que eram condenadas, no passado, são, agora, reconhecidas como parte do status quo sexual. Assim, relações oral-genitais tornaram-se amplamente aceites como conduta sexual saudável, a relação anal foi retirada da lista de atividades perversas e a homossexualidade deixou de ser considerada uma doença psiquiátrica.

---

<sup>1</sup> Artigo Baseado na monografia apresentada, no âmbito da avaliação final do Curso de Especialização Clínica em Psicoterapia Psicodinâmica (2012-2013), na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Freud definiu a atividade sexual perversa, a partir de diversos critérios, como sendo a sexualidade focada nas regiões não-genitais do corpo. Assim, em vez de coexistir com a prática padrão de relação genital com um parceiro do sexo oposto, a sexualidade perversa, de acordo com Freud, tomou o seu lugar e tende a ser a prática sexual exclusiva do indivíduo (Freud, 1964). Mas Freud também observou que traços de perversão poderiam ser encontrados em, virtualmente, todas as pessoas, cujo inconsciente fosse submetido à exploração psicanalítica, algo que foi confirmado por autores psicanalíticos posteriores, reforçando a existência de uma essência perversa latente em todos nós. Freud introduziu, assim, uma abordagem inovadora das perversões, recusando o enfoque etiológico precedente – mas que, ainda hoje, é influente entre muitos analistas – fundado em critérios morais, sociais e médico-legais, contrapondo a isso a perspectiva de que não devemos objetivar o comportamento da sexualidade perversa como se fosse exterior à espécie humana (Fleig, 2010).

As parafilias, de acordo com o DSM-IV-TR, são caracterizadas como perturbações na escolha do objeto, ou na expressão da gratificação sexual. Para ser considerada parafílica, a atividade sexual deve ser caracterizada por uma preferência pelo uso de objetos não humanos para conseguir excitação sexual; a imposição de humilhação ou sofrimento ao próprio, ou parceiro; o envolvimento de adultos que não tenham dado consentimento; ou pelo envolvimento de crianças. Neste contexto, a atividade sexual parafílica é vivenciada de forma compulsiva, mesmo que apenas em fantasias, pode ou não ser vivenciada com angústia pelo sujeito e/ou lesar outra pessoa; ocupar grande parte do seu tempo; ou interferir nas várias dimensões da vida, nomeadamente a nível familiar, laboral e das relações interpessoais em geral. Para lidar com o continuum entre a fantasia e a ação, o DSM-IV-TR desenvolveu um espectro de gravidade. Nas formas ‘leves’, os doentes sentem-se muito ansiosos, a respeito dos seus desejos e fantasias parafílicas, mas resistem-lhes e não os colocam em prática. Nos graus ‘moderados’, os doentes traduzem os seus desejos em ação, mas apenas de forma esporádica e ocasional. Nos casos inequivocamente graves, os doentes colocam em prática, de forma repetida, os seus desejos parafílicos (Gabbard, 2006; Andreasen, 2009; American Psychiatric Association, 2000).

Mais de 50% dos casos de parafilias iniciam-se antes dos 18 anos de idade, com o auge dos comportamentos parafílicos, ocorrendo entre os 15 e os 25 anos de idade e declinando posteriormente. Os pacientes parafílicos, frequentemente, apresentam entre 3 a 5 parafilias que podem ocorrer, de forma simultânea, ou transitar de uma para outra, ao longo da vida (Sadock e Sadock, 2007). De um modo geral, porém,

as parafilias são raras na prática psiquiátrica. A maioria dos casos só vem a ser conhecida como resultado de complicações legais, em contexto pericial ou de tratamento compulsivo e, em menor número, quando o doente procura por si mesmo o tratamento (Andreasen, 2009). A iniciativa do próprio para a busca do tratamento deve-se, mais frequentemente, a questões sociodistónicas do que egodistónicas; por exemplo, o receio, muitas vezes, de vir a ser preso por passagem ao ato das fantasias parafilicas; receio de perder a família; pressão do cônjuge; sentimentos de vergonha. É fundamentalmente importante referir que, em qualquer caso, a pedofilia constitui a parafilia mais encontrada dentro dos casos parafilicos identificados no contexto legal (Sadock & Sadock, 2007).

No campo da pedofilia, é ainda mais difícil para o indivíduo assumir perante um psiquiatra ou outro técnico de saúde a sua identidade de pedófilo, uma vez que, atualmente, não há quase nada mais condenável por todos os sectores da sociedade do que a pedofilia; não devemos esquecer que, inclusivamente, nos estabelecimentos prisionais, os pedófilos são objeto de terríveis torturas pelos colegas presidiários. Desta forma, não é difícil compreender o relativo deficit de literatura psicanalítica existente acerca da pedofilia, em parte porque são muito raros os casos de pedófilos que procuram, por vontade própria, um tratamento psicoterapêutico de base psicodinâmica, ou de outro tipo, sabendo que a motivação e a iniciativa do próprio doente nestes tratamentos são fatores determinantes para a qualidade terapêutica, do duplo ponto de vista, a relação médico/doente e o prognóstico.

De acordo com o DSM-IV-TR, para fazermos o diagnóstico de pedofilia têm de existir os seguintes critérios. Durante um período de 6 meses, o indivíduo apresenta impulsos, fantasias sexuais intensas e recorrentes, ou comportamentos que envolvem atividade sexual com uma criança pré-púbere ou crianças (geralmente com uma idade de 13 anos ou menos). O sujeito, por outro lado, levou a cabo esses impulsos e fantasias, ou os mesmos causam-lhe ansiedade marcada, ou ainda dificuldades interpessoais. Além disso, o sujeito tem de ter, pelo menos, 16 anos de idade e mais 5 anos que a criança vitimizada.

Estes critérios normativos levantam, porém, muitas questões de ordem conceptual e legal e, em particular, quais os limites que devem ser considerados para a sexualidade humana e socialmente aceites como 'normais'. Podemos definir o abuso sexual de menores como o envolvimento da criança ou jovem em práticas que visam a gratificação e satisfação sexual do adulto ou jovem mais velho, numa posição de poder ou autoridade sobre o menor. Esta situação pode ter lugar, mediante várias práticas,

entre as quais levar a criança ou jovem a presenciar conversas ou leituras obscenas, espetáculos ou atos de carácter exibicionista, tomar conhecimento de objetos pornográficos, utilizar menores para fotografias, filmes ou gravações pornográficas e/ou práticas sexuais de relevo (nomeadamente, beijos na boca, carícias genitais e nos seios, obrigação de manipular os órgãos genitais do abusador, toque recíproco dos genitais). Particularmente indicativo e grave é sujeitar menores à realização de coito (oral, anal ou vaginal). Desta forma, tratam-se de práticas que a vítima, em virtude da sua idade e/ou falta de experiência, não consegue compreender, para as quais não está preparada pelo seu desenvolvimento, ou para as quais é incapaz de dar o seu consentimento consciente e que, em última instância, violam a lei (Dias, Ribeiro & Magalhães, 2010).

Neste sentido, podemos definir dois grandes grupos de abusadores sexuais de menores:

- Pedófilos: a sua motivação é basicamente sexual e encontram-se, com maior frequência, no contexto extra-familiar. Para estes abusadores, a criança é, em maior ou menor grau, o objeto sexual preferencial.
- Não pedófilos: as motivações são mais variadas - não haver outro parceiro disponível, deficiências intelectuais, psicopatologia e comportamento social degradado. Mais frequentemente, estes casos ocorrem no contexto intra-familiar. Desta forma, podendo reunir diferentes motivações para o abuso, não se trata, em qualquer caso, de uma preferência específica (Gomes, s.d).

É importante enfatizar que um abusador sexual de menores pode não ser pedófilo. De facto, os abusadores pedófilos não são, com certeza, a maioria dos abusadores de crianças, mas são os mais difíceis de tratar e aqueles que colocam mais problemas de reincidência. Ao mesmo tempo, um pedófilo pode não assumir as práticas de um abusador, quando não põe em prática os seus impulsos (Gomes, s.d). Um ato isolado de abuso sexual de uma criança menor pré-púbere, principalmente quando perpetrado por um adolescente, não permite, por si só, classificar um sujeito como pedófilo. Por outro lado, uma relação entre um adulto e uma criança adolescente púbere com menos de 16 anos em que haja consentimento é punida pela lei, independentemente da maturidade psicosssexual da criança adolescente. Embora se entenda o limite dos 16 anos para o sujeito pedófilo, este critério deixa de fora abusadores de idades mais jovens, com atos semelhantes e preferências bem definidas (Gomes, s.d).

Outra questão diz respeito ao facto de que, nas sociedades ocidentais, o início da puberdade e a menstruação se anteciparem cada vez mais, o que colide com a idade dos 13 anos referida nos critérios do DSM-IV-TR, considerada como referência para a definição da pré-puberdade. O critério que, de qualquer forma, se apresenta como claramente consensual e indicativo é o facto de a criança vitimizada ser pré-púbere (Gomes, s.d).

A medida exata da prevalência da pedofilia é desconhecida. Howitt (1995), analisando o estudo de Finkelhor & Lewis (1988), conclui por prevalências de 4 ou 17%, consoante os critérios utilizados. Por sua vez, Bradford (1999) afirma que a pedofilia possui uma prevalência semelhante à perturbação obsessivo-compulsiva: 2.5%. A grande maioria dos pedófilos são do sexo masculino, sendo uma condição relativamente rara, no sexo feminino.

O pedófilo, em geral, tem uma atração específica por uma determinada idade e pode preferir crianças do sexo masculino, do sexo feminino, ou de ambos os sexos. Numa perspectiva psiquiátrica e descritiva, podemos dividir os pedófilos em fixados ou regressivos. Esta classificação surgiu, inicialmente, de uma investigação realizada em Massachussets, nos anos 1970, tendo por base abusadores sexuais de menores condenados. O pedófilo fixado, logo a partir da sua adolescência, sente-se sexualmente atraído por crianças mais jovens, enquanto o pedófilo regressivo geralmente não apresenta atração sexual por crianças, até entrar na fase adulta. Os pedófilos fixados, frequentemente, cometem os seus atos contra meninos, enquanto os regressivos, em geral, exploram sexualmente meninas. Aqueles que atacam meninas tipicamente cometem os seus atos no lar (contexto intra-familiar), sob a forma de uma relação incestuosa e tendem a relacionar-se com muito poucas vítimas. Os pedófilos fixados, aqueles que escolhem meninos como objeto do seu desejo sexual, tendem a ter muitas vítimas, por regra meninos que não moram na casa do próprio abusador. Pelo facto de o pedófilo regressivo poder também sentir-se atraído por mulheres adultas, o prognóstico é melhor que o dos pedófilos fixados, cujo foco principal são meninos pré-púberes.

O pedófilo fixado, normalmente, costuma ser associado à ideia de um predador homossexual patológico e ao mito do homem de meia idade de gabardine e olhar perverso, enquanto que o pedófilo regressivo costuma estar associado a uma figura supostamente mais inofensiva, mais “normal”, a um indivíduo heterossexual que sofre a pressão de circunstâncias de vida adversas como o desemprego e o divórcio. Na verdade, sabemos que, frequentemente, estas representações não correspondem,

de todo, à realidade, sendo necessário analisar, criticamente, caso a caso. A classificação do comportamento pedófilo não pode ser generalizada, de modo que traçar perfis costuma ser importante em contexto judicial, mas, muitas vezes, pouco útil, do ponto de vista clínico (Gabbard, 2006; Angelides, 2004; Groth & Birbaum, 1978; McConaghy, 1998; Cossins, 2000).

Embora este artigo trate, fundamentalmente, da pedofilia primária gostaria de relembrar a importância que tem, para o clínico, excluir, primeiramente, os casos de pedofilia secundária que se manifestam como consequência de, por exemplo, uma perturbação psicótica como a esquizofrenia, lesões cerebrais como traumatismos cranianos e tumores, debilidades mentais graves de várias etiologias, bem como outras condições médicas que produzam uma desintegração da personalidade do sujeito e, portanto, uma descontinuidade na sua vida psíquica, levando à manifestação de diversos comportamentos perversos. A pedofilia primária acaba por permitir, de certo modo, a integração do Ego do pedófilo, mantendo-se a sua personalidade relativamente estável no tempo (Glasser, 1989). Assim, não é por acaso que, na prática clínica, por vezes, se observa uma relação entre as parafilias e a psicose, parecendo funcionar a parafilia como uma defesa contra a desintegração do self, ao evitar a tomada de consciência de traumas precoces que geram uma angústia intolerável e destrutiva.

No estudo clássico realizado por Jaria (1969), referindo 156 casos de doentes abusadores sexuais de menores, metade destes casos tinham atraso mental, seguindo-se os pacientes esquizofrênicos e alcoólicos. Um estudo de pedófilos condenados e a cumprir pena mostrou que 60% apresentavam perturbação da personalidade, sendo que 20% eram do tipo narcísica e 22,5% do tipo anti-social (Raymond, Coleman Ohlerking, et al., 1999).

É ainda significativo salientar que os resultados da investigação realizada, nesta área, podem distorcer a compreensão do perfil psicológico das pessoas que sofrem de pedofilia, uma vez que, frequentemente, as amostras usadas, nestes estudos, não são representativas. Na realidade, a maioria dos estudos é centrada sobre os pedófilos abusadores que foram condenados e, que são, provavelmente, também os mais compulsivos, repetitivos e agressivos nos seus abusos. Além disso, não raramente, os estudos não clarificam se as amostras continham indivíduos que foram condenados por um único, ou por vários abusos, nem distinguem a verdadeira pedofilia da hebefilia (Cossins, 2000; Finkelhor, 1984; Freund et al., 1972; Marshal, 1997).

As teorias compreensivas da pedofilia, na perspectiva psicodinâmica, têm como base empírica, sobretudo, o material resultante da experiência clínica e, mesmo assim, como já foi referido, são poucos os trabalhos publicados que descrevem a terapia de pacientes pedófilos, uma vez que estes só raramente pedem, espontaneamente, uma terapia. Assim, é bem conhecido que Freud estudou, com detalhe, os relatos de casos de Krafft-Ebing e Havelock Ellis e se baseou neles para escrever o capítulo sobre as ‘aberrações sexuais’ nos *Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade*, conforme afirmado pelo próprio Freud em nota de rodapé. Precisamente, Freud foi alvo de críticas, pelo facto de ter obtido as suas fontes junto de autores clássicos da sexologia que observavam as perversões como consequência da teoria da degenerescência, podendo distorcer as conclusões a que chegou. Neste contexto, Freud refere-se à neurose como o negativo da perversão, considerando que existe, nas crianças, uma sexualidade pré-genital aberrante e polimorfa que, na sexualidade normal, se organizaria, mais tarde, nomeadamente na puberdade, em torno da corrente genital da libido, preparando-a para o coito normal. A formação de uma perversão resultaria, segundo Freud, de uma fixação infantil num estágio pré-genital de organização libidinal, devido à falha na corrente genital da libido em tomar a rédea sobre as correntes pré-genitais. Assim, um dos componentes da sexualidade pré-genital teria um desenvolvimento prematuro, afastado dos processos posteriores de desenvolvimento e persistindo na sua forma infantil (Ferraz, 2000).

Para Freud, essa falha poderia ser de origem constitucional e, portanto, nem sempre de origem traumática. Desta forma, as fantasias pré-genitais estariam presentes tanto no neurótico, como no perverso, mas enquanto o neurótico recalca e sublima essas fantasias, o perverso vai agi-las e torná-las o centro da sua vida sexual. De igual modo, Freud concebeu, também, a perversão como uma recusa da castração (Ferraz, 2000).

Outros autores desenvolvem a questão da ‘pedofilia ocasional’. Socarides (1959), noutro estudo clássico, refere que a pedofilia ocasional se manifesta, mais facilmente, na meia idade ou início da velhice, quando importantes mudanças psicológicas alteram as defesas contra os impulsos sexuais. O autor distingue, ainda, entre comportamento ou fantasia pedófila e o verdadeiro pedófilo perverso obrigatório, o qual, tem de ter atividade sexual com uma criança senão sofre uma ansiedade intolerável, referindo que o abusador situacional é o mais comum, enquanto o abusador obrigatório é relativamente raro.

Por sua vez, Glasser (1989) divide os pedófilos primários em dois grupos: os invariantes e os pseudo-neuróticos. O pedófilo invariante possui as seguintes características:

- Envolvimento de longo-termo exclusivo com crianças ou adolescentes.
- A maioria das vezes, envolvem-se com crianças do sexo masculino.
- Não demonstram interesse sexual (e, muitas vezes, social) com adultos.
- ‘Personalidade rígida e empobrecida’.
- Reduzido leque de interesses e atividades.
- Vida solitária.
- Vergonha e/ou culpa reduzida relativamente a ofensas.
- Um ‘embotamento e monotonia’ característicos, vista como a consequência do desinteresse do pedófilo em estabelecer contacto com os outros.

Desta forma, é clara a existência de muitos traços esquizóides de personalidade no grupo dos invariantes.

Por sua vez, o pedófilo pseudo-neurótico caracteriza-se, segundo Glasser, pelos seguintes traços:

- Uma vida aparentemente normal, tendo relações sexuais também com adultos e, portanto, aparenta ser orientado heterossexualmente em relação a adultos.
- Sintomas neuróticos, tais como impotência intermitente, apatia sexual, tensão e desconforto com os seus parceiros;
- Por vezes, aparentemente devido a um estressor psicossocial ou algum factor de oportunidade situacional, abusa uma criança ou adolescente.
- Refere possuir sentimentos de vergonha e culpa.
- Poderá usar fantasias pedófilas para consumir a relação sexual com o parceiro adulto.

Assim, nesta classificação de índole psicodinâmica, existem diferenças importantes relativamente à classificação fixado/regressivo que foi anteriormente referida. Para Glasser (1988), também nas formas ocasionais de pedofilia tratadas em psicoterapia e nas quais o comportamento pedófilo parece ser agido em condições de estresse, podemos descobrir a existência de um imaginário pedófilo que trabalha sob a máscara de uma sexualidade aparentemente normal. Neste sentido, o pedófilo pseudo-neurótico apresenta-se como verdadeiramente erotizado, em relação às crianças e não como so-

frendo uma regressão em qualquer sentido. Glasser (1989) refere, ainda, que a pedofilia é uma doença de um grupo de perversões que partilham um ‘complexo nuclear’ com dois componentes:

- Agressão que não deve ser confundida com sadismo. Este último tem como objetivo a imposição de sofrimento, enquanto agressão é, essencialmente, neutralizar ameaças à sobrevivência mental e psíquica do sujeito.
- Aniquilação. Enquanto as pessoas saudáveis demonstram o desejo por relações próximas e íntimas com outros significativos, este tipo de relações são vistas como perigosas ou destrutivas pelo perverso, uma vez que, inconscientemente, receia ser engolfado ou desintegrado pelo outro.

Neste contexto, Franco De Masi (2007) alerta para a importância de distinguir a verdadeira pedofilia das violações sexuais que se realizam no interior da família, referindo que, ainda que existam analogias profundas entre as duas condições (ambas anulam o tabu do incesto e a diferença entre gerações), o progenitor que abusa da filha/o encontra-se, às vezes, numa posição regressiva, por causa de uma verdadeira doença psíquica. Neste sentido, De Masi distingue duas formas de pedofilia: a romântica e a cínica. A pedofilia romântica alimenta-se da figura idealizada e erotizada do menino/a. O mundo do pedófilo romântico está, de facto, centrado na vida dos menores seja no vértice afectivo, seja do imaginário erótico. Neste caso, o objeto de atração é, mais frequentemente, um adolescente e não uma criança. Isto não significa, porém, que a pedofilia, nesses casos, se limite à sublimação da sexualidade: o seu resultado é sempre uma aproximação sexual concreta. Na pedofilia cínica, a fantasia de base é sádica: o estado de excitação mental é alcançado, somente, imaginando possíveis maus tratos ou violências sobre a criança. Aqui, o prazer não deriva do desejo sexual, mas de poder fazer tudo o que se quer sobre um objeto submisso.

Os pedófilos designados de românticos, naquela classificação, mesmo defendendo serem os únicos a compreender as crianças ou os adolescentes, compreendem mal o mundo infantil, precisamente porque o sexualizam. A ingenuidade e a afabilidade da criança são, deturpadamente, interpretados como um convite a participar num mundo sexual. Assim, para de De Masi (2007), a sexualização psíquica poderia depender de traumas ou abusos sexuais infantis, todavia, o futuro pedófilo pode também não ter sido vítima de abuso sexual; ao contrário, pode ter gozado de privilégios, ou ter sido objeto de pressões sedutoras, por parte de um ou ambos os pais. Apesar de se argumentar que as vítimas de abuso sexual, na infância, têm um maior risco de vir a padecer de pedofilia, diversos

estudos demonstram que a proporção de abuso sexual, na infância, entre grupos de abusadores sexuais de menores e grupos de não abusadores, é similar. Além disso, sabemos que as crianças do sexo feminino são, mais frequentemente, vitimizadas.

De facto, o sentimento de grande vulnerabilidade por se terem sentido objeto de desejo sexual, ou de sedução, por parte das figuras parentais, é um elemento que emerge durante a análise de alguns pacientes pedófilos. Mais tarde, ao reviver essa experiência, o pedófilo pode inverter os papéis, de uma forma sadomasoquista. Além disso, o trauma, real ou fantasiado, vivenciado de forma passiva, passa a ser vivenciado de forma ativa. Kraemer (1976), autor de orientação Jungiana, fala das mães narcísicas que transmitem um auto-amor em proporções muito intensas aos filhos, de modo que, por causa da necessidade dessas mães serem idealizadas de volta pela criança, o processo de separação entre criança e mãe fica adiado.

Em termos gerais, compreendemos que, para os terapeutas de orientação psicanalítica, a pedofilia, representa uma escolha narcísica de objeto. Hisgail (2007) refere que a pedofilia envolve fantasias sexuais da primeira infância, abrigadas no complexo de Édipo, período de intensa ambivalência das crianças com os pais. O ato pedófilo caracteriza-se pela atitude de desafiar a lei simbólica da interdição do incesto. O adulto seduz e impõe um tipo de ligação, na tentativa de mascarar o abuso sexual. Sem defesa, a criança reage até onde pode mas, uma vez submetida ao gozo do pedófilo, cumpre a fantasia inconsciente da cena primária, isto é, da participação sexual da criança na relação dos pais. Assim, o pedófilo, desiludido com o mundo dos adultos, desde muito cedo, devido a vários motivos, externos e/ou internos, evita a angústia de castração e faz uma retirada narcísica precocemente na sua vida, ao mesmo tempo que a atividade sexual com crianças pré-púberes pode elevar a auto-estima frágil dos pedófilos que, muitas vezes, idealizam as crianças de que abusam. Desta forma, a atividade sexual com crianças envolve a fantasia inconsciente de fusão com um objeto ideal ou a restauração de um self idealizado, jovem e onipotente, afastando a ansiedade em relação ao envelhecimento e à morte.

### **UM CASO CLÍNICO DE PEDOFILIA: ‘DESCI AO INFERNO, MATEI O DABO E CONQUISTEI O CÉU, TORNANDO-ME, ASSIM, DEUS’**

Seguidamente, apresento o caso de um doente com pedofilia acompanhado em consultas de Sexologia Clínica durante um período de cerca de dois anos, decorrido

entre 2010 e 2012, no âmbito de uma consulta multidisciplinar de Sexologia de um Hospital Psiquiátrico. A abordagem terapêutica utilizada engloba psicofarmacologia, psicoeducação, técnicas cognitivo-comportamentais, psicoterapia de suporte e, pontualmente, algumas técnicas psicodinâmicas.

Trata-se de um jovem adulto do sexo masculino, caucasiano, na faixa dos vinte anos, solteiro, 12º ano de escolaridade, desempregado. É um rapaz de pequena estatura, magro e franzino, tez pálida e alva, cabelo preto espesso ondulado que usa sempre muito comprido, anda razoavelmente bem cuidado, trajando preferencialmente de preto. De um modo geral, nas consultas apresenta-se calmo, com contato cordial, mas reservado e, por vezes, defensivo, discurso lacônico e pouco espontâneo, quase sempre com um sorriso subtil que aparenta uma certa altivez, manifestando pouca ou nenhuma ressonância afetiva face a assuntos de grande carga emocional. Não tem problemas em olhar o terapeuta nos olhos.

Inicialmente, foi referenciado pelo seu médico de família para consulta de sexologia com o seguinte quadro: ‘jovem de 24 anos, refere que, desde os 12 anos de idade, tem tendências pedófilas; passa o dia todo na Internet a observar pornografia infantil’. Cerca de duas semanas antes, a Polícia Judiciária tinha ido a sua casa confiscar o computador. Como consequências legais, ficou com pena suspensa, sujeito a termo de identidade e residência durante 18 meses e obrigado a frequentar as consultas. Sem outros antecedentes psiquiátricos.

A tendência pedófila começou entre os 10 e os 12 anos: ‘quando ia à praia sentia-me, excitado com crianças com cerca de 6 anos; não sabia porquê. Refere consumo de pornografia infantil desde os 16 anos com crianças entre os 6 e os 12 anos de idade, dizendo que ‘não há muitos filmes fora dessas idades’. Além disso, apresenta como objeto parafilico preferencial crianças do sexo feminino com idades compreendidas entre os 6 e os 7 anos, embora numa consulta posterior referisse que, ultimamente, andava a fantasiar e a sentir mais atração por meninos pré-púberes.

Do ponto de vista da personalidade, o doente descreve-se como sendo calmo, reservado, introvertido, diz que se sente bem sozinho e que não sente muito a falta do convívio social, mas tem alguns amigos aos quais é fiel: ‘detesto pessoas com pouco civismo e que se julgam superiores [...]. Se estiver muitos meses sozinho, começo a sentir a falta de alguém com quem conversar [...]. A minha principal característica é ser muito preguiçoso [...], por vezes, nem como para não ter de cozinhar’. O doente refere sorridente que não se importava de nunca trabalhar e que alguém cuidasse dele.

Quanto à sua história de vida familiar, o doente é filho único, natural de uma pequena localidade rural do Douro Litoral, foi criado pelos pais numa pequena casa. Ele desconhece se gestação e parto sofreram complicações e outros pormenores. O seu desenvolvimento psicomotor encontra-se, aparentemente, dentro da normalidade. Além disso, não refere sintomas pseudoneuróticos na infância. Os pais eram toxicodependentes de heroína. O pai esteve ausente um ano na prisão, durante a sua infância. O doente recorda-se ainda que os pais injetavam drogas à frente dele, em particular na cozinha da casa. Mas relata essas memórias sem manifestar ressonância afectiva: ‘Era normal para mim, não me metia impressão’. E refere, não obstante, que sempre foi muito mimado pela mãe e pelo pai, sendo muito carinhosos: ‘Sou um mimalhoso’. Por outro lado, afirma não ter sido vítima de maus tratos pelos pais: ‘Se calhar, deviam era ter-me batido para não ser tão preguiçoso e fazer algo da vida’. O doente considera que teve uma infância feliz e não sente que teve poucos cuidados por parte dos pais. E diz não ter tido uma ligação preferencial a um dos progenitores, tendo sido uma criança sociável e que saía muito de casa para brincar com outras crianças, com boa integração na escola primária e com boa socialização. Além disso, refere que, a partir dos 13 anos, altura em que vai residir, com os pais, para a grande cidade onde vive atualmente, se começa a tornar, gradualmente, mais reservado e introvertido e com menor necessidade de convívio social, mas que, ainda assim, sempre teve amigos e sempre foi convivendo. Os pais do doente divorciam-se quando ele tinha cerca de 16 anos: ‘Eles sempre se foram juntando e separando, mas nesta altura discutiam muito’. Depois disso, ficou a viver 2 anos com o pai entre os 16 e os 18 anos, ‘por comodismo [...], tinha tudo naquela casa’. Mais tarde, foi viver com a mãe.

Atualmente o doente reside sozinho, sendo sustentado pela mãe que lhe envia dinheiro (a mãe foi trabalhar para outra localidade no interior). Ele está a aguardar que termine o seu termo de identidade e residência para ir morar com a mãe, referindo continuar a manter boas relações com ambos os pais e que seria uma grande perda se eles morressem, mas o doente afirma isso, sem ressonância afectiva.

Do ponto de vista profissional, o doente diz ter tido sempre aproveitamento escolar médio e chegou a frequentar 1º ano da licenciatura de Biologia, mas reprovou e desistiu: ‘Detestei a faculdade, as pessoas, os colegas e os professores [...]. Os colegas eram muito infantis e os professores julgavam-se superiores’. De igual modo, refere que esta foi a fase da sua vida em que andou menos animado. Por outro lado, trabalhou no total apenas durante um ano por empregos em part-time, incluindo 6 meses como empregado de uma associação (empregado de bar, fotocópias) e numa

empresa de um tio, com a função de mudar publicidade colocada em lugares altos.

Na sua história sexual, diz ele, nunca teve nenhum relacionamento emocional duradouro, nem relações sexuais. Para além da parafilia pedofílica (crianças como objeto sexual preferencial), refere que prefere mulheres adultas a homens adultos. Psiquiatricamente, afirma não ter tido outros antecedentes psiquiátricos, a não ser o que diz respeito à parafilia. Os pais, toxicodependentes de heroína, como se referiu, fizeram desintoxicação e ficaram abstinentes, a partir dos 13 anos de idade do doente. Um tio materno tinha esquizofrenia e uma tia materna apresentava sintomatologia psicótica ‘Ficou possuída por um livro’ O doente refere consumo abusivo ocasional de álcool, em contexto social, mas cada vez mais raramente; não fuma tabaco, mas fuma haxixe diariamente desde os 18 anos, três a 4 quatro vezes por dia, procurando, frequentemente, companhias para fumar à borla. Ele diz que se sente mais relaxado quando fuma haxixe e que, nesses momentos, considera que tem menos fantasias pedófilas: ‘Devaneio com outras coisas’. Por outro lado, afirma que é bastante sedentário, passando grande parte do tempo em casa no computador; deita-se bastante tarde e dorme durante o dia. E afirma não ter antecedentes médico-cirúrgicos relevantes.

No exame do estado mental, para além do que já foi referido, é de salientar que não se detectaram alterações formais do pensamento, atividade delirante ou alucinatória ou outras situações que sugerissem uma perturbação psicótica. Assim, de um modo global, em termos psiquiátricos, foram colocadas as seguintes Hipóteses de Diagnóstico: Parafilia pedofílica, Síndrome amotivacional dos canabinóides e, Perturbação da Personalidade não especificada (traços esquizóides importantes mas com provável contribuição do síndrome amotivacional dos canabinóides para a Esquizoidia aparente).

Na primeira consulta, foi detectada sintomatologia depressiva; o doente andaria a isolar-se cada vez mais, raramente saindo de casa. Neste sentido, foi medicado com Fluoxetina 20 mg por dia pelo seu efeito anti-depressivo ativador e também pelo seu efeito anti-obsessivo para reduzir a frequência das fantasias parafilicas. De igual modo, foi ensinado a realizar condicionamento masturbatório, ou seja, masturbação usando fantasias com objetos sexuais adequados (mulheres adultas), evitando a masturbação com fantasias pedófilas, a fim de estabelecer uma nova vinculação entre o prazer do orgasmo e fantasias envolvendo objetos sexuais adequados, esperando haver um descondicionamento do prazer associado às crianças.

Em consultas subsequentes, foi feita também uma abordagem psico-educativa,

relativamente ao que constitui uma sexualidade adulta e saudável, com ênfase na empatia e na alteridade; a capacidade de colocar-se no lugar do outro; ter em conta os seus desejos, fantasias, necessidades, autonomia, liberdade, angústias e frustrações; a maturação psicosexual e a capacidade para consentir uma relação.

O doente referiu que nunca teria coragem de abordar crianças na rua e de agir as suas fantasias: ‘Nem é por poder ser preso, que até teria cama e roupa lavada, mas porque acho que não iria viver bem com isso’. A seguir a esta afirmação, tendo em vista discernir entre culpabilidade versus vergonha, questiono-o se agiria as suas fantasias se a sociedade não condenasse esses atos, ao que responde: ‘Acho que sim, se não fosse mal visto pela sociedade mas essa sociedade não existe [...]’. O único problema é ser mal visto pela sociedade’. Nesta sequência, argumentei para o doente que o verdadeiro problema não é a questão valorativa em termos morais, mas que também em termos biológicos e inatos ao ser humano as crianças não têm maturação biológica a nível dos seus genitais para terem relações sexuais, nem maturação psicológica para perceberem o significado disso e que, como tal, nunca seria um ato consentido em verdadeira liberdade. Neste sentido, foi-lhe referido que a vagina de uma menina de 7 anos não tem maturação biológica para suportar relações sexuais, ou permitir a penetração de um pénis adulto, levando a danos físicos e dor para a criança. O doente fica a refletir um pouco e, então, refere que nunca tinha pensado nisso, o que sugere dificuldade da parte dele em elaborar, por empatia, o sofrimento da criança, apenas parecendo entender a questão valorativa moral e não a inata questão psicobiológica.

Ao longo das consultas, foram também colocadas ao doente algumas hipóteses compreensivas de orientação psicanalítica da sua parafilia pedofílica, tendo por base a sua biografia, nomeadamente a questão dos cuidados que teve por parte dos pais e se a sua preferência por crianças não seria uma tentativa de recuperar uma infância perdida, ou também resultado de uma desilusão com o mundo dos adultos. Face a esta interpretação, o doente responde calmamente: ‘Talvez’, com o mesmo sorriso subtil e sem mostrar qualquer ressonância afetiva ou sinais de irritabilidade, nem contestar.

Numa das últimas consultas, o doente exprime alguma agressividade pelo facto de a consulta se ter atrasado e de ter estado muito tempo à espera de entrar, algo que nunca tinha acontecido. Nessa consulta, abordamos o tema de relações afetivas passadas. De forma relutante e muito reservada, o doente acaba por falar numa relação heterossexual de curta duração que ocorreu entre o final da adolescência e a entrada na adultícia, mas que, descreve como ‘desastrosa’. E referiu que, se pu-

desse voltar atrás, as coisas talvez tivessem corrido de outro modo, porque gostava dessa rapariga. Em consultas anteriores, tinha evitado, sempre e inexoravelmente, esse assunto, sendo esta a primeira vez que o doente se abriu um pouco para este caso, mas, ao mesmo tempo, ficando um pouco perturbado e levemente irritado. Por isso, disse-lhe que estava disponível para o ouvir quando se sentisse preparado para explorar essa vivência e que estava ali para o ajudar, sem qualquer julgamento moral, exortando-o a aprender a confiar e falar nesse assunto para que pudéssemos progredir no tratamento. Neste ponto, parece-nos existir, então, uma nova memória afectiva traumática que espelha nova desilusão com o mundo dos adultos, quando iria entrar numa relação afectiva madura e adulta.

Ao longo das consultas, senti que a ligação entre o doente e a equipa terapêutica se foi tornando mais intensa. O doente, a pouco e pouco, deixou a sua postura passiva e cínica e passou a exprimir a sua raiva interna de forma um pouco mais expressiva emocionalmente, uma vez que, antes disso, conservava sempre um semblante rígido com um leve sorriso cínico persistente.

No que diz respeito ao tempo ocupado pela parafilia, o doente apresentou melhoria clínica: 'Já consigo controlar melhor as fantasias, já não me masturbo tantas vezes a pensar em crianças'. Tendo por referência as 24 horas de duração de um dia, o doente refere que os pensamentos pedofílicos ocupam cerca de uma hora no total e que não sente compulsão para a masturbação, quando tem esses pensamentos.

Finalizo a descrição do caso clínico introduzindo aqui a conversa terapêutica acerca de um sonho contado pelo doente.

Doente: - *'Desci ao Inferno e matei o Diabo [...]. Aí arranjei um exército de demónios e com eles voei para o Céu e conquistei o Céu, tornando-me assim Deus e fazendo o mundo à minha imagem e semelhança [...]. Tornei o mundo todo gelado [...] estava-se sempre no Inverno'*

Médico: - *E o que aconteceu às outras pessoas?*

Doente: - *'Não existia mais ninguém [...]. Infelizmente tinha morrido toda a gente devido às temperaturas geladas [...] foi um percalço [...] não precisava de mais gente [...] eu era Deus e estava em todo o lado'*. (O doente verbaliza este facto do seu sonho sem ressonância afectiva adequada, exprimindo, mais uma vez, um sorriso subtil, mas com um ar triunfante).

Além disso, o doente afirma que sonha muito: *'Nunca são pesadelos...sonho também que viajo no tempo...'*. Mas diz, de igual modo, nunca refletir sobre o significado dos sonhos.

É bastante evidente a proclividade narcísica objectal do doente que foi uma criança com pais demonstrativamente carinhosos, mas cujo objeto investido afectivamente, de forma preferencial, era a droga. A pedofilia parece aqui servir a função de repor uma infância que nunca existiu, incorporar a ingenuidade, a inocência e a curiosidade de uma criança, os cuidados e amor que merece. O doente não aceitou ao complexo de Édipo, ficando eternamente fixado numa sexualidade pré-genital, auto-erótica, talvez à espera de que a sua infância prometida e merecida se venha um dia a realizar. Relativamente ao sonho acima referido, reflete bem a estrutura de personalidade do doente, sendo patentes a onnipotência e a retirada narcísica, o não precisar dos outros e o ódio recalcado, agora omnidirigido. Apesar da esquizoidia apresentada pelo doente, vemos, de igual modo, a sua fragilidade e traços de dependência, nomeadamente em relação à mãe.

Diante das muitas perspectivas psicanalíticas para a etiologia e função da pedofilia, o clínico deve ter o cuidado de não incorrer no risco da generalização, tentando encaixar questões intelectuais e perspectivas teóricas, porque como constatamos, a pedofilia tem um significado único e específico no funcionamento mental de cada doente, não aparecendo como uma ilha autónoma.

Em qualquer caso, a compreensão psicodinâmica destes casos permite manter neutralidade e empatia e gerir a contra-transferência despertada pelo doente. A incursão pelo mundo psicodinâmico de um doente, embora possa ser, inicialmente, um caminho difícil, permite, a longo prazo, organizar melhor os limites do nosso próprio Ego, de modo a desenvolver a empatia como capacidade clínica.

## REFERÊNCIAS

Gomes, F. Allen (s.d). *Abuso sexual de menores: vítimas e abusadores*. Texto não publicado cedido pelo autor, a 22 de Outubro de 2011.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, Text Revision, Washington, American Psychiatric Association,

Andreasen, N., & Black, D. (2009). *Introdução à Psiquiatria*. Porto Alegre, Artmed.

- Angelides, S. (2004). Paedophilia and the Misrecognition of Desire, *Transformations Journal* 8.
- Bradford, J. M. (1999). The paraphilias, obsessive compulsive spectrum disorder, and the treatment of sexually deviant behaviour, *Psychiatry Q*, 70(3), 209-219.
- Cossins, A. (2000). *Masculinities, Sexualities and Child Sexual Abuse*. The Hague: Kluwer Law International
- De Masi F. (2007). The paedophile and his inner world: Theoretical and clinical considerations on the analysis of a patient, *Int J Psychoanal* 2007, 88, 147-65
- Dias, I., Ribeiro, C. S., & Magalhães, T. (2010). In T. Magalhães (coord), *Abuso de crianças e jovens*, Lidel, Lisboa, 2010
- Ferraz, F. C. (2000). *Perversão*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Finkelhor, D. (1984). *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*, New York: Free Press.
- Finkelhor, D., & Lewis, I. A. (1988). An epidemiologic approach to the study of child molestation. *Ann N Y Acad Sci*, 528, 64-78.
- Fleig, M. (2010). O pedófilo: vítima de seu desejo e perversão, entrevista à IHU On-Line por email, 25 de Abril de 2010, disponível em: [http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3152&secao=326](http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3152&secao=326)
- Freud, S. (1964). Three essays on the theory of sexuality. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. 7, English Translation*, Hogarth Press,
- Freund, K., et al. (1972). The Female Child as a Surrogate Object. *Archives of Sexual Behaviour* 2.2,119-133.
- Gabbard, G. (2006). *Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica*. Porto Alegre, Art-med, 2006
- Glasser, M. (1988). Psychodynamic aspects of paedophilia. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 3(2), 121-135.

- Glasser, M. (1989). The psychodynamic approach to understanding and working with the paedophile. In M. Farrel (Ed.). *Understanding the Paedophile*. London: ISTD/The Portman Clinic, pp. 1-11.
- Groth, A. N., & Birbaum, H. J. (1978). Adult Sexual Orientation and Attraction to Underage Persons, *Archives of Sexual Behaviour* 7.3, 175-181.
- Hisgail, F. (2007). *Pedofilia: Um estudo psicanalítico*. São Paulo, Iluminiuras, 2007
- Howitt, D. (1995). Paedophiles and sexual offenses against children, John Wiley & Sons, New York
- Jaria, A. (1969). Contribution to the study of paedophilia and of its psychiatric-forensic implications, *LavNeuropsychiatr* 44(3)
- Kraemer, W. (1976). A paradise lost. In W. Kraemer (Ed.), *The Forbidden Love: The Normal and Abnormal Love of Children*. London: Sheldon Press, pp. 1-35.
- Marshal, W. L. (1997). Pedophilia: Psychopatology and Theory, Adult Sexual Interest in Children. (eds.) D. Richard Laus and William O'Donohue, New York: Guilford, 152-174.
- McConaghy, N. (1998). Paedophilia: a review of the evidence, *Aust N Z J Psychiatry* 32, 252-265,
- Raymond, N. C., Coleman, E., Ohlerking, F., et al. (1999). Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry* 156, 786-788.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 10<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Socarides, C. W. (1959). Meaning and content of a pedophilic perversion. *J Am Psychoanal Assoc* 7, 84-94.

**Emanuel Santos.**

Médico Interno de Psiquiatria  
no Hospital de Magalhães Lemos, EPE.

## Resumo / Abstract

### **Uma Infância que Nunca Existiu: A Abordagem Psicodinâmica da Pedofilia em Contexto Clínico**

A abordagem psicodinâmica é observada, neste artigo, como um contributo potencialmente significativo no tratamento psiquiátrico de doentes com diagnóstico de pedofilia, contribuindo para melhorar o grau de empatia com estes doentes. A discussão teórica é, desta forma, suportada no caso clínico de um doente de 26 anos, seguido em consulta de sexologia. Na abordagem terapêutica deste doente, para além dos psicofármacos e psico-educação, foram utilizadas técnicas comportamentais de recondicionamento do objecto de desejo sexual, a par de algumas formulações psicodinâmicas. Como resultado, assistiu-se a uma evolução clínica favorável, com diminuição significativa do tempo ocupado pelas fantasias pedófilas e, também, menor tendência à compulsão.

**Palavras-Chave:** Pedofilia, psiquiatria, abordagem psicodinâmica, empatia, contexto clínico.

### **A Childhood That Never Existed: The Psychodynamic Approach to Paedophilia in a Clinical Context**

Psychodynamics is observed here as a potentially significant contribution to the psychiatric treatment of patients with diagnosis of paedophilia, resulting in a better degree of empathy, in medical terms, with these patients. The theoretical discussion is thus supported by the empirical case of a 26-year-old patient in sexology follow-up. Besides psychoactive drugs, behavioural techniques of reconditioning of the object of sexual desire were used, along with some psychodynamic formulations. As a result, there was a favourable clinical evolution with the marked decrease of the time occupied with paedophilic fantasies and also a lesser tendency to compulsion.

**Keywords:** Paedophilia, psychiatry, psychodynamics, empathy, clinical context.