

Christian MORMONT

TRATAMENTO DOS AUTORES  
DE DELITOS SEXUAIS

*Separata*

PSICOLOGIA FORENSE

ALMEDINA

## Tratamento dos autores de delitos sexuais \*

Christian  
Mormont

### I. Introdução

#### 1. Generalidades

O tratamento dos delinquentes sexuais situa-se no entrecruzar da política, da justiça, da criminologia, da psicologia e da medicina.

Tornou-se politicamente correcto e eleitoralmente rentável tomar medidas de segurança em matéria de infracções de carácter sexual: modificação das leis, agravamento das penas, restrição das condições de liberdade antecipada, direito de ingerência concedido às vítimas, inscrição em registo, controlo social... e tratamentos. Nesta perspectiva, trata-se de provar aos cidadãos que o poder não tem nenhuma condescendência em relação a esses delinquentes e que assegura um controlo o mais rigoroso possível.

A integração dos psicólogos e dos médicos nesse sistema de controlo enfrenta, de uma forma que varia segundo os indivíduos e as culturas, importantes obstáculos éticos já que, para muitos desses profissionais, a tomada a seu cargo do sofrimento humano é um fim em si mesmo, que não pode ser subordinado a nenhuma outra necessidade colectiva ou social. A sua missão não tolera nenhuma concessão a imperativos de ordem ou de segurança. Para outros prestadores de cuidados, a contribuição para a segurança pública merece adaptações do ideal profissional. As divergências entre estes pontos de vista não deixam de ter consequências.

Seja como for, o emprego de métodos com intenção terapêutica exige o respeito de um quadro, com os seus objectivos, o seu sigilo, os seus valores, quadro esse estabelecido em resposta a um determinado pedido. O próprio

---

\* Tradução de Maria de Lya Vele Dias e de Paulo Dias

estatuto deste pedido varia segundo as diversas psicoterapias analíticas e humanistas e os métodos de modificação das cognições e/ou dos comportamentos. As primeiras põem como condição a necessidade de um pedido autêntico e os segundos a definição de um objectivo, o comportamento-problema constitutivo da infracção. O não respeito destas condições torna impossíveis os respectivos tratamentos.

Se nos colocarmos numa perspectiva mais social, a prevenção da recidiva torna-se prioritária e orienta a escolha e o emprego dos meios. O sigilo, a evolução pessoal, a vida privada não são privilegiados em detrimento da segurança pública. Mesmo quando não se dispõe de nenhuma prova preliminar da eficácia de qualquer tratamento, desde que seja em matéria de delinquência sexual, a pressão social torna o tratamento obrigatório.

Resta a questão da especialização: o autor de infracções de carácter sexual requer um tratamento especializado? Ou é o interveniente que deve ser especializado? Com efeito, uns defendem que os tratamentos devem ser elaborados em função da problemática a tratar, enquanto outros pensam que o interveniente deve ter um conhecimento aprofundado dos delinquentes sexuais para poder administrar-lhes tratamentos normalizados. Os psicoterapeutas preferem esta última opinião: um bom conhecimento dos domínios da sexualidade, da perversão, da impulsividade, da passagem ao acto, dos aspectos jurídicos e sociais permite contextualizar a terapia. Aqueles que adoptam uma perspectiva mais criminológica propõem, pelo contrário, uma abordagem sobretudo operatória e técnica: reduzir o risco de recidiva através do aperfeiçoamento de métodos de acção *ad hoc* que o interveniente pode aprender e aplicar especificamente.

## 2. Modelos teóricos e terapêuticos

A etiologia das delinquências sexuais (que não se sobrepõem exactamente aos desvios sexuais) continua mal conhecida. Ela parece depender de diversos factores internos e externos, físicos e psíquicos, pessoais e relacionais, sociais e culturais, passados e actuais, circulares e emaranhados. Segundo o aspecto que se privilegia e o referente teórico que se adopta, elaboram-se hipóteses explicativas e métodos de acção diferentes. Para além das teorias explicativas e das práticas terapêuticas, mais ou menos ortodoxas, de orientação psicanalítica, por um lado, e cognitivo-comportamental, por outro lado, existem outras hipóteses e terapias aplicadas aos delinquentes sexuais: tratamentos medicamentosos (*e. g.*, Cordier, 2000; Thibaut & Cordier, 2001), terapia sistémica ou familiar (Bentovim, 1996; Savin, 2000; Hayez & de Becker, 2001), terapia de mediação corporal (Balier & Sorriaux, 2000), arte-terapia (Legendre-Boulay, 2000), terapia narrativa (*narrative*

*therapy*) (Keenan, 1998), etc. Algumas destas técnicas de tratamento (medicamentos, relaxamento, grupo, arte, etc.) revelam-se particularmente úteis para abordar os sujeitos que apresentam dificuldades de elaboração mental (Balier, 2000).

### 3. Os preliminares do tratamento

#### 3. 1. O pedido

Muitos delinquentes sexuais formulam um pedido de psicoterapia não sob o efeito de um constrangimento interno (o sintoma), mas sim de uma coacção externa (a obrigação de tratamento) ou ainda por utilitarismo <sup>1</sup>, o que, para certos psicoterapeutas, constitui uma contra-indicação ao acompanhamento terapêutico. É por isso que Schorsch e colaboradores (1985) e Pfäfflin (1996) insistem na necessidade de redefinir a noção de motivação, analisando não só a função do sintoma na vida do sujeito, mas também os elementos que podem ser obstáculo à terapia. Entre estes elementos, o meio socioeconómico ocupa um lugar central, sendo o sintoma frequentemente associado a uma situação de miséria económica e afectiva (pobreza, isolamento social, perda da auto-estima ou perda do objecto de amor). Acontecimentos penosos (condenação, encarceramento, obrigação de apresentação à polícia...) associados a experiências de perda (perda do emprego, do parceiro, da família, etc.) podem suscitar um pedido terapêutico. Tratar-se-ia então de permitir ao sujeito articular um pedido a partir da sua situação particular (Pfäfflin, 1996).

#### 3. 2. A aliança terapêutica

O estabelecimento de uma relação positiva com o delincente sexual é um factor terapêutico essencial, que depende talvez menos da sua disposição natural para seguir o tratamento do que da capacidade do próprio terapeuta em estabelecer um contacto com esse delincente e de o ajudar, da mesma forma que a um outro sujeito (Cordess, 1997). Uma vez clarificados os objectivos terapêuticos, a natureza do pedido e a motivação do sujeito, é preciso que o terapeuta apoie o trabalho do seu cliente (função de suporte) e o assegure da sua “neutralidade benevolente [que] significa aqui despojar-se

---

<sup>1</sup> Bourillon (1999) cita o caso de um delincente sexual cujo pedido é expresso da seguinte forma: “Venho para seguir as aulas de psicologia. O juiz diz que é para ter autorizações, diminuição da pena e talvez liberdade condicional”.

dos seus *a priori* e evitar querer corrigir... querer fazer sentir a força da lei” (Eiguer, 2001).

O terapeuta deve ser respeitador para com o delinquente cuja vida sexual é muito frequentemente marcada pela inibição, a vergonha e a ansiedade. Deve estar atento aos sentimentos depressivos e às ideias suicidas que a ferida narcísica, aliada à tomada de consciência da falta de autodomínio e da incapacidade em dominar a sua sexualidade desviante, pode originar.

É indispensável, ainda, que o terapeuta seja leal para com o seu cliente, inclusivamente no quadro da terapia sob constrangimento em que o terapeuta pode ser solicitado pelo mundo judiciário. Esta exigência de lealdade não significa que a relação estabelecida entre o terapeuta e o sujeito possa tornar-se numa relação de cumplicidade que os conduziria a ignorar as normas sociais (Schorsch *et al.*, 1985).

### 3. 3. O contrato

O contrato terapêutico é de uso bastante comum entre cliente e psicoterapeuta mas, no contexto particular da delinquência sexual e da obrigação de cuidados, o contrato pode tomar uma forma mais oficial. Na Bélgica, ele agrega o delinquente, o assistente de justiça e o terapeuta e certifica, de algum modo, que cada parte está claramente consciente dos compromissos assumidos.

## II. Os tratamentos

### 1. Os tratamentos em função do quadro teórico de referência

#### 1. 1. As terapias de orientação psicanalítica

No actual contexto, não é supérfluo lembrar que a psicanálise nasceu:

- do abandono da hipnose como meio de reencontrar as lembranças recalçadas de uma experiência real;
- das remodelações teóricas concomitantes que atribuíram aos desejos o papel essencial;
- e do desenvolvimento subsequente de um método de exploração do espaço intra-psíquico, graças à associação livre.

O objectivo geral da terapia analítica não é normalizar a sexualidade do cliente, mas ajudá-lo a compreender os seus conflitos essenciais, a suscitar neles uma mudança e, em consequência disso, a melhorar os seus

sintomas, em função dos seus desejos e das suas capacidades de implicação no tratamento (Luborsky, 1984). Um objectivo mais particular da terapia dos delinquentes, sexuais ou não, é a diminuição da passagem ao acto (Tardif, 1993).

É importante que o terapeuta preserve a especificidade da sua posição que é compreender o sintoma, não como um delito punido pela lei, mas como um elemento que tem uma função no psiquismo. Por outras palavras, trata-se de auxiliar o sujeito trabalhando os conflitos intrínsecos ao sintoma.

À partida, é preciso instaurar um ambiente terapêutico capaz de amortecer a excitação do sujeito e restaurar o seu narcisismo enfraquecido (Balier, 1988, 1996, 2000). O terapeuta visará assegurar uma função de suporte, “mais centrada no apoio e em explicações apaziguadoras do que em interpretações que mobilizem o inconsciente criando assim uma excitação” (Jaffard, 2000). A distância terapêutica necessária a qualquer trabalho de subjectivação (Jaffard, 2000) pode ser mantida pela referência a um terceiro — o quadro terapêutico ou o quadro judicial — que evita cair numa relação dual criando a ilusão de um par unitário.

A relação que se elabora com o terapeuta assume um papel crucial. A confiança instala-se progressivamente e o cliente sente-se investido, protegido pelo terapeuta (Schorsch *et al.*, 1985; Tardif, 1993). Este, por seu turno, que experimenta um interesse autêntico pelos problemas que o seu cliente vive, favorece o trabalho de introspecção durante e fora das sessões. Isto implica que o terapeuta apoie o seu paciente durante os momentos difíceis e sofredores da terapia, nomeadamente quando uma verdade sobre si ou afectos dolorosos emergem. Nestes momentos, e respeitando os limites do quadro terapêutico, o terapeuta deve mostrar que está disponível, e tranquilizar o sujeito relativamente às suas capacidades em fazer face ao sofrimento: “a confiança do sujeito em relação ao seu terapeuta, como bom objecto que possui uma certa humanidade e um sentido de justiça, permite a identificação e favorece a expressão da sua vida psíquica” (Schorsch *et al.*, 1985).

Neste contexto, o sintoma torna-se finalmente um tema a trabalhar tal como outros, sem o medo de se ver infligir uma ferida narcísica (Schorsch *et al.*, 1985).

Uma vez estabelecida a aliança terapêutica, a análise propriamente dita começa. Ela incidirá nomeadamente sobre o acto desviante concebido como o sintoma mórbido sob o qual se dissimula o fantasma perverso (Tardif, 1993; Pfäfflin, 1996), solução singular ao traumatismo psíquico ligado à diferença dos sexos e das gerações. Assim, o sintoma “acto sexual desviante” e os mecanismos de defesa protegem a integridade do Eu e permitem ao sujeito dominar a angústia de separação ou de castração.

No início da análise, certos sujeitos não suportam as primeiras frustrações que ela provoca e desenvolvem resistências (Schorsch *et al.*, 1985; Tardif, 1993) que podem manifestar-se por:

- uma carência de elaboração psíquica desfavorável à introspecção;
- um discurso vazio de sentido ou de afecto, através do qual o cliente se contenta em comunicar factos, defendendo-se de desvendar e de abordar a forma como os vive;
- manutenção de permutas a um nível superficial;
- hostilidade relativamente ao quadro terapêutico e às intervenções do terapeuta. Este deve poder suportar esta hostilidade, sem se censurar, mas interpretando-a na transferência.

Estando a problemática da delinquência sexual ligada ao narcisismo, certos mecanismos de defesa particulares vão agir ao longo da terapia: a procura da onnipotência, a anulação do outro (o cliente reduz o trabalho terapêutico a nada e o terapeuta ao estatuto de objecto parcial), a dominação e a recusa da separação, a denegação da realidade (a “denegação de ausência estabelecendo a alteridade”), o recurso à fetichização, o medo da passividade (Balier, 1988, 1996).

Segundo Bourillon (1999), a análise com um delinquente sexual de estrutura perversa pode encontrar um fim na ruptura do sujeito com o seu pseudo-saber sobre o que faz o Outro experimentar satisfação. O sujeito descobre o seu fantasma e a natureza puramente imaginária da sua identificação enquanto instrumento de prazer do Outro.

Cabe, no entanto, reconhecer que os sujeitos perversos raramente levam a sua terapia ou a sua análise até à elucidação do seu fantasma, se bem que haja uma mudança de posição relativamente a este último (André, 1993; Stoller, 1993). A decisão de interromper a análise é acompanhada frequentemente de uma manifesta satisfação (André, 1993).

Na prisão, a psicanálise pode encontrar uma forma de aplicação na “psicanálise institucional” ou “meio-terapia” (Aichorn, 1925). Sem pretender atribuir a todo comportamento delinquente uma causalidade psíquica, Aichorn utilizou a ferramenta psicanalítica para aliviar jovens delinquentes dos seus sintomas. Neste sentido, os educadores conhecedores da psicanálise esforçavam-se por desenvolver uma transferência positiva com os pais e, em seguida, com o jovem, instalando este último num meio tranquilizador e seguro onde lhe eram prodigalizados os cuidados necessários. O quadro terapêutico imaginado por Aichorn oferece uma possibilidade de “reeducação” por intermédio de “experiências emocionais correctoras” e permite “efeitos surpresa”, resultados da interpretação num sentido lato, que induzem um *insight* no sujeito.

A psicanálise institucional é ou foi aplicada aos delinquentes sexuais em certas prisões francesas (Balier, 1996), alemãs (Duncker, 1997; Schorsch, Galedary, Haag, Hauch & Lohse, 1985), holandesas (van Marle, 1995) e canadianas (Aubut, 1993). Aí as modalidades terapêuticas são variáveis: a psicoterapia de orientação psicanalítica é proposta ou imposta e a referência teórica é a psicanálise ortodoxa ou uma abordagem analítica mais suave, que não ignora os elementos comportamentais e ambientais que entram em jogo nos momentos de crise. O trabalho faz-se em pequenos grupos enquadrados por intervenientes com funções particulares e precisas: enfermeiros, guardas prisionais, assistentes sociais, psicólogos e psiquiatras representam objectos externos susceptíveis de ser investidos, segundo uma escolha de objecto por suporte e de ocupar um lugar simbólico evocativo da posição de pai ou de mãe. Esta posição simbólica permite separar o ajudante do terapeuta, separação que o sujeito tenta sempre apagar através das suas manipulações ou dos efeitos de identificação projectiva<sup>2</sup> (Balier, 1996). A pessoa que ocupa a função de ajudante poderá em seguida passar esse lugar à pessoa designada como terapeuta.

Alguns investigadores tentaram avaliar as mudanças induzidas pela terapia de orientação psicanalítica junto dos delinquentes sexuais (Conn, 1949, *in* Cornet *et al.*, 2003; Braütigam, 1966, *in* Cornet *et al.*, 2003; Petri, 1980, *in* Cornet *et al.*, 2003; Schorsch, Galedary, Haag, Hauch & Lohse, 1985). Assim, Schorsch e colaboradores (1985) observam mudanças positivas em 59% dos 86 delinquentes sexuais que seguiram um tratamento de orientação psicanalítica: o sintoma (quer dizer, o comportamento sexual desviante) desaparece em um terço dos sujeitos; metade dos sujeitos controlam as suas necessidades sexuais, reinvestem a vida social, deixam de beber álcool, de experimentar afectos depressivos e são libertados de qualquer sintoma de ordem psicossomática. A validade destes resultados é, todavia, difícil de estabelecer devido à raridade de estudos controlados neste domínio.

## **1.2 A abordagem sistémica, a terapia familiar e o delito sexual intra-familiar**

No domínio da delinquência sexual, tal como em outros domínios, persiste uma certa confusão entre o conceito de abordagem sistémica (modelo epistemológico) e o de terapia familiar (quadro de intervenção). O facto de reunir os membros de uma família não implica que se adopte uma posição

---

<sup>2</sup> Segundo M. Klein, a identificação projectiva designa um mecanismo que se traduz por fantasmas, em que o sujeito introduz a sua própria pessoa (na totalidade ou em parte) no interior do objecto para o prejudicar, possuir e controlar.



sistémica. Por outro lado, uma análise de tipo sistémico é realizável no quadro individual.

Contrariamente aos modelos que se centram quer sobre a realidade intrapsíquica (modelos psicodinâmico e cognitivista) quer sobre a realidade observável (comportamentalismo), a abordagem sistémica interessa-se pelas realidades inter-relacionais do sistema, seja ele familiar, institucional ou organizacional. Deste ponto de vista, o problema é visto não como um sintoma individual, mas como um sintoma do disfuncionamento familiar. Este disfuncionamento exprime-se em termos de porosidade das fronteiras intergeracionais, de confusão de papéis, de parentificações, de lealdade sacrificial, etc.

Para modificar este funcionamento, a totalidade do sistema deve ser tida em conta e a cargo. Ao invés da atitude mais corrente nestas circunstâncias e que consiste em enviar separadamente vítimas e autores para terapeutas diferentes, tratar-se-á então de manter a relação e o confronto do adulto, da criança e dos outros membros da família, de forma a fazer evoluir as transacções incestuosas para modalidades transaccionais mais adequadas.

Baseada na cibernética e nas teorias da modificação (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967), a abordagem sistémica apoia-se num certo número de princípios teóricos, tendo cada um deles a sua implicação em termos de compreensão do funcionamento incestuoso e de intervenção face a este, como se pode ver seguidamente.

– *O todo é mais que a soma das partes*: o que implica, no caso concreto, que o delito sexual intrafamiliar deva ser compreendido como fruto de uma dinâmica familiar e não como produto de um comportamento individual. Nesta ordem de ideias, certos sistémicos estabeleceram tipologias distintas de sistemas familiares incestuosos. Por exemplo, Barudy (1989) diferencia as organizações familiares emaranhadas e altruístas, as organizações familiares caóticas, indiferenciadas e promiscuamente usurpadoras e, enfim, as organizações familiares petrificadas, totalitárias e absolutistas.

– *O sistema funciona segundo o princípio da homeostasia, do retorno ao equilíbrio*: qualquer mudança numa família incestuosa provocará resistências individuais e colectivas. À partida, um tratamento individual apenas do progenitor delincente não impediria, de forma alguma, a mobilização dos outros membros da família para manter o funcionamento incestuoso ainda que sob uma outra forma. Nesta óptica, não é raro observar jovens raparigas reclamarem a guarda da sua fratria, perpetuando assim uma confusão manifesta dos papéis familiares e parentais.

– *Quando o sistema é disfuncional, manifestam-se sintomas*: o incesto não é considerado apenas em termos de comportamento sexual inapropriado mas, de preferência, em termos de confusão dos papéis familiares e das

fronteiras intergeracionais, estando estas últimas dimensões no centro da intervenção sistémica.

– *O sistema subdivide-se em subsistemas*: casal parental, fratria, grupos sexuais... tantos subsistemas com interesses divergentes. A intervenção sistémica nas famílias incestuosas terá como objectivo restabelecer estes subsistemas na construção de um “projecto comum”.

– *Os sistemas produzem outros sistemas*: a família incestuosa é o produto de uma história familiar cruzada. O incesto é, então, compreendido como um acontecimento que deve ser reinscrito numa “história comum”.

É muito importante não confundir este trabalho sistémico com intervenções familiares fundamentadas numa concepção estritamente individual da problemática incestuosa e cujos métodos de acção oscilam entre a culpabilização e mesmo a humilhação do autor, a identificação compassiva com a vítima e o apoio do progenitor dito “não-abusador”, mais do que “não-protector”. Convém denunciar este género de intervenção que, dando um poder incongruente à vítima, contribui para fazer perdurar a problemática incestuosa, mais do que resolvê-la e não constitui, em nenhum caso, uma intervenção inspirada na teoria dos sistemas.

Embora, comparativamente a outras abordagens, pouco material científico seja consagrado à abordagem sistémica do delito sexual intrafamiliar, a intervenção sistémica junto de famílias incestuosas não pára de se desenvolver na prática clínica.

### **1. 3. As terapias de orientação comportamental e/ou cognitiva**

Na sua origem, o comportamentalismo e o cognitivismo distinguem-se e opõem-se mesmo pelos seus paradigmas, os seus objectos, os seus fins e os seus métodos. No domínio particular da delinquência sexual, o comportamentalismo visa a extinção do comportamento sexual desviante e a aprendizagem de comportamentos mais adequados, enquanto o cognitivismo tem como objectivo eliminar ou modificar as cognições relacionadas com o acto sexual desviante.

Estas duas abordagens parecem, no entanto, poder completar-se não obstante a sua heterodoxia. Tornou-se habitual, se bem que por vezes impróprio, falar hoje de tratamentos cognitivo-comportamentais.

A associação foi favorecida pela verificação de que os tratamentos comportamentalistas, orientados para a modificação da preferência sexual (condicionamento aversivo utilizado para suprimir o fetichismo [Raymond, 1956], a homossexualidade [Freund, 1960], o travestismo [Blackmore, Thorpe, Barker, Conway & Lavin, 1963]...), negligenciam demasiados

aspectos do campo complexo da delinquência sexual e são insuficientes. A esfera das cognições deve ser tida em conta.

Para além disso, a ideia de tomar a cargo não apenas os comportamentos ou cognições directamente relacionados com a infracção, mas ainda factores psicológicos indirectos, tais como aptidões sociais, educação sexual, empatia, conduziu à pesquisa de métodos de acção apropriados a esses objectivos e que combinam intervenções sobre os comportamentos, as cognições e as emoções.

### **1. 3. 1. Os tratamentos comportamentalistas**

Na perspectiva comportamentalista, o comportamento sexual desviante é um comportamento aprendido segundo as leis do condicionamento operante, respondente e social. Desde logo, trata-se de conduzir à extinção deste comportamento sexual não desejável e de aprender comportamentos sexuais mais adequados. A tónica pode ser posta no controlo da excitação desviante ou sobre o aumento da excitação não desviante.

Alguns dos métodos principais são a seguir exemplificados.

#### **Métodos**

##### **– A extinção do comportamento sexual desviante por aversão**

A redução ou extinção do comportamento sexual desviante é obtida através da associação de um estímulo incondicional aversivo a um estímulo sexual desviante ou à excitação que ele provoca. A resposta aversiva condicionada substitui-se à excitação.

Devido ao carácter penoso do estímulo, as técnicas aversivas apenas podem ser aplicadas com o consentimento esclarecido do sujeito, por um terapeuta que tenha sido, ele próprio, exposto ao estímulo aversivo.

a. A terapia por *aversão olfactiva* é provavelmente o método aversivo actualmente mais utilizado

b. A *sensibilização oculta* ou “*imagerie*” aversiva consiste em associar sistematicamente as imagens de comportamento sexual desviante às imagens aversivas das consequências penosas desse comportamento. Esta associação é realizada através do cenário (construído, se possível, com a ajuda do sujeito) de um acto sexual desviante e suas consequências.

Cada apresentação dos cenários é precedida de uma sessão de relaxamento.

##### **– A inibição da resposta desviante por retroacção biológica ou biofeedback**

O sujeito submetido a um excitante desviante (imagens, filmes, narrações...) é informado da sua resposta peniana por um pletismógrafo, o que lhe permite aprender a controlar e a inibir a resposta sexual: a inibição

aprendida da resposta ao estímulo desviante dá lugar a uma resposta mais adequada.

### – O recondicionamento

O princípio consiste em transferir o poder excitante de um estímulo desviante para um estímulo não desviante. O sujeito é então exposto (por evocação dos seus fantasmas, apresentações de imagens, de narrações) ao estímulo desviante e a excitação provocada é “recuperada” a favor de um estímulo não desviante.

O recondicionamento só deveria ser aplicado aos delinquentes que reconheceram os factos incriminatórios (Maletzky, 1991).

#### a. O esbatimento (*fading*)

Por contiguidade com os estímulos que desencadeiam uma resposta sexual, estímulos originalmente neutros podem, por sua vez, espoletar a resposta sexual.

A técnica do esbatimento (*fading*) pode ser utilizada para reduzir a resposta não desejada ou para provocar uma resposta mais adequada.

#### b. A *saciedade masturbatória* e o *recondicionamento orgásmico*

Este tipo de recondicionamento baseia-se na ideia, no entanto não fundada cientificamente (Maletzky, 1991), de que o desejo sexual diminui logo após a ejaculação.

1) A *saciedade masturbatória*: o sujeito deve masturbar-se até à ejaculação evocando fantasmas não desviantes. Após a ejaculação, deve masturbar-se novamente pensando em fantasias sexuais desviantes. A duração de uma sessão é variável: trinta minutos são suficientes segundo Maletzky (1991), enquanto Marshall (1973) preconiza uma hora. A frequência é de três sessões por semana. Pode-se também pedir ao sujeito para proceder desta forma de cada vez que se masturba.

2) O recondicionamento orgásmico por mudança de fantasia masturbatória: o sujeito deve masturbar-se pensando num cenário desviante até que se aproxime da ejaculação. Neste momento, ele deve mudar imediatamente de cenário em favor de um cenário não desviante e masturbar-se até ao orgasmo.

A utilização destas técnicas é difícil com sujeitos que têm poucas fantasias não desviantes. Neste caso, Proulx (1993) aconselha a junção de um suporte audiovisual.

### *Comentários*

As diversas técnicas comportamentais que se aplicam para enfraquecer ou fazer desaparecer o comportamento sexual desviante são cada vez menos utilizadas (Maletzky, 1991). Para Quinsey e Earls (1990) e Maletzky (1991),

a razão deste declínio é mais económica e política do que científica. Maletzky (1991) considera, no entanto, que não é necessário renunciar a técnicas terapêuticas comportamentais eficazes, mesmo se os seus mecanismos não são inteiramente compreendidos e a sua teoria explica, apenas em parte, a etiologia do acto. Ele considera, pelo contrário, que é preciso perseverar nesta via e prosseguir a experimentação (Maletzky, 1996).

Contrariamente a Quinsey e Earls (1990) e Maletzky (1991), Marshall, Anderson e Fernandez (1999) atribuem a desafeição do comportamentalismo a razões científicas, sendo que o único estudo a demonstrar a adequação do tratamento aversivo do comportamento sexual desviante é o dos próprios Quinsey, Chaplin e Carrigan (1980). Anteriormente, McConaghy (1975) tinha já demonstrado que o tratamento aversivo não modificava a preferência sexual. Mais tarde, apoiando-se em diversos estudos, o mesmo McConaghy (1990) conclui pela ausência de condicionamento da resposta sexual e desenvolve a hipótese do controlo, preferindo Laws (2001) a hipótese das cognições mediadoras.

Proulx (1993) interroga-se sobre a generalização da “inibição” do comportamento sexualmente desviante fora do contexto particular do laboratório. Ele questiona-se sobre o que sucederá quando o sujeito estiver em contacto com rapazes ou raparigas pré-púberes, e se a aprendizagem condicionada se revelará eficaz, suficiente, e se será efectivamente utilizada pelo sujeito.

As objecções que levanta o recurso exclusivo às teorias e técnicas comportamentais levaram a considerar outros aspectos, outros factores — tais como as aptidões sociais, as cognições — e, conseqüentemente, outros métodos (treino de aptidões sociais, educação sexual...).

### **1. 3. 2. Os tratamentos cognitivistas**

Os tratamentos cognitivistas da delinquência sexual têm por objectivo reduzir ou eliminar as distorções cognitivas relacionadas com o acto sexual desviante e de as substituir por cognições incompatíveis com o acto desviante e o objecto sexual desapropriado.

A avaliação e a identificação das distorções cognitivas realizam-se por ocasião das entrevistas e nas diferentes etapas do tratamento, através de escalas específicas e pela análise da cadeia de acontecimentos que levam ao acto. Importa ter em conta factores, tais como os factores culturais, susceptíveis de influenciar certas cognições e de criar distorções tanto no delinquente como no terapeuta, encontrando-se numerosos exemplos na prática e na literatura.

A modificação dos comportamentos desviantes surge da rectificação das distorções cognitivas patogénicas. Uma tal rectificação é obtida confrontando o sujeito com as suas próprias distorções e levando-o assim a modificar ele próprio o seu sistema de pensamento (reestruturação cognitiva).

Existem várias técnicas de confrontação :

– Winn (1996) pergunta ao sujeito: “Que perigo poderia haver para si ao pensar de outro modo?” A partir daí, o terapeuta convida o sujeito a estabelecer um diálogo interior e dialéctico entre uma parte dele mesmo que pensa como o delinvente sexual e uma outra parte que pensa sem esse sistema ideico (*ideique*) particular. Graças a esta metaconfrontação, o sujeito toma consciência de que ele não é um todo, unicamente delinvente sexual, e que pode desenvolver um outro sistema ideico;

– uma outra técnica consiste em pedir ao sujeito para explicar as suas cognições relacionadas com o delito e de o levar a fazer a ligação entre as suas distorções cognitivas e o seu comportamento sexual desviante, entre as suas interpretações erróneas do comportamento do outro e as suas intenções, sentimentos e desejos do momento. Se o sujeito conseguir reconhecer e compreender o que ele colocou em jogo para chegar ao delito, se puder criticar as suas próprias cognições, poderá assim abandoná-las em proveito de cognições mais correctas que favorecem relações mais adequadas (Morrison, Erooga & Beckett, 1994);

– para Ward, Hudson e Marshall (1996), o objectivo consiste em o sujeito construir conscientemente a história dos seus actos. Assim, o terapeuta pede ao delinvente sexual para descrever as etapas através das quais ele passou para chegar ao acto, o que lhe permite reconhecer aquelas que não são apropriadas. Desta forma, o sujeito sai gradualmente de um estado de desconstrução para atingir um nível mais complexo e mais abstracto de cognições incompatíveis com o comportamento sexual desviante. É importante acompanhar o sujeito nas suas elaborações (Marshall, Anderson & Fernandez, 1999).

Neste tratamento cognitivo, o terapeuta deve sistematicamente ter em conta qualquer elemento que possa gerar uma distorção cognitiva (Slater, 1988; Morrison, Erooga & Beckett, 1994). Ele não deve ser agressivo mas submeter o sujeito ao questionamento e à confrontação.

### **Comentários**

O trabalho sobre as cognições assumiu um lugar considerável no tratamento dos delinquentes sexuais, mas rapidamente se tornou evidente que a associação das técnicas comportamentais e cognitivas, pragmaticamente compatíveis, era mais rentável e tinha mais em conta a complexidade da realidade clínica do que o uso de cada um desses métodos separadamente.

Por outro lado, o estudo dos delinquentes sexuais permitiu referenciar factores psicológicos não específicos que parecem ser importantes e que,

enquanto tal, se tornaram objecto de avaliação e de tratamentos direccionados, integrados ou não em projectos mais amplos, tais como a prevenção da recidiva ou o tratamento especializado dos delinquentes sexuais detidos.

## **2. Os tratamentos em função dos objectivos**

O controlo e a modificação destes factores não específicos visam reduzir secundariamente o recurso ao acto proibido.

Entre estes factores, as aptidões sociais, os conhecimentos sexuais e a empatia suscitaram um interesse particular, daí decorrendo a elaboração de programas estruturados de tratamento. Tais programas podem aplicar-se de forma isolada, suceder-se ou integrar-se numa intervenção mais global.

### **2. 1. O treino de aptidões sociais**

As aptidões sociais são comportamentos necessários para atingir objectivos sociais, desenvolver as relações e facilitar a autonomia do indivíduo (Danis, Aubut, Poirier & Robert, 1996).

Frequente nos delinquentes sexuais (Marshall, Barbaree & Fernandez, 1995), o défice de aptidões sociais, de competências relacionais e de capacidades para exprimir sentimentos é combatido pelo treino de aptidões sociais necessárias ao estabelecimento e à manutenção de relações sociais satisfatórias.

De um ponto de vista técnico, é preciso, antes de mais, descrever teoricamente a pertinência e o impacto dos comportamentos que serão objecto da aprendizagem. A aptidão social é fraccionada em etapas lógicas e cronológicas que constituirão os pontos precisos de aprendizagem, detalhados num documento entregue aos participantes. A etapa de instrução é seguida pela etapa de modelação (*modelage*) no decurso da qual os sujeitos observam em vídeo a forma de realizar a aptidão. Em seguida, é proposto a dois voluntários um jogo de simulação de papéis (*jeu de rôle*) da cena observada. Esse jogo de simulação é filmado o que permite aos sujeitos, depois disso, avaliarem eles próprios os seus desempenhos e ouvirem os comentários dos outros. A retroacção e o reenquadramento cognitivo constituem assim as duas últimas etapas do programa de treino.

### **2. 2. A educação sexual**

A educação sexual, cujas modalidades concretas raramente são descritas (por exemplo, ela apenas é objecto de uma breve descrição na obra de referência de Marshall, Laws & Barbaree, 1990), é incluída na maior parte

dos programas de tratamento dos delinquentes sexuais. Com efeito, parece evidente que muitos desses delinquentes conhecem mal a realidade anatomo-fisiológica dos sexos e a função erótica nos seus diversos aspectos. Sem assimilar ingenuamente desvio e ignorância (é porque tem ideias erróneas sobre a sexualidade que o indivíduo tem comportamentos inadequados), seria de todo o interesse combater o desconhecimento nesta matéria através da instrução (ensinar conhecimentos), da formação (analisar e corrigir as distorções cognitivas, as crenças e os mitos) e da educação (suavizar a culpabilidade masturbatória, reduzir o pudor ligado ao coito, favorecer uma visão adequada das interações sexuais) (Marshall & Barbaree, 1990; Schérer, McKibben, Gerard & Côté, 1996).

Todavia, existem muito poucas pesquisas sistemáticas e controladas sobre a educação sexual (Schérer, McKibben, Gerard & Côté, 1996).

### 2. 3. A empatia

Embora o conceito de *empatia* seja conhecido desde há muito tempo, a definição deste termo continua a ser controversa (Davis, 1994; Pithers, 1994; Marshall, Anderson & Fernandez, 1999).

Segundo Davis (1983, 1994), o conceito de *empatia* compreende elementos cognitivos (por exemplo, as construções mentais através das quais um sujeito pode pensar como se partilhasse o ponto de vista de outro) e elementos emocionais (por exemplo, as construções afectivas que permitem a um sujeito experimentar alguma coisa em reacção a uma situação de vida de uma outra pessoa). A empatia deve então ser estudada tendo em conta a rede de factores cognitivos e afectivos que conduzem a um comportamento.

Pithers (1994) atribui à empatia três características:

- a capacidade de perceber segundo a perspectiva de uma outra pessoa;
- a capacidade de reconhecer em si a emergência de afectos;
- a capacidade de fornecer respostas comportamentais de compaixão.

De forma bastante similar, Marshall *et al.* (1995) consideram que a empatia se compõe de quatro elementos principais:

- o reconhecimento emocional;
- a capacidade de perceber segundo a perspectiva de um outro (ou *perspective-taking*);
- a capacidade de gerar uma resposta emocional de compaixão;
- a capacidade de agir para aumentar o conforto ou reduzir o sofrimento.

A literatura científica consagrada à medida da empatia geral dos delinquentes sexuais fornece resultados bastante heterogéneos. Assim, Langevin e



colaboradores (1988) não conseguem discriminar um grupo de delinquentes de um grupo de estudantes tendo como base a Escala de Empatia Emocional (*Emotional Empathy Scale*). Do mesmo modo, Rice e colaboradores (1994) não conseguem distinguir um grupo de violadores de um grupo de sujeitos normais. Além disso, os dois estudos de Rice, Chaplin e Coutts (1990, 1994), que mostram que os sujeitos detidos por violação tinham menos empatia na escala de *Hogan* do que os sujeitos não detidos, não foram confirmados por Seto (1992).

No que diz respeito à empatia dos delinquentes sexuais relativamente à sua vítima, as pesquisas levadas a cabo por Stermac e Segal (1989), Hudson, Marshall, Wales, McDonald, Bakker e McLean (1993) e Beckett, Beech, Fisher e Fordham (1994) revelam que os delinquentes sexuais apresentam dificuldades em identificar no outro sentimentos de surpresa, de medo, de cólera ou de desgosto (Hudson *et al.*, 1993). Stermac e Segal (1989) realçaram o facto de os delinquentes sexuais tenderem a subestimar ou a menosprezar a expressão da recusa e dos sentimentos nas crianças, quando esta expressão não é unívoca. No seguimento deste estudo, Beckett e colaboradores (1994) mostraram que os delinquentes sexuais subestimam os problemas que emanam de comportamentos sexuais desviantes entre um adulto e uma criança. Mais recentemente, diversos estudos (Marshall, O'Sullivan & Fernandez, 1996; Marshall, Champagne, Brown & Bryce, 1997; Fernandez, Marshall, Lightbody & O'Sullivan, 1999), que utilizaram a Medida de Empatia de Molestadores de Crianças (*Child Molester Empathy Measure*), revelaram que, embora os delinquentes sexuais tenham igual empatia pelos adultos e pelas crianças, falta-lhes empatia relativamente à sua própria vítima.

O interesse de integrar o aumento da empatia no programa de tratamento dos delinquentes sexuais assenta na ideia de que, ao ajudar o delinquente sexual a compreender os sentimentos da sua vítima, a sua atitude a respeito desta evoluirá. Por extensão, a inibição do comportamento sexual desviante seria facilitada (Williams & Khanna, 1990).

Os exercícios que visam desenvolver a empatia variam segundo os autores (Knapp, 1984; Hildebran & Pithers, 1989; Pithers, 1994; Beckett, Beech, Fisher & Fordham, 1994; Marshall, Anderson & Fernandez, 1999). Por exemplo, Cosyns, De Doncker e Oostvoegels (1997, *in* Cornet *et al.*, 2003) recomendam, num primeiro tempo, explicar ao delinquente sexual o que é a empatia <sup>3</sup> e em que é que o facto de melhor compreender o ponto de vista do outro — da vítima, dos seus próximos — diminui o risco de adoptar,

---

<sup>3</sup> Na verdade, a empatia não consiste em sentir a mesma coisa que o outro, mas em compreender que este sente esta ou aquela emoção tal como o próprio as pode experimentar (nesta situação precisa ou noutras situações significativas).

em relação a esse outro, comportamentos inaceitáveis (delitos sexuais) e reduz a probabilidade de recidiva.

Segundo Marshall, Anderson e Fernandez (1999), a primeira etapa consiste em aumentar as capacidades do delincente sexual em reconhecer os seus próprios estados emocionais. O trabalho faz-se em grupo: cada sujeito deve, na sua vez, descrever aos membros do grupo um acontecimento marcante do seu passado. É frequente este acontecimento ser um abuso sexual. Seja como for, o sujeito deve identificar, a partir do seu relato, as emoções que sentiu. Simultaneamente, os outros membros do grupo devem fazer o mesmo, o que permite ao terapeuta avaliar as capacidades de empatia dos sujeitos uns face aos outros.

A etapa seguinte consiste em identificar os sentimentos e os afectos induzidos pelo delito sexual na vítima. O terapeuta propõe uma lista de sentimentos e de afectos, de entre os quais cada sujeito deve identificar os que a vítima expressou. Seguidamente, cada sujeito deverá descrever o delito que cometeu colocando-se no lugar da sua vítima. Este exercício pode ser realizado sob a forma de jogo de simulação de papéis (*jeu de rôle*), que será sempre objecto de discussão de grupo.

Após estes exercícios, cada um deve escrever duas cartas fictícias: uma que o sujeito imagina que a sua vítima lhe dirigiria e outra que seria a resposta que ele lhe daria. Na primeira carta, devem ser mencionadas a cólera, a confusão, a perda de confiança e a culpabilidade que a vítima sente. Esta carta será lida ao grupo e criticada. Na segunda carta, o sujeito deve mencionar a sua responsabilidade e os seus remorsos, assim como a sua aceitação e a sua compreensão do infortúnio da vítima.

Finalmente, relatos escritos por vítimas são entregues aos delinquentes sexuais, os quais devem descrever as emoções das vítimas e as emoções que eles mesmos sentiram com a leitura desses relatos. Uma vez mais, este trabalho é remetido para o grupo dando lugar a uma discussão.

## 2. 4. A prevenção da recidiva

Diminuir o risco de recidiva, benefício no mínimo secundário de todos os tratamentos, pode ser o objectivo explícito em torno do qual a intervenção se organiza. A coordenação dos actos terapêuticos em função deste objectivo pressupõe que o comportamento sexual desviante resulta de uma sucessão não aleatória e repetitiva de acontecimentos comportamentais, cognitivos e afectivos (George & Marlatt, 1989; Hudson & Ward, 1996; Hudson, Ward & France, 1992; Hudson, Ward & Marshall, 1992; Mulder, 1995; Pithers *et al.*, 1983; Ward & Hudson, 1996; Ward, Hudson & Siebert, 1995; Ward, Loudon, Hudson & Marshall, 1995).

É, portanto, necessário reconstruir retrospectivamente as cadeias de acontecimentos que conduziram ao(s) delito(s), identificar os défices a fim de os remediar e referenciar os sinais de alarme que permitem evitar a entrada numa dessas cadeias.

Esta reconstrução retrospectiva pode fazer-se segundo diversas modalidades (Hall, 1989; Laws, 1989; Marques, 1991; Marshall, Anderson & Fernandez, 1999).

Cosyns, De Doncker e Oostvoegels (1997, *in* Cornet *et al.*, 2003) insistem sobre dois aspectos na intervenção:

- a identificação dos problemas presentes em cada uma das etapas da cadeia;
- a elaboração de alternativas possíveis no processo do delito.

De acordo com Marshall, Anderson e Fernandez (1999), uma primeira etapa do trabalho terapêutico consiste em descrever ao sujeito a cadeia de acontecimentos que conduzem ao delito. Em seguida, trata-se de ilustrar, com a ajuda de exemplos clínicos, cada uma das sequências desta cadeia. Esta exposição é principalmente destinada a permitir ao sujeito compreender o processo geral que o conduziu a cometer o delito.

Na sequência desta primeira etapa, pede-se ao sujeito para relatar por escrito os elementos mais marcantes da sua história pessoal, as suas inadequações relacionais e os seus afectos negativos.

No decurso das sessões, o delinquente sexual torna-se progressivamente capaz de descrever toda a cadeia dos acontecimentos que o conduziram ao delito. Esta cadeia condensa as etapas e as suas inter-relações, assim como os pensamentos, os sentimentos e os actos presentes em cada uma destas diferentes etapas. Durante este trabalho, o terapeuta deve insistir sobre os elementos normais do processo e fazer sobressair as distorções cognitivas, as estratégias não conscientes e as necessidades de gratificação imediata que o sujeito não reconhece, ainda que se encontrem na base do seu comportamento sexual desviante.

Graças à construção da cadeia e à identificação dos factores que representam um risco (factores anamnésticos, afectos e sentimentos, atitudes e cognições, situação), o delinquente sexual pode desenvolver duas ou três alternativas para os comportamentos, cognições e afectos das etapas da cadeia. Estas alternativas devem permitir-lhe gerir as dificuldades internas e externas que se apresentam, de forma a evitar envolver-se no processo da recidiva. Se o sujeito não possui as capacidades requeridas para pôr em prática estas alternativas de evitamento, será treinado por meio de um trabalho centrado nas suas aptidões sociais ou nas suas cognições.

Por fim, pede-se ao sujeito para criar uma lista dos comportamentos, dos pensamentos e dos sentimentos que indicam a emergência ou o retorno

do processo que conduz à recidiva. Ele guardará esta lista de sinais de alarme e confiará uma cópia a uma pessoa exterior que o poderá ajudar.

A aplicação prática do modelo da prevenção da recidiva preconizado por Marshall, Anderson e Fernandez (1999) é personalizado. A construção da cadeia dos acontecimentos que conduzem ao delito, as modalidades terapêuticas que remedeiam os défices, assim como a lista dos sinais de alarme devem provir do próprio sujeito e devem corresponder à sua vivência, às suas dificuldades e aos seus défices pessoais. Desta forma, a estrutura da cadeia, as alternativas ao processo de recidiva e os sinais de alarme têm um sentido pessoal para cada sujeito e podem ser explorados por ele.

## **2. 5. Um exemplo de aplicação da terapia de orientação cognitivo-comportamental aos delinquentes sexuais: o Programa de Tratamento de Transgressores Sexuais**

O Programa de Tratamento de Transgressores Sexuais (*Sexual Offender Treatment Programme* — SOTP), proposto aos delinquentes sexuais detidos na Grã-Bretanha, ilustra de forma assinalável não só os princípios da terapia cognitivo-comportamental, mas ainda a sua operacionalização e o emprego dos meios necessários à sua aplicação sistemática e controlada. Nas prisões britânicas admitidas no Programa, é acessível aos delinquentes sexuais que o pedem e que satisfazem os critérios de inclusão.

O SOTP é aplicado a 90% pelos guardas prisionais “tutores” que animam cada grupo terapêutico. Todos os tutores seguiram uma formação especial e devem submeter-se à supervisão de um terapeuta, pelo menos, por três vezes.

O SOTP é composto por quatro programas de tratamento:

1) um programa de base (*core programme*) (180 horas de trabalho em grupo) cujos objectivos são:

- diminuir a minimização ou a negação do acto;
- aumentar a empatia relativamente à vítima;
- aumentar a motivação para evitar a recidiva;
- desenvolver estratégias de prevenção da recidiva.

Este programa de base compõe-se de vários módulos. Os módulos são os seguintes:

- constituição do grupo;
- primeira abordagem das distorções cognitivas;
- introdução ao modelo de Finkelhor <sup>4</sup>;

---

<sup>4</sup> O modelo factorial de Finkelhor sobre a delinquência sexual, proposto há cerca de duas décadas, identifica pré-condições que explicam a passagem ao acto

- breve relato da agressão;
- relatos activos;
- empatia para com a vítima I;
- empatia para com a vítima II;
- narração — o ponto de vista da vítima;
- jogo de simulação de papéis (*jeu de rôle*) – o ponto de vista da vítima;
- consequências do acto;
- cadeias de decisão (três sessões);
- os factores de risco (três sessões);
- plano de prevenção da recidiva;
- gestão das falhas;
- os factores de risco na prisão;
- revisão do caderno individual em relação ao risco.

Cada módulo dura uma semana e é seguido de uma semana de “repouso”. Após cada sessão, os detidos têm um caderno de deveres para completar;

2) um programa aprofundado (*extended programme*) que se dedica a melhorar as capacidades de intimidade nas relações, a optimizar a gestão dos estados emocionais negativos e a modificar as fantasias ligadas à agressão;

3) um programa de prevenção da recidiva (*booster programme*), com uma duração de 50 a 70 horas, destinado aos delinquentes sexuais que entram nos doze últimos meses de uma longa pena e que já seguiram o programa de base;

4) um programa de competências cognitivas (*thinking skills programme*), com uma duração de 50 horas, que tem como objectivo melhorar os processos de tomada de decisão, a capacidade de resolução de problemas, e as competências interpessoais. Contribui para a eficácia do programa de prevenção da recidiva.

Nenhum tratamento médico está incluído no programa SOTP.

## **2. 6. Um exemplo de evolução de uma abordagem cognitivista em direcção a um ponto de vista mais holístico: o Modelo de Vidas Felizes**

O modelo cognitivo de prevenção da recidiva de Ward parece ter sido recentemente integrado numa visão bastante mais humanista e mais global, o Modelo de Vidas Felizes (*Good Lives Model – GLM*).

Segundo este modelo, o ser humano é, por natureza, activo e busca os Bens Humanos Primários (*Primary Human Goods*), isto é, acções, situações, características, experiências e estados de espírito intrinsecamente benéficos (Ward & Marshall, 2004; Ward & Brown, 2004). Estes Bens Humanos Primários são:

- a vida, incluindo as condições de vida sã, um funcionamento físico óptimo e a satisfação sexual;
- o saber, o conhecimento;
- a capacidade de brincar e de trabalhar (*excellence in play and work*);
- a capacidade de agir (autonomia e autodeterminação) — (*excellence in agency*);
- a paz interior (sem stresse e perturbação emocional);
- a pertença (incluindo as relações íntimas, familiares e de amigos);
- a espiritualidade (no sentido lato de encontrar uma significação e um objectivo para a sua vida);
- a felicidade;
- a criatividade.

A procura dos Bens Humanos Primários é acompanhada pela elaboração de um Plano de Vida Feliz (*Good Lives Plan*) adaptado às aptidões, à história e aos interesses do indivíduo (Ward & Stewart, 2003). Os problemas nascem da inadequação e da ineficácia do Plano de Vida Feliz em termos de aquisição dos Bens Humanos Primários.

O modelo aplica-se à compreensão e à reabilitação do delinquentes sexual. Este confronta-se com obstáculos internos ou externos (factores de risco) que o impedem de aceder a um bem-estar suficiente: a falta de meios necessários à obtenção ou à preservação dos Bens Humanos Primários, a incoerência ou a conflituosidade destes, a estreiteza ou a rigidez do Plano de Vida Feliz combinam-se com a excitação sexual desviante, as distorções cognitivas, os défices de intimidade, a perturbação da auto-estima, as dificuldades de gestão das emoções e os factores sociais para ajudar a compreender as razões intrínsecas das infracções (Ward & Marshall, 2004; Ward & Brown, 2004). A partir daí, é possível remodelar o Plano de Vida Feliz e agir sobre os factores etiológicos referenciados, a fim de induzir uma mudança e o abandono dos comportamentos delinquentes.

Para além das suas vantagens operatórias, este modelo oferece o interesse de integrar valores humanistas e factores dinâmicos na teia esquemática e sectorial das abordagens classicamente actuariais e cognitivo-comportamentais.

## Conclusão

Apesar de actual, a questão da delinquência sexual não é recente. A sua definição, as suas causas, as suas consequências, os seus tratamentos são objecto de debate em curso há vários anos. Nenhum ponto de vista pode pretender alcançar a verdade, fornecendo cada um clarificação privilegiada sobre este ou aquele aspecto do conhecimento ou da acção.

A *psicanálise* interessou-se pelo acto desviante na sua forma manifesta de perversão e não porque ele constitua um delito. Nesta perspectiva, o acto desviante tem como função proteger o sujeito de angústias arcaicas e permitir-lhe viver a sua sexualidade particular. O sujeito só muito dificilmente, ou mesmo nunca, renuncia ao seu desvíio. A cura analítica e a terapia psicodinâmica dirigem-se às causas inconscientes das perturbações e dos sofrimentos. Elas não visam a normalização do comportamento — excepto na qualidade de benefício secundário — e não são por conseguinte indicadas se o objectivo pretendido é unicamente a mudança ou a supressão da sexualidade desviante.

Pelo contrário, a *abordagem comportamental* apenas procura a dissipação do comportamento desviante. Apesar de apresentar uma certa eficácia, várias das suas técnicas tornaram-na pouco popular. Além disso, a aprendizagem da aversão e do evitamento em laboratório não é sempre transponível para situações reais.

Segundo o *cognitivismo*, o sistema *ideico* que particulariza o delinquente sexual sustenta o seu comportamento desviante. Suprimindo o primeiro, suprime-se o segundo. Embora o papel das cognições não esteja ainda estabelecido com segurança, a maior parte dos programas de tratamento inspira-se na abordagem cognitivista, frequentemente associada às técnicas de modificação do comportamento.

Estas duas correntes heterodoxas convergem em direcção ao mesmo fim, o desaparecimento do comportamento sexualmente desviante e são frequentemente combinadas. Esta combinação permite a multidisciplinaridade, a abordagem plurifactorial e o desenvolvimento de estratégias específicas não apresentando, no entanto, menos limitações.

Ela pode ser, por sua vez, integrada numa perspectiva mais humanista, mais global, que visa ter em conta os valores, os objectivos e o bem-estar do indivíduo.

Seja como for, tanto devido à complexidade e à gravidade do problema como à heterogeneidade da delinquência sexual e à singularidade de cada indivíduo delinquente, é importante dispor de um leque, o mais amplo e diversificado possível, de modalidades terapêuticas.

Escolher a mais indicada em cada caso particular, pressupõe uma diligência prévia de avaliação dos dados pertinentes e dos factores associados ao acto sexual desviante. Existem para este efeito diversos instrumentos, cujas propriedades é preciso conhecer, sendo que a avaliação permanece sempre difícil e incerta.

Seria desejável que a avaliação fosse contínua e que pudesse dar conta da evolução sob tratamento em termos de processos e de efeitos, sendo que estes continuam mal conhecidos.

## Referências

- Aichorn, A. (1925). *Verwahrloste Jugend*. Vienne: Internationaler psychoanalytischer Verlag. (*Wayward youth*, trad. Bryant E., Deming J., O'Neil M., Mhor G. J., Ross H. & Thun H.). U.S.A.: Viking Press, 1935).
- André, S. (1993). *L'imposture perverse*. Paris: Seuil.
- Aubut, J. (1993). La thérapie institutionnelle. In J. Aubut (Ed.), *Les agresseurs sexuels: théorie, évaluation et traitement* (pp. 206-213). Montréal: Les Editions de la Chenelière.
- Balier, C. (1988). *Psychanalyse des comportements violents*. Paris: PUF.
- Balier, C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. Paris: PUF.
- Balier, C. (2000). Psychopathologie des agresseurs sexuels selon un modèle psychanalytique. In A. Ciavaldini & C. Balier (Eds.), *Agressions sexuelles: Pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire* (pp. 9-16). Paris: Masson.
- Balier, C. & Sorriaux, V. (2000). Thérapies à médiation corporelle. In A. Ciavaldini & C. Balier (Eds.), *Agressions sexuelles: Pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire* (pp. 203-208). Paris: Masson.
- Barudy, J. (1989). Le dévoilement de l'inceste et de l'abus sexuel: crise pour la famille, crise pour l'intervenant. *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratique de Réseaux*, 10, 99-118.
- Beckett, R. C., Beech, A. R., Fisher, D. & Fordham, A. S. (1994). *Community based treatment for sex offenders: An evaluation of seven treatment programmes*. Home Office, London: Crown Copyright.
- Bentovim, A. (1996). System Theory. In C. Cordess & M. Cox (Eds.), *Forensic psychotherapy: Crime, psychodynamics and the offender patient* (pp. 107-117). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Blackmore, C. B., Thorpe, J. G., Barker, J. C., Conway, C. G. & Lavin, N. I. (1963). Application of faradic aversion conditioning in a case of transvestism. *Behavior Research and Therapy*, 1, 26-35.



- Bourillon, J. (1999). *Les criminels sexuels*. Paris: L'Harmattan.
- Cordess, C. (1997). Our responsibilities as forensic psychotherapists. In H. Van Marle (Ed.), *Challenges in forensic psychotherapy* (pp. 113-118). London: Jessica Kingsley.
- Cordier, B. (2000). Traitements médicamenteux. In A. Ciavaldini & C. Balier (Eds.), *Agressions sexuelles: pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire* (pp. 167-172). Paris: Masson.
- Cornet, J.-P., Giovannangeli, D. & Mormont, Ch. (2003). *Les délinquants sexuels. Théories, évaluation et traitements*. Paris: Frison-Roche.
- Danis, H., Aubut, J., Poirier, N., Robert, E. (1996). Les traitements behavioro-cognitifs. In J. Aubut (Ed.), *Les agresseurs sexuels: théorie, évaluation et traitement* (pp. 123-133). Montréal: Les Editions de la Chenelière.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 44, 113-125.
- Davis, M. H. (1994). *Empathy: A social psychological approach*. Colorado: Westview Press.
- Duncker, H. (1997, April). *Possibilités et impossibilités thérapeutiques pour les délinquants sexuels dans le cadre des réponses pénales et de défense sociale en R.F.A.* Communication présentée au symposium international: "Abuseurs sexuels, quelles approches possibles?", Liège, Belgique.
- Eiguer, A. (2001). *La jouissance et la domination: des perversions sexuelles aux perversions morales*. Paris: Odile Jacob.
- Fernandez, Y. M., Marshall, W. L., Lightbody, S. & O'Sullivan, C. (1999). The child molester empathy measure. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 17-31.
- Freund, K. (1960). Problem in the treatment of homosexuality. In H. J. Eysenck (Ed.) *Behavior therapy and the neuroses* (pp. 312-326). Oxford: Pergamon.
- George, W. H. & Marlatt, G. A. (1989). Introduction to relapse prevention with sex offenders. In D. R. Laws (Ed.), *Relapse prevention with sex offenders* (pp. 1-31). London: Guilford Press.
- Hall, G. C. N. (1989). Sexual arousal and arousability in sex offender population. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 145-149.
- Hayez, J. Y. & de Becker, E. (2001). Perspective systémique et travail familial ou de couple dans la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle. In Fédération Française de Psychiatrie (Eds.), *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle* (pp. 263-282). Paris: John Libbey.
- Hildebran, D. & Pithers, W. D. (1989). Enhancing offender empathy for sexual abuse victims. In D. R. Laws (Ed.), *Relapse prevention with sex offenders* (pp. 236-243). New-York: Guilford.
- Hudson, S. M. & Ward, T. (1996). Introduction to the special issue on relapse prevention. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8(3), 173-176.

- Hudson, S. M., Marshall, W. L., Wales, D. S., McDonald, E., Bakker, L. M. & McLean, A. (1993). Emotional recognition skills of sex offenders. *Annals of Sex Research*, 6, 199-211.
- Hudson, S. M., Ward, T. & France, K. G. (1992). The abstinence violation effect in regressed and fixated child molesters. *Annals of Sex Research*, 5, 199-213.
- Hudson, S. M., Ward, T. & Marshall, W. L. (1992). The abstinence violation effect in sex offenders: A reformulation. *Behavior Research and Therapy*, 30, 435-441.
- Jaffard, C. (2000). Relation d'étayage. In A. Ciavaldini & C. Balier (Eds.), *Agressions sexuelles: pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire* (pp. 87-94). Paris: Masson.
- Keenan, M. (1998). Narrative therapy with men who have sexually abused children. *Irish Journal of Psychology*, 19, 136-157.
- Knapp, F. H. (1984). *Retraining adults sex offenders: Methods and models*. Syracuse, N.Y.: Safer society press.
- Langevin, R., Lang, R., Reynolds, R. & Wright, P. (1988). Personality and sexual anomalies: An examination of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Annals of Sex Research*, 1, 13-22.
- Laws, D. R. (1989). *Relapse prevention with sex-offenders*. New York: Guilford Press.
- Laws, D. R. (2001). Olfactory aversion: notes on procedures, with speculations on its mechanism of effect. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 275-287.
- Legendre-Boulay, C. (2000). Art-thérapies. In A. Ciavaldini & C. Balier (Eds.), *Agressions sexuelles: pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire* (pp. 193-202). Paris: Masson.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy*. (Traduc. fr. Gaudet, J. *Principes de psychothérapie analytique*). Paris: P.U.F., 1996).
- Maletzky, B. M. (1991). *Treating sexual offender*. London: Sage Publications.
- Maletzky, B. M. (1996). The cognitive/cognitive treatment of the sexual offender: the decline of behavior therapy. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 261-266.
- Marques, J. K. (1991). *Sex offender treatment and evaluation project*. Sacramento: California State Department of Mental Health.
- Marshall, W. L. (1973). The modification of sexual fantasies: A combined treatment approach to the reduction of deviant sexual behaviour. *Behavior Research and Therapy*, 27, 491-503.
- Marshall, W. L., Anderson, D. & Fernandez, Y. (1999). *Cognitive behavioral treatment of sexual offenders*. Canada: Wiley & Sons.
- Marshall, W. L. & Barbaree, H. E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In W. L. Marshall, D. R. Laws & H. B. Barbaree (Eds).

- Handbook of sexual assault: Issues, theories and treatment of the offender* (pp. 363-385). New-York: Plenum press.
- Marshall, W. L., Barbaree, H. E. & Fernandez, Y. M. (1995). Some aspects of social competence in sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 7, 113-127.
- Marshall, W. L., Champagne, F., Brown, C. & Bryce, P. (1997). Increasing the self-esteem of child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 321-333.
- Marshall, W. L. & Hall, G. (1995). The value of the MMPI in deciding forensic issues in accused sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 7(3), 205-220.
- Marshall, W. L., Laws, D.R. & Barbaree, H.E. (1990). *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. New York: Plenum Press.
- Marshall, W. L., O'Sullivan, C., Fernandez, Y. (1996). The enhancement of victim empathy among incarcerated child molesters. *Legal and Criminological Psychology*, 1, 92-102.
- McConaghy, N. (1975). Aversive and positive conditioning treatments of homosexuality. *Behavior Research and Therapy*, 13, 309-319.
- McConaghy, N. (1990). Sexual deviation. In A. S. Bellak, M. Hersen & P. E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior therapy and modifications* (2<sup>nd</sup> edition, pp. 565-580). New-York: Plenum press.
- Morrison, T., Erooga, M. & Beckett, C. (1994). *Sexual offending against children: Assessment and treatment of male abusers*. London: Routledge.
- Mulder, J. (1995). Het terugvalpreventiemodel als behandelingsmethode in een forensische dagbehandelingsklinieke. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 21, 119-135.
- Pfäfflin, F. (1996). The outpatient treatment of the sex offender. In C. Cordess & M. Cox (Eds.), *Forensic psychotherapy: Crime, psychodynamics and the offender patient* (pp. 245-260). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Pithers, W. D. (1994). Process evaluation of a group therapy component designed to enhance sex offenders' empathy for sexual abuse survivors. *Behavior Research and Therapy*, 32, 565-570.
- Pithers, W. D., Marques, J. K., Gibat, C. C. & Marlatt, G. A. (1983). Relapse prevention with sexual aggressors. In J. G. Greer & I. R. Stuart (Eds.), *The sexual aggressor* (pp. 214-239). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Proulx, J. (1993). La modification des préférences sexuelles. In: J. Aubut (Ed.), *Les agresseurs sexuels: théorie, évaluation et traitement* (pp. 134-140). Montréal: Les Editions de la Chenelière.
- Quinsey, V. L. & Earls, M. (1990). The modification of sexual preference. In W. L. Marshall, D. R. Laws & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 279-286). New York: Plenum Press.

- Quinsey, V. L., Chaplin, T. C. & Carrigan, W. F. (1979). Sexual preferences among incestuous and non incestuous child molesters. *Behavior Therapy*, 10, 562-565.
- Quinsey, V. L., Chaplin, T. C. & Carrigan, W. F. (1980). Biofeedback and signalled punishment in the modification of inappropriate sexual age preferences. *Behavior Therapy*, 11, 567-576.
- Raymond, M. (1956). Case of fetishism treated by aversion therapy. *British Medical Journal*, 2, 854-856.
- Rice, M. E., Chaplin, T. C. & Coutts, J. (1990). *Empathy for the victim among sexual offenders and rapists* (Research Report N.º 7). Penetanguishene Mental Health Center.
- Rice, M. E., Chaplin, T. C. & Coutts, J. (1994). Empathy for the victim and sexual arousal among rapists and non-rapists. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 435-449.
- Savin, B. (2000). Entretiens thérapeutiques familiaux. In A. Ciavaldini & C. Balier (Eds.), *Agressions sexuelles: pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire* (pp. 182-192). Paris: Masson.
- Schérer, G., McKibben, A., Gerard, N. & Côté, M. (1996). L'éducation sexuelle. In J. Aubut (Ed.), *Les agresseurs sexuels: théorie, évaluation et traitement* (pp. 141-145). Montréal: Editions de la Chenelière.
- Schorsch, E., Galedary, G., Haag, A., Hauch, M. & Lohse, H. (1985). *Sex offenders: Dynamics and psychotherapeutic strategies*. Berlin: Spinger-Verlag.
- Seto, M. (1992). *Victim blame, empathy, and disinhibition of sexual arousal to rape in community males and incarcerated rapists* (Unpublished Masters Thesis). Kingston, Ontario: Queen's University.
- Slater, A. (1988). *Treating child sex offenders and victims: A practical guide*. London: Sage.
- Stermac, L. E. & Segal, Z. V. (1989). Adult sexual contact with children: An examination of cognitive factors. *Behavior Therapy*, 20, 573-584.
- Stoller, R. J. (1993). Dynamiques des troubles érotiques. In C. Le Guen & G. Diatkine (Eds.), *Les troubles de la sexualité* (pp. 119-138). Paris: P.U.F.
- Tardif M. (1993). Les thérapies psycho-dynamiques. In J. Aubut (Ed.), *Les agresseurs sexuels: théorie, évaluation et traitement* (pp. 155-175). Montréal: Editions de la Chenelière.
- Thibaut, F. & Cordier, B. (2001). Psychotropes et chimiothérapie hormonale des auteurs d'agression sexuelle: modalités, indications, objectifs, difficultés et limites. In Fédération française de Psychiatrie (Eds.), *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle* (pp. 283-296). Paris: John Libbey.
- van Marle, H. (1995). *Een gesloten systeem: Een psychodynamisch kader voor de verpeljing en behandeling van TBS-Gestelden*. Arnhem: Gouda Quint.

- Ward, T. & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10 (3), 243-257.
- Ward, T. & Hudson, M. (1996). Relapse prevention: a critical analysis. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 177-200.
- Ward, T., Hudson, S. M. & Marshall, W. L. (1996). Cognitive distortions and affective deficits in sex offenders: a cognitive deconstructionist interpretation. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 7, 67-83.
- Ward, T., Hudson, S. M. & Siegert, R. J. (1995). A critical comment on Pithers' relapse prevention model. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 7, 167-175.
- Ward, T., Loudon, K., Hudson M. & Marshall, W. L. (1995). A descriptive model of the offense chain for child molesters. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 452-472.
- Ward, T. & Marshall, W. L. (2004). Good lives, aetiology and the rehabilitation of sex offenders: A bridging theory. *Journal of Sexual Aggression*, 10 (2), 153-169.
- Ward, T. & Stewart, C. A. (2003). Good lives and the rehabilitation of sex offenders. In T. Ward, D. R. Laws & S. M. Hudson. (Eds.), *Sexual Deviance: Issues and Controversies* (pp. 21-24). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1967). Pragmatics of human communication. A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes, New-York: W. W. Norton & Company (*Une logique de la communication*, trad. J. Morche, Paris: Seuil, 1972).
- Williams, S. M. & Khanna, A. (1990). *Empathy training for sex offenders*. Paper presented at the Third symposium on violence and aggression, Saskatoon: Canada.
- Winn, E. M. (1996). The strategic and systemic management of denial in the cognitive/behavioural treatment of sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 25-36.