

Promover a mudança em personalidades anti-sociais: Punir, tratar e controlar

RUI ABRUNHOSA GONÇALVES (*)

1. INTRODUÇÃO

Em 1982, Witheley e Hosford afirmavam, a propósito do trabalho dos psicólogos em contextos penitenciários, que não existia nenhuma outra área de trabalho da psicologia capaz de representar tanto desafio tanta versatilidade e tanto risco físico. Talvez por isso, não só a investigação nesta área sempre pecou por algum defeito como, sobretudo, o desenho e implementação de intervenções junto dos indivíduos reclusos ou a cumprir qualquer medida alternativa à pena de prisão, teve que esperar pelos anos noventa do século passado, para obter um pleno reconhecimento e aceitação.

Este texto procura evidenciar, em primeiro lugar, as dificuldades da intervenção com sujeitos anti-sociais, considerando igualmente as especificidades dos psicopatas. Duas noções atravessam toda a problemática em causa: o risco e a tratabilidade. Assume-se que se trata de duas dimensões que caminham em sentidos opostos mas nem por isso indissociáveis. Assim, em abstracto, quanto maior o risco menor o grau de tratabilidade e, consequentemente, qualquer factor que aumente as hipóteses de tratabilidade terá um efeito em termos de redução do risco. Veremos igualmente que qualquer

um destes conceitos é um composto de vários factores ou índices, uns mais objectivos que outros, uns mais estáticos (no sentido de que a sua modificação é impossível ou muito difícil), outros mais dinâmicos (porque mais facilmente modificáveis). Finalmente, e aquando da aplicação de tais noções ao indivíduo concreto, esperamos poder contribuir de forma pragmática para que a intervenção junto de sujeitos anti-sociais seja mais útil e mais eficaz.

2. PROMOVER A MUDANÇA: O QUE É PRECISO PARA QUE AS COISAS RESULTEM

Em 1987, vários anos depois de ter surgido, a propósito da intervenção com delinquentes, a célebre expressão “nada funciona” (*nothing works*) (Martinson, 1974), Sechrest e Rosenblatt (1987) após terem compulsado a literatura disponível sobre a intervenção em delinquentes juvenis, chegaram à conclusão de que ou “não existe, de facto, nenhuma maneira de reabilitar os delinquentes” ou “é possível que exista alguma maneira só que ainda não foi encontrada” e que, finalmente, “devido a problemas metodológicos nas investigações até agora produzidas, não se sabe realmente muita coisa acerca das abordagens que resultam ou das que não resultam” (p. 417). Porém, se só mais tarde se teve a certeza acerca dos procedimentos mais eficazes com delinquentes (e.g., Redondo, Garrido & Sanchez-Meca,

(*) Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal. E-mail: rabrunhosa@iep.uminho.pt

1997; Redondo, Sanchez-Meca & Garrido, 1999), no que toca às questões metodológicas, foi evidente, desde logo (e.g., Gonçalves & Vieira, 1992; Sechrest & Rosenblatt, 1987), o cortejo de insuficiências e erros detectados em muitos estudos. Porque tais erros continuam muitas vezes a serem cometidos, por distração ou impreparação, vale a pena determo-nos um pouco sobre as questões metodológicas.

2.1. *Procedimentos*

2.1.1. Avaliação do processo e avaliação do resultado

Uma primeira questão, está relacionada com a distinção entre avaliação do processo (a que se preocupa com as várias fases de desenvolvimento de um programa permitindo assim introduzir as correcções ou as modificações necessárias) e avaliação do resultado (que se preocupa com as diferenças que se verificam entre um ponto inicial – pré-teste, e outro final da intervenção – pós-teste).

Em muitos casos, avaliam-se apenas os resultados de um determinado programa ou intervenção e se não houver diferenças de médias estatisticamente significativas entre o início e o fim, conclui-se que o mesmo não funcionou. Porém, tal pode resultar apenas dos efeitos de amalgamização que as medidas de tendência central potenciam, isto é, embora em termos de grupo possa não surgir um efeito significativo global, alguns sujeitos poderão ter efectivamente beneficiado com o programa, só o que o seu resultado positivo é ofuscado pelos resultados mais negativos que outros elementos do grupo possam evidenciar. Uma avaliação do processo poderia, atempadamente, excluir os indivíduos que não deveriam estar nesse programa, porque as suas características pessoais a tal aconselhariam. Em grupos pequenos, basta às vezes um elemento para inquinar o resultado global transformando resultados liminarmente positivos em resultados francamente negativos.

2.1.2. Robustez, integridade e duração da intervenção

Outros programas são postos em marcha sem um prévio questionamento acerca da sua robustez conceptual. Assim, devemo-nos interrogar sobre se uma intervenção merece a pena ser levada a cabo quando a magnitude do efeito que se prevê

é diminuta, pelo que deve proceder-se a uma cuidadosa apreciação das variáveis independentes para se avaliar quais devem ser manipuladas tendo em vista a probabilidade de produzirem efeitos fortes na variável dependente. Pode ajudar bastante a esclarecer esta questão o facto de existir uma conceptualização teórica capaz de poder explicar os resultados da intervenção que vá além de um enunciado demasiado amplo e generalista, do tipo “a psicoterapia faz diminuir a reincidência”. O que faz sentido é ligar, por exemplo, o controlo da raiva com a redução de ofensas corporais violentas e, no caso dos resultados não darem suporte à teoria enunciada, o investigador tem a possibilidade de procurar hipóteses alternativas no mesmo quadro teórico (por exemplo, verificar se os delitos cometidos se enquadravam num registo de violência instrumental ou reactiva, já que será neste último caso – violência reactiva – que uma intervenção desse tipo poderá fazer mais sentido). Se assim for, então o programa deverá controlar essa variável e assinalar quais as situações para que está vocacionada a sua aplicação.

Do mesmo modo, importa saber se um programa de intervenção oferece integridade suficiente, isto é, se a forma como foi planeado, proposto e finalmente implementado não apresenta discrepância, para que princípio, meio e fim do tratamento tenham ligação entre si. Na realidade, embora muitas vezes bem estruturados, certos programas sofrem desvios de orientação, quer ao nível dos objectivos a que são destinados quer dos meios postos ao seu dispor para a respectiva realização.

A duração do tratamento também deve ser cuidadosamente avaliada. Obviamente, que tratamentos mais longos e eventualmente mais intensos – a intensidade refere-se à quantidade de tratamento ministrada por unidade de tempo (e.g., número de sessões p/semana) – poderão ser mais benéficos para os ofensores, atendendo à sua crónica dificuldade em modificarem comportamentos e atitudes, mas também aqui a avaliação de processo permitirá perceber quando se atinge um ponto de benefício máximo a partir do qual os ganhos tendem a estabilizar. Deste modo, e consoante o tipo de programa, deve ser possível prever um ponto de equilíbrio entre a intensidade e a duração da sua aplicação.

2.1.3. Qualificação do *staff*

Se noutros contextos é já importante a existência

de profissionais altamente treinados para levar a cabo intervenções, no âmbito da anti-socialidade esta questão é de uma extrema acuidade. Assim, qualquer elemento que lide com sujeitos anti-sociais deve ser previamente objecto de formação específica em que sejam adquiridos conhecimentos teóricos e práticos sobre as características dos sujeitos e instituições em que vai intervir, treinadas competências de interacção com os mesmos e simuladas situações-problemas típicas do ambiente em que vai estar envolvido posteriormente e os questionamentos éticos que obrigatoriamente irá enfrentar (e.g., Bersoff, 1999; Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists, 1991; Ogloff, 1999). Será também neste período probatório que se testam, por exemplo, as capacidades para ser confrontativo com os delinquentes, as competências para evitar cair nas armadilhas que estes frequentemente colocam, as oportunidades em que faz sentido ser-se também empático e a habilidade para extrair pistas de diagnóstico importantes.

Por outro lado, é fundamental que se envolva ao máximo a instituição e os seus profissionais na conceptualização, execução e avaliação da intervenção, para obstar a que surjam resistências à sua aplicação por força da inércia ou da desconfiança que é apanágio das instituições da Justiça. Além do mais, sabe-se que o treino de guardas prisionais para funções de apoio a programas terapêuticos, despiste de ocorrências perturbadoras (e.g., reclusos com comportamentos pré-suicidários) e programas educacionais, é útil e eficaz (cf. De Waele & Depreeuw, 1985; Redondo 1993).

2.1.4. Focalização e clareza do plano de tratamento

Escolher alvos específicos para intervir e elaborar programas claros e acessíveis à compreensão, em termos de objectivos e procedimentos, deverá ser outra das preocupações metodológicas fundamentais. Assim, um programa será mais eficaz se devotar os seus esforços para uma determinada área ao invés de tentar cobrir uma gama variada de aspectos que, embora relacionados entre si, poderão não produzir ganhos práticos ou significativos. Por exemplo, programas intencionalizados para a melhoria da auto-estima ou o controlo da agressividade são mais eficazes do que aqueles que almejam mudanças da personalidade (cf. Redondo, 1993). E, do mesmo modo, deverá ficar claro o que se pretende com a

intervenção. Por exemplo, se ao aumentar a capacidade de uma prisão apenas se pretende resolver um problema de sobrelotação ou se procura também melhorar o seu clima social ou baixar as agressões entre reclusos.

As questões que temos vindo a desenvolver pressupõem que, em conjunto, seja elaborado um protocolo claro da intervenção, que não ofereça dúvidas aos seus utilizadores sobre a sua implementação e modo de avaliação. Tal protocolo deverá resultar, assim, de uma coerente conceptualização teórica e de uma discussão prévia entre os seus mentores e outros técnicos e os responsáveis pela sua implementação e avaliação posteriores. Aí deverá ficar desenhado o procedimento, os sujeitos-alvo e os objectivos, a programação em termos de intensidade e duração das sessões, para que o plano de tratamento seja isento de ambiguidades e naturalmente mais pragmático.

2.2. *Sujeitos*

2.2.1. Classificação diferencial

Este ponto continua a merecer uma importância muito especial. Na realidade, é necessário que se procure eleger para programas de intervenção os indivíduos que reúnem maiores probabilidades de sucesso. Por exemplo, deverá haver um cuidado especial com os psicopatas, dada a sua maior resistência à mudança e mesmo a possibilidade de utilizarem os recursos postos à sua disposição pelo programa para se tornarem ainda mais hábeis na vitimização dos seus alvos (e.g., Gonçalves, 1999a).

Outras situações revelam ainda a ingenuidade e a forma intuitiva como por vezes são tomadas as decisões neste âmbito e os efeitos que daí podem advir. Por exemplo, a “protecção” dada aos criminosos sexuais, para que não sejam vitimados por outros reclusos, pode contribuir para que, mais tarde, os mesmos usufruam de medidas flexibilizadoras do cumprimento da pena, tomando apenas como critérios índices de adaptação à prisão (bom comportamento, colaboração com a vigilância, ...) e esquecendo as questões da génese do comportamento sexual criminoso, que se sabe particularmente atreito à reincidência (e.g., Gonçalves, 2004; Sjostedt, 2002). Outros critérios como o tipo de crime cometido ou a ausência de antecedentes

criminais, continuam também a ser fonte de engano e controvérsia pelo que deve ser repensada a sua utilidade como elementos preditivos (e.g., Gonçalves, 1999b).

Em suma, só uma avaliação criteriosa dos sujeitos que faça apelo a factores estáticos (que existem na história do sujeito e que não são modificáveis) ou dinâmicos (actuais e capazes de serem alterados), com recurso a instrumentos forenses ou a provas adaptadas a sujeitos anti-sociais e recorrendo a vários informantes para além do próprio, poderão prever intervenções eficazes.

2.2.2. Características da personalidade

As personalidades anti-sociais e os psicopatas, caracterizam-se essencialmente pela sua insinceridade, um estilo interpessoal manipulativo e utilitário e o frequente uso da agressividade para resolver a generalidade dos problemas que lhes surgem. Estas características, aliadas a traços de egocentrismo, à ausência de sentimentos de culpa ou remorsos pelo impacto dos seus comportamentos e atitudes nas outras pessoas, contribuem para que se instale aquilo que Walters (1990) descreveu como um “estilo de vida criminal”. Ora, subjacente à adopção de um estilo de vida criminal, está a ideia que não se quer mudar porque, não se vêem quaisquer vantagens na mudança antes pelo contrário (e.g., Feldman, 1977) e/ou não é possível mudar porque a sociedade já “rotulou” o indivíduo como criminoso ou delinquente e portanto, por mais que o próprio faça, esse “estigma” jamais se desvanecerá (e.g., Becker, 1963; Goffman, 1963).

Tendo em conta o que acabámos de dizer, é possível extrair duas conclusões. Assim, por um lado, provavelmente, de pouco servirá o trabalho que se possa fazer em termos de dotar o indivíduo de competências educacionais, laborais ou profissionais se não houver modificação dos padrões de pensamento e relacionamento interpessoal. Por outro, e sendo certo que parece faltar aos delinquentes uma motivação intrínseca no sentido de se quererem modificar, então é possível que tal modificação só possa ser obtida a partir de processos ditos mais “coercivos” (e.g., Criminal Justice and Behavior, 2002, special issue), em detrimento de outros que apelam ao consensualismo (e.g., Rodrigues, 2002).

2.2.3. Quando os sujeitos são psicopatas

Variantes da frase “... não foi encontrado nenhum tratamento eficaz ...”, já de si comuns na apreciação das intervenções junto de delinquentes, ganham no quadro da psicopatia um estatuto maior, generalizando a atitude pessimista junto dos terapeutas em relação a esta desordem e à delinquência no seu todo. Por outro lado, também aqui se reconhecem os problemas de origem metodológica já referidos, começando desde logo pela correcta identificação dos sujeitos como sendo ou não psicopatas e em que grau o são¹. Em boa verdade, pode-se afirmar que o único ponto em que os investigadores estão de acordo é o de que os psicopatas representam o grupo de delinquentes menos tratáveis e onde a esperança de modificação é mais débil (e.g., Blackburn, 1993; Doren, 1987; Garrido, 1993; Hare, 1986; Losel, 1998).

Ainda assim, Losel (1998) concorda que, não obstante o aumento do conhecimento sobre a etiologia da psicopatia e o progressivo crescimento das intervenções em psicopatas ao longo dos últimos anos, continua a pairar um espectro de cepticismo quanto à validade e eventualmente necessidade das mesmas. Contudo, não deixa de ser curioso que este autor prefere a expressão “tratamento e gestão dos psicopatas” (e.g., Losel, 1996, 1998), à simples utilização do termo “tratamento”, introduzindo desta maneira a importância de uma vertente de controlo no processo de intervenção. No seguimento disso, o autor emite um conjunto de vinte indicações ou princípios, considerados imprescindíveis na concepção de programas destinados a psicopatas (e.g., Losel, 1996, 1998), que podemos agrupar em questões relacionadas 1) directamente com o ofensor (e.g., “melhoria do auto-controlo”); 2) com o seu meio ambiente (e.g., “neutralização de redes sociais criminogénicas”); 3) com o *staff* (e.g., “selecção, treino e supervisão cuidadosas do *staff*”); 4) com a instituição (e.g., “contextos de intervenção institucionais claramente estruturados”); 5) com as características do programa (e.g., “integridade do programa”); ou ainda focalizando-se 6) na necessidade das intervenções de carácter preventivo (e.g., “intervenções precoces no desenvolvimento”) ou 7) no

¹ Estes problemas foram praticamente ultrapassados depois do aparecimento da PCL-R (Hare, 1991).

despiste das situações de maior risco e pior prognóstico de tratamento (e.g., “avaliação aprofundada e cuidadosa do risco e da tratabilidade”).

Por outro lado, autores como Doren (1987) e Meloy (1995) centram a sua análise nas características da relação terapêutica chamando a atenção para a constante necessidade de alerta que o terapeuta tem de manter para não cair nas armadilhas de sedução, desafio e controlo, que o psicopata tenta geralmente lançar, para minar o processo terapêutico e atacar a auto-estima do terapeuta.

Não obstante as dificuldades apontadas, é possível contudo partilharmos algum optimismo nesta área, partindo aliás do princípio já reiterado de que a intervenção com personalidades anti-sociais e psicopatas é possível e pode ser eficaz se, tal como defendem Howells *et al.* (1997), sejam preenchidos alguns pré-requisitos essenciais (bases teóricas adequadas; formulação individual; análise das necessidades dos sujeitos; abordagem extensiva; relevância dos aspectos culturais; integração sistémica; identificação dos ofensores de alto risco; e avaliação dos resultados).

2.3. Contextos

Nas instituições penitenciárias abundam os mitos, as ilusões e as crenças irracionais (e.g., Garrido *et al.*, 1991; Redondo, 1993), que promovem a resistência à mudança. De facto, muitos dos insucessos havidos nas intervenções levadas a cabo nesta área também podem ser devidos à falta de investigação específica neste domínio, que possibilite uma elaboração conceptual e metodológica consequente e não a tentativa de “colagem” de procedimentos que, não obstante se terem revelado eficazes noutras áreas (e.g., psicologia clínica), podem aqui soçobrar, em parte, por causa dos contextos em que se desenrolam.

Assim, não raro, muitas das intervenções com sujeitos anti-sociais partem de um mito bastante antigo que é o da visão do *delinquente como um doente a tratar e o tratamento penitenciário como um procedimento de tipo médico*. Este mito tem alimentado muita da polémica desenvolvida em torno da criminalização dos doentes mentais e da sua (in)imputabilidade. Se é certo que alguns ofensores são portadores de distúrbios mentais ou desenvolvem sintomatologia psicopatológica durante o cumprimento da pena de prisão, a realidade é que

isso corresponderá apenas a uma percentagem limitada. Na restante maioria, prevalecerá a desordem da personalidade anti-social (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994).

Um outro mito, é o do *penitenciarista ingénuo*. Este mito pode ter duas formas de expressão. A primeira baseia-se na crença da sociedade criminogénica e o delincente como vítima-produto da mesma, donde resulta a ilusão de que só transformando aquela poderemos esperar bons resultados na prevenção do crime. A segunda é visível na atitude de alguns agentes penitenciários, que imbuídos de um certo espírito samaritano, propõem ao recluso mudanças que este não está capaz ou não quer, de todo, assimilar. São heranças de uma certa perspectiva assistencial e caritativa, a que não será estranho o peso que a vertente religiosa e o filantropismo humanista tiveram nos primórdios do tratamento penitenciário, que é importante reformular e reorganizar, analisando os reclusos de um ponto de vista desenvolvimental e identificando, como já se disse, os factores de risco e as hipóteses de tratabilidade.

Ainda no âmbito das contingências institucionais, o espaço de intervenção e a privacidade são os possíveis, tudo o resto é programado pelo *staff* e a não adesão a um programa de tratamento quando este é disponibilizado funciona, por si só, como uma nota negativa na apreciação do recluso. Finalmente, o próprio ambiente institucional é resistente (se não mesmo hostil) à mudança, por se entender que esta só representa problemas acrescidos e, eventualmente, maior risco para o *staff*.

2.4. Resultados

Uma inadequada apreciação dos reais efeitos dos programas, constituiu finalmente outra das razões pelas quais se tem posto em causa a necessidade de intervenção nos comportamentos anti-sociais.

Passada a “euforia” em torno da recusa de investimento em programas reabilitativos para reclusos, desencadeada pela vaga do ‘*nothing works*’, começou a assistir-se a uma progressiva revitalização do ideal do tratamento penitenciário e da sua eficácia, testemunhada em vários estudos que utilizaram o método da meta-análise (e.g., Gendreau & Andrews, 1990; Gendreau & Ross, 1987; Rowson & McGuire, 1992).

A vantagem deste método por oposição às tradi-

cionais revisões de literatura, é que ele permite reduzir a influência de critérios subjectivos na selecção e avaliação dos estudos, detecta tendências gerais através de resultados diferenciais e sobretudo permite contabilizar a magnitude dos efeitos e não apenas o seu grau de significância. Assim é que Losel (1993), ao rever um total de onze meta-análises que abarcaram quase um milhar de estudos, encontra um efeito global de .10, o que significa que se, por exemplo, o grupo de controlo exhibe uma taxa de reincidência de 55%, a do grupo de tratamento será de 45%. Deste modo, pode-se dizer que o grau de eficácia do tratamento penitenciário se situa em torno dos 10% de redução da reincidência. Numa outra revisão de meta-análises em países europeus sobre o tratamento de jovens e adultos delinquentes Redondo, Garrido e Sanchez-Meca (1997), encontraram um efeito global positivo de .15. Os mesmos autores (e.g., Redondo, Sanchez-Meca & Garrido, 1999), verificaram posteriormente, através de uma meta-análise efectuada sobre 32 estudos europeus após um período de *follow-up* médio de dois anos, um efeito global positivo de .12 na redução da taxa de reincidência. Outras análises têm vindo a cimentar estes resultados (cf. Cullen & Gendreau, 2001).

É possível todavia argumentar que um tal resultado, ainda que positivo, é baixo, mas aí basta ter em conta o tipo de população-alvo em que foi obtido (indivíduos na maior parte dos casos com uma larga história de marginalização e privações socio-económicas), o contexto institucional em que é levado a cabo e os perigos da estigmatização e etiquetagem social que pendem sobre os ex-reclusos, para que a ideia da aposta no tratamento de ofensores saia, afinal, reforçada. Em boa verdade, qualquer efeito positivo é bom, independentemente da sua magnitude, quando até ao momento ainda não se encontrou um processo melhor (mais eficaz e mais barato) de debelar o problema. Por exemplo, o efeito médio da quimioterapia no cancro da mama é de .05, mas a ninguém ocorre dizer que ela deverá ser posta de parte só porque a sua taxa de sucesso é baixa. Também foi referido que o efeito positivo na redução de acidentes, das campanhas educativas para a utilização do cinto de segurança no Canadá, se cifrou “apenas” em .06, mas ninguém põe em causa a necessidade do seu uso (e.g., Lipsey & Wilson, 1993). Tal como referem Prentice e Miller (1992), um efeito baixo não deve necessariamente conduzir os investigadores a questionarem ou mesmo

rejeitarem as suas conclusões, mas sim a encará-las segundo o ponto de vista de que, se mesmo em condições metodológicas sub-optimais o efeito surge, então é porque este é mesmo importante, pois resistiu ao teste mais duro que lhe poderiam ter feito. Há pois que não confundir importância com magnitude.

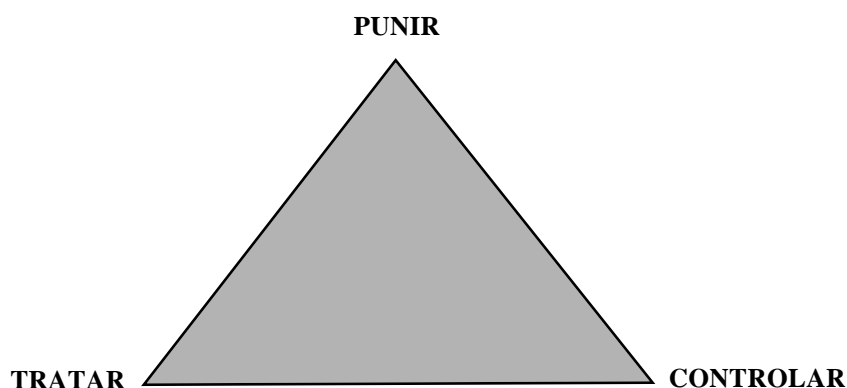
Finalmente, pode-se ainda argumentar no sentido de uma análise aos custos da intervenção. Assim, Farrington *et al.* (2001) puseram em evidência através de uma análise de custos/benefícios de várias intervenções com criminosos, que os benefícios obtidos através dos programas para a prevenção da reincidência, são superiores aos custos da sua implementação, num intervalo situado entre 1.13 e 7.14 dólares. Isto significa que por cada dólar gasto no programa, o retorno obtido para o governo, contribuintes em geral e vítimas em particular, se situava no intervalo já referido.

3. CONSOLIDAR A MUDANÇA: PUNIR, TRATAR E CONTROLAR

Se como vimos no ponto anterior, é já hoje possível perceber o que é que pode com maior probabilidade resultar ou falhar na intervenção com sujeitos anti-sociais e psicopatas, importa agora desenvolver procedimentos que assegurem uma consolidação da mudança ou que, pelo menos, ofereçam um conjunto de garantias no sentido de que essa mudança seja continuamente alvo de escrutínio e reavaliação. Assim sendo, julgamos ser útil trabalhar a partir de um modelo integrado de intervenção sobre os ofensores, quaisquer que eles sejam, que contemple aquilo que consideramos os três vértices ou ângulos da questão: a punição, o tratamento e o controlo (cf. Figura 1).

Este modelo assenta sobretudo na necessidade de uma correcta avaliação de cada ofensor, no risco actual que ele representa e no estabelecimento de um prognóstico para o seu tratamento. São relevantes para esta análise, consoante os casos, variáveis de carácter socio-demográfico (e.g., idade, estado civil, nível educacional, enquadramento profissional, rede de apoio social e familiar ...), juridico-penal (e.g., delito/crime cometido; passado criminal, percurso adaptativo ao cumprimento da pena de prisão ...) e clínicas (e.g., presença/ausência de psicopatia, de parafilias, de abuso de drogas ou álcool ou outras psicopatologias).

FIGURA 1
Esquema geral da intervenção com ofensores



Esta avaliação pressupõe o recurso a uma gama variada de instrumentos, quer de auto-relato quer de aquilo que é comum denominar-se de “instrumentos de avaliação forense”, isto é, instrumentos que não são suficientemente estruturados como os testes nem possuem normas, critérios ou pontos de corte claros, que sirvam de padrões de referência. Na realidade, trata-se sobretudo de métodos ou procedimentos de avaliação, apresentados geralmente sob a forma de *checklists*, que provêm de uma sólida tradição de investigação com populações forenses aliada aos ensinamentos da prática clínica (e.g., Douglas & Webster, 1999; Grisso, 1986).

O instrumento base de avaliação para ofensores que propomos é a PCL-R (Hare, 1991), dado que não só permite identificar a psicopatia como, através da sua entrevista semi-estruturada, é possível colher a história pessoal do sujeito e testar posteriormente a veracidade dos seus relatos. Parte-se de seguida para a avaliação do risco que pode ser feita através do HCR-20 (Webster *et al.*, 1997) – que identifica o risco de violência em geral – ou através do SVR-20 (Boer *et al.*, 1997), que se destina ao risco de violência sexual. Outros instrumentos, com o propósito de proceder a uma análise compreensiva do sujeito, poderão ainda ser aplicados.

Face a essa análise, é possível defender um plano de intervenção que, partindo do momento punitivo, incida de forma equilibrada na vertente do tratamento ou na do controlo ou em ambas simultaneamente, produzindo, sempre que necessário e conveniente,

o “recurso” à instância punitiva como estratégia de rememoração do que deve ser a finalidade da intervenção com agressores: o bem-estar social, que se deve sobrepor ao bem-estar individual. Assim, é fundamental que fique claro para o sujeito que se trata de um processo que, a todo o momento pode ser interrompido sempre que o terapeuta tenha indícios seguros que o agressor ameaça envolver-se de novo nos comportamentos abusivos que o conduziram ao processo (ou noutros, igualmente reprováveis), com a conseqüente reactivação do procedimento punitivo.

Mas a aposta no tratamento é igualmente inequívoca. Não há reabilitação sem intervenção ou tratamento. A lei defende que a prisão deverá ser punitiva mas sobretudo ressocializadora. Assim a prisão tem que oferecer condições de oferta de trabalho, educação, formação profissional e lazer, que contribuem para a aquisição de competências por parte dos reclusos, mas tem igualmente que promover, através de programas de competências relacionais e interpessoais, a mudança de atitudes, de cognições, de comportamentos e de estilos de vida. Tal pode ser feito com a anuência do recluso mas também pelo recurso a meios mais coercivos, já que não é pelo facto de os indivíduos não mostrarem motivação ou interesse pela mudança, que eles não são modificáveis. Sabe-se que muitos toxicodependentes e mesmo criminosos sexuais só adquirem motivação quando coagidos a frequentarem programas (e.g., Criminal Justice and Behavior, 2002). Defendemos assim um modelo em que, embora o consen-

sualismo (e.g., Rodrigues, 2002) seja desejável não terá que ser obrigatório.

E finalmente o controlo. Já dissemos que as dificuldades de reinserção são muitas e não raro esta pode falhar porque a sociedade estigmatiza e aliena o sujeito que passou anteriormente por um processo de exclusão. Mas também pode unicamente falhar porque o controlo exercido sobre ele foi débil ou mesmo inexistente. Daí a necessidade de os programas integrarem sempre um módulo de prevenção da recaída. Mas o controlo deve igualmente passar por instâncias externas ao sujeito, quer sejam a família, os amigos, os vizinhos, instituições da Justiça ou a monitorização electrónica. É a partir do controlo que a eficácia da intervenção é melhor testada, tendo em atenção que o sujeito já não está em meio protegido. Vejamos agora três situações distintas.

3.1. *Agressores conjugais*

Para além de um modelo de intervenção baseado no paradigma cognitivo-comportamental, importa referir que, no caso dos agressores conjugais, elencamos algumas prioridades essenciais.

Assim, em primeiro lugar, é absolutamente necessário que cessem de imediato os comportamentos abusivos sobre a vítima, quer através da separação dos elementos do casal quer mesmo através da apresentação de queixa às entidades competentes. O medo de ser preso ou a revogação da medida alternativa ou suspensiva em que o agressor foi colocado, são métodos eficazes para o dissuadir de prosseguir nos seus comportamentos abusivos, promovendo-se a protecção da vítima. Por outro lado, o agressor tem que perceber desde logo que, enquanto a credibilidade do discurso da vítima é reforçada, as suas palavras, intenções e actos, estão sujeitos a um aturado escrutínio para determinar se correspondem ou não a um prenúncio efectivo de mudança do seu padrão abusivo.

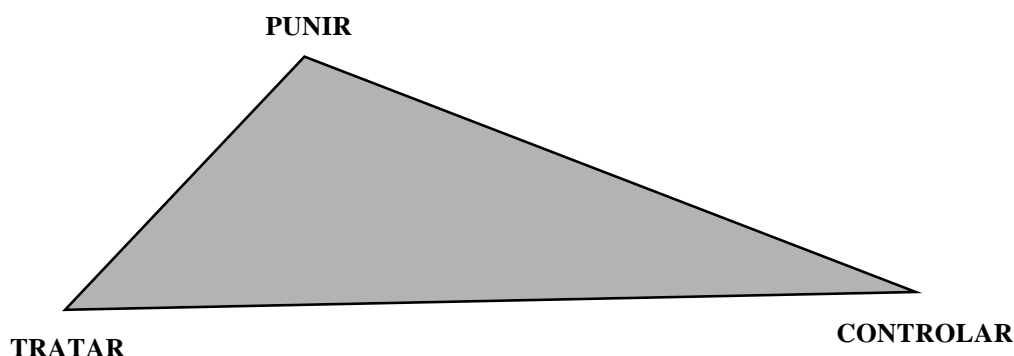
Requer-se também ao terapeuta que seja confrontativo, desafiando as crenças e as distorções cognitivas que usualmente constituem o cerne do funcionamento dos agressores conjugais, mas não sem ser capaz de experienciar alguma empatia, para que se possa criar uma aliança terapêutica a partir da qual se desencadeie a mudança. Simultaneamente, e mercê da avaliação previamente feita, identificam-se áreas específicas a intervir (e.g., controlo da agressividade, controlo dos sentimentos

de raiva e hostilidade, ...) e consciencializa-se o indivíduo das consequências do problema, para si e para terceiros (e.g., impacto nos filhos, impacto no seu funcionamento laboral), ensaiando-se depois estratégias de aprendizagem para o treino de resolução de problemas, a aquisição de competências sociais e as vantagens da utilização do pensamento alternativo e do pensamento consequente. Este plano global pode ser comprometido caso a avaliação anterior tenha detectado a presença de factores de risco particularmente graves, como é por exemplo o caso da psicopatia, doenças mentais graves ou abuso de substâncias. Assim, no caso da psicopatia há que rever a estratégia segundo aquilo que se sabe acerca das intervenções com psicopatas. Quanto à presença de doenças mentais graves ou do diagnóstico de abuso de substâncias, a intervenção só poderá iniciar-se desde que o indivíduo se encontre clinicamente compensado, no primeiro caso, e tenha procedido à respectiva desintoxicação, no segundo.

Nos determinantes causais da agressão conjugal, existem factores conjunturais e de certa maneira “predisponentes” para a sua ocorrência, que devem ser objecto de uma acção preventiva de ordem mais global, ao nível das políticas sociais e económicas (e.g., melhoria das condições socio-económicas, investimento na educação, apoio a famílias carenciadas), privilegiando também a intervenção em crianças e jovens. Outros aspectos como o planeamento familiar, programas de prevenção do abuso de substâncias e a formação profissional, contribuem a montante para que muitos índices anti-sociais – e entre eles o maltrato conjugal – não tenham expressão futura.

Finalmente, as estratégias de intervenção apontadas terão maior impacto se desenvolvidas em sujeitos mais jovens e não em agressores já com um percurso abusivo mais longo onde tendem a co-existir, naturalmente, maior número de factores de risco. Nestes, a eficácia da intervenção sairá reforçada através de uma maior aposta no controlo pós-tratamento, devendo funcionar em primeira instância a aprendizagem dos sinais de prevenção da recaída (controlo interno) e, em segundo lugar, mecanismos de controlo mais formal (externo) (e.g., vítima/família, forças de segurança, vigilância electrónica, ...). Entende-se assim que no caso dos agressores conjugais adultos e desde que não estejam presentes os factores de risco mais problemáticos, depois de um programa de intervenção adaptado em intensidade e duração às necessidades do agressor,

FIGURA 2
Esquema da intervenção em agressores conjugais



deve consignar-se um período relativamente longo destinado ao controlo (cf. Figura 2), que permita efectivamente prevenir a repetição de actos abusivos, quer para com a vítima já conhecida quer com outras que eventualmente venham a constituir-se como parceiras de relacionamento com o indivíduo. Propõe-se assim um equilíbrio entre as vertentes punitivas e do tratamento, para acentuar as necessidades de controlo, atendendo a que muitos agressores conjugais tendem, após o período de consumação da ruptura, a exibir comportamentos de “stalking”².

3.2. Agressores sexuais

A intervenção com agressores sexuais está também dependente de uma correcta avaliação dos alvos a que se destina, quer no que diz respeito à conduta actual dos indivíduos, à sua história pessoal/criminal, às características do abuso, ao padrão de preferências sexuais (exclusivo ou não) ou ainda à forma como abordam as suas vítimas

(sedução ou violência). Por exemplo, não é aconselhável a promoção de intervenções em grupo que “misturem” agressores sexuais de diferentes tipologias. Assim, os abusadores intra-familiares (e.g., pais incestuosos) apresentam geralmente um padrão de preferências sexuais menos desviante (no sentido em que geralmente podem ter igualmente relacionamentos sexuais normais com parceiras adequadas), do que os abusadores sexuais de menores extra-familiares, que tendem a exibir um padrão abusivo mais preferencial, limitando os seus contactos sexuais quase exclusivamente a crianças. Por seu lado, os violadores exibem geralmente um padrão de maior violência na abordagem da vítima do que os abusadores sexuais de crianças, que privilegiam estratégias mais sedutoras, pelo menos inicialmente. Assim, importa prevenir que das intervenções em grupo não resultem narrativas ou mecanismos de reforço da conduta sexual abusiva, das fantasias ou das distorções cognitivas destes abusadores.

Mais uma vez, a identificação e avaliação atempada dos factores de risco é fundamental, nomeadamente, saber se se trata de um psicopata, como se modela a sua agressividade (reactiva, instrumental, hostilidade, ...), se é abusador de substâncias e se os crimes cometidos foram-no com o concurso das mesmas ou não, e se é portador de parafilias e/ou de outras desordens mentais ou orgânicas. Tudo isto concorre para uma estimativa da tratabilidade do sujeito e das estratégias de intervenção a empregar.

² Não havendo uma palavra específica na nossa língua para o termo – talvez a junção de perseguição com assédio e ameaça seja a mais próxima da ideia original – transcrevemos a definição por extenso mais difundida na literatura em que “stalking” é definido como “a repetição (duas ou mais vezes) de situações ou ocasiões de proximidade física ou visual, comunicação não-consensual, verbal ou escrita, ou ameaças implícitas que causariam medo numa pessoa razoável” (cf. McFarlane *et al.*, 1999, pp. 300-301).

FIGURA 3
Esquema da intervenção em agressores sexuais

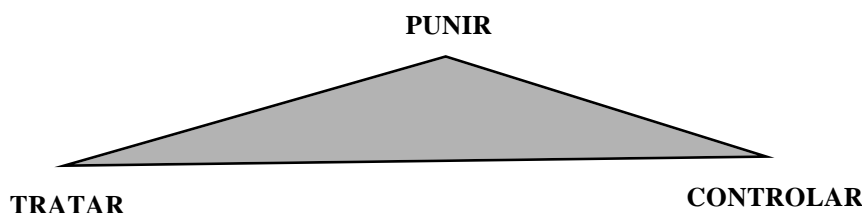
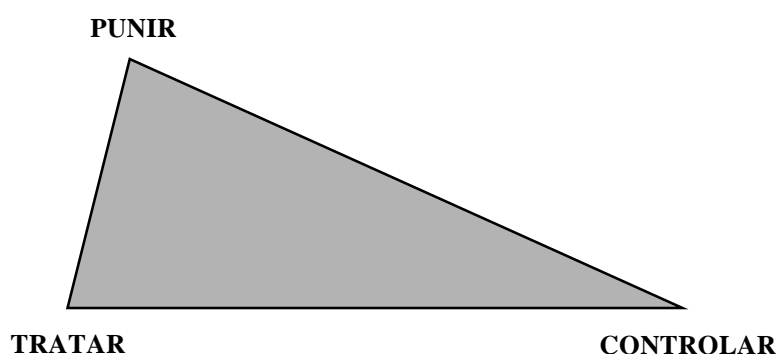


FIGURA 4
Esquema da intervenção em agressores psicopatas



Quanto ao tratamento, Marshall e Barbaree (1990), destacam como pontos chave da intervenção e do sucesso na mesma, 1) a análise detalhada da conduta sexual do indivíduo, incluindo as preferências sexuais desviantes e o funcionamento sexual geral; 2) o funcionamento social, isto é, o repertório de competências sociais de que o sujeito dispõe; e 3) as distorções cognitivas. Assim, quanto ao primeiro aspecto, os autores enfatizam como factor positivo, a importância e necessidade de uma relação sexual satisfatória com a parceira, enquanto que um maior repertório de competências (empatia, assertividade, ...) e contactos sociais, facilitará o distanciamento em relação a parceiros e comportamentos sexuais inapropriados. Finalmente, o maior ou menor grau de enraizamento de distorções cognitivas está ligado, respectivamente, a uma resposta negativa ou positiva ao tratamento. Atentas todas estas considerações, percebe-se assim que deve prevalecer uma maior aposta no tratamento em detrimento da punição, com a corres-

pondente necessidade de controlo posterior, tendo em conta a elevada percentagem de reincidência dos criminosos sexuais (e.g., Sjostedt, 2002) (cf. Figura 3).

3.3. Psicopatas

Reportando-nos ao que já foi dito atrás acerca das principais dificuldades para lidar com psicopatas e no quadro do modelo que temos vindo a desenvolver, a representação esquemática da intervenção nestes assume agora os contornos da Figura 4. Pesam nesta configuração os aspectos relacionados com o risco que estes indivíduos apresentam e as dificuldades que demonstram ao nível do tratamento (e.g., Losel, 1998).

De facto, neste caso, e atendendo à gravidade e violência dos crimes cometidos pelos psicopatas e ao risco que representam quando em liberdade, é possível desde logo que a sua condenação seja elevada. Ou quando não o é, ela tende a agravar-se

por força do envolvimento em comportamentos violentos durante o cumprimento da pena (e.g., Gonçalves, 1999a). Por outro lado, são os indivíduos que menos hipóteses apresentam de sucesso terapêutico e por isso deverão ser cuidadosamente planeadas as intervenções que os tenham por alvo (cf. Losel, 1996, 1998). É imperioso que neste contexto, onde se sabe que os recursos técnicos e materiais tendem a ser minguados, não haja desperdício dos mesmos em programas de duvidosa exequibilidade e de ganhos ainda menos perceptíveis, porque destinados a indivíduos em que as hipóteses de sucesso sejam particularmente reduzidas. A aposta no tratamento dos psicopatas deve pois existir mas sempre mediante uma análise rigorosa de benefícios, custos e prioridades. Finalmente, e atendendo à sua alta taxa de reincidência, é essencial uma forte aposta no controlo destes indivíduos, sobretudo através dos meios formais que a Justiça permite.

4. CONCLUSÃO

Pretendemos assinalar com este texto a importância de que se reveste o estudo e a intervenção sobre uma gama alargada de ofensores, com um enfoque predominante nos agressores conjugais e nos sexuais, em que a psicopatia pode estar (ou não) presente.

A detecção atempada dos agressores conjugais e dos 'stalkers' e a avaliação do seu potencial de risco permite a identificação clara do problema e cria condições para que se efective a intervenção. Esta deve ocorrer, de preferência, num ambiente estruturado, sob a alçada de qualquer medida de controlo penal, para que o agressor sinta que, se não aderir ao projecto de mudança que lhe é proposto, as consequências de tal atitude serão tidas em conta na avaliação dessa medida (e.g., Gordon & Moriarty, 2003; Strohshine & Robinson, 2003). A investigação disponível sugere ainda que, tal como no caso de outros agressores, os ofensores conjugais revelam comportamentos anti-sociais noutras áreas, nomeadamente abuso de substâncias e perturbações emocionais, pelo que se justifica uma preocupação de rastreio de comportamentos familiares abusivos nas populações de toxicod dependentes para que o tratamento destes não contemple apenas a vertente da desintoxicação (e.g.,

Logan, Walker & Leukfeld, 2001; White, Gondolf, Robertson, Goodwin & Caraveo, 2002).

No que toca ao tratamento dos agressores sexuais, importa referir a sua versatilidade, que poderão conduzir a expectativas de tratabilidade ou de sucesso terapêutico diferentes. Em regra, são os sujeitos mais jovens e com melhor inserção social e maior número de recursos educacionais, profissionais ou sociais e com ressonância afectiva face aos actos cometidos, que têm tido mais sucesso. Entre os adultos, aqueles cujo delito teve características de menor intrusividade e teve uma causa próxima circunstancial, em que existia uma relação estável com um parceiro sexual apropriado e onde havia igualmente uma inserção social e laboral satisfatória e a mesma componente positiva de ressonância afectiva, têm constituído também as situações de maior sucesso (Gonçalves, 2004; Marshall & Redondo, 2002; Sjostedt, 2002).

Nos psicopatas, as modificações, ainda que ténues e com menor probabilidade de manutenção e generalização a outros contextos de vida, situam-se na aprendizagem de processos básicos de relacionamento interpessoal, no controlo de impulsos, no controlo da raiva e da agressividade (e.g., Gonçalves, 1999a; Losel, 1996, 1998).

O esquema apresentado e a configuração tridimensional pressupõem uma dinâmica e uma maleabilidade que deverá ajustar-se ao sujeito em cada momento de avaliação e considerando os vários factores de risco encontrados, na sua importância e na sua eventual modificação por força do tratamento. Assim, se um agressor sexual for simultaneamente psicopata a configuração deverá respeitar simultaneamente estas duas condições. Em qualquer caso, devem-se considerar sempre os factores estáticos e os factores dinâmicos, sendo a intervenção o produto de um compromisso possível destas duas vertentes de explicação do indivíduo.

Finalmente, e no que toca ao terapeuta, importa consciencializar-se que, em muitos casos, a intervenção não é possível porque as condições do ofensor ou do contexto não a aconselham e de que, noutros, o sucesso não surge tal como prevíamos mas apenas ocorrem modificações mais débeis. Por via disso, deve-se proceder a um aturado debate ético sobre o valor e alcance previsível daquilo que se pretende implementar, em confronto com o potencial de resultados negativos que possa daí advir. Ainda assim, devemos recordar-nos que é sobretudo a importância do efeito e não a sua magni-

tude que deve prevalecer. Enfim, entendemos que a intervenção e tratamento dos ofensores é um dever e simultaneamente um direito, de todos os que nos preocupamos com o bem-estar social e a segurança em geral.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Becker, H. (1963). *Outsiders*. New York: Free Press.
- Bersoff, D. N. (1999). Preparing for two cultures. Education and training in law and psychology. In R. Roesch, S. Hart, & J. Ogloff (Eds.), *Psychology and Law – The state of the discipline* (pp. 375-401). New York: Kluwer/Plenum.
- Blackburn, R. (1993). Clinical programmes with psychopaths. In K. Howells, & C. R. Hollin (Eds.), *Clinical approaches to the mentally disordered offender* (pp. 179-208). Chichester: Wiley.
- Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R., & Webster, C. D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk – 20*. Burnaby, BC: Simon Fraser University.
- Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists (1991). *Specialty guidelines for forensic psychologists*. *Law and Human Behavior*, 15, 655-665.
- Criminal Justice and Behavior (2001). Special issue on Psychopathy and Risk Assessment. *Law and Human Behavior*, 28 (4), 399-536.
- Criminal Justice and Behavior (2002). Special issue on making people change: The effectiveness of coerced psychological treatment. *Law and Human Behavior*, 29 (1), 3-109.
- Cullen, F. T., & Gendreau, P. (2001). From nothing works to what works: Changing professional ideology in the 21st century. *The Prison Journal*, 81, 313-338.
- De Waele, J. P., & Depreeuw, W. (1985). *Formation du personnel pénitentiaire. Livres I, II et III*. Bruxelles: Ministère de la Justice/Moniteur Belge.
- Doren, D. M. (1987). *Understanding and treating the psychopath*. New York: Wiley.
- Douglas, K. S., & Webster, C. D. (1999). Predicting violence in mentally and personality disordered individuals. In R. Roesch, S. D. Hart, & J. R. P. Ogloff (Eds.), *Psychology and law: The state of the discipline* (pp. 175-239). New York: Kluwer.
- Eaves, D., Douglas, K. S., Webster, C. D., Ogloff, J. P., & Hart, S. D. (2000). *Dangerous and long-term offenders. An assessment guide*. Burnaby, BC: Simon Fraser University.
- Farrington, D. P., Petrosino, A., & Welsh, B. C. (2001). Systematic reviews and cost-benefit analysis of correctional interventions. *The Prison Journal*, 81, 339-359.
- Feldman, M. (1977). *Criminal behavior: A psychological analysis*. New York: John Wiley & Sons.
- Garrido, V. (1993). *Técnicas de tratamiento para delinquentes*. Madrid: Centro de Estudios Ramon Areces.
- Garrido, V., Redondo, S., & Anguera i Argilaga, M. T. (1991). El ideal de la rehabilitación y la intervención en las prisiones. *Delincuencia*, 3 (3), 187-316.
- Gendreau, P., & Andrews, D. A. (1990). Tertiary prevention: What the meta-analyses of the offender treatment literature tell us about “What works”. *Canadian Journal of Criminology*, 32, 173-184.
- Gendreau, P., & Ross, R. R. (1987). Revivication of rehabilitation. Evidence from the 1980s. *Justice Quarterly*, 4, 349-407.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gonçalves, R. A. (1999a). *Psicopatia e processos adaptativos à prisão: Da intervenção para a prevenção*. Braga: Centro de Estudos de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Gonçalves, R. A. (1999b). Psychopathy and offender types. Results from a portuguese prison sample. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 337-346.
- Gonçalves, R. A. (2004). Agressores sexuais em meio prisional: Investigação, avaliação e intervenção. *Direito e Justiça*, número especial, 127-140.
- Gonçalves, R. A., & Vieira, H. (1992). A psicologia na prisão: O trabalho de Sísifo. In J. Barroso, & R. A. Gonçalves (Eds.), *Psicologia e intervenção social de justiça* (pp. 53-68) Porto: APPORT.
- Gordon, J. A., & Moriarty, L. J. (2003). The effects of domestic violence batterer treatment on domestic violence recidivism. The Chesterfield County experience. *Criminal Justice and Behavior*, 30, 118-134.
- Grisso, T. (1986). *Evaluating competencies: Forensic assessments and instruments*. New York: Plenum.
- Hare, R. D. (1986). Twenty years of experience with the Cleckley psychopath. In W. Reid, D. Dorr, J. Walker, & J. Bonner (Eds.), *Unmasking the psychopath: Antisocial personality and related syndromes* (pp. 3-27). New York: Norton.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi Health Systems.
- Howells, K., Watt, B., Hall, & Baldwin, S. (1997). Developing programmes for violent offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 2, 117-128.
- Logan, T. K., Walker, R., & Leukfeld, C. G. (2001). Intimate partner and nonintimate violence history among drug-using, incarcerated men. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45, 228-243.
- Losel, F. (1993). The effectiveness of treatment in institutional and community settings. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 3, 416-437.
- Losel, F. (1996). Management of psychopaths. In D. J. Cook, A. E. Forth, J. Newman, & R. Hare (Eds.), *International perspectives on psychopathy* (pp. 100-106). London: The British Psychological Society.

- Losel, F. (1998). Treatment and management of psychopaths. In D. J. Cooke, A. E. Forth, & R. D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research and implications for society* (pp. 303-354). Dordrecht: Kluwer.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, *48*, 1181-1209.
- McFarlane, J. M., Campbell, J. C., Wilt, S., Sachs, C. J., Ulrich, Y., & Xu, X. (1999). Stalking and intimate partner femicide. *Homicide Studies*, *3*, 300-316.
- Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In W. E. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories and treatment* (pp. 257-275). New York: Plenum.
- Marshall, W. L., & Redondo, S. (2002). Control y tratamiento de la agresión sexual. In S. Redondo (Coord.), *Delincuencia sexual y sociedad* (pp. 301-328). Barcelona: Ariel.
- Martinson, R. (1974). What works? Questions and answers about prison reform. *The Public Interest*, *35*, 22-54.
- Meloy, J. R. (1995). Antisocial personality disorder. In G. Gabbard (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders* (pp. 2273-2290). Washington: American Psychiatric Press.
- Ogloff, J. P. (1999). Ethical and legal contours of forensic psychology. In R. Roesch, S. Hart, & J. Ogloff (Eds.), *Psychology and Law – The state of the discipline* (pp. 403-422). New York: Kluwer/Plenum.
- Prentice, D. A., & Miller, D. T. (1992). When small effects are impressive. *Psychological Bulletin*, *112*, 160-164.
- Redondo, S. (1993). *Evaluar e intervenir en las prisiones*. Barcelona: PPU.
- Redondo, S., Garrido, V., & Sanchez-Meca, J. (1997). What works in correctional rehabilitation in Europe: A meta-analytic review. In S. Redondo, V. Garrido, J. Pérez, & R. Barberet (Eds.), *Advances in psychology and law: International contributions* (pp. 499-523). Berlin: de Gruyter.
- Redondo, S., Sanchez-Meca, J., & Garrido, V. (1999). The influence of treatment programmes on the recidivism of juvenile and adult offenders: An European meta-analytic review. *Psychology, Crime and Law*, *5*, 251-278.
- Rodrigues, A. M. (2002). *Novo olhar sobre a questão penitenciária* (2.^a ed.). Coimbra: Coimbra Editora.
- Rowson, B., & McGuire, J. (Eds.) (1992). *What works: Effective methods to reduce re-offending*. Conference Proceedings, Manchester.
- Sechrest, L., & Rosenblatt, A. (1987). Research methods. In H. C. Quay (Ed.), *Handbook of juvenile delinquency* (pp. 417-450). New York: Wiley.
- Sjostedt, G. (2002). *Violent recidivism among sexual offenders*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Stroshine, M. S., & Robinson, A. L. (2003). The decision to end abusive relationships. The role of offender characteristics. *Criminal Justice and Behavior*, *30*, 97-117.
- Walters, G. D. (1990). *The criminal lifestyle*. Newbury Park: Sage.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR – 20. Assessing risk for violence version 2*. Burnaby, BC: Simon Fraser University.
- White, R. J., Gondolf, E. W., Robertson, D. U., Goodwin, B. J., & Caraveo, L. E. (2002). Extent and characteristics of woman batterers among federal inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *46*, 412-426.
- Whiteley, S. N., & Hosford, R. E. (1983). Counseling in prisons. *The Counseling Psychologist*, *11* (2), 27-34.

RESUMO

O presente texto procurará analisar as várias questões que têm sido suscitadas pela intervenção em personalidades anti-sociais e psicopatas, acentuando os problemas metodológicos encontrados em muitos estudos, que têm contribuído para o insucesso das mesmas, pondo em causa a necessidade da sua implementação. Apresentam-se assim várias sugestões, que não só procuram ultrapassar os obstáculos anteriormente evidenciados como também relançam o debate entre a intervenção dita “consensualista” e a intervenção coerciva. Por último, avançaremos um modelo de intervenção moldável a vários tipos de delinquentes, que parte de uma estrutura dinâmica caracterizada por três vectores: Punir, tratar e controlar.

Palavras-chave: Intervenção, ofensores, punir, tratar, controlar, personalidades anti-sociais, psicopatas.

ABSTRACT

In this paper the author analyses the various issues regarding the treatment and intervention on antisocial personalities and psychopaths, emphasizing those related with methodological problems, which were responsible for many failures compromising future implementations. Several suggestions are made, not only to overcome the obstacles found but also promoting the debate between a more consensual approach on offenders' treatment versus a more coercive one. Finally, based on risk assessment and suitability for treatment, a model of intervention is outlined, considering three dimensions: punishing, treating and controlling.

Key words: Intervention, offenders, controlling, treating, antisocial personality punishing, psychopaths.