



UC/FPCE_2015

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Risco de Reincidência Criminal e Psicopatologia em jovens agressores

Vânia Filipa Martinho Ribeiro (e-mail: vaniaribeiro92@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Psicologia Forense sob a orientação de Professor Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo

Título da dissertação - *Risco de Reincidência Criminal e Psicopatologia em jovens agressores*

Resumo

Nos últimos anos, alguns autores têm estudado os fatores de risco de reincidência criminal e concluíram que são os *Central Eight* os fatores de risco mais significativos na predição do comportamento criminal. Por outro lado, alguns autores têm sublinhado a importância de ter em conta as necessidades a nível da saúde mental na avaliação do risco. Estudos que associaram a psicopatologia e o risco de reincidência criminal em agressores adultos concluíram que a Perturbação de Personalidade Antissocial é um preditor significativo do risco de reincidência criminal. Até ao momento, não existem estudos que associem estas duas variáveis em jovens agressores razão pela qual este estudo teve como principal objetivo explorar a associação entre psicopatologia, especificamente as Perturbações Disruptivas, e o risco de reincidência criminal nesta população. Para a realização do mesmo, foi recolhida uma amostra de 208 jovens agressores, com idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos, intervencionados pelo Sistema de Justiça Juvenil Português, dos quais 120 cumpriam Medidas Tutelares Educativas de Internamento e 88 cumpriam Medidas Tutelares Educativas de Acompanhamento Educativo (na comunidade). Os principais resultados demonstraram que existe uma diferença entre os grupos quanto ao nível global e específico de risco e quanto à prevalência de psicopatologia. A percentagem de jovens no grupo de internamento com nível de risco global mais elevado é superior à percentagem de jovens do grupo da comunidade. O mesmo aconteceu em relação aos fatores de risco específicos, a percentagem de jovens no grupo de internamento com nível de risco mais

elevado em cada fator de risco específico é superior à percentagem de jovens no grupo da comunidade. Além disso, os resultados mostraram ainda uma associação entre nível de risco global e específico e a presença de Perturbações Disruptivas na amostra total. A percentagem de jovens com Perturbações Disruptivas é superior em níveis de risco mais elevados. Da mesma forma, a percentagem de jovens com Perturbações Disruptivas é superior em níveis de risco mais elevados no fator específico *Personalidade/Comportamento*. No global, estes resultados reforçam a ideia de que os jovens apresentam necessidades de intervenção em saúde mental, pelo que a intervenção focada nestas necessidades pode contribuir de forma positiva na redução do risco de reincidência criminal, da mesma forma que garante o direito de acesso ao tratamento em saúde mental.

Palavras-chave: Risco de Reincidência Criminal, Fatores de Risco, Psicopatologia, Perturbações Disruptivas.

Title of the dissertation *Criminal Risk Recidivism and Psychopathology in male young offenders*

Abstract

Recently, researchers have studied the risk factors of criminal recidivism and currently there is a consensus that the Central Eight are the most significant predictors of criminal behavior. However, some authors pointed out the importance of taking into account mental health intervention needs in the assessment of the risk criminal recidivism. Studies concerning the association between psychopathology and the risk of criminal recidivism in adult offenders showed that Antisocial Personality Disorder was a significant predictor of criminal risk recidivism. So far, there are no published studies linking these two variables in young offenders. Therefore, the main purpose of this study was to explore the relation between psychopathology (specifically Disruptive Disorders) and the risk of criminal recidivism in this specific population.

Participants were 208 male young offenders, with ages between 14 and 20 years old, from the Portuguese Juvenile Justice System. From the

total sample, 120 youngsters were placed in juvenile facilities, and 89 were receiving community-based programs.

Results showed differences between groups concerning the global and specific level of risk and the prevalence of psychopathology. The percentage of youth in juvenile facilities with higher global risk level is higher than the percentage of young people from the community group. The same result was found regarding specific risk factors, with youth from juvenile facilities presenting higher risk level in each specific risk factor in comparison with young people in the community group. Results also showed an association between the level of global and specific risk and the presence of Disruptive Disorders in the total sample. The percentage of youth with Disruptive Disorders is higher at higher levels of risk. Additionally, the percentage of youth with Disruptive Disorders is greater at higher levels on the specific risk factor *Personality / Behavior*.

Overall, results showed that young offenders present mental health intervention needs, which should be addressed as the main target of intervention with young offenders. For this to happen, the right of mental treatment should be ensured.

Key Words: Criminal Risk recidivism, Risk Factors, Psychopathology, Disruptive Disorders.

Agradecimentos

Ao professor Daniel Rijo, pela transmissão de conhecimentos e de experiências que me enriqueceram como pessoa e futura psicóloga e pelo sentido de humor mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao Nélio Brasão, pela sua constante postura de disponibilidade, ajuda, paciência e preocupação ao longo de todos os meses de trabalho.

Aos Técnicos da Direcção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais da Equipa Baixo Mondego 1, que sempre se mostraram disponíveis a ajudar na recolha de dados, pelo tempo que dispensaram a esclarecer-me dúvidas e pelo apoio.

Às colegas de tese, pelo fantástico espírito de entreatajuda, pelos risos, pelas partilhas de experiências, pelo apoio, pela amizade e pela compaixão.

À equipa de Mestrado de Forense, pelas partilhas, pelo sentido de entreatajuda e pela boa-disposição que fizeram este grupo tão especial.

Às minhas amigas de curso, que fizeram com que toda a experiência tivesse mais sentido e fosse mais especial, à Jacinira, à Telma, à Cindy, ao Cândido.

Aos meus amigos de sempre, que me ouviram tantas vezes a desabafar sobre os obstáculos deste trabalho, pelo apoio, preocupação, pela presença e por serem quem são. À Pita, à Joana, à Sara, ao João, à Marta, Inês ao Tiago ...

À minha madrinha de curso, à Joana, pela inteira disponibilidade, pelo interesse pela minha pessoa, pela ajuda, pelos momentos, pelas conversas, pelo apoio e pela transmissão de conhecimentos.

À minha família por demonstrarem orgulho nas minhas conquistas, à minha mãe e ao meu pai por me permitirem seguir o curso dos meus sonhos e por todo o apoio. Ao meu irmão, que pela sua especificidade fez de mim uma pessoa melhor.

A todos os colegas de trabalho que se cruzaram comigo ao longo da minha vida de trabalhadora-estudante, pela paciência com que me ouviam falar sobre as matérias, pela colaboração nas experiências académicas e por todo o apoio e interesse.

Índice

Introdução	1
Enquadramento Conceptual	2
Objetivos/Hipóteses	7
Metodologia	9
Resultados	15
Discussão	22
Conclusão	27
Referências Bibliográficas	28

Introdução

Nos últimos anos, alguns autores têm estudado sobre os fatores de risco de reincidência criminal e, consequência do conhecimento cumulativo, concluíram que são os *Big Eight* os fatores de risco mais significativos na predição do comportamento criminal (Andrews & Bonta, 2010). A par do estabelecimento dos fatores de risco mais relevantes na avaliação do risco de reincidência criminal, também a avaliação deste mesmo risco, baseada nestes fatores, tem vindo a sofrer algumas alterações, no sentido em que o julgamento subjetivo dos técnicos tem sido substituído por métodos mais objetivos.

Por outro lado, outros autores têm sublinhado a importância de ter em conta as necessidades a nível da saúde mental na avaliação do risco de reincidência criminal (Cocozza & Skowrya, 2000; Fazel, Langstrom, Grann, & Fazel, 2008; Osher, D'Amora, Plotkin, Jarrett & Eggleston, 2012; Penner, Roesch & Viljoen, 2011; Rotter & Carr, 2011, 2013; Shelton, 2001; Teplin, Welty, Abram, Dulcan & Washburn, 2012)

Os estudos de prevalência de perturbações mentais em jovens agressores demonstraram elevadas taxas de psicopatologia, bem como elevadas taxas de comorbilidade psiquiátrica. As Perturbações Disruptivas são as mais prevalentes, nomeadamente, a Perturbação do Comportamento e a Perturbação de Personalidade Antissocial (Bickel & Campbell, 2002; Cocozza & Shufelt, 2006; Lader, Singleton & Meltzer, 2003; Vreugdenhil, Doreleijers, Vermeiren, Wouters & Van Den Brink, 2004).

Os estudos que relacionaram o risco de reincidência criminal com problemas mentais sugerem que a Perturbação de Personalidade Antissocial é um preditor significativo de comportamentos violentos (Bonta, Blais & Wilson, 2014; Penner et al., 2011). Outros estudos sugerem que agressores adultos com perturbação mental apresentam um risco de reincidência criminal mais elevado do que agressores adultos não perturbados (Girard & Wormith, 2004; Skeem, Nicholson & Kregg, 2008). Contudo, enquanto a perturbação mental não é identificada como uma necessidade criminógena ou um fator de risco para a reincidência criminal, é reconhecida como um fator de responsividade já que os indivíduos com comorbilidade psiquiátrica têm demonstrado ser mais resistentes à intervenção (Baillargeon et al, 2010;

Rotter & Carr, 2013).

A presente investigação pretende colmatar a lacuna que existe na literatura sobre a relação entre risco de reincidência criminal e psicopatologia em jovens agressores já que a pouca investigação publicada até ao momento atual se refere à população de agressores adultos. As elevadas taxas de prevalência de psicopatologia encontradas em jovens agressores mostram que os jovens apresentam necessidades de intervenção em saúde mental. Estas necessidades de intervenção resultam do facto de a Perturbação de Personalidade Antissocial mostrar estar relacionada com o comportamento criminal, de a comorbilidade psiquiátrica estar associada aos fatores de responsividade da intervenção e também do direito que os jovens têm de receber tratamento a nível da saúde mental.

A presente dissertação abordará, inicialmente, o estado da arte em relação às temáticas em estudo, nomeadamente sobre aos fatores de risco de reincidência criminal, psicopatologia em jovens agressores e sobre a investigação realizada até ao momento que relacionou psicopatologia e risco de reincidência criminal. De seguida, são apresentados os objetivos e os procedimentos metodológicos da investigação. Para finalizar, serão apresentados os resultados e a respetiva discussão dos mesmos e ainda as conclusões fundamentais apontando as suas implicações e limitações.

I – Enquadramento concetual

A avaliação e reabilitação de agressores efetuada pelos Serviços de Assessoria Técnica aos tribunais tem sido baseada e inspirada no Modelo de Risco-Necessidade- Responsividade (RNR), um pouco por todo o mundo (Andrews, Bonta, & Wormith, 2011; Andrews & Dowden, 2007). Este modelo assenta em três princípios fundamentais: Risco, Necessidade e Responsividade. O *Princípio do Risco* defende que quanto maior o risco de um indivíduo reincidir no crime, mais intensa terá de ser a intervenção; O *Princípio da Necessidade* afirma que a intervenção deve ser direcionada para as necessidades criminógenas do indivíduo- fatores diretamente relacionados com o comportamento criminal (e.g. personalidade antissocial). Por fim, o *Princípio da Responsividade* defende que as estratégias de intervenção devem ser sensíveis ao nível de risco e às necessidades de cada indivíduo, ao mesmo tempo que têm em consideração fatores individuais que podem afetar

a intervenção em si mesma, tais como o funcionamento intelectual ou problemas de saúde mental (Andrews & Bonta, 2010). De forma a avaliar os indivíduos em relação ao risco de reincidência criminal e a direccionar a intervenção para as suas necessidades criminógenas, nos últimos anos, alguns investigadores têm trabalhado em torno dos fatores de risco de reincidência criminal: sobre quais são os fatores de risco/necessidades que melhor predizem o comportamento criminal e até que ponto estão associados a esta conduta por si sós ou quando estão em combinação com outros fatores (Andrews & Bonta, 2010; Bonta et al., 2014; Bonta, Law & Hanson, 1998; Zhang, Barrett, Katsiyannis & Yoon, 2011). Atualmente, existe um consenso acerca de quais os fatores de risco mais significativos na predição do comportamento criminal. Assim, são os *Big Four*, propostos por Bonta e Andrews (2010) os fatores de risco mais significativos: 1) História Criminal (e.g. envolvimento precoce num variado número de atividades antissociais); 2) Personalidade Antissocial (e.g. jovens impulsivos, irresponsáveis, inquietos, agressivos, insensíveis e que desprezam os outros); 3) Atitudes Pró-Criminais (e.g. atitudes, valores, crenças, cognições e identidade pessoal favorável ao crime); 4) Pares Antissociais (e.g. associação a pares pró-criminais e isolamento de pares sem história criminal). Numa segunda linha de fatores de risco, encontram-se outros, mais moderados e que, juntamente com os *Big Four*, constituem os *Central Eight*: 5) Abuso de Substâncias (e.g. problemas com álcool ou drogas- problemas atuais com o consumo de substâncias indicam um nível mais elevado de risco do que o envolvimento passado); 6) Tempos livres (e.g. níveis baixos de satisfação e interesse no envolvimento em atividades não criminais); 7) Família (e.g. qualidade das relações familiares, essencialmente pais-filhos e falta de capacidade de monitorização, supervisão e disciplina); 8) Educação/ Emprego (e.g. qualidade das relações interpessoais nestes dois ambientes- baixos níveis de envolvimento e baixos níveis de satisfação e recompensa). O conhecimento acerca dos fatores de risco é essencial já que além de predizerem o comportamento criminal, são variáveis que nos informam acerca das necessidades criminógenas dos indivíduos. Por esta razão, estas necessidades devem ser entendidas como alvos preferenciais da intervenção pois assentam na categoria dos fatores de risco dinâmicos (modificáveis), com exceção da

História Criminal, que é um fator de risco estático (Brazão, da Motta & Rijo, 2013; Pimentel, Quintas, Fonseca & Serra, 2015).

O conhecimento mais aprofundado sobre quais os fatores de risco que melhor explicam o comportamento criminal permitiu que a própria avaliação do risco também sofresse alterações ao longo do tempo. Deste modo, o julgamento clínico não estruturado tem vindo a ser substituído por métodos mais objetivos (Jeglic, Maile & Calkins-Mercado, 2010). Atualmente, a utilização de instrumentos standardizados de avaliação do risco tem-se difundido amplamente, de modo que alguns autores concluíram que cerca de 90% dos clínicos forenses utilizam instrumentos de avaliação de risco de reincidência criminal (Archer, Buffington-Vollum, Stredny, & Handel, 2006; Viljoen, McLachlan, & Vincent, 2010). No campo da delinquência juvenil, a área dos instrumentos de avaliação do risco encontra-se menos desenvolvida em comparação com os progressos no campo de agressores adultos, sendo que apenas recentemente se têm construído e validado instrumentos de avaliação do risco para esta população (Jeglic, Maile & Mercado, 2010; Pimentel et al., 2015). Assim, entre os mais comumente utilizados está o YLS/CMI- Youth Level of Service/Case Management Inventory (Hoge & Andrews, 2002), produto do modelo RNR que avalia o risco de reincidência criminal com base nos *Big Eight*. Este instrumento foi utilizado neste estudo, pelo que a descrição do mesmo se encontrará mais detalhada no ponto III. Frequentemente utilizado é também o The Structured Assessment of Violence Risk in Youth (Borum, Bartel, & Forth, 2003), instrumento estruturado para aceder a três domínios de risco (históricos, sociais e individuais), com ênfase nos factores de risco dinâmicos. É ainda de referir o The Hare Psychopathy Checklist – Youth Version (Forth, Hart, & Hare, 1997, 2003) que, embora não seja um instrumento de avaliação de risco em si, é bastante utilizado neste sentido. O instrumento foi adaptado para a população jovem e permite aceder à presença ou ausência de traços psicopáticos, especialmente em jovens adultos (Archer et al., 2006; Guy, Nelson, Fusco-Morin & Vincent, 2014; Khanna, Shaw, Dolan & Lenox, 2014; Viljoen et al., 2010). Embora seja inquestionável a importância da avaliação do risco de reincidência criminal através da identificação dos fatores de risco anteriormente mencionados, recentemente, diversos autores têm sublinhado a importância de serem igualmente avaliadas as necessidades

a nível da saúde mental aquando a avaliação do risco de reincidência criminal (Cocozza & Skowryra, 2000; Fazel et al., 2008; Osher et al., 2012; Penner et al., 2011; Rotter & Carr, 2011, 2013; Shelton, 2001; Teplin et al., 2012).

Estudos de prevalência mostram que entre 52 e 95 % de jovens agressores preenchem critérios para, pelo menos, uma perturbação psiquiátrica (Abrantes, Hoffmann, & Anton, 2005; Cocozza & Schufelt, 2006; Garland et al., 2001; Lader, Singleton, & Meltzer, 2003; Teplin, Abram, McClelland, Dulcan & Mericle, 2002, Teplin et al., 2012). A Perturbação de Comportamento assurge como a mais prevalente, com taxas de prevalência que variam entre 46.2 e 98% (Bickel & Campbell, 2002; Cocozza & Shufelt, 2006; Vreugdenhil et al., 2004). A Perturbação de Personalidade Antissocial e as Perturbações Relacionadas com o Consumo de Substâncias são também prevalentes, com taxas de prevalência entre 55 e 81% (Lader et al., 2003; Vreugdenhil et al., 2004) e 37.2 e 60% (Abrantes et al., 2005; Shelton, 2001; Shufelt & Cocozza, 2006), respetivamente. Seguem-se as Perturbações de Ansiedade, com taxas de prevalência entre 34.4 e 57.6% (Shelton, 2001; Shufelt and Cocozza, 2006), e as Perturbações de Humor, entre 15.8% e 18.3% (Shufelt and Cocozza, 2006; Teplin et al., 2012). Os estudos apontam ainda para elevadas taxas de comorbilidade psiquiátrica, sendo que 46 a 80% dos jovens preenchem critérios para duas ou mais perturbações psiquiátricas (Abram, Teplin & McClelland, 2003; Lader et al., 2003; Shufelt & Cocozza., 2006; Vreugdenhil et al., 2004).

Algumas questões foram levantadas acerca das elevadas taxas de prevalência de psicopatologia encontradas devido ao facto de os critérios definidos para as Perturbações Disruptivas (as perturbações mais prevalentes em jovens intervencionados pelo Sistema de Justiça Juvenil) serem semelhantes às características dos jovens agressores no geral. Por esta razão, Cocozza e Shufelt (2006) excluíram a Perturbação de Comportamento e a Perturbação Relacionada com o Consumo de Substâncias e concluíram que, ainda assim, 45.5% dos jovens continuavam a preencher critérios para um diagnóstico psiquiátrico que não a Perturbação de Comportamento e a Perturbação Relacionada com o Consumo de Substâncias.

Além de prevalentes, as perturbações psiquiátricas parecem permanecer estáveis ao longo do tempo. Teplin et al., (2012) concluíram que

embora as taxas de prevalência diminuam com o passar do tempo, cerca de metade de jovens agressores, 5 anos após o termo da medida (entre os 14 e os 24 anos), continuavam a preencher critérios para uma ou mais perturbações psiquiátricas, sendo que as Perturbações Disruptivas e as Relacionadas com o Consumo de Substâncias continuavam a ser as mais prevalentes. Um estudo conduzido por Loeber et al. (2000) concluiu que 44% dos jovens inicialmente diagnosticados com Perturbação de Comportamento continuava a preencher critérios para a perturbação após 4 anos da avaliação inicial.

Os estudos que relacionaram psicopatologia e risco de reincidência criminal em agressores adultos concluíram que a Perturbação de Personalidade Antissocial prediz significativamente a reincidência criminal, essencialmente a reincidência de comportamentos mais violentos (Bonta et al., 2014; Bonta et al., 1998). De facto, a literatura tem demonstrado que os instrumentos que avaliam a personalidade antissocial/psicopatia, como o HCR-20- Historical Clinical and Risk Management Scheme (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997) ou a PCL-R -The Psychopathy Check List-Revised (Hare, 1991, 2003) são bons preditores de reincidência criminal (Bonta et al., 2014; Tengstrom, Grann, Langstrom & Kullgren, 2000). Quanto às outras perturbações mentais, não mostram estar relacionadas com a reincidência criminal. Todavia, é possível que tenham um efeito preditor importante quando a avaliação do risco de comportamentos violentos e antissociais se refere a períodos temporais mais curtos já que o comportamento violento dos doentes pode ser inesperado e consequência de alterações emocionais que só o terapeuta é eventualmente capaz de aceder e, portanto, de avaliar (Bonta et al., 1998; Buchanan 2008). Ainda assim, são as Perturbações Disruptivas, como a Perturbação de Comportamento e a Perturbação de Personalidade Antissocial e a Perturbação Relacionada com o Consumo de Substâncias que são, de facto, as mais prevalentes na população de agressores juvenis (Abrantes et al., 2005; Bickel & Campbell, 2002; Cocozza & Shufelt, 2006; Lader et al., 2003; Shelton, 2001; Vreugdenhil et al., 2004).

Embora a perturbação de Personalidade Antissocial prediga significativamente a reincidência criminal, os *Central Eight* são considerados pela literatura os melhores preditores do risco de reincidência

criminal (especialmente a História Criminal) (Bonta et al., 2014; Bonta et al., 1998). Neste sentido, há indícios de que agressores adultos com perturbação mental reúnem mais fatores de risco de reincidência geral do que agressores adultos não perturbados. Skeem et al. (2008) concluíram que os indivíduos com perturbação mental obtinham significativamente maiores níveis de risco na escala LS/CMI- The Levels of Services Inventory/Case Management Inventory (Andrews, Bonta & Wormith, 2004), essencialmente no fator de risco “ Padrão de Personalidade Antissocial”. Similarmente, Girard & Wormith (2004), com base numa amostra de 630 indivíduos em contacto com o Sistema de Justiça, concluíram que os que tinham problemas a nível da saúde mental obtinham maiores pontuações na mesma escala. Por sua vez, o LS/CMI prevê o risco de reincidência criminal com igual rigor para aqueles com ou sem perturbação mental (Andrews et al., 2004; Girard & Wormith, 2004).

Deste modo, a perturbação mental demonstra estar relacionada com o risco de reincidência criminal. Por um lado, a Perturbação de Personalidade Antissocial é considerada pela literatura como um fator de risco de reincidência criminal importante, por outro, há indícios de que agressores com perturbação mental obtêm maiores pontuações na LS/CMI. Ainda assim, a perturbação mental é reconhecida pelo modelo RNR como um fator de responsividade (Rotter & Carr, 2013) tendo em conta que os indivíduos com comorbilidade psiquiátrica têm demonstrado ser bastante resistentes à intervenção (Baillargeon et al., 2009). Assim, a forma de maximizar a probabilidade de estes indivíduos beneficiarem destas intervenções e de, portanto, reduzirem o risco de reincidência criminal passará em parte por ter em consideração e intervir a nível das suas necessidades em saúde mental (Osher, 2012).

II – Objetivos/Hipóteses

Esta dissertação pretende investigar a relação entre o risco de reincidência criminal e a presença de psicopatologia em menores agressores do sexo masculino. Deste modo, foi dividida em três estudos. Os primeiros dois estudos comparam os dois grupos (jovens a cumprir Medidas Tutelares Educativas de Internamento e jovens a Cumprir Medidas Tutelares Educativas de Acompanhamento Educativo) em relação ao nível de risco e

às variáveis de psicopatologia, respetivamente. O último estudo relaciona as duas variáveis (risco e psicopatologia) na amostra global. Deste modo, o nível de risco global (em subcategorias de risco) será relacionado com o número de diagnósticos atribuídos (comorbilidade) e com a prevalência de Perturbações Disruptivas por cada categoria. Numa última análise, será relacionada a presença de Perturbações Disruptivas por cada subcategoria de risco do fator específico *Personalidade/Comportamento*.

Estudo 1: Comparação dos grupos no nível de risco global e específico de reincidência criminal.

- 1.1 Comparar os grupos em relação ao nível global de risco, sendo que o nível global de risco é dividido em 4 subcategorias: nível de risco baixo, moderado, elevado e muito elevado.
- 1.2 Comparar os grupos quanto ao nível de risco específico sendo que o nível de risco específico se refere aos oito fatores de risco, cada um subdividido em 3 categorias de risco: baixo, moderado e elevado.

Hipótese *Estudo 1*. Espera-se que o grupo de internamento tenha um maior nível de risco global e específico (por cada fator de risco específico) que o grupo da comunidade.

Estudo 2: Comparação dos grupos nas variáveis de psicopatologia

- 2.1 Comparar os grupos em relação às prevalências globais de psicopatologia e quanto ao número de diagnósticos atribuídos / comorbilidade de modo a compreender se os grupos diferem quanto a este fator.
- 2.2 Comparar os grupos relativamente à prevalência de diagnósticos principais, no sentido de compreender quais as perturbações que constituem foco de atenção clínica mais prevalentes em cada grupo.

Hipótese *Estudo 2*. Espera-se que ambos os grupos apresentem taxas de prevalência de psicopatologia globais elevadas. Hipotetiza-se que o grupo de internamento apresente taxas de comorbilidade mais elevadas que o grupo da comunidade

e que, de igual forma, tenha uma maior prevalência de Perturbações Disruptivas do que o grupo da comunidade.

Estudo 3: Testar a relação entre o risco de reincidência criminal e a presença de psicopatologia

- 3.1 Relacionar o risco de reincidência criminal global e o número de diagnósticos atribuídos de modo a testar se a comorbilidade psiquiátrica está associada a níveis de risco mais elevados.
- 3.2 Estudar qual a prevalência de Perturbações Disruptivas em função dos diferentes níveis de risco: baixo, moderado, elevado e muito elevado.
- 3.4. Estudar qual a prevalência de Perturbações Disruptivas nas diferentes subcategorias de risco do fator específico *Personalidade/Comportamento*.

Hipótese *Estudo 3* - 3.1. Espera-se que uma taxa de comorbilidade psiquiátrica mais elevada esteja associada a um nível de risco mais elevado.

3.2. Espera-se que os indivíduos com nível de risco mais elevado tenham taxas mais elevadas de prevalência de Perturbações Disruptivas, nomeadamente a Perturbação de Comportamento e Perturbação de Personalidade Antissocial por comparação a indivíduos com níveis de risco mais baixo.

3.3. Hipotetiza-se que no nível de risco mais elevado do fator específico *Personalidade/Comportamento*, se encontrem elevadas taxas de prevalência de Perturbações Disruptivas em comparação com o nível de risco mais baixo do mesmo fator.

III - Metodologia

De seguida, descrevem-se as características sociodemográficas dos sujeitos que constituem a amostra do presente estudo, os instrumentos de avaliação utilizados e os procedimentos de recolha de dados, bem como dados estatísticos utilizados.

1. Caracterização da Amostra

Para a realização do presente estudo foi utilizada uma amostra de 208 jovens agressores do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos de idade, intervencionados pelo Sistema de Justiça Juvenil Português. A seleção dos participantes obedeceu aos seguintes critérios de exclusão: a presença de atraso mental e sintomas psicóticos.

Da amostra final, 120 indivíduos cumpriam Medida Tutelar Educativa de Internamento e 88 cumpriam Medidas Tutelares Educativas de Acompanhamento Educativo (na comunidade). Na Tabela 1 são apresentadas as características da amostra total, bem como de cada um dos grupos. Os grupos são equivalentes em relação à idade, número de reprovações e estatuto socioeconómico. Contudo, os jovens que cumpriam Medidas Tutelares Educativas na Comunidade apresentavam em média mais anos de escolaridade completos do que os jovens que cumpriam Medidas Tutelares Educativas de Internamento. Os grupos foram igualmente comparados quanto ao tipo de crime mais grave pelo qual cumpriam medida, não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas na distribuição dos grupos em relação a esta variável.

Tabela 1. Características da amostra global e por grupo

	<i>Amostra Total</i> (<i>n</i> =208)		<i>MTEI</i> (<i>n</i> =120)		<i>MTEA</i> (<i>n</i> =88)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Idade	16.61	1.269	16.68	1.258	16.52	1.286	.854	.394
Anos de escolaridade	6.19	1.542	5.96	1.422	6.51	1.654	-2.585	.010
Número de reprovações	2.99	1.313	3.11	1.346	2.82	1.255	1.580	.116
Duração da medida ^a	18.62	6.402	19.96	6.990	16.78	4.981	3.635	.000
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>X</i> ²	<i>p</i>
Estatuto Socioeconómico								
Baixo	168	80.8	101	84.2	67	76.1	2.108	.158
Médio	40	19.2	19	15.8	21	23.9		
Tipo de crime								
Contra as pessoas	105	50.5	64	53.3	41	46.6		
Contra a propriedade	85	40.9	44	36.7	41	46.6	3.299	.370
Contra a vida em sociedade	16	7.7	10	8.3	6	6.8		
Tráfico de estupefacientes	2	1.0	2	1.7	-	-		

MTEI= Jovens a cumprir Medida Tutelar Educativa de Internamento; MTEA = Jovens a cumprir medidas Tutelares Educativas de Acompanhamento; ^a Duração da medida em meses

2. Instrumentos

MINI-KID – Mini-International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (Sheehan, Shytle, Milo, Lecrubier & Hergueta, 2001; versão portuguesa autorizada de Ribeiro da Silva, da Motta, Rijo & Brazão, 2012)

A MINI-KID é uma entrevista estruturada que avalia a presença ou ausência de Perturbações Psiquiátricas do Eixo I do DSM-IV-TR (APA, 2002), nomeadamente: as Perturbações de Humor; Perturbações de Ansiedade; Perturbação Relacionada com o Consumo de Substâncias; Perturbações de Tiques; Perturbações Disruptivas do Comportamento e Défice de Atenção; Perturbações Psicóticas; Perturbações do Comportamento Alimentar; e Perturbações de Adaptação. A entrevista tem, ainda, uma secção que permite o despiste das Perturbações Globais do Desenvolvimento.

Num estudo de validação, a MINI-KID mostrou estar em concordância com a K-SADS-PL (Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version) (Kaufman, Birmaher, Brent, Rao & Ryan, 1996) para as Perturbações de Humor, Perturbações de Ansiedade, Perturbação Relacionada com o Consumo de Substâncias, Perturbação de Hiperactividade, Perturbação do Comportamento e Perturbações Alimentares, com valores kappa que variam entre .56 e .87. Os resultados para as Perturbações Psicóticas foram um pouco diferentes (kappas = .41). A especificidade revelou-se excelente para todos os diagnósticos (kappas entre .73 e 1.00). A concordância entre observadores e o teste re-teste estiveram entre o bom e o excelente (kappas = .61 e 1.00) para todas as perturbações exceto para Distímia. Os resultados sugerem que a MINI-KID é uma medida capaz de realizar diagnósticos válidos e confiáveis para crianças e adolescentes (Sheehan et al., 2010).

SCID-II – Entrevista Estruturada para as Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM-IV (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamim, 1997; versão portuguesa de Pinto-Gouveia, Matos, Rijo, Castilho, & Salvador, 1999).

Com os jovens com 18 anos ou mais anos foi utilizada a secção da Perturbação de Personalidade Antissocial da SCID-II.

A SCID-II é uma entrevista de diagnóstico semiestruturada, desenvolvida com o objetivo de avaliar as dez Perturbações de Personalidade do Eixo-II do DSM-IV, bem como a Perturbação Passivo-Agressiva e a Perturbação Depressiva da Personalidade (incluídas no Anexo B do DSM-IV). A SCID-II pode ser utilizada para realizar diagnósticos do Eixo-II categorialmente (presente ou ausente) e dimensionalmente (registando o número de critérios que, para cada diagnóstico, foi preenchido). A SCID-II conta ainda com uma secção de resumo, que permite completar um perfil das Perturbações de Personalidade assinaladas, permitindo ao entrevistador decidir qual a perturbação que merece maior atenção clínica (diagnóstico principal).

Quanto às capacidades psicométricas do instrumento, estudos de Lobbestael, Leurgans & Arntz (2010) e Weertman, Arntz, Dreesen, Velzen Van & Vertommen (2003) revelaram excelentes valores de concordância entre avaliadores, tanto para a avaliação categórica (kappas =.84) como dimensional (kappas =.63) das Perturbações de Personalidade. Molow & Cols (1989) também encontraram valores de kappa de concordância entre avaliadores de.84 para a Perturbação de Personalidade Antissocial.

YLS/CMI-Youth Level Of Service/Case Management Inventory (Hoge & Andrews, 2002; versão portuguesa de Fonseca, Quintas, Serra, Coelho e Pimentel, 2010)

O YLS/CMI é um instrumento de avaliação do risco e das necessidades criminógenas de delinquentes juvenis. Além da avaliação do risco, o instrumento conta também com uma secção na qual é possível, com base nas necessidades criminógenas assinaladas, elaborar o plano de gestão do caso, delineando assim os objetivos da intervenção. O YLS/CMI é constituído por oito secções: i) Avaliação do risco e das necessidades; ii) Resumo dos riscos e das necessidades; iii) Avaliação de outras necessidades e considerações especiais; iv) Avaliação pessoal de risco/ necessidades do jovem; v) Nível de contacto; vi) Plano de gestão de caso; e vii) (Re) avaliação da gestão do caso. A primeira secção é constituída por 42 itens, distribuídos por oito domínios, baseados nos fatores de risco conhecidos como os *Central Eight*:

1) Delitos e medidas anteriores e atuais (5 itens); 2) Contexto familiar/Práticas parentais (6 itens); 3) Educação/Emprego (7 itens); 4) Relação com os pares (4 itens); 5) Abuso de substâncias (5 itens); 6) Tempos livres (3 itens); 7) Personalidade/Comportamento (7 itens) e 8) Atitudes/Orientação (5 itens). Cada item do YLS/CMI é codificado como presente (1) ou ausente (0), sendo possível assim calcular uma pontuação por cada domínio. Na segunda secção, são efetuados os cálculos para determinar qual o nível de risco, divididos por 4 categorias de risco: Risco baixo (0-8); Risco moderado (9-22); Risco alto (23-34) e Risco muito alto (35- 42). Na terceira secção, são assinaladas considerações que se julguem pertinentes acerca do jovem. Na quarta secção, o técnico, caso discorde do nível de risco obtido, pode estimar, justificando devidamente, um novo nível de risco a atribuir ao sujeito. As últimas três secções incidem sobre a gestão do caso. Para os efeitos do presente estudo, apenas a primeira e segunda secção foram utilizadas (nível de risco por domínios e nível de risco total). O instrumento é normalmente utilizado em registo de entrevista ao jovem e o preenchimento pode também ser informado por consulta de dados do processo. Em Portugal, o preenchimento do YLS/CMI está definido como procedimento obrigatório em sede de justiça juvenil.

Os estudos psicométricos do instrumento revelaram bons níveis de consistência interna, com valores de alfa de .91 (Rowe, 2002), valores de .75 de acordo entre-avaliadores e valores preditivos que variam entre .30 (Hoge&Andrews, 2002) e .41 (Rowe, 2002). A versão portuguesa do YLS/CMI demonstrou excelentes valores de acordo entre-avaliadores (CCI = .97) e intra-avaliadores (CCI = .99) tal como bons níveis de consistência interna ($\alpha = .93$) (Pimentel, Quintas, Fonseca & Serra, 2009, 2011).

3. Procedimentos

A presente investigação foi realizada na sequência do Projeto PAIPA – Programa de Avaliação e Intervenção Psicoterapêutica em Adolescentes no Âmbito da Justiça Juvenil (JUST/2010/JPEN/AG/1610), aprovada pelo Diretor da Direção- Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) do Ministério de Justiça Português. O grupo de investigação, após a permissão dos autores, traduziu e adaptou para português a entrevista clínica MINI-

KID. Os psicólogos da DGRSP receberam formação em psicopatologia da criança e do adolescente e no manejo da entrevista. As entrevistas clínicas foram realizadas por psicólogos clínicos da DGRSP e por Investigadores do CINEICC – Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental - que integraram a equipa do PAIPA. Os objetivos da investigação foram apresentados aos jovens e foi-lhes solicitado a sua participação voluntária. Todos os participantes ou, no caso dos menores de 18 anos, o tutor legal dos jovens assinaram, antes da entrevista, o Consentimento Informado. Os dados referentes ao nível de risco, acedido anteriormente pelos Técnicos da DGRSP, foram recolhidos através do sistema informático da DGRSP pela autora da presente dissertação, após a devida autorização do Diretor Geral da DGRSP. Foram recolhidos apenas os dados da primeira avaliação realizada ao jovem, ou seja, a avaliação que é realizada pelos serviços da DGRSP aquando do pedido do Tribunal de Relatório Social para a determinação da medida a aplicar ao jovem. Os dados legais e sociodemográficos foram recolhidos junto do Técnico Tutor de cada jovem. Os dados recolhidos apenas foram utilizados para os propósitos da investigação e foram respeitados os princípios éticos da investigação científica no tratamento dos dados.

4. Análise de dados

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS – versão 22). Inicialmente foram utilizadas estatísticas descritivas de forma a caracterizar a amostra e os grupos em estudo. No sentido de comparar os grupos respetivamente às variáveis sociodemográficas contínuas recorreu-se ao teste *T-de Student* para amostras independentes. Para comparar os grupos nas distribuições em variáveis categoriais foi utilizado o teste de distribuição do qui-quadrado. Os restantes estudos foram realizados através do teste de distribuição do qui-quadrado por forma a comparar os grupos/amostra global respetivamente às variáveis de risco e de psicopatologia.

Os resultados inferiores a.05 foram considerados como estatisticamente significativos ($p < .05$). De modo a avaliar a magnitude do efeito recorreu-se ao teste *V de Cramer*.

IV - Resultados

Estudo 1. Comparação dos grupos (jovens a cumprir Medidas Tutelares Educativas de Internamento e Jovens a cumprir Medidas Tutelares Educativas de Acompanhamento Educativo) no risco global e específico de reincidência criminal

Numa análise *apriori* do nível de risco, na amostra global constatámos que, em média, os jovens obtêm 19 pontos mas quando separados por grupos, o nível de risco médio é de 16 para o grupo da comunidade e de 21 para o grupo de internamento.

Com o objetivo de comparar os grupos quanto ao nível global de risco, foi utilizada a variável categorial que abarca 4 subcategorias: nível de risco baixo, moderado, alto e muito alto. Na tabela 2 são apresentadas as diferenças entre os grupos no que diz respeito ao nível global de risco.

Deste modo, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre aos grupos no que concerne ao nível de risco global, de efeito moderado ($X^2=18.525$; $p=.000$; *V de Cramer*=.298). As diferenças refletem-se essencialmente no nível de risco baixo e alto: existe uma maior percentagem de jovens com nível de risco baixo dentro do grupo que cumpre medidas na comunidade e uma maior percentagem de jovens com nível de risco alto dentro do grupo que cumpre medidas de internamento.

Tabela 2. Nível de risco por categorias na amostra total e nos subgrupos

	<i>Amostra Total</i>		<i>MTEI</i>		<i>MTEA</i>		X^2	<i>P</i>	<i>V</i>
	N=208	%	N=120	%	N=89	%			
Baixo	27	13	9	7,5	18	20,2	18.525	.000	.298
Moderado	101	48.6	51	42,5	51	57,3			
Elevado	76	36.5	57	47,5	19	21,3			
Muito elevado	4	1.9	3	2,5	1	1,2			

Quanto aos fatores de risco específicos, também se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Na tabela 3 são

apresentadas as diferenças entre os grupos em relação aos fatores de risco específicos. No fator *Personalidade/Comportamento* as diferenças refletem-se essencialmente no nível de risco moderado e alto. No nível de risco moderado existe uma maior percentagem de jovens no grupo da comunidade e no nível de risco alto, existe uma maior percentagem no grupo de internamento. Nos fatores de risco *Contexto familiar/ práticas parentais e Atitudes/Orientação* encontraram-se diferenças estatisticamente significativas de efeito moderado entre os grupos. No fator *Contexto familiar/condutas parentais* as diferenças situam-se essencialmente no nível de risco baixo e no fator *Atitudes/ Orientação* no nível de risco moderado e alto.

Nos fatores *Delitos e medidas anteriores e atuais, Relação com os pares e Consumo de Substâncias* encontraram-se diferenças estatisticamente significativas, com efeito fraco. No fator *Delitos e medidas anteriores e atuais* as diferenças situam-se essencialmente no nível de risco baixo. No fator *Relação com os pares* as diferenças refletem-se no nível de risco alto. No fator *Consumo de substâncias* as diferenças situam-se no nível de risco baixo e moderado. Nos factores *Educação/emprego e Tempos livres* não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sendo que em ambos os grupos a maior parte dos sujeitos insere-se na categoria de nível de risco alto nos dois factores. De um modo geral, as diferenças refletem-se nos extremos (no nível de risco baixo e alto). No grupo de internamento a maior parte dos sujeitos insere-se na categoria de risco alto e no grupo da comunidade na categoria de risco baixo.

Tabela 3. Nível de risco por fator específico na amostra global e por grupos

Nível de risco por fator		Amostra Total (n=208)		MTEI (n=120)		MTEA (n=88)		X ²	p	V
		N	%	N	%	N	%			
Delitos e medidas anteriores e atuais	Baixo	113	54.3	56	46.7	57	64.8	7.410	.024	.189
	Moderado	78	37.5	51	42.5	27	30.7			
	Elevado	17	8.2	13	10.8	4	4.5			
Contexto Familiar/Práticas parentais	Baixo	55	26.5	21	17.5	34	38.6	11.667	.003	.237
	Moderado	97	46.6	63	52.5	34	38.6			
	Elevado	56	26.9	36	30	20	22.7			
Educação/Emprego	Baixo	20	9.6	8	6.7	12	13.6	5.390	.064	.161
	Moderado	64	30.8	33	27.5	31	35.2			
	Elevado	124	59.6	79	65.8	45	51.1			
Relação com os pares	Baixo	43	20.7	24	20	19	21.6	6.374	.039	.175
	Moderado	96	46.2	48	40	48	54.5			
	Elevado	69	33.2	48	40	21	23.9			
Abuso de substâncias	Baixo	118	56.7	60	50	58	65.9	6.999	.030	.183
	Moderado	57	27.4	35	29.2	22	25			
	Elevado	33	15.9	25	20.8	8	9.1			
Tempos Livres	Baixo	24	11.5	9	7.5	15	17	4.669	.099	.150
	Moderado	28	13.5	16	13.3	12	13.6			
	Elevado	156	75	95	79.2	61	69.3			
Personalidade/Comportamento	Baixo	16	7.7	5	4.2	11	12.5	20.707	.000	.316
	Moderado	122	58.7	60	50	62	70.5			
	Elevado	70	33.7	55	45.8	15	17			
Atitudes/Orientação	Baixo	35	16.8	15	12.5	20	22.7	16.617	.000	.283
	Moderado	106	51	53	44.2	53	60.2			
	Elevado	67	32.2	52	43.3	15	17			

Estudo 2. Comparação dos grupos (jovens a cumprir Medidas Tutelares Educativas de Internamento e Jovens a cumprir Medidas Tutelares Educativas de Acompanhamento Educativo) nas variáveis de psicopatologia

Foi realizada uma análise *a priori* das prevalências de psicopatologia na amostra global de forma a compreender quais são as perturbações mais prevalentes, independentemente de se constituírem ou não como perturbações primárias e, portanto, foco de atenção clínica. Deste modo, as Perturbações mais prevalentes são a Perturbação do Comportamento (63%), a Perturbação Relacionada com o Consumo de Substâncias (45.7%), a Perturbação de Personalidade Antissocial (15.4%) e a Perturbação de Hiperatividade do tipo desatento (15.4%).

Por forma a comparar os grupos relativamente às variáveis de psicopatologia realizaram-se três estudos. Num primeiro momento, compararam-se os grupos em relação às prevalências globais e num segundo momento quanto ao número de diagnósticos atribuídos a cada sujeito. Por fim, no terceiro estudo compararam-se

os grupos em relação à prevalência de diagnósticos principais.

Relativamente às taxas de prevalência globais de psicopatologia, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($X^2 = 2,895$, $p = .115$; *V de Cramer* =.118). Deste modo, ambos os grupos apresentaram taxas de prevalência de psicopatologia elevadas. No grupo de internamento 95% dos jovens preenchem critérios para pelo menos uma perturbação psiquiátrica e no grupo da comunidade 88.6 % dos jovens preenchem critérios para, pelo menos, um diagnóstico psiquiátrico.

Em relação à distribuição dos grupos por número de diagnósticos atribuídos, também não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($X^2 = 2,896$, $p = .580$; *V de Cramer* =.118) pelo que ambos os grupos apresentam taxas elevadas de comorbilidade. Assim, entre 54.5% (grupo da comunidade) e 60.9% (grupo de internamento) dos jovens preenchem critérios para duas ou mais perturbações psiquiátricas. Na tabela 5 são apresentados os valores de comorbilidade para a amostra global e por cada grupo.

Tabela 5. Comorbilidade na amostra global e por grupo

Nº de diagnósticos	Amostra Total (n=208)		MTEI (n=120)		MTEA (n=88)		X^2	p	V
	N	%	N	%	N	%			
0	19	9,2	8	6.6	11	12.5			
1	68	32,7	39	32.5	29	33			
2	55	26,4	32	26.7	23	26.1	2.896	.580	.118
3	36	17,3	21	17.5	15	17			
4 ou mais	30	14,4	20	16.7	10	11.4			

Quanto ao terceiro estudo, encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($X^2 = 34.833$, $p = .000$; *V de Cramer* =.409). Na tabela 4 são apresentadas as prevalências por diagnóstico principal na amostra global e a diferença entre os grupos nas distribuições nesta variável. As principais diferenças referem-se à presença de Perturbação de Personalidade Antissocial, que surgiu como mais prevalente no grupo de

internamento do que no grupo da comunidade. A Perturbação do Comportamento é igualmente prevalente em ambos os grupos. Os diagnósticos principais mais prevalentes no grupo de internamento são: a Perturbação de Comportamento (62,5%), a Perturbação de Personalidade Antissocial (22, 5%) e a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção do tipo desatento (2,5%). No grupo da comunidade, as mais prevalentes são: Perturbação do Comportamento (56,2%), a Perturbação de Oposição (7,9%), a Perturbação de Hiperactividade do tipo desatento e a Perturbação de Personalidade Antissocial (5,6%).

Tabela 4. Prevalência de Psicopatologias na amostra global e por grupos- Diagnóstico Principal

	Amostra Total (n=208)		MTEI (n=120)		MTEA (n=88)		X ²	p	V
	n	%	n	%	n	%			
Perturbação do Comportamento	125	59,8	75	62.5	50	56.8			
Perturbação de Personalidade Antissocial	32	15,3	27	22.5	5	5.7			
Perturbação de Oposição	8	3,8	1	0.8	7	8			
Perturbação relacionada com o consumo de substâncias	1	0,5	1	0.8	-	-			
Perturbação Depressiva Major	3	1,4	-	-	3	3.4			
PPST	2	1	2	1.7	-	-			
Perturbação de Pânico	1	0,5	-	-	1	1.1	34.833	.000	.409
Agorafobia	1	0,4	-	-	1	1.1			
Perturbação Obsessivo-Compulsiva	1	0,5	-	-	1	1.1			
Hiperatividade do tipo impulsivo	2	1	2	1.7	-	-			
Hiperactividade do tipo desatento	8	3,8	3	2.5	5	5.7			
Hiperatividade combinada	3	1,4	1	0.8	2	2.3			
Perturbação Bipolar	2	1	-	-	2	2.3			
Sem perturbação	19	9,1	8	6.7	11	12.5			

Nota: PPST = Perturbação de Stress Pós-Traumático

Estudo 3. Testar a relação entre o risco de reincidência criminal e a presença de psicopatologia

3.1. Comparação do número de diagnósticos atribuídos/comorbilidade e nível de risco global.

Este primeiro estudo comparou o número de diagnósticos atribuídos a cada jovem com o nível de risco global subdividido em 4 níveis de risco: baixo, moderado, alto e muito alto.

Deste modo, constatamos que existe uma diferença significativa de efeito moderado entre o número de diagnósticos e o nível de risco ($X^2 = 32.227$, $p = .001$; V de Cramer =.227). Na tabela 6 estão apresentados os valores da distribuição do número de diagnósticos atribuídos por nível de risco global. No nível de risco baixo, a maior percentagem de jovens não preencheu critérios para nenhuma perturbação (33.3%) embora seja seguido de 29.6% dos jovens que preencheu critérios para uma perturbação. No nível de risco moderado, a maior percentagem dos jovens preencheu critérios para, pelo menos, uma perturbação e apenas 7.8% dos jovens com nível de risco moderado não preencheu critérios para nenhuma perturbação. No nível de risco alto, a maior percentagem dos jovens preencheu critérios para duas perturbações pelo que apenas 2.6% dos jovens com nível de risco moderado não preencheu critérios para nenhuma perturbação. No nível de risco muito alto, a totalidade dos jovens preencheu critérios para uma ou mais perturbações psiquiátricas

Tabela 6. Número de diagnósticos por nível de risco global

Número de diagnósticos	Amostra Total n=208								X^2	p	V
	Nível global de risco										
	Baixo		Moderado		Alto		Muito alto				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
0	9	33.3	8	7.9	2	2.6	-	-	32.260	.001	.227
1	8	29.6	38	37.6	21	27.6	1	25			
2	6	22.2	21	20.8	27	35.5	1	25			
3	4	14.8	16	15.8	15	19.7	1	25			
4 ou mais	-	-	18	17.8	11	14.5	1	25			

3.2. *Avaliação da distribuição dos jovens com Perturbações Disruptivas pelos diferentes níveis de risco global: Risco baixo, moderado, alto e muito alto.*

Relativamente ao segundo estudo, também se encontraram diferenças estatisticamente significativas de efeito moderado entre o nível global de risco e as Perturbações Disruptivas ($X^2 = 17.816$, $p = .001$; V de Cramer = .293). Na tabela 7 estão apresentados os valores da distribuição dos jovens com Perturbações Disruptivas pelas categorias de risco global. Assim, no nível de risco baixo, 59.3% dos jovens têm Perturbações Disruptivas, no nível de risco moderado 78% preenche critérios, no nível de risco alto 93.4% e no muito alto a totalidade dos indivíduos preenche critérios para Perturbação Disruptiva.

Tabela 7. Prevalência de Perturbações Disruptivas por categoria de risco global

Amostra Total n =208									X ²	P	V
Nível global de risco											
	Baixo		Moderado		Alto		Muito alto				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Preenche critérios	16	59.3	79	78.2	71	93.4	4	100	17.816	.001	.293
Não preenche critérios	11	40.7	22	21.8	5	6.6	-	-			

3.3. *Avaliação da distribuição dos jovens com diagnóstico de Perturbações Disruptivas pelos níveis de risco (baixo, moderado e alto) do fator de risco específico Personalidade/Comportamento.*

No terceiro estudo, a relação entre as Perturbações Disruptivas e o fator de risco específico *Personalidade/Comportamento* também se mostrou estatisticamente significativa, de efeito moderado ($X^2 = 8.335$, $p = .014$; V de Cramer = .200). Na tabela 8 estão apresentados os valores da distribuição de Perturbações Disruptivas pelos diferentes níveis de risco do fator específico *Personalidade/Comportamento*. Deste modo, dos jovens que pontuam neste fator específico, 81.7% tem Perturbações Disruptivas. No nível de risco baixo do fator, 56.3% tem Perturbações

Disruptivas, no nível de risco moderado 82%, e no nível de risco alto 87.1% preenche critérios para Perturbações Disruptivas.

Tabela 8. Prevalência de Perturbações Disruptivas por categoria de risco no fator Personalidade/Comportamento

<i>Amostra Total N=208</i>							X^2	<i>p</i>	<i>V</i>
Nível de risco em <i>Personalidade/Comportamento</i>									
	Baixo		Moderado		Alto				
	N	%	N	%	N	%			
Preenche critérios	9	56.3	100	82	61	87.1	8.335	.014	.200
Não preenche critérios	7	43.8	22	18	9	12.9			

V - Discussão

Com o desenvolvimento desta dissertação, pretendeu-se, num primeiro momento, avaliar a prevalência de psicopatologia e o nível de risco de reincidência criminal em jovens agressores intervencionados pelo Sistema de Justiça Juvenil Português que cumpriam duas das medidas mais penosas previstas na Lei Tutelar Educativa. A amostra do estudo foi, portanto, dividida em dois grupos distintos, jovens a cumprir Medidas Tutelares Educativas de Internamento e jovens a cumprir Medidas Tutelares Educativas de Acompanhamento Educativo (na comunidade), pelo que foi possível, na análise dos resultados, compará-los quanto às duas variáveis em estudo (risco e psicopatologia). Seguidamente, e como objetivo igualmente primordial nesta dissertação, pretendeu-se compreender a relação existente entre a presença de psicopatologia, com relevo nas Perturbações Disruptivas, e o nível de risco global.

Os estudos internacionais mostram que, de facto, existem elevadas taxas de prevalência de psicopatologia em jovens agressores (Abrantes, Hoffmann, & Anton, 2005; Coccozza & Schufelt, 2006; Garland et al., 2001; Lader, Singleton, & Meltzer, 2003; Teplin, Abram, McClelland, Dulcan & Mericle, 2002, Teplin et al., 2012) pelo que o conhecimento acerca das mesmas em contexto português permite reforçar o conhecimento até então adquirido. Ainda assim, é do interesse do Sistema de Justiça Juvenil

identificar estes jovens, não só pelo direito que têm de receber tratamento a nível da saúde mental, como pelo facto de a perturbação mental estar relacionada com o comportamento delinvente (Grisso, 2004), podendo refletir-se no nível do risco de reincidência criminal. Alguns estudos têm relacionado o risco de reincidência criminal com a psicopatologia (Bonta et al, 2014; Bonta et al., 1998; Girard & Wormith, 2004; Skeem et al., 2008). Contudo, estes estudos apenas existem na população de agressores adultos, encontrando-se por estudar tal associação na população de agressores juvenis.

Em relação ao nível de risco, aquando da análise na amostra global, constatámos que, em média, os jovens tinham um nível de risco moderado, contudo, quando separados por grupos, os jovens a cumprir medidas de internamento distinguiam-se pontuando com maior preponderância no nível de risco elevado, o que é expectável já que a Medida de Internamento em Centro Educativo é a Medida Tutelar Educativa mais penosa e a escolha da medida a aplicar depende, em parte, do nível de risco de reincidência criminal do jovem estabelecido na altura da determinação da medida. O mesmo padrão de resultados se constatou em relação aos factores de risco específicos, sendo que no grupo de internamento existia uma maior percentagem de sujeitos com nível de risco mais elevado em cada um dos factores específicos do que o grupo da comunidade, exceto nos factores *Educação/Emprego e Tempos Livres*, em que ambos os grupos possuíam um elevado número de sujeitos a pontuar alto nos dois factores. Ainda em relação aos factores de risco específicos, tanto na amostra global como por cada um dos grupos, os factores que constatamos serem mais relevantes na avaliação de risco global são os factores *Personalidade/ Comportamento, Educação/Emprego e Tempos Livres*, tendo em consideração a soma das prevalências entre o nível de risco moderado e alto em cada um dos factores (cf. Tabela 3). Assim, em cada um destes três factores de risco específicos, existe uma elevada prevalência de sujeitos que pontuou nível moderado e alto de risco. A importância que estes factores têm na avaliação do risco global é, em parte, a esperada. O fator Personalidade/Comportamento é, segundo a literatura, dos factores que melhor explicam o comportamento criminal (Bonta et al., 2014), pelo que o seu contributo em relação ao nível de risco global era esperado. Pelo contrário, os factores *Educação/Emprego e*

Tempos Livres estão na linha de fatores mais moderados, não sendo tão relevantes na predição do risco de reincidência criminal quanto os *Big Four* (História Criminal, Personalidade Antissocial, Atitudes Pró-Criminais e Pares Antissociais), especialmente a História Criminal, considerada o fator de risco mais relevante (Andrews & Bonta, 2010; Bonta et al., 1998). Assim, é a *Personalidade/ Comportamento*, avaliada por itens como “auto-estima exagerada”, “agressividade física”, “acessos de cólera”, “défices de atenção”, “baixa tolerância à frustração”, “sentimentos de culpa inadequados” e “agressividade verbal/insolência” que maior peso teve na determinação do nível de risco global. Um fator que se esperava que tivesse maior expressão refere-se ao *Consumo de Substâncias*, tendo em conta a elevada taxa de prevalência de psicopatologia de Perturbações Relacionadas com o Consumo de Substâncias encontrada. Esta discrepância alerta para uma possível falha de informação aquando da avaliação desta variável. O facto de a YLS/CMI ser uma entrevista realizada em contexto de Serviços de Assessoria ao Tribunal, poderá fazer com que a desejabilidade social do jovem aumente e a validade das respostas fique comprometida. Contudo, é importante contornar esta dificuldade, já que o consumo de substâncias além de ser considerado uma necessidade criminógena devidamente identificada e que, por esta razão, deve ser alvo de intervenção (Bont et al., 2014), como perturbação comórbida aumenta de forma bastante considerável a probabilidade de um jovem reincidir no crime (Bonta et al., 2014; Collins et al., 2011; Penner et al., 2011). De facto, podemos constatar que a Perturbação Relacionada com o Consumo de Substâncias é bastante prevalente, sendo que 45.7% dos jovens preencheram critérios para esta perturbação. No entanto, apenas 0.5% dos jovens preencheram critérios para esta perturbação como diagnóstico principal (cf. Tabela 4), pelo que podemos concluir que é bastante prevalente, mas essencialmente como perturbação comórbida. Deste modo, a intervenção direcionada somente para esta variável, tem demonstrado ser pouco tendo em conta as suas taxas de comorbilidade habitualmente elevadas (Sterling & Weismer, 2005), pelo que é necessário ter em consideração as características individuais de cada sujeito, bem como adaptar a intervenção a essas mesmas características (Rotter & Carr, 2013; Wilson, Rojas, Haapanen, Duxbury & Steiner, 2001).

Relativamente ao segundo estudo, *comparação dos grupos (jovens a*

cumprir Medidas Tutelares Educativas de Internamento e Jovens a cumprir Medidas Tutelares Educativas de Acompanhamento Educativo) nas variáveis de psicopatologia, podemos constatar que os grupos não se distinguiram quanto à prevalência global de psicopatologia, pelo que ambos apresentaram elevadas taxas de prevalência global. As taxas de prevalência encontradas neste estudo são congruentes com as encontradas em estudos anteriores de prevalência de psicopatologia em jovens agressores (Abrantes, Hoffmann, & Anton, 2005; Coccozza & Schufelt, 2006; Lader, Singleton, & Meltzer, 2003). As taxas de comorbilidade encontradas são também igualmente elevadas em ambos os grupos e semelhantes às encontradas na literatura (Abram, Teplin & McClelland, 2003; Lader et al., 2003; Shufelt & Coccozza., 2006; Vreugdenhil et al., 2004). As prevalências específicas encontradas na amostra total, são igualmente concordantes às encontradas em estudos anteriores (Bickel & Campbell, 2002; Coccozza & Shufelt, 2006; Lader et al., 2003; Shelton, 2001; Vreugdenhil et al., 2004;) sendo as Perturbações Disruptivas, nomeadamente a Perturbação do Comportamento e a Perturbação de Personalidade Antissocial, e as Perturbações Relacionadas com o Consumo de Substâncias as mais prevalentes. A Perturbação de Hiperatividade surge também com moderada prevalência a seguir à Perturbação do Comportamento, Perturbação Antissocial e Perturbação Relacionada com o Consumo de Substâncias, o que é congruente com os resultados de um estudo de meta-análise conduzido por Fazel, Doll & Langstrom (2008), que encontraram taxas de prevalência de Hiperatividade em agressores juvenis de 11.7%, valores semelhantes aos encontrados neste estudo, tendo os autores concluído que esta perturbação é mais prevalente na população de jovens agressores do que na população em geral. As Perturbações Disruptivas, como perturbações primárias, embora mais prevalentes no grupo de internamento, são prevalentes em ambos os grupos, com a diferença de que a Perturbação de Personalidade Antissocial é mais prevalente no grupo de internamento do que no grupo da comunidade.

No estudo 3, *relação entre o risco de reincidência criminal e a presença de psicopatologia*, concluímos que existe um padrão de resultados. Os jovens com maiores taxas de comorbilidade têm níveis de risco mais elevados e, pelo contrário, os jovens que não preenchem critérios para nenhuma perturbação situam-se essencialmente no nível de risco baixo.

Especificamente, existe uma maior percentagem de jovens com Perturbações Disruptivas em níveis de risco mais elevados do que em níveis de risco mais baixos. Deste modo, podemos concluir que existe uma relação não só quanto ao número de diagnósticos mas também quanto à presença de Perturbações Disruptivas e nível global de risco. Estes resultados são também congruentes com os estudos anteriormente realizados mas para a população de adultos agressores (Girard & Wormith, 2004; Skeem et al., 2008).

Aquando da avaliação da relação entre Perturbações Disruptivas e nível de risco no fator específico *Personalidade/Comportamento*, encontramos o mesmo padrão de resultados – a percentagem de jovens com Perturbações Disruptivas aumentava quanto maior nível de risco no fator. Skeem et al (2008), na sua investigação, utilizando o instrumento da família do YLS/CMI mas desenhado para agressores adultos (o LS/CMI), concluíram que também o grupo que tinha perturbações mentais pontuava significativamente mais no fator *Padrão de Personalidade Antissocial*, fator este que, no seu conteúdo, pretende avaliar as mesmas questões que o fator *Personalidade/Comportamento* da YLS/CMI. A associação deste fator específico com a presença de Perturbações Disruptivas permitiu-nos refletir acerca do conteúdo dos critérios de diagnóstico para as Perturbações Disruptivas e acerca dos critérios/itens que constituem o fator específico *Personalidade/Comportamento*. Assim, podemos constatar que questões como o padrão de agressividade física e verbal, a irresponsabilidade, a frieza emocional e a impulsividade são algo que é avaliado no fator específico *Personalidade/Comportamento* e que se constituem como critérios fundamentais para a realização de diagnósticos de Perturbações Disruptivas e que, por esta razão, se associam (APA, 2013). Desde modo, podemos concluir que está presente uma sobreposição do construto que define os itens no fator específico *Personalidade/Comportamento* e os critérios de diagnóstico das Perturbações Disruptivas. Assim, podemos estar a avaliar o mesmo construto mas a denominá-lo de forma distinta e, naturalmente, a dar-lhe importâncias distintas. Se o fator *Personalidade/Comportamento* é identificado como um fator de risco importante, significativamente relacionado com o comportamento criminal e na sua natureza constituir-se como um fator de risco dinâmico e, portanto, modificável, faria todo o sentido direcionar a intervenção para este fator, avaliá-lo em sentido clínico,

nomeadamente quanto à presença de Perturbações Disruptivas e reunir condições de intervenção capazes de o modificar.

Posto isto, a investigação conta com algumas limitações que devem ser consideradas na análise dos resultados. A primeira limitação refere-se à seleção da amostra no qual o critério de exclusão “suspeita de atraso mental” não contou com uma medida rigorosa de análise, sendo que a exclusão dos jovens com base nesta variável se limitou ao conhecimento que os psicólogos do serviço possuíam sobre cada um destes.

A segunda limitação refere-se à ausência de uma medida de validade das respostas, tanto na avaliação das perturbações mentais como na avaliação do risco de reincidência criminal, pelo que, especialmente na avaliação do risco de reincidência criminal, devido à sua aplicação acontecer em ambiente de Assessoria ao Tribunal, possa ter existido algum enviesamento das respostas. Deste modo, sugere-se a utilização, em estudos posteriores, de medidas de avaliação de desejabilidade social e escalas de avaliação de respostas de forma a controlar esta questão.

A amostra em estudo conta com uma grande percentagem de jovens com perturbações mentais o que dificultou parcialmente um teste mais robusto de algumas das hipóteses por nós enunciadas. Em estudos futuros, sugerimos que se distingam dois grupos de forma mais equitativa (jovens com e sem perturbações mentais) para serem comparados quanto ao nível de risco de reincidência criminal. Ainda em relação à amostra, a presente investigação apenas conta com jovens agressores do sexo masculino, já que é o sexo predominante no Sistema de Justiça Juvenil. Contudo, estudos futuros deveriam analisar qual o efeito do sexo feminino em relação às duas variáveis em estudo, por um lado quais são as perturbações mais prevalentes nas raparigas, qual a sua relação com o risco global e específico de reincidência criminal e ainda de que modo se diferenciam da amostra de jovens do sexo masculino. De facto, as Perturbações Disruptivas são bastante prevalentes em amostras de jovens agressores masculinos mas em amostras do sexo feminino alguns estudos demonstram que as perturbações mais prevalentes são as internalizantes.

VI- Conclusões

Os resultados encontrados sugerem uma relação entre risco de reincidência criminal e psicopatologia, mais concretamente, o risco de reincidência criminal e Perturbações Disruptivas. O fator específico *Personalidade/Comportamento* emergiu como o fator de risco específico que melhor contribui para o nível de risco global e também demonstra estar relacionado com a presença de Perturbações Disruptivas, de modo que os níveis de risco mais elevados no fator se associam a uma maior prevalência de perturbações desta categoria. Desta forma, dada a semelhança de critérios entre Perturbações Disruptivas e itens avaliados pelo fator, sugere-se que se esteja a avaliar as mesmas questões mas a dar-lhes focos de atenção distintos. As elevadas taxas de psicopatologia encontradas, a sua associação com os factores de risco relacionados com o comportamento criminal e as elevadas taxas de comorbilidade, sugerem que os jovens apresentam necessidades de intervenção em saúde mental. Assim, o reconhecimento e a identificação destes jovens e destas necessidades ajudariam a contornar a problemática da reincidência criminal. Por um lado, permitiria direcionar a intervenção para necessidades ciminógenas passíveis de serem modificadas (dinâmicas), e por outro , cumprir-se-ia a obrigação relativamente ao direito que os jovens têm ao acesso de tratamento em saúde mental.

Bibliografia

- Abram, K. M., Teplin, L. A., & McClelland, G. M. (2003). Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 1097–1108. doi:10.1001/archpsyc.60.11.1097
- Abrantes, A. M., Hoffmann, N. G., & Anton, R. (2005). Prevalence of co-occurring disorders among juveniles committed to detention centers. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *49*(2), 179–193. doi:10.1177/0306624X04269673
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention? *Criminal Justice and Behavior*, *38*, 735–755. doi:10.1177/0093854811406356
- Andrews, D., Bonta, J., & Wormith, S. (2004). *The Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI)*. Toronto: Multi-HealthSystems.
- Andrews, D.A., & Dowden, C. (in press). The Risk-Need-Responsivity model of assessment and human service in prevention and corrections: Rehabilitative Jurisprudence. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*.
- Andrews, D.A., & Bonta, J., (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis Mathew Bender.
- Archer, R. P., Buffington-Vollum, J., Stredny, R.V., & Handel, R. W. (2006). A survey of psychological test use patterns among forensic psychologists. *Journal of Personality Assessment*, *87*(1), 84-94. Doi: 10.1207/s15327752jpa8701_07.
- Baillargeon, J., Penn, J. V., Knight, K., Harzke, A. J., Baillargeon, G., & Becker, E. a. (2010). Risk of reincarceration among prisoners with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *37*, 367–374. doi:10.1007/s10488-009-0252-9
- Bickel, R., & Campbell, A. (2002). Mental health of adolescents in custody: the use of the “Adolescent Psychopathology Scale” in a Tasmanian context. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *36*, 603-609.
- Bonta, J., Blais, J., & Wilson, H. A. (2014). A theoretically informed meta-analysis of the risk for general and violent recidivism for mentally disordered offenders. *Aggression and Violent Behavior*, *19*(3), 278–287. doi:10.1016/j.avb.2014.04.014
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *123*(2), 123–142. doi:10.1037/0033-2909.123.2.123
- Borum, R., Bartel, P., & Forth, A. (2003). *Manual for the Structured Assessment for Violence Risk in Youth (SAVRY) version 1.1*. Tampa:

- Florida Mental Health Institute, University of South Florida.
- Brazão, N., da Motta, C., & Rijo, D. (2013). From multimodal programs to a new cognitive – interpersonal approach in the rehabilitation of offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 18(6), 636–643. doi:10.1016/j.avb.2013.07.018
- Buchanan, A. (2008). Risk of Violence by Psychiatric Patients : Beyond the “ Actuarial Versus Clinical ” Assessment Debate. *Psychiatric Services*, 59(2).
- Cocozza, J. J., & Schufelt, J. (2006). Youth with Mental Health Disorders in the Juvenile Justice System: Results from a Multi-State Prevalence Study. *Research and Program Brief*, 1-6.
- Cocozza, J. J., & Skowrya, K. R. (2000). Youth With Mental Health Disorders :Issues and Emerging Responses. *Juvenile Justice*, 7(1), 3-13.
- Colins, O., Vermeiren, R., Vahl, P., Markus, M., Broekaert, E., & Doreleijers, T. (2011). Psychiatric disorder in detained male adolescents as risk factor for serious recidivism. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56, 44–50.
- Douglas, K. S., Epstein, M. E., & Poythress, N. G. (2008). Criminal recidivism among juvenile offenders: Testing the incremental and predictive validity of three measures of psychopathic features. *Law and Human Behavior*, 32, 423–438. doi:10.1007/s10979-007-9114-8
- Fazel, M., Långström, N., Grann, M., & Fazel, S. (2008). Psychopathology in adolescent and young adult criminal offenders (15-21 years) in Sweden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 319–324. doi:10.1007/s00127-007-0295-8
- Fazel, S., Doll, H., & Langstrom, N. (2008). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 47, 1010-1019.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *SCID-II, Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM-IV*. Lisboa: Climespi. (Versão portuguesa de J. Pinto Gouveia, A. Matos, D. Rijo, P. Castilho e M. Salvador, 1999).
- Forth, A. E., Kosson, D., & Hare, R. D. (1997). *The Hare Psychopathy*

- Checklist-Youth (Research) Version (PCL-YV)*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.
- Forth, A. E., Hart, S. D., & Hare, R. D. (2003). *Hare Psychopathy Checklist: Youth Version*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Garland, A. F., Hough, R. L., McCabe, K. M., Yeh, M., Wood, P. A., & Aarons, G. A. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 409–418. doi:10.1097/00004583-200104000-00009.
- Girard, L., & Wormith, J. S. (2004). The Predictive Validity of the Level of Service Inventory-Ontario Revision on General and Violent Recidivism among Various Offender Groups. *Criminal Justice and Behavior*, 31, 150–181. doi:10.1177/0093854803261335
- Grisso, T. (2004). *Double jeopardy: Adolescents offenders with mental disorders* Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Guy, L. S., Nelson, R. J., Fusco-Morin, S. L., Vincent, G. M., Guy, L. S. & Nelson, R. J. (2014). What Do Juvenile Probation Officers Think of Using the SAVRY and YLS / CMI for Case Management , and Do They Use the Instruments Properly ? *International Journal of Forensic Mental Health*.13, 37–41. doi:10.1080/14999013.2014.939789
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist- Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist- Revised* (2nd ed.). Toronto: Multi-Health Systems.
- Hiscoke, U. L., Långström, N., Ottosson, H., & Grann, M. (2003). Self-reported personality traits and disorders (DSM-IV) and risk of criminal recidivism: a prospective study. *Journal of Personality Disorders*, 17, 293–305. doi:10.1521/pedi.17.4.293.23966
- Hoge, R. D. & Andrews, D. A. (1996). *Assessing risk and need factors in the youthful offender: Issues and techniques*. New York: Plenum Press.
- Hoge, R., & Andrews, D. (2002). *The Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI). User's manual*. North Tonawanda, NY: Multi- Health Systems Inc.
- Jeglic, E. L., Maile, C., & Calkins-Mercado, C. (2010). Treatment of ofender populations: Implications for Risk Management and Community

- Reintegration. In L. Gideon, H. Sung. *Rethinking Corrections: Rehabilitation, Reentry, and Reintegration*, (32-61). United States of America: SAGE Publications, inc.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., & Ryan, N.(1996). *The schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Medical Center.
- Khanna, D., Shaw, J., Dolan, M., & Lennox, C. (2014). Does diagnosis affect the predictive accuracy of risk assessment tools for juvenile offenders: Conduct Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Adolescence*, 37(7), 1171–1179. doi:10.1016/j.adolescence.2014.08.008
- Kinner, A., S., Degenhardt, L., Coffey, C., Sawyer, S., Hearps, S., & Patton, G. (2013). Complex Health Needs in the Youth Justice System: A survey of Community-Based and custodial Offenders. *Journal of Adolescent Health*, 2, 1-6.
- Lader, D., Singleton, N., & Meltzer, H. (2003). Psychiatric morbidity among young offenders in England and Wales. *International Review of Psychiatry*, 15, 144–147. doi:10.1080/0954026021000046074
- Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 75–79. doi:10.1002/cpp.693.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468–1484. doi:10.1097/00004583-200012000-00007
- Molow, R. M., West, J.A., Williams, J.L., & Sutker (1989). Personality disorders classifications and symptoms in cocaine and opioid addicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57, 765-767.
- Olver, M. E., Stockdale, K. C., & Wong, S. C. P. (2012). Short and long-term prediction of recidivism using the Youth Level of Service/Case Management Inventory in a sample of serious young offenders. *Law and Human Behavior*, 36(4), 331–344. doi:10.1037/h0093927
- Onifade, E., Barnes, A., Campbell, C., Anderson, V., Petersen, J., &

- Davidson, W. (2014). Children and Youth Services Review Juvenile offenders and experiences of neglect : The validity of the YLS / CMI with dual-status youth. *Children and Youth Services Review*, 46, 112–119. doi:10.1016/j.chilyouth.2014.08.004
- Osher F., D'Amora D.A, Plotkin, J.D., Jarrett, N., & Eggleston, A. (2012). *Adults with behavioral health needs under correctional supervision: A shared framework for reducing recidivism and promoting recovery*. Council of State Governments Justice Center.
- Penner, E. K., Roesch, R., & Viljoen, J. L. (2011). Young Offenders in Custody: An International Comparison of Mental Health Services. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10, 215-232. doi:10.1080/14999013.2011.598427
- Pimentel, A., Quintas, J. Fonseca, E., & Serra, A. (2011). *Adaptação Portuguesa do Youth Level Service/Case Management Inventory (YLS/CMI): Relatório Científico*. UnIPSa-CICS, ISCSN. Gandra, Paredes.
- Pimentel, A., Quintas, J. Fonseca, E., & Serra, A. (2009). *Avaliação do risco e das necessidades criminógenas em jovens agressores: estudo piloto da adaptação portuguesa do YLS/CMI (Hoge & Andrews, 2002)*.UnIPSa-CICS, ISCSN. Gandra, Paredes.
- Pimentel, A., Quintas, J. Fonseca, E., & Serra, A. (2015). Estudo normativo da versão Portuguesa do YLS/CMI- Inventário de Avaliação do risco de reincidência e de gestão de caso para jovens. *Análise Psicológica*. 1, 55-71.
- Rotter, M. & Carr, A. (2011). Targeting Criminal Recidivism in Mentally Ill Offenders: Structured Clinical Approaches. *Community. Mental Health Journal*. 47, 723-726.
- Rotter, M., & Carr, A. (2013). Reducing Criminal Recidivism for Justice-involved Persons with mental illness: Risk/Needs/Responsivity and cognitive-behavioral interventions. *Samhsa's Gains Center for behavioral Health and Justice Transformation*.
- Rowe, R. (2002). *Predictors of criminal offending: Evaluation measures of risk/needs, psychopathy, and disruptive behaviour disorders*. Unpublished doctoral dissertation, Department of Psychology, Carleton University Ottawa, ON.

- Sheehan, D. V., Shytle, D., Milo, K., Lecrubier, Y., & Hergueta, T.(2001). *MINI International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents*, Unpublished.
- Sheehan, D.V. , Sheehan ,K. H. , Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J.E., Milo, K.M., Stock, S.L., & Wilkinson, B.(2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID).*Journal of Clinical Psychiatry*. 71(13), 313-326.
- Shelton, D. (2001). Emotional Disorders in Young Offenders. *Journal of Nursing Scholarship*. 33(3), 259-263.
- Shelton, D. (2004). Experiences of detained young offenders in need of mental health care. *Journal of Nursing Scholarship*, 36, 129–133. doi:10.1111/j.1547-5069.2004.04025.x
- Skeem, J., Nicholson, E., & Kregg, C. (2008). Understanding barriers to re-entry for parolees with mental disorder. In D. Kroner (Chair), *Mentally disordered offenders: A special population requiring special attention*. Symposium conducted at the meeting of the American Psychology-Law Society (Jacksonville, FL).
- Schimdt, F., Hoge, R. D., & Robertson, L. (2002, Maio). *Assessing risk and need in youthful offenders*. Presentation at the Annual Conference of the Canadian Psychological Association, Vancouver, BC.
- Singh, J. P., Desmarais, S. L., Sellers, B. G., Hylton, T., Tirotti, M., & Van Dorn, R. A. (2013). From risk assessment to risk management: Matching interventions to adolescent offenders' strengths and vulnerabilities. *Children and Youth Services Review*. doi:10.1016/j.childyouth.2013.09.015
- Skeem, J. L., Manchak, S., & Peterson, J. K. (2011). Correctional policy for offenders with mental illness: Creating a new paradigm for recidivism reduction. *Law and Human Behavior*, 35, 110–126. doi:10.1007/s10979-010-9223-7
- Sterling, S., & Weisner, C. (2005). Chemical dependency and psychiatric services for adolescents in private managed care: implications for outcomes. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 29(5), 801–809. doi:10.1097/01.ALC.0000164373.89061.2C
- Tengstrom, A., Grann, M., Langstrom, N. &Kullgren, G. (2000).

- Psychopathy (PCL-R) as a Predictor of Violent Recidivism Among Criminal Offenders with Schizophrenia. *Law and Human Behavior*, 24(1), 45-58.
- Teplin, L., A., Abram, K., M., McClelland, G., M., Dulcan, M., K., & Mericle, A., A. (2002). Psychiatric Disorders in Youth in Juvenile Detention. *Archives of General Psychiatry*, 59, 1133-1143.
- Teplin, L. A., Welty, L., J., Abram, K., M., Dulcan, M., K. & Washburn, J., J. (2012). Prevalence and Persistence of Psychiatric Disorders in Youth After Detention: A Prospective Longitudinal Study. *Archives of General Psychiatry*, 69(10), 1031-1043. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.2062
- Webster, C. D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing the risk for violence (Version 2)*. Vancouver, British Columbia, Canada: Simon Fraser University, Mental Health, Law, and Policy Institute.
- Weertman, A., Arntz, A., Dreesen, L., Van Velzen, C., & Vertommen, S. (2003). Short interval interrater reliability of the Dutch version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV personality disorders (SCID-II). *Journal of Personality Disorders*, 17, 562–567.
- Wilson, J. J., Rojas, N., Haapanen, R., Duxbury, E., & Steiner, H. (2001). Substance abuse and criminal recidivism: A prospective study of adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 31(4), 297–312. doi:10.1023/A:1010234422719
- Viljoen, J. L., McLachlan, K., & Vincent, G. M. (2010). Assessing violence risk and psychopathy in juvenile and adult offenders: A survey of clinical practices. *Assessment*, 17 (3), 377-395. Doi : 10.1177/1073191109359587
- Vreugdenhil, C., Doreleijers, T. a H., Vermeiren, R., Wouters, L. F. J. M., & Van Den Brink, W. (2004). Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 97–104. doi:10.1097/01.chi.0000096371.43887.21
- Zhang, D., Barrett, D. E., Katsiyannis, A., & Yoon, M. (2011). Juvenile offenders with and without disabilities: Risks and patterns of recidivism. *Learning and Individual Differences*, 21(1), 12–18.

doi:10.1016/j.lindif.2010.09.006