



ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**O IMPACTO DA SAÚDE MENTAL NOS
COMPORTAMENTOS ANTISOCIAIS NO INÍCIO DA
IDADE ADULTA**

BEATRIZ CRISTINA MARQUES RAMOS

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR MIGUEL BASTO PEREIRA

Orientador de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR MIGUEL BASTO PEREIRA

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2020

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de
Professor Doutor Miguel Basto Pereira, apresentada
no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de
grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica

AGRADECIMENTOS

O meu percurso académico foi marcado por uma vastidão de emoções, foram momentos de êxtase, de alegria e conquista, por vezes de frustração. Este ano, não poderia ter sido diferente, foi um ano igualmente marcante, mas com desafios acrescidos, com mais responsabilidades e no final, o sentimento de realização e de conquista é ainda maior.

Agradeço a todos os que fizeram parte deste caminho, e deixo um agradecimento especial:

Ao Professor Doutor Miguel Basto Pereira, por todo o apoio, atenção e disponibilidade. As suas palavras de motivação e alento foram imprescindíveis para a realização deste projeto. Muito obrigada pelos seus sábios conselhos e pelos momentos de partilha.

Às minhas amigas e irmãs de coração, Cátia e Joana, cuja vida já nos juntou há alguns anos. As vossas palavras, a boa disposição que vos caracteriza e a vossa forma leve de ver a vida deu-me coragem para o continuar desta jornada. Obrigada pela amizade genuína.

Ao melhor que a faculdade me deu, às minhas amigas Inês, Ana e Rita. Juntas começámos este percurso e juntas o terminámos. Cada uma de vocês deixou em mim uma marca única e especial que vou guardar sempre. Às minhas madrinhas Alexandra e Catarina, que me ajudaram a orientar no labirinto que é o ISPA, e assim desejo que continue na caminhada que é a vida.

À minha família, aos meus pais, à minha tia e à minha avó que sempre acreditaram em mim e me incentivaram a voar cada vez mais alto. Todos os dias são carregados de palavras e gestos de amor, força e motivação. Obrigada pela paciência e por todo o amor. Vocês são a minha fortaleza.

Dedico este trabalho aos meus pais e ao meu irmão (*in memoriam*) que possibilitaram a realização dos meus sonhos. De vocês levo para a vida as lições mais bonitas, as palavras mais mágicas e os momentos mais inesquecíveis.

RESUMO

Os problemas de saúde mental representam uma enorme preocupação mundial devido ao crescente número de diagnósticos, bem como, à respectiva escassez de intervenções. As problemáticas ligadas à saúde mental podem levar ao desenvolvimento de consequências severas, com repercussões individuais e sociais. Assim, a presente investigação tem como objetivos: 1) compreender se a presença de sintomas como a ansiedade, depressão e *stress* se encontram relacionados com a presença de indicadores antissociais; 2) e se mudanças nestes indicadores de saúde mental no último ano estão associadas a mudanças nos indicadores antissociais. No primeiro momento do estudo a amostra foi constituída por 617 jovens adultos, e no segundo momento foi constituída por 50 jovens adultos da comunidade, com idades compreendidas entre os 18 e os 21 anos, tendo sido avaliados através da Escala de Depressão Ansiedade e *Stress*, da Escala de Versatilidade do Comportamento Desviante e do Inventário de Traços Psicopáticos em Adolescentes. Os resultados indicam que os sintomas internalizantes como a ansiedade e a depressão predizem o desenvolvimento de indicadores antissociais. E, durante um ano, mudanças nos indicadores de saúde mental estão associadas a mudanças nos indicadores de comportamento antissocial, como os traços antissociais. A investigação vai ao encontro da literatura que considera que problemas de internalização são fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de conduta. Implicações sociais e para a prática clínica são discutidas.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Comportamentos Antissociais; Traços Antissociais; Jovens Adultos.

ABSTRACT

Mental health problems are a major global concern due to the increasing number of diagnoses as well as the respective scarcity of interventions. Mental health problems can lead to the development of severe consequences, with individual and social repercussions. Thus, this research aims at: 1) understanding whether the presence of symptoms such as anxiety, depression and stress are related to the presence of antisocial indicators; 2) and whether changes in these mental health indicators in the last year are associated to changes in antisocial indicators. In the first moment of the study, the sample consisted of 617 young adults, and in the second moment it consisted of 50 young adults from the community, aged between 18 and 21 years, and were evaluated through the Depression Anxiety and Stress Scale, the Deviant Behavior Versatility Scale and the Youth Psychopathic Traits Inventory. The results indicate that internalizing symptoms such as anxiety and depression predict the development of antisocial indicators. And, during one year, changes in mental health indicators are associated with changes in antisocial behavior indicators such as antisocial traits. The research is in line with the literature which considers that internalization problems are risk factors for the development of behavior problems. Social and clinical implications are discussed.

Key-Words: Mental Health; Antisocial Behavior; Antisocial Traits; Young Adults.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. Saúde Mental: Definição e Prevalência.....	1
2. Problemas de Saúde Mental e Comportamentos Antissociais.....	2
3. Saúde Mental e Comportamentos Antissociais: Abordagens Teóricas	9
4. A Presente Investigação.....	14
MÉTODO	15
1. Participantes	15
2. Instrumentos	16
3. Procedimento.....	18
RESULTADOS	20
1. Correlações entre Saúde Mental, Delinquência Autorreportada e Traços Antissociais	20
2. Impacto dos Problemas de Saúde Mental na Delinquência nos Últimos 12 Meses	21
3. Impacto dos Problemas de Saúde Mental nos Traços Antissociais.....	22
4. Correlações entre Mudanças nas Variáveis de Saúde Mental e nos Indicadores Antissociais	23
DISCUSSÃO.....	25
1. O Impacto dos Problemas de Saúde Mental nos Padrões de Comportamento Antissocial	25
2. Variações nas Mudanças de Saúde Mental e nos Indicadores de Comportamento Antissocial ao Longo de Um Ano.....	29
3. Limitações e Estudos Futuros.....	32
4. Recomendações Clínicas e Implicações Políticas e Sociais.....	33
5. Considerações Finais	34
REFERÊNCIAS	36
ANEXOS	45
Anexo I: Questionário Geral sobre a Situação Social e Familiar	46
Anexo II: Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).....	47
Anexo III: Escala de Versatilidade do Comportamento Desviante (DBVS).....	48
Anexo IV: Inventário De Traços Psicopáticos Em Adolescentes – Versão Reduzida (YPI-S)	49

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas.....	16
Tabela 2. Correlação entre as dimensões de saúde mental e os indicadores antissociais.....	21
Tabela 3. Relação linear múltipla para predição da delinquência autorreportada nos últimos 12 meses	22
Tabela 4. Regressão linear múltipla para predição de traços antissociais	23
Tabela 5. Correlação entre a mudança nas variáveis de saúde mental e nos indicadores antissociais.....	24

INTRODUÇÃO

1. Saúde Mental: Definição e Prevalência

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental é definida como um estado de bem-estar no qual o sujeito tem consciência das suas capacidades, consegue enfrentar o *stress* natural do dia a dia e, consegue contribuir para a comunidade em que está inserido. A saúde mental é uma componente integral e essencial da saúde global, sendo mais do que exclusivamente a ausência de doenças. São vários os fatores que influenciam o estado de saúde mental, entre eles os fatores psicológicos, sociais, socioeconômicos, biológicos e ambientais (World Health Organization, 2018).

O conceito de doença mental encontra-se associado à existência de uma perturbação mental, mas também inclui sofrimento psicológico, provocando dificuldades significativas, podendo estas serem duradouras e incapacitantes. De acordo com a Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] e European Union [EU] (2018), as perturbações mentais podem incluir doenças como, perturbação do espectro da ansiedade, do humor, perturbação por uso de substâncias e ainda, perturbação da personalidade, entre outras. Sem prevenção e tratamento eficaz, as doenças mentais afetam a capacidade de as pessoas desempenharem as suas atividades diárias, podendo ainda resultar em problemas de saúde física (OECD & EU, 2018). A presença de doenças mentais é causadora de sofrimento não só à pessoa portadora da doença, como também às famílias e comunidade (World Health Organization, 2002).

Em 2001, a OMS, estima que 450 milhões de pessoas em todo o mundo apresentam perturbações mentais ou comportamentais (World Health Organization, 2002). Na Europa, dezenas de milhões de pessoas em algum momento das suas vidas apresentaram pelo menos um problema de saúde mental, e ainda, dezenas de milhares morrem a cada ano devido a problemas de saúde mental ou por suicídio. De acordo com as estimativas de 2016 do *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) mais de uma em cada seis pessoas, nos países da União Europeia apresentou um problema de saúde mental (17.3%), o equivalente a quase 84 milhões de pessoas. As perturbações do espectro da ansiedade são a doença mental mais comum, afetando cerca de 25 milhões de pessoas (5.4%), a atingir mais de 21 milhões de pessoas (4.5%) segue-se a perturbação do foro depressivo. E ainda aproximadamente cerca de 11 milhões pessoas (2.4%) apresentam uma perturbação relacionada ao uso de substâncias. Doenças mentais consideradas particularmente debilitantes, como é o caso das perturbações

bipolares, afetam quase 5 milhões de pessoas (1.0% da população), enquanto doenças como a esquizofrenia, afetam outros 1.5 milhões de pessoas (0.3%) (OECD & EU, 2018).

Em 2016, os dados apontam que, um em cada cinco portugueses tinha uma doença psiquiátrica e quase metade da população já apresentou ao longo da sua vida uma perturbação mental, revelando que, Portugal se encontra num dos cinco países da União Europeia com maior prevalência de doenças mentais em população adulta (Ministério da Saúde, 2018; OECD & EU, 2018). Os problemas de saúde mental dos portugueses são também refletidos através da excessiva utilização medicamentosa usada para o tratamento da insónia, ansiedade e depressão. Apesar dos índices elevados de doença mental, a taxa de mortalidade associada é baixa, e encontra-se relacionada em exclusivo com o suicídio, registando-se em 2015 uma taxa de 3.1%. O suicídio encontra-se maioritariamente associado a doenças mentais graves como a depressão major e a depressão bipolar, que são na maioria, doenças tratáveis caso o diagnóstico da perturbação seja feito em tempo útil e com um acompanhamento terapêutico eficaz (Ministério da Saúde, 2018).

2. Problemas de Saúde Mental e Comportamentos Antissociais

Ainda que exista uma alta prevalência de perturbações mentais na população geral, este fenómeno tende a ser mais prevalente em indivíduos que têm contacto com o sistema de justiça criminal, em que as taxas de ansiedade e depressão são mais elevadas em adultos infratores (Vogel, 2014). A literatura propõe que o comportamento antissocial e criminal exerce um efeito prejudicial sobre a saúde mental dos indivíduos e das suas famílias. Por isso, a hipótese colocada é que, o envolvimento em atividades criminais aumenta o risco de desenvolvimento de uma perturbação mental (Reising, Ttofi, Farrington & Piquero, 2018a; De Coster & Heimer, 2001).

Mais concretamente na população prisional dos países ocidentais, a saúde mental dos reclusos encontra-se mais prejudicada, por exemplo, a revisão sistemática de Fazel e Danesh (2002) com uma amostra prisional de 22 790 adultos revela que um em cada sete presos apresenta um diagnóstico de doença psicótica ou depressão grave. O índice de perturbações psiquiátricas na população prisional, nomeadamente, depressão e dependência de substâncias, é mais elevado em mulheres do que em homens (Fazel, Hayes, Bartellas, Clerici & Trestman, 2016). Segundo Fazel e Danesh (2002), um em cada dois homens presos e cerca de uma em cada cinco mulheres presas apresentam uma perturbação da personalidade antissocial. Indivíduos que se perpetuem com um estilo de vida criminal a longo prazo, apresentam uma

maior probabilidade de desenvolver problemas ao nível da saúde física e mental, em comparação com a população em geral, apresentando um risco mais elevado de suicídio, automutilação e violência (Ttofi, Piquero, Farrington & McGee, 2019; Fazel et al., 2016). Assim, o comportamento criminal, ou transgressor, é definido como qualquer conduta que implique uma violação da lei de um determinado país ou estado, punível com condenação (Coulacoglou & Saklofske, 2017).

Em Portugal, os resultados da população prisional masculina são consistentes com os estudos anteriormente apresentados, demonstrando uma prevalência alta da perturbação da personalidade (79.9%). Sendo que, os diagnósticos de perturbações da personalidade mais frequentes são a perturbação da personalidade antissocial (39.1%) e paranóica (10.2%). São ainda destacados como diagnósticos prevalentes, as perturbações da personalidade *borderline* e narcisista. Múltiplos diagnósticos foram também frequentes, com uma taxa de 42.8% para duas ou mais perturbações da personalidade simultaneamente (Brazão, Mota, Rijo & Pinto-Gouveia, 2015). No estudo desenvolvido por Rijo et al. (2016), cujo objetivo seria avaliar os problemas de saúde mental em jovens portugueses com envolvimento no sistema de justiça, os resultados apontam que jovens delinquentes do sexo masculino apresentam uma alta taxa de prevalência de problemas de saúde mental (91.2%). Entre os problemas de saúde mental mais frequentes destaca-se a perturbação de hiperatividade e défice de atenção e a perturbação da personalidade antissocial, relacionado a uma conduta de oposição.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [DSM-5] (American Psychiatric Association, 2014), as perturbações da personalidade são caracterizadas por padrões duráveis e persistentes da experiência interna e do comportamento que, devido ao seu caráter inflexível e disfuncional, se desvia das expectativas da comunidade em que o sujeito está inserido. Este padrão é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento no próprio. As perturbações da personalidade são caracterizadas por padrões interpessoais disfuncionais, sendo que a perturbação *borderline* e antissocial é definida tipicamente por um padrão de instabilidade nas relações, e com altos níveis de impulsividade. A perturbação da personalidade antissocial pode ser definida como um padrão difuso de desobediência e desrespeito pelos direitos dos outros. Na esfera interpessoal, tendem a revelar ser pessoas manipuladoras, autocentradas e dominadoras. Na esfera afetiva apresentam uma dificuldade no estabelecimento de relações interpessoais, denotando emoções superficiais, ausência de remorso e baixa empatia. A nível comportamental, são pessoas irresponsáveis, que apresentam uma dificuldade no controlo dos impulsos e dificuldade na adaptação às normas

sociais com a adoção de comportamentos ilegais (American Psychiatric Association, 2014). Segundo Vogel (2014), indivíduos com perturbações psicóticas e externalizantes, particularmente que mantêm comportamentos de consumo, tendem a se envolver em níveis mais altos de violência do que indivíduos com outras formas de doença mental. Devido a este tipo de características, este conjunto de traços de personalidade pode-se tornar mais comum na população prisional (Brazão et al., 2015).

A revisão sistemática de Fazel e Danesh (2002), que combinou estimativas de estudos publicados entre 1966 e 2001, indica que numa amostra de 19 011 prisioneiros, 3.7% apresentavam uma doença psicótica. Para um total de 10 529 prisioneiros, 10% foram diagnosticados com depressão major. E ainda, com 13 844 prisioneiros, 47% foram diagnosticados com perturbação de personalidade antisocial. Também a revisão sistemática de Fazel e Seewald (2012), que identificou publicações entre 1966 e 2010, com uma amostra de 33 588 indivíduos presos, concluiu que em comparação com a população geral, os detentores apresentavam taxas de perturbações psiquiátricas mais elevadas, como psicose, depressão e perturbação da personalidade. Estas perturbações podem ainda ser fatores de risco para o suicídio e aumento das taxas de reincidência criminal (Fazel & Danesh, 2002; Fazel & Seewald, 2012). Sendo que, as taxas de reincidência para detentores com perturbações psicóticas são aumentadas em 40% (Brazão et al., 2015). É frequentemente proposto que o comportamento antissocial e criminal exerça um efeito prejudicial sobre a saúde mental de indivíduos e famílias (Reising et al., 2018a).

Neste contexto, a saúde mental em indivíduos com envolvimento no sistema de justiça criminal pela sua alta prevalência, tem sido alvo de preocupação social, política e financeira, uma vez que este tipo de comportamento afeta a vida de indivíduos infratores e das suas vítimas, apresentando assim, repercussões adicionais para a sociedade em geral (Ttofi et al., 2019; Sharples et al., 2003). Por isso, torna-se importante o estudo da relação entre saúde mental e comportamento criminal de forma a conceber estratégias mais eficazes de prevenção e intervenção, desenvolvendo novas políticas de justiça criminal e de desenvolvimento de intervenções ao nível da saúde mental (Ttofi et al., 2019). Tendo em consideração que grande parte dos detentores regressa à sua comunidade de origem, se existir uma resposta e tratamento adequado às suas necessidades de acordo com a sua doença mental, poderá existir um aumento da probabilidade de que, ao sair da prisão, possa existir uma melhor adaptação à vida da comunidade, reduzindo por sua vez a probabilidade do comportamento recorrente (Fazel & Seewald, 2012).

Antes de concluir que as taxas mais prevalentes de doença mental ocorrem em população criminal é importante ter em consideração que nem todo o comportamento criminal resulta em condenação prisional. O isolamento social, o *stress* e o ambiente de ameaça persistente de violência em contexto prisional, também parece contribuir para o aumento das doenças mentais. Assim, o próprio ambiente prisional parece ser um fator que aumenta o risco de desenvolvimento de doenças mentais (Vogel, 2014). A restrição de acesso à rede de suporte social, a perda de privacidade, a rotina restritiva e tendencialmente repetitiva, e uma baixa estimulação, são fatores que podem precipitar ou exacerbar os problemas de saúde mental dos reclusos. Sendo que, os problemas mais comuns tendem a estar relacionados com perturbações do foro depressivo, perturbações do espectro da ansiedade, perturbações por uso indevido de substâncias, aumento da violência, comportamentos autolesivos e ainda, tentativas de suicídio (Marshall, Simpson & Stevens, 2000). Durante o período de detenção, os indivíduos tendem a demonstrar perda de motivação, perda do desejo de viver, raiva, tristeza e dificuldades ao nível do sono.

A pesquisa desenvolvida por De Viggiani (2007), revelou que a instituição prisional pode ter um impacto negativo na saúde, nomeadamente, em termos de bem-estar mental e emocional, aumentando os níveis de *stress* e a probabilidade de desenvolverem comportamentos de risco. Por isso, níveis mais elevados de doença mental em população prisional não devem ser interpretados como evidência de um nível mais alto de criminalidade entre doentes mentais. A existência de um quadro de doença mental não determina o comportamento criminoso, é apenas um dos muitos fatores criminogénicos que interagem de forma complexa no comportamento humano. Desta forma, os resultados podem refletir os efeitos das condições prisionais (Vogel, 2014).

Perturbações que se manifestam através de comportamentos externalizantes, como a perturbação antissocial, e a perturbação relacionada ao consumo de substâncias, em adolescentes, são os principais preditores de condenações criminais na idade adulta. Para além do comportamento criminoso (e.g. furto), outros problemas de externalização, sem terem uma relação direta com crime, como mentir, também estão relacionados a crimes na idade adulta (Aebi, Giger, Plattner, Metzke & Steinhausen, 2014). Nomeadamente, o consumo excessivo de álcool na adolescência triplica o risco de cometer um crime na idade adulta. Uma das explicações apontadas é que o consumo do álcool provoca efeitos desinibidores, podendo aumentar o risco para o comportamento criminoso. O consumo de álcool pode ser uma estratégia inadequada de enfrentamento que acaba por aumentar a possibilidade de

comportamentos delinquentes (Aebi et al., 2014). Segundo Sampson e Laub (1990), o comportamento antissocial que se inicia na infância (e.g. delinquência juvenil e perturbações de conduta) está associado a uma grande variedade de comportamentos igualmente problemáticos na idade adulta, como criminalidade, comportamentos desviantes, instabilidade profissional e dificuldades na relação conjugal.

A literatura tem demonstrado existir uma relação positiva entre as diferentes trajetórias criminais e a saúde mental de indivíduos delinquentes. É expectável que indivíduos com trajetórias criminais mais intensas apresentem níveis mais baixos de saúde mental. De acordo com Moffit (1993) existem dois tipos de trajetórias criminais, os infratores que mantêm um curso persistente ao longo da vida (PCL) e os infratores que limitam o comportamento delinvente à adolescência (AL). Existem ainda autores que sugerem a existência de um terceiro grupo, os infratores com um começo tardio (LO) (Kratzer & Hodgins, 1999). Os resultados da revisão sistemática de Reising, Ttofi, Farrington e Piquero (2018b) indicam que a pertença a um dos três grupos de trajetórias criminais aumentou em 85.7% a possibilidade de um indivíduo desenvolver problemas de saúde mental em comparação com indivíduos que não exibem comportamentos criminais. Mas os problemas de saúde mental tendem a ser mais prevalentes em infratores PCL e LO, do que em infratores AL. A evidência pode ser explicada pelo facto de indivíduos mais jovens ao desistirem do crime, obtêm uma melhor qualidade de vida e conseqüentemente, uma saúde mental mais positiva. Contrariamente, indivíduos que mantêm um curso de transgressões ao longo da vida, acumulam um conjunto de riscos e de vulnerabilidades ao longo do tempo, provocando maiores conseqüências na sua saúde mental. Desta forma, a adoção de comportamentos desviantes ao longo da vida apresenta repercussões prejudiciais na saúde mental (Piquero, Daigle, Gibson, Piquero & Tibbetts, 2007).

No geral, homens e mulheres que se mantêm num curso persistente de transgressões apresentam comportamentos violentos mais graves e sofrem mais problemas de saúde mental. Indivíduos que mantêm trajetórias criminais mais graves tendem a exhibir taxas mais elevadas de depressão e de ansiedade. Sendo que, estes valores diferem de acordo com o género, uma vez que as mulheres apresentam taxas mais altas de depressão e de ansiedade em comparação com os homens (Walker, Boden, Fergusson & Hordwood, 2018).

A evidência teórica tem demonstrado existir uma forte relação entre comportamentos criminais e futuros problemas psicológicos. O incumprimento da lei e futuros problemas depressivos encontram-se significativamente associados de forma positiva no início da idade adulta. Isto, pode ser entendido como resultado de um processo interacionista, i.e., interação

entre o indivíduo e a cultura. Sendo que, este processo é influenciado por fatores socioestruturais (e.g. residir em bairros sociais, baixo estatuto socioeconómico) e pela exposição a eventos stressantes durante a adolescência, uma vez que os próprios fatores socioestruturais podem colocar os sujeitos perante um maior número de situações stressantes. Assim, a exposição a estas experiências pode aumentar a probabilidade do comportamento desviante (De Coster & Heimer, 2001).

Adolescentes que se envolvem em comportamentos delinquentes, apresentam uma maior probabilidade de, no futuro, desenvolverem uma perturbação depressiva, (De Coster & Heimer, 2001), de ansiedade, perturbação de *stress* pós-traumático e problemas nos relacionamentos interpessoais, em comparação com outros jovens (Lemos & Faísca, 2015). O incumprimento de regras, provoca um impacto negativo ao nível das relações familiares e das identidades sociais, uma vez que o jovem pode desenvolver uma avaliação negativa acerca de si. Face às relações familiares, o vínculo tende a ser enfraquecido, no entanto, ao nível do grupo de pares tende a existir uma maior probabilidade de o jovem procurar pares que ofereçam oportunidades para o comportamento desviante. Isto permite que ocorra uma externalização dos problemas ao invés da internalização dos mesmos (De Coster & Heimer, 2001).

A infração substancial e crónica das regras na adolescência, tem um efeito sobre a depressão porque, o incumprimento das mesmas provoca um impacto no desenvolvimento de competências sociais importantes. A falta de envolvimento em atividades e relações sociais positivas, pode colocar o jovem num maior número de situações sociais stressantes e adversas. Este envolvimento pode comprometer as oportunidades futuras ao nível de educação e emprego, tornando assim, os indivíduos mais vulneráveis a problemas de saúde mental, nomeadamente ao desenvolvimento de uma perturbação do foro depressivo (De Coster & Heimer, 2001; Reising et al., 2018a).

Apesar do comportamento criminal, em adolescentes e adultos, previr um aumento de problemas psicológicos futuros, a literatura não é tão consistente quanto ao facto de considerar que os problemas psicológicos podem estar na origem do desenvolvimento de comportamentos desviantes posteriores. Segundo De Coster e Heimer (2001), os problemas depressivos nos adolescentes têm um efeito indireto significativo no crime. O facto dos jovens se encontrarem com problemas depressivos, leva a uma diminuição dos vínculos familiares e a uma procura de pares desviantes. Simultaneamente, as avaliações que os próprios fazem sobre si como sendo jovens infratores aumentam, crescendo assim as probabilidades de

crime na idade adulta. Contudo, o efeito total dos problemas depressivos nos adolescentes no crime na idade adulta não é significativo. Também no estudo Aebi et al., (2014) os problemas de internalização não previram comportamentos criminais futuros. Já o estudo de Basto-Pereira e Maia (2017), que relaciona o papel da saúde mental e os problemas psicossociais em indicadores antissociais em jovens adultos com história de delinquência na adolescência, sugere que o sofrimento psíquico e a delinquência nos últimos 12 meses estão relacionadas. Os resultados do estudo indicam que os problemas associados à saúde mental desempenham um papel importante no pensamento e no comportamento criminal. Também o estudo realizado pelos autores Brennan, Medinick e Hodgins (2000) sugere a existência de uma relação positiva significativa entre algumas perturbações mentais e a violência criminal.

As experiências adversas na infância (ACE) são preditores de indicadores negativos de saúde física e mental, bem como, do desenvolvimento do comportamento criminal na idade adulta (Stinson, Quinn & Levenson, 2016; Basto-Pereira & Maia, 2019). Segundo Stinson et al. (2016), pacientes com diagnóstico de doença mental que cometem crimes, geralmente, na infância vivenciaram experiências adversas, sendo que estes resultados tendem a ser mais elevados nesta população ao invés de população sem envolvimento no sistema de justiça. Os seus comportamentos devem ser compreendidos tendo em consideração que o trauma vivenciado provocou uma alteração nos esquemas de funcionamento da regulação emocional, que, conseqüentemente, prejudicaram os mecanismos normativos de gestão normal do *stress* e de gestão emocional. No estudo de Basto-Pereira e Maia (2019), a saúde mental apresenta um papel mediador na relação entre experiências adversas na infância (ACE) e crime na idade adulta. A partir de uma amostra de indivíduos com histórico de delinquência juvenil, os resultados apoiam a evidência de que a exposição precoce a adversidades, como abuso, negligência ou disfunção familiar grave, estão significativamente associados a crimes na idade adulta (Basto-Pereira & Maia, 2019). Jovens que sofrem de negligência emocional tendem a apresentar problemas de internalização, enquanto que jovens que sofrem de abuso emocional e físico, os níveis de problemas de comportamento externalizante tendem a ser mais elevados (Van Dui et al., 2018).

De acordo com Van Duin et al. (2018) experiências de privação levam mais frequentemente ao desenvolvimento de problemas internalizantes, e as experiências de ameaça levam mais frequentemente ao desenvolvimento de problemas externalizantes. No estudo desenvolvido por Schilling, Aseltine e Gore (2008), os sintomas depressivos, consumo de substâncias e desenvolvimento de comportamento antissocial encontram-se positivamente

associados com experiências adversas vivenciadas no passado. Sujeitos que apresentam mais experiências adversas, tendem também a apresentar níveis de saúde mental significativamente mais baixos devido à gravidade das adversidades a que foram expostos e não propriamente à quantidade de adversidades vivenciadas. Adversidades graves na infância afetam a saúde mental e o comportamento na adolescência e na transição para a vida adulta, uma vez que o efeito destas adversidades compromete escolhas positivas e um bom desenvolvimento social e escolar, impactando assim, a saúde mental e a qualidade de vida posteriormente.

Assim, problemas psicossociais ao longo do desenvolvimento e marginalização social são fatores de risco para a persistência em condutas criminais (Basto-Pereira & Maia, 2017). Eventos negativos de vida, somados à falta de fatores de proteção, podem levar a mais problemas de saúde mental e, conseqüentemente, a uma maior necessidade de intervenção psicológica (Lemos & Faísca, 2015). De acordo com Cicchetti (2004), experiências negativas e contínuas na infância, desencadeiam uma dificuldade na resolução dos principais problemas do desenvolvimento, aumentando a possibilidade do comportamento desadaptativo e psicopatológico.

3. Saúde Mental e Comportamentos Antissociais: Abordagens Teóricas

Experiências de maltrato e um meio familiar desorganizado e pouco contentor, tendem a dificultar a capacidade da criança exercer a sua regulação emocional, i.e., ao nível da diferenciação de afetos, podendo inclusive, comprometer o desenvolvimento adaptativo da mesma. Um processamento desadaptativo precoce contribui para futuros problemas regulatórios afetivos, podendo inclusive, causar dificuldades na modulação de afetos (Cicchetti & Toth, 2005). Segundo Thompson (1994), a regulação emocional pode ser definida como um conjunto de processos extrínsecos e intrínsecos responsáveis por controlar, avaliar e modificar as reações emocionais, de forma a alcançar um objetivo. Por outras palavras, a regulação emocional diz respeito à capacidade do sujeito de influenciar a forma como as suas emoções são expressas (Gross & Muñoz, 1995). Por essa razão, a regulação emocional é fundamental para iniciar, motivar, organizar o comportamento adaptativo, e para, prevenir que níveis stressantes resultantes de emoções negativas se desenvolvam em comportamentos desadaptativos (Cicchetti, Ackerman & Izard, 1995). Assim, a regulação emocional compreende-se como um processo essencial para a promoção da saúde mental (Gross & Muñoz, 1995). É também através das emoções que existe uma rápida aquisição de conhecimento do meio envolvente, avaliação e resposta face às situações pelas quais o ser

humano é confrontado, destacando assim que a regulação emocional possui também uma função de proteção (Gross & Thompson, 2007).

A regulação emocional evolui em função das características pessoais e de experiências extrínsecas das interações precoces com as figuras de vinculação (Cicchetti & Valentino, 2006). A dificuldade na regulação emocional em geral, indica alguma dificuldade por parte da criança em se adaptar a novas situações (Gross & Muñoz, 1995). Futuramente, a desregulação emocional pode estar associada a problemas de comportamento e psicopatologia (Cicchetti et al., 1995) tanto ao nível de respostas internalizantes como externalizantes (Gross & Muñoz, 1995). Crianças que exibiam dificuldades ao nível do comportamento externalizante revelavam níveis mais elevados de raiva, uma maior tendência para a impulsividade e menor capacidade de controlar o comportamento, e ainda demonstravam uma baixa tendência para sentir tristeza. Por outro lado, crianças que apresentavam dificuldades ao nível do comportamento internalizante tendiam a revelar níveis mais elevados de tristeza e menor tendência à impulsividade (Eisenberg et al., 2001). Ainda, crianças que apresentavam sintomatologia ansiosa revelavam usar formas menos adaptativas de lidar e controlar as suas emoções em comparação com crianças sem sintomatologia (Suveg & Zeman, 2004).

De acordo com Silk, Steinberg e Morris (2003), a desregulação emocional encontra-se relacionada com os problemas comportamentais e emocionais em adolescentes. O estudo apoia a hipótese de que jovens com problemas ao nível da regulação emocional encontram-se mais vulneráveis a futuros problemas de internalização e externalização. Adolescentes com menor capacidade de regular o efeito negativo durante experiências emocionais da sua vida relataram níveis mais elevados de sintomatologia. Jovens que conseguiam ultrapassar sentimentos de tristeza, raiva e ansiedade tinham uma menor probabilidade de apresentarem sintomatologia depressiva e comportamento problemático do que os adolescentes que não foram capazes de modular essas emoções negativas (Silk et al., 2003).

O estudo desenvolvido por Link, Cullen, Agnew e Link (2015) com uma amostra de indivíduos com diagnóstico de doença mental, procurou compreender o papel criminogénico de experiências adversas e eventos stressantes na relação entre doença mental e o desenvolvimento do comportamento criminal. De acordo com a Teoria Geral da Tensão desenvolvida por Agnew (2001), a tensão é considerada como uma experiência ou evento stressante que induz no indivíduo emoções negativas como a raiva e o medo. O autor considera a existência de três fontes de tensão: a) incapacidade na obtenção de objetivos ou metas valorizadas; b) apresentação de estímulos de valor negativo (e.g. agressões físicas ou

ofensas verbais); c) perda de estímulos de valor positivo (e.g. perda de um ente querido) (Agnew, 2001). Assim, as tensões afetam o estado emocional do sujeito, desencadeando emoções como a raiva, o medo ou a frustração, podendo estes estados emocionais impulsionar o comportamento ilegal. Emoções como a raiva podem levar a uma redução da capacidade de o sujeito lidar com os problemas de forma eficaz, reduzir a consciencialização face ao comportamento criminal e/ou aumentar a disposição para o crime. Apesar da raiva estar destacada como a principal emoção na teoria apresentada, o efeito das tensões também pode estar relacionado com a depressão e a ansiedade. Será mais provável que a resposta à tensão se manifeste na forma de comportamento criminal, se o indivíduo não possuir estratégias e recursos para o seu enfrentamento (e.g. habilidades sociais e de resolução de conflitos, recursos económicos e apoio social). O crime, para muitos, pode ser entendido como uma forma de reduzir, escapar ou aliviar as emoções negativas. As tensões podem aumentar a probabilidade da ação criminal, nomeadamente, podem condicionar o efeito do controlo social e dos traços de personalidade. Desta forma, indivíduos com baixa capacidade de autocontrolo, podem ter uma maior probabilidade de recorrer ao crime quando se encontram sob um momento de tensão (Agnew, 2006).

Assim, de acordo com a Teoria Geral da Tensão, os autores Link et al. (2015), argumentaram que, tensões graves e substanciais vivenciadas por pessoas com doença mental podem ser responsáveis por uma parte do comportamento violento, independentemente das características clínicas associadas ao diagnóstico. A nível social, pessoas com diagnóstico de doença mental, tendem a sofrer de estereótipo e estigma, existindo uma maior discriminação e exclusão por parte da sociedade (Markowitz, 2011). A perceção da população geral, é de que, perturbações como a psicose apresentam uma maior probabilidade para um comportamento violento. Sendo que, nas últimas décadas, a crença de que a violência se encontra associada à doença mental, tem vindo a crescer. Este tipo de conceções aumentam a desvalorização e discriminação para com pessoas com diagnóstico psiquiátrico, mas que não são necessariamente violentas. Consequentemente, o estigma e a rejeição social, limitam as oportunidades sociais, como emprego, habitação e uma rede de suporte social, piorando a condição psiquiátrica, aumentando consequentemente, a probabilidade do comportamento agressivo. Estes, são considerados fatores de proteção na redução do *stress*, e por adiante na redução do risco da violência e de comportamentos de crime (Markowitz, 2011; Link et al., 2015). Aliado à falta destes fatores de proteção, indivíduos com diagnóstico de doença mental

tendem a experienciar maiores dificuldades económicas, menor suporte social, e isso pode levar a que se encontrem mais desorganizados do ponto de vista social (Silver, 2000).

O modelo apresentado por Silver e Teasdale (2005) sugere que eventos stressantes da vida e baixo suporte social influenciam a probabilidade de violência e, que a doença mental pode contribuir para níveis mais elevados de *stress* e levar a um maior comprometimento social para estas pessoas. A Teoria Geral da Tensão tem em consideração as condições e experiências de vida negativas que podem ter influência no comportamento violento em idade adulta em pessoas com diagnóstico de doença mental, não se limitando apenas às características do diagnóstico clínico. Esta teoria assenta numa visão mais ampla da violência e não reducionista das características psiquiátricas para explicar o comportamento violento, captando assim outros fatores também eles importantes e determinantes. Uma interpretação apenas clínica do comportamento violento, é insuficiente para a compreensão do comportamento humano (Link et al., 2015).

De acordo com a teoria da psicopatologia do desenvolvimento, crianças que sofreram de experiências de maltrato apresentam uma maior probabilidade de manifestar resultados negativos no seu desenvolvimento e conseqüente desenvolvimento de psicopatologia (Cicchetti & Toth 2005; Cicchetti & Valentino, 2006). Experiências de maltrato impedem que as crianças possam viver num ambiente seguro e que possam alcançar meios para um desenvolvimento adaptativo. Estas experiências criam vulnerabilidades do ponto de vista biológico, relacional, emocional e cognitivo, dificultando o seu desenvolvimento adaptativo. Deste ponto de vista, uma relação de vinculação segura é fundamental para que a criança possa adquirir capacidades fundamentais de desenvolvimento que a protejam de incorrer em comportamentos desviantes. Isto inclui aspetos como, a capacidade de confiança no outro, o autocontrolo, regulação emocional, empatia, resolução de conflitos interpessoais, compreensão social e julgamento moral, que ficam comprometidos quando a criança é sujeita a experiências de abuso e negligência (Kerig & Becker, 2015; Cicchetti & Toth, 2005).

A teoria do controlo social informal refere-se ao sancionamento de forma informal de comportamentos desviantes, normalmente feito por familiares, amigos, colegas de trabalho, sem o recurso de oficiais de justiça, como a polícia (Silver, 2006). As instituições de controlo social variam ao longo do curso de vida, sendo que na infância e adolescência são a família, escola e o grupo de pares; no início da idade adulta são o ensino superior, o emprego e o casamento; e na idade adulta são o emprego, casamento, paternidade e o investimento na sociedade. Quanto mais forte for o vínculo estabelecido entre o indivíduo e a sociedade, mais

o indivíduo tem a perder pelo seu envolvimento em comportamentos desviantes ou criminais. E, por isso, a probabilidade de se envolverem em mais comportamentos desviantes e criminais é maior quanto menor for o vínculo que o indivíduo estabelece com a sociedade. Assim, os caminhos para o crime podem ser significativamente modificados ao longo da vida pelos laços sociais estabelecidos no curso de vida. São as mudanças nos vínculos sociais que ocorrem em conjunto com as transições de vida que proporcionam mudanças no possível envolvimento em comportamentos criminais (Sampson & Laub, 1990).

A teoria do controlo social informal quando aplicada a pessoas com doença mental coloca várias hipóteses. Destaca que a existência de uma perturbação mental dificulta a capacidade do indivíduo alcançar transições de vida culturalmente valorizadas, como a realização de um curso superior, casamento e obtenção de um emprego estável. Homens e mulheres que apresentam um histórico de perturbações afetivas têm uma maior dificuldade na obtenção e manutenção do seu emprego. Também o desemprego pode promover um maior risco de episódios depressivos uma vez que, algumas das suas necessidades não são satisfeitas como o sentido de realização, independência, estabilidade financeira e, conseqüentemente a segurança que um emprego estável transmite (Robins & Regier, 1991). A teoria destaca ainda que, por vezes, certas perturbações mentais podem levar a que os indivíduos apresentem interrupções periódicas dos seus papéis sociais, como por exemplo ao nível do emprego. Isso, pode levar a picos intermitentes na propensão do indivíduo se envolver em comportamentos violentos durante a idade adulta. A compreensão destes padrões intermitentes necessita de ser mais explorada para prever a ocorrência destes comportamentos em indivíduos com doenças mentais (Silver, 2006).

Tal como referido anteriormente (Markowitz, 2011), o próprio diagnóstico de doença mental pode dificultar a formação e desenvolvimento de relações sociais satisfatórias, sendo por si só um fator de risco para a integração social. Uma das ideias mais fortemente associadas à doença mental, é a perigosidade, e uma maior probabilidade ao comportamento violento, esta ideia provoca uma rejeição e distanciamento social para com indivíduos com diagnóstico de perturbação mental (Silver, 2006). Conseqüentemente, essa rejeição social pode proporcionar níveis mais baixos de apoio social e de controlo social, podendo assim contribuir para níveis mais altos de violência (Silver & Teasdale, 2005; Silver, 2006).

4. A Presente Investigação

Parte dos estudos realizados para a compreensão da saúde mental e da criminalidade, utilizaram como amostra a população prisional. Embora os estudos sugiram que existe uma forte relação entre os problemas de saúde mental e posterior criminalidade, a extrapolação dos resultados para a população comunitária pode ser questionável, uma vez que muitas das pessoas envolvidas em atos criminais não chegam a ser identificadas e, por isso a cumprir pena (e.g., Anderson, Cesur & Tekin, 2014). Até ao momento, são poucos os estudos longitudinais que avaliam a saúde mental, principalmente em população comunitária adulta, durante o pico do comportamento delincente.

Neste sentido, a presente investigação tem como objetivo compreender se mudanças ao nível da saúde mental estão associadas a mudanças em indicadores antissociais, no início da idade adulta, onde os comportamentos delinquentes atingem o seu pico. A literatura tende a ser inconsistente em considerar que problemas de saúde mental, nomeadamente, indicadores de sintomas neuróticos, como é o caso da ansiedade, depressão e *stress*, possam estar relacionados com indicadores antissociais, como é o caso da versatilidade do comportamento desviante ou até dos traços psicopáticos. Ainda menos se sabe se as mudanças nesses mesmos sintomas ao longo do tempo produzem mudanças nos indicadores antissociais. Assim, o objetivo desta investigação é avaliar se: a) sintomas como é o caso da ansiedade, depressão e *stress* se encontram relacionados com indicadores antissociais; b) e se mudanças nesses sintomas no último ano predizem mudanças nos indicadores antissociais.

MÉTODO

1. Participantes

A recolha da amostra da presente investigação foi realizada em dois momentos. Todos os que participaram na primeira fase e aceitaram ser novamente contactados, foram posteriormente convidados a participar na segunda e terceira fase do estudo. O primeiro momento de recolha é constituído por 617 jovens adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 20 anos, dos quais 36.95% ($N = 228$) são do sexo masculino e 63.05% ($N = 389$) são do sexo feminino. O segundo momento de recolha, é constituído por uma amostra de 50 participantes, dos quais 16.00% ($N = 8$) são do sexo masculino e 84.00% ($N = 42$) são do sexo feminino. A descrição sociodemográfica pode ser consultada na Tabela 1.

No primeiro momento do estudo, a recolha da amostra ocorreu em vários locais, como escolas secundárias, escolas profissionais, universidades, locais de trabalho, instituições de solidariedade e associações desportivas e de lazer em toda a região de Portugal. No segundo momento, a recolha da amostra ocorreu em formato *online*. Os participantes foram contactados via *e-mail* de forma a iniciarem a sua participação na segunda fase do estudo. Alguns fatores poderiam limitar a realização da presente investigação, e por esse motivo foram tidos em consideração certos critérios de exclusão, como psicopatologia grave, incompreensão da língua portuguesa ou ainda, habilitações literárias insuficientes para compreensão e posterior preenchimento dos questionários.

Tabela 1*Características sociodemográficas*

Variáveis Sociodemográficas		Amostra Total (N= 617)		Subamostra (N=50)	
		1º Momento		1º e 2º Momento	
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade		18.87	.82	18.66	.77
Escolaridade		11.40	1.29	11.74	1.01
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Gênero	Masculino	228	36.95	8	16.00
	Feminino	389	63.05	42	84.00
Estatuto Socioeconômico	Baixo	204	33.89	8	16.00
	Médio	310	51.50	35	70.00
	Alto	88	14.62	7	14.00
Minoria Étnica	Não	506	82.95	45	90.00
	Sim	104	17.05	5	10.00

2. Instrumentos*Questionário Geral sobre a Situação Social e Familiar*

O questionário foi utilizado para obtenção de dados sociodemográficos e familiares dos participantes, nomeadamente, idade, sexo, habilitações literárias, entre outras informações relevantes ao estudo.

Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995; Versão portuguesa: Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004)

Este instrumento é uma escala de autorrelato composta por 21 itens, cujo objetivo é avaliar sintomatologia psicopatológica através de três dimensões: Ansiedade, Depressão e *Stress*. Este questionário é destinado a sujeitos com mais de 17 anos. Assim, os 21 itens encontram-se respetivamente distribuídos pelas três escalas, composta por sete itens cada: a escala Depressão avalia as dimensões Desânimo, Disforia, Desvalorização da Vida, Auto-Depreciação, Falta de Envolvimento ou de Interesse, Inércia e Anedonia; a escala Ansiedade avalia as dimensões Efeitos Músculo Esqueléticos, Excitação do Sistema Autónomo, Ansiedade Situacional, Experiências Subjetivas de Ansiedade; e a escala *Stress* avalia as dimensões Excitação Nervosa, Dificuldade em Relaxar, Facilmente Chateado/Agitado, Irritável/Reacção Exagerada e Impaciência (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Cada item

é constituído por uma afirmação que remete para sintomas emocionais de valor negativo, sendo solicitado ao sujeito que avalie se experimentou cada sintoma na última semana. Para cada afirmação estão presentes quatro opções de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert, que indicam a frequência ou gravidade dos sintomas, que vai desde “*Não se aplicou nada a mim*” a “*Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*”. Os resultados das escalas são apresentados através da soma da pontuação dos sete itens. Desta forma, os resultados mais elevados sugerem um estado emocional mais negativo (Pais-Ribeiro et al., 2004). O presente instrumento apresenta bons valores de consistência interna para as escalas Ansiedade, Depressão e *Stress* ($\alpha = .83$, $\alpha = .89$ e $\alpha = .86$, respetivamente). Sendo que a versão portuguesa da EADS-21 apresenta propriedades similares à escala original (Lovibond & Lovibond, 1995).

Escala de Versatilidade do Comportamento Desviante (DBVS) (Sanches, Gouveia-Pereira, Marôco, Gomes & Roncon, 2016)

A presente escala de autorrelato tem como finalidade avaliar a variedade e gravidade de comportamentos desviantes de jovens adolescentes. A escala é composta por 19 itens, com afirmações face a comportamentos desviantes, sendo questionado ao jovem se realizou o comportamento durante o último ano, com a opção de resposta “*Sim*” ou “*Não*”. Os itens pretendem detetar os vários tipos e níveis de envolvimento desviante através de 11 diferentes categorias: Furto; Consumo de Álcool e Drogas; Venda de Drogas; Agressão Verbal e Física; Posse de Armas; Vandalismo; Faltar à Escola; Conduzir sem Licença; Assaltos; Uso de Transportes sem Pagamento; Mentira e Desafio à Autoridade. A pontuação final é resultado da soma dos vários itens, sendo que valores mais elevados indicam um maior número de comportamentos desviantes (Sanches, Gouveia-Pereira, Marôco, Gomes & Roncon, 2016). O instrumento apresenta boas propriedades psicométricas, cujos resultados indicam que o *DBVS* é uma escala autorreferida válida e confiável, com um Alfa de *Cronbach* para os 19 itens constituintes da escala de $\alpha = .829$ (Sanches et al., 2016). Na presente amostra o instrumento apresenta uma consistência interna de $\alpha = .786$.

Inventário De Traços Psicopáticos Em Adolescentes – Versão Reduzida (YPI-S; Van Baardewijk et al., 2010; Versão portuguesa para adolescentes do YPI-Short Version: Pechorro, Andershed, Ray, Marôco & Gonçalves, 2015)

É um instrumento de autorrelato constituído por 18 itens cujo objetivo é avaliar os principais traços psicopáticos em jovens adultos, dos 12 aos 20 anos. Cada item é pontuado

através de uma escala de Likert, com quatro opções de resposta, variando de “1. *Discordo muito*” a “4. *Concordo Muito*”. Sujeitos que revelam pontuações mais elevadas indicam um maior índice de traços psicopáticos. Por forma a avaliar as características psicopáticas, o presente instrumento avalia 10 subescalas, três grandes dimensões da psicopatia e ainda uma dimensão global. A Dimensão Afetiva é composta pelos traços de insensibilidade, frieza emocional e ausência de remorsos constituída por afirmações como (e.g. “*É um sinal de fraqueza sentirmos culpa e remorsos por coisas que fizemos e que magoaram os outros*”; “*Estar nervoso e preocupado é um sinal de fraqueza*”). A Dimensão Interpessoal corresponde aos traços charme desonesto, grandiosidade, mentira e manipulação (e.g. “*Tenho jeito para enganar as pessoas, usando o meu charme e o meu sorriso*”, “*É fácil para mim manipular as pessoas*”); e por fim, a Dimensão Comportamental é caracterizada por traços de impulsividade, procura de excitação e irresponsabilidade (e.g. “*Muitas vezes faço coisas sem pensar nas consequências*”; “*Considero-me uma pessoa bastante impulsiva*”; “*Já me aconteceu várias vezes pedir uma coisa emprestada e depois perdê-la*”). Na presente amostra o instrumento apresenta boas propriedades psicométricas, com um Alfa de Cronbach para a escala total de $\alpha = .783$.

3. Procedimento

A presente investigação insere-se no projeto de investigação científica “*Estudo Internacional sobre comportamentos pro(anti)sociais no início da idade adulta*” (SOCIALDEVIANCE1820), tendo sido previamente aprovado pela Comissão de Ética do ISPA – Instituto Universitário. Este é um projeto com uma metodologia longitudinal, dividido em três fases, tendo dado o meu contributo na realização da última fase do estudo. O projeto visa explorar e analisar os fatores associados ao ajustamento psicossocial e comportamento pro/antissocial em jovens adultos. Para uma melhor compreensão do projeto de investigação será possível consultar o artigo de Basto-Pereira, Queiroz-Garcia, Maciel, Leal e Gouveia-Pereira (2019).

A recolha de dados ocorreu em dois momentos, sendo que, na primeira fase, foram dadas as explicações necessárias para a participação na investigação, nomeadamente os objetivos da mesma e todo o processo de preenchimento. Para além disso, foram assinados os consentimentos informados e as declarações que demonstram o interesse na participação da segunda fase, tendo sido solicitado aos interessados os seus *e-mails*. De seguida, foi pedido aos participantes um código único e não identificável, que deveriam repetir no segundo

momento. Foi igualmente esclarecido que a participação no estudo era totalmente voluntária podendo recusar e/ou desistir a qualquer momento. Na segunda fase da recolha de dados, os interessados foram contactados através do *e-mail*, inserindo o código exclusivo, preenchendo de forma *online* os questionários. A introdução do código, permite uma ligação entre os dois momentos de avaliação de uma forma totalmente anónima.

De seguida, procedeu-se à análise dos dados recolhidos anteriormente, através do programa de análise estatística *IBM SPSS* versão 26.0. Quanto aos procedimentos estatísticos, primeiramente foram verificados os pressupostos para a realização da análise de correlação, tendo sido verificado que as variáveis não seguem distribuição normal. Assim, num primeiro momento de forma a compreender a relação entre as variáveis saúde mental (*stress*, ansiedade e depressão), delinquência (delinquência ao longo de 12 meses e delinquência ao longo da vida) e traços antissociais (YPI Total) procedeu-se à utilização da correlação de *Spearman*. De seguida, foram efetuadas duas regressões lineares para analisar a capacidade preditiva da saúde mental nas variáveis acima mencionadas. Por fim, de forma a compreender as correlações entre as mudanças ocorridas nos sintomas de saúde mental nos últimos 12 meses e as mudanças nos indicadores antissociais no mesmo período, procedeu-se a realização da correlação de *Spearman* de forma a compreender se mudanças na saúde mental são acompanhadas por mudanças na delinquência autorreportada e nos traços antissociais.

RESULTADOS

A secção dos resultados encontra-se organizada em três partes. Primeiramente, são apresentados os resultados de uma análise correlacional, com o objetivo de compreender se existia correlação entre as variáveis saúde mental, as variáveis relativas à delinquência e aos traços antissociais. De seguida, são apresentados os resultados relativos às regressões lineares, com o objetivo de compreender se a saúde mental está relacionada com a delinquência e os traços antissociais. Na última parte, são analisados ambos os momentos através da correlação de *Spearman*, de forma a perceber como é que mudanças na saúde mental são acompanhadas por mudanças na delinquência autorreportada e nos traços antissociais.

1. Correlações entre Saúde Mental, Delinquência Autorreportada e Traços Antissociais

Para um total de 617 participantes, amostra referente ao primeiro momento do estudo, foi realizada uma correlação de *Spearman*, que permitiu a compreensão do grau de associação entre os problemas de saúde mental (*stress*, ansiedade e depressão), os comportamentos delinquentes (ao longo da vida e nos últimos 12 meses) e os traços antissociais. De acordo com a tabela 3, a presença de problemas de saúde mental demonstrou correlações positivas e estatisticamente significativas com a delinquência autorreportada e com a dimensão global dos traços antissociais. A presença de problemas ao nível da saúde mental total, representada pelo DASS Total indica correlações estatisticamente significativas com a delinquência autorreportada nos últimos 12 meses ($r_s = .21, p < 0.1$), com a delinquência autorreportada ao longo da vida ($r_s = .19, p < .01$) e com a presença de traços antissociais ($r_s = .22, p < 0.1$). A informação detalhada acerca da presente correlação pode ser consultada através da Tabela 2.

Tabela 2*Correlação entre as dimensões de saúde mental e os indicadores antissociais*

	YPI Total	Delinquência 12 Meses	Delinquência ao Longo da Vida
Sexo	-.20**	-.20**	-.17**
Idade	-.04	.09*	.15**
Escolaridade	-.16**	.02	.07
Grupo Étnico	.09*	.06	.08
<i>Stress</i>	.19**	.18**	.19**
Ansiedade	.19**	.19**	.15**
Depressão	.23**	.20**	.18**
DASS Total	.22**	.21**	.19**

Nota. DASS = Depression Anxiety and *Stress* Scale; YPI = Youth Psychopathic Traits Inventory.

† $p < .10$ * $p < .05$. ** $p < .01$.

2. Impacto dos Problemas de Saúde Mental na Delinquência nos Últimos 12 Meses

A variável dependente delinquência autorreportada ao longo de 12 meses apresentou correlações significativas na análise bivariada com a variável saúde mental, tendo sido testados em modelos de regressão linear multivariada com os dados sociodemográficos e incluindo as variáveis *stress*, ansiedade e depressão. Através da consulta da tabela 3, é possível verificar que, após terem sido controlados os preditores sociodemográficos verificou-se que, a ansiedade ($\beta = .16$, $p = .021$) e a depressão ($\beta = .13$, $p = .035$) foram preditores da delinquência autorreportada nos últimos 12 meses, sendo que o modelo global explicou 13.1% da variância ($F(8, 542) = 10.250$, $p < .01$).

Tabela 3*Relação linear múltipla para predição da delinquência autorreportada nos últimos 12 meses*

Versatilidade do Comportamento Desviante - Últimos 12 Meses				
	B	Erro Padrão	β	<i>p</i>
(Constante)	-.08	.15		.612
Sexo	-.09	.01	-.27	<.001
Idade	.02	.01	.08	.057
Escolaridade	<.001	.01	.01	.793
Grupo Étnico	.01	.01	.07	.114
<i>Stress</i>	-.01	.02	-.06	.437
Ansiedade	.04	.02	.16	.021
Depressão	.03	.01	.13	.035
R ²		0.13		
<i>p</i>		<.001		
df		8		

3. Impacto dos Problemas de Saúde Mental nos Traços Antissociais

A variável dependente traços antissociais apresentou correlações significativas na análise bivariada com a variável saúde mental, tendo sido testados em modelos de regressão linear multivariada com os dados sociodemográficos e incluindo as variáveis *stress*, ansiedade e depressão. Através da consulta da tabela 4, é possível verificar que, após terem sido controlados os preditores sociodemográficos verificou-se que, as dimensões de sintomas psicopatológicos como a ansiedade ($\beta = .12$, $p = .072$) e a depressão ($\beta = .10$, $p = .100$) demonstraram ser preditores marginalmente significativos dos traços antissociais. O modelo global explicou 12.6% da variância ($F(7, 574) = 11.865$, $p < .01$).

Tabela 4*Regressão linear múltipla para predição de traços antissociais*

	YPI Total			
	B	Erro Padrão	β	<i>p</i>
(Constante)	2,48	.39		< .001
Sexo	-.20	.04	-.22	< .001
Idade	-.01	.02	-.02	.692
Escolaridade	-.03	.01	-.09	.022
Grupo Étnico	.05	.02	.10	.011
<i>Stress</i>	.04	.04	.06	.393
Ansiedade	.08	.04	.12	.072
Depressão	.06	.04	.10	.100
R ²		0.126		
<i>p</i>		< .001		
df		7		

4. Correlações entre Mudanças nas Variáveis de Saúde Mental e nos Indicadores Antissociais

Para a realização da última análise de resultados, foi necessário calcular as mudanças que ocorreram de um ano para o outro nas variáveis dependentes e nas variáveis independentes subtraindo o segundo momento pelo primeiro momento do estudo. Desta forma, através da análise à tabela 5 é possível verificar que existe uma associação positiva entre mudanças nos traços antissociais/psicopáticos e uma mudança nos sintomas psicopatológicos (*stress*, ansiedade e depressão). Assim, variações na saúde mental durante o último ano encontram-se significativamente associadas a variações nos traços antissociais no último ano ($r_s = .41$, $p < 0.1$). Os sintomas psicopatológicos, como *stress*, ansiedade e depressão, no início da idade adulta, não apresentam correlações significativas com a delinquência autorreportada nos últimos 12 meses.

Tabela 5*Correlação entre a mudança nas variáveis de saúde mental e nos indicadores antissociais*

	Mudança_Delinquência_12Meses	YPI_Total_Mudança
<i>Stress_Mudança</i>	-.16	.33**
<i>Ansiedade_Mudança</i>	.08	.38**
<i>Depressão_Mudança</i>	.04	.45**
<i>DASS_Total_Mudança</i>	-.01	.41**

Nota. †p < .10. *p < .05. **p < .01.

DISCUSSÃO

A presente investigação teve como objetivos avaliar se: 1) indicadores de sintomas, como a ansiedade, *stress* e depressão estão relacionados com alterações em indicadores de padrões antissociais (comportamento delinquente e traços antissociais); 2) e se mudanças nesses mesmos sintomas estão associadas a mudanças nos padrões antissociais em jovens adultos da comunidade. Tanto quanto se sabe, são escassos os estudos científicos que observem esta relação no decorrer de um ano, por forma a compreender se mudanças na saúde mental acompanham mudanças nos indicadores do comportamento antissocial. Assim, a presente investigação permite, ao contrário de estudos transversais, controlar o efeito de todas as características estáveis dos sujeitos (e.g., sexo, grupo étnico), considerando uma análise intrasujeito (Shahar, 2009).

1. O Impacto dos Problemas de Saúde Mental nos Padrões de Comportamento Antissocial

Face ao primeiro objetivo da investigação, a depressão e a ansiedade foram preditores dos indicadores de padrões antissociais. No que concerne ao facto das variáveis de saúde mental poderem predizer o comportamento delinquente, os resultados foram consistentes com a literatura (Fazel, Wolf, Chang, Larsson, Goodwin & Lichtenstein, 2015; Eliason, 2009). De acordo com o estudo de Fazel et al. (2015), a presença de sintomas depressivos intensifica o risco de comportamentos adversos, sendo que, o risco para o comportamento violento tende a ser três vezes maior em indivíduos com depressão, mesmo após o ajuste de fatores sociodemográficos. O desenvolvimento de perturbações internalizantes como a ansiedade e a depressão influenciam o desenvolvimento de problemas externalizantes, como faltar à escola, mentir e o consumo de álcool (Ybrandt, 2008). Apesar de muitas crianças revelarem problemas de comportamento que englobam o confronto aberto como o desafio, a luta e a agressão, também existem problemas de comportamento que são exibidos de uma forma discreta, como a mentira, o roubo e o vandalismo (Frick & Morris, 2004). O estudo de Anderson et al. (2014) indica que jovens adolescentes que sofrem de depressão apresentam uma probabilidade maior de se envolverem em crimes de propriedade em comparação com adolescentes sem sintomatologia depressiva.

É frequente que indivíduos com diagnóstico de doença mental sofram de discriminação e estigmatização o que condiciona as suas oportunidades sociais. Sendo que estes fenómenos sociais advêm de ideias preconcebidas, como por exemplo, pessoas com

doença mental não conseguem tolerar o *stress* ou ainda que apresentam baixa produtividade no mercado de trabalho. Contudo, esta é uma visão reducionista e não tem em consideração a complexidade do comportamento humano (Harnois & Gabriel, 2000). A literatura revela ainda que o desemprego acarreta enormes consequências do ponto de vista clínico, uma vez que aumenta duas vezes o risco de sintomas depressivos e de desenvolvimento de depressão. O facto de as oportunidades salariais poderem ser condicionadas pelo estado de saúde, pode promover o seu envolvimento em atividades criminais para obtenção de recompensas imediatas. O estado depressivo pode ainda condicionar a avaliação que o sujeito faz dos custos e benefícios associados ao ato ilegal. O facto de o indivíduo ver o seu futuro como imprevisível ou incerto pode afetar a forma como perspetiva a sua vida futuramente. Por esta razão, indivíduos com sintomatologia depressiva acentuada podem mais facilmente não ter em consideração as consequências do seu comportamento ilegal, uma vez que apresentam uma dificuldade ao nível do pensamento, planeamento e tomada de decisões (Anderson et al., 2014; American Psychiatric Association, 2014).

Jovens com perturbações de saúde mental tendem a ter comprometidas áreas como a educação e as atividades de lazer, onde a falta de envolvimento em atividades estruturadas tende a ser maior (McCormick, Peterson-Badali & Skilling, 2016). Durante o desenvolvimento do indivíduo, perturbações depressivas podem apresentar um impacto significativo na vida do próprio, nomeadamente, ao nível das relações de pares e familiares e ainda no desempenho da sua ocupação profissional. Este impacto nas várias dimensões da vida do indivíduo pode agravar as condições de saúde preexistentes. Jovens que no passado tiveram um episódio depressivo, apresentam um risco elevado de suicídio e são mais propensos ao consumo de substâncias, podendo posteriormente desenvolver perturbações concomitantes de abuso de substâncias (Siegel & Welsh, 2014).

O estudo desenvolvido por Zara e Farrington (2009) revela que os infratores com um começo tardio tendiam a estar mais isolados do ponto de vista social, indicando poucas relações de pares. No período da adolescência, ter poucas relações de pares pode ser entendido como uma espécie de defesa para o comportamento delinvente, uma vez que, no período da adolescência a pressão de pares encontra-se muitas vezes associada à delinquência. Contudo, a falta de suporte social que é entendida como defesa no período da adolescência, mais tarde pode ser compreendida como um fator de risco, uma vez que o indivíduo terá de enfrentar as adversidades da vida (e.g. emprego instável), com um menor suporte e desamparo social. Indivíduos mais isolados, neuróticos e ansiosos, tendem a adotar um comportamento

desviante como resposta a eventos stressantes, incertos e adversos. Os resultados deste estudo demonstram que fatores sociais, individuais e psicológicos podem desencadear uma trajetória antissocial de começo tardio, uma vez que os fatores protetores tendem a desaparecer. De acordo com a teoria de Sampson e Laub (2005), o começo tardio do comportamento antissocial pode ser resultado de fracos laços sociais na idade adulta.

De acordo com a teoria de Sampson e Laub (2005), eventos considerados importantes para os próprios e experiências de socialização na vida adulta podem neutralizar a influência de fatores primitivos. O estudo de Zara e Farrington (2009) sugere que certos traços psicológicos como o neuroticismo e experiências adversas na infância podem exercer um maior impacto durante a vida adulta, deixando o indivíduo desamparado para enfrentar novas dificuldades da vida. Segundo a Teoria do Controlo Social, a depressão prejudica os indivíduos do ponto de vista social, i.e., a sintomatologia depressiva provoca uma diminuição das relações sociais e um menor envolvimento em atividades sociais, prejudicando assim o vínculo social, colocando os indivíduos mais propícios ao envolvimento em atividades ilegais (e.g., Vaske & Gehring, 2010; DeCoster & Heimer, 2010). A depressão manifesta-se mais frequentemente em mulheres através de padrões de comportamento internalizante como por exemplo através da passividade. No caso dos homens é mais frequente que se manifeste em padrões de comportamento externalizante como por exemplo através da agressividade e do comportamento desviante. Os resultados do estudo indicam que o aumento da sintomatologia depressiva está associado ao aumento de crimes de propriedade em ambos os sexos (Anderson et al., 2014).

O estudo de Remster (2013) indica que o autocontrolo pode ser um mecanismo explicativo na relação entre a depressão e o comportamento delincente, sugerindo que a influência de fatores internos como a sintomatologia depressiva afeta a capacidade de autorregulação. De acordo com Muraven, Tice e Baumeister (1998), a autorregulação é caracterizada como tendo uma capacidade limitada. Quando um indivíduo recorre em esforço à sua capacidade de autorregulação, nos momentos subsequentes existe uma diminuição no desempenho de outras tarefas que exigem a capacidade de autocontrolo. Assim, segundo Remster (2013) ao considerar o autocontrolo como um recurso limitado, o facto de ser influenciado por fatores internos (e.g. sintomatologia depressiva), pode levar a uma redução substancial da capacidade de autocontrolo e conseqüentemente, a um aumento do envolvimento em atividades delinquentes. Segundo o autor, a sintomatologia característica de estados depressivos, como o *stress* emocional, faz com que o indivíduo utilize uma grande

parte deste recurso. Indivíduos que apresentam um quadro sintomatológico depressivo necessitam de usar mais recursos cognitivos para realizar as suas rotinas diárias, como por exemplo, concluir tarefas domésticas. Desta forma, tarefas mais difíceis como o estabelecimento de vínculos sociais e a recusa das oportunidades para cometer atos criminais é entendido como um verdadeiro desafio. De acordo com o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), os principais sintomas da depressão indicam diminuição de interesse em atividades, fadiga, humor deprimido, dificuldade no pensamento e na tomada de decisões. Estes sintomas podem dar indicações da capacidade reduzida de autocontrolo (Remster, 2013).

Indivíduos com diagnóstico de doença mental que apresentam um percurso criminal geralmente, no seu passado, vivenciaram um histórico de adversidades, sendo que tende a ser mais evidente do que em indivíduos que não tem contacto com o sistema de justiça. Os seus comportamentos podem ser entendidos de acordo com o contexto traumático que provocou uma alteração do esquema cognitivo da percepção da imagem de si e dos outros. Esta alteração altera os mecanismos de enfrentamento do *stress* e frustração interpessoal, levando a respostas de enfrentamento desadaptativas (Stinson et al., 2016).

A literatura indica que a regulação emocional tem uma importante influência sobre o desenvolvimento, sendo que as estratégias de regulação emocional variam ao longo da vida. A regulação emocional encontra-se associada a vários domínios do funcionamento, nomeadamente, ao funcionamento emocional, relacional e cognitivo e em ambos os comportamentos de internalização e externalização. O uso de estratégias de regulação emocional contribui para um melhor desenvolvimento, estando associado à resiliência e ao estabelecimento de relações sociais mais satisfatórias. O recurso a este tipo de estratégias tem uma função protetora no desenvolvimento de problemas internalizantes e externalizantes (Rawana, Flett, McPhie, Nguyen & Norwood, 2014). No estudo desenvolvido por Zeman, Shipman e Suveg (2002), com uma amostra de 227 crianças os autores concluíram que a baixa consciência emocional prediz problemas de internalização. Evitar reconhecer ou pensar sobre as emoções poderá resultar numa capacidade reduzida de gerir as suas experiências emocionais. Se esta capacidade não se encontra suficientemente desenvolvida, torna-se difícil tomar consciência da natureza do estado emocional e, por isso, torna-se conseqüentemente mais difícil para as crianças a procura de apoio ou alterar a situação para que exista uma mudança da experiência emocional. Assim, é provável que o estado emocional negativo persista e possa desenvolver sintomas internalizantes como é o caso da depressão e ansiedade.

A desregulação emocional resulta muitas vezes em relacionamentos sociais enfraquecidos que por sua vez aumentam os sentimentos de angústia e ansiedade (Zeman et al., 2002).

Indivíduos que apresentam uma regulação emocional adaptativa reportam históricos de agressividade menos intensos do que indivíduos com uma regulação emocional desadaptativa. Adultos que apresentam uma capacidade de regular as suas emoções de forma adaptativa tem uma menor probabilidade de adotarem um comportamento agressivo. O facto do indivíduo ter acesso a um conjunto de estratégias de regulação pode facilitar a gestão das suas emoções de forma adaptativa. Quanto mais o sujeito tem consciência das suas capacidades de autorregulação, mais claro se torna controlar a sua impulsividade (Robertson, Daffern & Bucks, 2014).

2. Variações nas Mudanças de Saúde Mental e nos Indicadores de Comportamento Antissocial ao Longo de Um Ano

Face ao segundo objetivo da investigação, as variáveis de saúde mental, *stress*, ansiedade e depressão encontram-se positivamente associadas aos traços antissociais, mas não se encontram associadas de forma significativa ao comportamento delinvente no último ano. Uma hipótese explicativa para os resultados é que no prazo de um ano existem diferenças nos traços antissociais, mas parece não ser o tempo suficiente para se traduzir num comportamento delinvente manifesto, para isso seria necessário o seguimento de um estudo longitudinal com mais momentos por forma a corroborar ou a refutar a hipótese. De acordo com o estudo de Forsman, Lichtenstein, Andershed e Larsson (2010), jovens adolescentes que demonstravam um estilo de personalidade antissocial tendiam a revelar comportamentos antissociais no início da idade adulta. Os resultados da investigação revelam ainda que a personalidade antissocial se encontrava mais relacionada com a adoção de comportamentos de quebra de regras (4.4%) em comparação com o comportamento agressivo (0.9%), o que indica que a personalidade antissocial se encontra relacionada com modos específicos de comportamento antissocial.

De acordo com Salekin (2008), adolescentes que apresentam traços psicopáticos estão mais predispostos a um maior envolvimento em atividades antissociais devido aos traços de personalidade inerentes. Assim, indivíduos com um comportamento manipulador, com falta de empatia e com baixa capacidade em considerar as consequências dos seus atos, estão mais propensos de no futuro se envolverem em atividades antissociais (Forsman et al., 2010). O comportamento antissocial pode surgir em resultado de uma multiplicidade de causas, das

quais a perturbação da personalidade pode ser uma delas. O comportamento antissocial é um correlato e pode ser uma consequência das características da personalidade antissocial (Cooke & Michie, 2001). Assim, ao longo do tempo, a estabilidade nos traços de personalidade antissociais encontra-se associada a uma estabilidade do comportamento antissocial (Salekin, 2008).

Segundo a teoria do comportamento antissocial, a perturbação antissocial tende a ser lentamente construída, isto porque o comportamento é sustentado por barreiras exteriores desde a infância. Os pais ou cuidadores respondem ao temperamento e aos déficits de desenvolvimento das crianças. Tendencialmente, em ambientes acolhedores, os problemas tendem a ser acolhidos e corrigidos, já em ambientes mais adversos, como lares ou bairros desfavorecidos, é mais comum que o comportamento tenda a ser exacerbado não sendo tão frequentemente reprimido. Assim, o denominado comportamento difícil é progressivamente elaborado para problemas comportamentais e a um menor número de comportamentos pró-sociais. A literatura existente sobre carreiras criminais indica que indivíduos que iniciam a sua conduta antissocial na idade adulta, estabeleceram o seu padrão antissocial no fim da adolescência (Moffitt, 1993). Os traços antissociais da personalidade podem-se agrupar em três dimensões (interpessoal, afetiva e comportamental), o que dá indicação do caráter multidimensional dos traços. A existência de traços antissociais acentuados não é sinónimo de envolvimento em comportamentos antissociais, sendo que este comportamento deve ser compreendido no reflexo do contexto social e aliado aos traços de personalidade (Dindo & Fowles, 2011). Assim, os resultados da presente investigação podem indicar traços antissociais acentuados apenas nas dimensões interpessoal e afetiva e não tanto na dimensão comportamental, pelo que não são reveladas correlações significativas entre os problemas de saúde mental e o comportamento desviante.

A literatura sugere ainda que problemas internalizantes se encontram correlacionados com a perturbação da personalidade antissocial. De acordo com o estudo desenvolvido por Sareen, Stein, Cox e Hassard (2004) um diagnóstico de perturbação da ansiedade ao longo da vida, aumenta a probabilidade do desenvolvimento de uma perturbação antissocial. Indivíduos que apresentem ansiedade generalizada e perturbação antissocial exibem níveis mais elevados de angústia e incapacidade em comparação com indivíduos que não apresentam comorbidades. Um subtipo de fobia social e a perturbação de *stress* pós-traumático encontram-se mais associados a um risco mais elevado de diagnóstico antissocial. Os autores realçam que indivíduos com perturbação da ansiedade generalizada e perturbação antissocial

apresentam níveis mais elevados de sofrimento, menor qualidade de vida e um risco mais elevado de ideação suicida do que pessoas que possuam uma perturbação isolada. Ainda, jovens com perturbação de ansiedade generalizada demonstram co-ocorrência com tendências antissociais. Esta hipótese pode ser explicada pelo facto de perturbações internalizantes como a ansiedade, tenderem a se correlacionar com o aumento do consumo de álcool, nomeadamente em população jovem (Zimmermann et al., 2003). O consumo de álcool em jovens com sintomas de ansiedade promove a sua aproximação a jovens socialmente desviados. A combinação de problemas internalizantes com o consumo de substâncias pode levar a um mecanismo de pressão do grupo e, conseqüentemente à adoção de comportamentos antissociais (Tillfors, El-Khoury, Stein & Trost, 2009).

Ainda indivíduos que apresentam níveis mais elevados de psicopatia e sintomas depressivos têm mais problemas psicossociais. A depressão encontra-se relacionada com labilidade emocional, problemas no relacionamento interpessoal e cometimento de suicídio. Os resultados do estudo desenvolvido por Price, Salekin e Klinger (2012), revelam que traços psicopáticos e sintomatologia depressiva leva a que os indivíduos se sintam mais irritados, zangados e hostis. A existência das duas perturbações indica que o conjunto dos sintomas em co-ocorrência leva a um maior número de problemas psicossociais, prejudicando o curso de vida. Jovens adolescentes que apresentem este tipo de sintomatologia ao longo do curso de vida, podem desenvolver mais comportamentos antissociais na relação com o outro, podendo fazer recurso da agressividade para a obtenção de ganhos secundários (Price et al., 2012). A presença de sintomatologia depressiva é um fator de risco para o desenvolvimento de problemas de comportamentos posteriores. A depressão pode ter um impacto ao nível comportamental ou, agir em simultâneo com outras disposições aumentando o risco do comportamento antissocial, nomeadamente, a impulsividade, exercendo um papel causal apenas quando na presença das disposições (Beyers & Loeber, 2003).

Segundo Ritakallio et al. (2008), a depressão e o comportamento antissocial apresentam uma continuidade ao longo do período da adolescência. Em adolescentes do sexo feminino, a sintomatologia depressiva previu o envolvimento em atividades antissociais subsequentes num período de tempo de dois anos. Também o estudo de Ferdinand, Verhulst e Wiznitzer (1995) concluiu que os problemas internalizantes e externalizantes autorrelatados por jovens adolescentes apresentavam uma tendência à estabilidade ao longo do período de quatro anos. 40% dos jovens que foram classificados com tendências antissociais após quatro anos continuavam a autorreportar comportamentos desviantes.

Quando os dados são utilizados ao longo do tempo, no prazo de um ano existe uma relação significativa entre os sintomas de foro tipicamente neurótico e os traços antissociais, possivelmente porque uma mudança nos traços psicopáticos pode ser traduzida na adoção de comportamentos menos éticos, mas não necessariamente delinquentes. Por essa razão, o período de tempo de um ano pode não ser suficiente para observar as mudanças no comportamento antissocial. A Teoria do Potencial Antissocial Cognitivo Integrado (ICAP) desenvolvida por Farrington (2005), refere que subjacente ao comportamento infrator existe um potencial antissocial (potencial de cada indivíduo para o cometimento de atos antissociais) que depende da interação entre o próprio e o ambiente social. O autor definiu um conjunto de fatores que podem influenciar o potencial antissocial a curto ou a longo prazo. Os fatores que influenciam o potencial antissocial a curto prazo estão relacionados a fatores situacionais e momentâneos, como os fatores enérgicos (e.g., tédio, frustração e consumo de álcool), eventos de vida (e.g., desemprego) e motivacionais (custos e benefícios associados ao ato). Já os fatores que influenciam a tendência antissocial a longo prazo o autor destaca o temperamento, hiperatividade, baixo desempenho, baixa autoestima, baixa empatia, autocentração, ausência de remorsos e sentimentos de culpa, internalização de normas e atitudes que promovem o comportamento antissocial e ainda fatores motivadores, como o desejo por obtenção de bens materiais combinado com a dificuldade em atingir esses mesmos objetivos de forma legítima (Farrington, 2005).

Farrington (1992) refere que o comportamento infrator deve ser entendido como um subdomínio de uma categoria mais ampla de comportamentos antissociais, em que a tendência antissocial é entendida como uma característica e o comportamento infrator como um estado. De acordo com o autor, o indivíduo apresenta a priori uma certa tendência antissocial, e posteriormente é influenciado por motivações situacionais a curto prazo que promovem o desenvolvimento do comportamento antissocial. Os atos antissociais são manifestações comportamentais que resultam de tendências antissociais (Farrington, 1992).

3. Limitações e Estudos Futuros

A presente investigação deve ser analisada tendo em consideração as suas limitações metodológicas. Apesar do primeiro momento deste estudo ser composto por um notável número de participantes que constituem a amostra ($N = 617$), o segundo momento foi caracterizado por um considerado decréscimo no número de jovens participantes ($N = 50$). A reduzida participação no segundo momento do estudo pode condicionar os resultados dos

dados ao longo do período de um ano. Ainda no que concerne à caracterização da amostra, esta apresenta um conjunto de idades limitada (entre os 18 e os 21 anos) o que é entendido como uma desvantagem, no sentido em que a generalização dos resultados para outras faixas etárias poderá ser complexa e deverá ser realizada com cautela.

Os problemas de saúde mental e os indicadores antissociais, como a delinquência e os traços antissociais foram avaliados através de escalas de autorrelato o que pode constituir algumas limitações, nomeadamente, quando se tratam de questões sensíveis que podem levar a que os participantes respondam de forma socialmente aceitável. Tendo em consideração os resultados pouco evidentes de delinquência autorreportada no segundo momento do estudo, pode-se colocar como hipótese que esteja relacionado com níveis elevados de desejabilidade social. Este tipo de escala pode levantar outras limitações que se encontram devidamente exploradas na literatura (McDonald, 2008; Demetriou, Ozer & Essau, 2015). Estudos futuros poderiam colmatar esta limitação ao utilizar instrumentos que permitam aceder a aspetos mais próximos da realidade como por exemplo através do uso de entrevistas clínicas.

É sugerido que no futuro, a investigação deveria optar por compreender se o aumento dos traços antissociais na comunidade irá resultar num aumento efetivo do comportamento criminal, ou se, resultaria num comportamento pouco ético, mas que cumpre os normativos legais. Para isso seria necessário um estudo com um desenho longitudinal que permitisse compreender o efeito destas variáveis a longo prazo, possibilitando posteriormente, uma melhor adequação nesta área de intervenção. Estudos futuros deveriam ter em consideração o tamanho da amostragem.

4. Recomendações Clínicas e Implicações Políticas e Sociais

Os problemas de saúde mental são um dos maiores desafios de saúde pública que o mundo ocidental enfrenta. Perturbações como a depressão, ansiedade e esquizofrenia apresentam as maiores taxas de prevalência, sendo que, os sintomas associados às perturbações provocam um enorme encargo para a economia global, uma vez que certos níveis de sintomatologia inviabilizam as capacidades individuais exigindo em alguns casos reformas antecipadas (World Health Organization, 2015). Aliado a isto, o diagnóstico de doença mental dificulta o acesso a novas oportunidades sociais e relacionais, aumentando assim a probabilidade do comportamento antissocial. Desta forma, tendo em consideração os resultados da presente investigação, são apresentadas um conjunto de recomendações políticas e sociais.

Tendo em consideração que problemas de saúde mental podem prejudicar e aumentar o envolvimento em atividades antissociais, constata-se a importância de desenvolver intervenções que apostem na prevenção e promoção da saúde mental e na consequente prevenção de comportamentos antissociais. Numa fase precoce do desenvolvimento de comportamentos antissociais, seria importante a avaliação dos traços disfuncionais de forma a garantir uma intervenção mais adequada e atempada. Em casos de reincidência social, intervenções que se foquem nas necessidades criminogénicas poderiam contribuir para um melhor ajuste interpessoal entre o indivíduo e a comunidade.

Relativamente à intervenção junto da comunidade seria importante a adoção de práticas de prevenção e sensibilização da presente temática, pois é frequente o estabelecimento de uma relação causal entre o comportamento antissocial e a saúde mental. Esta relação de causa efeito acarreta enormes consequências sociais para com os indivíduos com diagnóstico de doença mental, nomeadamente, fenómenos sociais como o estigma e a discriminação, aumentando assim as dificuldades na obtenção de emprego e no estabelecimento de vínculos sociais. O facto de existir uma maior sensibilização na área da saúde mental, promove maiores níveis de compreensão, possibilitando assim a redução do estigma e da discriminação (Fazel & Seewald, 2012). Assim, seria importante a promoção de políticas de incentivo à contratação de pessoas com diagnóstico de doença mental no setor laboratorial, bem como, o desenvolvimento de programas, ações de sensibilização e formações inclusivas, promovendo a cidadania empresarial.

Quanto à intervenção realizada junto de indivíduos com envolvimento no sistema de justiça, poderia centrar-se no desenvolvimento de uma terapia centrada na regulação emocional. No caso da sintomatologia depressiva, o desenvolvimento de intervenções que abordassem os processos cognitivos que se encontram distorcidos, fornecendo estratégias de *coping* face a diferentes adversidades da vida poderia ser uma abordagem benéfica.

5. Considerações Finais

A saúde mental e os problemas de comportamento têm sido amplamente estudados, contudo, a literatura é por vezes inconsistente e apresenta controvérsias em alguns aspetos. Existe um corpo teórico que considera que problemas internalizantes (e.g., depressão e ansiedade) perpetuam os problemas externalizantes, por outro lado há autores que defendem que os problemas internalizantes apresentam uma função protetora no desenvolvimento de problemas de comportamento. Apesar da crescente literatura sobre a temática, são escassos os

estudos sobre o impacto de sintomas psicopatológicos ao longo da vida na promoção de traços antissociais e do comportamento delincente.

O presente estudo explora a relação entre sintomas psicopatológicos e indicadores antissociais ao longo de um ano em população comunitária com jovens adultos. Este estudo representa uma vantagem pois permite o aumento do conhecimento do comportamento de jovens adultos antes que os seus problemas constituam comportamentos desviantes de maior gravidade. Uma das grandes vantagens deste estudo é utilizar dados que visam a avaliação da mudança em cada sujeito, o que possibilita o controlo de possíveis fatores estáveis do sujeito e que classicamente enviesam as análises transversais (e.g., diferenças de sexo, idade, grupo étnico, etc.). Este estudo sugere que sintomas internalizantes do foro neurótico, como a ansiedade e a depressão, se encontram associados a mudanças nos traços antissociais em jovens adultos da comunidade.

REFERÊNCIAS

- Aebi, M., Giger, J., Plattner, B., Metzke, C. W., & Steinhausen, H. C. (2014). Problem coping skills, psychosocial adversities and mental health problems in children and adolescents as predictors of criminal outcomes in young adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry, 23*(5), 283-293. doi: 10.1007/s00787-013-0458-y
- Agnew, R. (2001). Building on the foundation of general strain theory: Specifying the types of strain most likely to lead to crime and delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 38*(4), 319-361. doi: 10.1177/0022427801038004001
- Agnew, R. (2006). General strain theory: Current status and directions for further research. In F. T. Cullen., J. P. Wright., & K. R. Blevins (Eds.), *Taking stock: The status of criminological theory: Vol. 15. Advances in criminological theory* (pp. 101–123). New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de perturbações mentais*. (5ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Anderson, D. M., Cesur, R., & Tekin, E. (2014). Youth depression and future criminal behavior. *Economic Inquiry, 53*(1), 294-317. doi: 10.1111/ecin.12145
- Basto-Pereira, M., Queiroz-Garcia, I., Maciel, L., Leal, I., & Gouveia-Pereira, M. (2019). An International Study of Pro/Antisocial Behavior in Young Adults. *Cross-Cultural Research*. doi: 10.1177/1069397119850741
- Basto-Pereira, M., & Maia, Â. C. (2019). Early adversity and adult delinquency: The mediational role of mental health in youth offenders. *Ciência & Saúde Coletiva, 24*(8), 2805-2810. doi: 10.1590/1413-81232018248.27142017
- Basto-Pereira, M., & Maia, Â. C. (2017). Persistence in crime in young adults with a history of juvenile delinquency: The role of mental health and psychosocial problems. *International Journal of Mental Health and Addiction, 16*(2), 496-506. doi: 10.1007/s11469-017-9847-7
- Beyers, J. M., & Loeber, R. (2003). Untangling developmental relations between depressed mood and delinquency in male adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31*(3), 247-266. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.02.011
- Brazão, N., Motta, C., Rijo, D., & Pinto-Gouveia, J. (2015). The prevalence of personality disorders in portuguese male prison inmates: Implications for penitentiary treatment. *Análise Psicológica, 33*(3), 279-290. doi: 10.14417/ap.975

- Brennan, P. A., Mednick, S. A., & Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, *57*(5), 494-500. doi: 10.1001/archpsyc.57.5.494
- Cicchetti, D. (2004). An odyssey of discovery: Lessons learned through three decades of research on child maltreatment. *American Psychologist*, *59*(8), 4–14. doi: 10.1037/0003-066X.59.8.731
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, *7*(1), 1-10. doi: 10.1017/S0954579400006301
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*(1), 409–438. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 3. Risk, disorder, and adaptation*. (pp. 129-201). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Cooke, D. J., & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, *13*(2), 171-188. doi: 10.1037/1040-3590.13.2.171
- Coulacoglou, C., & Saklofske, D. H. (2017). Theoretical perspectives of criminal behaviors and developmental criminology. In C. Coulacoglou, & D. H. Saklofske (Eds.), *Psychometrics and Psychological Assessment: Principles and Applications* (pp. 383-403). London: Academic Press.
- De Coster, S., & Heimer, K. (2001). The relationship between law violation and depression: An interactions analysis. *Criminology*, *39*(4), 799-836. doi: 10.1111/j.1745-9125.2001.tb00941.x
- De Viggiani, N. (2007). Unhealthy prisons: Exploring structural determinants of prison health. *Sociology of Health & Illness*, *29*(1), 115-135. doi: 10.1111/j.1467-9566.2007.00474.x
- Demetriou, C., Ozer, B. U., & Essau, C. A. (2015). Self-Report Questionnaires. In R. L. Cautin & S. O. Lilienfeld (Eds.), *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (pp. 1-6). Nova Iorque: John Wiley & Sons. doi: 10.1002/9781118625392.wbecp507

- Dindo, L., & Fowles, D. (2011). Dual temperamental risk factors for psychopathic personality: Evidence from self-report and skin conductance. *Journal of Personality and Social Psychology, 100*(3), 557-566. doi: 10.1037/a0021848
- Eisenberg, N., Zhou, Q., Spinrad, T. L., Valiente, C., Fabes, R. A., & Liew, J. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development, 72*(4), 1112-1134. doi: 10.1111/1467-8624.00337
- Eliason, S. (2009). Murder-suicide: A review of the recent literature. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online, 37*(3), 371-376.
- Farrington, D. P. (1992). Explaining the beginning, progress, and ending of antisocial behavior from birth to adulthood. In J. McCord (Ed.), *Frameworks, and Forecasts: Vol. 3. Advances in criminological theory* (pp. 253-286). New Brunswick: Transaction Publishers.
- Farrington, D. P. (2005). Childhood origins of antisocial behavior. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 12*(3), 177-190. doi:10.1002/cpp.448
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *The Lancet, 359*(9306), 545-550. doi: 10.1016/S0140-6736(02)07740-1
- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry, 3*(9), 871-881. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30142-0
- Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: Systematic review and metaregression analysis. *The British Journal of Psychiatry, 200*(5), 364-373. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096370
- Fazel, S., Wolf, A., Chang, Z., Larsson, H., Goodwin, G. M., & Lichtenstein, P. (2015). Depression and violence: A Swedish population study. *The Lancet Psychiatry, 2*(3), 224-232. doi: 10.1016/S2215-0366(14)00128-X
- Ferdinand, R. F., Verhulst, F. C., & Wiznitzer, M. (1995). Continuity and change of self-reported problem behaviors from adolescence into young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*(5), 680-690. doi: 10.1097/00004583-199505000-00020
- Forsman, M., Lichtenstein, P., Andershed, H., & Larsson, H. (2010). A longitudinal twin study of the direction of effects between psychopathic personality and antisocial

- behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(1), 39-47. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02141.x
- Frick, P. J., & Morris, A. S. (2004). Temperament and developmental pathways to conduct problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(1), 54–68. doi: 10.1207/S15374424JCCP3301_6
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151-164. doi: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.). *Handbook of emotion regulation* (p. 3–24). New York: The Guilford Press.
- Harnois, G., & Gabriel, P. (2000). *Mental health and work: Impact, issues and good practices*. Geneva: World Health Organization.
- Kerig, P. K., & Becker, S. P. (2015). Early abuse and neglect as risk factors for the development of criminal and antisocial behavior. In J. Morizot & L. Kazemian (Eds.), *The Development of Criminal and Antisocial Behavior: Theory, research and practical applications* (pp. 181-199). Switzerland: Springer.
- Kratzer, L., & Hodgins, S. (1999). A typology of offenders: A test of Moffitt's theory among males and females from childhood to age 30. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9(1), 57–73. doi: 10.1002/cbm.291
- Lemos, I., & Faísca, L. (2015). Psychosocial adversity, delinquent pathway and internalizing psychopathology in juvenile male offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 42-43, 49-57. doi: 10.1016/j.ijlp.2015.08.007
- Link, N. W., Cullen, F. T., Agnew, R., & Link, B. G. (2016). Can general strain theory help us understand violent behaviors among people with mental illnesses?. *Justice Quarterly*, 33(4), 729-754. doi: 10.1080/07418825.2015.1005656
- Markowitz, F. E. (2011). Mental illness, crime, and violence: Risk, context, and social control. *Aggression and Violent Behavior*, 16(1), 36-44. doi: 10-1016/j.avb.2010.10.003
- Marshall, T., Simpson, S., & Stevens, A. (2000). *Health care in prisons: A health care needs assessment*. Birmingham: University of Birmingham.
- McCormick, S., Peterson-Badali, M., & Skilling, T. A. (2016). The role of mental health and specific responsivity in juvenile justice rehabilitation. *Law and Human Behavior*, 41(1), 55- 67. doi: 10.1037/lhb0000228

- McDonald, J. D. (2008). Measuring personality constructs: The advantages and disadvantages of self-reports, informant reports and behavioural assessments. *Enquire, 1*(1), 75-94.
- Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde 2018. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review, 100*(4), 674-701. doi: 10.1037/0033-295X.100.4.674
- Muraven, M., Tice, D. M., & Baumeister, R. F. (1998). Self-control as a limited resource: Regulatory depletion patterns. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(3), 774-789. doi: 10.1037/0022-3514.74.3.774
- Organisation for Economic Co-Operation and Development & European Union (2018). *Health at a glance: Europe 2018: State of health in the EU cycle*. Paris: OECD. doi: 10.1787/23056088
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5*(2), 229-239.
- Pechorro, P., Andershed, H., Ray, J. V., Marôco, J., & Gonçalves, R. A. (2015). Validation of the youth psychopathic traits inventory and youth psychopathic traits inventory– short version among incarcerated juvenile delinquents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 37*(4), 185-207. doi: 10.1007/s10862-015-9490-1
- Piquero, A. R., Daigle, L. E., Gibson, C., Piquero, N. L., & Tibbetts, S. G. (2007). Are life-course-persistent offenders at risk for adverse health outcomes?. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 44*(2), 185-207. doi: 10.1177/0022427806297739
- Price, S. D., Salekin, R. T., Klinger, M. R., & Barker, E. D. (2013). Psychopathy and depression as predictors of psychosocial difficulties in a sample of court evaluated adolescents. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 4*(3), 261–269. doi: 10.1037/per0000011
- Rawana, J. S., Flett, G. L., McPhie, M. L., Nguyen, H. T., & Norwood, S. J. (2014). Developmental trends in emotion regulation: A systematic review with implications for community mental health. *Canadian Journal of Community Mental Health, 33*(1), 31-44. doi: 10.7870/cjcmh-2014-004
- Remster, B. (2014). Self-control and the depression–delinquency link. *Deviant Behavior, 35*(1), 66-84. doi: 10.1080/01639625.2013.822226

- Rijo, D., Brazão, N., Barroso, R., Silva, D. R., Vagos, P., Vieira, A., . . . Macedo, A. M. (2016). Mental health problems in male young offenders in custodial versus community based-programs: Implications for juvenile justice interventions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 10*(1). doi:10.1186/s13034-016-0131-6
- Ritakallio, M., Koivisto, A. M., Pahlen, B., Pelkonen, M., Marttunen, M., & Kaltiala-Heino, R. (2008). Continuity, comorbidity and longitudinal associations between depression and antisocial behaviour in middle adolescence: A 2-year prospective follow-up study. *Journal of Adolescence, 31*(3), 355-370. doi: 10.1016/j.adolescence.2007.06.006
- Robertson, T., Daffern, M., & Bucks, R. S. (2014). Maladaptive emotion regulation and aggression in adult offenders. *Psychology, Crime & Law, 20*(10), 933-954. doi: 10.1080/1068316x.2014.893333
- Robins, L. N., & Regier, D. A. (1991). *Psychiatric Disorders in America*. New York: Free Press.
- Reising, K., Ttofi, M. M., Farrington, D. P., & Piquero, A. R. (2018a). The impact of longitudinal offending trajectories on mental health: Lifetime consequences and intergenerational transfer. *Journal of Criminal Justice, 62*, 16-22. doi: 10.1016/j.jcrimjus.2018.04.003
- Reising, K., Ttofi, M. M., Farrington, D. P., & Piquero, A. R. (2018b). Depression and anxiety outcomes of offending trajectories: A systematic review of prospective longitudinal studies. *Journal of Criminal Justice, 62*, 3-15. doi: 10.1016/j.jcrimjus.2018.05.002
- Salekin, R. T. (2008). Psychopathy and recidivism from mid-adolescence to young adulthood: Cumulating legal problems and limiting life opportunities. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(2), 386–395. doi:10.1037/0021-843x.117.2.386
- Sampson, R. J., & Laub, J. H. (1990). Crime and deviance over the life course: The salience of adult social bonds. *American Sociological Review, 55*(5), 609-627. doi: 10.2307/2095859
- Sampson, R. J., & Laub, J. H. (2005). A general age-graded theory of crime: Lessons learned and the future of life-course criminology. In D. P. Farrington (Ed.), *Integrated developmental and lifecourse theories of offending (advances in criminological theory)*, Vol. 14 (pp. 165–181). New Brunswick, NJ: Transaction.
- Sanches, C., Gouveia-Pereira, M., Marôco, J., Gomes, H. & Roncon, F. (2016). Deviant behavior variety scale: Development and validation with a sample of Portuguese

- adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 29(31), 1-8. doi: 10.1186/s41155-016-0035-7
- Sareen, J., Stein, M. B., Cox, B. J., & Hassard, S. T. (2004). Understanding comorbidity of anxiety disorders with antisocial behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(3), 178–186. doi:10.1097/01.nmd.0000116460.25110.9f
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., & Gore, S. (2008). The impact of cumulative childhood adversity on young adult mental health: Measures, models, and interpretations. *Social Science & Medicine*, 66(5), 1140-1151. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.11.023
- Shahar, E. (2009). Evaluating the effect of change on change: a different viewpoint. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15, 204–207. doi: 10.1111/j.1365-2753.2008.00983.x
- Sharples, J., Lewin, T. J., Hinton, R. J., Sly, K. A., Coles, G. W., Johnston, P. J., & Carr, V. J. (2003). Offending behaviour and mental illness: Characteristics of a mental health court liaison service. *Psychiatry, Psychology and Law*, 10(2), 300-315. doi: 10.1375/pplt.2003.10.2.300
- Siegel, L. J., & Welsh, B. C. (2014). *Juvenile delinquency: Theory, practice, and law* (12th ed.) Stamford: Cengage.
- Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. S. (2003). Adolescents emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, 74(6), 1869-1880. doi: 10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x
- Silver, E. (2000). Extending social disorganization theory: A multilevel approach to the study of violence among persons with mental illnesses. *Criminology*, 38(4), 1043-1074. doi: 10.1111/j.1745-9125.2000.tb01414.x
- Silver, E. (2006). Understanding the relationship between mental disorder and violence: The need for a criminological perspective. *Law and Human Behavior*, 30(6), 685-706. doi: 10.1007/s10979-006-9018-z
- Silver, E., & Teasdale, B. (2005). Mental disorder and violence: An examination of stressful life events and impaired social support. *Social Problems*, 52(1), 62-78. doi: 10.1525/sp.2005.52.1.62
- Stinson, J. D., Quinn, M. A., & Levenson, J. S. (2016). The impact of trauma on the onset of mental health symptoms, aggression, and criminal behavior in an inpatient psychiatric sample. *Child Abuse & Neglect*, 61, 13-22. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.09.005

- Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 750-759. doi: 10.1207/s15374424jccp3304_10
- Thompson, R. A. (1994). ER: A theme in search of a definition. The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52. doi: 10.2307/1166137
- Tillfors, M., El-Khoury, B., Stein, M. B., & Trost, K. (2009). Relationships between social anxiety, depressive symptoms, and antisocial behaviors: Evidence from a prospective study of adolescent boys. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(5), 718–724. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.02.011
- Ttofi, M. M., Piquero, A. R., Farrington, D. P., & McGee, T. R. (2019). Editorial— mental health and crime: Scientific advances and emerging issues from prospective longitudinal studies. *Journal of Criminal Justice*, 62, 1-2. doi: 10.1016/j.jcrimjus.2018.10.004
- Van Duin, L., Bevaart, F., Zijlmans, J., Luijckx, M. J. A., Doreleijers, Wierdsma, A. I., . . . Popma, A. (2018). The role of adverse childhood experiences and mental health care use in psychological dysfunction of male multi-problem young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(8), 1065-1078. doi: 10.1007/s00787-018-1263-4
- Vaske, J., & Gehring, K. (2010). Mechanisms linking depression to delinquency for males and females. *Feminist Criminology*, 5(1), 8-28. doi: 10.1177/1557085109345468
- Vogel, M. (2014). Mental illness and criminal behavior. *Sociology Compass*, 8(4), 337-346. doi: 10.1111/soc4.12140
- Walker, G. H., Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, J. (2018). Examining the associations between offending trajectories in adolescence/ young adulthood and subsequent mental health disorders. *Journal of Criminal Justice*, 62, 94-100. doi: 10.1016/j.jcrimjus.2018.09.008
- World Health Organization. (2002). *Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Direcção-Geral da Saúde: Lisboa.
- World Health Organization. (2015). *The european mental health action plan 2013–2020*. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.
- World Health Organization. (2018). *Mental health: strengthening our response*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- Ybrandt, H. (2008). The relation between self-concept and social functioning in adolescence. *Journal of Adolescence*, *31*(1), 1–16. doi: 10.1016/j.adolescence.2007.03.004
- Zara, G., & Farrington, D. P. (2009). Childhood and adolescent predictors of late onset criminal careers. *Journal of Youth and Adolescence*, *38*(3), 287-300. doi: 10.1007/s10964-008-9350-3
- Zeman, J., Shipman, K., & Suveg, C. (2002). Anger and sadness regulation: Predictions to internalizing and externalizing symptoms in children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *31*(3), 393–398. doi:10.1207/s15374424jccp3103_11
- Zimmermann, P., Wittchen, H. U., Höfler, M., Pfister, H., Kessler, R. C., & Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: A 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, *33*(7), 1211–1222. doi: 10.1017/S0033291703008158

ANEXOS

Anexo I: Questionário Geral sobre a Situação Social e Familiar

ANTES DE COMEÇAR: Para participar no 2º e 3º sorteio de vales (participando no 2º e 3º momento do estudo –preenchimento de um questionário online), por favor preencha o código, assim garantimos que se lembra deste código no 2º e 3º momento, sem que este dado revele a sua identificação, garantindo por isso a máxima confidencialidade. **Indicar 1ª letra do 1º nome, 1ª letra do 2º nome e o dia e o mês de nascimento.** Por exemplo, se o seu nome é João Silva Pinto e nasceu a 01/03/1986, o seu código será **J S 01 03**.

1ª letra do 1º nome	1ª letra do 2º nome	Dia de nascimento	Mês de nascimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Questionário Geral sobre a Situação Social e Familiar

1. Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	2. Qual a sua idade? _____
	3. Qual o seu nível de escolaridade? _____ (número máximo de anos de escola concluídos com sucesso)
4. Quantas vezes reprovou na escola? _____ (se nunca colocar "0")	
<hr/>	
5. É autónomo/a financeiramente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	6. Se não é financeiramente independente, por favor indique: Pai: _____ Mãe _____ 6.1. Escolaridade _____ 6.3. Escolaridade _____ 6.2. Profissão _____ 6.4. Profissão _____
<hr/>	
7. Grupo étnico Português/a de ascendência portuguesa <input type="checkbox"/> Português/a de ascendência africana <input type="checkbox"/> Comunidade cigana de Portugal <input type="checkbox"/>	8. Cor da pele? Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/>
<hr/>	
9. O que faz? Trabalha <input type="checkbox"/> Estuda <input type="checkbox"/> Trabalha e estuda <input type="checkbox"/> Não trabalha nem estuda <input type="checkbox"/>	10. Se trabalha, por favor indique, em que trabalha? (e.g. enfermeiro/a)? _____
<hr/>	
11. Com quem vive? Parceiro/a <input type="checkbox"/> Pai/s <input type="checkbox"/> Sozinho/a <input type="checkbox"/> Amigos/as <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>	13. Tem filhos/as? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
12. Quantas pessoas vivem consigo na mesma casa? _____	14. Os seus filhos/as vivem consigo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<hr/>	
15. Tem alguma actividade de lazer (legal) que pratique de forma regular? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	16. Pratica desporto regularmente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
17. Está ou já esteve nas forças armadas? (e.g., exército) Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	18. Tem alguma religião? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
19. É praticante dessa religião? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	20. Mudou de cidade no último ano? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
21. Quantos amigos tem? _____	22. Dos amigos que tem, quantos já estiveram (ou estão) presos? _____
23. Na infância e/ou adolescência foi educado apenas por uma pessoa (pai ou mãe)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	24. Tem algum problema grave de saúde mental? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
25. Já alguma vez esteve preso/a? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	26. Já teve problemas com a polícia? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
27. Já alguma vez viveu numa casa de acolhimento? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	28. Já alguma vez viveu num centro educativo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
29. Já consumiu drogas ilegais? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	30. Já se embriagou com bebidas alcoólicas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<hr/>	
31. Por favor indique com que frequência consumiu drogas nos últimos 12 meses: Diário <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Não aconteceu <input type="checkbox"/>	32. Por favor indique com que frequência se embriagou nos últimos 12 meses: Diário <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Não aconteceu <input type="checkbox"/>

Anexo II: Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21)

EADS-21 - Nome		Data ___ / ___ / ___			
<p>Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si <i>durante a semana passada</i>. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.</p> <p><i>A classificação é a seguinte:</i></p> <p>0- não se aplicou nada a mim 1- aplicou-se a mim algumas vezes 2- aplicou-se a mim de muitas vezes 3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes</p>					
1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Reference- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239

Anexo III: Escala de Versatilidade do Comportamento Desviante (DBVS)

Escala DBV

(Sanches, Gouveia-Pereira, Marôco, Gomes, & Roncon, 2016)

Agora apresentamos-te alguns comportamentos que podem ser realizados por jovens da tua idade. Indica por favor se, durante o último ano, tiveste algum destes comportamentos. Lembra-te que o questionário é ANÓNIMO e CONFIDENCIAL. Ninguém que te conheça terá acesso às tuas respostas. Por favor responde com sinceridade!

Vê o exemplo e assinala a resposta que melhor corresponde aos teus comportamentos.

DURANTE O ÚLTIMO ANO, ALGUMA VEZ...	SIM	NÃO
1. Foste para a escola ou para as aulas depois de teres bebido bebidas alcoólicas?		
2. Mentiste a adultos (ex: familiares, professores, etc.)?		
3. Consumiste cocaína ou heroína?		
4. Usaste uma moto ou um carro para ir dar uma volta sem a autorização do dono ou proprietário?		
5. Bateste a um adulto (ex: professor, familiar, agente de segurança, etc.)?		
6. Andaste em transportes públicos sem pagar bilhete?		
7. Estragaste ou destruiste bens públicos ou privados (ex: parquímetros, sinais de trânsito, máquinas de distribuição de produtos, carros, etc.)?		
8. Consumiste haxixe ("ganzas") ou marijuana ("erva")?		
9. Roubaste alguma coisa que valia mais de que 50 euros (ex.: em lojas, na escola, a uma pessoa, etc.)?		
10. Faltaste vários dias à escola sem os teus pais saberem?		
11. Vendeste droga (ex: haxixe, marijuana, cocaína, ecstasy, anfetaminas, etc...)?		
12. Roubaste alguma coisa que valia entre 5 e 50 euros (ex: em lojas, na escola, a uma pessoa, etc.)?		
13. Faltaste às aulas porque não te apeteceu ir, para ficar com colegas ou para ir dar uma volta?		
14. Conduziste uma mota ou um carro sem ter carta de condução?		
15. Consumiste LSD ("ácidos"), ecstasy ("pastilhas") ou anfetaminas ("speeds")?		
16. Transportaste uma arma (ex.: navalha, pistola, etc.)?		
17. Roubaste alguma coisa que valia menos de 5 euros (ex: em lojas, na escola, a uma pessoa, etc.)?		
18. Fizeste grafitis em edifícios ou noutros locais (ex: escola, transportes, muros, etc.)?		
19. Assaltaste um carro, uma casa loja, escola ou outro edifício?		

Questão adicional - Acima foram enumerados 19 comportamentos que poderás ter realizado no último ano, **por favor indica quantos destes comportamentos já realizaste ao longo de toda a tua vida? ____ (0-19)**

Anexo IV: Inventário De Traços Psicopáticos Em Adolescentes – Versão Reduzida (YPI-S)

YPI -S				
<p>Neste questionário vais encontrar afirmações sobre a forma como tu geralmente pensas e sentes as coisas. Lê atentamente cada afirmação e diz em que grau concordas ou discordas com ela. Das quatro alternativas diferentes de resposta para cada afirmação assinala apenas uma. Responde a cada afirmação de acordo com o que pensas e sentes mais frequentemente, e não apenas neste momento.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">Discordo totalmente</div> <div style="text-align: center;">Discordo</div> <div style="text-align: center;">Concordo</div> <div style="text-align: center;">Concordo totalmente</div> </div>			
	1. Tenho jeito para enganar as pessoas, usando o meu charme e o meu sorriso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sou bom a fazer as pessoas acreditarem em mim quando invento alguma história.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenho capacidades que vão muito além das capacidades das outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. É fácil para mim manipular as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quando é preciso, uso o meu sorriso e o meu charme para tirar partido dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Estou destinado a ser uma pessoa importante e bem conhecida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Acho que chorar é sinal de fraqueza mesmo que ninguém nos veja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Quando as outras pessoas têm problemas muitas vezes é por culpa delas, por isso não devíamos ajudá-las.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Estar nervoso e preocupado é um sinal de fraqueza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Não entendo como há pessoas que ficam tão emocionadas ao ponto de chorarem com o que vêem na televisão ou nos filmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. É sinal de fraqueza sentir culpa e remorsos por coisas que fizemos e que magoaram os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Não deixo que os meus sentimentos me afetem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Provavelmente já faltei à escola ou ao trabalho mais vezes do que a maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Considero-me uma pessoa bastante impulsiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Muitas vezes falo primeiro e só penso depois.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Aborreço-me muito depressa se estiver a fazer sempre as mesmas coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Muitas vezes faço coisas sem pensar nas consequências.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Já me aconteceu várias vezes pedir uma coisa emprestada e depois perdê-la.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>