

*A. Castro Fonseca, José A. Rebelo, António G. Ferreira, Carlos L. Pires,
M. Dores Formosinho, Tomás da Silva e M. Helena Gregório*

**A relação entre Comportamento Anti-social e
Problemas Emocionais em crianças e adolescentes:
Dados de um estudo transversal e longitudinal**

Revista Psychologica

nº 32, 2000, 213-238

FPCEUC



A relação entre Comportamento Anti-social e Problemas Emocionais em crianças e adolescentes: Dados de um estudo transversal e longitudinal¹

Fonseca, A.C., Rebelo, J.A., Ferreira, A.G., Formosinho, M.D., Pires C.L. & Gregório, M.H.

RESUMO

O objectivo deste estudo era examinar a relação entre problemas emocionais e comportamento anti-social e, em particular, verificar se as crianças com esses dois tipos de problemas têm uma evolução mais problemática do que as crianças só com um deles. O estudo decorreu em duas fases. Na primeira participaram 1586 alunos do 2º, 4º e 6º anos de diversas escolas públicas do concelho de Coimbra. Na segunda, que decorreu 4 anos mais tarde, participaram apenas os alunos que inicialmente se encontravam no 2º ano e que eram 456. A análise dos dados da primeira fase revelou que aqueles dois tipos de problemas se encontram altamente correlacionados e que essa associação é independente do ano escolar dos indivíduos. A análise dos resultados da segunda fase (*follow-up*) mostrou que os alunos que apresentam simultaneamente problemas emocionais e de comportamento não constituem um grupo bem diferenciado relativamente aos indivíduos apenas com problemas emocionais ou apenas com comportamento anti-social. Além disso, verificou-se que, salvo algumas excepções, os problemas emocionais e o comportamento anti-social decrescem com a idade.

PALAVRAS-CHAVE: Comportamento anti-social, problemas emocionais, transversal, longitudinal.

INTRODUÇÃO

Dados de numerosos estudos empíricos sugerem a existência de dois grandes grupos ou *clusters* de psicopatologia da criança (Achenbach 1995; Quay, 1986; Verhulst *et al.*, 1985). Para os designar têm-se utilizado na literatura da especialidade diversas

¹ Trabalho efectuado no âmbito do projecto Praxis XXI 2/2.1/CSH/666/95 "Os Distúrbios Emocionais na Criança e no Adolescente: Um estudo epidemiológico e experimental"

expressões: problemas de expressão interiorizada (*internalizing disorders*) versus problemas de expressão exteriorizada (*externalizing disorders*), inibição vs agressão, síndromas de hipocontrole vs síndromas de hipercontrole, comportamento anti-social vs problemas emocionais e outras tipologias semelhantes.

Nesses estudos, os comportamentos anti-sociais (ou de expressão exteriorizada) são habitualmente considerados como comportamentos que reflectem um baixo auto-controle, enquanto que os problemas emocionais (ou de expressão interiorizada) são operacionalizados em termos de processos orientados para o próprio indivíduo, e que reflectem um auto-controle exagerado. Na primeira categoria incluem-se os comportamentos agressivos, a delinquência e várias outras transgressões de normas sociais. Na segunda categoria incluem-se problemas de ansiedade, depressão, ou ainda certas manifestações psicossomáticas.

Qualquer destas duas formas de psicopatologia aparece, desde cedo, na vida do indivíduo, apresenta uma prevalência bastante elevada, e tem uma evolução diferenciada (Bardone *et al.*, 1996). Na sua origem estariam, segundo alguns autores, dois tipos diferentes de temperamento: um caracterizado por fraca inibição e o outro caracterizado por uma acentuada inibição (Caspi, 2000; Kagan, 1994).

A par desta diferenciação, há também estudos recentes a sugerir que esses dois tipos de psicopatologia coexistem nos mesmos sujeitos mais frequentemente do que seria de esperar numa distribuição aleatória (Rutter, 1997; Angold *et al.*, 1999). Essa ocorrência simultânea de dois ou mais distúrbios diferentes num mesmo indivíduo, que em psicopatologia se designa por comorbilidade², tem sido encontrada em estudos de inquérito à comunidade, bem como em estudos com crianças encaminhadas para serviços de saúde mental ou para outras instituições similares. Assim, num estudo com amostras da comunidade, Bird *et al.* (1993) verificaram que 55% dos indivíduos com Distúrbio de Comportamento também qualificavam para um diagnóstico de Distúrbio de Ansiedade. Reciprocamente, a co-ocorrência de distúrbios de comportamento em indivíduos com o distúrbio primário de ansiedade pode igualmente ser bastante elevada, variando de 19% até 54% ou mesmo 62% (Nottelmann e Jensen, 1995). Outros autores referem que a coexistência de perturbações de ansiedade em indivíduos com distúrbios do comportamento varia entre 60% e 75% na população clínica, e entre 20% a 56% em estudos de inquérito à comunidade. Alguns desses indivíduos apresentam simultaneamente vários outros distúrbios, ou seja, podem considerar-se indivíduos com múltiplos problemas.

A situação não é muito diferente no que se refere às taxas de comorbilidade da depressão em crianças com distúrbios do comportamento. Uma rápida revisão da literatura revela taxas tão díspares como 12% (Cohen *et al.*, 1993), 17% (Bird *et al.*, 1993) e 45% (Capaldi, 1991). Por sua vez, a co-ocorrência de comportamentos anti-sociais, e mais concretamente de distúrbios do comportamento, em sujeitos com dis-

² Como observam Hinden *et al.* (1997), este fenómeno é designado por *comorbilidade* nos estudos que adoptam uma abordagem categorial da psicopatologia, enquanto que nos estudos que adoptam uma perspectiva dimensional ou empírica se utiliza o termo *covariância*. Neste artigo, empregar-se-á indiscriminadamente uma ou outra designação. Nalgumas passagens utilizar-se-ão igualmente os termos co-ocorrência e coexistência.

túrbios depressivos é ainda mais elevada, oscilando entre os 44% e os 100%. Por exemplo, Kovacs e Pollock (1995), numa investigação com indivíduos dos 8 aos 13 anos de idade com depressão bipolar, verificaram que 69% deles apresentavam também distúrbios do comportamento. Outros estudos têm referido que mais de 1/3 das crianças ou dos adolescentes com perturbações afectivas qualificavam igualmente para um diagnóstico de distúrbio do comportamento (Kolvin *et al.*, 1991; Puig-Antich & Gittelman, 1982). Estudos efectuados na comunidade apontam na mesma direcção. Assim Cole e Carpentieri (1990) obtiveram uma correlação de .73 entre sintomas depressivos e sintomas de distúrbio do comportamento, reportados por pais, professores e alunos, após controlarem eventuais efeitos de variância partilhada. Do mesmo modo, Quiggle *et al.* (1992) obtiveram uma correlação de .42 entre esses dois tipos de problemas referidos por pais, professores e alunos. Menos estudado tem sido o problema da coexistência entre o distúrbio de *stress* pós-traumático e o comportamento anti-social de crianças e adolescentes. Todavia, os resultados de investigações recentes sugerem que a sobreposição dos dois tipos de problemas, nos mesmos indivíduos, pode ser elevada (Rogers, 1995; Schwab-Stone *et al.*, 1995), particularmente nos casos de *stress* pós-traumático resultante de abuso físico e/ou sexual na infância.

O fenómeno da coexistência de comportamento anti-social e de problemas emocionais, num mesmo indivíduo, não é certamente um artefacto específico de abordagens categoriais da psicopatologia da criança nem se limita apenas à população clínica, pois encontramos-lo também em diversos estudos recentes que adoptam uma abordagem dimensional e que são metodologicamente mais rigorosos. Numa dessas investigações, Fergusson *et al.* (1993) obtiveram correlações entre esses dois tipos de problemas que variavam entre .18 e .45. Do mesmo modo, Verhulst e van der Ende (1993), num estudo de inquérito à comunidade, obtiveram uma correlação de .47 entre problemas de expressão interiorizada e problemas de expressão exteriorizada. As correlações eram igualmente elevadas quando a análise incidia sobre medidas mais específicas. Por exemplo, entre escalas de Delinquência e de Ansiedade/Depressão (.31) ou entre escalas de Comportamento Agressivo e de Ansiedade/Depressão (.46). Outros autores têm encontrado resultados semelhantes (Achenbach *et al.*, 1995) em estudos de inquérito à comunidade, utilizando uma grande diversidade de instrumentos e fontes de informação (Anderson *et al.*, 1989; McGee *et al.*, 1992).

Níveis tão elevados de sobreposição entre os dois tipos de problemas, nos mesmos indivíduos, sugerem que os problemas emocionais puros e o comportamento anti-social puro estão longe de constituir a norma e, conseqüentemente, colocam várias questões importantes, tanto em relação ao estatuto nosográfico desses casos como à sua etiologia, à sua evolução ou ao tipo de tratamento de que necessitam (Angold *et al.*, 1999; Caron & Rutter, 1991). Esses problemas foram ignorados até há bem pouco tempo em estudos de amostras clínicas e em estudos de inquérito à comunidade. Mas, durante os últimos 15 anos, tem-se assistido a uma grande viragem neste domínio, registando-se grande sensibilidade e interesse pela ocorrência e possíveis significações deste fenómeno. No que se refere ao estatuto nosográfico dos indivíduos com os dois tipos de problemas, a questão que naturalmente se coloca é a de saber se eles constituem um grupo independente, bem distinto do grupo só com problemas do comportamento e do grupo só com problemas emocionais. Os resultados dos estudos que

têm abordado esta questão nem sempre são fáceis de interpretar. Com efeito, Zoccolillo (1992) verificou que as crianças com os dois tipos de distúrbios não se diferenciavam das crianças que apresentavam apenas distúrbios do comportamento ou de agressão. Posição semelhante foi defendida por Steinhausen e Reitzler (1996) que, num estudo com crianças avaliadas em diversos serviços de saúde mental, na Suíça, concluíram que não havia elementos empíricos suficientes para apoiar o diagnóstico de distúrbio misto de problemas de comportamento e problemas emocionais do ICD-10 (OMS, 1992). De acordo com estes autores, os indivíduos do grupo misto não se diferenciavam dos do grupo anti-social puro. Em contrapartida, Walker *et al.* (1991) verificaram que as crianças, simultaneamente com distúrbios do comportamento e ansiedade, tinham mais tarde, menos problemas de adaptação social do que as que apresentavam apenas distúrbios do comportamento. Tais resultados parecem confirmar as conclusões de um estudo efectuado por Quay e Love (1977) em que os delinquentes ansiosos apresentavam uma menor reincidência do que os delinquentes não-ansiosos. A ansiedade parecia funcionar nesses casos como barreira protectora contra comportamentos agressivos ou delinquentes. Porém, tais resultados são difíceis de conciliar com as conclusões de alguns estudos mais recentes (Ialongo *et al.*, 1996), nos quais as crianças com os dois tipos de problema se revelam, posteriormente, mais agressivas. Além disso, esse efeito de ansiedade sobre o comportamento anti-social parece depender da idade do indivíduo, pois, como verificou Hinshaw (1993), os rapazes com ansiedade e distúrbios do comportamento podem ser menos agressivos aos 9-10 anos, mas mais agressivos durante os dois anos seguintes.

Outros autores, porém, defendem que esta relação entre ansiedade e comportamento anti-social é mais complexa e alertam para a necessidade de se distinguirem diferentes tipos de problemas emocionais e de comportamento anti-social, uma vez que qualquer destas duas categorias se caracteriza por uma grande heterogeneidade. Assim, Kerr *et al.* (1997) mostram que é importante distinguir entre ansiedade e problemas de isolamento ou rejeição na infância. Enquanto a primeira serviria de elemento protector contra o comportamento anti-social, os segundos constituiriam verdadeiros factores de risco. Na mesma ordem de ideias, Coie *et al.* (1995) referem que a combinação do isolamento e rejeição pelos colegas com os comportamentos agressivos constituem o melhor preditor de manifestações precoces de delinquência, mas não parece estar associada com o comportamento anti-social de início tardio na adolescência. Posição semelhante foi defendida por Serbin *et al.* (1991), que mostraram que a coexistência de timidez e isolamento social com a agressão predizem formas mais graves de comportamento anti-social do que a simples ocorrência da agressão isoladamente. Mais recentemente, Frick *et al.* (1999) referiram a necessidade de se estabelecer uma diferenciação entre reacções de medo e a ansiedade. Enquanto as primeiras andam associadas a certas formas mais graves de comportamento anti-social (v.g. psicopatia), a segunda apareceria apenas associada a formas menos graves desses comportamentos. Por outras palavras, o estatuto nosográfico dos casos que apresentam simultaneamente distúrbio do comportamento e problemas de ansiedade está ainda por definir claramente.

A situação não é muito diferente no que se refere à comorbilidade entre depressão e comportamento anti-social. Num estudo recente, Loeber e Southamer-Loeber

(1999) concluem que a co-ocorrência simultânea da falta de regulação do comportamento e da falta de regulação emocional manifestam-se, por vezes, desde tenra idade, sendo um bom indicador precoce do desenvolvimento do jovem com muitos problemas ou seja do jovem que, muitas vezes, se vai caracterizar mais tarde por abuso persistente de substâncias, delinquência e problemas emocionais (p.330). Este quadro, bastante sombrio, encontra-se em sintonia com as conclusões de outros estudos com amostras clínicas e da comunidade (Capaldi, 1992, Fleming *et al.*, 1993; Verhulst e van der Ende, 1993). Especificamente, Harrington *et al.* (1991;1996) comparando, numa amostra clínica, a evolução de um grupo apenas depressivo com a de um grupo apenas anti-social e a de um grupo misto (anti-social+depressivo), verificaram que o grupo misto apresentava, no *follow-up*, índices mais elevados de criminalidade e níveis mais elevados de inadaptação geral do que os indivíduos com formas puras de depressão *major*. Porém, Fleming *et al.* (1993), utilizando dados de um estudo epidemiológico e longitudinal, chegaram a uma conclusão bem diferente. De acordo com estes autores, os sujeitos do grupo misto corriam menos riscos de recorrência de episódios de depressão *major* na vida adulta e menor risco de distúrbio afectivo bipolar, mas, em contrapartida, apresentavam maiores riscos de distúrbio de personalidade e de criminalidade adulta. A distinção entre os casos de comorbilidade e os casos puros de distúrbio de comportamento afigura-se, geralmente, muito menos clara (Harrington e Vostanis, 1995; Rutter, 1997). De acordo com Kovacs *et al.* (1993), as crianças e adolescentes que apresentam simultaneamente depressão e distúrbio do comportamento correm riscos mais elevados de suicídio ou de tentativas de suicídio. Esses riscos são particularmente elevados quando os mesmos indivíduos abusam também do álcool (Harrington & Vostanis, 1995).

Recentemente, alguns investigadores têm-se interessado também pela análise da sucessão temporal do comportamento anti-social e dos problemas emocionais e, sobretudo, pela etiologia da comorbilidade entre estes dois tipos de problemas. Contudo, também sobre este ponto os resultados estão longe de permitir conclusões definitivas. Por exemplo, no que se refere à relação entre depressão e comportamento anti-social, há investigadores que referem que a primeira precede o segundo (Block *et al.* 1991; Loeber *et al.* 1998; Rohde *et al.*, 1991; Rutter, 1997), ao passo que outros apresentam dados a favor da posição oposta, ou seja, que a depressão pode ser factor de risco de comportamento anti-social e mesmo de criminalidade (Capaldi, 1991; Nottelmann e Jensen, 1995; Patterson e Stoolmiller, 1991; Puig-Antich, 1982). Do mesmo modo, há estudos a sugerir que a ansiedade é um bom preditor de futuras manifestações de comportamento anti-social (Ialongo *et al.*, 1996), enquanto outros referem que os distúrbios do comportamento são, a longo prazo, bons preditores de distúrbios de ansiedade. Saber se os problemas emocionais são factores de risco ou de protecção do comportamento anti-social (ou vice-versa) constitui, pois, uma questão ainda em aberto.

Finalmente, no que se refere à etiologia da comorbilidade, várias hipóteses explicativas têm sido avançadas (Angold, 1999; Rutter, 1997). A primeira é que cada um destes tipos de problema pode ser causa do outro. A segunda é que os dois tipos de problema não passam de manifestações diferentes de um mesmo processo patogénico subjacente. A terceira é que são expressão de processos patogénicos bem diferenciados. A quarta é que a comorbilidade é um simples artefacto da maneira como a

psicopatologia da criança é conceptualizada e avaliada nos grandes sistemas de classificação. A quinta é que a comorbilidade pode resultar de uma associação dos factores de risco específicos de cada uma destas duas perturbações. Os dados em favor de qualquer destas hipóteses são ainda escassos. Provavelmente devido ao facto do estudo da comorbilidade entre comportamento anti-social e problemas emocionais ter sido, durante muito tempo, quase completamente descurado. No entanto, o seu estudo é importante não só para a definição e diagnóstico de grupos de risco, mas também para a selecção de alvos específicos para futuros programas de prevenção e tratamento desses mesmos grupos. Em particular isso deveria permitir identificar subgrupos com necessidades bem diferenciadas, e levar à definição de uma política de saúde mental mais racional, orientada para estratégias de tipo preventivo, e para a elaboração de programas de tratamento mais eficazes (Scahill *et al.*, 1999).

Em resumo, apesar dos progressos feitos, durante os últimos 15 anos, no estudo da comorbilidade entre problemas emocionais e comportamento anti-social, restam ainda muitas questões por explorar. Estas dizem respeito tanto à extensão e distribuição das taxas de comorbilidade em função do sexo, como à ordem de sucessão destes problemas uns em relação aos outros, ou simplesmente à questão do estatuto nosográfico dos indivíduos que, desde cedo, apresentam, simultaneamente, problemas emocionais e comportamento anti-social. Muitos dos estudos até agora efectuados, sobretudo os mais antigos, têm recorrido a grupos especiais de crianças (v.g., crianças em tratamento) e utilizado metodologias transversais. Ora, como notam Thomas & Chess (1984), os estudos transversais são excelentes para se examinar as relações funcionais entre diversas variáveis numa população tomada como um todo, mas revelam-se insuficientes para identificar e analisar padrões de continuidade e mudanças de comportamento em cada indivíduo. O esclarecimento dos problemas da comorbilidade entre problemas emocionais e comportamento anti-social exigirá, pois, investigações epidemiológicas longitudinais que acompanhem os mesmos indivíduos durante longos períodos de tempo em diversas áreas do funcionamento e inadaptação. Além disso, tem sido frequentemente recomendado que tais estudos incidam tanto em factores de risco como em factores de protecção e se baseiem em informações obtidas de várias fontes através de diversos instrumentos (Notellmann e Jensen, 1995).

OBJECTIVOS

Adoptando essa perspectiva, no presente artigo, examinam-se os dados de um estudo em que, durante um período de 4-5 anos, se seguiu uma larga amostra de alunos das escolas do primeiro e segundo ciclos do concelho de Coimbra. Os seus objectivos foram os seguintes:

1. Documentar empiricamente, através dum inquérito à comunidade, os padrões de comorbilidade entre aqueles dois tipos de problema em três níveis escolares diferentes.

2. Analisar as características que permitirão distinguir a (médio prazo) os indivíduos que apresentam simultaneamente problemas emocionais e comportamento anti-social dos indivíduos que apresentam apenas um ou outro tipo de problemas.

3. Estabelecer os padrões de continuidade, nos casos de comorbilidade, nos

casos com problemas só emocionais e nos casos exclusivamente com comportamento anti-social.

4. E, de modo especial, examinar se a co-ocorrência de problemas emocionais afecta ou altera o padrão de evolução do comportamento anti-social.

METODOLOGIA

219

Os dados, a seguir analisados, são provenientes de um estudo epidemiológico e longitudinal que, inicialmente, envolvia um grande número de crianças e adolescentes do ensino básico público do concelho de Coimbra. Uma das vantagens deste tipo de estudos está em permitir evitar mais facilmente os enviesamentos ou distorções típicos de populações especiais (v.g., crianças e adolescentes encaminhados para Centros de Saúde Mental, ou para escolas e turmas especiais) e, conseqüentemente, facilitar a generalização dos resultados. Efectivamente, como observam Waldman e Slutske (2000), nos estudos que utilizam apenas populações clínicas torna-se difícil compreender a força e as causas da comorbidade, uma vez que os mecanismos subjacentes ao desenvolvimento dos distúrbios são confundidos com os mecanismos que levam à procura de ajuda ou tratamento.

Sujeitos

Embora a maioria dos dados apresentados e discutidos neste artigo diga respeito a um sub-grupo de sujeitos que foram avaliados em *dois* períodos diferentes, separados por um intervalo de 4-5 anos, nalgumas análises utilizaram-se também os indivíduos que foram apenas observados na fase inicial do estudo.

Na *primeira fase* (1992-1993) desse estudo participaram 1586 sujeitos (826 rapazes e 760 raparigas) do 2º, 4º e 6º ano de 32 escolas públicas (26 do 1º ciclo e 6 do 2º ciclo) do concelho de Coimbra. Para a constituição dessa amostra inicial seleccionaram-se primeiro as escolas, tendo em conta a sua origem urbana e rural, em seguida, escolheu-se um número de alunos dessa escola, em função do número total de turmas em cada escola; finalmente, incluíram-se na amostra todos os alunos de cada turma seleccionada (cf. Simões *et al.*, 1995, para uma descrição mais detalhada da metodologia).

Na *segunda fase* (1996-1997) do estudo, a população alvo era constituída apenas pelos alunos que, na primeira fase, se encontravam no 2º ano de escolaridade e que, 4-5 anos mais tarde, foram de novo avaliados nas suas escolas ou nas suas famílias. Devido à impossibilidade de se localizarem alguns desses alunos, a amostra final limitou-se a 433 sujeitos (233 rapazes e 200 raparigas), o que representa uma taxa de participação de 97%, que é igual ou mesmo superior à geralmente conseguida neste tipo de estudos. Convém, no entanto, referir que, embora a taxa de participação dos alunos no *follow-up* tenha sido muito elevada, nem todos os sujeitos responderam a todas as medidas utilizadas na segunda fase do estudo.

Instrumentos

Para avaliar estes alunos utilizou-se um vasto leque de medidas, entre as quais constavam questionários de psicopatologia geral, medidas específicas de comporta-

mento anti-social e de problemas emocionais, bem como provas de rendimento escolar. Alguns instrumentos foram utilizados nas duas fases de investigação, enquanto que outros foram usados apenas numa ou noutra fase deste estudo.

Na primeira fase (1992-1993), administrou-se o questionário de problemas de comportamento de Achenbach, na sua versão para pais — CBCL (Achenbach, 1991a) e na sua versão para professores — TRF (Achenbach, 1991b), e um questionário de comportamentos anti-sociais referidos pelos próprios alunos (SRA), originalmente elaborado por Loeber e colaboradores (1989). Além disso, pedia-se aos pais e professores que respondessem a diversas perguntas sobre o nível de desempenho escolar de cada aluno, utilizando para esse efeito uma folha anexa ao CBCL e ao TRF, com diversas questões.

As características psicométricas destes instrumentos foram anteriormente examinadas em diversas publicações (Albuquerque *et al.*, 1999a e Albuquerque *et al.*, 1999b; Fonseca *et al.*, 1995a, 1995b, 1995c) e podem considerar-se, de um modo geral, satisfatórias. Em particular, os questionários de Achenbach permitem obter, além dum Índice de psicopatologia geral, um Índice de problemas emocionais (*internalizing cluster*), constituído pelas escalas de Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas e Isolamento e um Índice de comportamento anti-social (*externalizing cluster*), constituído pelas escalas de Agressão e de Delinquência. Dados de alguns estudos recentes referem a sua validade intercultural (Achenbach *et al.*, 2000) e realçam a sua relevância para estudos epidemiológicos e longitudinais. Foi, com base nesses resultados da primeira fase do estudo, que se identificaram os alunos com problemas emocionais e com comportamento anti-social³. Mais concretamente, eram incluídos no grupo emocional os alunos do 2º ano que pontuavam acima do percentil 89 simultaneamente no *cluster* de problemas emocionais do questionário para professores (TRF) e do questionário para pais (CBCL); eram incluídos no grupo anti-social os alunos que no 2º ano se situavam acima do percentil 89 no *cluster* de comportamento anti-social ou da expressão exteriorizada do mesmo questionário.

Na segunda fase do estudo (1996-1997), utilizaram-se, além do questionário de Achenbach para pais (CBCL) e do questionário de comportamento anti-social referido pelos alunos (SRA), diversas outras medidas, a saber: o *Questionário de auto-avaliação de Achenbach para crianças e jovens* (YSR) (Achenbach, 1991c), a *Escala Revista de Ansiedade Manifesta* (Reynolds e Richmond, 1978), a *Escala de Ansiedade para Crianças de Spence* (Spence, 1994, 1997, 1998), e uma *Escala de Depressão para Crianças e Adolescentes* (Birlson, 1981). Qualquer destas provas foi igualmente objecto de estudos anteriores de adaptação à população portuguesa (Fonseca, 1992; Fonseca *et al.*, 1999a, b e c). Além disso, utilizou-se uma *prova de matemática*, uma *prova de compreensão da leitura*, uma *prova de ditado* (Rebelo *et al.*, 1993), e recolheram-se diversas informações relativas a problemas com as autoridades, a dificuldades de aprendizagem e inadaptação escolar ou social em geral. Nessas infor-

³ Para efeito deste estudo utilizaram-se as escalas da solução factorial americana. Isso poderá facilitar as comparações entre os estudos dos diversos países. A validade transcultural da estrutura destes instrumentos tem sido objecto de publicações recentes (Achenbach *et al.*, 2000; Hartman *et al.*, 1999), mas carece ainda de uma demonstração definitiva (Hartman *et al.* 1999).

mações incluíam-se o número de repetências e as notas negativas nas várias disciplinas, aquando da última avaliação, bem como a frequência de utilização de Serviços de Apoio Pedagógico na escola ou de consultas em Serviços Especializados de Saúde Mental.

A utilização de todas estas medidas, relativas a áreas tão diversas de funcionamento dos indivíduos, deveria fornecer uma imagem bastante completa das dificuldades que, a médio ou longo prazo, os alunos com problemas emocionais e/ou comportamento anti-social no início da escola primária encontram e, conseqüentemente, ajudar a definir melhor áreas prioritárias e específicas de intervenção. Além disso, o facto de se utilizarem diversos instrumentos e diversas fontes de informação ajudará a neutralizar possíveis enviesamentos, específicos de um determinado instrumento ou de uma determinada fonte de informação.

PROCEDIMENTO

Os questionários destinados aos alunos foram preenchidos na escola, num horário especificamente reservado para esse efeito. Na *primeira fase* do estudo, essa tarefa era executada pela turma inteira, geralmente numa só sessão, depois de obtida a necessária autorização dos pais. No fim, pedia-se aos alunos para levarem para casa, em envelope fechado, o questionário de Achenbach para pais (CBCL) que, uma vez preenchido, entregariam no Conselho Executivo da respectiva escola, em envelope igualmente fechado. Ao mesmo tempo, pedia-se aos directores de cada uma dessas turmas para preencherem a versão desse questionário para professores (TRF) relativamente a cada um desses alunos. As taxas de resposta foram respectivamente de 88% para os pais e de 97% para os professores.

Na *segunda fase* do estudo, os alunos foram novamente avaliados nas suas escolas mas como, entretanto, se haviam dispersado por diferentes turmas, diferentes anos escolares e até por diferentes estabelecimentos de ensino e diversas regiões do país, a avaliação teve de ser feita geralmente em pequenos grupos. Além disso, prolongava-se por diversas sessões, pois havia mais provas a efectuar. Quanto ao resto, o procedimento utilizado nas duas fases do estudo era muito semelhante. Em particular, no momento da administração das provas, assegurava-se sempre aos alunos a confidencialidade das respostas, garantindo-lhes que em nada influenciariam os seus resultados escolares nem seriam mostradas aos pais ou professores. A estratégia utilizada para o preenchimento dos questionários foi também, em tudo, semelhante à adoptada na primeira fase do estudo, obtendo-se uma taxa de resposta de 81%, valor que não se afasta do habitualmente referido em estudos deste género.

RESULTADOS

Apresentam-se, separadamente, as análises estatísticas relativas às duas fases do estudo. Assim o primeiro conjunto de análises estatísticas envolveu os alunos do 2º, 4º e 6º anos da *primeira fase* desta investigação e incidiu sobre correlações. Pro-

curou-se através dessas análises documentar associações entre problemas emocionais e o comportamento anti-social em diferentes idades e níveis escolares, através de uma análise transversal. Por sua vez, o segundo conjunto de análises diz respeito apenas aos alunos que participaram no *follow-up* e destinam-se basicamente a avaliar se os indivíduos que apresentavam problemas emocionais e comportamento anti-social se diferenciavam, mais tarde, dos seus pares que não apresentavam comorbidade.

Análises relativas à primeira fase

No quadro 1, apresentam-se as correlações entre esses dois tipos de problemas, separadamente para rapazes e raparigas, nos três níveis escolares. Utilizaram-se, para esse efeito, as pontuações no *cluster* emocional e no *cluster* anti-social dos questionários de Achenbach para pais (CBCL) e para professores (TRF). Como por esse quadro se pode ver, os valores obtidos em qualquer dos casos são geralmente bastante elevados e estatisticamente significativos. Nisto, são concordantes com os resultados de estudos anteriores sobre a mesma questão (Verhulst e Van der Ende, 1993).

Quadro 1 — Correlações entre comportamento anti-social e problemas emocionais referidos por pais (CBCL) e por professores (TRF)

Comportamento Anti-social	Problemas Emocionais					
	2º ano		4º ano		6º ano	
	Pais	Professores	Pais	Professores	Pais	Professores
Referido pelos pais (CBCL)	.44*** (.62)***	.19** (.11)	.59*** (.52)***	.09 (.22)**	.50*** (.46)***	.05 (.16)*
Referido pelos profes- sores (TRF)	.07 (-.01)	.33*** (.26)***	.06 (.07)	.32*** (.45)***	.13 (-.03)	.17** (.13)*

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

CBCL=Child Behaviour Checklist; TRF= Teacher Report Form

NB. Entre parentêses encontram-se os valores das raparigas

Ainda de acordo com o mesmo quadro, as correlações mais elevadas surgem no CBCL. Além disso, regista-se um decréscimo em função da idade no TRF (a partir do 4º ano), o mesmo não acontecendo, no CBCL. Não menos interessante é verificar que o padrão de correlações não é idêntico para rapazes e raparigas através desses três níveis escolares. As diferenças entre as correlações dos rapazes e das raparigas aparecem tanto no CBCL como no TRF⁴.

Como complemento a esta análise de correlações entre tipos, muito genéricos, de comportamento anti-social e de problemas emocionais, efectuaram-se também outras análises de correlações sobre medidas mais específicas desses problemas. Os resultados são apresentados no quadro 2 e mostram, igualmente, associações estatisticamente

⁴ Mas as correlações são muito baixas no caso de correlações cruzadas. Por exemplo, no caso de correlações entre comportamento anti-social referido pelos professores e problemas emocionais referidos pelos pais. Isso, é compreensível na medida em que nesses casos, para além dos efeitos da variável sexo, existe também um efeito da fonte de informação.

significativas, entre esses dois tipos de problemas independentemente do ano escolar e do sexo dos alunos.

Quadro 2 — Correlações entre escalas de comportamento anti-social e de problemas emocionais nos 3 níveis escolares

	<i>Isolamento</i>	<i>Queixas somáticas</i>	<i>Ansiedade/depressão</i>
2ºano			
CBCL			
<i>Agressão</i>	.31*** (.38)***	.26*** (.41)***	.51*** (.61)***
<i>Delinquência</i>	.25*** (.43)***	.28*** (.37)***	.45*** (.58)***
TRF			
<i>Agressão</i>	.17** (.12)	.18*** (.18)**	.30*** (.21)***
<i>Delinquência</i>	.34*** (.31)***	.28*** (.19)**	.36*** (.31)***
4ºano			
CBCL			
<i>Agressão</i>	.45*** (.43)***	.28*** (.19)**	.60*** (.55)***
<i>Delinquência</i>	.32*** (.36)***	.26*** (.21)**	.40*** (.39)
TRF			
<i>Agressão</i>	.15* (.25)***	.08 (.31)***	.33*** (.36)***
<i>Delinquência</i>	.33*** (.52)***	.08 (.37)***	.40*** (.53)***
6ºano			
CBCL			
<i>Agressão</i>	.25*** (.32)***	.36*** (.23)***	.47*** (.50)***
<i>Delinquência</i>	.27*** (.26)***	.37*** (.22)***	.41*** (.38)***
TRF			
<i>Agressão</i>	.02 (-.02)	.02 (.13)*	.19*** (.22)***
<i>Delinquência</i>	.15** (.07)	.08 (.37)***	.23*** (.31)***

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

CBCL=Child Behaviour Checklist

TRF= Teachers Report Form

NB. Entre parentêses encontram-se os valores para as raparigas

De acordo com esse quadro, as correlações entre a escala de ansiedade/depressão e as escalas de agressão e delinquência no CBCL, são as mais elevadas. Os valores não parecem variar muito, em função de sexo e do nível escolar. Do mesmo modo, as correlações entre as mesmas escalas do TRF, embora inferiores são em geral, estatisticamente significativas. À semelhança do que se observou no quadro 1, também aqui se registam algumas diferenças nos valores das correlações em função do sexo e

do nível escolar dos sujeitos. Todavia, não se nos afigura possível delinear um padrão bem definido de variações em função dessas suas variáveis.

No conjunto, estes dados de análises transversais efectuadas, na primeira fase do estudo, apoiam a ideia, bastante generalizada, de que os problemas emocionais andam, frequentemente, associados aos problemas de comportamento (Hammen e Compas, 1994). Este padrão de correlações mantém-se, independentemente das medidas e fontes de informações utilizadas ou do nível escolar dos alunos. Uma vez que esses dados são relativos a amostras da comunidade, avaliadas com base em diversas escalas e diferentes fontes de informação, não se pode dizer que tal sobreposição resulte de um enviesamento específico das amostras clínicas ou seja simplesmente um artefacto causado pelo envio à consulta clínica. Do mesmo modo, não se pode pretender que ela seja apenas a consequência de uma abordagem exclusivamente dicotómica da psicopatologia da criança pois as medidas aqui utilizadas eram de natureza contínua. Pelo contrário, esta covariância entre problemas emocionais e comportamento anti-social parece ser um fenómeno real que requer de investigadores e clínicos uma explicação adequada.

Análise relativa à segunda fase (follow-up)

Como já se referiu, na 2ª fase do estudo, participaram apenas os alunos que anteriormente se encontravam no 2º ano, os quais foram distribuídos em 3 grupos, de acordo com os critérios seguintes: um grupo puro de problemas emocionais, constituído pelos indivíduos que pontuam acima do percentil 70 no *cluster* emocional do TRF e do CBCL⁵; um grupo puro de comportamento anti-social, constituído pelos indivíduos que pontuam acima do percentil 70 no *cluster* anti-social do TRF e do CBCL e do questionário de comportamento anti-social referido pelos próprios alunos (*self-report*); e um grupo misto (emocional e anti-social) constituído pelos indivíduos que satisfazem os dois critérios anteriores, simultaneamente.

Estes três grupos, constituídos na primeira fase da investigação, foram comparados nas várias medidas utilizadas na segunda fase da investigação, isto é, 4-5 anos mais tarde. Como o número de variáveis utilizadas na 2ª fase do estudo era bastante elevado e heterogéneo, agruparam-se em diferentes conjuntos, de acordo com a natureza dos problemas a que cada uma delas mais directamente dizia respeito. Os resultados serão assim apresentados em 5 alíneas diferentes: comportamento anti-social, problemas emocionais, psicopatologia geral, dificuldades escolares, outros problemas. Dado o número bastante reduzido de sujeitos incluídos no grupo misto, não se apresentam aqui análises separadas para rapazes e raparigas.

Comportamento anti-social. No quadro 3, encontram-se as médias e os desvios-padrão dos três grupos nas medidas de comportamento anti-social, referido por pais (CBCL) e pelos próprios alunos (SRA e YSR), respectivamente. Além dos valores

⁵ O *cluster* anti-social ou de expressão exteriorizada (*Externalizing Cluster*) do CBCL e do TRF inclui as escalas de Delinquência e de Agressão desses questionários. O *cluster* emocional ou de expressão interiorizada (*Internalizing cluster*) engloba as escalas de ansiedade/depressão, de isolamento e de problemas somáticos desses mesmos questionários (Achenbach, 1991 a; Achenbach, 1991 b).

relativos a essas três medidas gerais, apresentam-se aí igualmente os valores relativos às sub-escalas que as integram. Os resultados de uma análise de variância revelam algumas diferenças entre os três grupos, as quais no entanto, oscilam em função da medida e da fonte de informação utilizadas. Mais concretamente, as únicas diferenças significativas foram obtidas nas sub-escalas de agressão ($F(2,86)=3,252$; $P<.05$) e de vadiagem ($F(2,86)=7,289$; $P<.001$), do questionário de comportamento anti-social (SRA) preenchido pelos próprios alunos. Porém, a diferença entre a variável agressão desaparece quando se fazem comparações *post hoc*, termo a termo.

Quadro 3 — Médias e desvios-padrão nas diversas medidas de comportamento anti-social dos três grupos no follow-up

	Grupo anti-social			Grupo emocional			Grupo misto		
	n	m	dp	n	m	dp	n	m	dp
SRA (total)	39	6.38	9.57	34	2.50	4.60	16	5.00	4.03
<i>Roubo</i>	39	0.84	2.07	34	0.64	1.80	16	0.31	0.60
<i>Consumo de substâncias</i>	39	0.89	2.21	33	0.33	1.42	16	0.62	1.36
<i>Vadiagem***</i>	39	2.51	2.74	34	0.70	1.08	16	2.25	1.84
<i>Agressão*</i>	39	1.53	2.08	34	0.64	0.98	16	1.50	1.09
<i>Danos</i>	39	0.58	1.42	34	0.17	0.62	16	0.31	0.47
CBCL									
<i>Cluster Anti-social</i>	31	11.03	5.94	28	8.64	6.44	14	12.57	9.13
<i>Agressão</i>	31	7.83	4.45	28	6.57	5.25	14	9.42	7.08
<i>Delinquência</i>	31	3.19	2.46	28	2.07	1.60	14	3.14	2.34
YSR									
<i>Cluster Anti-social</i>	39	6.74	4.97	34	5.52	5.10	16	8.31	4.94
<i>Agressão</i>	39	3.17	2.60	34	2.64	2.62	16	4.18	2.73
<i>Delinquência</i>	39	3.56	2.98	34	2.88	3.25	16	4.12	2.55

* $p<.05$ *** $p<.001$

SRA= Self-Report Antisocial Behaviour; CBCL= Child Behaviour Checklist; YSR= Youth Self-Report

Em qualquer das medidas que revelaram diferenças estatisticamente significativas nestas análises, os indivíduos do grupo misto e do grupo anti-social puro apresentavam mais problemas do que os indivíduos do grupo emocional puro. Numerosas diferenças estatisticamente significativas foram também encontradas entre estes 3 grupos e um grupo de controlo, bem adaptado, tirado da mesma amostra. Mas tais comparações estão para além dos objectivos deste artigo.

Problemas emocionais

Como se pode ver pelo quadro 4, os três grupos apresentam resultados muito semelhantes nas diversas medidas de problemas emocionais utilizadas neste estudo. As únicas diferenças significativas foram encontradas na *escala revista de ansiedade manifesta* ($F(2,84)=4,343$; $P<.05$), no *cluster* emocional do questionário de Achenbach para os próprios alunos (YSR) ($F(2,86)=3,399$; $P<.05$) e na escala do CBCL

Quadro 4 — Problemas emocionais no *follow-up*

	Grupo anti-social			Grupo emocional			Grupo misto		
	n	m	dp	n	m	dp	n	m	dp
Depressão (DSRS)	38	21.52	9.72	34	19.26	11.39	16	25.43	11.38
Ansiedade (RCMAS)*	37	11.21	6.26	34	9.00	5.48	16	14.25	6.07
CBCL									
Cluster Emocional	31	10.67	5.67	28	12.82	7.01	14	13.64	5.28
Ansiedade/depressão	31	5.38	3.31	28	5.67	4.04	14	5.78	2.04
Isolamento*	31	3.48	2.07	28	4.92	3.43	14	5.64	3.02
Problemas somáticos	31	2.03	2.04	28	2.57	2.02	14	2.42	1.74
YSR									
Cluster emocional*	39	16.35	9.14	34	12.23	7.97	16	18.18	8.01
Ansiedade/Depressão	39	8.69	5.31	34	6.26	4.47	16	9.31	5.22
Isolamento	39	4.05	2.23	34	3.47	2.46	16	5.18	2.92
Queixas Somáticas	39	3.94	3.78	34	2.76	2.53	16	4.25	2.23

*p<.05

DSRS= Depression Self-Rating Scale; RCMAS= Revised Child Manifest Anxiety Scale; CBCL=Child Behaviour Checklist; YSR=Youth Self Report

(F (2,70)=3,413; P<.05). Porém, quando se faz a correcção de Bonferroni apenas as diferenças na Escala de Ansiedade Manifesta continuam estatisticamente significativas. Os resultados de uma comparação *a posteriori* (teste de Scheffé), mostraram que os sujeitos do grupo misto apresentam *scores* estatisticamente mais elevados do que os seus colegas do grupo emocional na Escala de Ansiedade Manifesta.

Provas de rendimento escolar

No quadro 5, encontram-se os resultados relativos a diversas medidas de rendimento escolar utilizadas nesta investigação. Como na segunda avaliação os alunos se encontravam distribuídos por diferentes anos, as provas académicas eram diferentes (v.g., medidas de aritmética específicas para o 4º ano e para o 6º ano). Nesses casos, para facilitar a comparação entre os grupos utilizaram-se pontuações estandardizadas, ou seja, os dados brutos foram transformados em z. A comparação dos três grupos nessas provas não revelou qualquer diferença estatisticamente significativa. Também

Quadro 5 — Problemas escolares dos 3 grupos no *follow-up*

	Grupo anti-social			Grupo emocional			Grupo misto		
	n	m	dp	n	m	dp	N	m	dp
Matemática	35	0.05	1.16	33	-0.09	1.17	15	0.34	1.49
Leitura	37	-0.32	1.18	33	-0.51	1.40	15	-0.12	1.17
Ditado	37	0.09	1.04	33	0.13	1.07	14	0.21	1.14
Dificuldades de aprendizagem referidas pelos pais (tempo2)	29	0.72	1.13	24	1.00	1.06	12	1.00	1.12
Percentagem de repetentes		23%			25%			53%	

não se obtiveram diferenças significativas entre os grupos na variável “dificuldades de aprendizagem” referidas pelos pais.

Ainda no mesmo quadro podem ver-se, em percentagens, os resultados relativos às repetências em cada um desses grupos. A comparação do número de reprovações nos três grupos, através do teste do chi-quadrado, não revelou qualquer diferença estatisticamente significativa, embora a percentagem mais elevada de repetências apareça no grupo misto.

Psicopatologia geral

No quadro 6, apresentam-se os resultados obtidos nos índices de psicopatologia geral, expressos nos *scores* totais do CBCL e do YSR, no tempo 2. A única diferença significativa entre os grupos foi registada no YSR, onde os indivíduos do grupo misto recebem pontuações mais elevadas do que os outros grupos ($F(2,86)=3,65$; $P<.05$).

Quadro 6 — Problemas de psicopatologia geral no *follow-up*

	<i>Grupo anti-social</i>			<i>Grupo emocional</i>			<i>Grupo misto</i>		
	n	m	dp	n	m	dp	n	M	dp
Pontuação Total CBCL (tempo 2)	31	37.25	15.15	28	36.64	17.19	14	44.64	19.67
Pontuação Total YRS*	39	47.10	23.25	34	34.73	23.80	16	51.00	22.86
Descritos pelos pais com problemas (%)			30			48			46.2
Enviados à consulta de psiquiatria ou de psicologia (%)			23.7			27.3			43.8

* $p < .05$

CBCL=Child Behaviour Checklist; YSR=Youth Self Report

Ainda de acordo com o mesmo quadro, as diferenças entre grupos no que se refere à variável Dificuldades de Aprendizagem, referidas pelos pais, e no que se refere ao encaminhamento para consultas em Serviços de Saúde Mental foram examinadas, utilizando-se o teste de chi-quadrado. Os resultados dessas análises não revelaram quaisquer diferenças significativas entre os três grupos nessas variáveis.

Outros problemas

No quadro 7, encontram-se as médias e desvios-padrão dos 3 grupos em diversas outras escalas do CBCL ou do YSR não contempladas nos quadros anteriores. A única diferença significativa entre os grupos ocorre na escala de problemas de atenção/hiperactividade do YSR ($F(2,86)=4,62$; $p<.05$). Subsequentes comparações par a par (*post-hoc comparison* com o teste de Scheffé) mostram que o grupo emocional puro apresenta nesta escala significativamente menos problemas de atenção/hiperactividade do que os outros dois grupos e esta diferença mantinha-se quando se procedia às correcções de Bonferroni. Tal não se verifica, porém, na mesma escala do CBCL.

Quadro 7 — Outros problemas avaliados no *follow-up*

	<i>Grupo anti-social</i>			<i>Grupo emocional</i>			<i>Grupo misto</i>		
	n	m	dp	n	m	dp	n	m	dp
CBCL									
Problemas sociais	31	3.58	2.79	28	4.50	2.51	14	5.00	2.14
Problemas de pensamento	31	1.03	1.66	28	0.78	1.44	14	1.28	1.32
Problemas de atenção	31	5.83	2.67	28	6.53	3.71	14	8.42	3.97
YSR									
Problemas sociais	39	4.61	2.28	34	3.73	3.09	16	4.12	2.70
Problemas de pensamento	39	2.23	2.49	34	1.32	1.96	16	2.56	2.80
Problemas de atenção*	39	5.89	3.11	34	3.85	3.12	16	5.93	2.99
<i>Escala de competências</i>	39	22.05	5.84	34	18.76	6.18	16	20.31	5.27

*p<.05

CBCL=Child Behaviour Checklist; YSR=Youth Self-Report

Como o questionário YSR inclui também um Índice de Competências Sociais e Escolares composto por 16 itens, foi possível comparar os 3 grupos nessa medida. Porém, os resultados não mostraram qualquer diferença significativa.

Em conclusão, nesta longa série de comparações, registam-se diferenças estatisticamente significativas apenas nas Escalas de Problemas de Atenção do YSR e de Absentismo/Vadiagem do SRA, bem como na Escala Revista de Ansiedade Manifesta. Essas diferenças continuam sensivelmente as mesmas quando se controlam, através de uma análise de covariância, o efeito da idade dos sujeitos, bem como o efeito do seu comportamento anti-social ou dos seus problemas emocionais do tempo 1.

ANÁLISE DE VARIÂNCIA COM MEDIDAS REPETIDAS

Como três medidas do tempo 2 (*follow-up*) já tinham também sido utilizadas aquando da primeira medição (*tempo 1*), foi possível, através de uma análise de variância com medidas repetidas, examinar as mudanças que ocorreram em cada uma dessas variáveis nos 3 grupos entre o tempo 1 e o tempo 2. Mais concretamente, foram feitas análises repetidas separadamente para as variáveis problemas emocionais do CBCL, para o comportamento anti-social referido pelos pais (CBCL) e para o comportamento anti-social referido pelos próprios alunos (SRA). Os resultados dessas análises estão sintetizados no quadro 8 e mostram poucas diferenças nas várias comparações. Informação adicional sobre o sentido dessas diferenças pode ver-se também nos gráficos 1 a 4.

Assim, no que se refere aos *problemas emocionais*, regista-se um efeito significativo do tempo de medição ($F(1,70)=10,62$ $p<.01$) e um efeito significativo da variável grupo ($F(2,70)=6,99$, $p<.01$), mas nenhuma interação significativa entre estas duas variáveis. Além disso, verificou-se, em qualquer desses grupos, uma diminuição dos problemas emocionais da primeira para a segunda avaliação (cf. gráfico 1).

No que se refere ao *comportamento anti-social referido pelos pais* (CBCL) verificou-se um efeito significativo da variável tempo ($F(1,70)=44,13$ $p<001$), e uma

Quadro 8 — Valores de *F* relativos à análise de variância com medidas repetidas

	<i>Entre grupos</i>	<i>Nos próprios sujeitos</i>	
		Tempo de avaliação	Tempo x Grupo
CBCL			
<i>Problemas Emocionais</i>	562.65***	10.62**	1.80 ns
<i>Comportamento anti-social</i>	8.17**	44.13***	3.68*
SRA (Total)	2.93 ns	.74 ns	.89 ns
Dificuldades de Aprendizagem	1.30 ns	2.00 ns	.22 ns

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

CBCL=Child Behaviour Checklist; SRA= Self-Report Antisocial Behaviour

interacção significativa entre a variável tempo e a variável grupo ($F(2,70)=3,6$, $p < .05$). Mas não se registou nenhum efeito significativo da variável grupo sobre os comportamentos anti-sociais. Por outras palavras, há uma clara diminuição do comportamento anti-social, mas essa diminuição é menos acentuada no grupo com problemas emocionais (cf. gráfico 4).

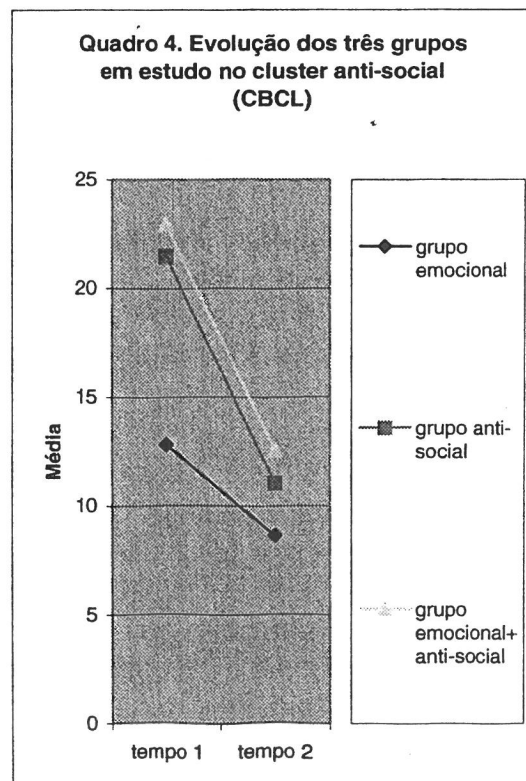
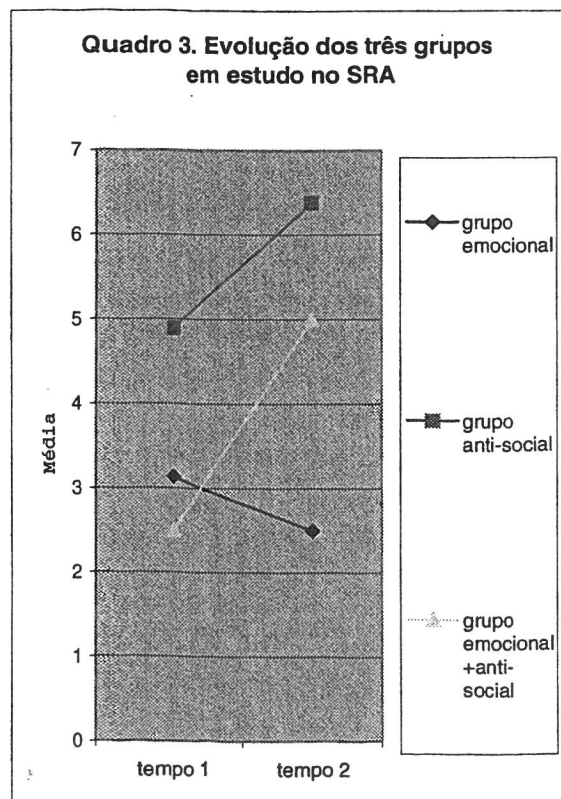
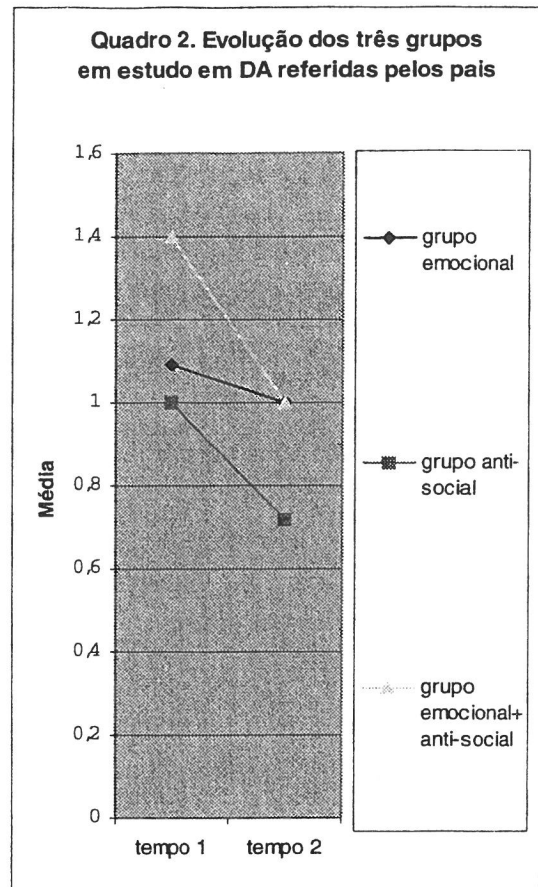
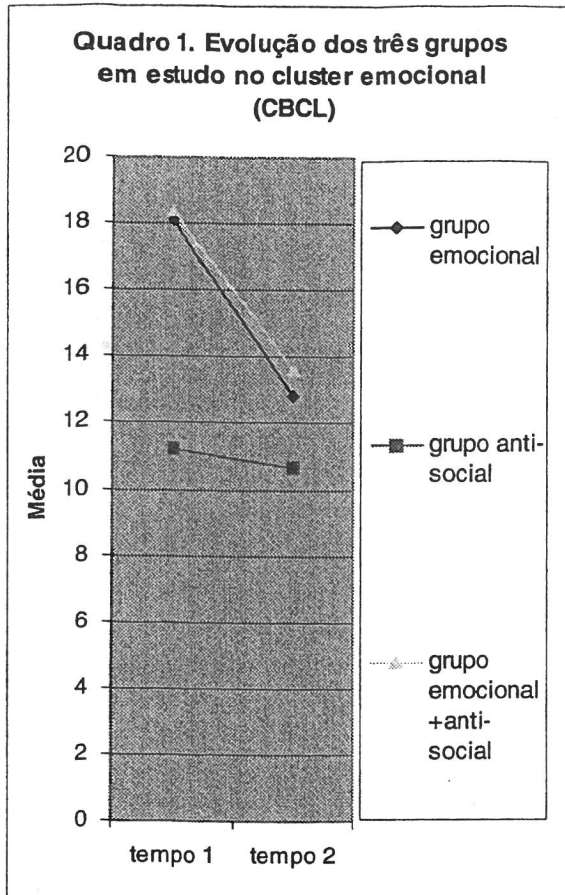
No que se refere ao *comportamento anti-social* referido pelos próprios alunos, registou-se apenas um efeito marginal do grupo ($F(2,85)=2,93$, $p < .06$), mas não se registou nenhum efeito significativo do tempo de medição nem nenhuma interacção significativa entre essas duas variáveis. Além disso, a análise do gráfico 3 revela um aumento destes problemas, com a idade, no grupo anti-social puro e no grupo misto, mas uma ligeira diminuição no caso do grupo emocional. A esse propósito, é interessante notar que o grupo misto se assemelhava ao grupo emocional na primeira fase de avaliação (tempo 1) e ao grupo anti-social puro na segunda fase (tempo 2).

Análises de variância com medidas repetidas foram igualmente efectuadas para investigar as diferenças entre *os três grupos nas dificuldades de aprendizagem referidas pelos pais*, na primeira e na segunda fases do estudo. Mas os resultados não revelaram qualquer diferença significativa entre grupos nem qualquer efeito significativo da variável *tempo de medição* nem qualquer interacção significativa entre essas duas variáveis. Como se pode observar no gráfico 2, há com a idade uma diminuição das dificuldades de aprendizagem, mas esse decréscimo parece ser menos acentuado no grupo exclusivamente emocional do que nos outros grupos.

DISCUSSÃO FINAL

O primeiro objectivo do presente estudo era examinar a relação entre comportamento anti-social e problemas emocionais, numa perspectiva transversal. Para tal, na primeira fase do estudo, utilizou-se uma amostra de indivíduos do 2º ano, do 4º ano e do 6º ano que, em 1992-1993, frequentavam diversas escolas públicas de Coimbra.

10



Os resultados mostraram, em primeiro lugar, que os problemas emocionais e o comportamento anti-social da criança andam frequentemente associados e que essa associação se mantém, desde os primeiros anos da escola primária até à pré-adolescência ou à adolescência. Este padrão de resultados é bastante semelhante, tanto no grupo dos rapazes como no das raparigas. Mas, ao mesmo tempo, referiu-se que essa associação depende das fontes de informação e dos instrumentos utilizados para avaliar esses problemas. Isto reforça a posição dos que defendem que o diagnóstico dessas crianças requer vários instrumentos e fontes de informação e alerta para os riscos da avaliação ficar incompleta ou enviesada, se incidir exclusivamente sobre um ou outro tipo de problemas. Em particular, há o risco de os problemas emocionais dos indivíduos com comportamento anti-social passarem despercebidos, uma vez que as suas manifestações externas são menos notórias ou perturbadoras do meio. Uma outra ilação a tirar destes resultados é que os programas de intervenção neste domínio, para serem bem sucedidos, devem incidir sobre uma grande diversidade de aspectos ou variáveis. Por exemplo, muitas crianças com problemas anti-sociais graves podem beneficiar de programas, orientados mais especificamente para as dificuldades de aprendizagem, para a prevenção do consumo de droga ou para prevenção e tratamento de problemas emocionais. Por outras palavras, devem ser programas de intervenção centrados em múltiplos problemas.

O segundo objectivo deste estudo era examinar se os indivíduos que apresentavam problemas emocionais e comportamento anti-social se diferenciavam dos que apresentavam esses problemas isoladamente. Para esse efeito, os alunos do grupo mais novo (ou seja os que se encontravam no 2º ano aquando da primeira avaliação) foram novamente avaliados, 4-5 anos mais tarde, quando, na sua maioria, se encontravam já, em média, no 6º ano. Esta segunda avaliação incidiu sobre numerosos aspectos do funcionamento desses alunos: rendimento escolar, problemas emocionais, comportamento anti-social, psicopatologia geral, problemas académicos, retenção escolar, utilização de serviços de saúde mental infantil, e frequência de aulas de apoio pedagógico. Particular atenção foi prestada, neste artigo, ao grupo misto (ou seja, ao grupo com comportamento anti-social e problemas emocionais). Os resultados mostram que os sujeitos/alunos deste grupo apresentam, apenas de maneira mais acentuada, as características dos anti-sociais e dos emocionais, sem se diferenciarem deles. À primeira vista, tais resultados parecem contradizer a posição do ICD-10, que estabeleceu uma categoria mista de problemas emocionais e de comportamento anti-social, mas são consistentes com as conclusões de alguns estudos recentemente realizados noutros países (Capaldi e Stoolmiller, 1999; Steinhausen e Reitzle, 1996). Porém, isso não significa que os indivíduos do grupo misto, bem como os indivíduos do grupo emocional puro ou do grupo anti-social puro tenham um bom prognóstico. Efectivamente, os sujeitos de qualquer destes grupos apresentava, no segundo tempo, importantes défices em diversos domínios do seu funcionamento. Sendo assim, os problemas emocionais e o comportamento anti-social das crianças devem ser tomados a sério (Bardone *et al.*, 1996) e não apenas encarados como um fenómeno passageiro e/ou insignificante. Porém, não nos foi possível confirmar a hipótese de que o grupo misto tem uma evolução substancialmente mais negativa do que os outros dois grupos.

O terceiro e o quarto objectivos deste estudo era determinar se os padrões de continuidade dos problemas emocionais e do comportamento anti-social são os mes-

mos nos três grupos identificados neste estudo e, em particular, se a coexistência de problemas emocionais funciona como factor de protecção contra futuros comportamentos anti-sociais. Os resultados mostraram que, de modo geral, havia uma diminuição de problemas com a idade e que as diferenças entre os três grupos tendiam a diminuir da primeira para a segunda avaliação. Além disso, verificou-se que esse padrão de continuidade apresentava também excepções, dependendo da medida e da fonte de informação utilizadas. Por exemplo, registava-se uma diminuição do comportamento anti-social referido pelos pais, mas um aumento da frequência dos mesmos comportamentos referidos pelo próprio indivíduo (*self-report*). A questão que então se coloca é a de saber qual destas duas fontes de informação será a mais objectiva. Dado que, com a entrada na adolescência, os indivíduos passam menos tempo junto dos pais e, portanto, o seu comportamento se torna mais dificilmente observável, é de crer que a informação prestada pelos próprios alunos seja, de facto, a mais realista e completa. Tanto mais que, por natureza, o comportamento anti-social tende a ocorrer longe da vista dos adultos.

Uma questão central neste estudo era analisar o efeito que os problemas emocionais têm na evolução do comportamento anti-social. Os resultados obtidos, embora interessantes, foram algo inesperados: os problemas emocionais parecem funcionar como factor de protecção, no grupo só com problemas emocionais, e como factor de risco no grupo misto. Mas, importa também salientar que esse efeito só se registou nas medidas de comportamento anti-social referido pelo próprio indivíduo (*self-report*) e não nos questionários preenchidos pelos pais (CBCL). À primeira vista, este último resultado parece contradizer a ideia bastante generalizada de que os indivíduos delinquentes, com problemas emocionais, têm uma evolução mais positiva. Mas, quando se procede a uma análise mais pormenorizada, verifica-se que a situação é bastante mais complexa, ou seja, os problemas emocionais parecem funcionar naquele grupo como factores de protecção, na primeira fase de avaliação, e mais tarde, como factores de risco. Seria interessante verificar, através de um estudo longitudinal mais prolongado (e com um leque mais variado de medidas dos dois tipos de problemas), se estes resultados se confirmam. Com efeito, não é de excluir que certos problemas (ou certas diferenças entre os grupos) sejam apenas observáveis em determinadas fases do desenvolvimento ou quando se utilizam determinados métodos ou técnicas de avaliação e diagnóstico. Convém, a esse propósito, não esquecer que as medidas utilizadas para definir o grupo emocional, na primeira fase deste estudo, eram de carácter muito genérico. Com efeito, não se recorreu nessa altura a medidas específicas e independentes de ansiedade ou de depressão e, conseqüentemente, não nos foi possível analisar, por exemplo, se o grupo de alunos com comportamento anti-social e ansiedade tinha um padrão de evolução diferente do grupo com comportamento anti-social e manifestações depressivas. Convém, a esse propósito, não esquecer que os poucos dados empíricos disponíveis sugerem que a depressão e a ansiedade têm evoluções diferentes. Por exemplo, Graham & Rutter (1973) e Rutter (1991) referem que a depressão tende a acompanhar os distúrbios do comportamento, o mesmo não podendo dizer-se acerca da ansiedade nem das fobias da criança. Além disso, é possível que diferenças entre os grupos que diminuem no princípio da adolescência se acentuem novamente, vários anos mais tarde, na juventude ou na vida adulta. Do mesmo modo,

não sabemos até que ponto os resultados obtidos foram afectados pelos dados incompletos encontrados em diversas variáveis do segundo tempo. Estas serão questões a analisar em fases posteriores deste estudo longitudinal.

Entretanto, duas conclusões gerais parecem justificar-se à luz destes dados. A primeira é que o comportamento anti-social e os problemas emocionais surgem frequentemente associados. A segunda é que os indivíduos com esses dois tipos de problemas apresentam, geralmente, vários outros problemas em importantes áreas do funcionamento, os quais não parecem diminuir ou desaparecer espontaneamente com o passar dos anos. Consequentemente, para serem bem sucedidos, os programas de intervenção terão de contemplar esta diversidade de problemas característicos dos alunos que apresentam predominantemente comportamento anti-social ou problemas emocionais.

ABSTRACT

The aim of this paper is to examine the relationship between emotional problems and antisocial behaviour and particularly to assess whether both problems have a poorer prognosis than those with only one of these problems. The study was carried out in two phases. In the first one, 1586 subjects from the 2nd, 4th and 6th grades from several public schools of Coimbra took part. In the second one, that took place 4 years later, only the 445 children, who were initially in the second year, were involved.

Data analysis for the first phase showed that the two types of problems appeared strongly associated, regardless of the factors of age and school grade. Data analysis for the second phase (follow-up) showed that subjects both with emotional problems and antisocial behaviour do not form a group well differentiated from the subjects only with one or the other kind of problems. Furthermore, it was found that, with a few exceptions, emotional problems and antisocial behaviour decreased in frequency with age.

KEY-WORDS: Antisocial behaviour, emotional problems, cross-sectional, longitudinal studies

RÉSUMÉ

L'objectif de cet article était examiner la relation entre les problèmes émotionnels et le comportement anti-social et, particulièrement, vérifier si les élèves qui présentent au même temps ces deux types de problèmes ont un pronostique plus pauvre que les élèves qui présentent l'un ou l'autre de ces problèmes à la fois. L'étude s'est déroulée en deux étapes. Dans la première, ont participé 1586 élèves de 2ème, 4ème et 6ème années de plusieurs écoles publiques de la commune de Coimbra. Dans la deuxième phase, qui a eu lieu 4 ans plus tard, ont participé seulement les 433 élèves qui dans la première phase étaient tous dans la 2ème année. L'analyse des données de la première phase ont montré que ces deux types de problèmes apparaissent associés, indépendamment de l'âge et du niveau scolaire des sujets. L'analyse des données de la deuxième phase de l'étude a montré que les sujets qui ont au même temps des problèmes émotionnels et des troubles de comportement ne forment aucun groupe spécial différent de ceux qui ont seulement des troubles de comportement ou seulement des problèmes émotionnels.

En plus, on a vérifié que avec peu d'exceptions, les troubles émotionnels et le comportement anti-social décroissent avec l'âge et le niveau scolaire.

MOTS-CLÉ: Comportement anti-social, problèmes émotionnels, transversal, longitudinal

BIBLIOGRAFIA

- ACHENBACH, T. M., HOWELL, C. T., McCONAUGHY, S. M. AND STANGER, C. (1995). Six-year predictors of problems in a national sample: III. Transitions to young adult syndromes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 650-669.
- ACHENBACH, Th. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT.
- ACHENBACH, Th. M. (1991b). *Manual for the Teacher report form and 1991 Profile*. Burlington, VT.
- ACHENBACH, T. M. (1991c) *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont: Department of Psychiatry.
- ACHENBACH, Th. M. (1995). Developmental issues in assessment, Taxonomy and Diagnosis of Child and Adolescent Psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.). *Developmental Psychopathology*, vol. 1, (pp. 57-80). New York: Wiley.
- ACHENBACH, Th. M., DUMENCI, L., EROL, N. & ROUSSOS, A C. (2000) Despite the Limitations of Their Data and Analyses, the Hartman *et al.* Results Support the CBCL/TRF Syndrome Structure, *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, (no prelo)
- ALBUQUERQUE, C. P., FONSECA, A. C., REBELO, J. A., RODRIGUES, M. R. & PEREIRA; M. A. (1999). O Inventário de Comportamento da Criança para Professores: Estudo com uma amostra clínica. *Psychologica*, 21, 113-128.
- ALBUQUERQUE, M. C., FONSECA, A. C., SIMÕES, M. R., PEREIRA, M. M., REBELO, J. A. & TEMUDO, P. (1999). Inventário de Comportamento da Criança para Pais (I. C. C. P.) In M. R. Simões, Gonçalves, M. M. & L. S. Almeida (Eds.). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol.II). Braga. (pp. 21-36).
- ANDERSON, J., WILLIAMS, S., MCGEE, R. E SILVA, P. (1989). Cognitive and social correlates of DSM-III disorders in preadolescent children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 842-846.
- ANGOLD, A COSTELLO, E.J. & ERKANLI, A. (1999) Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.
- BARDONE, A., MOFFIT, T., CASPI, A., DICKSON, N & SILVA, P.A. (1996) Adult mental health and social outcomes of adolescent girls with depression and conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 8, 811-829
- BIRD, H.R., GOULD, M.S. & STAGHEZZA, B. (1993). Patterns of Diagnostic Comorbidity in a Community Sample of Children Aged 9 Through 16 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 361-368.
- BIRLSON, P. (1981) The Validity of Depressive Disorder in Childhood and Development of a Self-Rating: A Research Report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 73-78.
- BLOCK, J., GJERDE, P. F. & BLOCK, J. H. (1991). Personality antecedents of depressive tendencies in 18-year olds: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 726-738.
- CAPALDI, D. M. (1991). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: I. Familial factors and general adjustment at grade 6. *Development and Psychopathology*, 3, 277-300.
- CAPALDI, D. M. (1992). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: II. A 2-year follow-up at grade 8. *Development and Psychopathology*, 4, 125-144.
- CAPALDI, D. M. & STOOLMILLER, M. (1999) Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: III. Prediction to young-adult adjustment. *Development and Psychopathology*, 11, 59-84.
- CARON, C. & RUTTER, M. (1991) Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1063-1080.
- CASPI, A. (2000). A criança é o pai do homem: continuidades na personalidade, da infância à vida adulta. *Psychologica*, 24, 19-52.
- COHEN, P., COHEN, J., KASEN, S., VELEZ, C. N., HARTMARK, C., JOHNSON, J., ROJAS, M., BROOK, J. & STREUNING, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence

— I. Age and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34 (6), 851-867.

COIE, J. D., TERRY, R., LENOX, K., LOCHMAN, J. E. & HYMAN, C. (1995). Childhood peer rejection and aggression as predictors of stable patterns of adolescent disorder. *Development and Psychopathology*, 7, 697-713.

COLE, D. A. & CARPENTIERI, S. (1990). Social status and the comorbidity of child depression and conduct disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 748-757.

COIE, J. D. & LENOX, K. F. (1994). The development of anti-social individuals. In D. C. Fowles P. Sutker of Goodman, Sh. H. (Eds.). *Progress in Experimental Personality & Psychopathology research 1994: Special focus on psychopathy and anti-social personality*. New York: Springer.

FERGUSON, D. M. & HORWOOD, L. J. (1993). The structure, stability and correlations of the trait components of conduct disorder, attention deficit and anxiety/withdrawal reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 749-766.

FLEMING, J. E., BOYLE, M. H. & OFFORD, D. R. (1993). The outcome of adolescent depression in the Ontario child health study follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 28-33.

FONSECA, A. C. & MONTEIRO, M. C. (1999). Um Inventário de problemas do comportamento para crianças e adolescentes: o Youth Self-Report de Achenbach. *Psychologica*, 21, 79-96.

FONSECA, A. C. (1992). Uma Escala de Ansiedade para Crianças e Adolescentes. *Revista de Pedagogia*, XXVI, 141-155.

FONSECA, A. C. (1999). A Avaliação Psicológica da Ansiedade em Crianças e Adolescentes: Uma revisão de métodos e instrumentos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXXII, 59-96.

FONSECA, A. C. (1999). Problemas de Ansiedade em Crianças e Adolescentes: Elementos para a sua caracterização e para o seu diagnóstico. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXXII-2, 7-34.

FONSECA, A. C., REBELO, J. A., FERREIRA, J. A., SIMÕES, A. & CARDOSO, F. (1995). O inventário de comportamento da criança para professores — Teacher Report Form. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXIX, 2, 81-102.

FONSECA, A. C., SIMÕES, A., REBELO, J. A., FERREIRA, J. A., CARDOSO, F., & TEMUDO, P. (1995). Hyperactivity and conduct disorder among Portuguese children and adolescents: Data from parent's and teacher's reports. In J. Sergeant (Ed.). *Eunethydis: European Approaches to Hyperkinetic Disorder*. Amsterdam: Fotorotar.

FONSECA, A. C.; REBELO, J. A., FERREIRA, A. G., PIRES, C. L., FORMOSINHO, M. D., SILVA, J. T. & GREGÓRIO, M. H. (1999). Uma nova escala de ansiedade para crianças: A escala de Spence. *Psychologica*, 21, 97-111.

FONSECA, A. C.; REBELO, J. A.; FERREIRA, A.G.; SANCHES; M.F.; PIRES, C.L. & GREGÓRIO, M.H. (1999). Problemas emocionais nos alunos do ensino básico: Frequência, características e evolução. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXXII, 163-186.

FRICK, P. J., LILIENFELD, S. O., ELLIS, M., LONEY, B. & SILVERTHORN, P. (1999). The association between anxiety and psychopathy dimensions in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27 (5), 383-392.

GRAHAM, P. & RUTTER, M. (1973) Psychiatric disorder in the young adolescent: A follow up study. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 66, 1226-1229.

HAMMEN, C. & COMPAS, B. E. (1994) Unmasking unmasked depression in children and adolescents: the problem of comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 14, 585-603

HARRINGTON, R. FUDGE H., RUTTER, M., PICKLES, A. & HILL, J. (1991). Adult outcomes of childhood and adolescent depression. II: links with antisocial disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 434-439.

HARRINGTON, R. C., RUTTER, M. & FOMBONNE, E. (1996). Developmental pathways in depression: multiple meanings, antecedents and endpoints. *Development and Psychopathology*, 8, 601-616.

HARRINGTON, R. & VOSTANIS, P. (1995). Longitudinal perspectives and affective disorder in children and adolescents. I. Goodyer(ed). *The depressed child and adolescent: Developmental and clinical perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press. (311-341).

- HARTMAN, C.^a, HOX, J., EROL, N., MELLENBERGH, G. J., OOSTERLAAN, J., SHALEV, R., AUERBACH, J., FONSECA, A. C., NOVIK, T. S., ROUSSOS, A. C. & ZILBER, N. (1999). Syndrome dimensions of the child behavior checklist and the Teacher Report Form: A critical empirical evaluation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1095-1116.
- HINDEN, B. R., COMPAS, B.E., HOWELL & ACHENBACH, Th. M. (1997) Covariation of the Anxious-Depressed Syndrome During Adolescence: Separating Fact From Artifact. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 6-14.
- HINSHAW, S.P., LAHEY, B.B. & HART, E.L. (1993). Issues and comorbidity in development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 31-49.
- LALONGO, N., EDELSON, G. WERTHAMER-LARSSON, L. CROCKETT, L. & KELLAM, S. (1996). The course of aggression in first-grade children with and without comorbid anxious symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 445-456.
- KAGAN, J. (1994). *Galen's prophecy: Temperament in human nature*. London: Free Association Books.
- KERR, M., TREMBLAY, R.E., PAGANI, L., & VITARO, F. (1997). Boys' behavioural inhibition and the risk of later delinquency. *Archives of General Psychiatry*, 54, 809-816.
- KOLVIN, I., BARRETT, L.M., BHATE, S.R. *et al.* (1991). Issues in the diagnosis and classification of childhood depression. *British Journal of Psychiatry*, 159, (supl.11), 9-21.
- KOVACS, M., GOLDSTON, D. & GATSONIS, C. (1993). Suicidal behaviours and childhood onset depressive disorders: A longitudinal investigation. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 8-20.
- KOVACS, M. & POLLOCK, M. (1995). Bipolar disorder and comorbid conduct disorder in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 715-723.
- LOEBER, R. & STOUTHAMER-LOEBER, M. (1998). Development of juvenile aggression and violence. *American Psychologist*, 53(2), 242-259.
- LOEBER, R. & SOUTHAMER-LOEBER, M. (1999). Developmental aspects of delinquency and internalizing problems and their association with persistent juvenile substance use between ages 7 and 18. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 322-332.
- LOEBER, R., STOUTHAMER-LOEBER, M., VAN KAMMEN, W.B., & FARRINGTON, D.P. (1989). Development of a new measure of self-reported antisocial behavior for young children: Prevalence and reliability. In M. Klein (Eds.), *Cross-national research in self-reported crime and delinquency* (pp. 203-225) Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- MCGEE, R., WILLIAMS, S., FEEHAN, M. (1992) Attention deficit disorder and age of onset of problem behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 487-502.
- MONTEIRO, M. C. & FONSECA, A. C. (1999). Problemas emocionais no ensino secundário: O ponto de vista dos alunos e dos professores. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXXII-2, 187-208.
- NOTTELMANN, E.D., & JENSEN, P.(1995). Comorbidity of Disorders in Children and Adolescents: Developmental Perspectives. *Advances in Clinical Child Psychology*, 17, 109-153.
- Organização Mundial de Saúde (1992). *International Classification of Disease*. Genève: OMS.
- PATTERSON, G. & STOOLMILLER, M. (1991). Replications of a dual failure model for boys' depressed mood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 491-498.
- PUIG-ANTICH, J. (1982). Depression and conduct disorder in prepuberty. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21, 118-128.
- PUIG-ANTICH, J. & GITTELMAN, R. (1982). Depression in childhood and adolescence. In E.S.Paykel (ed.). *Handbook of affective disorders*. London: Churchill Livingstone (pp.379-92).
- QUAY, H.C. (1986). Classification. In H.C. Quay & J.S. Werry (Eds), *Psychopathological Disorders of Childhood*, 3rd ed. (pp.1-34). New York: John Wiley.
- QUAY, H. & LOVE, C. (1977). The effect of a juvenile diversion program on arrests. *Criminal Justice and Behaviour*, 4, 377-396.
- QUINTON, D., RUTTER, M. & GULLIVER, L. (1990). Continuities in psychiatric disorders from childhood to adulthood in the children of psychiatric patients. In L. Robins & M.Rutter (Eds.). *Straight*

- and devious pathways from childhood to adulthood.* Cambridge: Cambridge University Press (pp.259-278).
- REBELO, J. A. (1993). *Dificuldades da leitura e da escrita em alunos do ensino básico.* Rio Tinto: Edições ASA:
- REYNOLDS, C.R., & RICHMOND, B.O. (1978). "What I Think and Feel": A Revised Measure of Children's Manifest Anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6,271-280.
- ROHDE, P., LEWINSHON, P. M., SEELEY, J.R. (1991). Comorbidity of unipolar depression II: Comorbidity with other mental health disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 214-222.
- ROGERS, K. L. (1995). *Postrumatic stress disorders in a sample of conduct disordered youth.* UMI Dissertation Services Simon Frazer University.
- RUTTER, M. (1991) Age changes in depressive disorders: Some developmental considerations. In J. Garber & K. A. Dodge. *The development of emotion and dysregulation.* Cambridge: Cambridge University Press
- RUTTER, M. (1997) Comorbidity: concepts, claims and choices. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 7, 265-285.
- SCAHILL, L., SCHWAB-STONE, M., MERIKANGAS, K., LECKMAN, J. F., ZHANG, H. & KASL, S. (1999). Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (8), 976-984.
- SCHWAB-STONE, M., AYERS, T., KASPROW, W. *et al* (1995) No safe haven: a study of violence exposure in an urban community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1343-1352
- SERBIN, L. A., MOSKOWITZ, D. S., SCHWARTZMAN, A. E., & LEDINGHAM, J. E. (1991) Aggressive, withdrawn and aggressive/withdrawn children in adolescence: Into the next generation. In D.J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 55-70). Hillsdale, NJ: Earlbaum.
- SIMÕES, A., FERREIRA, J. A., FONSECA, A. C. & REBELO, J. A. (1995) Um estudo dos distúrbios do comportamento e dificuldades de aprendizagem no ensino básico: Opções metodológicas. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXIX, 55-68
- SPENCE, S. H. (1994). *The structure and assessment of anxiety in children.* Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Diego, CA.
- SPENCE, S. H. (1997). Structure of Anxiety Symptoms Among Children: A Confirmatory Factor-Analytic Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 2, 280-297.
- SPENCE, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children, *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.
- STEINHAUSEN, H. C. & REITZLE, M. (1996). The Validity of Mixed Disorders of Conduct and Emotions in Children and Adolescents: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 339-343.
- THOMAS, A. & CHESS, S. (1984). Genesis and evolution of behavioral disorders: From infancy to early adult life. *The American Journal of Psychiatry*, 141, 1-9.
- VERHULST, F. C., AKKERHUIS, G.W. & ALTHAUS, M. (1985). Mental Health in Dutch Children: (I) A cross-cultural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72 (supplementum).
- VERHULST, F. C. & VAN DER ENDE, J. (1993). Comorbidity in a epidemiological sample: a longitudinal perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 5, 767-783.
- WALDMAN, I. D. & SLUTSKE, W. S. (2000) Antisocial behavior and alcoholism: A behavioral genetic perspective on comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 20, 255-287
- WALKER, J. L.; LAHEY, B. B.; RUSSO, M. F.; FRICK, P. J.; CHRIST, M.; MCBURNETT, K., LOEBER, R., STOUTHAMER, M., AND GREEN, S. M. (1991). Anxiety, Inhibition, and Conduct Disorder in Children: I. Relations to Social Impairment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 187-191.

ZOCCOLLO, M. (1992). Co-occurrence of Conduct Disorder and Its Adult Outcomes with Depressive and Anxiety Disorders: A review. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 547-556.

