

UNIVERSIDADE POLITÉCNICA – A POLITÉCNICA
Instituto Superior de Humanidade Ciências e Tecnologias- ISHCT

Licenciatura em Psicologia Clínica e Aconselhamento

**Perturbações Psicóticas, Comportamento Desviante e
Rescendência Criminal**

Isa Matos Ernesto Romão Bilae

Quelimane

2022

Isa Matos Ernesto Romão Bilae

**Perturbações Psicóticas, Comportamento Desviante e
Rescendência Criminal**

Exame Oral apresentado ao Instituto Superior de Humanidades Ciências e Tecnologias como requisito parcial para obtenção de grau de licenciatura em Psicologia Clínica e Aconselhamento.

Quelimane

2022

Resumo

A presente pesquisa tem como tema perturbações psicóticas, comportamento desviante e recidiva criminal. tendo em vista que nos dias de hoje tem se verificado um aumento de número de perturbações psicóticas a nível mundial e particularmente em Moçambique, nestes moldes, procurando perceber, realmente o que são as perturbações psicóticas, neste contexto são consideradas um estado em que o indivíduo perde por completo a sua realidade, o seu estado mental fica afetado, onde o indivíduo passa a não pensar corretamente, o seu intelecto fica desorganizado, estas perturbações manifestam-se através de alucinações, delírios, mudanças de humor, que em alguns casos podem ser influenciadas por causas genéticas ou ambientais, não obstante, pela complexidade do tema, irei profundamente abordar sobre as perturbações psicóticas como a esquizofrenia, psicose, transtorno bipolar e depressão psicótica, assim como o comportamento desviante e recidiva criminal, o objetivo geral é compreender as perturbações psicóticas e comportamento desviante e recidiva criminal. que podem resultar por uso de substâncias psicoativas, drogas, como a heroína e cocaína, não só, como anteriormente falado que podem resultar de aspetos biológicos ou ambientais. Fazendo uma análise superficial, existe um grupo alvo, que é a adolescência, que é considerada uma fase do ciclo vital bastante vulnerável e instável, marcada por intensas mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais, é nesta fase em que podemos observar a existência do comportamento desviante, trata-se de uma fase de muita incerteza e inquietações. Que de algum modo afirmo que o maior problema, os jovens adolescentes com comportamento desviante, que estão nesse território moçambicano que precisam de um acompanhamento psicoterapêutico, no que diz respeito ao desvio do seu comportamento, talvez por uso de substâncias psicoativas, que de algum modo alteram o seu intelecto, que de algum modo criam perturbações psicóticas. porque Pessoas que demonstram comportamento desviante podem agir ou se vestir de forma que difere das normas e valores da sociedade em que vivem, há várias causas para o comportamento desviante. Entre elas, o sentimento de alienação em relação à sociedade não só, por não saber do seu estado, podem desencadear um comportamento perigoso, que possam submetê-lo ao mundo do crime, sendo assim um possível resiliente criminal. Com tudo, surge a necessidade de falar da recidiva criminal, e que acordo com abordagem esta ocorre quando a pessoa sofre uma condenação criminal relevante depois da outra. Ou seja, trata-se de um indivíduo que tenha cometido um crime, levado a cadeia, passa por julgamento e entra em liberdade, para convívio na sociedade de forma normal, mas por algum motivo ele comete um outro crime, volta as celas, contudo, Partindo desse artigo, os resultados obtive pretendo melhorar os meus conhecimentos referentes ao tema e posteriormente contribuir na procura de soluções e intervenções de desenvolvimento de programas para ajudar os indivíduos e a sociedade que tem perturbações psicóticas, comportamento desviante e recidiva criminal.

Palavras chaves: Perturbações, Comportamento, Recidiva.

Abstract

The present research has as theme psychotic disorders, deviant behavior and criminal recurrence. In this context, psychotic disorders are considered a state in which the individual completely loses his reality, his mental state is affected, where the individual starts not to think correctly, his intellect becomes disorganized, These disturbances manifest themselves through hallucinations, delusions, mood swings, which in some cases can be influenced by genetic or environmental causes. Nevertheless, due to the complexity of the subject, I will deeply abort on psychotic disorders such as schizophrenia, psychosis, bipolar disorder and psychotic depression, as well as on deviant behavior and criminal recidivism. The general objective is to understand the psychotic disorders and deviant behavior and criminal recidivism. These disorders can result from the use of psychoactive substances, drugs such as heroin and cocaine, but not only, as previously discussed, they can result from biological or environmental aspects. Making a superficial analysis, there is a target group, which is adolescence, which is considered a very vulnerable and unstable phase of the life cycle, marked by intense biological, cognitive, emotional and social changes; it is in this phase that we can observe the existence of deviant behavior, it is a phase of much uncertainty and restlessness. That in some way I affirm that the biggest problem, the young adolescents with deviant behavior, that are in this Mozambican territory that need a psychotherapeutic accompaniment, in what concerns the deviation of their behavior, perhaps by the use of psychoactive substances, that somehow alter their intellect, that somehow create psychotic disturbances. because People that show deviant behavior may act or dress in a way that differs from the norms and values of the society in which they live, there are several causes for deviant behavior. Among them, the feeling of alienation in relation to society, not knowing his status, can trigger dangerous behavior that can submit him to the world of crime, thus being a possible criminal resilient. With all of this, the need arises to talk about criminal resilience, which, according to the approach, occurs when the person suffers one relevant criminal conviction after another. That is, an individual who has committed a crime, is taken to jail, goes through a trial and gets free to live in society in a normal way, but for some reason he commits another crime, returns to the cells, however, Starting from this article, the results I obtained intend to improve my knowledge on the subject and then contribute to finding solutions and interventions to develop programs to help individuals and society that have psychotic disorders, deviant behavior and criminal recidivism.

Keywords: Disorders, Behavior, Rescendency.

Lista de Siglas

TB- transtorno bipolar

ECT- eletroconvulsoterapia

Índice

Capítulo I.....	7
1. Introdução.....	7
Capítulo II	8
2. Perturbações Psicóticas	8
2.1.Tipos de Perturbações Psicóticas	8
2.1.1. Depressão Psicótica.....	8
2.1.2. Tratamento da depressão	9
2.1.3. Psicose.....	9
2.1.4. Esquizofrenia.....	10
2.1.5. Sintomas de Esquizofrenia	11
2.1.6. Subtipos de esquizofrenia.....	12
2.1.7. Diagnóstico da Esquizofrenia.....	13
2.1.8. Critérios Diagnósticos da Esquizofrenia	13
2.1.9. Transtorno Bipolar	15
2.2. Diagnóstico de Transtorno Bipolar	15
2.2.1. Tratamento de Transtorno Bipolar	16
2.2.2. Comportamento Desviante e Reiscidência Criminal	16
2.2.3. Desvios e Adolescência.....	18
2.2.4. Causas de comportamentos desviantes.....	19
2.2.5. Tipologias de Delinquência.....	19
2.2.6. A reincidência criminal	20
2.2.7. Abordagem Psicológica.....	21
2.2.8. Abordagem Social	21
2.2.9. Modelo do controlo social.....	21
2.3. Relação de Perturbações Psicóticas e Comportamento Desviante e Rescindência Criminal	22
Capítulo III	24
3. Conclusão	24
3.1. Referências Bibliográficas	25

Capítulo I

1. Introdução

O presente trabalho tem como tema perturbações psicóticas e comportamento desviante e reincidência criminal. As perturbações psicóticas é um estado em que o individuo perde por completo a realidade, esta pode manifestar-se através de alucinações, delírios, mudanças de humor, que podem ser influenciadas por causas genéticas ou ambientais, ao longo do trabalho falaremos sobre as perturbações psicóticas mais frequentes que são a esquizofrenia, psicose, transtorno bipolar e depressão psicótica. Olhando pelo comportamento desviante entendemos que são acções que violam as regras ou normas de uma determinada sociedade, isto começa por manifestar-se na fase de adolescência, a reincidência criminal é quando o individuo é colocado em liberdade após cometer um crime e volta novamente a cometer o mesmo ou outro tipo de crime por diversas causas.

Assim, para materialização dessa pesquisa, houve a necessidade de obedecer os procedimentos de estruturação de trabalhos de finalização de curso, que obedece a seguinte ordem: Capítulo I: Introdução, contextualização do tema, objectivos e finalidade, Capítulo II: Desenvolvimento, neste capítulo está a fundamentação teórica através da revisão da literatura, Capítulo III: Conclusão e as referências bibliográficas

Não obstante, a presente pesquisa tem como objectivo geral: compreender perturbações psicóticas, comportamento desviante e reincidência criminal. Objectivos específicos: identificar as perturbações psicóticas, descrever as perturbações psicóticas; analisar o comportamento desviante e a reincidência criminal.

Capítulo II

2. Perturbações Psicóticas

Perturbações psicóticas estão associadas a uma deterioração do funcionamento emocional, cognitivo e social, podendo levar a incapacidade a longo prazo. Há também um risco aumentado de suicídio e heteroagressividade principalmente na fase aguda da doença. Estas patologias são altamente estigmatizadas na maioria das culturas, fazendo com que o tratamento e a integração na comunidade sejam difíceis. (Asarnow et al, 2004).

Segundo a edição atual do Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais DSM-V (2014), o diagnóstico das diferentes perturbações psicóticas é feito consoante:

a) A duração da sintomatologia (por exemplo, mais de 6 meses para a esquizofrenia e menos de 1 mês para a perturbação psicótica breve);

b) O perfil de sintomatologia apresentada (por exemplo, vários tipos de sintomas psicóticos na esquizofrenia e apenas delírios na perturbação delirante);

c) A relação entre os sintomas psicóticos e episódios de alterações do humor (isto é, se os sintomas psicóticos ocorrem durante ou se estendem além de um episódio de perturbação do humor);

d) A etiologia (isto é, se os sintomas psicóticos são resultantes do consumo de substâncias psicoativas como a fenciclidina, ou se se devem a uma condição médica conhecida).

2.1. Tipos de Perturbações Psicóticas

2.1.1. Depressão Psicótica

Depressão psicótica é definida pela ocorrência de delírios ou alucinações durante um episódio de depressão maior. Textos sugerem que sintomas psicóticos ocorrem em cerca de 15% de todos os pacientes com depressão (Kaplan & Sadock, 1995).

Além disso, os sintomas psicóticos aparecem em mais de 25% dos pacientes deprimidos admitidos em hospitais (Coryell & Spitzer, 1978). Na literatura, encontram-se inúmeras discussões e controvérsias a respeito das características clínicas e sintomas psicóticos, assim como se este transtorno seria um subtipo de depressão ou uma síndrome distinta. Quando comparada com episódio depressivo não psicótico, a depressão psicótica é

mais grave, apresenta pontuação mais elevada na Escala de Hamilton para Depressão (Ham-D).

Geralmente está relacionada com distúrbio psicomotor e, freqüentemente, associada com sentimento de culpa intenso, prejuízo cognitivo acentuado e maior risco de suicídio (Schatzberg & Rothschild, 1992). Existe associação entre a presença de sintomas psicóticos e suicídio nosocomial em paciente com depressão endógena, embora outro estudo sobre suicídio após alta hospitalar não aponte para esta relação (Coryell, 1996).

2.1.2. Tratamento da depressão

A maioria das informações sobre o tratamento da fase aguda da depressão psicótica é baseada em estudos abertos ou retrospectivos, porém, mais recentemente, apareceram alguns estudos duplo-cegos. De uma forma geral, a literatura aponta algumas conclusões razoáveis a respeito do tratamento somático de depressão psicótica (Schatzberg & Rothschild, 1992), mas a luz da natureza da patologia, para o seu tratamento deve -se o uso de fármacos antidepressivos (Fluxitina, Biperdeno, co-amilorido, flufinazina, lítio ou valproato de sódio) e outros, uso da terapia cognitiva comportamental, aplicação da psico-educação, e apoio familiar, para total acompanhamento do transtorno.

1. Pacientes com depressão psicótica apresentam uma resposta pobre ao placebo. A taxa de resposta ao placebo parece ser maior em pacientes com depressão não-psicótica.

2. Em contraste com pacientes com depressão não-psicótica, aqueles com depressão psicótica apresentam baixa resposta aos antidepressivos tricíclicos quando estes são administrados em monoterapia.

3. Pacientes com depressão psicótica que não respondem aos antidepressivos tricíclicos respondem bem à eletroconvulsoterapia (ECT).

2.1.3. Psicose

Segundo Garrabé, (2004:28) refere que o termo “psicose” foi criado pelo psiquiatra austríaco Ernst V. Feuchtersleben, em 1845, para designar as manifestações psíquicas da doença mental, especificando-as em relação às supostas alterações do sistema nervoso que, em certos casos, as provocavam (chamadas, estas, de “neurose”). Vale dizer, o termo “psicose” foi criado, no âmbito da medicina mental, justamente para especificar o “psíquico” como distinto do neuronal e, nessa condição, como objeto que especifica a psiquiatria. Independente da suposição de que em toda psicose (toda manifestação psíquica) houvesse

uma neurose (uma modificação no sistema nervoso que causava as manifestações psíquicas), o campo delimitado pelo advento dessa noção foi a possibilidade de descrever, classificar e tratar “diversas psicoses sem nos preocuparmos com as alterações do sistema nervoso que as provocam”.

Dai que pode-se afirmar que a psicose, é uma perturbação da mente, ondem o individuo perde por completo a sua realidade, através de delírios e alucinações.

Os critérios psiquiátricos que se tornaram clássicos para caracterizar a psicose foram os seguintes: a gravidade dos transtornos, conduzindo a deficiências importantes ou incapacitação; a ausência de consciência de morbidade dos distúrbios (por exemplo, a convicção inabalável do delirante em seu delírio, a ausência de crítica do maníaco, ambos admitindo que precisam de tratamento); o caráter estranho e bizarro dos distúrbios, que produzem no entorno um mal-estar ligado a essa estranheza; a dificuldade de comunicação ou mesmo a incomunicabilidade total do psicótico; a volta ou o fechamento sobre si mesmo, que se acompanha de uma ruptura com o entorno e com a realidade; tudo isso culminando em uma perturbação profunda da relação do sujeito com a realidade, da qual os delírios e alucinações são sintomas (Postel,2003).

2.1.4.Esquizofrenia

Segundo o DSM-IV-TR (1994), a Esquizofrenia é uma perturbação mental caracterizada pela dissociação entre o pensamento do paciente e a realidade física do seu próprio corpo ou do ambiente em que ele se encontra. Tal perturbação tem uma duração mínima de meses, incluiu no mínimo um mês de sintomas da posse activa.

Ela inclui delírios, alucinações, discurso e comportamento desorganizados e distorções grosseiras na avaliação da realidade. A capacidade mental, resposta afectiva, capacidade de reconhecer a realidade, a comunicação e o relacionamento com os outros estão prejudicados.

A esquizofrenia é como um grupo de psicoses, sendo a doença caracterizada por um tipo específico de alteração do pensamento, dos sentimentos e da relação com o meio exterior (D’agord,2005). O autor, acrescenta ainda que o processo associativo sofre alteração na maneira como discorre, não há continuidade no discurso. Enquanto no processo normal de pensamento o conteúdo cognitivo se combina para fazer a associação, na esquizofrenia esse conteúdo é percebido de maneira isolada, não se combinam ou faz-se combinações ineficazes. Como resultado, o pensamento se torna confuso, fragmentado. Na fala do paciente

esquizofrénico percebe-se ideias que não tem entre si nenhuma relação, pode ocorrer também a condensação de várias ideias em uma. Devido a essa alteração das funções de associação e afecto, a relação do paciente esquizofrénico com o mundo exterior acaba ficando enfraquecida, pois a sua vida interior assume uma importância patológica.

Por outro lado, de acordo com o CID-10 (1993), a esquizofrenia em geral é caracterizada por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção e por afecto inadequado ou embotado. Os pensamentos, sentimentos e actos mais íntimos são sentidos como conhecidos ou partilhados por outros e podem se desenvolver delírios explicativos, a ponto de que forças naturais ou sobrenaturais trabalhem de forma a influenciar os pensamentos e as acções do indivíduo atingido pela doença, de formas que são muitas vezes bizarras. As alucinações, especialmente auditivas, são comuns e podem comentar sobre o comportamento ou os pensamentos do paciente.

2.1.5.Sintomas de Esquizofrenia

De acordo com Palmeira (2013:39) na esquizofrenia existem dois tipos de sintomas; os sintomas positivos ou psicóticos (como delírios e alucinações), que são vistos como os sintomas que estão relacionados directamente ao surto psicótico, são as fantasias que o paciente acaba criando no decorrer da doença, e os sintomas negativos (como apatia, embotamento, pobreza do discurso), que estão relacionados à fase crónica da doença, também são chamados de sintomas deficitários pois trazem a deficiência de algumas funções mentais e comportamentais.

Por outro lado, Bleulerem 1911, descreveu os quatro sintomas principais da esquizofrenia, conhecidos como os 4 A's de Bleuler, sendo eles: afrouxamento dos nexos associativos do pensamento, ou seja, as ideias são associadas de maneira errónea; autismo, caracterizado pelo isolamento social, dificuldade de relacionamento, comportamento introspectivo; afecto embotado, que se caracteriza pela redução das expressões emocionais, com gestos da comunicação escassos ou artificiais e avolição, que significa ausência de vontade, a desmotivação e apatia são observados com frequência no comportamento (Pereira, 2000).

Posterior a Bleuler, em 1948, Schneider denominou “os sintomas de primeira ordem”, que são sintomas bastante significativos para o diagnóstico da esquizofrenia. São eles: ouvir os próprios pensamentos (sonorização do pensamento); roubo do pensamento; difusão do pensamento (o paciente acredita que seus pensamentos são ouvidos pelos outros);

vivências de influência (o paciente sente uma força ou um ser externo agindo sobre seu corpo); percepção delirante e alucinações (Elkis, 2000).

Segundo Dalgalarrondo (2000:204) esses sintomas de primeira ordem indicam uma profunda modificação da relação do paciente com o mundo exterior, uma danificação significativa dos limites que permeiam o eu em relação ao mundo, ocorre uma perda marcante da dimensão da intimidade, do mundo interior.

Entretanto, pode dizer-se que os principais sintomas da Esquizofrenia podem ser agrupados em dois grandes tipos, os positivos e os negativos. Os sintomas positivos reflectem um excesso ou distorção das funções normais, estão incluídos os delírios, as alucinações, as alterações no comportamento, anormalidades na forma de se movimentar e o discurso desorganizado, enquanto que os sintomas negativos estão relacionados a uma diminuição ou perda da vontade ou iniciativa, falta de expressão emocional, isolamento social e falta de autocuidado.

2.1.6.Subtipos de esquizofrenia

De acordo com o CID-10 (1993), a esquizofrenia é dividida em seis principais subtipos:

- ❖ **Esquizofrenia paranóide:** é a mais comum. O quadro clínico é dominado por delírios, alucinações e perturbações da percepção. Delírios de cunho persecutório, religioso, de grandeza estão entre os mais frequentes. Outros sintomas bastante comuns são as vozes de comando e alucinações auditivas e visuais. Os sintomas negativos nesse tipo de esquizofrenia não dominam o quadro clínico, mas podem aparecer.
- ❖ **Esquizofrenia hebefrénica:** ao contrário do subtipo paranóide, as alucinações e delírios estão presentes, mas não são usualmente proeminentes. O que está em jogo é a perturbação no campo do afecto e da vontade. As mudanças afectivas são relevantes, o afecto é superficial e inadequado. O pensamento é desorganizado, o discurso é vago e incoerente. Há uma tendência ao isolamento. Essa forma de esquizofrenia tende a ter um prognóstico pobre por conta do rápido desenvolvimento dos sintomas negativos.
- ❖ **Esquizofrenia catatónica:** o paciente diagnosticado com esquizofrenia catatónica mostra um quadro de apatia. As perturbações psicomotoras proeminentes são os aspectos essenciais e dominantes e podem se alternar entre extremos tais como hipercinesia e estupor ou obediência automática e negativismo. Atitudes e posturas

forçadas podem ser mantidas por longos períodos. Episódios de agitação violenta podem ser um aspecto notável da condição.

- ❖ **Esquizofrenia indiferenciada:** essa forma deve ser usada somente para condições psicóticas e após ter sido feita uma tentativa de classificar a condição em uma das três categorias anteriores. Quando não se adequa a nenhum dos subtipos acima ou quando apresenta aspectos de mais de um deles, sem uma clara predominância de um conjunto de características diagnósticas em particular.
- ❖ **Esquizofrenia residual:** é definida como o estágio crônico no desenvolvimento de um transtorno esquizofrénico, no qual houve uma progressão clara de um estágio inicial para um estágio mais tardio, caracterizados por sintomas negativos de longa duração, embora não necessariamente irreversíveis. Os sintomas negativos são proeminentes, há retardo psicomotor, afecto embotado, passividade, autocuidado e desempenho social empobrecido são alguns sintomas.
- ❖ **Esquizofrenia simples:** é um transtorno incomum, no qual há um desenvolvimento insidioso, mas progressivo de conduta estranha, incapacidade para atender as exigências da sociedade e um declínio no desempenho total. Delírios e alucinações não são evidentes e o transtorno é menos obviamente psicótico do que os subtipos hebefrénico, paranóide e catatónico.

2.1.7. Diagnóstico da Esquizofrenia

Para que seja diagnosticada a esquizofrenia, é necessário que dois ou mais sintomas sejam observados por no mínimo um mês, sendo que pelo menos um desses sintomas deverá ser delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatónico ou sintomas negativos (apatia, embotamento e pobreza do discurso). Por um período significativo de tempo desde o aparecimento da perturbação, os níveis de funcionamento no trabalho, nas relações interpessoais ou no autocuidado, devem estar abaixo do nível que costumava-se atingir para se caracterizar o diagnóstico (DSM-V, 2014).

2.1.8. Critérios Diagnósticos da Esquizofrenia

De acordo com o DSM V (2014), os critérios para o diagnóstico da esquizofrenia são:

Critério A -Dois (ou mais) dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3):

1. Delírios; 2. Alucinações; 3. Discurso desorganizado. 4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico e 5. Sintomas negativos (por exemplo, expressão emocional diminuída ou avolia).

Critério B - Por período significativo de tempo desde o aparecimento da perturbação, o nível de funcionamento em uma ou mais áreas importantes do funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, está acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início se dá na infância ou na adolescência, incapacidade de atingir o nível esperado de funcionamento interpessoal, acadêmico ou profissional).

Critério C -Sinais contínuos de perturbação persistem durante pelo menos, seis meses. Esse período de seis meses deve incluir no mínimo um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que precisam satisfazer ao Critério A (sintomas da fase activa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais.

Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas listados no Critério A presentes em uma forma atenuada (p. ex., crenças esquisitas, experiências perceptivas incomuns).

Critério D - Transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas são descartados porque 1) não ocorreram episódios depressivos maiores ou maníacos concomitantemente com os sintomas da fase activa, ou 2) se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase activa, sua duração total foi breve em relação aos períodos activo e residual da doença.

Critério E - A perturbação pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.

F* -Se há história de transtorno do espectro autista ou de um transtorno da comunicação iniciado na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é realizado somente se delírios ou alucinações proeminentes, além dos demais sintomas exigidos de esquizofrenia, estão também presentes por pelo menos um mês (ou menos, se tratados com sucesso).

2.1.9. Transtorno Bipolar

É uma condição psiquiátrica caracterizada por alterações graves de humor, que envolvem períodos de humor elevado e de depressão (polos opostos da experiência afetiva) intercalados por períodos de remissão, e estão associados a sintomas cognitivos, físicos e comportamentais específicos (DSM –V , 2014)

De acordo DSM –V (2014), o transtorno se diferencia em dois tipos principais: o tipo I, em que a elevação do humor é grave e persiste (mania), e o tipo II, em que a elevação do humor é mais branda (hipomania). A utilização do especificador “com características mistas” se aplica aos estados em que há a ocorrência concomitante de sintomas maníacos e depressivos, embora estes sejam vistos como polos opostos do humor. Já o quadro de Transtorno Ciclotímico se caracteriza pela alternância entre períodos hipomaníacos e depressivos ao longo de pelo menos dois anos em adultos (ou um ano em crianças) sem, entretanto, atender os critérios para um episódio de mania, hipomania ou depressão maior.

2.2. Diagnóstico de Transtorno Bipolar

O DSM –V (2014) apresenta o transtorno bipolar e transtornos relacionados separadamente dos transtornos depressivos – colocando-o entre os capítulos que abordam os transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos e o capítulo sobre os transtornos depressivos – em consideração ao seu lugar como “ponte” entre essas duas lasses diagnósticas, no que se refere à sintomatologia, história familiar e fatores genéticos. O DSM-V inclui os seguintes diagnósticos: transtorno bipolar tipo I, transtorno bipolar tipo II, transtorno ciclotímico.

- ❖ **Transtorno bipolar tipo I:** Distúrbio de humor em que se verifica a ocorrência de pelo menos um episódio maníaco, que pode ter sido precedido ou sucedido de episódios hipomaníacos ou depressivos.
- ❖ **Transtorno bipolar tipo II:** Distúrbio de humor recorrente, constituído por um ou mais episódios depressivos maiores e pelo menos um episódio hipomaníaco.
- ❖ **Transtorno ciclotímico:** Distúrbio de humor cujas características diagnósticas são essencialmente as mesmas que as de mania, hipomania ou depressão. Contudo, evidências provenientes da história clínica e de exames físicos ou laboratoriais, aponta que: (a) os sintomas se desenvolveram durante ou logo após a intoxicação por substância ou exposição a uma medicação; (b) a substância/medicamento envolvido é capaz de produzir tais sintomas.

2.2.1. Tratamento de Transtorno Bipolar

O tratamento farmacológico de Episódios Depressivos agudos do TB incluem o lítio, lamotrigina e quetiapina como monoterapia, ou a combinação de inibidores seletivos da recombinação de serotonina (SSRI) com olanzapina, lítio ou divalproato, além da combinação desses dois últimos ou os mesmos combinados à bupropiona. A monoterapia com divalproato ou lurasidona foi caracterizada como tratamento de segunda linha, além da combinação de quetiapina com SSRI, modafinil adjunto e lítio ou divalproato com lamotrigina ou lurasidona (DSM –V, 2014).

Apesar de ser o tratamento mais comum para os Episódios Depressivos no TB, o uso de antidepressivos no TB ainda é uma área controversa em psiquiatria. Uma meta-análise que incluiu 15 ensaios clínicos randomizados demonstrou a eficácia de antidepressivos comparados a placebo no tratamento da depressão no TB. Além disso, as evidências encontradas não deram suporte à associação do uso de antidepressivos com o aumento do risco de viradas maníacas, contrastando com estudos anteriores (DSM –V, 2014).

As intervenções psicossociais têm um papel importante no tratamento ajunto à farmacoterapia. Tem sido demonstrado que grupos de psicoeducação e psicoterapia nas abordagens cognitivo-comportamental e interpessoal tem efeitos benéficos no tratamento de episódios agudos de depressão, assim como no tratamento de manutenção do TB (Knapp & Beck, 2008).

Particularmente, o tratamento do TB na terapia cognitivo-comportamental combina técnicas de psicoeducação, visando informar o paciente sobre o transtorno e aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso, com estratégias comportamentais para monitorar as oscilações de humor, controlar a estimulação, técnicas de resolução e problemas e redução de estresse, além de estratégias cognitivas de reestruturação de pensamentos disfuncionais (Knapp & Beck, 2008). Os efeitos dessas intervenções incluem diminuição do número de recaídas, da flutuação do humor, da necessidade de medicamentos e hospitalizações, além de melhora no funcionamento e na aderência à medicação.

2.2.2. Comportamento Desviante e Reiscidência Criminal

A definição comportamento desviante pode ser interpretada como qualquer comportamento que implica uma transgressão ou violação de normas ou expectativas de um

grupo de indivíduos ou da comunidade (Fonseca, Simões, Rebelo, & Ferreira, 1995). A desviância consiste na transgressão de uma norma social.

Este será o conceito que iremos utilizar para a presente investigação, uma vez que é abrangente o suficiente para incluir não só os comportamentos que constituem violações das normas legais mas também os que violam as normas sociais, apesar de não serem puníveis legalmente (Sanches & Gouveia-Pereira, 2010).

Designações como perturbações do comportamento, distúrbios de comportamento ou distúrbio de personalidade antissocial constituem classificações no âmbito da psicologia e consistem em comportamentos persistentes e graves de violação das normas sociais (Fonseca, Simões, Rebelo, & Ferreira 1995). Estas designações referem-se à violação de normas sociais em vigor que podem ou não estar estabelecidas pela lei.

De acordo com Fonseca (2000:9) o comportamento antissocial abrange comportamentos que vão desde a oposição e mentira, até crimes graves contemplados no código criminal. Estes comportamentos passam a ser considerados inadequados ou patológicos quando se apresentam com muita frequência ou com grande intensidade ou, ainda, durante um longo período de tempo.

O termo comportamento antissocial é muito abrangente, referindo-se a um espectro lato de atividades como fugas, agressão, furto, roubo, vandalismo, e outros atos que violam as normas da sociedade em que o jovem se (des)insere (Negreiros, 2001), .

Segundo Lemos & Rutter (2010:117) definem o conceito de comportamento antissocial como uma característica dimensional que as pessoas podem manifestar num grau maior ou menor e que diz respeito a um vasto espectro de comportamentos que violam as normas sociais e/ou as leis. Por sua vez, a delinquência juvenil traduz-se na violação da lei, através da realização de atos realizados por crianças ou adolescentes.

Estes atos podem envolver a destruição ou roubo de propriedade, a prática de crimes violentos contra pessoas, posse ou venda de álcool ou drogas, posse ilegal de armas, e ainda comportamentos que apenas são considerados como desviantes para os indivíduos que não atingiram a maioridade, como é o caso da vadiagem, fuga de casa, posse ou uso de álcool. Assim, o termo comportamento delinquente é mais restrito que o definido anteriormente, estando associado ao enquadramento jurídico-penal, e focando-se nos atos que podem ser alvo de sanção (Kelly, 1997).

Um delinquente é um indivíduo que realiza um ato qualificado como delituoso pela sociedade, na qual este ato é perpetrado. No entanto, não nos podemos esquecer que a delinquência, seja ou não juvenil, não deixa de ser um conceito legal (Born, 2005).

O rótulo de “delinquente” não pode automaticamente acrescentar ao indivíduo mais informação que o facto de ter cometido um (ou mais) atos que violaram a lei (Quay, 1990).

As estatísticas oficiais raramente relatam um início da atividade delincente antes dos 12 anos; as idades aproximadas aos 15 anos são referidas com mais frequência, estando associadas ao início da atividade delituosa. Torna-se por isso relevante compreender a adolescência enquanto fase privilegiada do desenvolvimento humano e a sua associação com o comportamento delincente (Negreiros, 2003).

2.2.3.Desvios e Adolescência

De acordo com Martins (2005:129), a adolescência consiste numa fase de transição, na qual ocorrem transformações de carácter físico, social (mudanças na relação com os pais, amigos e sexo oposto) e psíquico (mudanças ao nível cognitivo e no modo de se ver a si próprio).

Considerando que a adolescência é um período de muitas incertezas e inquietações, decorrentes das diversas fases pelas quais o jovem tem de passar, o que acontece muitas vezes é que o adolescente desafia algumas regras, criando assim conflitos nas relações, o que não é um problema se tal facto não se tornar consistente, mais agressivo e continuado no tempo (Kelly & Simões, 2007).

No entanto, a persistência progressiva destes comportamentos desviantes apresenta consequências graves não só para o jovem como para aqueles que são afetados pelo mesmo e para o meio envolvente. Desta forma, é assente que um possível comportamento de risco que tende a estar associado à adolescência é a delinquência (Simões, 2007).

A tendência para o início da atividade delituosa parece acontecer por volta dos 14 anos e a propensão para o pico da atividade delincente por volta dos 17-18 anos (Caspi, 2000).

As perturbações do comportamento têm as primeiras manifestações no início da infância, embora cerca de metade dos casos surja durante a adolescência(Negreiros, 2001).

Aumento notório da delinquência no período da adolescência, a par do aumento da criminalidade nesta fase, o que acontece como consequência do enfraquecimento das fontes de controlo social, familiar e comunitário, entre outros fatores (Negreiros, 2001).

2.2.4.Causas de comportamentos desviantes

Segundo a visão do blog (Nextews, 2020) existem muitas causas, mas destacam três principais fontes primária pelo qual um comportamento adolescente público além dos limites que podem submeter o individuo abismo:

1. **A desigualdade social:** Este fenómeno está enfrentando criança ainda na escola primária: colegas vestido melhor do que ele fez, eles têm mais dinheiro de bolso e assim por diante. Menor sente pobre. Ele não pode desenvolver plenamente as suas capacidades e talentos por causa da falta de bens materiais. Mesmo auto-realização, por vezes difícil quando não há dinheiro disponível, com o qual você pode comprar livros, atlas, enciclopédias. Um adolescente zangado com o mundo todo, mas em primeiro lugar sobre os pais. Mesmo que eles estão tentando o seu melhor, desviante não entende que não é sempre os desejos do homem coincidem com as suas capacidades.
2. **Factor Moral e Ético:** Refletido no baixo desenvolvimento espiritual da sociedade, apatia para a ciência e arte. Uma criança assistindo o declínio da moral entre as pessoas: muitos deles, por exemplo, é considerado um evento corpo comum de comércio e de trabalho, o alcoolismo em massa e prostituição.
3. **Ambiente, sociedade:** Representantes de este último não é só ignoram desviantes, mas muitas vezes ainda favoravelmente eles são tratados. Hoje em dia eles se arrepender, culpando todo o educação e vivendo em famílias disfuncionais, e esquecer que a personalidade é formada em primeiro lugar não é dos pais, mas o próprio homem. Há muitas pessoas que cresceram em um ambiente hostil, mas conseguiram elevar o interno força de vontade e coragem, pois atingiram certas alturas na vida e se tornam membros normais da sociedade.

2.2.5.Tipologias de Delinquência

Deve estabelecer-se, do ponto de vista comportamental, uma distinção nítida dos delinquentes numa tipologia que segue um continuum, que vai da total “não-delinquência” até à delinquência persistente e grave. Deste modo, os profissionais que lidam com a delinquência estabelecem uma distinção entre o delinquente ocasional e o delinquente habitual (crónico ou de carreira).o delinquente ocasional, jovem ou adulto, seria aquele que, raramente ou ocasionalmente comete um ou dois atos de delinquência juvenil durante um período de vida bastante curto. Este autor menciona ainda que, a maior parte da delinquência juvenil revela-se deste

tipo – ocasional. Por conseguinte, o delinquente de carreira seria o oposto (Born, 2005).

De acordo com autor anteriormente citado, este tipo de delinquente caracteriza-se pelo número, frequência, diversidade e pela gravidade dos atos que comete. “A expressão «carreira delinquente» refere-se a um período de vida durante o qual vários atos delinquentes são cometidos. A carreira tem uma idade de início e de fim e portanto uma duração (Born, 2005).

2.2.6.A reincidência criminal

Em termos sociológicos, reincidente é o indivíduo egresso do sistema prisional que comete novo crime após cumprimento da pena estabelecida por crime anteriormente cometido. Entretanto, as divergências conceituais emergem quando se trata dos critérios para definir o momento do novo crime cometido.

Segundo Mariño (2002:220) “a reincidência criminal representa o fracasso do esforço social pela ressocialização dos infratores e a consolidação da sua exclusão”. A reincidência criminal pode ser conceituada de seis maneiras distintas (Capdevila, 2009) :

1. Reincidência por autculpa, que considera nova prática de crime declarada pelo mesmo indivíduo.
2. Reincidência policial, que é estabelecida por novo registro de crime do mesmo indivíduo na polícia.
3. Reincidência penal, que supõe o processamento penal do mesmo indivíduo por nova prática de crime.
4. Reincidência judicial, que envolve nova condenação do mesmo indivíduo por nova prática de crime.
5. Reincidência penitenciária, que ocorre quando há segundo ingresso na prisão do mesmo indivíduo por nova prática criminal.
6. Reincidência jurídica, que é o segundo processamento do mesmo indivíduo por nova prática de crime do mesmo título do Código Penal.

2.2.7. Abordagem Psicológica

De acordo com a abordagem psicológica, podemos dizer que todo o ato de delinquência, do mais benigno ao mais grave, encontra a sua origem na história do indivíduo e no ambiente (Born, 2005).

Do ponto de vista da compreensão psicanalítica considera como traço mais característico dos indivíduos que apresentam este tipo de comportamentos a inconstância da relação de objeto, bem como, a intolerância à frustração e a incapacidade para suportar a ansiedade. Assim, no dinamismo psíquico destes jovens, predomina a não elaboração mental da frustração imposta pela realidade, havendo um consumo de toda a energia pulsional no agir. O autor admite ser a falha na interiorização do bom objeto o fator condicionador de um sentimento de depressão inconsciente que vai ser compensada por comportamentos instáveis e de fuga para a frente e, em alguns casos, pela recriação de objetos como prolongamento e acabamento do objeto bom parcial e interno (Benavente, 2002).

Os comportamentos desviantes podem ter origem na tentativa de libertação da tensão interna insuportável, marcada pelo sentimento de perda de algo bom que se conjuga com o medo de ser rejeitado. Esta incessante procura do que perdeu, pode estar associada à destruição (Benavente, 2002).

2.2.8. Abordagem Social

Partindo do pressuposto base de que a adolescência é uma idade aberta e vulnerável ao desvio, a análise sociológica dos comportamentos desviantes dos jovens tem sido desenvolvida em torno de dois modelos chave: o Modelo do Controlo Social e o da Identidade/Subcultura, (Ferreira & Benavente 2002). Segundo a autora, o primeiro postula que o desvio resulta de um colapso entre as estruturas de autoridade e de controlo social, enquanto que o segundo modelo sugere que os comportamentos desviantes surgem como resposta a problemas com que os jovens se confrontam no processo de construção das suas identidades sociais.

2.2.9. Modelo do controlo social

A premissa base deste modelo defende a presença de laços sociais fortes e intensos, constituindo estes uma condição necessária ao desenvolvimento dos controlos sociais, capazes de anularem ou neutralizarem o “impulso” ou a “motivação” desviante (Ferreira, 2000).

A emergência e o desenvolvimento desses controlos só são possíveis através dos vínculos que se estabelecem com os outros e as instituições convencionais, do envolvimento com as orientações e atividades legítimas e da consolidação de mais propensos a ter problemas de saúde física e mental, diminuição das perspectivas económicas e níveis mais elevados de comportamento criminoso enquanto adultos (Trzesniewski et al Bidell, 2010).

Existindo assim crescentes evidências da relação entre o baixo autoconceito e graves problemas de comportamento na juventude (Donnellan et al Bidell, 2005). Torna-se ainda importante referir que a associação entre o comportamento delinvente e o autoconceito se encontra dependente dos domínios específicos estudados.

Na perspectiva de Carroll & Bower (2007:881) utilizaram três dimensões do autoconceito e exploraram a sua relação com o grau de envolvimento em atividades delinquentes. Eles aferiram que os jovens mais envolvidos neste tipo de atividades revelavam valores de autoconceito relacionado com a competência escolar, pares e autoconfiança significativamente mais baixos que os restantes.

De acordo Schott & Wong, (2012:148) utilizaram domínios diferentes e aferiram que um baixo autoconceito relacionado com o ambiente familiar e competência escolar, bem como um elevado autoconceito relacionado com os pares, tinham uma correlação significativa com a delinquência juvenil.

2.3. Relação de Perturbações Psicóticas e Comportamento Desviante e Rescindência Criminal

No nosso entendimento as perturbações psicóticas, comportamento desviante e rescindência criminal têm uma correlação pois, numa abordagem analítica, as perturbações psicóticas e comportamentos desviante, remete-nos a uma relação direita, pós olhando pelo facto que as perturbações psicóticas, a pessoa deixa de ser capaz de pensar e comunicar com clareza, tomar decisões de forma eficaz, perceber a realidade e comportar-se de forma adequada. A sua principal característica é a perda do contacto com a realidade, sendo as alucinações e os delírios são os seus principais sintomas, assim como discurso incoerente e desorganizado, Alterações do pensamento, confusão mental, Comportamentos bizarros e possivelmente perigosos, Incapacidade para expressar emoções, sendo visto como uma pessoa fria e distante

E o problema de comportamento desviante é mais comumente visto em pessoas com esquizofrenia, astenia, imbecilidade, retardo mental e outros distúrbios de consciência, assim pode se dizer que as pessoas com perturbações psicóticas podem, desencadear com maior possibilidade o comportamento desviante, até se possível a rescindência criminal, pelo facto de que esses distúrbios tem uma relação natural, da génese, se for a olharmos numa perspectiva global, porque no final das contas, elas se concebem no meio social, económico, cultural e familiar.

Capítulo III

3. Conclusão

Após uma leitura minuciosa acerca do trabalho chegamos a conclusão que as perturbações psicóticas é uma condição em que o sujeito não consegue distinguir o real e o irreal, para que possamos considerar perturbações psicóticas existem critérios a serem seguidos e presença de sinais e sintomas como alucinação auditivas ou visuais, perturbação da consciência (discurso incoerente ou sem sentido e comportamento impróprio para a situação), delírios (falsas crenças), depressão, ansiedade, problemas de sono, isolamento social, falta de motivação e dificuldade de funcionamento geral.

Não existe ainda uma causa explícita sobre a origem destas perturbações psicóticas, porém podem ser desencadeadas por fatores como a genética, uso de substâncias psicoativas, o ambiente em que o indivíduo esteja inserido. Em relação ao tratamento das perturbações psicóticas salientamos que existe o farmacológico e a psicoterapia com mais incidência a psicoterapia cognitiva comportamental.

Podemos concluir também que existe influência da família sobre a aquisição de comportamentos desviantes dos indivíduos, porque em caso de vínculo familiar não ser o mais adequado, por diversos problemas tais como, maus tratos, ausência de comunicação, pobreza, os adolescentes estão mais vulneráveis a assumir comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias ilícitas, vandalismo e a criminalidade. A par da instituição familiar, também nos parece clara a responsabilidade da escola e da comunidade, cuja necessidade de realização de programas de prevenção dos mais variados tipos de risco, é fundamental. Inicialmente, quando se fala em reincidência criminal, destaca-se a grande quantidade de pessoas que voltam a infringir as normas penais mesmo depois de experienciar uma situação de encarceramento em instituições prisionais. No nosso entendimento a reincidência criminal está sujeita a diversos fatores como a falta de oportunidades de emprego, falta de apoio familiar e da sociedade, falta de ocupação, a não escolaridade.

3.1. Referências Bibliográficas

1. Apa. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014).5ª ed. Porto Alegre: Artmed.
2. Asarnow JR, Tompson MC, Mcgrath EP (2004). *Childhoodonset schizophrenia: clinical and treatment issues*.
3. Born, M. (2005). *Psicologia e Delinquência (1ª Ed)*. Lisboa: Climepsi (Obra original publicada em 2003).
4. Benavente, R. (2002). *Delinquência juvenil: Da disfunção social à psicopatologia*. *Análise Psicológica*, 4 (20), 637-645.
5. Carroll, J., Fergusson, D. & Horwood. L. (2007). *Self-esteem and violence: testing links between adolescent self-esteem and later hostility and violent behavior*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 42: pp 881–891.
6. Caspi, A., Houghton, S., Hattie, J., & Durkin, K (2000). *In A. Fonseca (Ed). Comportamento Anti-Social e Crime* (pp. 215-250). Lisboa: Almedina
7. CID - 10 (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento das : Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas – Coord. Organiz. Mund. da Saúde; trad. Dorgival Caetano*. Porto Alegre: Editoras Artes Médicas.
8. Coryell, W.(1978) - *Psychotic depression*. *J Clin Psychiatry* :27-31.
9. Coryell, W.(1996) - *Psychotic depression*. *J Clin Psychiatry* ;57 (suppl 3):27-31.
10. DSM-IV-TR. (1994). *Manual de Diagnostico e estatística das perturbações mentais*. Porto alegre: Artes médicas Sul, 4ª edição.
11. Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2005). *Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency*. *Psychological Science*, 16, 328-335.
12. D'agord, M. (2005). *Esquizofrenia, os limites de um conceito*.
13. Dagalrrondo, P. (2000) *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul.

14. Elkis H, Friedm L Thomponson P. Maes M. (2000). *The concept of schizophrenia and the phenomelogicalmodels of Kraepelin, Bleurler and Schneider: A confirmatory factor analysis*. SchizophrRes.
15. Ferreira, B. W. (2002). *Psicologia e Educação. Desenvolvimento Humano. Adolescência e a Vida Adulta. Vol. 2*. Porto Alegre: Edipucrs
16. Fonseca, A. C., Simões, A., Rebelo, J., & Ferreira, J. (1995). *Comportamentos antissociais no ensino básico: as dimensões do problema*. Revista Portuguesa de Pedagogia, P. 85- 105.
17. Fonseca, A. (2000). *Comportamentos antissociais: Uma introdução*. Revista Portuguesa de Pedagogia,P. 9-36.
18. Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). *Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa em terapia cognitiva*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 30(Suppl. 2),S54-S64.
19. Kaplan, H.I. & Sadock, B.J.(1995) - *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, vol I, 6th ed. Baltimore, Md: Wilians & Wilkins; pp. 1123-52.
20. Lemos, I. Rutter (2010). *Risco psicossocial e psicopatologia em adolescentes com percurso delinquente*. Análise Psicológica, 1 (38), 117-132.
21. Negreiros, J. (2008). *Delinquências juvenis: Trajetórias, intervenções e prevenção*. Porto: Livpsic, Legis Editora.
22. Martins, M. (2005). *Condutas agressivas na adolescência: Fatores de risco e de proteção*. Análise Psicológica, 2 (23), 129-135.
23. Marino, Michael. Vigiar e Puni (2002) *r: nascimento da prisão*. 42. ed. Petrópolis/RJ: Vozes. 302 p. Tradução de Raquel Ramalhete.
24. Garrabé, Jean.(2004) . *História da esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi
26. Postel, Jacques. (2003) *Dictionnaire de la psychiatrie*. Paris: Larousse.
27. Palmeira L. etal (2013). *Entendendo a Esquizofrenia: Como a família pode ajudar no tratamento?* Rio de Janeiro: Editora Interciência.

28. Quay, H. (1990). *Patterns of Delinquent Behaviour*. In N. Hilton, M. Jackson, C. Webster (Eds.), *Clinical Criminology: Theory, Research and Practice* (pp. 375-410). Toronto: Canadian Scholars Press Inc.
29. Schatzberg, A.F. & Rothschild, A.J.(1992) - *Psychotic (delusional) major depression: should it be included as a distinct syndrome in DSM-IV?* *Am J Psychiatry* 149:733-45.
30. Simões, M. (2007). *Comportamentos de Risco na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian & Fundação para a Ciência e Tecnologia (Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas).
31. Schoot, R., & Wong, T. (2012). *Do delinquent young adults have a high or a low level of selfconcept?. Self and Identity*, 11, 148-169.
32. Capdevila, Manel Capdevila & PUIG, Marta Ferrer. (2009), *Tasa de reincidencia penitenciaria*. Disponível em creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/legalcode.ca, consultado em 18/5/2015.
33. Blog.nextews, comportamentos desviantes: exemplos. comportamento desviante de adolescentes: as causas, formas, prevenção (nextews.com) Acedido em 2 de Dezembro 2020.
34. Ferreira, P. (2000). *Controlo e identidade: a não conformidade durante a adolescência*. *Sociologia: Problemas e Práticas*, 33, 55-85. Acedido em 15 de Novembro de 2012 através de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/spp/n33/n33a03.pdf>
35. Kelly, B. T., Loeber, R., Keenan, K., & DeLamatre, M. (1997). *Developmental pathways in boys' disruptive and delinquent behavior*. Acedido em 2 de Novembro de 2012 através de http://www.ncjrs.org/jjbulletins/jjbul2_1297.