



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
ESCOLA DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA VIDA
MESTRADO EM PSICOLOGIA FORENSE**

**ESTABILIDADE DO COMPORTAMENTO ANTISSOCIAL (ODD/CD) COM INÍCIO
NA PRIMEIRA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

Dissertação apresentada a provas públicas para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Forense, orientada por Prof^a. Doutora Patrícia Cristina Silva Figueiredo

Melhyssa Gomes

2025

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
ESCOLA DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA VIDA
MESTRADO EM PSICOLOGIA FORENSE**

**ESTABILIDADE DO COMPORTAMENTO ANTISSOCIAL (ODD/CD) COM INÍCIO
NA PRIMEIRA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona, Centro Universitário de Lisboa no dia 12/03/2025, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação n.º07/2025, com a seguinte composição:

Presidente: Prof^a. Doutora Judite Manuela Araújo Peixoto, por delegação da Diretora do Ciclo de Estudos;

Arguente: Prof^a. Doutora Andreia Alexandra Cunha Azeredo (Universidade Católica);

Orientadora: Prof^a. Doutora Patrícia Cristina Silva Figueiredo.

Melhyssa Gomes

2025

Agradecimentos

A minha gratidão e reconhecimento em primeiro lugar à professora doutora Patrícia Figueiredo pela compreensão, apoio e orientação que foram fundamentais para a realização desse trabalho.

Um agradecimento especial à minha querida mãe que fez tudo por mim durante todo o processo. Agradeço pelo amor incondicional e dedicação em me apoiar do início ao fim, jamais chegaria aqui sem a tua ajuda.

Ao meu irmão do coração Flávio que me ajudou em vários momentos críticos.

Agradeço às minhas amigas Pianda, Marília e Vanessa que sempre acreditaram em mim, e deram apoio emocional, palavras de força e coragem.

Resumo

A literatura atual tem destacado um aumento significativo no número de crianças encaminhadas clinicamente devido a manifestações relacionadas à saúde mental, sendo os problemas de comportamento a razão mais comum para encaminhamento. Embora haja alguma resistência em diagnosticar tais problemas em crianças muito jovens, padrões crônicos de comportamento problemático podem ser identificados na primeira infância. Nesse contexto, tem havido um interesse contínuo na compreensão dos padrões de estabilidade, continuidade e mudança nos problemas disruptivos na infância, abrangendo as perturbações de conduta (PC) e a perturbação desafiante de oposição (PDO). Efetivamente, estudos epidemiológicos demonstraram que as taxas de prevalência de PC e PDO em crianças em idade pré-escolar são semelhantes às encontradas mais tarde na infância e na adolescência. Face ao exposto, torna-se importante reunir evidências acerca da estabilidade das perturbações disruptivas do comportamento desde a infância à idade adulta. Este objetivo foi levado a cabo através de uma revisão sistemática da literatura, que procurou reunir evidências através de estudos relacionados com o tema, identificados através da pesquisa sistemática em bases de dados (e.g., EBSCO, Web of Science e Pubmed), aplicado critérios rigorosos de inclusão e exclusão aquando da seleção dos mesmos. Desta forma foi incluído na presente revisão sistemática um total de 17 estudos que apresentaram qualidade metodológica. Os resultados apontam para uma estabilidade significativa de comportamentos antissociais em diversas idades coincidentes com os tempos de avaliação. A estabilidade dos sintomas também parece ser influenciada por fatores de gênero, em alguns casos sendo mais prevalente em crianças do sexo masculino. Os resultados ainda sugerem que os fatores ambientais desempenham um papel importante para o aumento dos sintomas. Estes resultados têm importantes implicações práticas, sugerindo que a identificação precoce de comportamentos antissociais em crianças pode permitir o desenvolvimento de intervenções preventivas eficazes, que possam evitar a evolução destes comportamentos para formas mais severas.

Palavras-chave: perturbação disruptiva do comportamento, perturbações de conduta, perturbação desafiante de oposição, estabilidade, crianças.

Abstract

Current literature has highlighted a significant increase in the number of children clinically referred due to mental health-related manifestations, with behavioral problems being the most common reason for referral. Although there is some resistance to diagnosing such problems in very young children, chronic patterns of problematic behavior can be identified in early childhood. In this context, there has been ongoing interest in understanding the patterns of stability, continuity and change in disruptive problems in childhood, covering conduct disorders (CD) and oppositional defiant disorder (ODD). Indeed, epidemiological studies have shown that the prevalence rates of CD and ODD in pre-school children are similar to those found later in childhood and adolescence. In view of the above, it is important to gather evidence about the stability of disruptive behavior disorders from childhood to adulthood. This objective was carried out through a systematic review of the literature, which sought to gather evidence through studies related to the topic, identified through systematic research in databases (e.g., EBSCO, Web of Science and Pubmed), applying strict inclusion and exclusion criteria when selecting them. A total of 17 studies with good methodological quality were included in this systematic review. The results point to a significant stability of antisocial behavior at different ages, coinciding with the assessment times. The stability of symptoms also seems to be influenced by gender factors, in some cases being more prevalent in male children. The results also suggest that environmental factors play an important role in the increase in symptoms. These results have important practical implications, suggesting that the early identification of antisocial behavior in children may allow for the development of effective preventive interventions that can avoid the evolution of these behaviors into more severe forms.

Keywords: disruptive behavior disorder, conduct disorders, oppositional defiant disorder, stability, children.

Lista de Abreviaturas

ABQ-Antisocial Behavior Questionnaire

APSD-Antisocial Processes Screening Device

APSD-PR-Antisocial Process Screening Device- Parent Report

BPI-Berkeley Puppet Interview

CAPA-Child and Adolescent Psychiatric Assessment

CAPS-Child and Adolescent Psychopathology Scale

CBCL-Child Behavior Checklist

CD- Conduct Disorders

CSI-Child Symptom Inventory

CTS-PC-Conflict Tactics Scale – Parent/Child

CTS-Carey Temperament Scale

CPRS-Comprehensive Psychopathological Rating Scale

DAWBA-Development and Well Being Assessment

DISC-Diagnostic Interview Schedule for Children

DISC-YC-Diagnostic Interview Schedule for Children-Parent Scale-Young Child

DSM-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HBQ-Health and Behavior Questionnaire

ICID-Inventory of Child Individual Differences

ICU-Inventory of Callous-Unemotional Traits

PAPA-Preschool Age Psychiatric Assessment

ODD- Oppositional Defiant Disorder

PC-Perturbação do Comportamento

PDC-Perturbações Disruptivas do Comportamento

PDO-Perturbação Desafiante de Oposição

PDS-Peer Delinquency Scale

PSCD-SV-Proposed Specifiers for Conduct Disorder-Short Version

PSI-SF-Parenting Stress Index-Short Form

PPA-Perturbação de Personalidade Antissocial

PPQ-Peer Pressure Questionnaire

PRISMA-Preferred Systematic Review and Meta-analysis

RBPC-Revised Behavior Problems Checklist

SDQ-Strengths and Difficulties Questionnaire

SRED-Self-Report Early Delinquency

YI-4-Youth's Inventory-4

YSR-Youth Self-Report

Índice

Agradecimentos	3
Resumo	4
Abstract.....	5
Lista de Abreviaturas	6
Índice	8
Índice de Tabelas	9
Índice de Figuras.....	10
Enquadramento Teórico.....	11
Objetivo do Presente Estudo	13
Metodologia	14
Estratégia de Pesquisa	14
Seleção dos Estudos	14
Avaliação de Qualidade e Risco de Viés dos Estudos	15
Identificação e Triagem.....	19
Resultados.....	21
Discussão	27
Referências Bibliográficas	30

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Avaliação de Qualidade dos Estudos através do JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies	17
Tabela 2 - Resumo dos Principais Resultados	23

Índice de Figuras

Figura 1. Fluxograma do Processo de Revisão da Literatura	20
---	----

Enquadramento Teórico

O termo comportamento antissocial refere-se às ações que surgem da incapacidade do indivíduo em respeitar as normas sociais, especialmente aquelas destinadas a promover o respeito e consideração pela vida e propriedade de outras pessoas (Burt et al., 2011; Frick, 1998). De acordo com Patterson e colaboradores (1990), o comportamento antissocial pode ser considerado como uma manifestação do desenvolvimento que parece iniciar-se precocemente na vida, podendo prolongar-se de forma contínua até à adolescência e à idade adulta. Além disso, os comportamentos antissociais que se desenvolvem em idades iniciais podem exibir uma persistência e cronicidade mais acentuadas.

Compreender as origens dos comportamentos antissociais dos adultos constitui uma tarefa importante no seio dos investigadores sociais. Até à data, evidências científicas têm apoiado a ideia de que o caminho para estes comportamentos começa na infância, com problemas de comportamento, dificuldades de atenção, elevadas taxas de comportamentos agressivos e um padrão persistente de atividades desviantes e ilegais (Moffitt, 1993, 2003). No entanto, é de notar que apenas um subconjunto das crianças que manifestam estes comportamentos continua a apresentar um comportamento antissocial significativo na idade adulta (Baker, 2013; Calkins & Keane, 2009; Rutter, 2003). Importa desta forma, determinar quando os comportamentos da criança podem ser considerados atípicos e, portanto, configurar uma Perturbação do Comportamento. Um conhecimento sobre os processos desenvolvimentais típicos permite uma melhor definição dos comportamentos esperados em diferentes níveis de desenvolvimento e melhor compreender a ocorrência de Perturbações Disruptivas do Comportamento (Essau & Petermann, 1997; Meriem et al., 2020; Sroufe & Rutter, 1984). Durante o processo de desenvolvimento, a criança ou adolescente pode mostrar algum tipo de comportamento agressivo, de oposição ou antissocial, podendo ser repreendido ou castigado por figuras de autoridade sem que se requeira outro tipo de intervenção (Essau, 2003). No entanto, alguns jovens podem apresentar um padrão grave e contínuo de comportamento antissocial, exigindo que se considere a sua causa/origem e pondere a necessidade de intervenção (Kardzin, 2005).

Nesta perspetiva desenvolvimental, percebe-se que o comportamento antissocial pode ser desenvolvido desde a primeira infância (Pacheco et al., 2005). Porém, conceito de comportamento antissocial é frequentemente utilizado como um termo geral para definir

vários comportamentos inadequados, abrangendo as Perturbações Disruptivas do Comportamento (PDC), que incluem a Perturbação Desafiante de Oposição na infância até à Perturbações de Comportamento na adolescência e Comportamento Criminal na fase adulta. Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR; American Psychiatric Association [APA] 2022), as Perturbações Disruptivas do Comportamento (com início na infância, na adolescência ou não especificado) incluem condições que envolvem problemas de autocontrolo de emoções e de comportamentos, comportamentos que refletem uma falha do indivíduo em conformar o seu comportamento com as expectativas de alguma figura de autoridade (e.g., pais ou professores), violando normas sociais e o respeito pelos direitos de outras pessoas. Tal como mencionado anteriormente, inclusas às Perturbações Disruptivas do Comportamento, são apresentadas a Perturbação Desafiante de Oposição e a Perturbação do Comportamento. O comportamento de oposição, característico da Perturbação Desafiante de Oposição, diz respeito a comportamentos de não conformidade (Matthys & Lochman, 2010), com crianças a manifestar sintomas de humor irritado, comportamentos teimosos, argumentativos ou agressivos, desobedecendo a figuras de autoridade e/ou adultos (Calles, 2016). Os primeiros sintomas da Perturbação Desafiante de Oposição podem surgir durante os anos pré-escolares e raramente surgem após o início da adolescência. Frequentemente, a Perturbação Desafiante de Oposição precede o desenvolvimento da Perturbação do Comportamento, sobretudo em indivíduos com Perturbação do Comportamento com início na infância. Por sua vez, a Perturbação do Comportamento é caracterizada como um “*padrão de comportamento repetitivo e persistente no qual são violados direitos básicos de outras pessoas ou normas ou regras sociais relevantes e apropriadas para a idade*” (APA, 2022; p. 470). Os comportamentos que caracterizam esta perturbação podem ser agrupados em quatro categorias ou grupos de comportamento, nomeadamente: (a) agressão a pessoas ou animais; (b) destruição de propriedade; (c) fraude ou roubo; e (d) violações graves de regras. Os sintomas tendem a desenvolverem-se mais cedo nos rapazes do que nas raparigas, sendo apontado como idade habitual de apresentação de sintomas 10-12 anos nos rapazes, enquanto nas raparigas é de 14-16 anos (APA, 2022; Sagar et al., 2019).

Estudos indicam maior intensidade e prevalência de problemas de comportamento na infância, sendo que problemas de externalização e comportamento antissocial têm maior evolução durante a adolescência e vida adulta, resultado de uma estabilidade ao longo do tempo (Bai & Lee, 2017). A literatura indica que o comportamento antissocial tem tendência à

persistência e agravamento ao longo do desenvolvimento, e pode firmar-se na vida adulta, explicando assim, o avanço da Perturbação Desafiante de Oposição para uma Perturbação de Comportamento e na fase adulta, para uma Perturbação de Personalidade Antissocial (Bai & Lee, 2017; Pacheco et al., 2005).

Os dados empíricos sugerem que existe uma relação entre o envolvimento em comportamentos antissociais enquanto criança ou adolescente e uma série de resultados negativos na idade adulta (e.g., Caspi & Moffitt, 1995; McGee et al., 2011; Moffitt, 2006; Piquero et al., 2005; Smart et al., 2005). O comportamento antissocial na infância e na adolescência parece prever uma série de outros resultados, como o desemprego, baixos rendimentos financeiros e baixo rendimento escolar, casamento precoce e problemas nas relações íntimas (Bor et al., 2010; Kessler et al., 1997; Robbins, 1978).

É possível realizar a prevenção e intervenção de comportamentos disruptivos através da identificação precoce de tais comportamentos e dos fatores de risco que envolve a criança ou adolescente (Shaw & Gilliam, 2017). Durante a infância os comportamentos são mais flexíveis à adaptação, em contrapartida, a cada transição do crescimento e desenvolvimento, aumentam as dificuldades de mudança dos padrões comportamentais. Assim, a identificação de problemas de conduta durante a infância pode constituir um alerta para problemas maiores no futuro (Hawes & Dadds, 2007; Sitnick et al., 2019), sendo que a permanência desses comportamentos pode evoluir para uma Perturbação de Personalidade Antissocial (Ljungstrom et al., 2020). É comum crianças apresentarem comportamentos agressivos durante seu desenvolvimento, e à medida que vão crescendo, aprendem a regular esses comportamentos. Porém quando esses afetam o seu desenvolvimento acadêmico e social, podem estar relacionados à Perturbação Desafiante de Oposição ou Perturbação do Comportamento (Schoorl et al., 2016; Winther et al., 2014).

Objetivo do Presente Estudo

Embora os comportamentos problemáticos antissociais desenvolvidos precocemente apresentem taxas de prevalência elevadas e consequências graves, não é claro até que ponto estes comportamentos são estáveis em crianças, evoluindo para perturbações do comportamento cimentadas na idade adulta. É importante determinar se os comportamentos problemáticos na primeira infância são suficientemente estáveis para justificar uma

intervenção precoce e esforços de prevenção. Face ao exposto, o principal objetivo deste estudo passa por reunir evidências acerca da estabilidade das Perturbações Disruptivas do Comportamento, incluindo, a Perturbação Desafiante de Oposição e a Perturbação do Comportamento, em crianças e adolescentes. Este tópico é de cara importância na medida em que o estudo da estabilidade dos comportamentos antissociais com início precoce aumenta a compreensão acerca da origem e possíveis causas dos comportamentos desviantes em crianças e adolescentes.

Metodologia

De forma a responder ao objetivo anteriormente mencionado, foi realizado um estudo de revisão sistemática da literatura de acordo com as diretrizes do *Preferred Systematic Review and Meta-analysis* (PRISMA; Page et al., 2021), tendo em vista a redução do risco de falhas, priorizando a qualidade das revisões sistemáticas. O protocolo de revisão foi registado no *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO; CRD42022312625).

Estratégia de Pesquisa

A presente pesquisa foi realizada em múltiplas bases de dados, a saber, EBSCO, Pubmed e Web of Science. Para tal, foi utilizada a seguinte expressão de pesquisa: AB (“behavior disord*” OR “conduct disord*” OR “conduct problem*” OR “disruptive behavior disorder” OR “oppositional defiant disorder” OR “behavior problem*” OR defiant) AND AB (longitudinal OR stability OR change*) NOT (psychopatho*). As listas de referências dos estudos selecionados foram também revistas a fim de identificar outros estudos relevantes.

Seleção dos Estudos

Os critérios de elegibilidade foram definidos com base nos critérios SPIDER (*Sample, Phenomen of Interest, Design, Evaluation and Research design*; Cooke et al., 2012) para a definição dos critérios de inclusão e exclusão (Camilo & Garrido, 2019). Assim, a seleção dos estudos seguiu os seguintes critérios de inclusão: (a) tipo de publicação: estudos empíricos e longitudinais; (b) população: as amostras devem ser compostas por crianças e adolescentes diagnosticados ou avaliados relativamente à Perturbação Disruptiva do Comportamento (PDC), incluindo a Perturbação Desafiante de Oposição (PDO) e a

Perturbação do Comportamento (PC); (c) o estudo deverá incluir indivíduos com menos de 18 anos de idade aquando da primeira avaliação da PDC; (d) *outcome*: os estudos devem apresentar dados suficientes para calcular um tamanho de efeito (como média e desvio padrão das pontuações nas medidas que avaliem a Perturbação Disruptiva do Comportamento no tempo 1 e nos tempos subsequentes) ou o estudo deveria apresentar resultados das correlações de teste-reteste e especificar a idade dos participantes (ou uma faixa etária) em cada momento. Por conseguinte, os estudos foram selecionados atendendo aos seguintes critérios de exclusão: (a) tipo de publicação: artigos não publicados, revisões, artigos teóricos, comentários, estudos de caso, teses e dissertações, e estudos empíricos transversais e retrospectivos; (b) população: crianças e adolescentes que tenham recebido qualquer tipo de intervenção; crianças com perturbações do desenvolvimento e psiquiátricos, comportamentos internalizantes e perturbação de hiperatividade e défice de atenção; (c) *outcome*: dados insuficientes para perceber a estabilidade da PDC ao longo do tempo; (d) qualidade dos estudos – igual ou superior a três na análise de qualidade (ver secção "Avaliação de Qualidade e Risco de Viés dos Estudos").

Seguindo os procedimentos sugeridos pelas recomendações do PRISMA (Page et al., 2021) a seleção dos estudos foi realizada por dois revisores independentes, através de um sistema de exame sequencial composto por duas etapas: (1) título e resumo; (2) texto completo. As discordâncias entre os revisores foram discutidas e resolvidas por consenso ou com recurso a um terceiro revisor. O índice de concordância no processo de seleção dos estudos foi avaliado com o Kappa de Cohen (Landis & Koch, 1977), tendo revelado uma concordância substancial, $K = .75$, $p < .001$.

Avaliação de Qualidade e Risco de Viés dos Estudos

A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada utilizando as ferramentas de Avaliação Crítica do *Joanna Briggs Institute* (Joanna Briggs Institute, 2020). O objetivo desta apreciação passa por avaliar a qualidade metodológica de cada estudo e determinar até que ponto esse estudo abordou a possibilidade de enviesamento na sua conceção, condução e análise. Todos os artigos selecionados para inclusão na presente revisão sistemática (i.e., os que cumprem os critérios de inclusão descritos anteriormente) foram submetidos a uma avaliação por dois avaliadores independentes (ver tabela 1). O instrumento é composto por 11 questões, com opção de resposta “sim”, indicando maior qualidade; “não” indicando má qualidade; ou “pouco claro”. A avaliação com esta ferramenta permitiu "incluir" ou "excluir" estudos com base na qualidade global. Se um estudo tivesse ≥ 3 categorias de qualidade "não"

ou "pouco claro", então era excluído da análise. Quaisquer discrepâncias nos julgamentos relativos à inclusão foram resolvidas através de discussão. Conforme a Tabela 1, dois estudos elegíveis receberam uma classificação de baixa qualidade. A principal razão para a exclusão dos estudos foi à utilização de métodos não validados para avaliar os sintomas de PC e PDO, de acordo com o item 7 do instrumento, os resultados não foram medidos de forma confiável. Assim como não apresentaram uma análise estatística adequada de acordo com o item 11 do instrumento.

Tabela 1

Avaliação de Qualidade dos Estudos através do JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies

Estudo	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Apreciação Global
Boden et al. (2010)	N/A	S	S	N/A	N/A	S	S	S	S	S	S	Incluído
Burnette (2013)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	Incluído
Ding et al. (2019)	N/A	S	S	N/A	N/A	S	S	S	S	S	S	Incluído
Eisenbarth et al. (2016)	N/A	S	S	N/A	N/A	S	S	S	S	S	S	Incluído
Fanti et al. (2018)	N/A	S	S	N/A	N/A	S	S	S	S	S	S	Incluído
Foster et al. (2010)	N/A	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	Incluído
Keenan & Wroblewski (2010)	N/A	S	S	N/A	N/A	S	S	S	S	S	S	Incluído
Kroneman et al. (2011)	N/A	S	S	N/A	N/A	S	S	S	S	S	S	Incluído
Lavigne et al. (2014)	N/A	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	Incluído
Lewinsohn et al. (2000)	N/A	S	S	N/A	N/A	S	S	S	S	S	S	Incluído
López-Romero et al. (2022)	N/A	S	S	N/A	N/A	S	S	S	S	S	S	Incluído

Moreno & Del Rio (2010)	S	S	S	N/A	N/A	S	S	S	S	S	S	Incluído
Nobakht et al. (2024)	N/A	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	Incluído
Roubinov et al. (2018)	N/A	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	Incluído
Rowe et al. (2010)	N	S	S	N/A	N/A	S	N	S	S	S	N	Excluído
Van Hulle et al. (2018)	N	S	S	N/A	N/A	S	N	S	S	S	N	Excluído
Vidal-Ribas et al. (2017)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	Incluído
Viinamaki et al. (2013)	N/A	S	S	N/A	N/A	S	S	S	S	S	S	Incluído
Whelan et al. (2013)	N/A	S	S	N/A	N/A	S	S	S	S	S	S	Incluído

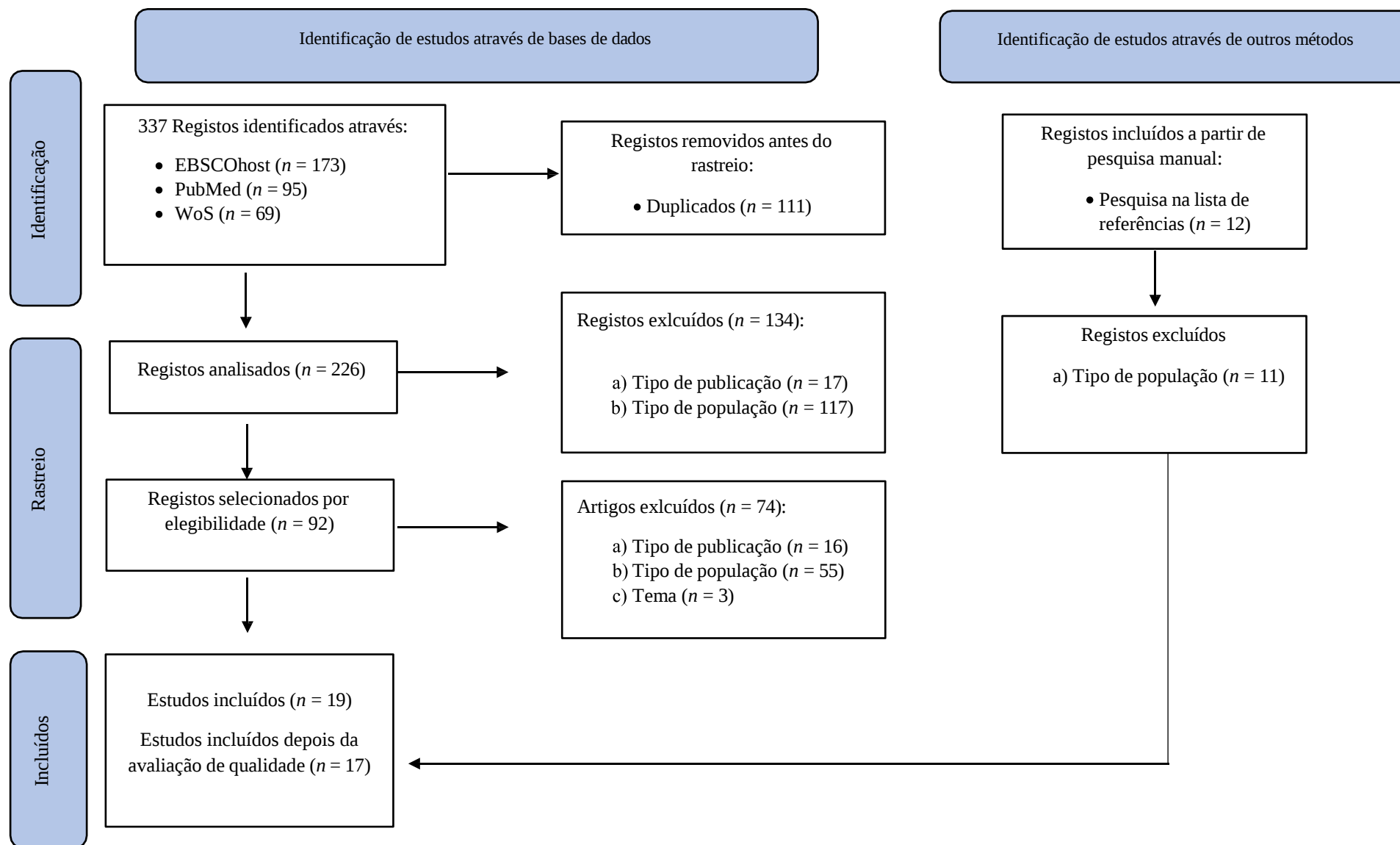
Nota. Item 1 = Os dois grupos eram semelhantes e foram recrutados na mesma população?; Item 2 = As exposições foram medidas de forma semelhante para atribuir pessoas aos grupos expostos e não expostos?; Item 3 = A exposição foi medida de forma válida e fiável?; Item 4 = Foram identificados os factores de confusão?; Item 5= Foram indicadas estratégias para lidar com os factores de confusão?; Item 6 = Os grupos/participantes estavam livres do resultado no início do estudo (ou no momento da exposição)?; Item 7 = Os resultados foram medidos de forma válida e fiável? Item 8 = O tempo de acompanhamento foi relatado e suficiente para ser longo o suficiente para que os resultados ocorram?; Item 9 = O acompanhamento foi completo e, se não, as razões para a perda de acompanhamento foram descritas e exploradas?; Item 10 = Foram utilizadas estratégias para lidar com o acompanhamento incompleto?; Item 11 = Foi utilizada uma análise estatística adequada?

Identificação e Triagem

Um total de 337 estudos publicados entre 2000 e 2024 foram identificados em todas as bases de dados e métodos de pesquisa, tendo sido selecionados para análise de elegibilidade 226 estudos e eliminados 111 estudos duplicados. Dos seus resumos, 92 foram retidos para análise do texto integral, tendo sido eliminados 137 estudos devido ao seu a) tipo de publicação ($n = 17$) e b) tipo de população ($n = 137$). Dos 92 estudos retidos para análise do texto integral, 74 foram eliminados devido a) ao tipo de publicação ($n = 16$), b) ao tipo de população ($n = 55$) e c) tema do estudo ($n = 3$), tendo restado 18 estudos. Apenas 1 estudo foi incluído através de pesquisa manual, perfazendo um total de 19 estudos. Estes foram avaliados quanto à sua qualidade metodológica através do instrumento da Avaliação Crítica do *Joanna Briggs Institute* (Joanna Briggs Institute, 2020). Dois estudos apresentaram ≥ 3 categorias de qualidade "não" ou "pouco claro", tendo sido excluídos. Um total de 17 estudos foram incluídos na presente revisão sistemática.

Figura 1

Fluxograma do Processo de Revisão da Literatura



Resultados

Um total de 17 estudos, publicados entre 2000 e 2024 forma incluídos na presente revisão sistemática, procurando avaliar a estabilidade dos sintomas de PDC, incluindo PC e PDO, em diversas amostras populacionais ao longo do tempo, abrangendo diferentes faixas etárias e contextos. A maioria dos estudos recorreu a amostras comunitárias ($n = 14$), com tamanhos de amostra variados ($N = 1992$ a 6328), tendo aplicado uma ampla gama de instrumentos de avaliação dos sintomas, como Diagnostic Interview Schedule for Children-Parent Scale (DISC), Child Behavior Checklist (CBCL), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), e outros.

Verifica-se que a maioria dos estudos aponta para uma estabilidade significativa dos sintomas de PDC em diversas idades, verificando-se esta estabilidade, coincidente com aos tempos de avaliação, a 1 (Ding et al., 2019; Keenan & Wroblewski, 2010; Lewinsohn et al., 2000), 2 (López-Romero et al., 2022; Viinamaki et al., 2013), 3 (Brunette, 2013; Lavigne et al., 2014; Roubinov et al., 2018; Vidal-Ribas et al., 2017) e 5 anos (Kroneman et al., 2011). Embora a estabilidade seja um achado comum, podem existir variações na magnitude dos sintomas ao longo dos anos. Lewinsohn e colaboradores (2000) encontraram níveis de estabilidade estatisticamente significativos, mas de baixa magnitude, ao longo de um ano, indicando que há alguma variabilidade entre os indivíduos.

A estabilidade dos sintomas também parece ser influenciada por fatores de gênero. Kroneman e colaboradores (2011) observaram que os sintomas de PC nas raparigas apresentam uma redução durante o final da infância, com um subsequente aumento no início da adolescência. Vidal-Ribas e colaboradores (2017) relataram uma estabilidade dos sintomas de PC e PDO em crianças de 2 a 5 anos, com uma prevalência maior de irritabilidade nas crianças do sexo masculino.

Os resultados dos estudos incluídos revelaram que os sintomas de PDC podem apresentar aumentos significativos ao longo do tempo, particularmente em certos grupos etários e contextos específicos. Vários estudos indicaram um aumento nos sintomas de PDC ao longo do tempo (e.g., Boden et al., 2010; Eisenbarth et al., 2016; Fanti et al., 2018; Moreno & Del Rio, 2010; Nobakht et al., 2024). Fanti e colaboradores (2018) relataram um aumento considerável nos níveis médios de PC de um ano para o outro,

enquanto Eisenbarth e colaboradores (2016) observaram que alguns adolescentes exibiram aumentos tanto nos sintomas de PC quanto nos traços de frieza emocional, sem a identificação de grupos que apresentassem declínio desses sintomas. Além disso, Kroneman e colaboradores (2011) destacaram que, nas crianças do sexo feminino, os sintomas de PC aumentaram no início da adolescência, após uma redução no final da infância, sugerindo que os aumentos podem estar associados a transições desenvolvimentais. Fatores ambientais, como práticas parentais severas, também desempenham um papel importante, conforme observado por Roubinov e colaboradores (2018), que relataram um aumento nos sintomas de PDO em crianças expostas a esses ambientes. Por fim, Nobakht e colaboradores (2024) documentaram aumentos nos sintomas de PDO dos 4 aos 6 anos e dos 8 aos 10 anos, evidenciando períodos críticos durante a infância e pré-adolescência em que os sintomas se podem agravar.

Tabela 2*Resumo dos Principais Resultados*

Estudo	População			Instrumentos	Principais Resultados
	Tipo de População	N	Idade		
Boden et al. (2010)	Comunitária	$N = 926$	14-16	DISC; SRED; RBPC	Os dados mostram maiores níveis de PDO e PC nas idades de 14 e 16 anos, durante um período de 2 anos.
Burnette (2013)	Comunitária	$N = 1992$	0-18	CBCL; CTS-PC	Os sintomas de PDO na primeira infância encontram-se associados aos sintomas de PDO na segunda infância em ambos os sexos ($r = .58, p < .01$), sugerindo que esta perturbação é bastante estável na infância.
Ding et al (2019)	Comunitária	$N=253$	6-13	DSM	Os resultados mostram uma estabilidade dos sintomas de PDO reportados pelos jovens, pais e professores no Tempo 1 e Tempo 2.
Eisenbarth et al. (2016)	Comunitária	$N = 2038$	15-18	ICU; YI-4; APSD	Os resultados indicam a existência de sintomas elevados e estáveis ao longo do tempo de PC, com ou sem traços de frieza emocional. Como prova da mudança ao longo do tempo, foi identificado um grupo de adolescentes que demonstram aumentos tanto na perturbação de conduta como nos traços de frieza emocional, não tendo sido identificado qualquer grupo com declínio destes sintomas.
Fanti et al. (2018)	Comunitária	$N = 4318$	-----	ICU; APSD; CSI-4; YI-4	De acordo com o teste t de amostras emparelhadas, verificou-se um aumento

					significativo do nível médio de PC do ano 1 para o ano 2, $t(3595) = 8.44, p < .001$.
Foster et al. (2010)	Comunitária	$N = 1420$	9-16	CAPA	Recorrendo a Modelos de Mistura Semi-Paramétricos, foram reconhecidos diferentes padrões de conduta ao longo do tempo, permitindo identificar grupos com trajetórias específicas de PC. Dois grupos foram identificados como estáveis ao longo do tempo no que concerne à PC. I.e., o grupo “low-level chronic” que se caracteriza por crianças com níveis baixos, mas constantes, de problemas de conduta, representando cerca de 23% da amostra, e o grupo “high-level chronic” constituído por crianças com níveis altos e estáveis de problemas de conduta, representando cerca de 7%.
Keenan & Wroblewski (2010)	Comunitária	$N = 560$	5-15	CSI	A idade mais comum para o início dos sintomas de PDO foi aos 10 anos. A metade da amostra do sexo feminino apresentou estabilidade dos sintomas em pelo menos 1 ano de avaliação.
Kroneman et al. (2011)	Comunitária	$N = 1233$	7-8	APSD; CSI-4	A análise dos dados mostrou que os sintomas de PC reportados pelos pais e professores, apresentou uma estabilidade considerável no período de 5 anos. Mais concretamente, os comportamentos de PC nas raparigas diminuem no final da infância, mas começam a aumentar quando as raparigas entram no início da adolescência.
Lavigne et al. (2014)	Clínica	$N = 796$	4-7	DISC-YC	Com recurso avaliações de PDO ao longo de três anos, os resultados evidenciam que os sintomas de PDO identificados em crianças pré-escolares de ambos os sexos mostraram estabilidade ao longo do tempo,

Lewinsohn et al. (2000)	Comunitária	N = 1709	14-18	CBCL; YSR	indicando que sintomas de PDO detetados precocemente tendem a persistir. Os valores de estabilidade ao longo de um período de um ano foram estatisticamente significativos, mas de baixa magnitude, indicando uma considerável mudança na ordem dos adolescentes nesse período.
Moreno & Del Rio (2010)	Comunitária	N=2.351	12-16	DSM	A comparação dos grupos é consistente com prevalência entre 3,77% e 3,83% mantendo os sintomas de PDO. No Segundo estudo o número dos rapazes quadruplicou ao das raparigas relativamente à frequência dos sintomas.
Nobakht et al. (2024)	Comunitária	N = 1042	4-14	PAPA; CAPA	Os resultados mostraram um aumento dos sintomas de PDO dos 4 aos 6 anos e dos 8 aos 10 anos, evidenciando uma estabilidade durante o início da adolescência.
López-Romero et al. (2022)	Comunitária	N = 414	12-15	PSCD-SV; ABQ	A análise dos dados mostrou uma estabilidade de PC entre o T1 e T3, no período de 2 anos.
Roubinov et al. (2018)	Comunitária	N = 338	4-6	BPI; HBQ	Os resultados mostraram uma estabilidade dos sintomas de PDO durante 3 anos. As crianças expostas a uma educação parental severa exibiram maior aumento de sintomas de PDO.
Vidal-Ribas et al. (2017)	Clínica	N = 1233	2-5	CBCL	A análise dos dados mostrou que os sintomas de PC e PDO relatados pelos pais apresentaram uma estabilidade considerável entre os 2 a 5 anos de idade. Sendo mais

					elevados os sintomas de irritabilidade em meninos entre 3.5 a 5 anos.
Viinamaki et al. (2013)	Comunitária	N = 2070	15-17	YSR	A PC aos 15 anos foi um forte preditor da PC aos 17 anos, em ambos os sexos, revelando que a PC apresenta uma continuidade homotípica considerável entre os 15 e os 17 anos.
Whelan et al. (2013)	Clínica	N = 6328	8-10-13-16	DAWBA; SDQ	Os resultados mostram estabilidade de PDO entre as avaliações realizadas entre os 8 a 16 anos.

Notas. CSI = The Child Symptom Inventory; APSD = Antisocial Processes Screening Device; CTS-PC = Conflict Tactics Scale – Parent/Child; PDS = Peer Delinquency Scale; PAPA = Preschool Age Psychiatric Assessment; CAPA = Child and Adolescent Psychiatric Assessment; DISC = Diagnostic Interview Schedule for Children; CBCL = Child Behavior Checklist; BPI = Berkeley Puppet Interview; HBQ = Health and Behavior Questionnaire; CPRS = Comprehensive Psychopathological Rating Scale; PSI-SF = Parenting Stress Index-Short Form; PSCD-SV = Proposed Specifiers for Conduct Disorder-Short Version; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; ABQ = Antisocial Behavior Questionnaire; SRED = Self-Report Early Delinquency ; RBPC = Revised Behavior Problems Checklist; CAPS = Child and Adolescent Psychopathology Scale; ICU = Inventory of Callous-Unemotional Traits; YI-4: Youth's Inventory-4; PPQ = Peer Pressure Questionnaire; YSR = Youth Self-Report; ICID = Inventory of Child Individual Differences; CTS = Carey Temperament Scale; DAWBA = Development and Well Being Assessment; DISC-YC = Diagnostic Interview Schedule for Children-Parent Scale-Young Child; APSD-PR = Antisocial Process Screening Device- Parent Report; PC = Perturbação do Comportamento; PDO = Perturbação Desafiante de Oposição.

Discussão

A literatura indica maior intensidade e prevalência de comportamento antissocial na infância, tendo maior evolução durante a adolescência e vida adulta, resultado de uma estabilidade ao longo do tempo. Os estudos mostram que o comportamento antissocial tem tendência à persistência e agravamento ao longo do desenvolvimento, podendo fixar-se na vida adulta (Bai & Lee, 2017; Pacheco et al., 2005). Assim, a estabilidade dos comportamentos antissociais desde a infância até à adolescência, e possivelmente à idade adulta, é uma questão central, dada a sua relação com resultados negativos ao longo da vida, incluindo delinquência, dificuldades sociais e perturbações da personalidade na idade adulta. Face ao exposto, o objetivo do presente estudo passa por reunir evidências sobre a estabilidade da Perturbação Disruptiva do Comportamento (PDC), incluindo a Perturbação Desafiante de Oposição (PDO) e Perturbação do Comportamento (PC), em crianças e adolescentes através de uma revisão sistemática da literatura.

Os principais resultados desta revisão corroboram amplamente a ideia de que os comportamentos antissociais, particularmente a PDO e a PC, tendem a ser estáveis ao longo do desenvolvimento, como indicado pelos vários estudos longitudinais incluídos. À luz da Teoria Desenvolvimental de Moffitt (1993), os resultados desta revisão parecem apoiar a ideia de uma continuidade dos comportamentos disruptivos em alguns indivíduos, especialmente quando esses surgem na infância, enquadrando-se na trajetória persistente ao longo da vida e ainda que em menor número, crianças e jovens com um padrão comportamental disruptivo, tendem a apresentar estes sintomas na infância ou no início da adolescência, podendo manter-se até à fase adulta, resultando numa persistência e/ou aumentos dos comportamentos disruptivos. Estes comportamentos podem resultar de processos neurodesenvolvimentais em interação entre ambientes disfuncionais e não protetores (Basto-Pereira & Farrington, 2019). Esta persistência também pode ser entendida à luz da Teoria de Patterson sobre interações coercivas (Patterson et al., 1990). Este modelo propõe que o comportamento antissocial na infância pode ser mantido por um ciclo de reforço negativo nas interações familiares, onde os comportamentos de oposição das crianças são inadvertidamente reforçados pelas respostas das figuras de referência (e.g., pais), criando um padrão de escalada que se torna difícil de interromper. Estudos incluídos na revisão, como o de Roubinov e

colaboradores (2018), que demonstraram o papel das práticas parentais severas na exacerbação dos sintomas de PDO, suportam esta ideia. Assim, além da estabilidade inerente dos comportamentos disruptivos, os fatores ambientais, especialmente a dinâmica familiar, parecem contribuir para a manutenção e agravamento destes comportamentos. Por outro lado, a literatura também sugere que, embora exista estabilidade nos comportamentos antissociais, pode existir alguma heterogeneidade na magnitude dessa estabilidade, como observado no estudo de Lewinsohn et al. (2000). Assim, enquanto algumas crianças seguem um curso estável de comportamento disruptivo, outras podem apresentar uma maior variabilidade, dependendo de fatores como o ambiente familiar, a resiliência individual e as oportunidades de intervenção (Farrington, 2013).

Além disso, os resultados que indicam variações dos sintomas entre diferentes grupos etários e de género também se alinham com as teorias desenvolvimentais. Por exemplo, Kroneman e colaboradores (2011) observaram uma redução dos sintomas de PC nas raparigas no final da infância, seguida de um aumento na adolescência. Segundo Steinberg (2005), a adolescência é uma fase de maior sensibilidade às influências ambientais e sociais, o que pode explicar os picos nos comportamentos de risco e antissociais observados em adolescentes. A teoria da dupla vulnerabilidade, que sugere que a adolescência é um período crítico para o desenvolvimento de perturbações comportamentais devido à interação entre vulnerabilidades biológicas e sociais, pode explicar o agravamento dos sintomas de PC neste período.

A presente revisão sistemática apresenta várias limitações, que devem ser consideradas ao interpretar os resultados. Primeiramente, é necessário referir o risco de viés de relato, uma vez que apenas foram incluídos estudos publicados em fontes identificadas, apesar de uma tentativa de redução deste impacto através de uma pesquisa manual. Também associado a este viés, refere-se à limitação linguística, pois foram selecionados estudos em inglês, português e espanhol. Este facto pode ter limitado a referência à diversidade de perspectivas culturais. Uma das principais dificuldades encontradas foi a escassez de estudos focados exclusivamente no diagnóstico de PC ou PDO. Muitos estudos identificados na literatura incluíam também diagnósticos de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e comportamentos internalizantes, como ansiedade e depressão. Esta comorbidade é um desafio frequente na literatura, dificultando a análise isolada dos comportamentos disruptivos e a sua

estabilidade ao longo do tempo. A inclusão de múltiplas perturbações no mesmo estudo pode distorcer os resultados, uma vez que fatores relacionados a outras condições, como a PHDA, podem influenciar os comportamentos antissociais e a sua progressão, tornando difícil determinar a estabilidade de PC ou PDO isoladamente. Além disso, apesar de os resultados seguirem na sua grande maioria a mesma linha, outro fator a referir é variedade de instrumentos de avaliação utilizados para avaliar os comportamentos antissociais nos diferentes estudos. Ferramentas como o Child Behavior Checklist (CBCL), o Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) e o Antisocial Process Screening Device (APSD) foram utilizadas de forma inconsistente ao longo dos estudos. Esta diversidade metodológica pode dificultar a comparação direta entre os resultados, já que cada instrumento tem diferentes formas de operacionalizar e avaliar os sintomas de PDO e PC. Finalmente, poucos estudos seguiram as crianças até à idade adulta, o que impõe uma limitação significativa à compreensão da evolução dos comportamentos antissociais ao longo do ciclo de vida.

Apesar destas limitações, os resultados desta revisão fornecem evidências para a compreensão dos comportamentos disruptivos, demonstrando a existência de uma tendência para estabilidade ao longo do tempo, particularmente quando surgem precocemente. Estes resultados têm importantes implicações práticas, sugerindo que a identificação precoce de comportamentos antissociais em crianças pode permitir o desenvolvimento de intervenções preventivas eficazes, que possam evitar a evolução destes comportamentos para formas mais severas. A infância é um período chave de maleabilidade comportamental, portanto, a identificação precoce com vista à aplicação de intervenções adequadas durante este período pode ter um impacto positivo significativo na diminuição de riscos de desenvolver perturbações secundárias e inibição da progressão do comportamento disruptivo (Kim-Cohen., 2008; Junewicz & Billick., 2019; Loeber et al., 2009).

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition, Text Revision). Climepsi Editores.
- Anderson, S. L., Zheng, Y., & McMahon, R. J. (2017). Predicting risky sexual behavior: The unique and interactive roles of childhood conduct disorder symptoms and callous-unemotional traits. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(6), 1147–1156. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0221-1>
- Bai, S., & Lee, S. S. (2017). Early-onset conduct problems: Predictions from daring temperament and risk taking behavior. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(4), 575–584. <https://doi.org/10.1007/s10862-017-9612-z>
- Baker, K. (2013). Conduct disorders in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 23(1), 24–29. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2012.09.007>
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2010). Risk factors for conduct disorder and oppositional/defiant disorder: Evidence from a New Zealand birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1125–1133. <https://doi.org/10.1097/00004583-201011000-00006>
- Bor, W., McGee, T. R., Hayatbakhsh, M. R., Dean, A., & Najman, J. M. (2010). Do antisocial females exhibit poor outcomes in adulthood? An Australian cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(7), 648–657. <https://doi.org/10.3109/00048671003631159>
- Burke, J. D., Rowe, R., & Boylan, K. (2014). Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(3), 264–272. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12150>
- Burnette, M. L. (2013). Gender and the development of oppositional defiant disorder: Contributions of physical abuse and early family environment. *Child Maltreatment*, 18(3), 195–204. <https://doi.org/10.1177/1077559513478144>

- Burt, S. A., Donnellan, M. B., McGue, M., & Iacono, W. G. (2011). Age-of-onset or behavioral sub-types? A prospective comparison of two approaches to characterizing the heterogeneity within antisocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(5), 633–644. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9491-9>
- Calles, J. L. (2016). A review of oppositional defiant and conduct disorders. *Journal of Alternative Medicine Research*, 8(4), 371–78.
- Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2009). Developmental origins of early antisocial behavior. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1095–1109. <https://doi.org/10.1017/s095457940999006x>
- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (1995). The continuity of maladaptive behavior: From description to understanding in the study of antisocial behavior. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology. Risk, disorder, and adaptation*. Vol. 2. (pp. 472–511). John Wiley & Sons.
- Ding, W., Lin, X., Su, J., Jiang, Y., Wu, Q., & He, T. (2019). The Mutual Influence Between Marital Quality and Child Oppositional Defiant Disorder Symptoms in Chinese Families: Do Child and Parent's Gender Matter? *Journal of Child & Family Studies*, 28(8), 2086–2097. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01408-6>
- Eisenbarth, H., Demetriou, C. A., Kyranides, M. N., & Fanti, K. A. (2016). Stability subtypes of callous–unemotional traits and conduct disorder symptoms and their correlates. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(9), 1889–1901. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0520-4>
- Essau, C. A. (Ed.). (2003). *Conduct and oppositional defiant disorders: Epidemiology, risk factors, and treatment*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Essau, C. A. & Petermann, F. (1997). *Developmental psychopathology: Epidemiology, diagnostics, and treatment*. Harwood Academic Publishers
- Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N., & Domènech, J. M. (2015). Clinical Characteristics of Preschool Children with Oppositional Defiant Disorder and Callous-Unemotional Traits. *PLoS ONE*, 10(9), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139346>

- Fanti, K. A., Kyranides, M. N., Lordos, A., Colins, O. F., & Andershed, H. (2018). Unique and interactive associations of callous-unemotional traits, impulsivity and grandiosity with child and adolescent conduct disorder symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 40(1), 40–49. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9655-9>
- Foster, H., Nagin, D. S., Hagan, J., Angold, A., & Costello, E. J. (2010). Specifying criminogenic strains: Stress dynamics and conduct disorder trajectories. *Deviant Behavior*, 31(5), 440–475. <https://doi.org/10.1080/01639620903231340>
- Frick, P. J. (1998). *Conduct disorders and severe antisocial behavior*. Plenum Press.
- Hawes, D., & Dadds, M. (2007). Stability and Malleability of Callous-Unemotional Traits During Treatment for Childhood Conduct Problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36(3), 347–355
- Junewicz, A., & Billick, S. B. (2020). Conduct Disorder: Biology and Developmental Trajectories. *Psychiatric Quarterly*, 91(1), 77–90. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09678-5>
- Kazdin, A. E. (2008). Parent Management Training in Perspective. *Parent Management Training*, 225–244. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195386004.003.0008>
- Keenan, K., Wroblewski, K., Hipwell, A., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2010). Age of onset, symptom threshold, and expansion of the nosology of conduct disorder for girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 689–698. <https://doi.org/10.1037/a0019346>
- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27(5), 1101–1119.
- Kim-Cohen, J., Arseneault, L., Newcombe, R., Adams, F., Bolton, H., Cant, L., Delgado, K., Freeman, J., Golaszewski, A., Kelesidi, K., Matthews, C., Mountain, N., Oxley, D., Watson, S., Werts, H., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2009). Five-year predictive validity of DSM-IV conduct disorder research diagnosis in 4½–5-year-old children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(5), 284–291. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0729-1>

- Kroneman, L. M., Hipwell, A. E., Loeber, R., Koot, H. M., & Pardini, D. A. (2011). Contextual risk factors as predictors of disruptive behavior disorder trajectories in girls: the moderating effect of callous-unemotional features. *Journal of Child Psychology*, 52(2), 167–175. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02300.x>
- Lavigne, J. V., Bryant, F. B., Hopkins, J., & Gouze, K. R. (2015). Dimensions of Oppositional Defiant Disorder in young children: Model comparisons, gender and longitudinal invariance. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(3), 423–439. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9919-0>
- Lewinsohn, P. M., & Rohde, P. (2000). The OADP-CDS: A Brief Screener for Adolescent Conduct Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(7), 888. <https://doi.org/10.1097/00004583-200007000-00018>
- Ljungstrom, B.-M., Kenne Sarenmalm, E., & Axberg, U. (2020). Bottom-up and top-down approaches to understanding oppositional defiant disorder symptoms during early childhood: a mixed method study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(1).
- Loeber, R., Burke, J., & Pardini, D. A. (2009). Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *Journal of Child Psychology*, 50(1/2), 133–142. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02011.x>
- López-Romero, L., Cutrín, O., Maneiro, L., & Salekin, R. T. (2023). Proposed Specifiers for Conduct Disorder-Short Version (PSCD-SV): Psychometric Properties, Concurrent Correlates and Parenting Predictors. *Child Psychiatry & Human Development*, 54(5), 1258–1273. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01335-6>
- Matthys, W., & Lochman, J. (2010). *Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Childhood* (2nd edition). John Wiley & Sons, Ltd. ISBN: 978-0-470-68231-9

- McGee, T. R., Hayatbakhsh, M. R., Bor, W., Cerruto, M., Dean, A., Alati, R., Mills, R.R., Williams, G., O'Callaghan, M., & Najman, J. M. (2011). Antisocial behaviour across the life course: An examination of the effects of early onset desistence and early onset persistent antisocial behaviour in adulthood. *Australian Journal of Psychology*, 63(1), 44–55. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9536.2011.00006.x>
- Meriem, C., Khaoula, M., Ghizlane, C., Asmaa, M. A., & Ahmed, A. O. T. (2020). Early childhood development (0 - 6 years old) from healthy to pathologic: A review of the literature. *Open Journal of Medical Psychology*, 09(03), 100–122. <https://doi.org/10.4236/ojmp.2020.93009>
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674–701.
- Moffitt, T. E. (2003). Life- course- persistent and adolescence - limited antisocial behaviour: A 10-year research review and a research agenda. In B. J. Lahey, T. E. Moffitt & A. Caspi (Eds.), *Causes of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency* (pp. 49–75). Guilford Press.
- Moffitt, T. E. (2006). Life-course persistent versus adolescencelimited antisocial behavior. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology* (2nd ed., Vol. 3, pp. 570–598). Wiley.
- Moreno, E. E., & del Río, M. P. (2011). Prevalencia, sintomatología y distribución del trastorno negativista desafiante = Prevalence, symptoms and distribution of oppositional defiant disorder. *Psicothema*, 23(2), 215–220.
- Murray, J., & Farrington, D. P. (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: Key findings from longitudinal studies. *The Canadian Journal of Psychiatry/ La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 55(10), 633–642.
- Nobakht, H. N., Steinsbekk, S., & Wichstrøm, L. (2024). Development of symptoms of oppositional defiant disorder from preschool to adolescence: The role of bullying victimization and emotion regulation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(3), 343–353. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13845>
- Pacheco, J., Alvarenga, P., Reppold, C., Piccinini, C. A., & Hutz, C. S. (2005). Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a

adolescência: uma perspectiva desenvolvimentista. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 55-61.

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Patterson, G., De Baryshe, B., & Ramsey, E. (1990). A Developmental Perspectives on Antisocial Behavior. *American Psychologist*, 44(2), 329–335
- Piquero, A. R., Brame, R., & Moffitt, T. E. (2005). Extending the study of continuity and change: Gender differences in the linkage between adolescent and adult offending. *Journal of Quantitative Criminology*, 21(2), 219–243.
- Robbins, L. N. (1978). Sturdy childhood predictors of adult antisocial behaviour: Replications from longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 8, 611–622
- Roubinov, D. S., Boyce, W. T., & Bush, N. R. (2020). Informant-specific reports of peer and teacher relationships buffer the effects of harsh parenting on children's oppositional defiant disorder during kindergarten. *Development and Psychopathology*, 32(1), 163–174. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001499>
- Rowe, R., Costello, E. J., Angold, A., Copeland, W. E., & Maughan, B. (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 726–738. <https://doi.org/10.1037/a0020798>
- Rutter, M. (2003). Crucial paths from risk indicators to causal mechanisms. In B. B. Lahey, T. E. Moffitt & A. Caspi (Eds.), *Causes of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency* (pp. 3 – 24). Guilford Press.
- Sagar, R., Patra, B., & Patil, V. (2019). Clinical practice guidelines for the management of conduct disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(8), 270. <https://doi.org/10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry 539 18>

- Schoorl, J., Rijn, S., Wied, M., Goozen, S., & Swaab, H. (2016). Variability in emotional/behavioral problems in boys with oppositional defiant disorder or conduct disorder: the role of arousal. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(8), 821–830.
- Shaw, D. S., & Gilliam, M. (2017). Early childhood predictors of low-income boys' pathways to antisocial behavior in childhood, adolescence, and early adulthood. *Infant Mental Health Journal*, 38(1), 68–82.
- Sitnick, S. L., Galán, C. A., & Shaw, D. S. (2019). Early childhood predictors of boys' antisocial and violent behavior in early adulthood. *Infant Mental Health Journal*, 40(1), 67–83.
- Smart, D., Richardson, N., Sanson, A., Dussuyer, I., Marshall, B., Toumbourou, J., Oberklaid, F. (2005). *Patterns and precursors of adolescent antisocial behaviour: Outcomes and connections: The third report*. The Australian Institute of Family Studies.
- Sroufe, L. A. & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17–29.
- Vidal, R. P., Pickles, A., Tibu, F., Sharp, H., & Hill, J. (2017). Sex differences in the associations between vagal reactivity and oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(9), 988–997. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12750>
- Viinamäki, A., Marttunen, M., Fröjd, S., Ruuska, J., & Kaltiala, H. R. (2013). Subclinical bulimia predicts conduct disorder in middle adolescent girls. *European Eating Disorders Review*, 21(1), 38–44. <https://doi.org/10.1002/erv.2168>
- Waller, R., Hyde, L. W., Baskin-Sommers, A. R., & Olson, S. L. (2017). Interactions between callous unemotional behaviors and executive function in early childhood predict later aggression and lower peer-liking in late-childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(3), 597–609. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0184-2>
- Whelan, Y. M., Stringaris, A., Maughan, B., & Barker, E. D. (2013). Developmental continuity of oppositional defiant disorder subdimensions at ages 8, 10, and 13

years and their distinct psychiatric outcomes at age 16 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(9), 961-969.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.06.013>

Winther, J., Carlsson, A., & Vance, A. (2014). A pilot study of a school-based prevention and early intervention program to reduce oppositional defiant disorder/conduct disorder. *Early Intervention in Psychiatry*, 8(2), 181–189