

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

MALKA DAVID ALHANAT

**Avaliação do desenvolvimento da identidade na adolescência: estudo
de validade da AIDA em pacientes
com Transtorno de Personalidade *Borderline***

Professora Associada 3

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

SÃO PAULO

2023

MALKA DAVID ALHANAT

**Avaliação do desenvolvimento da identidade na adolescência: estudo
de validade da AIDA em pacientes com Transtorno de Personalidade
*Borderline***

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação do
Departamento de Psicologia Clínica do
Instituto de Psicologia da Universidade de
São Paulo como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Mestre em Psicologia
Clínica

Orientação: Professora Associada 3 Leila
Salomão de La Plata Cury Tardivo

São Paulo

2023

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catlogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Alhanat, Malka David

Avaliação do desenvolvimento da identidade na adolescência: estudo de validade da AIDA em pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline*, orientadora Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo – São Paulo, 2022.

Dissertação (Mestrado – Programa Pós-Graduação em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023.

1. Adolescência. 2. Identidade 3. Transtorno Borderline de Personalidade. 4. AIDA. I. Tardivo, Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, orient. II. Título.

Nome: **Malka David Alhanat**

Título: Avaliação do desenvolvimento da identidade na adolescência: estudo de validade da AIDA em pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline*

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em
Ciências, na área de concentração Psicologia Clínica.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof.º Dr. ° _____

Instituição _____

Julgamento _____

Prof.º Dr. ° _____

Instituição _____

Julgamento _____

Prof.º Dr. ° _____

Instituição _____

Julgamento _____

*Don't Know What Living a Balanced Life Feels Like*¹

*i don't know what living a balanced life feels like
when i am sad
i don't cry, i pour
when i am happy i
don't smile, i beam
when i am angry
i don't yell, i burn*

*the good thing about feeling the extremes is
when i love i give them wings but perhaps
that isn't such a good thing cause they
always tend to leave and you should see me
when my heart is broken
i don't grieve
i shatter*

¹ <https://www.best-poems.net/rupi-kaur/i-don-t-know-what-living-a-balanced-life-feels-like.html>
I Don't Know What Living a Balanced Life Feels Like, em português, *Eu Não Sei Como é Viver Uma Vida Equilibrada*; poema de Rupi Kaur retirado do seu livro, **Outros jeitos de usar a boca** (1. ed. – São Paulo: Planeta, 2017), traduzido por Ana Guadalupe.

Eu Não Sei Como É Viver uma Vida Equilibrada

eu não sei o que é viver uma vida equilibrada

quando fico triste

eu não choro eu derramo

quando fico feliz

eu não sorrio eu brilho

quando fico com raiva

eu não grito eu ardo

a vantagem de sentir os extremos é que

quando eu amo eu dou asas

mas isso talvez não seja

uma coisa tão boa porque

eles sempre vão embora

e você precisa ver

quando quebram meu coração

eu não sofro

eu estilhaço

DEDICATÓRIA

À minha querida mãe, Cathia, e ao meu amado pai, Ino (in memoriam), que nos anos de convivência, muito me ensinaram, contribuindo para meu crescimento intelectual e formação como pessoa.

Aos meus queridos filhos, Alexis e Benjamin, que muito me ensinam sobre humanidade, compaixão, gratidão e o real valor da vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo por testemunhar o meu crescimento e aprendizado.

À Professora Doutora Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, por me acompanhar em todo percurso, e me acolher e incentivar durante todo processo de orientação.

Ao Professor Doutor Jesus Garcia Martinez por toda sua disponibilidade e apoio.

Aos membros da Banca Examinadora por terem aceitado participar e ler esse trabalho. Professores Jesus Garcia Martinez, Rosangela Kátia Sanches Mazzorana Ribeiro, Ivonise Motta da Motta, Hilda Rosa Capelão Avoglia, e Antonio Augusto Pinto Junior.

Ao Professor Doutor Francisco Lotufo Neto e à toda a equipe de médicos do ADRE (Ambulatório para o Desenvolvimento dos Relacionamentos e Emoções) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas pela colaboração e pela oportunidade de aprendizado, na pessoa dos coordenadores, Dr. Eduardo Martinho Jr., Dr. João Cronemberger, Dr. Marcelo Branãs e Dr. Marcos S. Croci.

À CAPES (Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior) pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Aos participantes deste estudo, pela colaboração, disponibilidade e aprendizado.

Aos queridos amigos e aos colaboradores do Projeto APOIAR por tantos anos de apoio, pesquisa e formação.

À minha mãe e aos meus filhos pela paciência, colaboração e incentivo durante todo processo.

SUMÁRIO

CAPÍTULO		PÁG
	RESUMO	4
I	INTRODUÇÃO	7
	A) CONSIDERAÇÕES SOBRE A ADOLESCÊNCIA E A IDENTIDADE	7
	1. ADOLESCÊNCIA	7
	2. IDENTIDADE	9
	B) TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE NA ADOLESCÊNCIA	14
	1. PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO	14
	2. ORGANIZAÇÃO DE PERSONALIDADE BORDERLINE NA ADOLESCÊNCIA	15
	3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA AIDA	23
	4. DEFINIÇÕES DE VALIDADE	27
II	JUSTICATIVA E OBJETIVOS	29
III	MÉTODO	31
	PARTICIPANTES	31
	A) INSTRUMENTOS	31
	B) PROCEDIMENTOS	35
IV	RESULTADOS	37
	A) RESULTADOS DA AIDA	37
	B) RESULTADOS DO DSQ	40
	C) RESULTADOS DO SDQ	44
V	DISCUSSÃO	53
VI	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58

VII	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
VIII	ANEXOS	65

ÍNDICE DE TABELAS

NÚMERO	TÍTULO	PÁG
TABELA 1	Dimensionalidade genotípica hipotética da integração de identidade versus difusão de identidade e sua operacionalização em escalas, subescalas e fatores da AIDA; áreas fenotípicas designadas autorrelacionadas (intrapessoais) e sociais (interpessoais)	26
TABELA 2	Comparações entre Grupo Clínico <i>Borderline</i> (10 adolescentes) e Grupo Controle (50 adolescentes de escolas públicas)	37
TABELA 3	Comparações entre Grupo Clínico <i>Borderline</i> (37 adolescentes) e Grupo Controle (283 adolescentes)	38
TABELA 4	Prova de Mann-Whitney – no estudo comparativo entre o Grupo Clínico <i>Borderline</i> (37 adolescentes) e Grupo Controle (283 participantes)	39
TABELA 5	Medidas Resumo e Intervalos de Confiança para os fatores gerais do DSQ	40
TABELA 6	Medidas Resumo e Intervalos de Confiança para os itens dos fatores do DSQ	41
TABELA 7	Distribuição dos participantes por Sexo e Idade	42
TABELA 8	Médias e Desvios Padrão dos 3 instrumentos no grupo total	43
TABELA 9	Distribuição das classificações do SDQ	45
TABELA 10	Correlações entre as ferramentas e AIDA	49
TABELA 11	Medidas Resumo dos escores de AIDA por classificação do SDQ	49
TABELA 12	Medidas Resumo dos escores de AIDA por grupos	51

ÍNDICE DAS ILUSTRAÇÕES

NÚMERO	TÍTULO	PÁG
FIGURA 1	Médias \pm 1 desvio padrão e ICs para os fatores gerais do DSQ	40
FIGURA 2	Comparações entre Grupo Clínico Borderline (10 pacientes com TPB) e Grupo Controle (50 adolescentes de escolas públicas)	41
FIGURA 2.1	Distribuição dos participantes por Sexo e Idade	43
FIGURA 3	Médias \pm 1 desvio padrão e ICs para os fatores gerais	46
FIGURA 4	<i>Boxplot</i> para os escores dos instrumentos	47
FIGURA 5	Distribuição das classificações do SDQ	47
FIGURA 6	Gráficos de dispersão entre ferramentas e Descontinuidade	49
FIGURA 7	Gráficos de dispersão entre ferramentas e Incoerência	50
FIGURA 8	Média \pm Desvio padrão para o AIDA por classificação do SDQ	50
FIGURA 9	Média \pm Desvio padrão para os escores de AIDA entre os grupos	53

Alhanat, M. D. (2023). Avaliação do desenvolvimento da identidade na adolescência: estudo de validade da AIDA em pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RESUMO

A fase da adolescência se caracteriza por um momento de crise no desenvolvimento, em função das características: perda do corpo infantil, distanciamento dos pais, identidade grupal, flutuações de humor e da conduta, busca da identidade, entre outras. Por outro lado, a difusão de identidade caracteriza um estado de organização que se relaciona a um desenvolvimento precário da identidade, ocasionada por diversos fatores, e pode estar presente em transtornos limites da personalidade. A escala AIDA (Avaliação do Desenvolvimento da Identidade na Adolescência), destinada a adolescentes de 12 a 18 anos, avalia a noção e o desenvolvimento da identidade, tarefa principal dessa fase. Como embasamento teórico, se discute o conceito de identidade, como a noção da continuidade do ser. Buscou-se com essa investigação (inserida em pesquisa mais ampla de tradução e validação da escala AIDA para a população brasileira) avaliar a identidade em um grupo clínico de 37 adolescentes brasileiros atendidos em ambulatório psiquiátrico, diagnosticados com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Dessa forma, esta pesquisa também tem objetivo de realizar estudo de validade concorrente da AIDA (entre um grupo clínico e um controle composto por 397 adolescentes brasileiros de escola pública) e convergente, do grupo de Borderline com a AIDA, com o Questionário de Estilo de Defesa (DSQ-40), e com o Questionário de Habilidades e Dificuldades (SDQ). Foram feitos estudos estatísticos adequados para cada instrumento. O DSQ-40 avalia três tipos de defesa: maduras, neuróticas e imaturas, enquanto o SDQ avalia forças e fraquezas do grupo clínico. Os resultados da AIDA confirmam os achados da literatura, no que se refere à escala incoerência e descontinuidade, e nos demais instrumentos, sendo que predominam as defesas imaturas baseados na projeção e cisão (DSQ-40), e dificuldades (SDQ) relevantes no estabelecimento da identidade para os adolescentes com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Há evidências de validade concorrente pelas diferenças significativas nas escalas da AIDA, entre os grupos clínico e controle. Houve também sinais de validade convergente, quanto as correlações entre os fatores das escalas DSQ-40 (com defesas imaturas) e SDQ (mais resultados anormais e limítrofes), e nas escalas descontinuidade e incoerência (AIDA). Em concordância com achados clínicos recentes, a AIDA demonstrou validade e confiabilidade na avaliação da identidade normal e patológica (TPB) em adolescentes, o que a torna valiosa para composição de avaliações diagnósticas e no embasamento de medidas preventivas e interventivas junto a este grupo clínico.

Palavras chaves: Adolescência. Identidade. Transtorno Borderline de Personalidade. AID

ABSTRACT

The phase of adolescence is characterized by a moment of crisis in development, depending on the characteristics: loss of the child's body, distance from parents, group identity, fluctuations in mood and behavior, search for identity, among others. On the other hand, identity diffusion characterizes a state of organization that is related to a precarious development of identity, caused by several factors, and can be present in borderline personality disorders. The AIDA (Assessment of Identity Development in Adolescence) scale, aimed at adolescents aged 12 to 18, assesses the notion and development of identity, the main task of this phase. As a theoretical basis, the concept of identity is discussed, as the notion of the continuity of being. This investigation (as part of a broader research on the translation and validation of the AIDA scale for the Brazilian population) was intended to evaluate the identity in a clinical group of 37 Brazilian adolescents diagnosed with borderline personality disorder (BPD) and treated in a psychiatric outpatient clinic, evaluating the degree of identity diffusion that is indicative of personality disorder. Thus, this study also aims to carry out studies of concurrent validity of the AIDA (between a clinical group and a control group composed of 397 Brazilian adolescents from public schools) and convergent between the results of the Borderline group for AIDA, the Defense Style Questionnaire (DSQ-40), and the Ego Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). The DSQ-40 evaluates three types of defenses: Mature, Neurotic and Immature, while the SDQ evaluates strengths and difficulties of the clinical group. Comparisons were made between the responses of adolescents in the clinical group with those in the control group, with appropriate statistical studies for each instrument. AIDA results confirm the findings in literature, with regard to incoherence and discontinuity scales, and for the other instruments, with predominance of immature defenses based on projection and splitting (DSQ-40), and relevant difficulties (SDQ) in establishing identity for adolescents with Borderline Personality Disorder (BPD). With regard to validity, there is evidence of concurrent validity due to the significant differences between the results of the AIDA scales in the clinical and control groups. There were also signs of convergent validity, with regard to the correlations between the factors of the DQS-40 Scales (more immature defenses) and SDQ (more abnormal and borderline results); and the discontinuity and incoherence scales (AIDA). In accordance with recent clinical findings, AIDA is a reliable and valid instrument to assess normal and disturbed identity (BPD) in adolescents, and is therefore a valuable tool for composing diagnostic assessments, implementing and supporting preventive and interventional measures with this group.

Keywords: Adolescence. Identity. Borderline Personality Disorder. AIDA

RESUMEN

La fase de la adolescencia se caracteriza por un momento de crisis en el desarrollo, con las características: pérdida del cuerpo del niño, alejamiento de los padres, identidad grupal, fluctuaciones en el estado de ánimo y comportamiento, búsqueda de identidad, entre otras. Por otro lado, la difusión de la identidad caracteriza un estado de organización que se relaciona con un desarrollo precario de la identidad, causado por varios factores, y puede estar presente en los Trastornos Límite de la Personalidad. La escala AIDA (Assessment of Identity Development in Adolescence), para adolescentes de 12 a 18 años, evalúa la noción y desarrollo de la identidad, principal tarea de esta fase. Como base teórica, se discute el concepto de identidad, como la noción de continuidad del ser. El objetivo de esta investigación (como parte de una investigación más amplia sobre la traducción y validación de la escala AIDA para la población brasileña) tuvo como objetivo evaluar la identidad en un grupo clínico de 36 adolescentes brasileños diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y tratados en un ambulatorio psiquiátrico, evaluando el grado de difusión de identidad que es indicativo de trastorno de personalidad. Así, este estudio también tiene como objetivo realizar estudios de validez concurrente del AIDA (entre un grupo clínico y un control compuesto por 397 adolescentes brasileños de escuelas públicas) y convergente entre los resultados del grupo borderline en AIDA, el Cuestionario de Estilo Defensa (DSQ-40), y el Inventario de Fortalezas y Debilidades del Yo (SDQ). El DSQ-40 evalúa tres tipos de defensa: Madura, Neurótica e Inmadura, enquanto el SDQ evalúa fortalezas y debilidades del Yo en el grupo clínico. Se realizaron comparaciones entre las respuestas de los adolescentes del grupo clínico con los del grupo control, con estudios estadísticos apropiados para cada instrumento. Datos preliminares de la AIDA confirman los hallazgos en la literatura, en lo que se refiere a la escala de incoherencia y discontinuidad, y en los demás instrumentos, con predominio de defensas inmaduras basadas en proyección y escisión (DSQ-40), y dificultades relevantes (SDQ) en el establecimiento de la identidad para adolescentes con Trastorno Límite de la Personalidad (TPB). En cuanto a la validez, existe evidencia de validez concurrente debido a las diferencias significativas entre los resultados de las escalas AIDA en los grupos clínico y control. También hubo signos de validez convergente, en cuanto a las correlaciones entre los factores de las escalas DSQ-40 (más defensas inmaduras) y SDQ (resultados más anormales y limítrofes); y las escalas de discontinuidad e incoherencia. De acuerdo con hallazgos clínicos recientes, el AIDA demostró validez y confiabilidad en la evaluación de la identidad normal y patológica (TPB) en adolescentes, lo que lo hace valioso para la composición de evaluaciones diagnósticas y en la base de medidas preventivas e intervencionistas con este grupo clínico.

Palabras clave: Adolescencia. Identidad. Trastorno Límite de la Personalidad. AIDA.

I. INTRODUÇÃO

A introdução discorre sobre os temas que fundamentam a presente pesquisa. Assim, serão discutidas a adolescência e a identidade. Em seguida, será abordado o Transtorno *Borderline* de Personalidade em adolescentes e a descrição da escala AIDA (*Assessment of Identity Development in Adolescence*).

A. CONSIDERAÇÕES SOBRE A ADOLESCÊNCIA E IDENTIDADE

1. ADOLESCÊNCIA

Esta etapa da vida costuma ser descrita como um período contraditório, confuso, ambivalente, doloroso, repleto de conflitos com o meio que cerca o adolescente. É possível que seja a etapa mais vulnerável de todo o desenvolvimento humano. E, possivelmente, essa vulnerabilidade pode ser mais intensa de acordo com o ambiente em que está inserido o adolescente (Tardivo, 2007).

É fundamental refletir acerca desse período fortemente marcado por perdas, que são basicamente de três tipos. O primeiro tipo se refere a perda do corpo de criança, que acarreta muitas dificuldades e forte angústia. É como se o adolescente se desconhecesse, alguns chegam a viver mesmo momentos de estranhamento. Também relativa a esse processo de perda, outra característica fundamental do adolescente é a ambivalência, que de um lado sente orgulho por seu novo corpo, ainda que muito desconhecido e, por outro lado, denota fortes sentimentos de vergonha. O segundo tipo diz respeito à perda dos pais da infância, esse processo está relacionado à imagem que os filhos faziam deles, e pode ser bastante doloroso para o próprio adolescente assim como para os pais. Também essa vivência é necessária, uma vez que os adolescentes precisam se afastar dos pais, emocionalmente, a fim de buscar a ligação em novos objetos e ideais; e principalmente se dedicar à função primordial do adolescente, que é a formação da própria identidade. E o terceiro tipo de perda, é a perda da condição infantil; o que, além do luto, acarreta conflito e angústia. Os adolescentes são grandes demais para algumas coisas, como brincar, fazer coisas que costumavam fazer; e são crianças para outras, como sair, voltar tarde, beber, fumar, ter vida sexual (Tardivo, 2007).

Juntamente com processo de separação-individuação, o desenvolvimento da identidade - processo de consolidação ou substituição das identificações da infância para desenvolver um sentido coerente do self para organização das crenças, valores e objetivos futuros; é considerado tarefa psicossocial principal da adolescência. Já a individuação ou *separação* de pais e adolescentes corresponde ao *nascimento psicológico*, que repercutirá ao longo de toda vida e terá implicações importantes para as diferentes aquisições desenvolvimentais, enquanto permite que

o adolescente ganhe distância suficiente da família para completar o desenvolvimento da identidade (Engler e Wiemann, 2010).

A fase da adolescência só pode ser compreendida se considerarmos os fatores psicológicos e sociológicos envolvidos, bem como os biológicos (Tardivo, 2007). A relação entre a personalidade e a socialização é essencial em qualquer estudo ou reflexão sobre o ser humano e sua conduta, sendo que esta ocorre nos três campos, mente, corpo e ambiente, no modelo proposto por Pichon Rivière apud Bleger (1975).

Ajuriaguerra (1985) afirma que, de um lado a adolescência só pode ser compreendida por meio do conhecimento das pulsões e das defesas, dos bloqueios e dos processos de identificação que evoluem para a busca da identidade, tema principal da presente pesquisa. E, de outro lado, também é indispensável compreender o papel que o adolescente tem numa determinada sociedade, num determinado momento histórico e político. Muitas vezes, segundo o mesmo autor, as dificuldades que ocorrem nessa fase da vida têm a ver com uma desvalorização das imagens identificatórias que são oferecidas aos adolescentes.

Há também a concordância entre vários autores (Aberastury e Knobel, 1971; Carvajal, 1993; Levisky, 1998) de que a harmonia entre ideais do ego e o ambiente é rompida na puberdade, ocorrendo um ressurgimento de aspectos da pré genitalidade. A busca de uma identidade adulta (sexual, cognitiva e social) desorganiza o equilíbrio da relação entre o ego e o superego, criando extensa área de conflitos. A escala AIDA, tema desse projeto, pretende de alguma forma trazer elementos de como a identidade está se formando.

Durante a adolescência, no estudo “O Adolescente e Sofrimento Emocional nos Dias de Hoje”, Tardivo (2007) diz que o ser humano deve galgar várias etapas para conquistar o status adulto. Os conflitos presentes serão mais intensos em adolescentes que apresentarem “pontos de fixação” e características regressivas durante a infância. Quanto maiores tiverem sido os pontos de fixação e características regressivas, maior a possibilidade de os conflitos na adolescência serem mais intensos (Aberastury, 1971).

Aberastury e Knobel (1971) criaram há mais de três décadas um conceito paradoxal, que ainda hoje pode ser aplicado, a Síndrome Normal da Adolescência, paradoxal porque a expressão inclui um conceito de patologia, “síndrome”, junto de “normalidade”. Tem como primeira e fundamental característica a “busca de si mesmo e da identidade”. É, então, a principal tarefa que o adolescente precisa dar conta.

Outra característica fundamental na formação da identidade é a “tendência grupal”. No processo de busca da identidade, o adolescente recorre como comportamento defensivo à

uniformidade com seus iguais, o que lhe proporciona segurança e estima pessoal. Interessante notar o fenômeno, onde se percebe um processo de identificação maciça, ou seja, todos se identificam entre si. Muitas vezes esse processo é tão intenso que a separação do grupo parece impossível e o adolescente parece pertencer mais ao seu grupo do que à família.

A partir desse resumo inicial sobre alguns aspectos dessa fase da adolescência, vale a pena discutir especificamente a formação da identidade, tarefa essencial nesse momento da vida e que se constitui no tema da presente pesquisa.

2. IDENTIDADE

Ao se falar de identidade em psicologia há a ideia de a persistência do caráter essencial como ser humano em geral e, ao mesmo tempo, o aspecto particular de cada um. Segundo o dicionário da Associação de Psicologia Americana (APA), a identidade envolve um senso de continuidade, ou o sentimento de que uma pessoa é hoje a mesma pessoa que era ontem ou no ano passado (apesar de mudanças físicas ou outras). Tal sentido é derivado das sensações corporais de alguém; a imagem corporal de alguém; e o sentimento de que as memórias, objetivos, valores, expectativas e crenças de alguém pertencem a si mesmo.

Para Erikson (1972), construir uma identidade implica em definir quem a pessoa é, quais são seus valores e quais as direções que deseja seguir pela vida. O autor entende que identidade é uma concepção de si mesmo, composta de valores, crenças e metas com os quais o indivíduo está solidamente comprometido.

Erikson (1956) descreve a identidade como um dos aspectos que confere ao indivíduo um sentimento de continuidade ao longo do tempo e das diferentes circunstâncias, permitindo também diferenciá-lo relativamente dos outros (Taylor e Goritsas, 1994).

Segundo Erikson (1972, 1998), a formação da identidade está intimamente associada ao estudo da adolescência. Por englobar tarefas específicas dos diversos segmentos da formação total do indivíduo, pode-se centrá-la como a tarefa principal dessa fase.

A identidade na adolescência é ela mesma uma contradição, já que essa fase se inicia a partir de bruscas mudanças que ocorrem na vida do indivíduo.

A formação da identidade recebe a influência de fatores intrapessoais (as capacidades inatas do indivíduo e as características adquiridas da personalidade), de fatores interpessoais (identificações com outras pessoas) e de fatores culturais (valores sociais a que uma pessoa está exposta, tanto globais quanto comunitários).

Este sentimento de ter uma identidade pessoal dá-se de duas formas: a primeira é perceber-se como sendo o mesmo e contínuo no tempo e no espaço; e a segunda é perceber que os outros

reconhecem essa semelhança e continuidade (Schoen-Ferreira T. H.; Aznar-Farias, M.; Silvares, E. M. A., 2008).

Na realidade, deve-se falar em evolução para indicar o verdadeiro transcurso de um processo que, segundo Erikson (1968/1972), dura toda a vida, chamado por ele de ciclo vital. A cada etapa há características típicas e distintivas que vão sucessivamente sendo transformadas pela ação das vivências da interação indivíduo/meio. Essa é uma cadeia evolutiva na qual o presente é o elo entre o passado e o futuro. Cada ocorrência funciona ao mesmo tempo como causa e como efeito.

Erikson (1968/1972) foi o primeiro autor a falar em desenvolvimento da identidade. O autor consolida a identidade como construto central da Psicologia do desenvolvimento, e se liga à adolescência dos círculos profissionais e populares (Schacter e Galliher, 2018). Erikson propõe dois polos opostos no desenvolvimento da identidade, que seriam a construção da identidade (*identity achievement*) e uma identidade difusa (*identity diffusion*) ou confusão de papéis. A construção da identidade seria o resultado positivo das explorações ocorridas na adolescência e seu conseqüente comprometimento, no final deste período, com alguma ocupação ou ideologia.

Nas palavras de Erikson, a identidade é um “*sentimento subjetivo de uma envigorante uniformidade e continuidade*” (1972 p. 17) que promova “*uma sensação de bem-estar psicossocial*”, um sentimento de “*estar em casa no próprio corpo*”, acompanhada de uma convicção relativa “*ao caminho que se quer seguir*”, e a “*certeza íntima do reconhecimento antecipado por parte dos outros*” (1968 apud Sequeira, 1992, p. 317). Seguindo a abordagem desenvolvimentista de Erikson, sentir-se confortável no próprio corpo relaciona-se ao reconhecimento de um mundo interno próprio, com capacidade de estabelecer diferenciações, sem recorrer às defesas imaturas como a identificação projetiva e a cisão; e com a capacidade de investimento narcísico do self, com o objetivo de promover segurança suficiente para que não dependa do amor e da aprovação dos outros significativos (Sequeira, 1992). A convicção relativa ao caminho que se quer seguir, e poder ir, implica primeiramente no conhecimento e na aceitação em relação às origens do Eu, e exige a existência de um “*Eu suficientemente forte, separado, coeso e maleável no seu sistema defensivo*” de modo a poder ligar os impulsos agressivos e libidinais. O sujeito precisa conciliar as exigências do Superego e os propósitos do Ideal do Eu, e acrescentar as informações sobre a realidade exterior, a incluir os limites impostos pelos outros, assim como as exigências e formas específicas de “*saber fazer*” (Sequeira, 1992, p. 317). Finalmente, a certeza íntima de reconhecimento dos outros, pressupõe relações de objetos que não sejam dominadas por angústias persecutórias ou depressivas, nem pelo triunfo megalomaniáco. Para o êxito do investimento narcísico e objetal é necessário reconhecer os

outros em sua interioridade (subjetividade absoluta) e diferença, ou seja, exercer a capacidade de auto-observação e mentalização.

Assim, a consolidação da identidade (estabilidade do Eu) pressupõe uma consciência de si próprio consistente ao longo do tempo e de cada situação, manifestação de atitudes e valores estáveis, com objetivos e aspirações a longo prazo, compromissos com pessoas e a experiência de papéis autodefinidos (Erikson, 1968). Segundo o autor, a identidade funciona como princípio organizador, sendo desenvolvida constantemente ao longo da vida, e proporcionando ao sujeito uma sensação de continuidade em si e na interação com os outros (*autoidentidade*), assim como uma forma de diferenciar o self dos outros (*unicidade*), possibilitando um funcionamento autônomo em relação aos outros (Goth, Foelsch, Schluter-Muler e Birkholzer, 2012).

Vale apontar que a identidade estável exerce um papel importante na formação da autoestima, contribuindo para uma valorização realista de si e os outros, além oferecer um *insight* em relação ao nosso efeito sobre os outros. Erickson (1968) refere ainda, que a formação da identidade, tarefa principal da adolescência, é um problema de gerações, e, da mesma forma como coloca Dolto (1990), embora em outras palavras, alerta para a responsabilidade da geração mais velha estar intensamente implicada no processo. Ele considera que os mais velhos precisam ter um forte sistema de valores para que os adolescentes possam, com segurança, contestá-los.

Dessa forma, a formação da identidade ocorre em todos os níveis do funcionamento mental, como a pessoa se percebe em comparação com os outros e com as pessoas que foram importantes para ela ao longo de sua vida. Os acontecimentos da vida de uma pessoa, desde a mais tenra idade produzem sobre ela uma imagem de si mesma, que se constrói a partir das relações que ela estabelece com os outros - pais, família, amigos, sendo que este processo tem muitos aspectos inconscientes (Erikson, 1972).

Erikson (1972) atribui relevância à vida social, que tem a ver com as relações afetivas que ocorrem desde o começo da vida da criança e, assim, vão construindo a identidade por meio de estruturas culturais e sociais, com destaque para a família. Martins (1999) esclarece que há uma transferência do "todo social" para cada ser do grupo, desde o começo da vida do indivíduo no grupo - uma identidade grupal – uma identidade que é dele, como uma pessoa, mas que é também a do grupo, por meio dele.

Martins (1999), a partir das ideias de Kimmel e Weiner (1998) estabelece a importância do sentimento de identidade, ou seja, quanto mais o indivíduo valoriza o modo em que é parecido ou diferente dos demais, mais capacidade ele tem de reconhecer suas limitações e habilidades; tal concepção é fundamental ser reconhecida, quando se atua na clínica. Quanto menos

desenvolvida é a identidade, mais o indivíduo necessita apoio dos outros para se avaliar e menos consegue compreender e lidar com as pessoas como diferentes.

Com uma identidade estável, a pessoa se sente única e com a certeza dos limites entre o próprio eu e o dos outros. A capacidade de regular uma ampla gama de experiências emocionais ajuda a estabelecer uma autoestima estável e a pessoa será precisa em sua autoavaliação. Assim, a identidade fornece previsibilidade e continuidade de funcionamento e permite trocas sociais efetivas (Schmeck, Fegert, e Schluter-Muller, 2013).

Para Schoen-Ferrerira (2007), a busca da identidade é a tarefa mais importante da adolescência, pois implica em definir quem a pessoa é, quais são seus valores e quais as direções que deseja seguir pela vida. Esse é o passo crucial da transformação do adolescente em adulto produtivo e maduro (Schoen-Ferreira, Aznar-Farias e Mattos Silvares, 2003).

Schoen-Ferreira, Aznar-Farias e Silvares (2008) se dedicaram a uma ampla pesquisa sobre identidade. Descreveram dois instrumentos para avaliação da identidade, que estão adaptados no Brasil: *Groningen Identity Development Scale, GIDS* (BOSMA, 1985) – que torna possível a realização de perfis individuais que, nos casos mais homogêneos poderiam servir para situar o sujeito em um dos estados de identidade – e o *Young Self Report, YSRO* (ACHENBACH, 1991) – um inventário de comportamentos, estruturado para obter respostas do adolescente a respeito de suas próprias competências e problemas. As autoras (Schoen-Ferreira, Aznar-Farias, Silvares (2008) consideram que a construção da identidade continua no próximo estágio, o do adulto jovem. Consideram a importância de identificar os estados de difusão da identidade o mais precoce possível, de forma a se propor tratamentos que sejam eficientes. Exatamente é essa uma das finalidades da Escala AIDA, tema da presente pesquisa. Segundo as mesmas autoras, na difusão de identidade, o jovem não se preocupa com sua falta de comprometimento e, em consequência, não explora ativamente as alternativas disponíveis. Os adolescentes que permanecem no estado de difusão de identidade correm risco de desenvolverem transtornos psicológicos (Kimmel; Weiner, 1998). Essas considerações embasam a pesquisa com AIDA, uma vez que o estado de difusão da identidade é marca fundamental do transtorno *borderline* de personalidade (Kernberg, 1977). Pinto (2015) considera ser possível pensar a construção da identidade como algo social, que é formada através da interação do adolescente com o meio, isto é, com o seu grupo de iguais e está sempre se adaptando, já que a construção desta é algo mutável (Pinto, 2015).

O presente projeto pretende estudar o conceito de identidade na adolescência abordando esses fatores em grupos clínicos de adolescentes diagnosticados com Transtorno de Personalidade Borderline. Este projeto se insere num projeto mais amplo que visa o estudo,

padronização e validação da Escala AIDA (*Assessment of Identity Development in Adolescence* - Avaliação do Desenvolvimento da Identidade na Adolescência) no Brasil, que será descrito em um capítulo. Esta escala se destina a avaliação da noção e do desenvolvimento da identidade, em adolescentes brasileiros de 12 a 18 anos, como preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990).

O interesse dos profissionais pela AIDA em adolescentes decorre de que a adolescência é uma fase de crise no processo de desenvolvimento em função de mudanças características: perda do corpo infantil, distanciamento dos pais, identidade grupal, flutuações de humor e da conduta, entre outros. Como será adiante apontado, o resultado dessas vivências culmina na formação da identidade – sólida e integrada, ou difusa. A difusão de identidade caracteriza um estado de organização que se relaciona a um desenvolvimento precário da identidade e pode estar presente em transtornos limites da personalidade.

Assim, a adolescência também se configura como um momento oportuno para mudar de direção, quando se apresentam padrões infantis defensivos e uma predisposição para uma perturbação da personalidade. Por outro lado, os padrões mal adaptativos que não forem identificados podem ser solidificados, prejudicando a personalidade adulta.

Considerando o que foi exposto sobre adolescente e identidade, a fase da adolescência deve ser compreendida sob a luz do paradigma biopsicossocial, considerando a identidade como resultado das diversas influências de aspectos psicológicos, sociais e biológicos (Tardivo, 2007). É de interesse para a presente pesquisa relacionar os dados sobre a identidade na adolescência advindos do grupo controle com grupo clínico, de pacientes com transtorno de personalidade borderline.

Considerando adolescência e identidade, observa-se em Tardelli (2010)

É necessário o reconhecimento da condição biopsicossocial destes sujeitos, que constroem sua identidade em função de sua intimidade e autonomia, assim como seus próprios valores e projetos (PUIG, 1998), referendada por uma crise pessoal que assinala a adolescência. Esta crise é tida como potencialidade dos sujeitos, segundo Erikson (1992), na qual a cultura local e as condições sociais, comunitárias e familiares incidem, de alguma maneira, além dos processos e relações em que os adolescentes enfrentam e tentam solucionar os conflitos de sua identidade.

Tardivo (2013), retomando Bleger (1975) afirma que a conduta do sujeito está relacionada à personalidade e socialização, além de ocorrer nos campos da mente, do corpo e do ambiente. Assim a adolescência é compreendida por meio do conhecimento das pulsões e das defesas, assim como

dos bloqueios e processos de identificação presentes na construção da identidade. O papel que o sujeito desempenha na sociedade também influenciará na sua estruturação.

O processo de identificação do adolescente é marcado pelo final do período de latência e entrada na fase genital da evolução psicosexual. Levisky (1998) afirma que esta fase está ligada à reorganização do aparelho psíquico primitivo e as etapas subsequentes durante a infância. A adolescência é descrita como uma etapa vulnerável, pois é um período contraditório, confuso e cheio de conflitos. Tardivo (2013), a partir de Aberastury, (1971) destaca três perdas que o adolescente deve passar: a perda do corpo infantil (suscita angústias e estranhamento com o novo corpo; há uma contradição vivenciada devido ao orgulho e vergonha desse corpo), perda dos pais da infância (a imagem dos pais é perdida, fato necessário para o sujeito buscar novos ideais e objetos para se relacionar; é preciso “*des-idealizar*” os pais para formar sua própria identidade) e perda da condição infantil (sujeito não pode mais ter atitudes típicas infantis).

A compreensão dos processos característicos desse período pode subsidiar tanto as intervenções no campo da clínica psicológica, como ações de prevenção e promoção da saúde mental dessa população.

B. CONSIDERAÇÕES SOBRE DIAGNÓSTICO ESTRUTURAL E O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE NA ADOLESCÊNCIA

1. PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO

Em dois textos publicados recentemente por Tardivo (2022a e 2022b) são abordados os conceitos de Diagnóstico estrutural de personalidade, destacando a estrutura borderline da personalidade, em geral, e em especial na adolescência. Resumem-se nos próximos parágrafos esses temas e as relações com Psicopatologia.

Profissionais e pesquisadores se preocupam em realizar o diagnóstico clínico e se apoiam na compreensão de que este é fundamental para a definição de abordagens clínicas e/ou farmacológicas a serem utilizados, enfoques psicoterapêuticos multidisciplinares e critérios prognósticos de curto e longo prazo. Para esses autores, o psicodiagnóstico provido das finalidades para as quais está sendo instrumentalizado favorece a compreensão do sofrimento expresso pelo paciente em seu contexto e a indicação terapêutica mais recomendada (Gabbard, 1998).

Nesta concepção do diagnóstico como orientação para certos tipos de intervenções, encontram-se diferentes práticas, dentre elas o diagnóstico estrutural psicanalítico, que lida com uma concepção de estrutura de personalidade como história transformada em estrutura psíquica. Ou seja, estrutural, neste contexto, significa aquilo que se cristaliza a partir da história emocional infantil. Essa concepção

ênfatiza a importância do ambiente, mais precisamente das experiências emocionais em tenra idade, para a formação da personalidade do ser humano (Tardivo, 2022, 2022a).

Sobre a abordagem estrutural do diagnóstico, Kernberg (1995) ênfatiza a importância de se diagnosticar o paciente como um indivíduo total e de se avaliar a sua vida interna das relações objetais, em termos do seu self e de outros aspectos. Em obra posterior, Clarkin, Yeomans e Kernberg (2006) definem a estrutura psicológica de personalidade como sendo um padrão estável e duradouro de funções mentais que organizam o comportamento, a percepção e a experiência subjetiva do sujeito. Caligor e Clarkin (2010) acrescentam que outros sistemas motivacionais, mecanismos de enfrentamento, padrões de relacionamento e os processos regulam a função do humor e impulsos. Nesse sentido, a natureza e a organização psicológica são características do indivíduo que tendem a ser estáveis ao longo do tempo, embora possam ter seu funcionamento transformado como resultado de maturação, experiência de vida, tratamento bem-sucedido (Caligor & Clarkin, 2010; Aiello-Vaisberg & Machado, 1999).

2. ORGANIZAÇÃO DA PERSONALIDADE BORDERLINE

A partir disso, Kernberg (1995) apresenta uma caracterização de três tipos de organização de personalidade que refletem as características dominantes do paciente, particularmente em relação ao grau de integridade da identidade, tipos de operações defensivas apresentadas e capacidade de testar a realidade. Estas organizações foram nomeadas como estrutura de personalidade Psicótica, Borderline e Neurótica (Tardivo, 2022a e 2022b).

Na organização de personalidade Borderline nota-se que as representações do self e do objeto são mal delimitadas e predominam operações defensivas primitivas centradas no mecanismo de cisão, como na estrutura de personalidade Psicótica. Entretanto, o teste de realidade - clinicamente reconhecido como ausência de alucinações e delírios; ausência de afeto; comportamentos bizarros e evidentemente inadequados; capacidade de empatizar com e clarificar as observações de outras pessoas - que é fortemente diminuído na organização Psicótica, se mantém na organização Borderline, assim como na estrutura Neurótica. Critérios estruturais adicionais que podem ajudar na diferenciação da personalidade Borderline são a presença de manifestações de fragilidade egóica, falta de tolerância à ansiedade e controle dos impulsos (Kernberg, 1995).

De acordo com Clarkin, Yeomans e Kernberg (2006), a qualidade das relações objetais, ou seja, a qualidade do relacionamento do sujeito com os outros é um dos critérios prognósticos mais importantes que derivam da análise estrutural. A partir disso, transformado a partir do mundo externo para o mundo interno do sujeito, o termo objeto interno é usado como referência às representações ou presença de outros dentro da mente do sujeito. Kernberg e Caligor (2005) sugerem que as relações de objeto interno surgem de uma interação de disposições inatas de afeto a relações de apego, desde os

primeiros dias de vida. Constitucionalmente, determinados estados de afeto são ativados e ligados a partir da interação com os cuidadores, e ao longo do tempo passam a ser internalizados como padrões de relacionamento. (Tardivo, 2022a e 2022 b).

No curso do desenvolvimento infantil, múltiplas experiências carregadas afetivamente são internalizadas, de tal maneira que um segmento da psique é construído com imagens idealizadas, baseadas nas experiências de satisfação, enquanto outro segmento é construído com os afetos negativos e imagens de desvalorização do outro. Uma ativa separação desses segmentos se desenvolve dentro da psique. No desenvolvimento normal infantil há uma integração gradual desses extremos, das representações boas e más do self e outros durante os primeiros anos de idade. Essa integração resulta do reconhecimento de que as representações internas do self e dos outros são mais complexas entre bons e maus atributos que são capazes de satisfazer em alguns momentos e frustrar, em outros (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006).

Psicanaliticamente, no plano mais profundo da personalidade, cada estrutura é produto do alcance e da realização de determinadas etapas do desenvolvimento psicoemocional. Entende-se, assim, que quando a criança pôde contar, em seu crescimento, com um ambiente suficientemente bom na fase de dependência absoluta, mas encontra dificuldades de alguma magnitude em função de insuficientes ou inadequados aportes ambientes na fase de dependência relativa, ocorre um trauma psíquico precoce que leva a criança à organização Borderline ou limítrofe de personalidade. Observe-se, nesses casos, uma luta constante contra a perda do objeto de amor e de ódio (Aiello Vaisberg & Machado, 2000; Winnicott, 1945/1978).

Nesse sentido, em crianças que evoluem na direção do Transtorno de Personalidade Borderline, o processo de integração entre os seguimentos da psique não ocorre, e permanece uma divisão entre os setores idealizados (sentimentos amorosos em direção ao objeto percebido como perfeitamente satisfatório) e persecutórios (associados com afetos de raiva e de ódio contra o objeto percebido como prejudicial) de experiências. Nessa organização psíquica, a separação das funções do bom e do mau é necessária para proteger as boas representações do self e dos outros do perigo da destruição pelo ódio associado às más representações e se manifesta pelo mecanismo de defesa de cisão. Clinicamente, a falta de integração destas representações internas é observada na oscilação entre o desamparo suave e uma tirânica agressão raivosa do paciente dirigida a si ou aos outros (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006).

A literatura atual apresenta que o desenvolvimento normal da infância é interrompido pelo ambiente que apresenta negligência física e emocional e abuso físico ou sexual. Nesses casos, a criança demonstra afeto negativo, pobre autorregulação do self, relações perturbadas com os pares, quadro que se assemelha ao de adultos com o Transtorno de Personalidade Borderline. A partir disso,

alguns autores defendem que as manifestações de transtornos de personalidade são muitas vezes reconhecidas antes da adolescência, quando os traços de personalidade nas crianças se tornam inflexíveis, desadaptados e crônicos, e causam comprometimento significativo, com episódios abruptos e imprevistos que demonstram instabilidade emocional, e intensa angústia advinda da inconstância objetal (Veríssimo, 2012; Tardivo, 2018).

Como consequência, *“os pacientes borderline encontram-se a reviver constantemente uma crise infantil precoce na qual temem que o afastamento ou a separação da mãe implique o seu desaparecimento ou abandono”* (Gabbard, 1998, p. 324). Dos adolescentes borderline, em especial, pode-se esperar um funcionamento marcadamente impulsivo, atuador e agressivo, com predomínio de angústias de abandono e separação, e dificuldade para internalizar a gratificação, visto que não conseguiram a constância objetal, isto é, a integração da representação de uma mãe suficientemente boa no início de seu desenvolvimento (Kernberg, 2003).

Na organização borderline, Kernberg (2003) descreve uma falta constitucional de autonomia primária, baixa tolerância à ansiedade, importante desenvolvimento dos impulsos agressivos e vivências de uma realidade excessivamente frustrante. Para esse autor, três critérios estruturais, correspondentes à organização intrapsíquica permitiriam o diagnóstico psicodinâmico da organização de personalidade borderline: a difusão da identidade, o predomínio de defesas baseadas na dissociação e a conservação da prova de realidade (Tardivo, 2022, 2022 a).

Critérios adicionais descritos por Kernberg (1995) incluem manifestações não específicas de psicologia egóica (falta de tolerância à ansiedade, controle de impulsos e capacidade de sublimação), graves perturbações nas relações de objeto, e sintomas neuróticos múltiplos e emocionais (fobias, obsessões e ansiedade). Inclui também uma falta de integração do superego com tendências antissociais, domínio do processo primário e condensação de conflitos edípicos e pré-edípicos. (Tardivo, 2022a e 2022b).

Prosseguindo a discussão, observa-se que em termos de diagnóstico descritivo, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 1995) aponta nove critérios para o “Transtorno de Personalidade Borderline”, sendo cinco suficientes para sua identificação. São eles: um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos; exercícios frenéticos para evitar um abandono real ou imaginado; perturbação da identidade; impulsividade; ameaças suicidas ou comportamento auto mutilante; instabilidade afetiva; sentimentos afetados de vazio; raiva e dificuldade para controlar uma raiva; e ideação paranoide transitória.

Os transtornos de personalidade (TPs) – padrões interrompidos ou mal adaptativos de emoções, cognições e comportamentos característicos, muitas vezes marcados por prejuízo na identidade ou nas relações interpessoais – não são distúrbios exclusivamente adultos, mas constituem uma

psicopatologia que geralmente surge cedo na vida. Não é mais necessário fazer essa afirmação de forma provisória, pois os pesquisadores convergiram em evidências para a manifestação da personalidade patológica na infância e adolescência, a validade e confiabilidade da medição precoce da DP, a estabilidade desses construtos ao longo do desenvolvimento e a validade preditiva desses problemas na juventude para consequências negativas em vários domínios (Cicchetti & Crick, 2009; Tackett, Balsis, Krueger, & Oltmanns, 2009). De fato, um consenso paralelo surgiu entre os pesquisadores do desenvolvimento, que estão prestando cada vez mais atenção aos traços de personalidade no início da vida e seu papel no surgimento da psicopatologia (Shiner, 2009).

Uma maior síntese entre pesquisadores do desenvolvimento e pesquisadores da DP é bastante natural, com a disciplina de psicopatologia do desenvolvimento oferecendo uma estrutura teórica e conceitual particularmente rica para aprofundar nossa compreensão do desenvolvimento da DP (Cicchetti & Toth, 2009). A estrutura da psicopatologia do desenvolvimento oferece uma oportunidade única para examinar o desenvolvimento do TP ao longo da vida (Cicchetti & Crick, 2009). Um dos princípios mais fundamentais da perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento é a ênfase no exame do desenvolvimento de processos normais e anormais lado a lado. Em nenhum lugar da psiquiatria moderna a relevância dessa justaposição é mais evidente do que nos TPs (Rogosch, 2002).

A disciplina de psicopatologia do desenvolvimento oferece uma estrutura teórica e conceitual particularmente rica para aprofundar nossa compreensão do surgimento e desenvolvimento do TP (Cicchetti & Toth, 2009). Vários princípios desta estrutura são particularmente adequados para uma melhor compreensão dos TPs, especificamente, três princípios-chave: (1) a justaposição de desenvolvimento normal e anormal, (2) um foco em caminhos divergentes de fatores de risco comuns e para pontos finais comuns, e (3) uma ênfase no exame do desenvolvimento da psicopatologia em múltiplos níveis de análise (Cicchetti & Toth, 2009).

Nos últimos anos foram realizadas mudanças no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana que destacam a importância da difusão de identidade em vários diagnósticos psiquiátricos. Uma mudança de paradigma em direção à detecção precoce e intervenção de transtornos de personalidade na adolescência para prevenir sofrimento persistente e crônico está ocorrendo atualmente. Além de outras áreas distintas de integridade psicossocial prejudicada, o desenvolvimento perturbado da identidade é visto como um componente central dos transtornos de personalidade.

Apesar de uma longa tradição de pesquisa e teoria de identidade na literatura de desenvolvimento, os trabalhos estabelecendo interseções entre as conceituações clínicas e de desenvolvimento de problemas de identidade são escassos. A relativa falta de integração entre décadas

de trabalho clínico e de desenvolvimento é lamentável e provavelmente limita o progresso em ambas as áreas. Neste comentário, os autores defendem uma maior colaboração interdisciplinar e destacam as contribuições de teorias clínicas e de desenvolvimento, que, se integradas, podem melhorar o conhecimento da identidade. A perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento é apresentada como uma estrutura ideal para promover esses objetivos (Crowell, 2014).

Assim, a detecção de antecedentes precoces de desenvolvimento de identidade prejudicada é um passo importante para permitir a intervenção precoce. O questionário de Autoavaliação do Desenvolvimento da Identidade na Adolescência (AIDA) é um instrumento diagnóstico confiável e válido para detectar o desenvolvimento perturbado da identidade. Este questionário permite uma avaliação global da identidade e uma diferenciação em subdomínios fundamentais e distingue entre a difusão da identidade de um lado e a identidade consolidada e estável do outro. A prática clínica, suporta a diferenciação entre identidade severamente perturbada como o componente central dos transtornos de personalidade e crise de identidade ou desenvolvimento de identidade estável que pode ser encontrado em outros transtornos mentais.

De acordo com Bornstein, (2015), o desenvolvimento da personalidade é geralmente entendido como ocorrendo predominantemente durante a infância e adolescência, e os transtornos de personalidade (TPs) tendem a se tornar evidentes na adolescência ou início da idade adulta (*American Psychiatric Association [APA], 1980*), época em que precisam ser detectados e tratados para evitar o sofrimento persistente e crônico que causam.

Como descrito, o período da adolescência se configura como uma situação-limite, com enfrentamentos necessários e reorganizações subjetivas, caracterizado por turbulências emocionais e marcado por ressignificações e movimentações pulsionais intensas, que definirão as características mais fixas e estáveis da personalidade (Baird, Veague e Rabbitt, 2005). A barreira que separa o “normal” do “patológico” é muito sutil nesse período em que o adolescente ainda está em processo de formação da sua personalidade, bastante atravessado pelo contexto em que se encontra. Assim, surgem controvérsias referentes às definições de “condições psicopatológicas” na adolescência, e por isso muitos autores optam pelos termos “estados” ou “organizações” no lugar de “estruturas” ou “transtorno de personalidade” (Kernberg, 1990; Giovachinni, 1993; Masterson, 1993; e Outeiral, 1993).

Considerado um processo contínuo, o desenvolvimento da identidade pode apresentar em uma das extremidades a difusão da identidade (incoerência da autoimagem, auto-fragmentação), e na outra, a integração da identidade pessoal. Para Kernberg (1996), uma integração incompleta da identidade manifesta-se a partir de um sentimento crônico de vazio, comportamentos contraditórios e superficiais, ou outros sinais de fragilidade do ego, baixa tolerância à ansiedade e impulsividade.

A difusão da identidade, por outro lado, representa a ausência ou pobreza relativa aos elementos constituintes da identidade, estado característico do transtorno de personalidade borderline, assim como da perturbação da identidade (Taylor e Goritsas, 1994). Considerada um elemento central da organização de personalidade borderline, a identidade difusa forma a base para o desenvolvimento de subsequentes patologias da personalidade, conduzindo amplo espectro de comportamentos maladaptativos e disfuncionais (Goth, Foelsch, Schluter-Muller, e Birkholzer, 2012).

Kernberg (1995) levanta o questionamento relativo às dificuldades em diferenciar os graus normais e patológicos de difusão de identidade na adolescência. O autor conclui que a diferença está na “capacidade do adolescente não-borderline de experimentar a culpa e preocupação, de estabelecer relações interpessoais duradouras e não-exploradoras (...) e de avaliar realisticamente e em profundidade as pessoas” (p. 53). Assim, os sujeitos borderline, no final da adolescência, se diferenciam por não realizarem as tarefas desenvolvimentais típicas dessa etapa, especialmente a consolidação de um senso de identidade do ego, a afirmação da identidade sexual, o afrouxamento dos laços com as figuras parentais e a superação da regência pelo superego infantil.

Para Kernberg (1995) a síndrome de difusão de identidade e a predominância de defesas primitivas permitem a diferenciação estrutural entre a organização borderline de personalidade e a neurótica; o teste de realidade permite a diferenciação entre organização borderline e as principais síndromes psicóticas. A estrutura borderline e psicótica são encontradas em pacientes que mostram predominância de operações defensivas primitivas centradas no mecanismo de cisão (*splitting*).

Em relação ao superego, Kernberg (1995) esclarece que essa estrutura relativamente bemorganizada, apesar de extremamente austera, caracteriza a organização neurótica da personalidade. Por outro lado, organizações borderlines e psicóticas refletem falhas na integração do superego e são caracterizados por precursores não integrados do superego, particularmente representações primitivas do objeto, sádicas e idealizadas.

Clarkin, Yeomans e Kernberg (2006) estabelecem que a personalidade patológica é colocada em destaque quando contrastada com uma concepção clara do funcionamento da personalidade normal. Ou seja, o indivíduo com uma organização de personalidade normal tem um conceito integrado de self e dos outros significantes, que é inserido no conceito de identidade. Trata-se de um sentido coerente de *self* que é básico para autoestima, prazer, e capacidade de derivar prazer das relações com os outros e dos compromissos com o trabalho. Os autores se referem, como outros psicanalistas, ao desenvolvimento infantil. Assim, relacionam a Teoria das relações de objeto com a estrutura da personalidade, sugerindo que no curso do desenvolvimento infantil, várias duplas (díades) internas são criadas baseadas em experiências iniciais.

Em crianças que evoluem na direção de transtorno de personalidade borderline, o processo de integração não evolui e permanece uma mais permanente divisão entre os setores idealizados e persecutórios de experiências com picos (elevada carga) afetivos e permanecem como estrutura intrapsíquica patológica estável. Indivíduos com personalidade *borderline* desenvolvem um sentido não integrado de quem são e suas relações com os outros são seriamente distorcidas. Estes indivíduos não podem adquirir um sentido integrado de *self* que poderia lhes permitir avaliar com precisão seu estado mental específico e o dos outros, à luz de uma visão geral positiva do *self* e das interações humanas. A intensidade, o tipo e a gama de afetos exibidos por crianças no desenvolvimento são importantes na compreensão dos pacientes com Transtorno Borderline de Personalidade. A patologia da personalidade se manifesta na inibição de comportamentos normais ou no exagero de certos comportamentos, e a partir da oscilação entre comportamentos contraditórios, e frequentemente de risco. (Tardivo, 2022b).

Ao considerar o conceito de identidade, juntamente com conceitos relacionados como os mecanismos de defesa, teste de realidade, relações de objeto, agressão, e valores morais, pode-se conceitualizar níveis ou graus de organização da personalidade: progredindo da saúde para a organização disfuncional. Estes níveis variam do normal ao neurótico e ao *borderline*.

Um elemento importante nessa diferenciação diz respeito a evolução dos mecanismos de defesa. Indivíduos com Transtornos Borderline de Personalidade estão sob a influência de emoções primitivas e intensas que não são integradas e sobre as quais eles não têm controle; estas emoções se tornam ativas em conjunto com sistemas cognitivos correspondentes. Estes indivíduos não só ficam com raiva, mas também acham que há boas razões para sua raiva. Este tipo de resposta reflete não só a desregulação do afeto, mas também a desregulação da cognição. E são caracterizados pela identidade difusa, o uso de defesas primitivas, geralmente o teste de realidade intacto ainda frágil, deficiências na regulação do afeto e na expressão sexual e agressiva, valores internalizados inconsistentes, e a má qualidade das relações com os outros.

Nos transtornos de personalidade borderline, os pacientes apresentam uma personalidade rígida mal adaptada em: 1) patologia da identidade clinicamente significativa; 2) predominância de defesas de baixo nível baseadas na cisão; e 3) o teste de realidade pode variar, mas é normalmente grosseiramente intacto, porém as capacidades mais sutis para apreciar as convenções sociais e para perceber com precisão os estados internos dos outros estão comprometidos (Clarkin; Fonagy e Gabbard, 2010). Kernberg (1995) apresenta uma classificação das defesas divididas entre três grupos: 1) defesas maduras, 2) defesas baseadas na repressão ou defesas neuróticas; 3) defesas baseadas em mecanismos de cisão ou de baixo nível - também referidas como “primitivas”

O paciente borderline encontra-se num estado limítrofe entre a posição esquizoparanóide e a posição depressiva. “Os *pacientes borderline encontram-se a reviver constantemente uma crise*

infantil precoce na qual temem que o afastamento ou a separação da mãe implique o seu desaparecimento ou abandono” (Gabbard, 1998, pg. 324). Abordando especificamente as crianças *borderlines*, se pode mencionar a dificuldade para internalizar a gratificação, visto que elas não conseguiram a constância objetal, isto é, a integração da representação de uma mãe suficientemente boa (Kernberg, 2003).

Jordão e Ramires (2010) apresentam um artigo de revisão e apresentam resultados que sugerem a relação entre vínculos afetivos de adolescentes com indicadores de personalidade *borderline*. Os estudos encontrados foram discutidos em três grupos: adolescência e cultura contemporânea, características da organização *borderline* na adolescência e vínculos afetivos desses adolescentes. Há estudos que apontam o diagnóstico de personalidade *borderline* na adolescência como os de Bleiberg (1994); Bradley, Zittel, & Westen, (2005); Chabrol, Chouicha, Montovany, & Callahan, (2001); Crick, Murray-Close e Woods, (2005); Paris, (2005), citados por Jordão e Ramires, (2010).

O adolescente com TPB tem problemas no desenvolvimento da identidade, com fragilidades significativas nas representações de si (identidade) e dos outros (Jordão e Ramires, 2010). Dessa forma, a difusão de identidade é essencial para detectar precocemente e tratar o transtorno de personalidade no adolescente.

Em trabalho de Foeschl, Odom e Kernberg (2008) que apresentaram uma forma de Psicoterapia para casos graves de adolescentes (com difusão de identidade) evidenciou-se que há elementos que permitem discutir a presença de características da organização *borderline* de personalidade nesses casos. Estudo exploratório examinou se fatores específicos de risco e proteção (dinâmicos e/ou estáticos) identificados na literatura geral de recaídas estavam associados à recaída diagnóstica na DBP. Os resultados revelaram que as variáveis relacionadas a uma maior probabilidade de recaída do TPB incluíram: abuso de substâncias ou Transtorno Depressivo Maior, maior Neuroticismo e menor Conscienciosidade. Além disso, ter um trabalho estável ou status escolar após a remissão foi encontrado para proteger contra uma recaída de TPB na presença de vários fatores de risco (Quigley, 2003).

O Transtorno de Personalidade (TP) é fator de risco importante para suicídio, sendo a maioria dos comportamentos suicidas atribuíveis aqueles com TPB. As consequências do TPB, em particular, levam à vulnerabilidade e ao sofrimento emocional, bem como dificuldades em se relacionar, que acarretam um maior risco de automutilação e tentativa de suicídio a esses pacientes.

Em relação ao comportamento, a agressividade, por vezes, é caracterizada como de difícil contenção, devido a essas relações de ódio do paciente *borderline* serem muito intensas. Um elemento importante acerca da agressividade é aquele voltado para o próprio sujeito e que aponta o alto risco de suicídio, além de se relacionar às ameaças frequentes de autodestruição e aos comportamentos auto

lesivos (Santos e Garm, 2018). Conforme uma pesquisa recente realizada por psiquiatras do ambulatório onde realizou-se a coleta dos dados clínicos para esse estudo (Branas, Croci, Murray e Choi-Kain, 2022), a automutilação e a ideação suicida estão fortemente associadas, sendo que quase um terço dos adolescentes que se automutilam também atentam suicídio (Gilles, Christou, Dixon, et al., 1990-2015).

Segundo o Ministério da Saúde (2022), a adolescência é compreendida como um dos períodos de maior risco para o comportamento suicida (Nock, MK e Borges G., 2008 e 2012), de forma que a saúde mental dos adolescentes deve ser uma prioridade. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), de 15.629 casos computados de suicídio, 11,6% e 35,8% são efetuados por indivíduos com algum transtorno de personalidade e de humor, respectivamente (Brasil, 2021). Estes traços de comportamento suicida estão relacionados também a gravidade da doença e ao baixo nível socioeconômico, além de instabilidade afetiva e comportamento agressivo, que são característicos de temperamento associados a comportamento suicida (Soloff e Chiappetta, 2017).

Considerando esses dados, entende-se que o estudo sobre a identidade é fundamental para conhecer sobre saúde mental dos adolescentes, nos níveis de prevenção, avaliação e tratamento. Vale lembrar que a adolescência também se configura como um momento oportuno para mudar de direção quando se apresentam padrões infantis defensivos e uma predisposição para uma perturbação da personalidade.

3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA AIDA

No Manual Diagnóstico e Estatístico revisado, o DSM-5, a definição de diagnóstico de transtorno de personalidade, mantém-se a mesma em relação ao DSM-IV-TR, no entanto, um modelo diagnóstico alternativo dos transtornos de personalidade, que considera o construto “identidade” como critério diagnóstico central dos transtornos de personalidade foi inserido na seção III do manual. A natureza híbrida do modelo alternativo conduz ao uso simultâneo dos diagnósticos e da escala recentemente desenvolvida do "Nível Funcional da Personalidade" (uma ferramenta dimensional que determina a gravidade do transtorno). Os traços patológicos da personalidade são avaliados em 5 domínios abrangentes, divididos em 25 facetas do traço. Com esta abordagem dimensional, o novo sistema de classificação oferece, tanto para médicos, outros profissionais que trabalham com saúde mental e pesquisadores, a oportunidade de descrever o paciente com mais detalhes.

Sinais precoces da perturbação de personalidade são observáveis com alguma estabilidade, apesar do estágio de funcionamento (Chanen, e Jackson, 2007; Zanarini, 2006) tornam-se aparentes antes dos 18 anos (Sharp, 2007; Jacobson, 2008). Assim, desvios do desenvolvimento normal da personalidade em adolescentes, não só pode como devem ser identificados e tratados (Westen, Betan e Defife, 2011; Kernberg, 2000).

A escala AIDA (Avaliação do Desenvolvimento da Identidade na Adolescência), destinada a adolescentes de 12 a 18 anos, foi criada com base no diagnóstico oferecido pelo DSM-V, e avalia a noção e o desenvolvimento da identidade, tarefa principal dessa fase. Como embasamento teórico, discute o conceito de identidade, como a noção da continuidade do ser. Buscou-se com essa investigação (inserida em pesquisa mais ampla de tradução e validação da escala AIDA para população brasileira) avaliar a identidade em um grupo clínico de adolescentes brasileiros diagnosticados com Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) e atendidos em ambulatório psiquiátrico, a fim de verificar um grau de difusão da identidade que é indicador do transtorno de personalidade.

Toda a descrição feita a seguir encontra-se no manual da escala em texto (GOTH *et al.*, 2012) que recebemos, uma vez que fomos convidados a participar da pesquisa, para fazer a tradução, adaptação ao português e a pesquisa no contexto brasileiro. Artigos internacionais relevantes, produzidos a partir do uso da escala na validação com outras populações, também serão contemplados.

Desde o seu desenvolvimento em 2011, o questionário AIDA foi traduzido e adaptado para uso em muitos países diferentes. Além dos países de origem (Suíça, Alemanha e EUA) são (em ordem alfabética ordem): Bósnia-Herzegovina, Brasil, Chile, Croácia, Dinamarca, França, Grécia, Kosovo, Lituânia, México, Sérvia e Espanha, com estudos psicométricos. Versões culturalmente adaptadas estão quase prontas na Hungria, Luxemburgo, Holanda, Singapura, Tunísia e Turquia. A consistência interna revela-se muito boa e o questionário distingue os adolescentes das diferentes amostras (Schmeck, Fegert and Schluter-Muller, 2013).

Aqui no Brasil utilizamos a escala AIDA na investigação de populações juvenis que sofreram violência grave em suas famílias, entre elas vítimas de violência e infratores, onde o foco era no desenvolvimento da identidade desses adolescentes. A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes resulta da interação de fatores socioeconômicos, culturais e psicológicos das pessoas envolvidas. A violência intrafamiliar contra a criança ou adolescente representa um fator de risco para o processo de desenvolvimento, podendo levar a distúrbios de personalidade e adaptação social. Estudos nessa área mostram que a vivência da violência traz graves consequências ao desenvolvimento humano, quando a pessoa que deveria cuidar traz dor e sofrimento, o que promove distúrbios na constituição de uma identidade saudável. Os resultados mostraram que as vítimas de violência apresentam mais dificuldades e fragilidades no SDQ e defesas mais imaturas no DSQ-40. Precisam de ajuda para desenvolver defesas mais positivas com modelos fortes de identificação, sentem falta de afeto e revelam mais difusão de identidade (AIDA) quando comparados ao grupo controle. Com os resultados desse estudo torna-se possível apoiar programas de prevenção e intervenção no país (Tardivo, Miura e Alhanat, 2015).

Trata-se de um inventário “confiável, válido e econômico”, desenvolvido para representar um conceito dimensional do desenvolvimento saudável e patológico do desenvolvimento de personalidade (Schluter, Goth, Jung e Schmeck, 2015). Destinado a medir a patologia da identidade e seu progresso com tratamento, em particular, com o AIT (*Adolescence Identity Treatment*), conhecido como a versão do TFP (*Transference-Focused Psychotherapy*) para adolescentes, a AIDA surge como instrumento de autorrelato com propriedades psicométricas promissoras, desenvolvido exclusivamente para a avaliação da patologia de identidade em adolescentes (Goth *et al.*, 2012; Kassin, Castro, Arango e Goth, 2013).

Considerando que o desenvolvimento da identidade é visto como uma questão central para o aparecimento de transtornos de personalidade na adolescência (Kernberg *et al.* 2000), a AIDA foi desenvolvida para analisar, de forma aprofundada, o impacto de uma identidade integrada e estável. Essa escala visa identificar a discriminação entre uma crise de identidade comum e esperada na adolescência e uma difusão de identidade clinicamente relevante, e que pode consolidar um diagnóstico e ter influência no encaminhamento terapêutico. A Escala também pode servir como um instrumento para avaliar a eficiência terapêutica, especialmente em relação à terapia proposta por Foelsch, Odom, Schmeck, Schlüter-Müller e Kernberg (FOELSCH *et al.*, 2008) denominada “Psicoterapia com Foco da Identidade” – uma modificação da Psicoterapia com Foco na Transferência (TFP) (Clarkin *et al.*, 2001) para adultos.

A AIDA é baseada em descrições teóricas sobre o desenvolvimento de identidade sadia e perturbada nas áreas da Psiquiatria, Psicologia e Sociologia (Erikson, 1972; Kernberg, 1977; Kernberg; Königsberg, 1999; Fonagy *et al.*, 2002). A construção da escala seguiu um modelo dedutivo, a fim de encontrar a estrutura subjacente ao amplo constructo “identidade” e para evitar uma abordagem puramente descritiva. Também se buscou reforçar a validade da Escala e encontrar relações distintas entre o desenvolvimento da identidade e a vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos de personalidade (WIDIGER *et al.*, 2005).

O objetivo da AIDA é conhecer a distinção entre o desenvolvimento da identidade saudável, a crise de identidade do adolescente e a difusão de identidade patológica na adolescência, a partir de uma forma dimensional numa escala Likert variando de articulação “saudável” para “perturbado”. Goth *et al.* (2012) colocam que abordagens anteriores para avaliar o constructo “identidade” enfocavam principalmente autoconceitos relevantes para uma descrição geral dos indivíduos, sem referência à patologia (por exemplo, Akhtar; Samuel, 1996) ou eram em sua maioria clinicamente orientadas e, ainda, concebidas como uma entrevista (Clarkin *et al.* 2004) ou avaliação de peritos (Westen *et al.* 2011). Mas amostras saudáveis não poderiam ser razoavelmente discriminadas ou descritas (GOTH *et al.*, 2012).

Goth *et al.* (2012) apresentam como a escala foi construída, trazendo medidas da identidade. Para isso, os autores (*idem*) resumem a literatura atual e trazem diferentes abordagens teóricas. Com base neste modelo, os itens foram formulados por uma equipe de especialistas, sendo a escala apresentada como experimental em suas subdivisões. O instrumento reflete os aspectos subjacentes baseados na teoria e com o resumo de constructos relevantes sobre a identidade.

A estrutura fatorial derivada teoricamente para medir a identidade como uma sinopse da literatura atual e diferentes abordagens teóricas. Com base nesse modelo, os itens foram formulados por uma equipe de especialistas. A estrutura da escala deve ser vista como experimental em sua subdivisão, pois reflete o genótipo baseado na teoria e o resumo dos sub constructos relevantes. Os fatores foram diferenciados para um melhor entendimento e para facilitar a compilação equilibrada das escalas e subescalas no processo de seleção estatística de itens para encontrar a versão final do AIDA. Eles não devem ser usados como variáveis independentes.

Dessa forma, Goth *et al.* (2012) apresentam esses itens reunidos em duas grandes escalas: **Identidade-Continuidade (Estabilidade) e Identidade-Coerência**. Cada Escala é composta por 3 subescalas. E as duas primeiras subescalas contêm 3 fatores cada uma, e a última subescala, por sua vez, contempla 2 fatores. De forma que cada Escala tem 8 Fatores, como se observa na tabela abaixo:

Tabela 1 - Dimensionalidade genotípica hipotética da integração de identidade versus difusão de identidade e sua operacionalização em escalas, subescalas e fatores da AIDA; áreas fenotípicas designadas auto relacionadas (intrapessoais) e sociais (interpessoais)

Escala 1: Identidade-Continuidade versus Descontinuidade	Escala 2: Coerência de Identidade versus Incoerência
<p>Subescala 1.1: Continuidade nos Atributos / Objetivos (com 3 Fatores)</p> <p>F1: capacidade de investir / estabilizar o compromisso (responsabilidade) com interesses, talentos, perspectivas, objetivos de vida</p> <p>F2: linha do tempo interior estável, noção de self histórico-biográfico, sentido subjetivo de si mesmo, sentido de continuidade</p> <p>F3: estabilidade entre diretrizes morais e regras internas</p>	<p>Subescala 2.1: Consistência em Autoconceitos</p> <p>F1: mesmos atributos e comportamentos com diferentes amigos ou situações, aparência consistente</p> <p>F2: sem contradições subjetivas extremas / diversidade de autoimagens, autoconceitos coerentes</p> <p>F3: consciência de um núcleo e substância internos definidos</p>
<p>Subescala 1.2: Continuidade nos Relacionamentos / Papéis (com 3 Fatores)</p> <p>F1: capacidade de investir / estabilizar o compromisso com relacionamentos duradouros</p> <p>F2: identificação positiva com papéis estáveis (autoconceitos étnicos – culturais – familiares)</p>	<p>Subescala 2.2: Autonomia</p> <p>F1: assertividade, força do ego, sem identificação cognitiva ou combinação excessiva</p> <p>F2: autoconceito intrínseco independente, sem sugestibilidade</p> <p>F3: autorregulação autônoma (afeto)</p>

F3: imagem corporal positiva	
Sub 1.3: Autorreflexão Emocional Intersubjetividade (com 2 Fatores) F1: compreensão dos próprios sentimentos, comunicação interna, boa acessibilidade emocional F2: compreensão dos sentimentos dos outros, confiança na estabilidade dos sentimentos dos outros	Sub 2.3: Autorreflexão Cognitiva Representações Mentais F1: compreensão dos próprios motivos e comportamentos, boa acessibilidade cognitiva F2: representações mentais diferenciadas e coerentes, não superficiais ou difusas

Fonte: Schmeck K. (2012). *AIDA: A self report questionnaire for measuring identity in adolescence – Short manual*. Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychiatric University Clinics (UPK) Basel.

Cada uma das subescalas da AIDA é composta por afirmações, na qual o adolescente deve responder de 0 (não) a 4 (sim), sendo os números intermediários gradações na afirmação. Goth *et al.* (idem) relatam como AIDA foi construída: durante o desenvolvimento, os autores da escala testaram os itens relativos à sua aplicabilidade em pré-testes com adolescentes saudáveis. Vale a observação de que deveremos empregar o mesmo procedimento na presente pesquisa, na comparação entre grupos controle e clínico. Para o procedimento no Brasil, foi aplicado, além da AIDA, o Questionário de Estilo de Defesa (DSQ), que será discutido e explicado nos procedimentos.

4. DEFINIÇÕES DE VALIDADE

Como destacam Anastasi e Urbina (2000) a validade é o principal constructo quando se considera os escores dos testes e seu uso. Não se trata, de conclusões do tipo tudo-ou-nada, ou seja, de assegurar que um teste seja válido ou não, mas de se ter evidências que corroborem inferências feitas a partir de seus resultados.

Anastasi (1977) coloca que a validade de constructo ou de conceito é a medida em que um teste mede um conceito teórico ou um traço, sendo também passível de avaliação.

A respeito dessa discussão para comprovar a validade, pode-se ainda considerar Bunchaft e Cavas (2002) que consideram a validade por grupo contrastante, validade relativa a um critério, também denominada concorrente, na mesma linha de descrição feita acima.

Colocam que tal validade:

“consiste em utilizar dois (ou mais) grupos diferentes quanto à variável que se pretende avaliar. O teste a ser validado e aplicado nos grupos, esperando-se que entre eles ocorra uma diferença

significativa que não possa ser atribuída ao acaso. Para tanto, utilizamos testes de hipóteses como o teste t de *Student*, a análise de variância ou outros tratamentos estatísticos apropriados. Essa estratégia é muito utilizada na validação de testes de personalidade" (p. 75)

Os estudos foram realizados a partir da comparação entre os grupos clínico e controle. Os outros instrumentos foram objetos de análises estatísticas na comparação entre os grupos. Foram empregados todos os procedimentos estatísticos adequados para essas avaliações: Qui quadrado, Mann Whitney e outros estudos pertinentes.

Um desses parâmetros é a Validade de Construto, que mostra se o instrumento avalia o que se propõe a medir. Como se observa no caso da AIDA, esse estudo foi feito inicialmente pelos autores da Escala apresentado anteriormente. A validade Concorrente é aquela obtida por meio dos estudos de comparação dos resultados entre grupo clínico e controle, nesta pesquisa o Grupo Clínico de *Borderlines*, e os dados a partir de estudos estatísticos, como teste "T" de *Student* e o teste "U" de Mann Whitney.

Pasquali (2003) afirma a respeito da comprovação de validade de constructo que:

"O uso da intervenção experimental aparece como logicamente uma das melhores técnicas para se decidir a validade de constructo de um teste. Esta técnica consiste em verificar se o teste discrimina claramente grupos-critério "produzidos" experimentalmente em termos do traço objeto de medida do teste. Assim, um teste que mede ansiedade teria validade de constructo (ansiedade) se discriminasse grupo não-ansioso de grupo ansioso, definidos estes grupos em termos de manipulações experimentais: o ansioso, por exemplo, criado assim através de experiências provocadoras de ansiedade" (p. 180)

Outra medida relativa a validade é a denominada convergente, definida como a relação significativa entre duas ou mais medidas de um mesmo construto ou de construtos teoricamente relacionados, utilizando-se diferentes métodos ou instrumentos de avaliação (Pasquali, 2003). Também avaliada na presente investigação, pois foram feitas comparações entre os fatores avaliados pelas escalas DSQ-40 e SDQ e as Escalas da AIDA.

II. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Para que se possa ter uma melhor compreensão de como a identidade dos adolescentes se organiza, a escala AIDA se mostrou, em projeto piloto, sensível a diferenças, em diferentes grupos no Brasil (Tardivo, Alhanat e Malki, 2012). Por se tratar de uma escala diagnóstica e terapêutica, a avaliação do desenvolvimento de identidade no grupo clínico, comparada ao grupo controle, trará resultados relevantes para a configuração de estratégias terapêuticas de intervenção precoce.

Esta investigação pretende contribuir na compreensão das possíveis relações entre os conflitos inerentes a etapa da adolescência, descritos anteriormente e as adversidades impostas em sua história de vida, relações precoces, e outras condições da vida em grupo. Analisa-se a importância da detecção precoce de uma difusão de identidade em adolescentes, característica dos transtornos limites de personalidade, diferenciando a mesma de uma crise típica da adolescência, a fim de diagnosticar e tratar esses adolescentes. Silk (2000) e Paris (1994) defendem a importância de alguns fatores de risco para o desenvolvimento deste tipo de personalidade, tendo em consideração fatores biológicos, como a impulsividade e a instabilidade afetiva.

Vale lembrar que na sociedade pós-moderna em que vivemos hoje, há o predomínio do efêmero, do fragmentário, do descontínuo, do caótico – o que vale é o novo, o fugidio, o fugaz. O mundo globalizado promove a perda de fronteiras, o predomínio do instantâneo, tudo se processa rapidamente. Segundo Bauman (2001), esse é um cenário de organização borderline que merece atenção. A liquidez, instabilidade, gera ansiedade, insegurança, tornando a sociedade altamente competitiva, com elevado grau de concorrência, promovendo o individualismo, a solidão e o sentimento de vazio.

“...quanto mais a cidade desenvolve possibilidades de encontro, mais sós se sentem os indivíduos; mais as relações se tornam emancipadas das velhas sujeições, mais rara é a possibilidade de encontrar uma relação intensa. Em toda parte, encontramos a solidão, o vazio, a dificuldade de sentir.” (Lipovetsky, 1989:77)

A compensação do vazio leva à busca de prazer imediato, sem limites, estetização, consumismo, drogas, bebidas, condutas e atitudes frequentes em adolescentes com transtorno de personalidade borderline. Considera-se a diminuição da continência social, isto é, há cada vez menos apoio social, e cada vez mais exigências, responsabilidades precoces e espírito de competição, o que acaba por estimular o individualismo e a sede de poder. Esses aspectos compostos com falhas ou faltas básicas é a uma verdadeira receita potenciada deste tipo de patologia (Faria, 2003).

Os tempos atuais são de mudanças e divisões sociais que acontecem muito rapidamente, deixando as pessoas à deriva e sem referências identificatórias. A falta de união e ordem leva a uma

falha na construção da identidade social, a uma falta de sentimento de pertença, o que em última instância acaba num isolamento generalizado. Autores como, em especial Freud, apontavam o domínio da identificação, e a repressão, assim o criador da Psicanálise falava em recalçamento e histeria, pois era o reflexo de uma vida psíquica que não podia expressar-se livremente. Mas agora os tempos são mais imponderáveis e sistemáticos, e a ideia de ordem tem vindo a ser diluída, obrigando o ser humano a adaptar-se e a viver numa ordem de relatividade que é compósita de múltiplas ordens. As sociedades contemporâneas constituem-se em oposição às sociedades tradicionais, onde a constância é substituída pela variabilidade e imprevisibilidade dominadas pelas múltiplas identificações, e pela clivagem como mecanismo dominante (Paixão, 2002; 2012). Por esse motivo, os vínculos estabelecidos são cada vez mais frágeis e assentes numa superficialidade que não permite a instauração de um sentimento de continência e segurança, o que se reflete a vários níveis, nomeadamente na insegurança e dependência.

O estudo se justifica assim como contribuição científica no estudo da personalidade e identidade dos adolescentes, em especial dos *borderlines*. E ainda, com estudo de validade da AIDA, instrumento que vem se mostrando muito útil em diversos países e no Brasil. Esta é uma escala que poderá ser usada por profissionais de Saúde e Educação, na prevenção, no diagnóstico, e na intervenção ou tratamento.

Dessa forma, os objetivos da pesquisa foram:

- avaliar a identidade de um grupo de adolescentes brasileiros diagnosticados com Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB), com adolescentes do grupo controle
- realizar estudo comparativo entre a qualidade dos mecanismos de defesa de adolescentes Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) com adolescentes sem tal transtorno;
- realizar estudo de validade concorrente (entre os grupos clínico e controle na AIDA) e validade convergente a partir das comparações entre os resultados na AIDA e DQS 40; e entre AIDA e SDQ.
- realizar estudo comparativo entre as forças e fraquezas do Ego de adolescentes Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) com adolescentes da população geral sem tal manifestação.

III. MÉTODO

A. PARTICIPANTES

Grupo Clínico *Borderline*: 37 adolescentes diagnosticados com Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) no ambulatório ADRE (Ambulatório para o Desenvolvimento dos Relacionamentos e Emoções) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo (IPq – HCFMUSP), coordenado pelo Dr. Eduardo Martinho Jr.

O ambulatório ADRE atende adolescentes triados a partir de uma entrevista clínica individual e familiar com psiquiatra do hospital. A escala *Childhood Interview DSM-IV for Borderline Personality* ou *CI-BPD* (Zanarini, 2003) é aplicada no adolescente. Uma vez triado e o diagnóstico de TBP confirmado, o adolescente e sua família são admitidos para tratamento. O tratamento baseia-se em uma das principais psicoterapias baseadas em evidência para TBP, o Bom Manejo Clínico ou *Good Psychiatric Management* (Gunderson, 2018), aplicado por psiquiatras residentes do hospital. O tratamento é composto por consultas individuais semanais com o paciente, terapia de apoio à família (*Family Connections*), e treino de habilidades em grupo. Como resultado desse tratamento, visa-se a redução da ansiedade e depressão (1-3 semanas), por meio do suporte, mudanças situacionais e autoconhecimento; a redução das autolesões, da raiva e da promiscuidade (2-6 meses) por meio da consciência do self e de gatilhos interpessoais, e do aumento de estratégias de resolução de problemas; a redução da desvalorização e um aumento da assertividade (6-12 meses) com o trabalho de mentalização e aumento da estabilidade do apego; e por fim, o aumento da responsabilidade escolar, laboral e doméstica (6-18 meses) pela redução do medo de falhas e abandono com o emprego do *coaching* (Guderson, 2018). É realizada outra avaliação com nova aplicação da escala *Childhood Interview DSM-IV for Borderline Personality* ou *CI-BPD* (ZANARINI, 2003) no adolescente após 6 meses de tratamento, para avaliar se o adolescente permanecerá ou não no programa.

A investigação foi realizada com um total de 37 participantes em que a AIDA e DSQ-40 foram aplicados, e 23 participantes para o SDQ, sendo que 10 aplicações foram realizadas antes da pandemia, e as outras 27 aplicações, após pandemia. A maioria era do sexo feminino com 85,7%, com idade média de 15.6 anos, com maior concentração em 16 e 17 anos (com 57.2% somados).

Grupo Controle: 50 adolescentes para o estudo inicial, e 397 para o grupo completo composto por adolescentes, de 12 a 18 anos e 11 meses de idade, de população de escolas públicas, de ambos os sexos. Tais adolescentes não manifestavam sintomas de TPB.

Os pais assinaram o *Termos de Consentimento Livre e Esclarecido* e os participantes o *Termo de Assentimento Livre e Esclarecido* (modelos em anexo).

B. INSTRUMENTOS

Abaixo estão expressos os instrumentos que foram utilizados:

ASSESSMENT OF IDENTITY DEVELOPMENT IN ADOLESCENCE - AIDA

A escala AIDA (modelo anexo 2) foi aplicada individualmente após um *rapport*, visando à construção de uma relação empática e de confiança com o participante. O instrumento foi descrito em detalhes no capítulo introdutório e foi aplicada a forma com 58 frases e 3 questões semiabertas, referentes a si mesmo e ao melhor amigo.

Foram feitas as comparações possíveis, por sexo, idade, e principalmente comparando-se o grupo controle e clínico. Para estudos de comparação com os resultados da AIDA foi usado o DSQ-40, instrumento traduzido e validado no Brasil e muito utilizado no mundo todo em trabalhos com adolescentes. Em seguida, foi realizado o tratamento estatístico dos dados coletados, procedendo, assim, a análise de validade do instrumento para esses dois grupos clínicos. Foram realizados os cálculos das médias e desvios padrão de todos os itens e todas as diferenças estudadas por meio do teste “T” de *Student* e do Teste “U” de Mann Whitney.

DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE - QUESTIONÁRIO DE ESTILO DE DEFESA (DSQ40)

O Questionário de Estilo de Defesa (DSQ), de Bond (1995), conforme modelo no anexo 3, é um instrumento de autorrelato desenvolvido para medir manifestações conscientes dos mecanismos de defesa. O DSQ mede quatro grupos de defesas chamados de estilos de defesa, especificamente: padrões de ação adaptativos, defesas distorcidas, defesas de auto sacrifício e defesas adaptativas.

Os autores encontraram evidências para a confiabilidade e validade dos estilos de defesa em dois estudos de validação, contando com 264 pacientes psiquiátricos e 111 não pacientes, com idade entre 16 a 73 anos (Bond, 1995). O DSQ provou sua validade como o primeiro questionário para descrever de forma confiável os estilos de defesa. Inicialmente proposto com 72 itens, foi administrado a 388 pacientes e 324 controles. Oito critérios estatísticos e dois critérios a priori foram usados na escolha de dois itens para representar cada uma das 20 defesas.

Um novo Questionário de Estilos de Defesa de 40 itens foi publicado juntamente com normas e dados de confiabilidade na população normal, em pacientes com transtornos de ansiedade e em crianças vítimas de abuso. Esta forma do Questionário de Estilos de Defesa foi usada neste estudo. Blaya et al. (2004) descreveram o processo de tradução e adaptação do DSQ para o Brasil, avaliando a validade de conteúdo do instrumento. A versão final foi retraduzida e apresentada ao autor original que aprovou esta versão do DSQ-40. Neste artigo (Blaya et al. 2004) descreveram os ajustes necessários no vocabulário de nove questões e mudanças na linguagem em quatro questões,

resultando na versão final. A correlação média dos "especialistas" a cada defesa foi de 89%, e os fatores maduros, neuróticos e imaturos foi de 100%. Assim, a adaptação do DSQ-40 por diferentes indivíduos com diferentes níveis de educação e do grupo de peritos possibilitou o ajuste à realidade sociocultural brasileira do questionário DSQ-40. As respostas têm quatro dimensões (ou fatores) e em seus itens específicos, assim classificados:

- Maduro: com Antecipação, Humor, Supressão, Sublimação e Racionalização
- Neurótico: com Pseudo-altruísmo, Idealização, Formação reativa e Anulação
- Imaturo: com Projeção, Agressão Passiva, *Acting Out*, Isolamento, Desvalorização, Fantasia Autística, Negação, Deslocamento, Dissociação, Cisão e Somatização

Várias pesquisas foram feitas com DSQ-40, inclusive com uma que demonstrou que o questionário é sensível e válido para ser usado em adolescentes. Ruuttu *et al.* (2006) analisaram as propriedades psicométricas do *Defense Style Questionnaire* (DSQ-40) em adolescentes. Participaram da pesquisa 211 pacientes psiquiátricos ambulatoriais com idade entre 13 e 19 anos e 199 controles, pareados por sexo e idade.

A comparação da AIDA com o Questionário de Estilo de Defesa (DSQ) se justifica por serem instrumentos importantes na área da saúde mental. Os dois instrumentos têm como objetivo a prevenção neste contexto, auxiliando no conhecimento dos recursos que jovens dispõem para o enfrentamento de situações cotidianas, seja por meio do foco no desenvolvimento da identidade do indivíduo (AIDA), seja no estilo dos mecanismos de defesa que utiliza (DQS) para tal.

STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE - QUESTIONÁRIO DE FORÇAS E FRAQUEZAS

O Questionário Capacidades e Dificuldades (SDQ), de Goodman (1997), é uma ferramenta de triagem utilizada internacionalmente para avaliação do desenvolvimento psicológico e psicossocial, destinada ao rastreamento (*screening*) de problemas de saúde mental, avalia o comportamento de crianças e adolescentes dos 3 a 18 anos. Composta por 25 itens agrupados em quatro escalas de dificuldade que medem problemas emocionais, problemas de relacionamento interpessoal, problemas de conduta e hiperatividade e uma escala de capacidades que mede o comportamento pró-social. O SDQ é usado para diferenciar a população normal da população clínica em termos de sintomas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes (Goodman, 1997).

Segundo Fleitlich-Bilyk e Goodman (2004), os problemas de saúde mental na infância e na adolescência são comuns, e podem se manifestar por diversas dificuldades, tais como as

comportamentais, emocionais, sociais e de rendimento escolar, prejudicando o desenvolvimento e aproveitamento dos recursos potenciais. A maioria das crianças com esses problemas não recebem tratamento adequado, o que pode favorecer a ocorrência de diversos eventos graves na vida adulta.

Durante várias décadas foram propostos e utilizados vários questionários para a avaliação dos indicadores de psicopatologia de crianças e adolescentes, como os questionários de Rutter (Rutter, 1967) e de Achenbach (Achenbach, 1991). Entretanto, apesar de úteis, estes questionários apresentam como principal limitação a sua grande extensão. Inspirado por estas questões, Robert Goodman propôs em 1997 o *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) ou Questionário de Capacidades e Dificuldades, desenhado para ser um questionário curto e simples, clinicamente útil e com boa aceitação pelos respondentes (Fleitlich, Cortázar & Goodman, 2000; Goodman, 1997).

Desde seu desenvolvimento, o SDQ tornou-se o instrumento de pesquisa mais amplamente utilizado para a detecção de problemas relacionados a saúde mental infanto-juvenil (Vostanis, 2006), encontrando-se gratuitamente disponível em mais de 40 idiomas, incluindo o português (<http://www.sdqinfo.com>). É composto por 25 itens, sendo 10 itens sobre capacidades, 14 itens sobre dificuldades e um item neutro. Está dividido em cinco subescalas, cada uma com cinco afirmações, a saber: sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, problemas de relacionamento com colegas e comportamento pró-social.

O instrumento é apresentado em três versões, indicadas para serem respondidos pelas próprias crianças (acima de 11 anos), por seus pais ou responsáveis e pelos professores. As alternativas para resposta apresentam como opções falso (zero ponto para esse tipo de resposta), mais ou menos verdadeiro (um ponto) e verdadeiro (dois pontos), podendo ser assinalada apenas uma única opção por item. Para cada uma das cinco subescalas a pontuação pode variar de 0 a 10, sendo a pontuação do escore total de dificuldades gerada pela soma dos resultados de todas as subescalas, exceto a de sociabilidade, podendo variar de 0 a 40 pontos.

Estudo de Loureiro e Saur (2012), realizado para obter um conhecimento sistemático sobre esse instrumento, amplamente utilizado no mundo e com qualidades psicométricas extensivamente estudadas, foi feito a partir de uma busca nas bases de dados MedLine, PsycINFO e Lilacs, a partir do ano de publicação original do questionário, de 1997 a 2010, utilizando as palavras-chave: *Strengths and Difficulties Questionnaire* e propriedades psicométricas, e Questionário de Capacidades e Dificuldades e validade ou confiabilidade. Cinquenta e um estudos psicométricos foram selecionados e analisados. Os resultados indicaram níveis positivos de validade e confiabilidade em 21 países, incluindo o Brasil, destacando sua abrangência transcultural e aplicabilidade na área de saúde mental para crianças e adolescentes.

No que diz respeito as propriedades psicométricas avaliadas por esse estudo, a maior parte dos artigos realizou estudos de validade e fidedignidade, seguidos por pesquisas englobando também a padronização, ou seja, o estabelecimento de normas a partir de adaptações e/ou traduções. No Brasil, uma extensa discussão sobre a avaliação psicológica e a utilização de testes têm levantado questões importantes e norteadoras para o avanço do conhecimento na área (Primi, 2010). Conforme apontam Noronha, Primi e Alchieri (2004), as técnicas utilizadas na avaliação psicológica têm provocado questionamentos na comunidade científica e profissional brasileira, tanto no que se refere à qualidade dos instrumentos e ao uso que os psicólogos fazem deles, quanto em relação a seus principais parâmetros psicométricos.

Nesse contexto, a utilização de instrumentos aferidos e padronizados para a população brasileira tem sido cada vez mais valorizada, ressaltando-se a importância da divulgação científica de estudos que abordem tais instrumentos e suas qualidades psicométricas. Desta maneira, o SDQ configura-se como uma promissora alternativa dentro do cenário brasileiro, onde instrumentos padronizados para a avaliação de indicadores de saúde mental infanto-juvenil ainda são escassos. Além disso, considera-se que o conhecimento das taxas de transtornos mentais na população geral auxilia no planejamento dos serviços de saúde oferecidos à comunidade e na identificação de pessoas ou grupos em risco, servindo de base para a indicação de tratamentos e para o desenvolvimento de programas de prevenção em saúde mental (Saur e Loureiro, 2012).

Para este estudo foi utilizado o formato de autorrelato para idade entre 11 a 18 anos. Utilizou-se a versão em português do teste que pode ser encontrada no site oficial (www.sdqinfo.com).

C. PROCEDIMENTOS

Pais ou responsáveis: Os pais foram informados do objetivo da pesquisa, receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1) e manifestaram sua aceitação ou não da participação do filho no estudo.

Adolescentes: Foram realizadas entrevistas individuais onde se explicou os objetivos da pesquisa, e, após um *rapport*, o adolescente respondeu aos inventários. As escalas foram aplicadas nos adolescentes do grupo clínico pela pesquisadora (e no grupo controle pela investigadora e outros psicólogos com experiência e treinamento). No caso de serem maiores de 18 anos também se usou um Termo de Consentimento para assinar (anexo 1) para assinatura.

Foi feita a aplicação individual das Escalas em uma ou 2 entrevistas. – Após as aplicações foram feitas as correções e preenchidas as planilhas do Excell dos dois instrumentos. O material do grupo controle (amostra normativa) foi aplicado e corrigido e empregado na comparação com os dados do grupo clínico.

A pesquisadora participa de reuniões clínicas com a equipe do Programa e auxiliou na preparação das entrevistas devolutivas aos participantes, além de ter participado de algumas reuniões do *Family Connection*, programa desenvolvido pelo ambulatório psiquiátrico para acolhimento, troca de experiências e psicoeducação dos pais dos adolescentes com TPB.

Completada a fase de coleta dos dados do grupo clínico - com a AIDA, o DSQ e o SDQ, foram realizadas as correções e os estudos estatísticos dos resultados da AIDA (comparação com o controle); do DSQ – dos 37 participantes, do SDQ – com 23 participantes, e das comparações entre os resultados dos três instrumentos no grupo clínico.

IV. RESULTADOS

Em primeiro são descritos os resultados preliminares, a partir da comparação dos dados do grupo parcial de adolescentes borderline (10 clínicos) e um grupo controle (50 controles).

Em seguida são descritos os resultados gerais, com a amostra total de 37 clínicos e um grupo controle maior de 283 controles.

A. RESULTADOS PRELIMINARES

(a) RESULTADOS DA AIDA

São apresentados alguns resultados do grupo de adolescentes *Borderlines* e um grupo controle composto por 50 participantes. São também apresentados os resultados do grupo de adolescentes borderline comparados ao grupo controle maior composto por 283 participantes. (Tabelas 2 e 3)

Tabela 2 – Comparação entre grupo clínico de borderline (10 adolescentes do ADRE) e grupo controle (50 adolescentes de escolas públicas)

	Grupo	N	Média	Desvio Padrão
Atribuição	Controles (Escolas Públicas)	50	16,58	,869
	Grupo Clínico Borderline	10	18,50	1,447
Relacionamentos	Controles (Escolas Públicas)	50	15,26	1,088
	Grupo Clínico Borderline	10	18,20	2,847
Emocional	Controles (Escolas Públicas)	50	13,34	,768
	Grupo Clínico Borderline	10	15,70	2,241
Consistência	Controles (Escolas Públicas)	50	20,20	1,427
	Grupo Clínico Borderline	10	26,80	2,764
Autonomia	Controles (Escolas Públicas)	50	19,04	1,023
	Grupo Clínico Borderline	10	26,50	2,638
Cognitivo	Controles (Escolas Públicas)	50	14,26	,898
	Grupo Clínico Borderline	10	19,20	1,569
Descontinuidade	Controles (Escolas Públicas)	50	45,18	2,308
	Grupo Clínico Borderline	10	52,40	5,226
Incoerência	Controles (Escolas Públicas)	50	53,50	2,950
	Grupo Clínico Borderline	10	72,50	5,793

Observa-se que o Grupo Clínico *Borderline* tem diferenças em todos os componentes da Escala Incoerência. Aparecem diferenças em todos os componentes de Incoerência e na dimensão global

de Incoerência. Não estão presentes nos componentes de desconexão, mas na dimensão global de descontinuidade.

Embora o Grupo de *Borderline* seja pequeno e foi ampliado os resultados confirmam uma maior dificuldade de estabelecimento da identidade, em todos os fatores ligados à escala da incoerência. Assim, tem menos consistência em autoconceitos, que se refere a diversas situações: tanto com respeito a si mesmo como aos outros.

Fazendo o estudo com um grupo controle maior composto por 283 participantes tem-se os

Tabela 3 – Comparação entre Grupo Clínico *Borderline* (10 adolescentes) e Grupo Controle (283 adolescentes)

	Grupo	N	Média	Desvio Padrão	Erro Médio / Desvio
Atribuição	Controles	283	13,26	5,170	,307
	Grupo Clínico Borderline	10	18,40	3,565	1,127
Relacionamentos	Controles	281	12,42	6,759	,403
	Grupo Clínico Borderline	10	21,80	3,084	,975
Emocional	Controles	283	12,14	5,688	,338
	Grupo Clínico Borderline	10	16,60	4,742	1,500
Descontinuidade	Controles	281	37,77	13,567	,809
	Grupo Clínico Borderline	10	56,80	7,391	2,337
Consistência	Controles	283	16,82	9,290	,552
	Grupo Clínico Borderline	10	24,50	6,241	1,973
Autonomia	Controles	283	18,74	8,280	,492
	Grupo Clínico Borderline	10	24,90	6,332	2,002
Cognitivo	Controles	283	13,1908	5,88353	,34974
	Grupo Clínico Borderline	10	18,3000	3,74314	1,18369
Incoerência	Controles	283	48,7527	20,17131	1,19906

			67,7000		
	Grupo Clínico Borderline	10		14,04002	4,43984

Observa-se que pelo teste “T” de *Student* os fatores têm diferenças significativas, com o Grupo de *Borderline* obtendo valores mais altos em 4 escalas onde se esperava. Foi necessário usar o teste “U” de Mann Whitney, uma vez que as variáveis não seguem o padrão de normalidade, exceto a descontinuidade, como se observa na Tabela 4.

Tabela 4 – Prova de Mann-Whitney – no estudo comparativo entre o Grupo de *Borderlines* e o Grupo Controle (283 participantes)

	GRUPOS	N	DADOS MEDIOS	SOMA DOS DADOS
Atributos	Controles	283	144,01	40755,50
	Grupo Clínico Borderline	10	231,55	2315,50
	Total	293		
Relacionamentos	Controles	281	142,07	39922,50
	Grupo Clínico Borderline	10	256,35	2563,50
	Total	291		
Consistência	Controles	283	144,43	40873,00
	Grupo Clínico Borderline	10	219,80	2198,00
	Total	293		
Autonomia	Controles	283	144,72	40954,50
	Grupo Clínico Borderline	10	211,65	2116,50
	Total	293		
Cognitivo	Controles	283	144,34	40847,50
	Grupo Clínico Borderline	10	222,35	2223,50
	Total	293		
Incoerência	Controles	283	144,25	40821,50
	Grupo Clínico Borderline	10		2249,50

			224,95	
	Total	293		

Estadística da Prova^a

	Atributos	Relacionamentos	Consistência	Autonomia	Cognitivo	Incoerência
U de Mann-Whitney	569,500	301,500	687,000	768,500	661,500	635,500
W de Wilcoxon	40755,500	39922,500	40873,000	40954,500	40847,500	40821,500
Z	-3,217	-4,225	-2,767	-2,457	-2,866	-2,961
Sig.assintótica(bilateral)	,001	,000	,006	,014	,004	,003

a. Variável de Agrupamento: Amostra

Confirma-se o que foi observado na Tabela, ou seja, o teste “U” de Mann Whitney confirma que realmente existem diferenças entre o grupo controle e o Grupo de *Borderlines* obtêm pontuações mais altas variáveis onde se esperava que os controles tivessem resultados mais elevados.

Pela Tabela 2 (com o grupo controle de 50 participantes), os resultados confirmaram a maior dificuldade de estabelecimento da identidade, em todos os fatores ligados à escala da Incoerência e Descontinuidade. Assim, tem menos consistência em autoconceitos, que se refere a diversas situações: tanto com respeito a si mesmo como aos outros.

Quando se faz o estudo com 283 participantes os resultados confirmam e ainda ampliam os resultados obtidos. (Tabelas 3 e 4). Pode-se observar dificuldades no desenvolvimento e estabelecimento da identidade.

(b) RESULTADOS DO DSQ

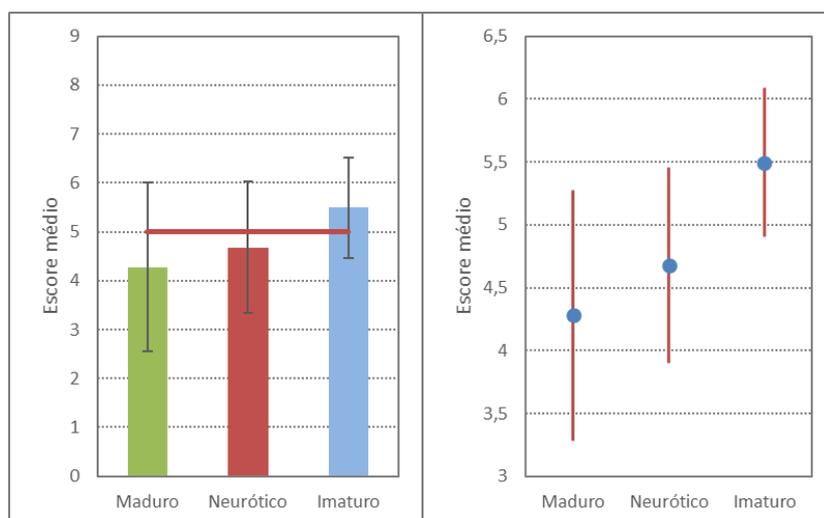
Na Tabela 5 e no Gráfico 1 são apresentadas as médias e desvios padrão e demais medidas resumo para os escores dos três fatores e também o Intervalo de Confiança² para a média.

Tabela 5 – Medidas Resumo e Intervalos de Confiança para os fatores gerais

Fator	Média (DP)	IC95%	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Maduro	4,3 (1,7)	3,3 ; 5,3	2,0	2,6	4,6	5,7	7,8
Neurótico	4,7 (1,3)	3,9 ; 5,5	2,8	3,6	4,4	5,4	7,9
Imaturo	5,5 (1,0)	4,9 ; 6,1	3,0	4,9	5,6	6,3	7,0

Figura 1 – Médias \pm 1 desvio padrão e ICs para os fatores gerais

² O Intervalo de Confiança é um intervalo que contém o verdadeiro valor da medida com uma probabilidade de 95%



Pode-se observar que sendo a faixa de resultados dos escores médios entre 1 e 9, e que o valor da metade seria 5, o fator Imaturo ficou acima do meio, com média de 5.5, enquanto os outros dois fatores ficaram abaixo, sendo o Maduro com média de 4.3 e o Neurótico com média de 4.7 pontos.

O fator Imaturo apresentou menor variação entre os pacientes, com menor desvio padrão e com os resultados variando de 3 a 7 pontos; já nos fatores Maduro e Neurótico a variação foi maior, principalmente no primeiro, onde há participantes com escore desde 2 até 7,8.

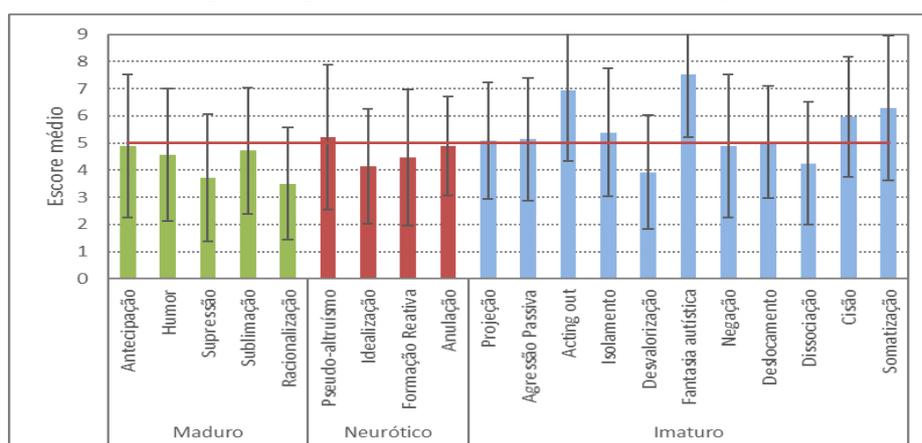
Verificando as respostas para cada um dos itens nos três fatores, se apresenta a avaliação para a média e variação dos resultados dos escores. Na Tabela 6 e no Gráfico 2 apresentam-se as médias e desvios padrão e demais medidas resumo para os escores dos itens.

Tabela 6 – Medidas Resumo e Intervalos de Confiança para os itens dos fatores do DSQ

Fator	Item	Média (DP)	IC95%	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Maduro	Antecipação	4,9 (2,6)	3,4 ; 6,4	1,0	2,6	5,0	7,1	9,0
	Humor	4,6 (2,4)	3,2 ; 6,0	1,0	2,9	4,3	7,1	9,0
	Supressão	3,7 (2,3)	2,4 ; 5,1	1,0	1,0	4,0	5,0	8,0
	Sublimação	4,7 (2,3)	3,4 ; 6,1	1,0	2,9	5,0	6,6	9,0
	Racionalização	3,5 (2,1)	2,3 ; 4,7	1,0	1,0	3,5	5,0	7,0
Neurótico	Pseudo-altruísmo	5,2 (2,7)	3,7 ; 6,8	1,5	3,0	5,3	8,1	9,0
	Idealização	4,1 (2,1)	2,9 ; 5,4	1,0	2,0	4,0	5,1	8,5
	Formação Reativa	4,5 (2,5)	3,0 ; 5,9	1,0	2,5	4,0	6,5	9,0
	Anulação	4,9 (1,8)	3,8 ; 5,9	2,5	3,0	4,8	6,5	8,5

Imaturo	Projeção	5,1 (2,1)	3,8 ; 6,3	2,5	2,9	5,0	7,1	8,0
	Agressão Passiva	5,1 (2,3)	3,8 ; 6,4	1,0	3,9	4,5	7,3	9,0
	Acting out	6,9 (2,6)	5,4 ; 8,4	1,0	4,4	8,0	9,0	9,0
	Isolamento	5,4 (2,4)	4,0 ; 6,8	1,0	3,0	5,3	7,3	9,0
	Desvalorização	3,9 (2,1)	2,7 ; 5,1	1,0	2,3	4,0	5,9	7,0
	Fantasia autística	7,5 (2,3)	6,2 ; 8,9	1,0	6,9	8,5	9,0	9,0
	Negação	4,9 (2,6)	3,4 ; 6,4	1,0	2,4	5,0	7,5	9,0
	Deslocamento	5,0 (2,1)	3,8 ; 6,2	1,0	4,0	5,0	6,6	9,0
	Dissociação	4,3 (2,3)	2,9 ; 5,6	1,0	2,3	4,3	7,0	7,5
	Cisão	6,0 (2,2)	4,7 ; 7,2	3,0	4,0	5,5	9,0	9,0
	Somatização	6,3 (2,7)	4,7 ; 7,8	1,0	3,9	7,3	8,5	9,0

Figura 2 – Médias \pm 1 desvio padrão para os itens dos fatores do DSQ



Observa-se que no geral, os escores médios do fator Maduro com as menores médias e os escores médios dos itens do fator Imaturo com as maiores médias.

Considerando que a faixa de resultados dos escores médios poderia ser entre 1 e 9, e que o valor da metade seria 5, 11 itens ficaram abaixo de 5 (sendo todos os do fator Maduro e 3 do Neurótico nessa posição) e que 9 itens ficaram acima de 5 (sendo 8 deles do Imaturo).

As variações em todos os itens foram semelhantes, com 11 deles com resultados iniciando em 1 e indo até o máximo de 9. O item com menor faixa de variação foi o Imaturo/Projeção, variando de 2,5 até 8,0 pontos. As menores médias foram observadas nos itens: Maduro/Racionalização (média = 3,5), Maduro/Supressão (3,7) e Imaturo/Desvalorização (3,9). As maiores médias foram observadas nos itens: imaturo/somatização (6,3), imaturo/acting out (6,9) e imaturo/fantasia autística (7,5).

A seguir, são apresentados os resultados com os grupos completos: 37 adolescentes diagnosticados como borderline e os controles.

B. RESULTADOS DA AMOSTRA COMPLETA

Para o estudo final foi acompanhado um total de 37 participantes, mas para a ferramenta SDQ houve apenas 23 participantes.

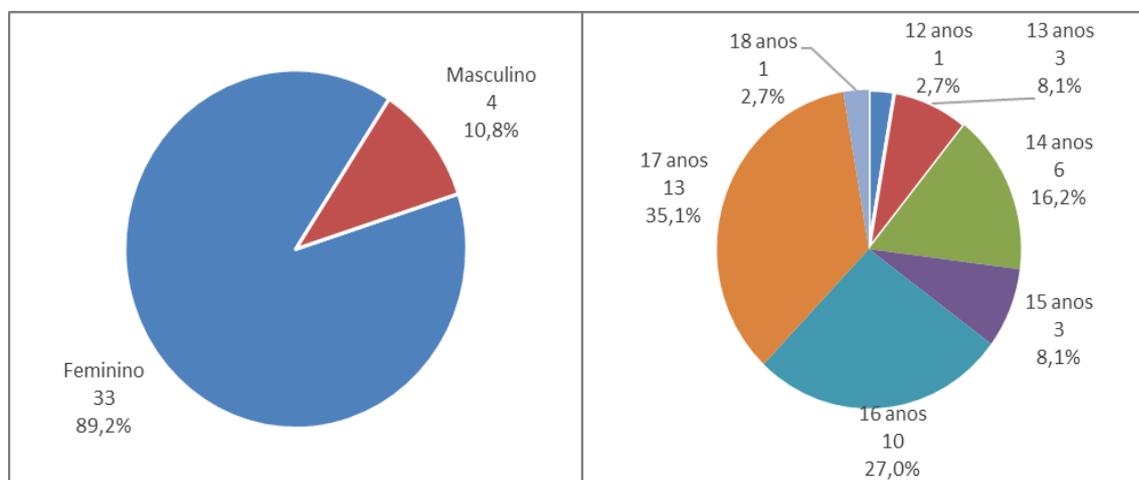
Figura 2.1, onde temos que:

- a maioria é do sexo feminino com 89,2%
- a idade média foi de 15.7 anos com desvio padrão de 1.5 anos, com maior concentração em 16 e 17 anos (com 62.1% somados)

Tabela 7 – Distribuição dos participantes por Sexo e Idade

Característica	Grupo	N (%)
Sexo	Feminino	33 (89,2%)
	Masculino	4 (10,8%)
Idade	12 anos	1 (2,7%)
	13 anos	3 (8,1%)
	14 anos	6 (16,2%)
	15 anos	3 (8,1%)
	16 anos	10 (27,0%)
	17 anos	13 (35,1%)
	18 anos	1 (2,7%)
Idade	Média ± DP	15,7 ± 1,5

Figura 2.1 - Distribuição dos participantes por Sexo e Idade



São descritos os resultados nos fatores e itens de forma geral e são apresentados também intervalos de confiança para as médias. Foi considerado o nível de significância de 0,05 o qual equivale a uma confiança de 95% para a análise. São descritas as respostas gerais aos três instrumentos para as dimensões principais e resultados totais.

Na Tabela 8 são apresentadas as médias e desvios padrão do grupo clínico com os escores dos três instrumentos. São feitas as comparações com os dados esperados na população brasileira para o DSQ-40 e SDQ.

Tabela 8 – Médias e Desvios Padrão dos 3 instrumentos no grupo total

<u>Ferramenta</u>	<u>Dimensão</u>	<u>Média</u>	<u>DP</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Q1</u>	<u>Mediana</u>	<u>Q3</u>	<u>Máximo</u>
DSQ-40	Maturo	4,5	1,5	2,0	3,2	4,6	5,7	7,8
	Neurótico	5,5	1,4	2,8	4,2	5,5	6,5	8,8
	Imaturo	5,7	1,1	3,0	4,8	6,0	6,4	7,7
SDQ	Emocional	7,4	1,7	3,0	7,0	7,0	9,0	10,0
	Conduta	4,9	1,8	2,0	4,0	5,0	6,0	9,0
	Hiperatividade	6,0	1,0	4,0	5,0	6,0	7,0	8,0
	Relacionamento	5,4	1,6	2,0	4,0	5,0	7,0	9,0
	Comportamento	7,8	1,8	4,0	6,0	8,0	9,0	10,0
	Total	24,0	4,0	18,0	20,0	24,0	27,0	31,0
AIDA	Qualidade / Atributos	20,6	6,4	8,0	17,0	21,0	24,5	36,0
Papéis	24,7	8,9	4,0	20,0	26,0	31,5	39,0	Relacionamento /
	Autorreflexão Emocional	19,5	6,3	6,0	17,0	21,0	24,0	28,0
	Descontinuidade	64,8	17,7	22,0	54,5	66,0	78,5	96,0
	Consistência	30,5	8,2	15,0	23,0	32,0	37,0	43,0
	Autonomia	31,1	8,8	13,0	23,5	34,0	39,0	45,0
	Autorreflexão Cognitiva	21,6	5,7	11,0	17,0	22,0	25,0	32,0
83,1	19,8	49,0	64,0	84,0	100,5	114,0	Incoerência	

Pelos dados da Tabela 8, se pode observar que:

DSQ-40:

- Maduro: média de 4.5 pontos com desvio padrão de 1.5 e variando de 2.0 a 7.8 pontos
- Neurótico: média de 5.5 pontos com desvio padrão de 1.4 e variando de 2.8 a 8.8 pontos
- Imaturo: média de 5.7 pontos com desvio padrão de 1.1 e variando de 3.0 a 7.7 pontos

SDQ:

- Emocional: média de 7.4 pontos com desvio padrão de 1.7 e variando de 3 a 10 pontos. Houve 8.7% Normais e Limítrofes e 82.6% Anormais

- Conduta: média de 4.9 pontos com desvio padrão de 1.8 e variando de 2 a 9 pontos. Houve 21.7% Normais e Limítrofes e 56.5% Anormais
- Hiperatividade: média de 6.0 pontos com desvio padrão de 1.0 e variando de 4 a 8 pontos. Houve 30.4% Normais, 39.1% Limítrofes e 30.4% Anormais
- Relacionamento: média de 5.4 pontos com desvio padrão de 1.6 e variando de 2 a 9 pontos. Houve 8.7% Normais, 47.8% Limítrofes e 53.5% Anormais
- Comportamento: média de 7.8 pontos com desvio padrão de 1.8 e variando de 4 a 10 pontos. Houve 91.3% Normais e 4,3% Limítrofes e Anormais
- Total: média de 24.0 pontos com desvio padrão de 4.0 e variando de 18 a 21 pontos. Houve 0% Normais, 17.4% Limítrofes e 82.6% Anormais

AIDA:

- Qualidade / Atributos: média de 20.6 pontos com desvio padrão de 6.4 e variando de 8 a 36 pontos
 - Relacionamento / Papéis: média de 24.7 pontos com desvio padrão de 8.9 e variando de 4 a 39 pontos
 - Autorreflexão Emocional: média de 19.5 pontos com desvio padrão de 6.3 e variando de 6 a 28 pontos
 - Descontinuidade: média de 64.8 pontos com desvio padrão de 17.7 e variando de 22 a 96 pontos
 - Consistência: média de 30.5 pontos com desvio padrão de 8.2 e variando de 15 a 43 pontos
 - Autonomia: média de 31.1 pontos com desvio padrão de 8.8 e variando de 13 a 45 pontos
 - Autorreflexão Cognitiva: média de 21.6 pontos com desvio padrão de 5.7 e variando de 11 a 32 pontos
 - Incoerência: média de 83.1 pontos com desvio padrão de 19.8 e variando de 49 a 114 pontos.
- Na tabela 9 são apresentadas a distribuição das classificações do SDQ.

Tabela 9 – Distribuição das classificações do SDQ

SDQ	Normal	Limítrofe	Anormal
Emocional	2 (8,7%)	2 (8,7%)	19 (82,6%)
Conduta	5 (21,7%)	5 (21,7%)	13 (56,5%)
Hiperatividade	7 (30,4%)	9 (39,1%)	7 (30,4%)
Relacionamento	2 (8,7%)	11 (47,8%)	10 (43,5%)
Comportamento	21 (91,3%)	1 (4,3%)	1 (4,3%)

Total	0 (0,0%)	4 (17,4%)	19 (82,6%)
-------	----------	-----------	------------

Figura 3 – Médias \pm 1 desvio padrão e ICs para os fatores gerais

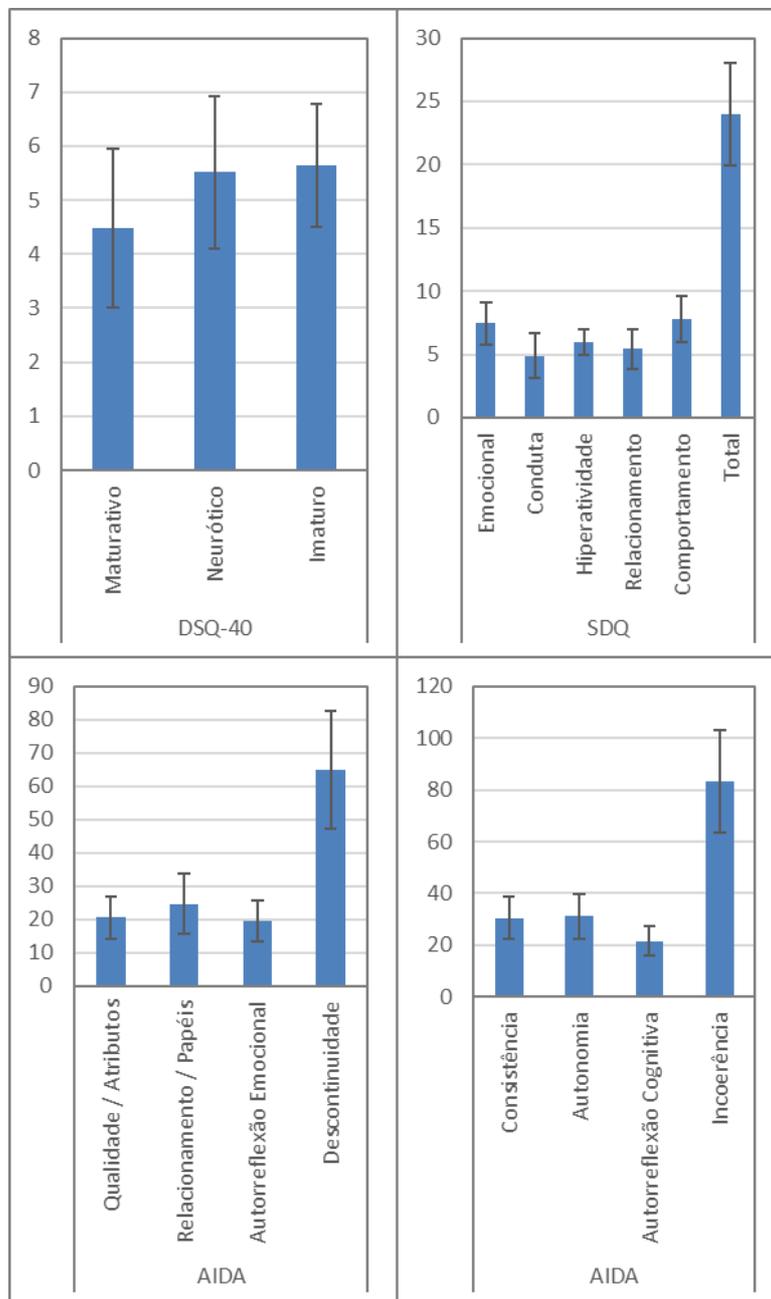


Figura 4 – Boxplot para os escores dos instrumentos

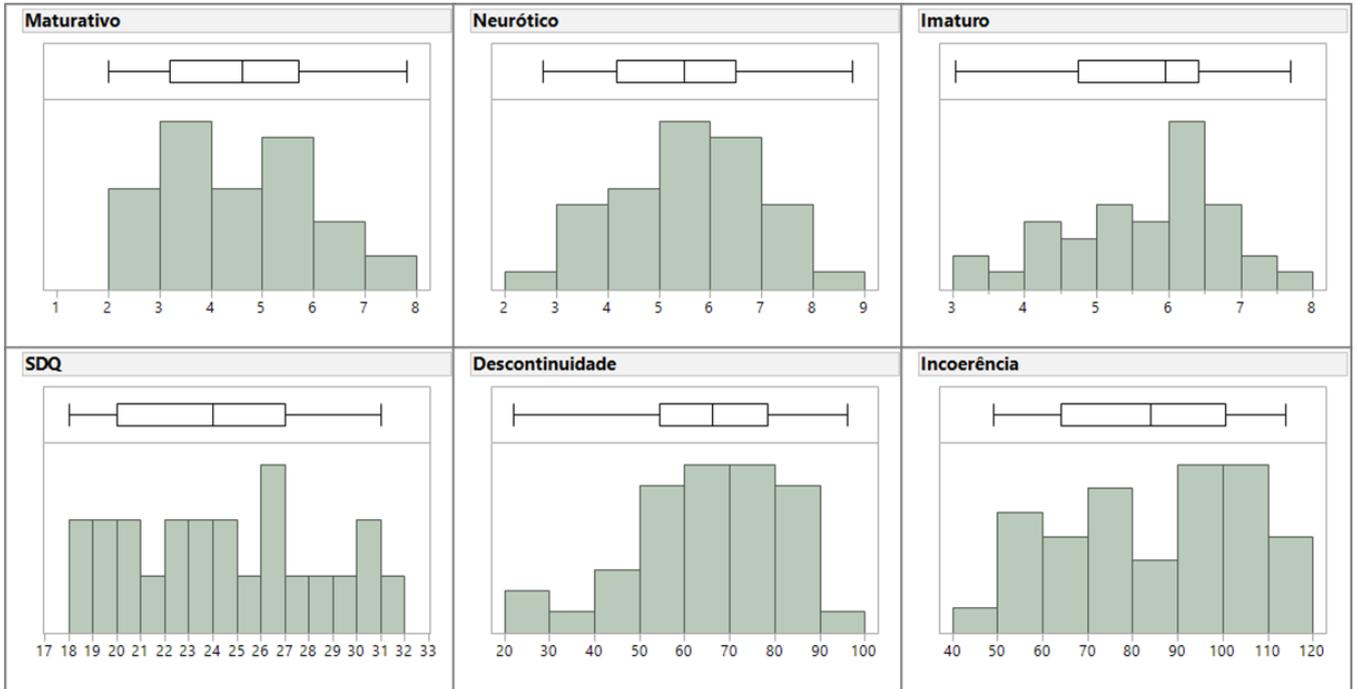
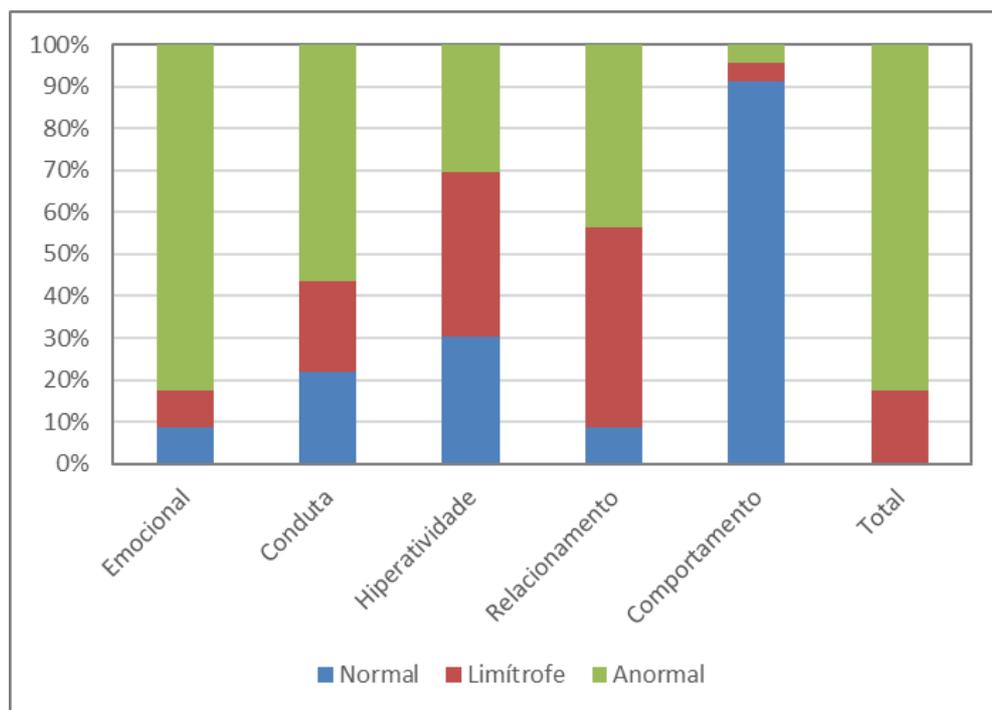


Figura 5 – Distribuição das classificações do SDQ



C. CORRELAÇÃO ENTRE OS 3 INSTRUMENTOS

São descritas as correlações entre as duas dimensões do AIDA e as demais ferramentas. Vamos apresentar os gráficos de correlação e o índice de correlação linear de Pearson³ e os respectivos p-values⁴

Para avaliar o grau de correlação podemos utilizar a seguinte tabela:

0,00 a 0,19 “muito fraca”

0,20 a 0,39 “fraca”

0,40 a 0,59 “moderada”

0,60 a 0,79 “forte”

0,80 a 1,00 “muito forte”

Na Tabela 10 e nos Gráfico 6 e Gráfico 7, apresentam-se as correlações entre os instrumentos DQS e AIDA. A Tabela 11 e o Gráfico 8 apresentam as médias dos escores do AIDA entre os grupos e a classificação do SDQ.

Para a avaliação se as correlações foram significativas foi realizado o teste para o índice de correlação e para avaliar se as médias dos escores foram diferentes ou não entre os grupos do SDQ foi utilizado o teste t-Student para duas amostras independentes se conclui que houve diferença significativa quando p-value < 0,05.

Pelos resultados pode-se observar que nas Escalas seguintes:

- Descontinuidade:

No geral as correlações ficaram entre fracas e moderadas sendo que houve correlação significativa com Maduro e Neurótico

Na classificação do SDQ, a média do Anormal ficou em 71.4 e do Limítrofe em 57.0, sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value = 0.0317)

- Incoerência:

Em geral as correlações ficaram entre fracas e moderadas sendo que houve correlação significativa com os fatores Neurótico e Maduro do DSQ-40.

³ O índice de correlação linear de Pearson é um índice que mede o grau de associação linear entre duas variáveis. Ele varia de -1 até 1, sendo que valores próximos de zero indicam nenhuma associação linear e valores próximos do extremo (-1 ou 1) indicam grande associação linear entre as variáveis. Tipicamente há boas correlações quando $|r| > 0,7$ ou 0,8.

⁴ O nível descritivo de um teste (também conhecido como p-value ou p-valor) é a probabilidade de se cometer um erro ao ser rejeitada a hipótese sendo que esta é verdadeira. Na maioria dos testes a hipótese testada é a hipótese de igualdade, no caso acima, a hipótese é que as correlações são iguais a zero.

Na classificação do SDQ, a média do Anormal ficou em 88.8 e do Limítrofe em 81.3, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.5724$)

Tabela 10 – Correlações entre as ferramentas DQS e AIDA

AIDA	Defesas/fatores	Correlação	p-value
Descontinuidade	Maduro	-0,41	0,0120
	Neurótico	0,43	0,0082
	Imaturo	0,31	0,0594
	SDQ	0,31	0,1436
Incoerência	Maduro	-0,28	0,0933
	Neurótico	0,45	0,0053
	Imaturo	0,44	0,0062

Tabela 11 – Medidas dos escores de AIDA por classificação do SDQ

AIDA	SDQ	Média	Desvio Padrão	p-value
Descontinuidade	Anormal	71,4	16,6	0,0317
	Limítrofe	57,0	8,4	
Incoerência	Anormal	88,8	19,3	0,5724
	Limítrofe	81,3	22,9	

Figura 6 – Gráficos de dispersão entre ferramentas e Descontinuidade

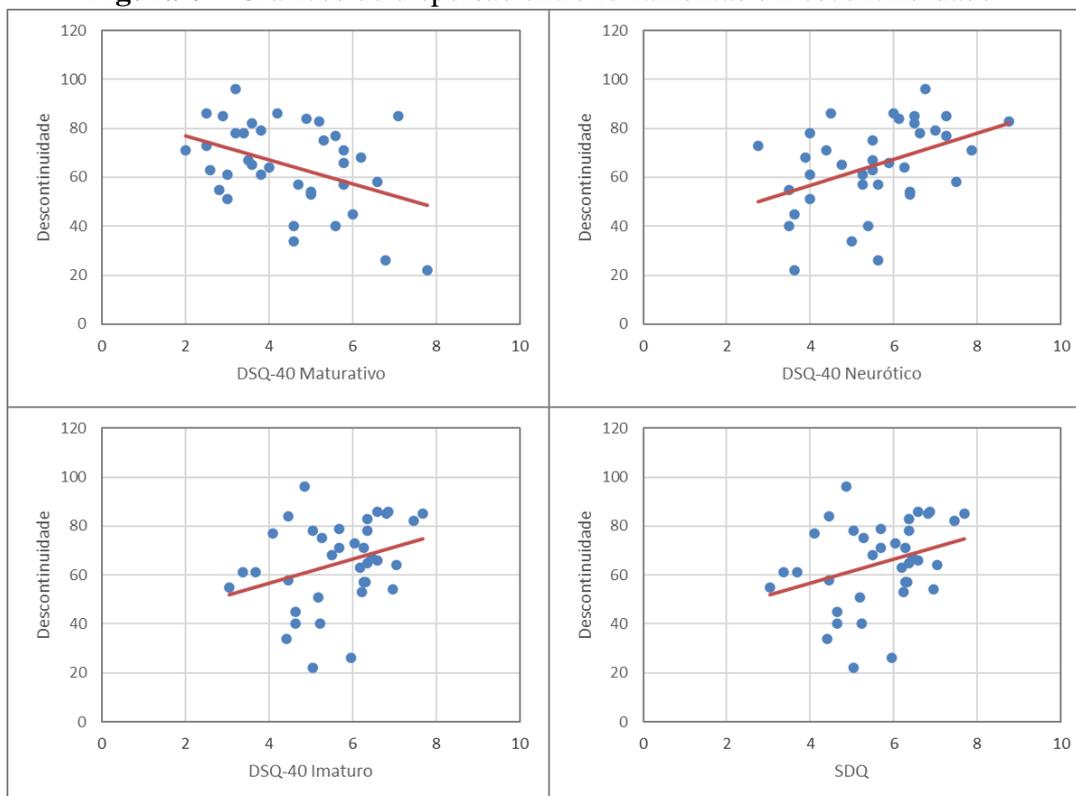


Figura 7 – Gráficos de dispersão entre ferramentas e Incoerência

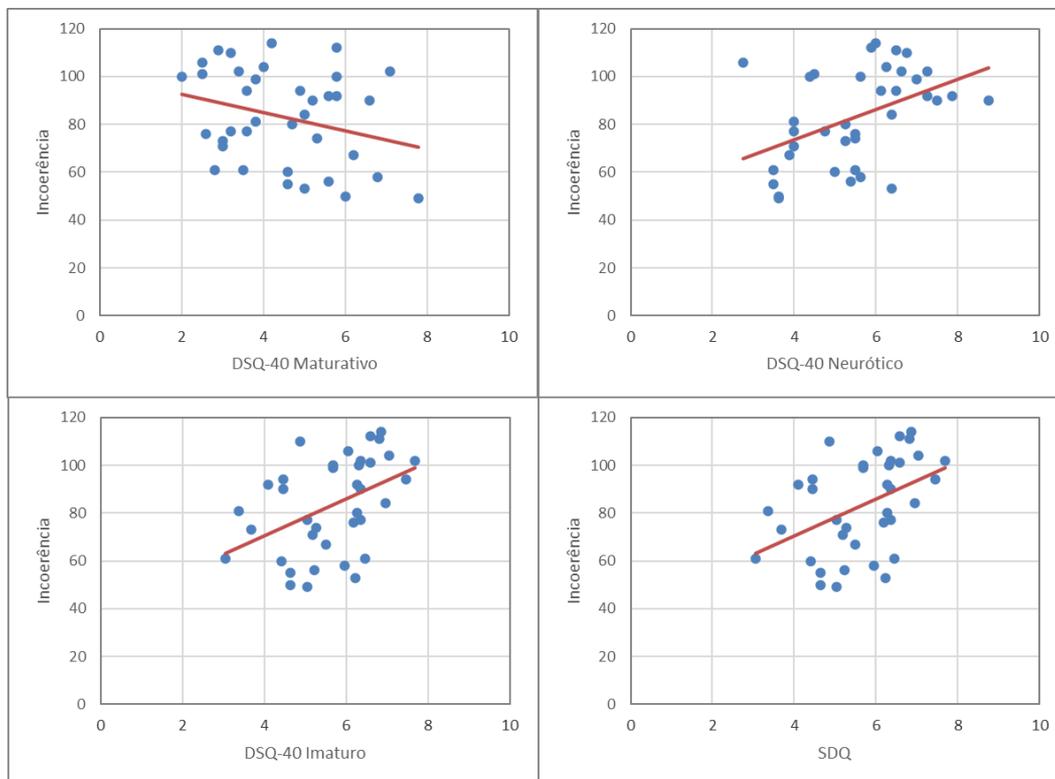
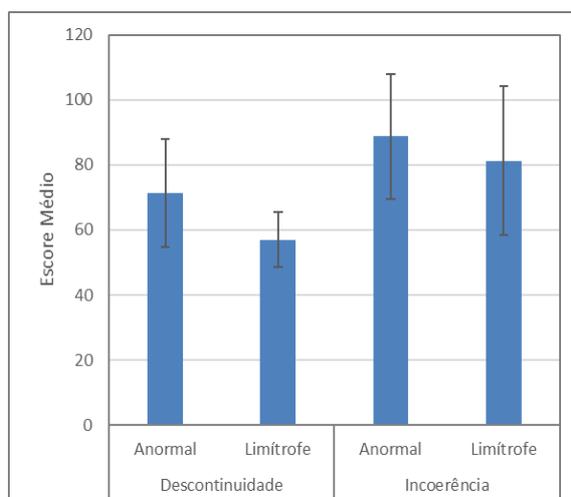


Figura 8 – Média \pm Desvio padrão para o AIDA por classificação do SDQ



D. COMPARAÇÃO GRUPO CLÍNICO E GRUPO CONTROLE

São comparados os resultados dos escores do AIDA entre os dois grupos em estudo.

Inicialmente são descritas as características dos dois grupos. Na Tabela 12 e Gráfico 9 temos a distribuição geral dos participantes nos dois grupos. Na Tabela 13 e Gráfico 10 apresentamos a comparação entre Sexo e Idade.

Para a verificar se houve diferença significativa entre os dois grupos, foi utilizado o Teste Exato de Fisher para comparar os percentuais e o teste t-Student para duas amostras independentes para comprar as médias e se conclui que houve diferença significativa quando $p\text{-value} < 0,05$.

Pelos resultados pode-se comentar que:

Dados gerais:

Houve um total de 397 participantes do grupo Controle (91.5%) e 37 do Clínico (8.5%)

Sexo: o grupo Clínico mostrou mais participantes do sexo Feminino (89.2% contra 43.3%), sendo a diferença entre os grupos significativa ($p\text{-value} < 0,0001$)

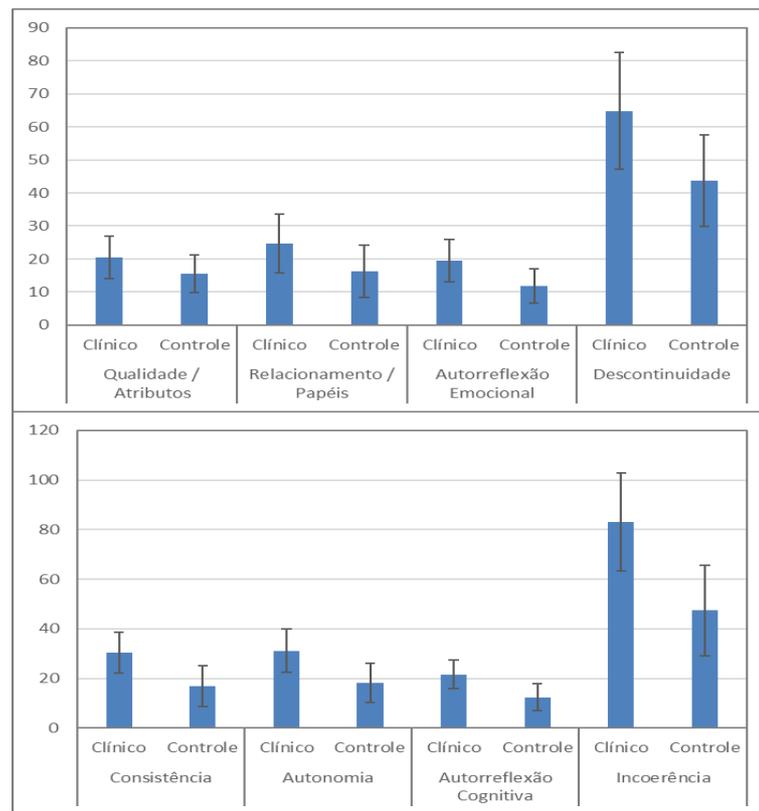
Idade: a média dos dois grupos foi a mesma (15.6 anos), e não houve diferença significativa entre os grupos ($p\text{-value} = 0.7739$)

Na Tabela 12 e Gráfico 9 apresentam-se as médias dos escores do AIDA entre os dois grupos

Tabela 12 – Medidas Resumo dos escores de AIDA por grupos

Dimensão	Grupo	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	p-value
Qualidade / Atributos	Clínico	20,6	6,4	8,0	17,0	21,0	24,5	36,0	<,0001
	Controle	15,6	5,6	0,0	12,0	16,0	20,0	28,0	
Relacionamento / Papéis	Clínico	24,7	8,9	4,0	20,0	26,0	31,5	39,0	<,0001
	Controle	16,3	7,9	1,0	10,0	16,0	22,0	36,0	
Autorreflexão Emocional	Clínico	19,5	6,3	6,0	17,0	21,0	24,0	28,0	<,0001
	Controle	11,9	5,2	0,0	8,0	12,0	15,0	49,0	
Descontinuidade	Clínico	64,8	17,7	22,0	54,5	66,0	78,5	96,0	<,0001
	Controle	43,8	13,9	8,0	34,0	45,0	54,5	76,0	
Consistência	Clínico	30,5	8,2	15,0	23,0	32,0	37,0	43,0	<,0001
	Controle	17,0	8,3	0,0	11,0	17,0	22,0	49,0	
Autonomia	Clínico	31,1	8,8	13,0	23,5	34,0	39,0	45,0	<,0001
	Controle	18,1	7,9	0,0	13,0	17,0	24,0	41,0	
Autorreflexão Cognitiva	Clínico	21,6	5,7	11,0	17,0	22,0	25,0	32,0	<,0001
	Controle	12,3	5,4	0,0	8,0	12,0	16,0	28,0	
Incoerência	Clínico	83,1	19,8	49,0	64,0	84,0	100,5	114,0	<,0001
	Controle	47,4	18,2	4,0	34,5	46,0	58,0	100,0	

Figura 9 – Média \pm Desvio padrão para os escores de AIDA entre os grupos



Dimensões da AIDA:

Qualidade / Atributos: média do Clínico 5,0 pontos acima do Controle (20.6 contra 15.6), sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value < 0,0001)

Relacionamento / Papéis: média do Clínico 8.4 pontos acima do Controle (24.7 contra 16.3), sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value < 0,0001)

Autorreflexão Emocional: média do Clínico 7.6 pontos acima do Controle (19.5 contra 11.9), sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value < 0,0001)

Descontinuidade: média do Clínico 21.0 pontos acima do Controle (30.5 contra 17.0), sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value < 0,0001)

Consistência: média do Clínico 13.5 pontos acima do Controle (30.5 contra 17.0), sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value < 0,0001)

Autonomia: média do Clínico 13.0 pontos acima do Controle (31.1 contra 18.1), sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value < 0,0001)

Autorreflexão Cognitiva: média do Clínico 9.3 pontos acima do Controle (21.6 contra 12.3), sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value < 0,0001)

Incoerência: média do Clínico 35.8 pontos acima do Controle (83.1 contra 47.4), sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value < 0,0001)

V - DISCUSSÃO

Com respeito à AIDA, no grupo maior os resultados gerais mantem os obtidos nos resultados preliminares, ou seja, nas Escalas Incoerência e Descontinuidade, os adolescentes diagnosticados com Transtorno Borderline de Personalidade tem muito mais dados que indicam Incoerência e Descontinuidade do grupo confirmam as hipóteses iniciais, baseadas nos resultados preliminares.

Pode-se tentar levantar hipóteses que podem se referir à falta de confirmação nas demais escalas, havendo inclusive resultados na AIDA que podem indicar o grupo controle com dados inferiores aos esperados.

Nesse cenário surgem duas novas hipóteses que podem ter influenciado os resultados. A primeira se deve ao período em que os dados foram coletados, nos pós pandemia, sendo que os resultados preliminares foram colhidos anteriormente. Nesse contexto surgem variáveis diversas, que alteram os resultados, sem que possam ser controladas.

A doença de coronavírus 2019 (COVID-19) representa um grande ameaça à saúde pública. Após o primeiro surto em Wuhan (Hubei, China) em dezembro de 2019 e a declaração de uma pandemia global pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, o vírus continuou se espalhando consistentemente deixando milhões de infectados e mortos.

A literatura empírica sobre o efeito da pandemia nos pacientes com patologia de personalidade ainda é escassa. Os TPs são graves transtornos mentais que se manifestam com prejuízo moderado a grave no funcionamento pessoal e interpessoal (APA, 2013; Gunderson, 2007; Hopwood, 2008). Isso significa que tais pacientes apresentam sérias dificuldades na regulação emocional e relacionamentos interpessoais. Desde que a pandemia se apresenta como um evento estressante com consequências emocionais (Zhang, Wang, Rauch e Wei, 2020) e relativa à vida social (Smith e Lim, 2020), pode-se esperar que represente um fator de risco relevante para a exacerbação de consequências psicológicas negativas especificamente ligadas à patologia da personalidade.

Em artigo sobre estratégias de enfrentamento da pandemia COVID-19 por indivíduos com transtornos de personalidade, Starcevic e Jancac (2021) observam que o enfrentamento eficaz demanda flexibilidade para ajustar-se às circunstâncias em rápida mudança e, como os indivíduos com traços de personalidade desadaptativos e certos transtornos de personalidade carecem dessa flexibilidade, eles geralmente não são adequados para se adaptar de maneira ideal à pandemia. Os autores apontam que pessoas com altos níveis de neuroticismo têm maior probabilidade de sofrimento induzido pela pandemia e demonstram enfrentamento ineficaz. Em contrapartida, pessoas extrovertidas, conscienciosas ou proeminentemente amáveis geralmente demonstraram um bom ajuste à pandemia, incluindo o cumprimento das medidas de contenção e mitigação impostas para limitar a propagação do COVID-19.

Entende-se que o isolamento social pode ser o fator mais desestabilizador relacionado à pandemia para indivíduos com transtorno de personalidade borderline, enquanto os traços de personalidade antissocial foram fortemente associados ao baixo cumprimento das medidas de contenção e mitigação.

Os fatores baseados na personalidade são responsáveis por algumas diferenças individuais no enfrentamento dos desafios relacionados ao COVID-19 e sua melhor compreensão provavelmente melhorará os preparativos para emergências da saúde pública no futuro.

Em outro artigo, denominado *Transtornos de Personalidade em Tempos de Pandemia*, os pesquisadores Preti, Di Pierro, Fanti, Maddedu e Calati (2020) discorrem sobre os efeitos psicológicos negativos da pandemia para indivíduos com esse diagnóstico.

Os participantes do grupo clínico têm relacionamentos interpessoais instáveis e apresentam comportamentos excessivamente emocionais, impulsivos, dramáticos e erráticos. Como suas vulnerabilidades podem ser atribuídas à hiperresponsividade subjacente ao estresse e à hipersensibilidade à ameaça (Wingenfeld, Spitzer, Rullkotter e Lowe, 2010), as emergências pandêmicas devem ter tido um impacto sério na saúde mental desses pacientes.

Considerada um fator de risco para redução do bem-estar emocional durante a pandemia de COVID-19, a afetividade negativa foi considerada um fator de risco para esses pacientes (Somma, Gialdi, Krueger et al, 2020). Além disso, a afetividade negativa foi associada a altos níveis de depressão, ansiedade e estresse (Mazza, Ricci, Biondi et al, 2020). Coerentemente, o neuroticismo, que é o traço adaptativo correspondente da afetividade negativa, foi associado à redução do bem-estar psicológico (Grupta e Parimal, 2020), mais preocupações e estimativas de duração pandêmica mais longas (Aschwanden, Strickhouser, Sesker et al, 2020).

Emergências pandêmicas obrigam as pessoas a reduzir drasticamente os contatos com pessoas significativas durante um período bastante prolongado, com consequências relevantes em termos de perturbação das rotinas da vida quotidiana e condições de isolamento social. Ser forçado a manter distância de outras pessoas importantes (por exemplo, pais, parceiros, amigos) pode ser particularmente crítico para pacientes borderline, em especial para os adolescentes, uma vez que eles têm forte necessidade de proximidade emocional e física com os outros (Gunderson, 2006; Bender, Farber e Geller, 2001). Além disso, os pacientes borderline sofrem de medo de abandono, sensibilidade à rejeição e preocupações paranoicas sob condições de estresse (Poggi, Richetin e Preti, 2019). Nesse sentido, a experiência do confinamento pode ser particularmente desgastante para esses pacientes. É razoável esperar que tal isolamento possa desencadear sentimentos negativos sobre si mesmo e sobre os outros, com intensificação de conflitos interpessoais, devido à interpretação errônea da distância dos outros em termos de abandono ou desinteresse. Como consequência, os pacientes limítrofes que

percebem a distância dos outros em termos de abandono podem ser mais propensos a se envolver no uso indevido de substâncias como forma de automedicação e em comportamentos suicidas e automutilação não suicida para lidar com a solidão (Calati, Ferrari, Brittner, Oasi, Olié, Carvalho e al., 2018).

A desregulação emocional pode advir da dificuldade desses pacientes em ler as expressões emocionais dos outros, levando a conclusões antecipadas das expressões emocionais sutis de medo ou ansiedade em seus entes queridos e isso, por sua vez, pode desencadear reações intensas como como explosões de raiva, alta irritabilidade e comportamentos impulsivos (por exemplo, comportamentos alimentares desadaptativos). Essa expectativa está de acordo com um estudo recente (Moccia, Janiri, Pepe, Dattoli, Molinaro, de Martin et al., 2020) mostrando que o temperamento ciclotímico, que é mais bem expresso por pacientes do grupo B, foi relacionado a maior sofrimento psicológico durante o surto de coronavírus.

A segunda hipótese diz respeito à natureza da escala utilizada para a triagem dos pacientes no ambulatório ADRE do Hospital das Clínicas, o CI-BPD, que evidencia a preconização do diagnóstico categórico versus o dimensional pela instituição.

A classificação contemporânea de transtornos mentais - DSM-5 (APA, 2013) e CID-10 (WHO, 1993) - baseia-se na suposição de que os transtornos de personalidade (TPs) são um conjunto de distúrbios categóricos e qualitativos entidades distintas. Desde a sua introdução há 40 anos (Frances, 1980), esta conceituação tem sido desafiada por numerosos estudos sugerindo que os TPs não são construtos categóricos, mas dimensionais (Widiger, Livesley e Clark, 2009), ou seja, eles podem ser localizados em um continuum de personalidade funcional a altamente disfuncional. Além disso, a classificação atual tem sérias limitações, como alta comorbidade entre e alta heterogeneidade dentro dos TPs (Krueger, 2013), indicando que a noção de TPs como construções separadas pode não ser válido. O sistema categórico é considerado impedem o progresso da pesquisa e são considerados insuficientes para uso na prática clínica (Sagstetter, Ohse e Kampe, 2021).

Assim, sugere-se que a pesquisa possa ser continuada, e a coleta realizada em uma instituição cuja abordagem diagnóstica esteja de acordo com abordagem teórica preconizada.

NO DSQ-40 chamou a atenção o uso praticamente igual das defesas maduras, neuróticas e imaturas (tabelas 8 e 3), os escores médios do fator Maduro com as menores médias e os escores médios dos itens do fator Imaturo com as maiores médias.

Observou-se em 14 participantes (inicialmente estudado) o que Clarkin; Fonagy e Gabbard, (2010) apontam em *borderlines*, ou seja, predominância de defesas de baixo nível baseadas na cisão; e dificuldades para perceber com precisão os estados internos dos outros. E Kernberg (1995) apresenta a classificação das defesas divididas entre três grupos, que correspondem aos fatores

avaliados pelo DSQ, 1) defesas maduras, 2) Baseadas na repressão ou defesas neuróticas; 3) E entre os *borderlines* predominam as defesas baseadas em mecanismos de cisão ou de baixo nível - também referidas como “primitivas”.

Mesmo na Tabela 8, sendo muito semelhantes as médias das defesas maduras, neuróticas e imaturas, tem-se uma confirmação da dificuldade do grupo clínico de empregar mecanismos de defesa mais maduros e neuróticos como se espera de adolescentes que se desenvolvem de forma mais equilibrada. Os dados do SDQ confirmam as hipóteses acerca do funcionamento de adolescentes com Transtorno Borderline de Personalidade (TPB). Em todas as escalas que compõem o instrumento, e no Total predomina a classificação “Anormal” como se observou na Tabela 8., à exceção do fator Comportamento.

É muito relevante o dado referente aos aspectos avaliados no fator Emocional sendo a maioria (82.6%) considerado “Anormais”.

No fator Conduta denotam dificuldade ou fragilidades (56.5%). Também no fator Relacionamento há mais dificuldades, classificados os dados como “Anormais” (53,5%) ou Limítrofe (47,8%), sendo muito menos os dados considerados “Normais” (8,7). No Total avaliado pelo Instrumento tem-se que a maior parte dos dados é classificada como “Anormal”.

Na escala relativas à Hiperatividade há equilíbrio entre as classificações dos fatores; e no Comportamento pró social predomina a classificação normal. Portanto, não compõe um grupo em que predominam elementos antissociais.

Assim, se confirmam as dificuldades dos adolescentes com TPB, pois não podem adquirir um sentido integrado de *self* que poderia lhes permitir avaliar com precisão seu estado mental específico e o dos outros, à luz de uma visão geral positiva do *self* e das interações humanas. A intensidade, o tipo e a gama de afetos exibidos por crianças no desenvolvimento são importantes na compreensão dos pacientes com Transtorno *Borderline* de Personalidade. Portanto há serias dificuldades no que refere aos afetos e à qualidade dos relacionamentos Clarkin, Yeomans e Kernberg (2006).

Pode-se apontar dificuldades do reconhecimento dos outros, o que leva a problemas nas relações objetais, , aqui problemas nas Escalas de aspectos emocionais e de Relacionamento . Para o êxito do investimento narcísico e objetal é necessário reconhecer os outros em sua interioridade (subjetividade absoluta) e diferença, ou seja, exercer a capacidade de auto-observação e mentalização.

Relacionando os dados do SDQ e DQS tem-se que, de fato, o grupo de adolescentes com Transtornos Borderline de Personalidade tem dificuldades na evolução dos mecanismos de defesa, com predomínio dos imaturos. Pode-se apontar que sejam indivíduos que estão sob a influência de emoções primitivas e intensas que não são integradas e sobre as quais eles não têm controle. como afirmam Clarkin, Yeomans e Kernberg (2006).

Com respeito à avaliação da validade, os dados da presente pesquisa denotam validade concorrente, (Anastasi & Urbina, 2000) uma vez que todas as comparações entre as Escalas da AIDA apontaram diferenças estatisticamente significativas. , Mesmo que tais diferenças não fossem as esperadas, no que se refere à avaliação da identidade, ainda assim todas as comparações dos resultados entre os grupos clínico e controle, nesta pesquisa apresentaram diferenças estatisticamente significantes.

No que se refere à validade convergente, a maior parte ficou das comparações entre as Escalas da AIDA e os fatores avaliados nas Escalas DQS-40 e SDQ ficaram entre fracas e moderadas. No entanto há indícios de validade convergente nas comparações entre os dados das Escalas Descontinuidade e Incoerência da AIDA pois houve correlação significativa nas comparações. Os fatores que reúnem as defesas mais evoluídas, ou seja, o fator Maduro e Neurótico e a Descontinuidade. Especialmente entre o fator Maduro e a Escala Descontinuidade, há uma correlação negativa. Assim, quanto mais elevada é a Descontinuidade na AIDA menos defesas maduras (evidenciadas no DSQ-40) estão presentes. Com respeito ao SDQ há correlação entre os dados relativos à classificação anormal e limítrofe e nesta Escala de Descontinuidade. O mesmo se observa com respeito à correlação entre a Escala Incoerência da AIDA e fatores relativos às defesas neuróticas e especialmente as maduras no DQS-40, também indicando que quanto mais elevada é a Escala Incoerência e menos defesas maduras são empregadas.

Tais contatações estão de acordo com a literatura acerca dos *Transtornos Borderlines de Personalidade* com predomínio de defesas primitivas (Clarkin, Yeomans e Kernberg, 2006) e intensas fraquezas e *dificuldades* com respeito à capacidade de investir e estabilizar o compromisso com interesses, talentos, perspectivas e objetivos de vida. Também se evidenciam dificuldades na noção de self com menos estabilidade entre diretrizes morais e regras internas; e ainda com mais diversidade na autoimagem e nos comportamentos com diferentes amigos ou situações e menos defesas maduras e mais fragilidades.

VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos da pesquisa foram contemplados: foi possível obter compreensão das possíveis relações entre os conflitos inerentes à etapa da adolescência, descritos anteriormente, e as adversidades impostas em sua história de vida, relações precoces, e outras condições da vida em grupo. Observou-se a presença da difusão de identidade em adolescentes, característica dos transtornos limites de personalidade, diferenciando a mesma de uma crise típica da adolescência, a fim de diagnosticar e tratar esses adolescentes.

Foi avaliada a identidade de um grupo de adolescentes brasileiros diagnosticados com Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB), apontando o grau de difusão da identidade que é indicador de transtorno de personalidade. Foram apresentados os estudos de validade concorrente da AIDA, a partir da comparação entre o desempenho de um grupo de adolescentes *borderlines* e um controle composto por adolescentes sem essa manifestação.

Também foram apresentados estudos de validade convergente, realizado a comparação os resultados do grupo de adolescentes com TPB na Escala AIDA, com o Questionário de Estilo de Defesa (DSQ), e com o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ).

Assim, os resultados obtidos com AIDA confirmam os achados da literatura, sendo que predominam dificuldades relevantes no estabelecimento da identidade para os adolescentes com Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB). No DSQ -40 predominam as defesas imaturas baseados na projeção e cisão. No SDQ predominam as dificuldades

Há indicações da validade concorrente pelas comparações entra os dados das 6 Escalas da AIDA nos grupos clínico e controle. E de validade convergente nas Escalas Descontinuidade e Incoerência da AIDA e os dados do DQS-40 e SDQ

A pesquisa sobre o comportamento dos Transtornos de Personalidade na pandemia sugere que esses pacientes são particularmente afetados por situações característica do período pandêmico, como o isolamento social. Além disso, eles podem reagir de forma diferente às pandemias, de acordo com seu diagnóstico principal e manifestações relacionadas.

Os pacientes do Grupo clínico podem apresentar reações relacionadas ao estresse, incluindo comportamentos impulsivos e de risco. Isso é particularmente verdadeiro para pacientes limítrofes: dificuldades na regulação emocional e medo de abandono e rejeição podem tornar o distanciamento social particularmente doloroso para esses pacientes.

Confirmam-se, a partir das outras escalas usadas as dificuldades dos adolescentes com T Transtornos de Personalidade *Borderline*, pois não podem adquirir um sentido integrado de *self* que poderia lhes permitir avaliar com precisão seu estado mental específico e o dos outros, à luz de uma visão geral positiva do *self* e das interações humanas. A intensidade, o tipo e a gama de afetos exibidos por crianças no desenvolvimento são importantes na compreensão dos pacientes com Transtorno

Borderline de Personalidade. Portanto há serias dificuldades no que refere aos afetos e à qualidade dos relacionamentos.

O estudo teve a possibilidade de indicar aspectos relevantes de adolescentes com TPB e limitações acerca das dificuldades no uso da AIDA no grupo maior, como apontado.

Considera-se fundamental aprofundar o estudo do Transtorno Borderline na adolescência, ampliando as pesquisas, diversificando a origem dos participantes. Foi possível apontar, características dos adolescentes com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), sendo que tal conhecimento pode embasar medidas preventivas e interventivas, muito necessárias, junto a este grupo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. (1971) *Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Aberastury, A.; Knobel, M. (1971) *Adolescência Normal y Patológica*. Buenos Aires, Paidós.
- Achenbach, T. M. (1991a) *Manual for the youth self-report and 1991 profile*. Burlington, Vermont:
University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b) *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*.
Burlington, Vermont: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Agresti, A. (1990). *Categorical Data Analysis*. New York: John Wiley & Sons. 558p.
- Ajuriaguerra, J. (1985) *Manual de Psiquiatria Infantil*, Rio de Janeiro, Masson do Brasil, 1985.
- Akhtar, S.; Samuel, S. (1996) *The concept of identity developmental origins, phenomenology, clinical relevance and measurement*. Harvard, *Review of Psychiatry*, 3(5), p.254-267.
- Anastasi, A.; Urbina, S. (2000) *Testagem Psicológica*. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Anastasi, A. (1977) *Testes Psicológicos*, São Paulo, E.P.U.
- American Psychiatric Association (APA) (2013) *DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition, American Psychiatric Association, Washington, DC.
- American Psychological Association (2016). *APA College Dictionary of Psychology* (2nd ed.).
Washington, DC: Author.
- Blaya, C. et al. (2013) Versão em português do Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. São Paulo, *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.26, n.4, dez. 2004. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S151644462004000400010>. Acesso em: 15 dez. 2013.
- Bleiberg, E. (1994) Borderline disorders in children and adolescents: The concept, the diagnosis, and the controversies. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58(2), 169.
- Bleger, J. (1975) *Psicologia de la Conducta, (Behavioral Psychology)* Buenos Aires Editorial Paidós.
- Bond, M. et al. (1995) The development and properties of the Defense Style Questionnaire. In Plutchik, Robert. *Ego defenses: Theory and measurement*. Publication series of the Department of Psychiatry of Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University, No. 10, p. 202-220. Oxford, England: John Wiley & Sons.

- Bosma, H. A. (1985) *Identity development in adolescence coping with commitments*. Tese de doutorado não-publicada, University of Groningen, Groningen, Holanda.
- Bradley, R., Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005) The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 1006-1019.
- Bussab, W. O. e Morettin, P. A. (1987). *Estatística Básica*. 4ª ed. São Paulo: Atual Editora. 321p.
- Carvajal, G. (1993) – *Adolecer: La Aventura de una Metamorfosis – Una visión psicoanalítica de la Adolescencia*, Bogotá, Toresias.
- Chabrol, H., Montovany, A., Chouicha, K., Callahan, S., & Mullet, E. (2001). Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46(9), 847-849.
- Clarkin J.F; Yeomans F.E; Kernberg O. F. (2006) *Psychotherapy for Borderline Personality. Focusing on Object Relations*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Clarkin, J. F., Fonagy, P. & Gabbard, G. O. (2010) *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: a clinical handbook*. 1st edition – American Psychiatric Publishing, Inc.
- Dolto, F. (1990) *A Causa dos Adolescentes*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira.
- Erikson, E. H. (1972) *Identidade, Juventude e Crise*, Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- Erikson, E. H. (1956). The problem of ego identity. *Journal of American Psychoanalysis*, 4,56121.
- Erikson, E. H. (1976). *Identidade: juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Erikson, E. H. (1998). *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Erin, A. Kaufman, Marilyn J. Montgomery & Sheila E. (2014) Crowell (Identity-Related Dysfunction: Integrating Clinical and Developmental Perspectives, *Identity*, 14:4, 297311, DOI: 10.1080/15283488.2014.944699
- Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990). Disponível em <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10606678/artigo-92-da-lei-n-8069-de-13-de-julho-de1990>.
- Foelsch, P. A., Schluter-Muller, S., Odom, A. E., Arena, H. T., Borzutzky, A., e Schmeck, K. (2014) *Adolescent Identity Treatment – An Integrative Approach for Personality Pathology*. Springer International Publishing, Switzerland.

- Foelsch P. A. et al. (2008) Behandlung von Adoleszenten mit Identitätsdiffusion - Eine Modifikation der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP). *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 12 (3), p. 153-162.
- Foelsch, P., Odom, G. e Kernberg, P. (2008) *Santé Mentale au Québec*, 33, 1, 37-60.
- Gabbard, Glen O. (1998) *Psiquiatria psicodinâmica: baseado no DSM IV*. Porto Alegre: Artmed.
- Goth K. et al. (2012) *AIDA: A self-report questionnaire for measuring identity in adolescence – Short manual*. Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychiatric University Clinics (UPK) Basel.
- Goth, K., et al. (2012) Assessment of identity development and identity diffusion in adolescence - Theoretical basis and psychometric properties of the self-report questionnaire AIDA- *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, p. 6:27, <http://www.capmh.com/content/6/1/27>.
- Huremovic, D. (2019) *Psychiatry of Pandemics*. Springer Nature Switzerland, AG.
- Jordão, A. B. e Ramires, V. R. (2010) Adolescência e organização de personalidade *borderline*: caracterização dos vínculos afetivos - *Revisão crítica da literatura Paidéia* set-dez. Vol. 20, No. 47, 421-430.
- Kaur, R. (2017) *Outros jeitos de usar a boca*. Tradução: Ana Guadalupe. 1. ed. – São Paulo: Planeta.
- Kernberg, O. F. (1977) *The structural diagnosis of borderline personality organization*. In *Borderline Personality Disorders: The concept, the syndrome, the patient*. M.P. Hartocollis (ed). New York: I.U.P.
- Kernberg, O. F. (1995) *Transtorno Graves da Personalidade -estratégias terapêuticas*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Kernberg, P. F.; Koenigsberg, H. (1999) *The Extensive Identity Diffusion: On a Particular Form of Identity Diffusion in borderline patients extending the limits of treatability*. New York: Basic Books.
- Kernberg, P. F.; Weiner, A. S.; Bardenstein, K. K. (2000) *Personality Disorders in Children and Adolescents*. New York, Basic Book.
- Kernberg, O. F. (1991) *Psicoterapia Psicodinâmica de Paciente Borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Kimmel, D. C.; E Weiner, I. (1998) *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.
- Levisky, D. L. (1998). *Adolescência e violência: ações comunitárias na prevenção: conhecendo, articulando, integrando e multiplicando*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Martins, J. B. (1999) A noção de identidade e o olhar multirreferencial: colocando algumas questões para a educação! *Social e PSI - Revista de Psicologia Institucional da UEL*, vol 1, n. 2.
- Paris, J. (2005) *Borderline Personality Disorder*. *Canadian Medical Association Journal*, 172(12), 1579-1583.
- Pinto, Patrícia Feiten. (2015) A Construção da Identidade do Adolescente e a sua Relação com as Mídias Sociais. **Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade**, n. 12.
- Ruutu, T. M; Pelkonen, M. Holi, M.; Karlsson, L.; Kiviruusu, O. B; Heilä, H.; Tuisku, V. M.; Tuulio-Henriksson, A. L.; Marttunen, M. (2006) Psychometric Properties of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) in Adolescents. *Journal of Nervous & Mental Disease*, - Volume 194 - Issue 2 - pp 98-105.
- Schoen-Ferreira T. H.; Aznar-Farias, M.; Silvaes, E M. A. (2008) *Construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório*. *Estudos de Psicologia* 8(1), p.107-115.
- Tardelli, D. D. (2011) Identidade e Adolescência: expectativas e valores do projeto de vida. *Revista eletrônica pesquiseduca*, v. 2, n. 03, p. 59-74, 2011.
- Tardivo, L. S. P. C (2022a) The borderline personality structure in adolescents - a clinical case report. In: Nathan Albano Valente. (Org.). *Collection Of International in Health Sciences - V1*. 1ed. São José dos Pinhais (PR): Seven Publicações Ltda, v. 1, p. 860-881.
- Tardivo, L. S. P. C (2022b) O processo do Psicodiagnóstico psicanalítico - o saber e o fazer do psicólogo clínico. *Boletim. Academia Paulista de Psicologia*, v. 42. (103), p. 111-12,
- Tardivo, L. S. P. C. (2004) *O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje: reflexões psicológicas - encontros e viagens* Tese (livre docência) – São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Tardivo, L. S. P. C. (2007) *O Adolescente e Sofrimento Emocional nos Dias de Hoje*. São Paulo, Editora Psico-Pedagógica.
- Tardivo, L. S. L. P. C.; Y. Barros, M. (2012) Identity development in Brazil. In: *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence - IACAPAP 2012 20th World Congress - Brain, mind and development*, Paris. v. 60. p. S1-S330.

Tardivo, L. S. L. P. C.; Alhanat; M. Duarte, A. (2013) Estudio de la Identidad, Fuerzas y Debilidades de Adolescentes- Investigación Acción. In: XIII Congreso Latinoamericano de Ginecología Infantil y de la Adolescencia, Lima.

Tardivo, L. S. L. P. C.; Malki, Y.; Alhanat, M.; Castrequini, C.; Macedo, V. G.; Renques, R.; Bertoncini, A.C.; Tironi, C. M. (2013) Identity Diffusion in Brazilian Adolescent Victims of Violence and Offenders: Diagnostic Considerations and Bases for Intervention. In: XV International Congress of ESCAP (European Society for Child and Adolescent Psychiatry, 2013, Dublin. European Child & Adolescent Psychiatry. Heidelberg: Springer Medizin. v. 22. p. S155-S155.

Neter, J., Wasserman, W. e Kutner, M. H. (1990). Applied Linear Statistical Models. 3ª ed. Homewood, Illinois: Irwin. 1.127p.

Winer, B. J. (1971). Statistical Principles in Experimental Designs. 2ª ed. New York: McGrawHill. 907p.

ANEXOS

ANEXO 1 TERMOS DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO - PAIS OU RESPONSÁVEIS

1 – DADOS SOBRE A PESQUISA

Pesquisadora Responsável: Professora Livre Docente Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

1 - O objetivo da pesquisa é estudar aspectos e situações da vida do adolescente brasileiro, ou seja, como ele se sente, se percebe, seus gostos e aspirações.

2 - A participação do adolescente apresenta risco mínimo, pois deverá responder questionários que tratam de seu cotidiano, suas relações com família, amigos, seus gostos, e suas aspirações. Se o adolescente necessitar de orientação ou atendimento, ele será encaminhado, estando a equipe responsável por atendê-lo ou deverá encaminhar a serviço que possa fazê-lo.

3 - Os procedimentos consistem em dar respostas a afirmações de simples compreensão que tratam de situações de vida dos adolescentes.

4 - Será garantido o anonimato nessa participação (dados pessoais dos pais, dos adolescentes e da Instituição ou Escola.)

5- O adolescente será convidado a participar, podendo se recusar, sem nenhuma dificuldade ou consequência.

6- A pesquisa tem finalidades acadêmicas e científicas, e os resultados poderão embasar medidas preventivas em diferentes contextos.

7 - Todos os procedimentos éticos serão tomados pela pesquisadora responsável e equipe, como a concordância dos pais ou responsáveis nessa participação, bem como pela sua autorização.

8 - O senhor poderá conhecer todas as fases do estudo e poderá solicitar atendimento quando julgar necessário, podendo retirar seu consentimento a qualquer momento sem nenhum constrangimento. Os pais ou responsáveis também poderão retirar esse consentimento a qualquer momento, sem nenhuma consequência.

9 - O (a) senhor (a) poderá entrar em contato com as autoras, a Professora Livre Docente Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo ou a investigadora Malka David Alhanat pelo telefone 30914173 sempre que julgar necessário, ou no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP, situado na Av. Professor Mello Moraes, 1721, Bloco G, 2º andar, sala 27 – Cidade Universitária – São Paulo/SP, telefone: (011) 3091-4182, e-mail: ceph.ip@usp.br. (11) 3091- do Comitê de ética Com Seres Humanos do IP USP.

10 - Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com a pesquisadora responsável.

2 – AUTORIZAÇÃO

Após os esclarecimentos dos objetivos e dos procedimentos da presente pesquisa, tendo garantida a não identificação da criança/adolescente sob minha responsabilidade.

(nome do adolescente) manifesto meu consentimento e apoio à participação das crianças e adolescentes atendidos nesta instituição.

_____ Nome
do responsável (RG)

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Malka David Alhanat

TERMO DE ASSENTIMENTO – ADOLESCENTES

1 – DADOS SOBRE A PESQUISA

Pesquisadora Responsável: Professora Livre Docente Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

- 1 - O objetivo da pesquisa é estudar aspectos e situações da vida do adolescente brasileiro, como você, ou seja, como ele se sente, se percebe, seus gostos e aspirações.
- 2 – Sua participação do adolescente apresenta risco mínimo, pois você só deverá responder questionários que tratam de seu cotidiano, suas relações com família, amigos, seus gostos, e suas aspirações. Se você precisar de qualquer orientação, você pode pedir.
- 3 - Os procedimentos consistem em dar respostas a afirmações de simples compreensão que tratam de situações de vida dos adolescentes.
- 4 - Será garantido seu anonimato nessa participação (dados pessoais dos pais, dos adolescentes e da Instituição ou Escola.)
- 5- Vocês estão convidadas a participar, podendo se recusar, sem nenhuma dificuldade ou consequência 6- A pesquisa tem finalidades acadêmicas e científicas, e os resultados poderão embasar medidas preventivas em diferentes contextos
- 7 - Todos os procedimentos éticos serão tomados pela pesquisadora responsável e equipe, como a concordância dos pais ou responsáveis nessa participação, bem como pela sua autorização.
- 8 - O senhor poderá conhecer todas as fases do estudo e poderá solicitar atendimento quando julgar necessário, podendo retirar seu consentimento a qualquer momento sem nenhum constrangimento. Os pais ou responsáveis também poderão retirar esse consentimento a qualquer momento, sem nenhuma consequência.
- 9 – O (a) senhor (a) poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, a Professora Livre Docente Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo e Malka Alhanat pelo telefone 30914173 e no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP, situado na Av. Professor Mello Moraes, 1721, Bloco G, 2º andar, sala 27 – Cidade Universitária – São Paulo/SP, telefone: (011) 3091-4182, e-mail: ceph.ip@usp.br. 10 - Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com a pesquisadora responsável.

2 – AUTORIZAÇÃO

Após os esclarecimentos dos objetivos e dos procedimentos da presente pesquisa, tendo garantida a não identificação da criança/adolescente sob minha responsabilidade

(nome do adolescente), manifesto meu consentimento e apoio à participação das crianças e adolescentes atendidos nesta instituição.

Nome do responsável (RG)

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Malka Alhanat

ANEXO 2

AIDA – IDENTIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Nas páginas seguintes você encontrará frases que as pessoas poderiam utilizar para descrever suas atitudes, opiniões, interesses e outros sentimentos pessoais. Para cada frase, por favor, escolha uma das seguintes cinco respostas preenchendo o círculo correto. Por favor responda cada frase, mesmo se você não estiver completamente seguro da resposta.

Lembre-se, não há respostas certas ou erradas - apenas descreva suas opiniões e sentimentos, a maneira como você se sente ou age **normalmente** ou **em geral**, não apenas como você está se sentindo agora. Se algumas frases parecem semelhantes a você, então não é um teste, mas a oportunidade, para descrever-se com precisão.

Número:	Idade:	Data de nascimento:	Sexo: Masc.		Fem.		
Você concorda com essas frases?			Não	Não na maior parte das vezes	Mais ou menos	Sim na maior parte das vezes	Sim
1			0	1	2	3	4
2			0	1	2	3	4
3			0	1	2	3	4
4			0	1	2	3	4
5			0	1	2	3	4
6			0	1	2	3	4
7			0	1	2	3	4
8			0	1	2	3	4
9			0	1	2	3	4
10			0	1	2	3	4
11			0	1	2	3	4
12			0	1	2	3	4
13			0	1	2	3	4
14			0	1	2	3	4
15			0	1	2	3	4
16			0	1	2	3	4

17	Eu posso confiar na minha voz interior, ela costuma me levar na direção certa.	0	1	2	3	4
18	Eu não me sinto pertencendo realmente a nenhum lugar.	0	1	2	3	4
19	Com muitos de meus amigos eu sinto medo de que eles	0	1	2	3	4

	me deixariam sozinho(a) quando eu precisasse deles.					
20	Quando estou conversando com alguém, é importante eu ver que eles gostam do que estou falando.	0	1	2	3	4
21	Às vezes eu sinto que meus interesses não são realmente “meus próprios”, mas que eu peguei de outra pessoa.	0	1	2	3	4
22	Quando meus amigos discordam de minha opinião e ideias, eu me sinto arrasado.	0	1	2	3	4
23	Eu sinto que pertença à minha família.	0	1	2	3	4
24	Eu faço amizade com pessoas de quem eu não gosto porque eu não posso dizer não para elas.	0	1	2	3	4
25	Disseram-me várias vezes que é difícil saber quem eu realmente sou.	0	1	2	3	4
26	Eu consigo visualizar como meu futuro pode ser (por exemplo, construir uma família, viajar por aí, estudar, arrumar um emprego...).	0	1	2	3	4
27	Com frequência não sei o que fazer quando preciso tomar uma decisão.	0	1	2	3	4
28	Meus pais pensam que eu não sou bom(boa).	0	1	2	3	4
29	Às vezes eu tenho sentimentos fortes sem saber de onde eles vêm	0	1	2	3	4
30	Eu vejo com frequência meu próprio comportamento muito diferente daquele que meus amigos dizem.	0	1	2	3	4
31	Eu sou tão diferente em situações diferentes (com professores, com amigos, com estranhos, com a família...) que os outros mal me reconhecem.	0	1	2	3	4
32	Sinto-me vazio.	0	1	2	3	4
33	Conforme o tempo passa, vai ficando mais fácil imaginar o tipo de pessoa que vou ser daqui a alguns anos.	0	1	2	3	4
34	É duro para mim não me sentir nem superior nem inferior a outros	0	1	2	3	4
35	Eu estou confuso sobre que tipo de pessoa eu realmente sou.	0	1	2	3	4
36	Se alguém me ofendeu, eu não quero conversar com ele(ela) nunca mais.	0	1	2	3	4
37	Eu não posso compreender o que, quando e por que eu fiz coisas.	0	1	2	3	4
38	Se eu sou criticado(a) ou outros me veem falhando, sinto-me realmente sem valor e “arrasado(a)”.	0	1	2	3	4
39	Eu me sinto bem com meu corpo apesar dele estar mudando.	0	1	2	3	4
40	Eu costumo ter relacionamentos instáveis (às vezes estou junto, às vezes não).	0	1	2	3	4

41	Eu tive experiências muito boas ouvindo minha intuição.	0	1	2	3	4
42	Quando estou só me sinto desamparado(a).	0	1	2	3	4
43	Quando me olho no espelho, penso: “esse sou eu”, e me sinto bem.	0	1	2	3	4
44	Eu tenho receio de que repentinamente meus amigos não gostem mais de me mim e me excluam.	0	1	2	3	4
45	Eu sinto com frequência que poderia ser “muitas pessoas” em vez de só uma porque eu tenho tantas opiniões e humores diferentes.	0	1	2	3	4
46	Estar só é difícil para mim.	0	1	2	3	4
47	Eu tenho lados diferentes em mim que não combinam bem, como se eu quisesse ser vegetariano(a) mas não pudesse parar de comer carne					
48	Se alguém me elogia ou eu faço sucesso, eu fico “me achando”.	0	1	2	3	4
49	Muitas pessoas são “falsas” e não se comportam do jeito que elas realmente são.	0	1	2	3	4
50	Quando meu humor muda repentinamente, fico totalmente confuso(a).	0	1	2	3	4
51	Eu tenho com frequência um tipo de bloqueio quando me pergunto por que eu fiz as coisas.	0	1	2	3	4
52	Eu era com frequência enganado(a) por outros, porque eu pensava que eles seriam diferentes do que se revelaram depois.	0	1	2	3	4
53	Eu preciso de apoio para não desistir dos meus objetivos.	0	1	2	3	4
54	Minhas amizades habitualmente duram apenas alguns meses.	0	1	2	3	4
55	Não tenho nada em comum com meus colegas de classe.	0	1	2	3	4
56	Eu me sinto forte e seguro por dentro, não importa o que aconteça ao meu redor.	0	1	2	3	4
57	Outros com frequência me dizem que eu me contradigo, mas eu não acho.	0	1	2	3	4
58	Eu acredito que sou capaz de encontrar um lugar para mim no mundo.	0	1	2	3	4

© 2012 K. Goth, P. Foelsch, S. Schlüter-Müller & K. Schmeck

Por favor, verifique se responderam a todas as perguntas. Obrigado.

ANEXO 3

DSQ-40 VERSÃO EM PORTUGUÊS DO DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE

Esse questionário consiste em 40 afirmativas relacionadas à como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa, e assinale sua resposta de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5, significaria que você nem concorda nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente, e um de 9, que você concorda fortemente.

1. *Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isso, eu fico deprimido.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

2. *Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

3. *Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura ou trabalho em madeira.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

4. *Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

5. *Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente 6.

As pessoas tendem a me tratar mal.

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

7. *Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que essa pessoa seja ajudada ao invés de punida.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

8. *As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente 9.

Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem.

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

10. *Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

11. *Eu freqüentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

12. *Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente 13.

Eu sou uma pessoa muito inibida.

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

14. *Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

15. *Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

16. *Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente 17.

Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente 18.

Eu não tenho medo de nada.

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

19. *Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente 20.

Eu fico francamente agressivo quando me sinto magoado.

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

21. *Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

22. *Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

23. *Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

24. *Eu conheço alguém que é capaz de fazer qualquer coisa e é absolutamente justo e imparcial.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

25. *Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

26. *Eu freqüentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente 27.

Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

28. *Eu freqüentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito bravo.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente 29.

Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

30. *Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente 31.

Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

32. *Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

33. *Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente 34.

Freqüentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

35. *Se eu puder prever que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

36. *Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

37. *Frequentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente 38.

Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

39. *Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

40. *Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.*

Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

CORREÇÃO DO DSQ

Mecanismos de Defesas	Questões	Soma	Média
Fator Maduro			
Antecipação	30 e 35		
Humor	5 e 26		
Supressão	2 e 25		
Sublimação	3 e 38		
Racionalização	4 e 17		
Fator Neurótico			
Pseudo-altruismo	1 e 39		
Idealização	21 e 24		
Formação Reativa	7 e 28		
Anulação	32 e 40		
Fator Imaturo			
Projeção	6 e 29		
Agressão passiva	23 e 26		
<i>Acting out</i>	11 e 20		
Isolamento	34 e 37		
Desvalorização	10 e 13		
Fantasia autística	14 e 17		
Negação	8 e 18		
Deslocamento	31 e 33		
Dissociação	9 e 15		
Cisão	19 e 22		