



UC/FPCE_2016

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Estudos de Validação de uma Escala de Avaliação do
Desenvolvimento da Identidade na Adolescência**

Marisa Matos Santos (marisa.santos92@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica – Subárea
de Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas
Sob a orientação do Professor Doutor Rui Alexandre Paquete Paixão

Estudos de validação de uma escala de Avaliação do Desenvolvimento da Identidade na Adolescência

Resumo

O presente estudo visa a adaptação e validação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento da Identidade na Adolescência – ADIA (Goth *et al.*, 2012) para a população portuguesa. Trata-se de uma escala que pretende avaliar o desenvolvimento da identidade com o objetivo de diferenciar uma identidade saudável de uma crise de identidade normativa, bem como de uma difusão de identidade severa. Destina-se a sujeitos entre os 12 e os 18 anos.

A amostra recolhida é constituída por 338 sujeitos, entre os 12 e os 19 anos, que frequentam duas escolas semiprivadas do distrito de Leiria. Foram utilizados os seguintes questionários: Escala de Avaliação do Desenvolvimento da Identidade na Adolescência (ADIA), Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), Questionário dos Limites (QL-R) e o Teste de separação-indivuação na adolescência (SITA).

Os resultados evidenciam boas propriedades psicométricas na versão portuguesa da ADIA. A escala total “Difusão da identidade” apresenta um valor de $\alpha=.935$, a escala “Descontinuidade” apresenta um $\alpha=.865$ e a escala “Incoerência” um $\alpha=.900$ e as subescalas oscilam entre $\alpha=.635$ e $.797$. As correlações entre as escalas e subescalas da ADIA evidenciam uma estrutura interna válida em termos de validade de constructo com associações, maioritariamente altas e muito altas. A avaliação exploratória por Componentes Principais evidenciou a existência de 14 fatores que explicam 59.04% da variância total. Registaram-se diferenças estatisticamente significativas ($d \geq .80$) entre o grupo com indicadores clínicos e o grupo sem indicadores clínicos, evidenciando boa validade de critério. Verificaram-se, também, diferenças significativas nas pontuações da ADIA, em função do sexo dos respondentes. Por fim, com base nos resultados da Regressão Linear Múltipla, é possível inferir uma ligação entre o desenvolvimento da identidade, o processo de separação-indivuação e a formação dos limites do ego.

Contudo, alguns resultados merecem um outro aprofundamento, nomeadamente em termos de revisão da escala e da amostra, análise exploratória e validade convergente e divergente.

Palavras-chave: Adolescência, Identidade, Avaliação psicológica, Perturbações da personalidade, Separação-indivuação.

Assessment of Identity Development in Adolescence: validation studies of a scale

Abstract

This study aims to adapt and validate the scale of Assessment of Identity Development in Adolescence - AIDA (Goth *et al.*, 2012) for the Portuguese population. It is a scale that aims to measure the development of identity in order to differentiate a healthy identity from a normative identity crisis as well as from a severe identity diffusion. It is intended at people between 12 and 18 years.

The collected sample consisted in 338 subjects, between 12 and 19 years, attending two semi-private schools in the district of Leiria. The following questionnaires were used: Assessment of Identity Development in Adolescence (AIDA), Brief Symptom Inventory (BSI), Boundary Questionnaire (QL-R) and the Separation-Individuation Test of Adolescence (SITA).

The results showed good psychometric properties of the Portuguese version of AIDA. The total scale "Diffusion identity" has a value of $\alpha = .935$, the scale "Discontinuity" presents an $\alpha = .865$ and scale "Inconsistency" one $\alpha = .900$ and the subscales oscillate from $\alpha = .635$ to $.797$. The correlations between the scales and subscales of the AIDA show a valid internal structure in terms of construct validity with associations, mostly high and very high. The exploratory evaluation for Principal Components revealed the existence of 14 components that explain 59.04% of the total variance. Were verified statistically significant differences ($d \geq .80$) between the group with clinical indicators and group without clinical indicators, which means good criterion validity. There were also significant differences in the scores of AIDA, depending on the sex of the respondents. Finally, based on the results of multiple linear regression, it is possible to infer a connection between the development of identity, the process of separation-individuation and the formation of ego boundaries.

However, some results deserve another deepening, particularly in terms of review of the scale and the sample, as well as the exploratory analysis and convergent and divergent validity.

Key-Words: Adolescence, Identity, Psychology Assessment, Personality disorders, Separation-individuation.

Agradecimentos

Agradeço ao Dr. Rui Paixão pela sábia orientação, pela transmissão de conhecimentos e auxílio dados. Pelo rigor e excelência exigidos que me capacitaram para uma aprendizagem autónoma.

Aos meus pais, embora todas as palavras sejam sempre insuficientes. Obrigada por me terem educado com base nos valores do respeito, fraternidade, humildade e honestidade e me terem ajudado a tornar naquilo que hoje sou. Sem o vosso apoio, a chegada até aqui teria sido muito mais árdua. Um obrigado especial à minha mãe pelo suporte nos momentos de crise e por me (re)lembrar das coisas que são verdadeiramente importantes na vida.

Aos meus irmãos, Fábio e Dinis, por trazerem ao de cima o que de melhor há em mim, por serem um porto de abrigo. Que a nossa união e amizade perdure no tempo.

Ao Diogo, por ter possibilitado tanta coisa neste trabalho, por ter recebido tão pouco e por dar sempre tanto. Pela compreensão silenciosa. Pelo amor partilhado.

À Raquel Silva, pela amizade construída ao longo destes anos. Estou-te muito grata pela tua vontade e alegria de viver trazerem mais cor à minha vida.

Ao Ricardo Simões, pelos serões intermináveis de inserção de dados e por acreditar e me fazer acreditar nas minhas capacidades. Por todas as palavras e gestos de incentivo, força e amizade.

À Eliana Salgueiro, por ser a prova de que a amizade sobrevive, apesar da ausência. Um grande obrigado pela tua ajuda e incentivo. Pelo teu exemplo de coragem e determinação, por me mostrares que nunca é tarde para lutarmos pelos nossos sonhos.

À Jéssica, minha querida madrinha, pela ajuda na realização deste trabalho. Um grande obrigado, ainda, por teres tornado a minha passagem por Coimbra mais doce.

Aos meus colegas de tese, pelos momentos de solidariedade e partilha. Espero que o futuro vos sorria! Um obrigado especial à Marina, por toda a ajuda, paciência e partilha.

Por último, agradeço a todos aqueles que, de uma maneira ou de outra, colaboraram neste trabalho. Obrigada pela vossa paciência e contributo para este estudo.

Índice

Introdução.....	1
I. Enquadramento Conceptual	2
1. Adolescência: história e compreensão psicossocial do fenômeno	2
2. Identidade	3
2.1. Identidade integrada, crise de identidade e difusão de identidade	4
2.2. O processo de separação-individuação	5
2.3. Limites do ego	6
3. Os estados-limite ou borderline	8
4. Adaptação e validação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento da Identidade na Adolescência.....	10
II. Objetivos	13
III. Metodologia	13
1. Caracterização da amostra	13
2. Instrumentos.....	15
2.1. Questionário sociodemográfico	15
2.2. ADIA	15
2.3. BSI	16
2.4. QL-R	16
2.5. SITA	16
3. Procedimentos de Investigação	17
4. Procedimentos Estatísticos	17
IV. Apresentação dos Resultados	18
V. Discussão dos Resultados	28
Conclusão	34
Bibliografia	36
Anexos	40

Introdução

A adolescência é conceptualizada como a idade da mudança (Braconnier & Marcelli, 2005) pois, neste período, novas realidades se inserem na experiência e na consciência implicando opções que comprometem o indivíduo ao longo da sua vida (Claes, 1985). É neste contexto que a identidade surge, sendo apontada como a principal tarefa da adolescência (Ferreira, Farias, & Silveiras, 2003). Para Eriksson (1971) a identidade é um organizador essencial, pois proporciona um sentimento de continuidade e a diferenciação de si e dos outros, outorgando à pessoa um funcionamento autónomo. A sua consolidação irá permitir a «previsibilidade e continuidade no funcionamento e [...] trocas sociais eficazes» (Schmeck, Fegert, & Schluter-Muller, 2013, p.1). O próprio DSM-5 (APA, 2013/ 2014) revelou um interesse particular pelo conceito de identidade, por considerá-lo um marcador dos transtornos de personalidade.

Face à escassez de instrumentos existente no domínio da avaliação do desenvolvimento da identidade, Goth *et al.* (2012) decidiram desenvolver um novo instrumento de medida: a Escala de Avaliação do Desenvolvimento da Identidade na Adolescência (ADIA). A ADIA tem por base a conceção teórica de Kernberg (1995) acerca da identidade difusa. Para este autor, a difusão de identidade destaca-se através do sentimento subjetivo de vazio, comportamento, percepções (auto e hétero) contraditórias, simplistas e pobres que o sujeito não consegue incorporar de forma emocionalmente significativa. A difusão de identidade relaciona-se com a perturbação de personalidade borderline (Becker *et al.*, 2002; Goth *et al.*, 2012; Westen, 2011). Diversos autores (Blos, 1994; Fleming, 1997; Josselson, 1980; Mahler, 1975) têm relacionado esta temática com a questão das relações de objeto, nomeadamente com o processo de separação-individuação, pressupondo uma «sequência interdependente entre individuação/autonomia/formação da identidade» (Josselson, 1980, p.192). Outros autores referem, ainda, uma relação com a questão dos limites do ego, apontando o comprometimento das fronteiras do ego como um fator-chave para o desenvolvimento de padrões psicopatológicos (Levin, 1990).

A ADIA tem como objetivo avaliar o desenvolvimento da identidade, em adolescentes dos 12 aos 18 anos, diferenciando uma identidade saudável de uma crise de identidade normativa, bem como de uma difusão de identidade severa.

O presente trabalho propõe-se, portanto, fazer a adaptação e validação da ADIA para a população portuguesa. Encontra-se organizado em torno de uma primeira parte correspondente ao enquadramento conceptual dos constructos abordados e de uma segunda parte onde está patente o estudo empírico. Esta segunda parte engloba, pois, os objetivos do trabalho, a metodologia utilizada, a apresentação dos resultados, bem como a sua discussão, conclusão e limitações do estudo.

I. Enquadramento Conceptual

1. Adolescência: história e compreensão psicossocial do fenómeno

A palavra adolescência deriva do latim “adolescere”. No sentido estrito da palavra, adolescência significa, portanto, “crescer para”. Assim, baseando-nos apenas na etimologia do termo, o sentido do conceito remete para a noção de desenvolvimento, fase de mudança e transição. Segundo Braconnier e Marcelli (2005), a adolescência é uma passagem entre a infância e a idade adulta, embora, na realidade já não seja nenhum dos dois pois « (...) ele já não é uma criança, e ainda não é um adulto.» (Kestemberg *cit in* Braconnier & Marcelli, p.23, 2005).

Do ponto de vista histórico, o conceito de adolescência enquanto estágio de evolução humana nasceu no século XX, com Stanley Hall. Tendo como pano de fundo a expansão geográfica da América, o processo de industrialização e urbanização, o fim da Guerra Civil e os movimentos migratórios, bem como a democratização do ensino, a adolescência passa a ser considerada um estágio específico de desenvolvimento que se diferencia da infância e da idade adulta. Contudo, os estudos sociológicos encaram a adolescência como um período de inclusão na vida social adulta e como um grupo social com características socioculturais peculiares, não sendo, desta forma, um fenómeno universal. Nomeadamente, as pesquisas de Margaret Mead (1972 *cit in* Braconnier & Marcelli, 2005) contribuem para a tese de que a adolescência não é um fenómeno universal e de que é possível relacionar a natureza da adolescência e o nível de complexidade da sociedade, sendo que «quanto mais complexa é a sociedade, mais longa e conflituosa é a adolescência.» (Braconnier & Marcelli, 2005, p. 30)

O modelo cognitivo de compreensão da adolescência defende que na adolescência se registam modificações nas estruturas cognitivas tão importantes como as mudanças pubertárias. Deste modo, a inteligência é um fenómeno necessário para que o adolescente possa adotar e inteirar as alterações corporais afetivas e relacionais que atuam dentro e à volta dele (Braconnier & Marcelli, 2005). Na teoria piagetiana, a partir dos 12 anos entra-se no estágio das operações formais, onde se torna possível raciocinar através de hipóteses. Como refere Coslin (2009), o adolescente já não se restringe ao domínio do real, direto e concretamente acessível, mas considera esse real incluindo-o no mundo dos possíveis. Outros autores apontam, dentro do domínio da aquisição de competência que atrás referimos, que a adolescência é um espaço benéfico para as aprendizagens sociais e culturais visto que o sujeito se encontra, ainda, numa idade em que não tem que se conformar com papéis rigorosamente definidos. «O valor funcional da adolescência é o de permitir ao indivíduo descobrir, depois elaborar o seu próprio sistema de valores sociais (...) através da tomada de consciência de si e da afirmação da identidade.» (Wallon *cit in* Braconnier & Marcelli, 2005, p.51). Desta forma, afigura-se possível o sentimento de individualismo mas, também, de integração social por via da aprendizagem. Assim sendo, a aptidão cognitiva do adolescente mostra-se necessária para chegar a uma modulação das exigências pulsionais e para enfrentar as suas relações de reciprocidade (Coslin, 2009).

No que se refere ao modelo psicanalítico de compreensão da

adolescência, defende que a adolescência é um processo psicológico homogêneo segundo as sociedades (Braconnier & Marcelli, 2005). De um modo geral, o incremento pulsional, as mudanças no corpo e a conseqüente renúncia da onnipotência infantil, o luto pela infância e pelas imagens parentais, as reestruturações defensivas, a busca da identificação e da identidade e o narcisismo são particularidades intrínsecas à adolescência. Paralelamente às transformações físicas da puberdade, emerge um processo designado de pubertário que abrange a imposição das transformações físicas sobre as instâncias psíquicas Id, Ego e Superego e que «choca com a barreira do incesto legada pela elaboração do desenvolvimento edípiano» (Braconnier & Marcelli, 2005, p.37). As transformações físicas são acompanhadas pela ruptura das relações ligadas à infância e pelo luto face à perda desses objetos internos. Segundo Michel Claes (1985), a puberdade reativa o conflito edípiano sendo que se fortifica a questão das relações incestuosas com o progenitor do sexo oposto e, como forma de restabelecer a harmonia e o sistema de relações face às imagens parentais, o adolescente vê-se obrigado a acabar com as mesmas para se afirmar. Como forma de lidar com estes conflitos, o adolescente vai desenvolvendo defesas, sendo as mais típicas a intelectualização, a clivagem e a passagem ao ato. Existem, também, modificações do narcisismo quer em termos de quantidade quer em termos de repartição, contudo, para atingir um desenvolvimento adulto, o adolescente deve escolher novos objetos, mas deve também eleger-se a ele mesmo como objeto de interesse (Braconnier & Marcelli, 2005). Por fim, e seguindo as ideias freudianas, a busca da identidade está intrinsecamente ligada ao narcisismo e à qualidade das primeiras relações precoces: se as primeiras relações priorizaram um investimento permanente e estável, o sentimento de identidade será mais seguro e o objeto não será sentido como uma ameaça; contrariamente, se as primeiras relações não foram securizantes, «o despertar pulsional da adolescência e a sua necessidade objetal serão sentidos como um perigo para a base narcísica e identitária» (Braconnier & Marcelli, 2005, p.46). Quando a identidade narcísica está confirmada o adolescente pode investir na busca identificatória.

2. Identidade

A formação da identidade afigura-se a tarefa com mais importância na adolescência (Ferreira, Farias, & Silveiras, 2003).

Zacarés (1997) defende que é no período da adolescência que ocorrem as transformações mais significativas da identidade, embora ela se desenvolva durante toda a vida. Segundo o autor, «é a primeira etapa da vida em que estão reunidos todos os ingredientes para a construção de uma identidade pessoal.» (*cit in* Ferreira, Farias, & Silveiras, 2003, p.108).

Em Coslin (2009, p.170) a identidade é descrita como um «conjunto organizado de sentimentos, representações, experiências e projetos de futuro que se relacionam consigo mesmo; é um sentimento de unidade, de continuidade e de semelhança consigo mesmo no tempo e no espaço.»

Segundo Schmeck, Fegert e Schluter-Muller (2013, p.1), «com uma identidade estável experimentamo-nos a nós mesmos como únicos e temos a certeza dos limites entre nós e os outros.» Será, assim, possível a regulação de

uma ampla gama de experiências emocionais que potencializam o estabelecimento de uma autoestima estável e precisão na autoavaliação. «Desta forma, a identidade fornece previsibilidade e continuidade no funcionamento e permite trocas sociais eficazes.» (Schmeck et al., 2013, p.1)

Numa perspectiva desenvolvimental, seguindo Erik Erikson (1981 *cit in* Sprinthall & Collins, 2008, p.202) a formação da identidade abrange «a criação de um sentido de unicidade; a unidade da personalidade é sentida, agora, pelo indivíduo e reconhecida pelos outros, como tendo uma certa consistência ao longo do tempo – como se fosse, por assim dizer, um facto histórico irreversível». Assim, a identidade é um organizador fundamental que possibilita um sentimento de continuidade e a diferenciação de si e dos outros, concedendo à pessoa um funcionamento autónomo (Eriksson, 1971). O aspeto mais importante da teoria de Eriksson acerca da identidade resume-se à sua definição enquanto processo de desenvolvimento em curso, através de estádios psicossociais desde a infância até à velhice (Marcia, 2006). Cada um desses estágios é limitado cronologicamente, sendo constituído por aspetos somáticos, psicológicos, sociais e um contexto histórico-cultural, que originam uma crise interna de cuja resolução poderá resultar uma regressão psicossocial ou a passagem ao estágio seguinte (Veríssimo, 2002). Os estágios são apelidados por Eriksson (1980) conforme a crise que lhe corresponde: confiança vs. desconfiança (básica), autonomia vs. vergonha e dúvida, iniciativa vs. culpa, diligência vs. inferioridade, identidade vs. identidade difusa, intimidade vs. isolamento, generatividade vs. estagnação e, por fim, integridade vs. desesperança.

James Marcia (1966) desenvolveu empiricamente os estudos de Eriksson, principalmente o estágio identidade vs. difusão de identidade (Coelho, 2012). Para Marcia (2006) a identidade é o resultado de um processo exploratório, autorreflexivo e integrador em que o indivíduo tenta fazer o ajuste entre as suas capacidades e necessidades e o contexto social existente. Na formação da identidade são expostas duas dimensões: a crise (período de tomada de decisão consciente) e o compromisso (investimento pessoal expresso pelo indivíduo nas questões que mais valoriza) (Marcia, 1966). Como resultado do seu estudo Marcia (1966) propôs quatro estados de identidade: execução, moratória, construção de identidade e difusão de identidade.

Atualmente, o DSM-5 (APA, 2013/2014) apresenta um renovado interesse no conceito de identidade, vendo-a como um dos principais marcadores dos transtornos de personalidade (Feenstra, Hutsebaut, Verheul, & Limbeek, 2014).

2.1. Identidade integrada, crise de identidade e difusão da identidade

Segundo Eriksson (1956), o desenvolvimento da identidade pode ser visto como um processo contínuo, em que existem dois polos opostos: a identidade integrada e a identidade difusa.

Segundo Otto Kernberg (1989), a identidade integrada caracteriza-se pela estabilidade, integração e flexibilidade do ego, sendo que influencia também o desenvolvimento das funções do superego. Para Eriksson, segundo Westen, Betan e Defife (2011), uma identidade consolidada abrange um experimentar de

si mesmo sólido ao longo do tempo e das situações, apresentando atitudes e valores estáveis, bem como objetivos a longo prazo e estabelecimento de papéis e compromissos.

Na teoria de Eriksson (1971), o conceito de crise de identidade está associado à evolução da força básica do ego. As sucessivas crises, ocorrentes em cada estágio de desenvolvimento, são resolvidas com a acumulação de força do ego e integradas na personalidade individual de cada indivíduo. A crise mais crítica é a da consolidação da identidade vs. difusão da identidade. O sucesso da resolução dessa crise desencadeia uma identidade integrada, como descrita acima, e a sua não resolução leva ao estado de difusão de identidade que será, de seguida, abordado. De um modo geral, segundo Kernberg (1989), a crise de identidade e a identidade difusa distinguem-se, pois a primeira apresenta-se como uma característica da adolescência e a segunda relaciona-se com uma perturbação grave originária da primeira infância.

O conceito de difusão de identidade pode ser descrito através da perspectiva desenvolvimental e da perspectiva dinâmica (Akhtar, 1992 *cit in* Jorgenson, 2006). Para a primeira, a difusão de identidade está relacionada com problemas no crescimento e amadurecimento da confiança básica (Eriksson, 1968 *cit in* Jorgenson, 2006) e com uma vinculação insegura (Bowlby, 1988). Além disso, relaciona-se também com os processos de separação-individação. Para a segunda, o desenvolvimento da identidade relaciona-se com a interiorização e integração das primeiras relações de objeto e, portanto, a difusão da identidade é vista como estando ligada a uma integração insuficiente de si e dos outros (Jorgenson, 2006, p.622).

Para Kernberg (1989) a difusão de identidade destaca-se por possuir um conceito mal integrado de si e de outros significativos. Expressa-se através do sentimento subjetivo de vazio, comportamento, percepções (auto e hétero) contraditórias, simplistas e pobres que o sujeito não consegue incorporar de forma emocionalmente significativa. Assim, o sujeito apresentará um pobre controlo dos impulsos e uma fraca tolerância à ansiedade, bem como a perda da capacidade de autodefinição e convenção de valores, metas e relacionamentos e sensação de incoerência (Goth *et al.*, 2012). Kernberg afirma que os sujeitos com difusão de identidade «podem apresentar uma visão completamente caótica e contraditória de si mesmos, sem a consciência da natureza da impressão que transmitem» (Kernberg, 2004, p. 62 *cit in* Jorgenson, 2006).

A difusão da identidade está intimamente relacionada com as características típicas da perturbação borderline e, segundo Goth *et al.* (2012), é vista como uma base para um posterior desenvolvimento de perturbação da personalidade.

2.2. O processo de separação-individação

Jay Greenberg e Stephen Mitchell (2003, p.319) referem que «a experiência interior do bebé humano, embora escape para sempre à observação direta é, de acordo com o consenso geral, não organizada e caótica.» Assim, a tarefa que a teoria psicanalítica tem vindo a desenvolver é a de organizar «um mapa da passagem da criança de um estado informe para um outro dotado de forma» (Greenberg & Mitchel, 2003, p.319).

Para Margaret Mahler (1975) o princípio estruturador do desenvolvimento apoia-se na relação entre o Eu e os seus objetos: «passagem de uma matriz simbiótica mãe-criança para uma identidade individual estável num mundo de outros previsíveis e realisticamente percebidos» (Greenberg & Mitchel, 2003, p.321). Atribuiu-lhe o nome de processo de separação-indivuação, que começaria por volta dos quatro meses do bebé e se desenrolaria em quatro subfases: diferenciação e desenvolvimento da imagem corporal, exercitação, reaproximação e consolidação da individualidade e início da constância do objeto emocional (Mahler, Pine, & Bergman, 1986).

Peter Blos (1994) preconizou a existência de um segundo processo de separação-indivuação na adolescência enfatizando, tal como Mahler, a importância das relações de objeto. Para Blos (1998), devido à reedição do Complexo de Édipo, o jovem revive as suas relações precoces com os pais, ao mesmo tempo em que tem que realizar um trabalho psíquico de separação e diferenciação das imagens internalizadas dos mesmos com o intuito de poder estabelecer relações significativas com outros objetos. O resultado de tal movimento seria a aquisição de um sentimento de *self* autónomo e com limites demarcados (Fleming, 1997).

Para Josselson (1980), a indivuação é uma premissa de ligação aos processos de autonomia e formação da identidade, todos essenciais a um bom desenvolvimento do ego: «à medida que a indivuação se processa, a autonomia cresce. (...) Os aspetos do sujeito que se tornaram indivuados e autónomos devem ser incorporados na identidade. Então, há uma sequência interdependente entre indivuação/autonomia/formação da identidade» (Josselson, 1980, pp.191 - 192).

2.3. Limites do ego

Os limites existem nas categorias socialmente estabelecidas de tempo e espaço. Os limites espaciais estão presentes na ocupação de um território enquanto um lugar específico com ações específicas. Os limites temporais existem entre o presente, o passado e o futuro. Outro tipo de limites, mencionados por Perls (1948) são os limites intrapsíquicos (Owen, 1997). Muitas das contribuições no estudo desta temática provêm dos trabalhos de Freud (1969/1900) sobre os sonhos e a psicopatologia. Ele teorizou que os sonhos derivam da interação entre as várias partes da mente (consciência, pré-consciência e inconsciente). Segundo Harrison e Singer (2014), tal é similar ao conceito de limite pois ambos descrevem um movimento de informações entre diferentes aspetos da mente. De uma forma mais específica, o legado de Freud e colaboradores (1923/1976 *cit in* Harrison & Singer, 2014) aproxima-se do conceito de limite, aquando da sua tentativa de explicar a variabilidade entre os tipos de personalidade: refere o conceito de barreira protetora do organismo (“Reitzschutz”) face à estimulação indesejada, sendo que quando essa barreira é permeável ou quebrada, a mente não pode lidar com as excitações traumáticas (Freud, 1920/1944 *cit in* Harrison & Singer, 2014).

O conceito de limite foi fundado por Hartmann a partir da sua pesquisa sobre as estruturas da personalidade das pessoas que têm pesadelos frequentemente, através do Questionários dos Limites por ele desenvolvido

(Hartmann, 1984 *cit in* Schredl, Bockage, Engelhardt, & Mingeback, 2008). Na sua formulação, refere-se a dois tipos de limites: por um lado, ao grau de ligação entre os vários aspetos da mente e, por outro lado, ao grau de conectividade entre o Eu e o mundo exterior (Hartmann, 1989 *cit in* Harrison & Singer, 2014). Esses limites entre regiões ou funções não estão absolutamente separados, eles podem ser relativamente “espessos” ou sólidos, por um lado, ou relativamente “finos” ou permeáveis, por outro lado, existindo uma grande variedade de vantagens e desvantagens em cada tipo (Hartmann, 1991;1997). No geral, todo o indivíduo tem uma mistura de ambos. Hartmann (1997) preconiza que indivíduos com limites mais sólidos têm uma maior capacidade de concentração, de diferenciação entre pensamentos e sentimentos e entre realidade e fantasia. Por norma, estes indivíduos não se lembram dos seus sonhos e não têm interesse neles, sendo pouco ligados a fantasias. Têm a memória organizada, embora recordem pouco da sua infância. É notório um sentido coerente de si mesmo e do seu espaço pessoal, bem como um sólido sentimento de identidade grupal e sexual. Têm preferência por estruturas sociais hierárquicas bem demarcadas. Segundo Harrison, Hartmann e Bevis (2006, *cit in* Paixão & Duarte, 2012, p. 50) «limites diferenciados, em indivíduos saudáveis, podem estar relacionados com a força do Ego e com um claro sentido de identidade e autonomia. Nos casos menos saudáveis, pode estar associado a falta de empatia e rigidez». Relativamente às pessoas com limites mais permeáveis, pautam-se por serem bons em sinestesia, contudo, mostram dificuldades de concentração. Caracterizam-se por fundir pensamentos e sentimentos (vivenciam com intensidade o mundo da fantasia, mostrando dificuldade em diferenciá-lo da realidade). Tendem a ter um sentido de espaço pessoal menos sólido e menos mecanismos de defesa psicológicos, bem como uma identidade sexual menos firme ou mais fluída. Voltando a Harrison e colaboradores (2006, *cit in* Paixão & Duarte, 2012, pp. 50-51) «no extremo saudável do contínuo, limites mais “indiferenciados” parecem ser necessários para que exista empatia, sensibilidade interpessoal, mudança e criatividade. No entanto, limites muito “indiferenciados” parecem estar subjacentes a mecanismos de defesa primitivos, como a introjecção ou a projeção. Este tipo de limites está, também, associado a relações simbióticas e excessiva vulnerabilidade».

Para Hartmann (1984), os pesadelos são a manifestação de limites permeáveis na mente, resultantes da formação insuficiente do Reitzschutz (Freud, 1920), que protege a integridade do ego. Desta forma as funções básicas do ego encontram-se comprometidas (distinção da realidade e fantasia, memória, pensamento, etc.). Segundo Ross Levin (1990), apesar de Hartmann não ter dirigido a sua pesquisa para a temática das relações de objeto, não é difícil nela integrar o seu estudo acerca dos pesadelos. Seguindo Mahler (1986), o desenvolvimento precoce é determinado por um desenvolvimento de um estado psicológico de indiferenciação total para um sentimento emergente de autonomia, através da fase de separação-individuação. Na sua interação com o mundo, a criança vai originando representações internas de outros significativos. A consolidação dessas representações é seguida pelo desenvolvimento de limites internos protetores que auxiliam o indivíduo a diferenciar diferentes estados psíquicos (Jacobson, 1964). De acordo com a teoria das relações objetais, a

patologia ocorre como o resultado da inadequada diferenciação dos limites entre esses estados internalizados, decorrente de uma má interação mãe-bebê. Desta forma, vários autores têm apontado o comprometimento das fronteiras do ego como um factor essencial para o desenvolvimento de padrões de sintomas psicopatológicos (e.g. despersonalização, alucinações) (Levin, 1990).

Nos seus estudos com o Questionários dos Limites, Hartmann (1997) encontrou relações entre os tipos de limites e transtornos de personalidade. Apesar de considerar os limites enquanto uma dimensão da personalidade e não como indicação de doença, foram estabelecidas ligações entre os limites permeáveis e o transtorno de personalidade borderline e o distúrbio de personalidade esquizotípica, bem como entre os limites sólidos e a perturbação obsessivo-compulsiva.

3. Os estados-limite ou Borderline

Stern (1938), cunha o conceito *borderline* descrevendo indivíduos que «não se conformavam à classificação mais tradicional das estruturas, isto é, pareciam situar-se numa região fronteira entre psicose, neurose e perversão, com traços das três, mas com elementos refratários a todas as inclusões fáceis e consensuais. A esse “entre” referia-se então o conceito de “margem”, “borda”, ou “limite” constante do termo *borderline*» (Figueiredo, 2003, *cit in* Wilmersdorfer, 2014, p.15). Contudo, esta é uma temática de difícil definição e delimitação. Segundo Figueiredo (2003 *cit in* Wilmersdorfer, 2014), existem autores para quem o termo *borderline* corresponde apenas a uma síndrome (e.g. Masterson & Giovacchini, 1993), enquanto outros autores (particularmente os franceses, e.g. Green, 1988) o empregam como referência a um aspeto ou dimensão da personalidade que poderiam ser encontrados em diferentes patologias, embora sejam mais evidentes em determinados indivíduos. Kernberg (1975, *cit in* Chagnon, 2009), contudo, adota o conceito de organização-limite como forma de evidenciar o seu caráter estável e duradouro, nomeando, assim, uma estrutura particular da personalidade. Seguindo a ideia de estrutura da personalidade, Georges Painchaud e Noel Montgrain (1991, p.48) fornecem uma definição ampla do conceito: «por um lado, é perfeitamente definido e delimitado, por exemplo, pela neurose e pela psicose; por outro lado, está incluído na fronteira delimitada por ambas e participa das características das duas classes. Nem é neurose nem psicose, ao mesmo tempo que é neurose e psicose combinadas.»

O DSM-V descreve a perturbação estado-limite (*borderline*) como um «padrão invasivo de instabilidade no relacionamento interpessoal, autoimagem e afetos, e impulsividade marcada com início na idade adulta e está presente numa variedade de contextos» (APA, 2013/2014, p. 793). Tal modo de funcionamento, segundo a obra acima referida, comporta as seguintes características: esforços frenéticos para evitar o abandono, padrão de relacionamento instável e intenso, notável e persistente instabilidade da autoimagem ou sentido de si próprio, impulsividade, comportamento suicida, gestos ou ameaças ou comportamento automutilante, instabilidade afetiva devida a reatividade do humor, sentimento crónico de vazio, raiva intensa e inapropriada e ideação paranoide transitória ou sintomas dissociativos (APA, 2013/2014).

Na perspectiva de Kernberg (1989), importa fazer uma caracterização destas personalidades menos pela via da sintomatologia e mais pelos aspetos estruturais e psicodinâmicos (Rodrigues & Gonçalves, 2009). Assim, Kernberg (1989, p.15) proporciona-nos a explicação da designação dada aos indivíduos de «pacientes fronteiriços, por causa da facilidade com que se rompiam suas barreiras repressivas e das distorções na estrutura e nas funções de seus egos – manifestas em reações e *actings out* transferenciais gravemente regressivos –, eram considerados portadores de fragilidade do ego». O autor centra a sua tese em redor de três aspetos que, no seu conjunto, caracterizam a organização de personalidade borderline: a predominância de operações defensivas primárias que se concentram em torno da clivagem (diferindo, assim, da condição neurótica onde impera o recalçamento), a difusão da identidade e o exame da realidade (que diferencia a condição borderline da psicose). «Essas três características são mutuamente relacionadas e indicam um período definido de desenvolvido intrapsíquico, ou seja, a subfase de reconciliação da separação-individuação» (Kernberg, 1989, p.26; Wilmersdorfer, 2014). Remetendo para o primeiro aspeto mencionado, na organização borderline salientam-se, enquanto defesas, a clivagem, a idealização primitiva, a identificação projetiva, a negação, a onipotência, e a desvalorização que defendem o ego de conflitos, dissociando ou isolando experiências contraditórias do *self* e de pessoas importantes. Apesar da proteção que lhe conferem, levam à debilitação do funcionamento do ego, limitando a sua flexibilidade de adaptação (Kernberg, 1989). Acrescenta-se, claro está, uma patologia das relações de objeto internalizadas: as identificações são superficiais, contraditórias e clivadas, bem como as representações. O ego e o superego estão mal integrados, o que determina uma síndrome de identidade difusa. Quanto ao exame da realidade, a capacidade de analisar a realidade aponta que foram estabelecidas relações objetais internalizadas, constituindo autorrepresentações e representações objetais; ou seja, o sujeito desenvolveu-se para além da fase simbiótica, ingressando na fase da individuação-separação. Contudo, terão ficado fixados na subfase de reaproximação, o que terá implicação nas particularidades da organização estrutural final (Kernberg, 1989).

Segundo Clarkin, Lenzenweger, Yeomans, Levy e Kernberg (2007), no nível clínico, aquando da presença de difusão da identidade, destacam-se as descrições contraditórias e caóticas de si e dos outros que têm um impacto direto na experiência do indivíduo no mundo. Segundo os mesmos autores, a manifestação comportamental inclui labilidade emocional, raiva, comportamentos autodestrutivos e impulsivos, a propensão para lapsos na compreensão do comportamento dos outros bem como uma oscilação irrefletida entre diferentes estados cognitivo-afetivos (por exemplo, «a oscilação súbita do experienciar-se a si mesmo como impotente em relação a outro e comportar-se na direção desse outro de forma raivosa e agressiva.» [Clarkin *et al.*, 2007, p.478]). Como já foi referido noutra parte deste trabalho, e indo ao encontro do questionário ADIA, há uma estreita ligação entre a perturbação da identidade e o desenvolvimento da condição borderline. Vários autores que estudam a perturbação apontam nesse sentido. Por exemplo, Westen (2011) aponta a perturbação da identidade como o principal constructo na detecção de patologias graves da personalidade, principalmente o transtorno de personalidade

borderline, quer em adultos quer em adolescentes. De igual modo, Becker, Grilo, Edell e McGlashan (2002) evidenciam que a perturbação da identidade e a desregulação afetiva podem ser os sintomas com mais relevância na validação diagnóstica do transtorno de personalidade borderline.

4. Adaptação e validação da ADIA

O desenvolvimento da Escala de Avaliação do Desenvolvimento da Identidade na Adolescência iniciou-se em 2010, pelo grupo de pesquisa suíço-alemão-americano, com o intuito de superar as limitações psicométricas do IPO-CH (adaptado do Inventário para Organização da Personalidade). Os autores basearam-se em teorias psicodinâmicas, cognitivo-comportamentais e empíricas para fundamentar a sua obra. Ao longo da sua pesquisa, os investigadores foram percebendo, através da revisão da literatura, que existiam abordagens que davam demasiado relevância à vertente patológica diminuindo a vertente saudável da identidade, bem como abordagens em que era notório o inverso. Por isto, decidiram desenvolver um novo instrumento de medida baseado numa ampla descrição do termo, através de descrições teóricas de desenvolvimento da identidade saudável e perturbada das áreas da psiquiatria, psicologia e sociologia (Erikson, 1968; Fonagy *et al.*, 2002; Kernberg, 1977; Kernberg & Konigsberg, 1999; Marcia, 2006; Resch & Freyberger, 2009 *cit in* Goth *et al.*, 2012).

De acordo com as teorias acima mencionadas sobre o desenvolvimento da identidade, sobressaíram dois conceitos, completamente distintos, que serviriam enquanto referencial teórico para encontrar uma subestrutura significativa do constructo “Identidade Integrada e Difusão de Identidade”: “Continuidade” e “Coerência”.

A Continuidade patenteia a experiência vital do “Eu” e a autoidentidade emocional subjetiva como estáveis ao longo do tempo. A alta Continuidade relaciona-se com a estabilidade da identidade, objetivos, aptidões, compromissos, papéis e boa acessibilidade emocional, bem como a crença na estabilidade dos mesmos. Por outro lado, a baixa “Continuidade” (elevada descontinuidade) representa a falta de perspectiva de autorrelação, ausência de sentimentos de pertença ou filiação, bem como inexistência de comunicação a níveis emocionais de realidade e confiança na durabilidade das emoções positivas.

A Coerência representa a clareza da autodefinição como o resultado da consciência autorreflexiva e da elaboração do “Mim”, acompanhado pela consistência nas imagens de si mesmo, autonomia, força do Ego e nas representações mentais diferenciadas. A baixa “Coerência” (elevada Incoerência) está relacionada com um modo de ser contraditório ou ambivalente, sugestionável, bem como portador de um pobre acesso a cognições e motivações. Acrescem, ainda, representações mentais superficiais e difusas.

Estes dois domínios foram, posteriormente, divididos em três subdomínios, sendo que cada um representa áreas de funcionamento psicossocial diferente (autorrelacionamento, relacionamento social e capacidade/relacionamento reflexivo). Segundo Goth *et al.* (2012), desta forma seria possível aliar a “natureza híbrida” do constructo (intrapsíquica e interpessoal), com os estudos relacionados com a formação do desenvolvimento da identidade

e os conceitos de identidade relativos ao funcionamento reflexivo e às representações mentais, de acordo com Fonagy (2002). Em larga escala, é possível integrar o conceito de identidade difusa de Otto Kernberg (1985) (capacidade de investir, continuidade ao longo do tempo, representação dos outros, superficialidade, solidão, opiniões de si mesmo coerentes e autoestima) e de Westen (2011) (falta de compromisso, assimilação de papéis, sobreidentificação, ambivalência dolorosa e inconsistência) para descrever a estrutura de ordem superior (Goth *et al.*, 2012).

De um modo geral, a ADIA mede o constructo “Identidade Difusa”, através das escalas “Descontinuidade” e “Incoerência”, cada uma delas avaliada pela soma das suas três subescalas. As subescalas são compostas por facetas, contudo, não é suposto que estas sejam utilizadas de forma independente. Todas as escalas são codificadas para a patologia, sendo que pontuações altas apontam para a presença de perturbação (Goth *et al.*, 2012).

O processo de construção da escala do estudo original teve duas etapas (Goth *et al.*, 2012). Na primeira etapa, realizou-se a explicação teórica do constructo, bem como a construção dos itens iniciais (que foram alvo de um pré-teste para testar a sua compreensão e clareza para a faixa etária envolvida). Na segunda etapa, teve lugar a seleção empírica dos itens e das subescalas, tendo por base a estatística obtida e as propriedades psicométricas dos componentes da amostra principal. Inicialmente, a escala era constituída por 102 itens. Essa versão foi testada com 15 adolescentes, levando à redução da escala para 96 itens (de fora foram deixados os itens relativos ao desenvolvimento sexual). Além disso, existiam seis perguntas semiabertas sobre os passatempos, grupos de pertença e atributos do próprio e do melhor amigo. Através de um esquema fixo de codificação das respostas a estas perguntas, torna-se possível avaliar conteúdos que são difíceis de encaixar em itens clássicos (por um lado, cobrem as facetas relativas à “superficialidade vs. descrições/representações diferenciadas” e “sobreidentificação”; por outro lado, integram dois novos subconstructos: “autoestigmização” e “conformidade/cumprimento” vs. “comportamento desafiante”). A versão final da escala comporta 58 itens e as seis perguntas semiabertas acima mencionadas.

A amostra normativa do estudo original foi recolhida em duas escolas públicas, resultando num total de 305 respondentes (148 rapazes e 157 raparigas). A amostra clínica foi recolhida com pacientes internados e em regime ambulatorio de um hospital psiquiátrico universitário e numa clínica de psiquiatria adolescente, resultando num total de 52 respondentes (17 rapazes e 35 raparigas).

A validade de constructo foi executada com recurso ao índice de correlação de Pearson entre as escalas e subescalas da ADIA. A validade convergente e discriminante foi, de igual modo, obtida através do índice de correlação de Pearson, utilizando as informações da ADIA e do *Junior Temperament and Character Inventory - Revised* (JTCI 12 – 18 R). Por fim, a validade de conteúdo foi analisada, com recurso ao teste *t*, tendo por base a comparação dos resultados entre os pacientes com perturbação da personalidade os pacientes da amostra normal (Goth *et al.*, 2012).

Tabela 1. Operacionalização de conceitos na ADIA.

Identidade integrada vs. Identidade difusa		Função psicossocial
<p>Escala 1: Identidade: Continuidade vs. Descontinuidade</p> <p>Estabilidade do Ego, intuição emocional, “Eu” (Mudança enquanto permanecer o mesmo)</p>	<p>Subescala 1.1. Estabilidade nos atributos/objetivos vs. Falta de perspectivas</p> <p><u>Faceta 1:</u> capacidade para investir/ estabelecer compromissos com interesses, talentos, perspectivas e objetivos de vida (itens: 1, 5, 26, 58).</p> <p><u>Faceta 2:</u> estabilidade na linha do tempo, história autobiográfica, autoidentidade subjetiva, sentido de continuidade (itens: 8, 33).</p> <p><u>Faceta 3:</u> estabilidade nas orientações morais e regras internas (itens: 17, 27, 41).</p>	<p>Autorrelacionado Intrapessoal “Mim e eu”</p>
	<p>Subescala 1.2. Estabilidade nas relações/papéis vs. Falta de afiliação</p> <p><u>Faceta 1:</u> capacidade para investir/ estabelecer compromissos com relacionamentos duradouros (itens: 9, 40, 54).</p> <p><u>Faceta 2:</u> identificação positiva com papéis estáveis (étnicos, culturais, <i>self</i> familiar) (itens: 2, 18, 23, 28, 55).</p> <p><u>Faceta 3:</u> <i>Self</i>-corporal positivo (itens: 10, 39, 43).</p>	<p>Socialmente relacionado Interpessoal “Eu e tu”</p>
	<p>Subescala 1.3. Autorreflexão emocional positiva vs. Falta de confiança na estabilidade das emoções</p> <p><u>Faceta 1:</u> compreensão dos nossos sentimentos, boa acessibilidade emocional (itens: 3, 24, 29).</p> <p><u>Faceta 2:</u> compreensão dos sentimentos dos outros, acreditar da estabilidade emocional dos outros (itens: 11, 19, 30, 44).</p>	<p>Representações mentais Acessibilidade e complexidade sobre as suas próprias emoções/motivações e as dos outros</p>
<p>Escala 2: Identidade: Coerência vs. Incoerência</p> <p>Força do Ego, definição do “Mim” (<i>Self</i> não fragmentado com fronteiras claras)</p>	<p>Subescala 2.1. Autoimagem Consistente vs. Contradições</p> <p><u>Faceta 1:</u> ter os mesmos atributos e comportamentos com amigos ou situações diferentes, aparência consistente (itens: 12, 25, 31, 57).</p> <p><u>Faceta 2:</u> sem contradições subjetivas extremas/ diversidade de autoimagens, autoconceito coerente (itens: 4, 15, 45, 47).</p> <p><u>Faceta 3:</u> percepção de um núcleo definido e de uma substância interior (itens: 13, 32, 56).</p>	<p>Autorrelacionado Intrapessoal “Mim e eu”</p>
	<p>Subescala 2.2. Autonomia/Força do Ego vs. Sobreidentificação, Sugestionabilidade</p> <p><u>Faceta 1:</u> assertividade, força do ego, não existência de sobreidentificação (itens: 14, 21, 22, 34, 42, 46).</p> <p><u>Faceta 2:</u> autoestima intrínseca independente, sem sugestionabilidade (itens: 20, 38, 48, 53).</p> <p><u>Faceta 3:</u> autorregulação autónoma (afeto) (itens: 36, 50).</p>	<p>Socialmente relacionado Interpessoal “Eu e tu”</p>
	<p>Subescala 2.3. Autorreflexão Cognitiva positiva vs. Representações superficiais e difusas</p> <p><u>Faceta 1:</u> compreensão dos motivos e comportamentos, boa acessibilidade mental (itens: 6, 37, 51).</p> <p><u>Faceta 2:</u> representações mentais diferenciadas e coerentes (itens: 7, 16, 35, 49, 52).</p>	<p>Representações mentais Acessibilidade e complexidade sobre as suas próprias emoções/motivações e as dos outros</p>

II. Objectivos

O principal objetivo deste estudo prende-se com a adaptação e validação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento da Identidade na Adolescência - ADIA (Goth *et al.*, 2012) para a população portuguesa, nomeadamente:

- avaliação da consistência interna com recurso ao Alfa de Cronbach;
- avaliação exploratória por Componentes Principais de forma a estabelecer uma comparação com a organização original da escala.
- avaliação da validade de constructo através do cruzamento entre as escalas e subescalas da ADIA (versão portuguesa);
- avaliação da validade convergente e divergente da ADIA (versão portuguesa), recorrendo à utilização do Teste de Separação-Indivuação (SITA) e do Questionário dos Limites (QL-R);
- análise das diferenças de pontuação entre o grupo sem indicadores clínicos e o grupo com indicadores clínicos, ao nível das escalas e subescalas da ADIA, com vista à obtenção da validade de critério;

Acrescentam-se, ainda, como objetivos deste estudo:

- a análise dos resultados da ADIA em função das variáveis sociodemográficas sexo e idade dos respondentes, bem como repetição de ano letivo, tipo de família e rendimento do agregado familiar.
- a verificação da predição da pontuação total da ADIA em função das pontuações do Índice Geral de Sintomas (IGS) e do Índice de Sintomas Positivos (ISP) do BSI e da pontuação total do QL-R, bem como das subescalas do SITA.

III. Metodologia

1. Amostra

A amostra total é constituída por 338 indivíduos, 212 do sexo feminino e 126 do sexo masculino. Na tabela 2 encontram-se os dados caracterizadores dos sujeitos.

Os participantes da amostra são adolescentes de duas escolas semiprivadas do distrito de Leiria. Foram seguidos os critérios de inclusão dos sujeitos designados por Goth *et al.* (2012): idade entre os 12 e os 18 anos, capacidades linguísticas e cognitivas suficientes para compreender sem dificuldade a tarefa e não ter tido um episódio psicótico recente. Existem, contudo, três sujeitos com 19 anos, mas optámos por mantê-los em estudo, por considerarmos que a sua baixa incidência não afetará significativamente os resultados.

Tabela 2. Características sociodemográficas da amostra (N=338)

	Feminino (N=212)				Masculino (N=126)			
	M	DP	Mínimo	Máximo	M	DP	Mínimo	Máximo
Idade	14.53	1.58	12	19	14.65	1.670	12	19
Escolaridade	9.07	1.45	6	12	9.07	1.398	6	12
			N	%			N	%
Repetente	Sim		42	23.2	38		30.6	

	Não	162	76.8	86	69.4
		N		%	
Zona de residência	Predominantemente urbana	75		22.5	
	Predominantemente rural	258		77.5	
Estrutura familiar	Família nuclear	257		76.7	
	Família alargada	24		7.2	
	Família reconstruída	15		4.5	
	Família monoparental	39		11.6	
Estado civil dos pais	Casados	267		79.7	
	Solteiros	21		6.3	
	Divorciados	38		11.3	
	Viúvos	9		2.7	
Rendimento familiar mensal	Até 500 euros €	31		10.5	
	Entre 500 a 1000 €	98		33.2	
	Entre 1000 a 1500 €	90		30.5	
	Entre 1500 a 2000 €	45		15.3	
	Acima de 2000 €	31		10.5	
Habilitações literárias da mãe	1º Ciclo	34		10.3	
	2º Ciclo	66		20.1	
	3º Ciclo	82		24.9	
	Ensino secundário	77		23.4	
	Ensino superior	67		20.4	
	Não se aplica	3		.9	
Situação profissional da mãe	Trabalhador no ativo	256		79.3	
	Desempregado	54		16.7	
	Reformado	3		.9	
	Doméstica	7		2.2	
	Não se aplica	3		.9	
Habilitações literárias do pai	1º Ciclo	63		19.2	
	2º Ciclo	84		25.6	
	3º Ciclo	67		20.4	
	Ensino secundário	72		22.0	
	Ensino superior	36		11.0	
	Não se aplica	6		1.8	
Situação profissional do pai	Trabalhador no ativo	294		90.7	
	Desempregado	12		3.7	
	Reformado	10		3.1	
	Não se aplica	8		2.5	

Estudos de validação de uma Escala de Avaliação do Desenvolvimento da Identidade na Adolescência

Marisa Matos Santos (e-mail : marisa.santos92@hotmail.com) 2016

2. Instrumentos

O protocolo de avaliação é composto pelos seguintes seis instrumentos, aplicados na ordem desta apresentação.

2.1. Questionário sociodemográfico

O Questionário sociodemográfico pesquisa o perfil dos sujeitos nos seguintes domínios: identificação (e.g. idade e sexo), dados de residência (zona urbana ou rural), agregado familiar (e.g. com quem o adolescente vive), rendimento do agregado familiar (apurado categorialmente – e.g. 500€ a 1000€), situação escolar (e.g. ano de escolaridade) e história de problemas psicológicos e médicos (incluindo psiquiátricos).

2.2. Escala de Avaliação do Desenvolvimento da Identidade na Adolescência – ADIA

A ADIA foi desenvolvida por Goth, Foelsch, Schlüter-Müller e Schmeck em 2012. Tem por base a conceção teórica de Kernberg (1995) sobre a identidade difusa. Segundo este autor, a difusão da identidade é a característica principal da organização de personalidade borderline, bem como a base para uma subsequente perturbação da personalidade.

Esta escala propõe-se avaliar o desenvolvimento da identidade com o objetivo de diferenciar uma identidade saudável de uma crise de identidade normativa, bem como de uma difusão de identidade severa.

De um modo geral, a ADIA mede uma dimensão total que se traduz na “Difusão de Identidade”, através de duas escalas separáveis denominadas de “Descontinuidade” e “Incoerência”. Estas últimas são avaliadas pela soma das três subescalas que as compõem e que refletem funções psicossociais diferenciadas (estabilidade nos atributos, estabilidade nas relações, autorreflexão emocional como subescalas de “Descontinuidade” e autoimagem consistente, autonomia e autorreflexão cognitiva como subescalas de “Incoerência”). Por sua vez, as subescalas são compostas por facetas. Contudo, não é suposto que sejam utilizadas de forma independente, sendo a sua presença justificada apenas de modo a facilitar a leitura dos conceitos. Todas as escalas são codificadas para a patologia, sendo que pontuações altas indiciam presença de perturbação.

A ADIA é composta por 58 questões respondidas numa escala de tipo Likert que vai de “Discordo totalmente”(0) a “Concordo totalmente” (4). Contém, ainda, dois blocos de três perguntas semiabertas acerca dos passatempos, grupo de pares e atributos típicos. Neste estudo, optámos por inverter a cotação dos itens 1, 2, 5, 17, 23, 26, 33, 39, 41, 43, 56 e 58 de forma a dar sentido ao enunciado da questão e à respetiva cotação (assim, 0 corresponde a “*Concordo totalmente*” e 4 corresponde a “*Discordo totalmente*”).

Para além do estudo original (Goth *et al.*, 2012), já foram realizados trabalhos com a ADIA no México (Kassin, Castro, Arango, & Goth, 2013), no Brasil (Tardivo *et al.*, no prelo) e em Portugal (Cordeiro, 2013). A versão do instrumento utilizada neste estudo foi por nós alterada, tendo por base o trabalho original de Cordeiro (2013).

2.3. Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Derogatis, 1982) consiste na tentativa de superar as falhas apontadas ao SCL-90-R, nomeadamente a sua extensão. Possibilita a avaliação do mal-estar sintomático num continuum que vai desde o mal-estar psicológico sem significado clínico até ao mal-estar mórbido típico das perturbações psiquiátricas. Os sintomas psicopatológicos são avaliados através de nove dimensões sintomatológicas (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo). Existem, ainda, três Índices Globais (Índice Geral de Sintomas – IGS; Índice de Sintomas Positivos - ISP e Total de Sintomas Positivos - TSP) que possibilitam «(...) avaliações sumárias de perturbação emocional.» (Canavarro, 1999, p.96) (para um melhor esclarecimento ver anexo III).

O BSI comporta 53 itens e as respostas são registadas numa escala de tipo Likert de 0 (*Nunca*) a 4 pontos (*Muitíssimas vezes*).

A versão do instrumento utilizada neste estudo é de Canavarro (1999).

2.4. Questionário dos Limites - QL-R

O Questionário dos Limites (versão reduzida) é uma adaptação de David Rawlings (2002) do *Boundary Questionnaire* de Hartmann (1991). Foi criado com o intuito de mensurar o tipo de limites, permitindo a sua classificação quantitativa como mais indiferenciado ou mais diferenciado. Não se trata de uma medida direta de psicopatologia.

O QL-R (versão portuguesa) é composto por 40 itens, respondidos numa escala de 5 pontos em que 1 corresponde a “*Discordo muito*” e 5 a “*Concordo muito*”. Os itens 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 11, 12, 14, 20, 23, 24, 25, 29, 30, 35, 36, 38, 39 e 40 são cotados de forma invertida (em que 5 corresponde a “*Discordo muito*” e 1 corresponde a “*Concordo muito*”).

Avalia seis domínios: preferência por organização e perfeccionismo, experiências pouco usuais, infantilidade, opiniões sobre pessoas e ambientes, confiança e sensibilidade (para um melhor esclarecimento ver anexo IV).

A versão portuguesa do instrumento utilizada neste trabalho foi estudada por Duarte e Paixão (2011).

2.5. Teste de separação-indivuação na adolescência – SITA

O Teste de Separação-indivuação na Adolescência (SITA) criado por Levine, Green e Millon, em 1986, tem por base a conceção de Peter Blos (1967) acerca do processo de autonomização na adolescência, de acordo com o modelo de Margaret Mahler (Faustino, 2009). Segundo o artigo original, os autores levaram em conta, além do modelo de separação-indivuação de Mahler, os trabalhos de Blos (1967), Esman (1980), Weiner (1970, 1982), Erikson (1963), entre outros.

De um modo geral, segundo Levine *et al.* (1986), o SITA é utilizado na medição do processo de separação-indivuação (Faustino, 2009).

O SITA é composto por 67 itens, sendo as respostas assinaladas numa escala Likert de 5 pontos, que varia entre o *Concordo totalmente* (1) e o *Discordo totalmente* (5). Está organizado em 7 subescalas: Ansiedade de

Separação (AS), Ansiedade de Destruição (AD), Negação da Dependência (ND), Procura de Cuidados (PC), Necessidade de Simbiose (NS), Narcisismo (N) e Individuação (IN). Estas subescalas operacionalizam os conceitos teóricos do processo de separação-individuação (para um melhor esclarecimento ver anexo V).

A versão do instrumento utilizada neste trabalho foi estudada por Geada (1992).

3. Procedimentos de Investigação

Num primeiro momento, procedeu-se à tradução dos itens da escala ADIA para a língua portuguesa, tendo como guia o estudo original. Seguidamente, foi feita a retroversão dos itens para a língua inglesa e, posteriormente, novamente para a língua portuguesa. Foram tidos em consideração os 58 itens, bem como as questões semiabertas resultantes do trabalho final de Goth *et al.* (2012).

Num segundo momento, foi realizado um pré-teste com 11 sujeitos, onde apenas foi administrada a escala ADIA, visto que todas as outras escalas em estudo já haviam sido validadas para a população portuguesa. Tendo, nesta fase, surgido algumas dúvidas na compreensão de alguns itens, esses itens foram alterados e submetidos a novo pré-teste.

Num terceiro momento, teve lugar a administração do protocolo de estudo em duas escolas do distrito de Leiria, após a autorização das direções e dos encarregados de educação. Os protocolos foram respondidos por 338 sujeitos. A recolha da amostra decorreu entre Janeiro e Maio de 2015.

Com o objetivo de estudar a validade discriminante e convergente foram utilizados o QL-R e o SITA. Foi, também, construído um questionário sociodemográfico com vista à operacionalização das variáveis em estudo.

Introduzimos o BSI para podermos ter uma medida de psicopatologia no protocolo e, desta forma, poder extrair a população com indicadores clínicos e utilizá-la em substituição de uma amostra clínica verdadeira. Canavarro (2007) defende que o Índice de Sintomas Positivos (ISP) é o que melhor discrimina entre a população geral e indivíduos perturbados emocionalmente. Por isso, utilizámos o valor de 1.7 como ponte de corte para encontrar os dois grupos. Contudo, tendo em conta a população em estudo, considerámos que uma divisão realizada apenas com base nesse valor seria ambígua, pelo que optámos por seleccionar grupos extremos com base nesse valor, nomeadamente somando ao valor de 1.7 o desvio padrão correspondente à população geral e, para o grupo sem indicadores clínicos, subtraindo o valor do desvio-padrão a 1.7. Isto é: $G_{clínico} = 1.7 + 0.385$ e $G_{geral} = 1.7 - 0.385$. Este procedimento irá permitir a comparação entre grupos que tem em vista a obtenção da validade de critério.

4. Procedimentos estatísticos

A análise estatística dos dados recolhidos foi realizada com programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 20.

No estudo original (Goth *et al.*, 2012) eliminaram-se os itens com um coeficiente item-total $<.30$ de forma a melhorar a consistência do alfa de Cronbach. Assim, procedemos à análise dos coeficientes item-total, tendo em consideração que este não deveria ser inferior a $.30$.

A consistência interna da escala foi estudada através do alfa de Cronbach. É suposto que os valores sejam superiores a .80 ao nível da escala total, .70 ao nível da escala e .60 ao nível da subescala, como apropriado para conteúdos heterogêneos (Goth *et al.*, 2012).

Posteriormente, realizou-se uma Análise por Componentes Principais (com rotação *varimax*) de forma a analisar a dimensão fenotípica da ADIA.

A validade de constructo foi obtida através do índice de correlação de *Pearson* entre as escalas e subescalas da ADIA.

As validades convergentes e discriminantes foram analisadas com a ADIA, o SITA e o QL-R, através do índice de correlação de *Pearson*. Os resultados devem situar-se entre .30 (*effect size* médio) e .50 (*effect size* elevado) para a validade de constructo poder ser interpretada (Goth *et al.*, 2012).

De forma a testar a validade de critério, foram analisadas as diferenças de pontuação entre o grupo sem indicadores clínicos e o grupo com indicadores clínicos, ao nível das escalas e subescalas da ADIA, através do teste *t* para amostras independentes. As diferenças entre as pontuações foram analisadas em termos de significância e para o *effect size d* $((M1 - M2) / ((DP1 + DP2)/2))$. Pretendem-se obter valores iguais ou superiores a .80 para evitar o excesso de interpretação e o estabelecimento artificial de diferenças de desenvolvimento.

No estudo original (Goth *et al.*, 2012), a amostra foi dividida para que fosse possível estabelecer comparações por sexo e faixa etária. No presente trabalho os sujeitos foram igualmente agrupados por idades (12 – 14; 15 – 19) e sexo e as comparações foram efetuadas através do teste *t* para amostras independentes. Com o intuito de perceber se existem diferenças entre os adolescentes que já reprovaram de ano letivo e aqueles que não reprovaram, recorreremos novamente ao teste *t* para amostras independentes.

Adicionalmente, realizámos comparações das pontuações da ADIA em função do tipo de família e do rendimento do agregado familiar do adolescente. As comparações foram efetuadas através do teste *One way* Anova.

Recorremos, ainda, à Regressão Linear Múltipla para averiguar qual das medidas deste protocolo prediz, com maior eficácia, os resultados totais na ADIA.

IV. Apresentação dos resultados

De acordo com o critério de seleção de item-total, verifica-se a existência de 7 itens que apresentam uma baixa correlação ($r < .30$): item 1 ($r = .223$), item 8 ($r = .168$), item 20 ($r = .224$), item 26 ($r = .195$), item 33 ($r = .126$), item 36 ($r = .236$), item 48 ($r = .088$). Contudo, devido à importância do conteúdo desses itens, optámos por mantê-los neste estudo.

A tabela 3 sumaria os valores da consistência interna da escala ADIA encontrados neste estudo, no estudo original, no estudo realizado no México e no trabalho português de Cordeiro (2013). A escala total “Difusão da identidade” apresenta um α de Cronbach de .94, o que corresponde a uma excelente consistência interna. As escalas “Descontinuidade” e “Incoerência” apresentam valores correspondentes a uma boa consistência interna: .87 e .90, respetivamente. Apenas a subescala “Descontinuidade nos atributos” apresenta um valor de consistência interna fraco (.64).

Tabela 3. Consistência interna da ADIA para as pontuações totais, escalas e subescalas numa amostra total de 338 sujeitos e os valores obtidos no estudo original (Goth *et al.*, 2012), no estudo realizado no México (Kassin *et al.*, 2013) e no estudo português de Cordeiro (2013).

Escala	Nº de itens	Estudo atual (2015)	Goth <i>et al.</i> , 2012	Kassin <i>et al.</i> , 2013	Cordeiro, 2013
Pontuação total ADIA:					
Difusão da identidade	58	.94	.94	.94	.903
Descontinuidade	27	.87	.86	.85	.651
1.1 Atributos	9	.64	.73	.70	.541
1.2 Relacionamentos	11	.78	.76	.74	.320
1.3 Autorreflexão emocional	7	.76	.76	.76	.752
Incoerência	31	.90	.92	.92	.899
2.1 Consistência no autoconceito	11	.80	.86	.83	.795
2.2 Autonomia	12	.77	.84	.81	.773
2.3 Autorreflexão cognitiva	8	.72	.76	.75	.704

Na tabela 4 estão disponíveis as intercorrelações das escalas e subescalas da ADIA. As escalas (Descontinuidade e Incoerência) apresentam uma associação muito alta ($r=.931$ e $r=.955$, respetivamente) com a dimensão total (Difusão da Identidade), e uma associação alta entre si ($r=.782$). As subescalas apresentam associações altas com a dimensão total, com exceção da subescala “Descontinuidade nos atributos”, que apresenta uma associação moderada. Verifica-se, ainda, uma baixa associação entre as subescalas “Descontinuidade nos atributos” e “Autonomia”.

Tabela 4. Intercorrelações entre escalas e subescalas da ADIA, através do coeficiente de correlação de Pearson (r). (N=338)

	1.	1.1	1.2	1.3	2.	2.1	2.2	2.3
Pontuação total ADIA:								
Difusão da identidade	.931**	.629**	.821**	.857**	.955**	.894**	.816**	.848**
1. Descontinuidade		.753**	.903**	.826**	.782**	.773**	.626**	.697**
1.1 Atributos			.543**	.417**	.465**	.513**	.308**	.429**
1.2 Relacionamentos				.635**	.673**	.681**	.528**	.589**
1.3 Autorreflexão emocional					.797**	.720**	.705**	.709**
2. Incoerência						.903**	.889**	.886**
2.1 Consistência no autoconceito							.656**	.741**
2.2 Autonomia								.698**
2.3 Autorreflexão cognitiva								

** $p < .01$

A Análise por Componentes Principais com rotação *varimax* foi o método escolhido pois, tal como refere Goth *et al.* (2012), tem em conta as possíveis diferenças máximas entre os conteúdos. Segundo as normas de Pestana e Gageiro (2005), os critérios de adequação desta análise foram cumpridos: o teste de esfericidade de Bartlett apresenta um nível de significância de $p < .001$, mostrando que existe correlação entre as variáveis. O coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) é de .907, evidenciando a boa adequação da análise.

Tal como pode ser observado na tabela 5, a Análise por Componentes Principais, com rotação *varimax*, aponta para a existência de 14 componentes, sendo que o primeiro explica 22.939% da variância e o último explica 1.763% (Figura 1, Anexo II). No total, a solução encontrada explica 59.04% da variância. Na tentativa de aproximar o constructo estatístico ao constructo teórico, forçámos a extração a 6 e, posteriormente a 2 componentes. Contudo, os resultados não se mostraram relevantes, pelo que optámos por manter a primeira análise, por ser a que mais se aproxima do estudo original.

Tabela 5. ADIA: Matriz de componentes extraídos a partir da análise de componentes principais com rotação *varimax* (N=338).

Itens	Fatores														h^2
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	
38	.678	.221	.069	.081	-.029	.100	.096	-.045	-.046	.225	.080	.010	.043	-.028	.605
44	.676	.179	.161	.066	.011	.149	.086	.151	-.026	-.020	-.061	.237	.134	.107	.663
11	.591	.121	.150	.086	.090	.261	.040	.245	.118	.023	.052	.292	.081	-.115	.654
39	.577	.093	.086	.300	.221	-.283	-.083	.033	.175	.001	-.060	-.150	-.004	.096	.641
13	.555	.219	.227	.322	.165	.118	.111	.157	.027	-.084	.239	-.033	.077	.112	.673
14	.545	.321	.243	-.095	.001	.229	.136	.015	.050	-.011	-.007	.134	.141	-.082	.586
19	.542	.019	.103	.177	.055	.280	-.037	.213	.056	.027	.021	.257	.273	.082	.616
32	.540	.135	.170	.359	.266	.134	.136	.189	-.013	.030	.238	-.010	.060	.239	.729
10	.532	.122	.146	.187	.150	-.090	.191	.150	.223	.128	.132	-.135	.095	.032	.555
18	.510	.064	.155	.414	.172	.201	.193	.193	.059	-.013	.105	.070	-.025	.108	.637
42	.440	.182	.014	.157	.158	.327	.201	-.092	.210	.092	.035	-.170	-.100	.225	.576
35	.416	.229	.404	.245	.265	.083	.234	.178	-.007	.059	.175	.036	.063	.140	.671
43	.387	.225	.060	.337	.359	.015	-.024	-.127	.142	.089	-.128	.041	-.099	-.161	.545
56	.386	.081	-.238	-.009	.208	-.057	.167	.082	.354	-.060	-.053	-.098	.071	.250	.502
34	.381	.173	.289	.083	-.126	-.038	.308	.016	-.015	.238	.085	.025	-.052	.072	.451
51	.177	.694	.138	.036	.041	-.048	.226	-.007	.049	.051	.009	.137	.123	.018	.628
37	.266	.645	.290	-.007	-.055	.003	.047	.077	.235	.050	.109	-.044	.094	-.071	.667
50	.116	.625	.041	.087	.002	.024	.038	.214	-.017	.068	.051	.149	-.142	.182	.544
27	.392	.489	.261	.080	.192	.046	-.083	-.027	.039	-.045	.142	.044	-.016	.024	.540
6	.095	.473	.138	.062	.100	.146	.154	-.216	.086	-.019	.422	.034	.025	-.088	.553
29	.203	.458	.178	.147	-.155	.031	.009	.100	.127	.083	.217	.235	.134	.289	.566
53	.205	.426	.101	.164	-.020	.113	.097	.119	-.051	.301	-.164	.050	.362	.187	.586
52	.184	.424	-.047	.177	.155	.243	-.012	.305	-.224	.018	.022	.317	.175	-.052	.609
47	.103	.407	.378	.327	.114	-.001	.041	-.010	-.081	-.168	-.116	-.032	.249	.049	.555
15	.224	.380	.325	.104	.067	.024	.367	.196	-.011	-.281	.192	-.078	.051	.018	.614
45	.127	.204	.625	.192	.009	.121	.047	-.027	-.071	.015	.011	-.010	.185	.105	.553
31	.135	.096	.600	.060	.143	.150	.071	-.056	.097	.182	.063	.043	.035	-.132	.510
25	.256	.025	.543	.020	-.040	.153	.019	.216	.166	-.003	.134	.113	-.172	.117	.535
30	.233	.303	.542	-.083	.046	.073	.058	.170	.035	.112	.054	.231	-.198	.060	.599
4	.103	.247	.447	.239	.123	.223	-.001	.099	-.036	.047	.305	-.101	.274	.091	.593
48	-.102	.124	.413	-.084	-.276	-.248	.182	.093	-.052	.367	-.002	-.121	.162	-.065	.564
2	.005	.026	.076	.784	.035	-.085	-.055	.112	.133	.024	-.070	.056	.025	-.048	.674
23	.147	.122	.040	.713	.230	.026	.001	.072	.122	-.047	.007	.044	-.022	-.017	.626
28	.328	.069	.033	.694	.001	.074	.052	-.012	-.023	-.050	.041	.020	-.049	.040	.612
33	.092	.056	-.077	.086	.701	-.025	-.113	-.050	-.130	-.226	-.036	-.049	.045	.012	.600
26	.008	.051	.058	.042	.694	-.041	-.014	.107	.127	.129	.055	-.068	-.133	.027	.561
58	.141	-.177	.103	.283	.522	-.051	.285	-.033	.100	-.010	-.158	.208	.071	.047	.585

5	.248	.095	.034	.066	.386	.250	-.032	-.044	.229	-.113	.101	-.219	.056	.158	.442
17	.232	-.007	.108	.242	.372	-.136	.065	.206	.347	-.092	.090	-.032	.227	-.067	.521
7	.188	-.026	.156	.065	.010	.671	.155	.125	.033	.140	.051	.049	.009	-.015	.580
9	.140	.094	.247	-.183	-.220	.611	.104	.143	.206	-.013	.017	-.047	.113	-.075	.639
16	.324	.168	.192	.090	-.004	.400	.144	.001	-.052	.118	-.026	-.262	-.237	-.287	.583
24	.109	.111	.018	.035	-.079	.183	.724	.001	-.041	.006	.006	-.038	-.011	.058	.597
21	.285	.100	.296	-.108	.115	.099	.513	.067	.243	-.009	.062	-.028	.137	.011	.564
55	.221	.137	.099	.151	.044	.025	-.090	.657	.067	.128	-.011	.082	-.117	-.147	.605
54	.021	-.005	.006	.054	.201	.355	.220	.504	.180	.299	.036	.007	-.139	.061	.618
40	.338	.174	.141	.087	-.152	.233	.156	.504	-.058	-.071	.051	-.139	.125	.009	.574
1	-.027	.090	.129	.128	-.058	.229	-.042	-.022	.730	.052	-.048	.090	-.047	-.006	.648
41	.259	.045	-.088	.181	.364	-.035	.110	.115	.582	-.053	.007	-.045	.022	-.011	.613
36	.147	.017	.158	-.058	-.074	.136	-.078	.141	-.032	.683	.050	-.022	.139	.109	.602
22	.365	.213	.031	-.079	-.067	.104	.345	.042	.087	.429	.031	.046	.095	-.047	.528
8	.070	.053	.118	-.105	-.077	-.024	.038	.049	-.084	.059	.783	.090	-.045	-.067	.681
3	.149	.319	.076	.141	.110	.145	-.041	.027	.151	-.049	.482	.124	.349	.194	.618
49	.073	.298	.036	.108	-.072	-.046	-.103	-.019	.021	.021	.103	.647	.097	.074	.570
12	.171	.178	.347	-.019	-.212	-.034	.110	.076	.004	-.278	.117	.420	.028	.041	.515
20	.191	.102	.054	-.087	-.069	-.006	.051	-.116	.006	.164	.042	.097	.701	-.030	.608
46	.170	.194	.134	-.010	.097	-.045	.113	-.143	.000	.131	-.029	.093	-.025	.720	.675
57	.093	.111	.256	.087	.105	.174	.241	-.106	.034	.234	.119	.290	-.086	.339	.585
<i>Eigenvalue</i>	13.305	3.873	2.506	1.828	1.772	1.516	1.387	1.259	1.243	1.206	1.170	1.087	1.066	1.023	
%	22.93	6.678	4.320	3.152	3.056	2.614	2.391	2.170	2.143	2.080	2.018	1.874	1.839	1.763	
Variância	9														
%	22.939	29.617	33.937	37.089	40.145	42.759	45.150	47.320	49.463	51.543	53.561	55.435	57.274	59.037	
Variância acumulada															

Com o intuito de analisar a validade convergente e discriminante, efetuamos correlações entre a ADIA e o QL-R (tabela 6) e entre a ADIA e o SITA (tabela 7). No geral os resultados apresentam associações positivas e negativas, variando entre muito baixas a moderadas.

Como é possível observar na tabela 6, grande parte das escalas da ADIA correlacionam-se de forma positiva e baixa com as diversas subescalas do QL-R. Contudo, existem correlações moderadas entre a escala total do QL-R e a escala total “Difusão da identidade” (.419), a escala “Incoerência” (.408) e a subescala “Incoerência no autoconceito”. De igual forma, a subescala “Experiências pouco usuais” associa-se moderadamente com a escala “Incoerência” (.446) e com as subescalas “Incoerência no autoconceito” (.421) e “Incoerência na autorreflexão cognitiva” (.401).

Verificamos associações próximas de zero que se observam, principalmente: na subescala “Confiança” relativamente às escalas e subescalas da ADIA, com exceção da escala “Descontinuidade” e das subescalas “Descontinuidade nos atributos” e “Descontinuidade na autorreflexão emocional”; a subescala “Opiniões sobre pessoas e ambientes” e as escalas e subescalas da ADIA, exceto a escala “Descontinuidade” e as subescalas “Descontinuidade nos atributos”, “Descontinuidade nos relacionamentos” e “Incoerência na autonomia” (tabela 6).

Tabela 6. Correlações entre a escala ADIA e o questionário QL-R, através da correlação de Pearson. (N=338)

	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	Total
Pontuação total ADIA:							
Difusão da identidade	.134*	.398**	.221**	008	-.086	.379**	.419**
Descontinuidade	.214**	.289**	.093	.125*	-.136*	.347**	.381**
Atributos	.328**	.064	-.049	.201**	-.146**	.103	.247**
Relacionamentos	.209**	.290**	.057	.154**	-.098	.347**	.387**
Autorreflexão emocional	.011	.337**	.212**	-.042	-.107*	.383**	.297**
Incoerência	.056	.446**	.302**	-.087	-.036	.367**	.408**
Consistência no autoconceito	.130*	.421**	.214**	-.058	-.032	.305**	.401**
Autonomia	-.047	.373**	.333**	-.120*	-.025	.357**	.315**
Autorreflexão cognitiva	.072	.401**	.261**	-.045	-.042	.318**	.383**

Nota: 1.1 = Preferência por organização e perfeccionismo; 1.2 = Experiências pouco usuais; 1.3 = Infantilidade; 1.4 = Opiniões sobre pessoas e ambientes; 1.5 = Confiança; 1.6 = Sensibilidade; Total QL-R..

* p < .05

** p < .01

Relativamente às correlações entre a ADIA e o SITA (Tabela 7), observam-se associações fracas e negativas entre a subescala “Ansiedade de separação” e “Incoerência na autonomia” (-.383); a subescala “Ansiedade de destruição” e a escala total “Difusão de identidade” (-.342), a escala “Incoerência” (-.327) as subescalas “Descontinuidade nos relacionamentos” (-.341) e “Incoerência no autoconceito”; a subescala “Narcisismo” e a escala “Descontinuidade” (.340) e as subescalas “Descontinuidade nos atributos” (.378) e “Descontinuidade nos relacionamentos” (.343) apresentam associações fracas mas positivas.

Registam-se, também, correlações próximas de zero: “Negação da dependência” e “Descontinuidade” (-.065), “Descontinuidade nos atributos” (.047), “Descontinuidade nos relacionamentos” (-.061) e “Incoerência no autoconceito” (-.085); em todas as associações entre “Necessidade de simbiose” e as escalas e subescalas da ADIA, exceto na “Descontinuidade nos atributos” e “Incoerência na autonomia”; “Individação” e “Descontinuidade na autorreflexão emocional” (.078), “Incoerência” (.071), “Incoerência no autoconceito” (.027), “Incoerência na autonomia” (.091) e “Incoerência na autorreflexão cognitiva” (.077).

Importa salientar que as correlações negativas poderão estar relacionadas com o facto de a cotação das escalas ser inversa (ADIA: “Discordo totalmente” (0) a “Concordo totalmente” (4); SITA: Concordo totalmente (1) e o Discordo totalmente (5)

Tabela 7. Correlações entre a escala ADIA e o teste SITA, através do coeficiente de correlação de Pearson (r) ($N=338$).

	AS	AD	ND	PC	NS	N	IN
Pontuação total ADIA:							
Difusão da identidade	-.279**	-.342**	-.106	-.008	-.019	.213**	.119*
Descontinuidade	-.186	-.318**	-.065	.111*	.079	.340**	.164**
Atributos	-.040	-.201**	.047	.213**	.208**	.378**	.101
Relacionamentos	-.123*	-.341**	-.061	.159**	.096	.343**	.210**
Autorreflexão emocional	-.297**	-.230**	-.136*	-.094	-.096	.129*	.078
Incoerência	-.326**	-.327**	-.128*	-.103*	-.097	.088	.071
Consistência no autoconceito	-.217**	-.335**	-.085	.017	-.026	.123*	.027
Autonomia	-.383**	-.263**	-.133*	-.227**	-.158**	.016	.091
Autorreflexão cognitiva	-.268**	-.271**	-.129*	-.059	-.072	.104	.077

Nota: AS = Ansiedade de Destruição; AD = Ansiedade de Destruição; ND = Negação da Dependência; PC = Procura de Cuidados; NS = Necessidade de Simbiose; N = Narcisismo; IN = Individação.

* $p < .05$

** $p < .01$

Comparámos, como apresentado na tabela 8, as médias e desvios-padrão das escalas e subescalas da ADIA, entre o grupo sem indicadores clínicos e o grupo com indicadores clínicos. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas, tendo o grupo com indicadores clínicos alcançado pontuações mais elevadas em toda a escala.

Tabela 8. Diferenças das médias (M) e desvios-padrão (DP) entre o grupo sem indicadores clínicos e o grupo com indicadores clínicos, através do teste t para amostras independentes e o *effect size d* associado ($N=145$).

	Grupo sem indicadores clínicos ($n=80$)	Grupo com indicadores clínicos ($n=65$)	p	d
	M (DP)	M (DP)		
Pontuação total ADIA:				
Difusão da identidade	81.05(24.38)	126.58(29.75)	.000	1.67
Descontinuidade	34.30(10.69)	54.72(15.69)	.000	1.52
1.1 Atributos	13.12(3.92)	17.70(5.65)	.000	0.94
1.2 Relacionamentos	9.90(4.43)	18.89(8.13)	.000	1.37
1.3 Autorreflexão emocional	11.27(4.78)	18.12(5.02)	.000	1.39
Incoerência	46.75(15.07)	71.86(16.53)	.000	1.58
2.1 Consistência no autoconceito	15.61(6.09)	25.76(7.37)	.000	1.50
2.2 Autonomia	18.70(6.25)	26.78(7.40)	.000	1.17
2.3 Autorreflexão cognitiva	12.43(4.14)	19.30 (5.04)	.000	1.48

Procedemos à comparação das médias e desvios-padrão no grupo total da amostra em função do sexo e da idade, tal como realizado no estudo original (tabela 9). Encontrámos diferenças significativas nas pontuações ao nível do sexo em todas as escalas e subescalas, à exceção da subescala “Incoerência no autoconceito”. Ao nível da idade registam-se diferenças de pontuações significativas entre os adolescentes mais novos e mais velhos na escala “Descontinuidade” e na subescala “Descontinuidade nos atributos”. Contudo, nenhum dos valores de d excede o critério de $d > 0.8$, não se verificando uma real e significativa diferença de pontuações.

Tabela 9. Diferenças das médias (M) e desvios-padrão (DP) entre o sexo feminino e masculino e entre os grupos etários (n=338), através do teste t para amostras independentes e o *effect size* d associado.

	Diferenças por sexo				Diferenças por idade			
	Feminino (n=212)	Masculino (n=126)	p	d	12 – 14 anos (n=180)	15 - 19 anos (n=158)	p	d
	M(DP)	M(DP)			M(DP)	M(DP)		
Pontuação total	102.52(30.83)	91.46(26.53)	.001	0.38	97.65(27.56)	99.25(32.13)	.116	0.05
ADIA:								
Difusão da identidade								
Descontinuidade	43.79(14.81)	37.48(11.88)	.000	0.47	40.29(12.20)	42.75(15.94)	.016	0.17
Atributos	14.83(4.95)	13.79 (4.19)	.039	0.22	13.83(4.02)	15.12(5.30)	.018	0.27
Relacionamentos	14.07(7.13)	11.07(5.60)	.000	0.46	12.13(5.82)	13.89(7.59)	.337	0.26
Autorreflexão emocional	14.88(5.32)	12.61(5.25)	.000	0.42	14.30(5.27)	13.73(5.54)	.653	0.11
Incoerência	58.73(17.74)	53.98(16.41)	.015	0.27	57.36(16.86)	56.50(18.01)	.692	0.05
Consistência no autoconceito	20.15(7.54)	18.63(6.78)	.065	0.21	19.73(7.01)	19.41(7.63)	.601	0.04
Autonomia	22.88(7.27)	21.09(6.92)	.026	0.25	22.41(7.09)	22.00(7.30)	.814	0.06
Autorreflexão cognitiva	15.69(5.00)	14.25(4.81)	.010	0.29	15.21(4.81)	15.08(5.17)	.625	0.03

Recorremos, ainda, ao teste t para averiguar se existiam diferenças nas pontuações dos adolescentes que repetiram o ano escolar e os que não repetiram (tabela 10). Verificamos que, em termos de significância, as diferenças de pontuação são significativas na escala total “Difusão da identidade” (.018), na subescala “Descontinuidade nos relacionamentos” (.016), na escala “Incoerência” (.019) e na subescala “Incoerência na autonomia” (.009). Contudo, nenhum dos valores de d excede o critério de $d > 0.8$, não se verificando uma real e significativa diferença de pontuações.

Tabela 10. Diferenças das médias (M) e desvios-padrão (DP) entre os sujeitos que já repetiram o ano e os que nunca repetiram (n=335), através do teste *t* para amostras independentes e o *effect size d* associado.

	Já repetiu de ano (n=87)	Nunca repetiu (n=248)	<i>p</i>	<i>d</i>
	M(DP)	M(DP)		
Pontuação total ADIA: Difusão da identidade	104.80(32.57)	96.08(28.34)	.018	0.14
Descontinuidade	44.12(16.72)	40.47(12.97)	.067	0.12
Atributos	14.74(5.35)	14.32(4.48)	.471	0.04
Relacionamentos	14.68(8.20)	12.35(6.08)	.016	0.15
Autorreflexão emocional	14.68(5.56)	13.80(5.31)	.186	0.08
Incoerência	60.67(17.55)	55.61(17.12)	.019	0.14
Consistência no autoconceito	20.71(7.37)	19.15(7.20)	.086	0.11
Autonomia	23.94(7.30)	21.61(7.05)	.009	0.16
Autorreflexão cognitiva	16.02(4.78)	14.83(5.03)	.057	0.12

Realizámos, de igual modo, a comparação das médias e desvios-padrão no grupo total da amostra em função do tipo de família do adolescente e do rendimento familiar do agregado familiar do adolescente (tabela 11 e 12, respetivamente).

Em relação ao rendimento familiar (tabela 11), encontrámos diferenças significativas nas pontuações ao nível da escala total “Difusão da identidade” (.024), nas escalas “Descontinuidade” (.020) e “Incoerência” (.044) e nas subescalas “Descontinuidade na autorreflexão emocional” (.012) e “Incoerência na autonomia”. Os testes *post-hoc* permitiram apurar que tanto na escala “Descontinuidade” como nas subescalas “Descontinuidade nos relacionamentos” e “Descontinuidade na autorreflexão emocional” as diferenças ocorrem entre o grupo com rendimentos “até 500€” e de “1500€ a 2000€”. Na subescala “Descontinuidade na autorreflexão emocional as diferenças são significativas, também, entre o grupo “até 500€” e de “500€ a 1000€”. Na escala “Incoerência”, nas subescalas “Incoerência na autonomia” e “Incoerência na autorreflexão cognitiva”, bem como na escala total “Difusão da identidade” as diferenças estatisticamente significativas ocorrem entre o grupo “até 500€” e de “1500€ a 2000€”.

Relativamente ao tipo de família do adolescente (tabela 12), observam-se diferenças significativas na escala total “Difusão da identidade” (.041), na escala “Descontinuidade” (.002) e nas subescalas “Descontinuidade nos atributos” (.006), “Descontinuidade nos relacionamentos” (.003) e “Descontinuidade na autorreflexão emocional” (.028). Os testes *post-hoc* permitiram observar que as diferenças registadas na escala “Descontinuidade” ocorrem entre os grupos “família nuclear” e “família reconstruída”, na subescala “Descontinuidade nos atributos” ocorrem entre “família nuclear” e “família monoparental” e, por fim, na subescala “Descontinuidade nos relacionamentos” entre os grupos “família nuclear” e “família reconstruída” e, ainda, entre “família nuclear” e “família monoparental”.

Tabela 11. Diferenças entre as médias (M) e desvios-padrão (DP) relativas ao rendimento familiar do adolescente (n=295), através do teste *One way* ANOVA.

	Até 500€ (n=31)	500€ - 1000€ (n=98)	1000€ - 1500€ (n=90)	1500€ – 2000€ (n=45)	Superior a 2000€ (n=31)	<i>p</i>
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	
Pontuação total ADIA:	113.45(32.32)	97.77(30.40)	98.27(27.49)	90.71(28.67)	98.45(27.47)	.024
Difusão da identidade						
Descontinuidade	48.38(15.70)	41.07(15.16)	41.93(13.03)	37.73(13.34)	39.25(10.56)	.020
Atributos	15.80(4.54)	14.57(5.18)	14.50(4.48)	13.93(4.77)	13.16(3.98)	.246
Relacionamentos	15.48(8.64)	12.69(7.07)	13.38(6.20)	11.11(5.81)	12.19(5.08)	.066
Autorreflexão emocional	17.09(5.33)	13.80(5.69)	14.04(4.82)	12.68(5.66)	13.90(5.34)	.012
Incoerência	65.06(18.28)	56.70(17.15)	56.34(16.51)	52.97(16.98)	59.19(18.16)	.044
Consistência no autoconceito	22.09(8.10)	19.36(7.32)	19.63(6.74)	18.26(7.61)	20.96(8.02)	.194
Autonomia	25.67(7.40)	22.08(6.71)	21.83(7.01)	20.64(7.06)	22.54(7.65)	.040
Autorreflexão cognitiva	17.29(4.85)	15.25(5.03)	14.87(5.12)	14.06(4.86)	15.67(4.68)	.079

Tabela 12. Diferenças entre as médias (M) e desvios-padrão (DP) relativas agregado familiar dos adolescentes (n=335), através do teste *One way* ANOVA.

	Família nuclear (n=257)	alargada (n=24)	reconstruída (n=15)	monoparental (n=39)	<i>p</i>
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	
Pontuação total ADIA:	95.82(28.24)	104.54(35.05)	112.40(31.03)	105.10(34.16)	.041
Difusão da identidade					
Descontinuidade	38.84(13.06)	44.04(17.47)	50.00(16.44)	46.76(15.77)	.002
Atributos	14.07(4.54)	13.79(4.70)	17.13(4.79)	16.17(5.24)	.006
Relacionamentos	12.23(6.29)	14.20(8.59)	17.00(8.01)	15.35(7.19)	.003
Autorreflexão emocional	13.54(5.14)	16.04(6.34)	15.86(5.87)	15.23(6.01)	.028
Incoerência	55.97(16.91)	60.50(18.66)	62.40(16.43)	58.33(20.13)	.332
Consistência no autoconceito	19.14(7.18)	19.79(6.92)	21.73(6.83)	21.07(8.33)	.279
Autonomia	21.89(7.04)	24.08(7.38)	24.60(7.70)	22.05(7.77)	.287
Autorreflexão cognitiva	14.93(4.86)	16.62(6.02)	16.06(4.68)	15.20(5.23)	.377

Realizaram-se análises preliminares para garantir a adequação dos dados a uma análise de Regressão Linear Múltipla. Numa primeira análise (em que incluímos como variável dependente o total da ADIA e como variáveis independentes o total do Índice Geral de Sintomas (IGS), o Total de Sintomas Positivos (TSP), o Índice de Sintomas Positivos (ISP), o total do QL-R e todas as subescalas do SITA) registaram-se problemas ao nível da colinearidade com o Índice Geral de Sintomas (IGS) e o Total de Sintomas Positivos (TSP) a apresentar valores muito elevados de Inflação da Variância (VIF). Por isso, seguindo a recomendação de Maroco (2007), procedemos à eliminação de uma das variáveis. Neste caso, optámos por eliminar a variável independente "Total

de Sintomas Positivos".

Posteriormente, não foram detetados problemas de multicolinearidade, isto é, alcançaram-se valores de Tolerância $>.10$ e Valores de Inflação da Variância (VIF) <10 indicando a ausência de problemas de estimação de β (Pestana & Gageiro, 2005). A inspeção gráfica da dispersão dos resíduos (Scatterplot e PP Plot) permitiu concluir a inexistência de problemas ao nível da normalidade da distribuição, da linearidade, homocedasticidade e independência dos resíduos. No que diz respeito à presença de outliers, não se verificaram valores de *Cook's Distance* superiores a 1 (Pallant, 2005). Desta forma, estão cumpridos os pressupostos para a realização de Regressões Lineares Múltiplas.

Através da análise da Regressão Linear Múltipla pretende-se prever a pontuação total da ADIA em função das pontuações do Índice Geral de Sintomas (IGS) e do Índice de Sintomas Positivos (ISP), da pontuação total do QL-R bem como das subescalas do SITA. Na tabela 12, é possível constatar que o modelo explica 53% da variância do total da ADIA. Constata-se, ainda, que a variável que melhor explica a pontuação total na ADIA é a pontuação no Índice Geral de Sintomas (IGS) do BSI.

Tabela 13. Pontuações totais do Índice Geral de Sintomas (IGS), do Índice de Sintomas Positivos (ISP), do total do QL-R e das subescalas do SITA enquanto predictoras da pontuação total da ADIA.

Pontuação total na ADIA	β	T	p	R^2	$adjR^2$	F	p
Pontuação no Índice Geral de Sintomas (IGS)	.566	7.526	.000				
Pontuação no Índice de Sintomas Positivos (ISP)	-.039	-.558	.557				
Pontuação total no QL-R	.141	3.370	.001				
Ansiedade de separação	-.114	-2.495	.013				
Ansiedade de destruição	-.116	-2.708	.007				
Negação da dependência	-.125	-2.990	.003	.55	.53	39.05	.000
Procura de cuidados	.022	.491	.624				
Necessidade de simbiose	.012	.246	.806				
Narcisismo	.094	1.996	.047				
Individuação	.121	2.840	.005				

V. Discussão

Neste capítulo apresentamos uma reflexão crítica dos resultados obtidos, procurando dar-lhe uma significação coerente com os conhecimentos teóricos sobre a problemática em estudo.

O desenvolvimento da identidade é de elevado interesse no contexto dos problemas mentais: nas teorias psicanalíticas e psicodinâmicas, uma identidade integrada é essencial para um desenvolvimento psicológico saudável, pois a sua desintegração prevê-se relacionada com desordens no domínio da personalidade (especialmente, o transtorno de personalidade borderline) (Kassin *et al.*, 2013).

Recentemente, o DSM-V revela interesse no conceito de identidade, encarando-o, também, como um dos principais marcadores dos transtornos de personalidade (Feenstra *et al.*, 2014). Nesta revisão, os dois principais critérios dos transtornos de personalidade são os défices no funcionamento interpessoal e do *self*. Desta forma, o funcionamento do *self* é definido pelos constructos de identidade e direção do *self* (Goth *et al.*, 2012). Assim, a emergência de instrumentos que avaliem o desenvolvimento da identidade assume, neste contexto, uma importância elevada. Tentando satisfazer esta necessidade, Goth *et al.* (2012) construíram a ADIA que pretende avaliar o desenvolvimento da identidade em adolescentes saudáveis e perturbados.

No estudo original, a escala obteve uma excelente consistência interna. No presente estudo, obtivemos, de igual modo, uma excelente consistência interna ao nível da escala total “Difusão da identidade”. Não obstante, os itens 1, 8, 20, 26, 33, 36 e 48 apresentam valores abaixo do esperado ($r < .30$) na análise das correlações item-total. Alguns destes itens foram descritos como problemáticos nos estudos de Cordeiro (2013) – itens 1, 26 e 33 - e de Kassin *et al.* (2013) – itens 8, 20 e 33 -, o que poderá apontar para problemas relacionados com uma errada adaptação dos itens face à cultura existente em cada país. De um modo geral, os valores de consistência interna da amostra portuguesa aproximam-se dos encontrados nos outros estudos, nomeadamente no original, apontando para a fiabilidade da escala.

No nosso estudo, as correlações entre as escalas e subescalas da ADIA refletem, tal como no estudo original, uma estrutura interna válida, em termos de validade de constructo (Goth *et al.*, 2012). As associações muito altas das escalas “Descontinuidade” e “Incoerência” com a dimensão total “Difusão da identidade” ($r = .931$ e $r = .955$, respetivamente) e altas entre si ($r = .782$), bem como as associações elevadas entre cinco das subescalas apontam para a adequação da existência de uma pontuação única na escala. Por outro lado, verificam-se associações mais baixas, embora moderadas, entre os constructos fenotipicamente semelhantes mas clinicamente diferenciados, a saber: “Descontinuidade nos atributos” e “Incoerência no autoconceito” ($r = .513$) e “Descontinuidade nos relacionamentos” e “Incoerência na autonomia” ($r = .528$). Relações semelhantes são encontradas no estudo original, sendo que os autores as interpretam como sinal de sucesso quanto à não sobreposição conceptual e de capacidade da escala em diferenciar as funções psicossociais: Autorrelacionado – intrapessoal “Mim e eu” e Socialmente relacionado – interpessoal “Eu e tu”. Contudo, a subescala “Descontinuidade nos atributos” salienta-se enquanto portadora das associações mais reduzidas com as restantes escalas e subescalas,

nomeadamente com a subescala “Incoerência na autonomia”, o que também se verifica no estudo de Goth *et al.* (2012) e de Cordeiro (2013). Os itens que apontamos como problemáticos neste estudo pertencem a estas subescalas (item 1, 8, 26 e 33 – subescala “Descontinuidade nos atributos”; itens 20, 36 e 48 – subescala “Incoerência na autonomia”), o que pode explicar esta baixa associação. Porém, o nosso estudo regista a associação mais elevada ($r=.308$), face aos estudos acima mencionados ($r=.26$ e $r=.092$), o que poderá significar uma melhoria importante na adaptação dos itens.

A estrutura fatorial do nosso estudo difere da encontrada nos restantes estudos. No estudo original (Goth *et al.*, 2012) foram extraídos 15 componentes que explicam 62.6% da variância, no estudo mexicano (Kassin *et al.*, 2013) a solução encontrada foi de 15 componentes que explica 62.02% da variância e, por último, no estudo português (Cordeiro, 2013) foi obtida uma solução de 15 fatores que explicam 59.87% da variância. No presente estudo, foram extraídos 14 componentes que explicam 59.04% da variância acumulada. Não foi possível comparar a estrutura fatorial obtida no estudo original, nem no estudo mexicano pois os autores não disponibilizaram esses dados. Contudo, foi possível comparar com a solução encontrada por Cordeiro (2013) e analisar a organização dos itens em escalas e subescalas, tal como foram dedutivamente organizadas pelos autores. Verificámos que a subescala “Descontinuidade nos atributos” se distribui, maioritariamente, pelos componentes 5 e 9, a subescala “Descontinuidade nos relacionamentos” pelos componentes 1, 4 e 8, a subescala “Incoerência na autorreflexão cognitiva” pelos componentes 2, 6 e 12. As restantes subescalas encontram-se disseminadas pelos diversos componentes. Comparando com o trabalho de Cordeiro (2013) é possível constatar que, apesar de a distribuição dos itens pelos componentes não ser igual, existem agrupamentos de itens que se repetem nos dois estudos. Segundo os autores, e como é dedutível nos dados obtidos, os componentes não podem ser interpretados razoavelmente em termos de subescalas independentes. Para Goth *et al.* (2012) estes dados eram esperados, dado o modo de construção da escala, apontando assim para uma representação conjunta de uma construção complexa, onde se afigura uma congruência geral (esperada ao nível do fenótipo) em que os itens refletem o desenvolvimento da identidade relacionados com a patologia, embora abordando diferentes aspetos. Para os autores, a existência de um fator comum que explica a maioria da variância aponta para a adequação do uso de uma pontuação total.

As escalas e subescalas da ADIA revelam correlações entre $-.008$ e $.446$ com as escalas do QL-R. Tendo por base os constructos de ambas as escalas, prevíamos correlações superiores a $.30$ entre: todas as escalas da ADIA com o total da escala do QL-R; “Descontinuidade nos atributos” (ADIA) e “Preferência por organização e perfeccionismo” (QL-R) e “Confiança” (QL-R); “Incoerência no autoconceito” (ADIA) e “Confiança” (QL-R); “Incoerência na autonomia” (ADIA) e “Experiências pouco usuais” (QL-R), “Infantilidade” (QL-R) e “Confiança” (QL-R); “Incoerência na autorreflexão cognitiva” (ADIA) e “Experiências pouco usuais” (QL-R), “Infantilidade” (QL-R), “Opiniões sobre pessoas e ambientes” (QL-R) e “Confiança” (QL-R); todas as escalas e subescalas da ADIA e “Sensibilidade” (QL-R). Os resultados corroboram as

previsões com exceção das correlações obtidas entre “Descontinuidade nos atributos” (ADIA) e “Confiança” (QL-R), “Sensibilidade” (QL-R) e com o total do QL-R; “Descontinuidade na autorreflexão emocional” (ADIA) e o total do QL-R”; “Incoerência no autoconceito” (ADIA) e “Confiança” (QL-R); “Incoerência na autonomia” (ADIA) e “Confiança” (QL-R); “Incoerência na autorreflexão cognitiva” (ADIA) e “Infantilidade” (QL-R), “Opiniões sobre pessoas e ambientes” (QL-R) e “Confiança” (QL-R). Por outro lado, prevíamos correlações nulas entre: “Descontinuidade nos relacionamentos” (ADIA) e “Preferência por organização e perfeccionismo” (QL-R), “Experiências pouco usuais” (QL-R) e “Infantilidade” (QL-R); “Descontinuidade na autorreflexão emocional” (ADIA) e “Preferência por organização e perfeccionismo” (QL-R) e “Experiências pouco usuais” (QL-R); “Incoerência no autoconceito” (ADIA) e “Preferência por organização e perfeccionismo” (QL-R); “Incoerência na autonomia” (ADIA) e “Preferência por organização e perfeccionismo” (QL-R). Das associações nulas esperadas apenas se verificaram: “Descontinuidade nos relacionamentos” (ADIA) e “Infantilidade” (QL-R); “Descontinuidade na autorreflexão emocional” (ADIA) e “Preferência por organização e perfeccionismo” (QL-R); “Incoerência na autonomia” (ADIA) e “Preferência por organização e perfeccionismo” (QL-R).

Relativamente às correlações da ADIA com o SITA, obtivemos valores entre -.008 e -.383. Com base nos constructos subjacentes às escalas, prevíamos correlações superiores a .30 entre todas as escalas e subescalas da ADIA e o “Narcisismo” (SITA); “Descontinuidade nos relacionamentos” (ADIA) e “Ansiedade de separação” (SITA) e “Negação da dependência” (SITA); “Incoerência no autoconceito” (ADIA) e “Ansiedade de Destruição” (SITA); “Incoerência na autonomia” (ADIA) e “Ansiedade de separação” (SITA) e “Ansiedade de destruição” (SITA); “Incoerência na autorreflexão cognitiva” (ADIA) e “Ansiedade de Destruição” (SITA). Apenas obtivemos resultados de acordo com as nossas previsões nas correlações entre “Descontinuidade” (ADIA), “Descontinuidade nos atributos” (ADIA) e “Descontinuidade nos relacionamentos” (ADIA) com “Narcisismo” (SITA); “Incoerência no autoconceito” (ADIA) e “Ansiedade de destruição” (SITA); e, “Incoerência na autonomia” (ADIA) e “Ansiedade de separação” (SITA).

Sendo a ADIA uma escala orientada para a patologia, é imperativo que consiga distinguir entre um desenvolvimento da identidade saudável e patológico. No presente estudo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo sem indicadores clínicos e o grupo com indicadores clínicos, em todas as escalas e subescalas da ADIA: o grupo com indicadores clínicos pontua, sucessivamente, mais alto. Esperávamos encontrar valores de tamanho do efeito superiores a .80, o que se verificou: os nossos valores oscilam entre 0.94 e 1.67, evidenciando boa validade de critério. Embora o grupo com indicadores clínicos deste estudo não seja constituído por sujeitos devidamente diagnosticados com transtorno de personalidade, como se verifica no estudo original, a presença destes indicadores evidencia já o bom poder discriminativo da escala. De qualquer modo, o poder discriminativo que a ADIA revela nestas pontuações é semelhança ao que acontece com populações clínicas (Goth *et al.*, 2012; Jung *et al.*, 2013; Kassin *et al.*, 2013).

Goth *et al.* (2012) afirmam que não há muitos estudos acerca das diferenças do processo de formação e do desenvolvimento da identidade entre o sexo feminino e masculino. No seu estudo, reportam diferenças estatisticamente significativas, entre o sexo feminino e masculino, em todas as escalas e subescalas, com exceção da subescala “Descontinuidade nos atributos” ($d=0.21$). No nosso estudo, obtivemos diferenças significativas em todas as escalas e subescalas, excepto na subescala “Incoerência no autoconceito” ($p=.065$; $d=0.21$). Contudo, os tamanhos de efeito obtidos neste estudo revelam-se mais baixos do que os do estudo original, especialmente na escala “Incoerência” e respetivas subescalas. Não obstante, à semelhança dos resultados do estudo original e contrariamente ao estudo mexicano (Kassin *et al.*, 2013), as raparigas pontuam mais alto em toda a escala. Posto isto, os resultados vão no sentido das afirmações de Goth *et al.*, (2012) que defende a separação entre sexos.

No que diz respeito às comparações entre os grupos etários estabelecidos, os valores por nós obtidos apenas são significativos ao nível da escala “Descontinuidade” e da subescala “Descontinuidade nos atributos”, alcançando um tamanho de efeito pequeno, segundo a convenção de Cohen. Mais uma vez, os resultados vão ao encontro do estudo original onde se preconiza a não existência de estágios de desenvolvimento típicos por idade (Goth *et al.*, 2012). Contrariamente, no estudo de Kassin *et al.* (2013) e de Cordeiro (2013) verificaram-se diferenças significativas entre os grupos etários. A diversidade destes resultados, nomeadamente nos estudos portugueses pode estar relacionada com a forma como os grupos foram criados (i.e., no estudo de Cordeiro (2013), os grupos foram formados por sexo e idade [tendo os grupos uma amplitude menor] e a análise foi feita simultaneamente).

Neste estudo, quisemos ainda descobrir se existiam diferenças nas pontuações entre os adolescentes que já reprovaram de ano letivo e aqueles que nunca reprovaram. Contactámos que apesar de existirem diferenças significativas em algumas das escalas e subescalas, em termos de tamanho de efeito essas diferenças não se verificam ser reais. Ainda assim, verifica-se que os sujeitos que já reprovaram de ano letivo pontuam sempre mais alto do que os que não repetiram, sugerindo uma relação entre difusão de identidade e insucesso escolar.

Eriksson (1956) defende que a formação da identidade do adolescente está inserida no contexto social a que o indivíduo pertence. Deste modo, pressupõe-se que existam fatores que diferenciam o desenvolvimento de cada indivíduo. Assim, procurámos saber se existem diferenças significativas tendo por base os recursos económicos e o sistema familiar dos adolescentes.

A falta de recursos económicos mostra-se aliada com a morbilidade psiquiátrica (Lemos, 2007). No estudo mexicano (Kassin *et al.*, 2013), foram feitas comparações entre os adolescentes que frequentavam uma escola privada e uma escola pública. Embora o grupo com maior poder económico tenha atingido resultados mais baixos na ADIA (portanto, no sentido da identidade integrada), os tamanhos de efeito só têm relevância para a escala “Descontinuidade”. No presente estudo encontrámos diferenças estatisticamente significativas em relação ao rendimento familiar. Mais especificamente, as diferenças são notórias entre os adolescentes inseridos num agregado familiar com recursos económicos

baixos (rendimentos mensais de até 500 euros e entre 500 e 1000 euros) e os adolescentes cujos rendimentos familiares mensais variam entre 1500 e 2000 euros: os primeiros pontuam, consecutivamente, mais alto do que os segundos. Desta forma, parece existir uma relação entre o nível socioeconómico e o desenvolvimento da identidade.

A formação da identidade é um processo dinâmico de interação do sujeito com o contexto envolvente, nomeadamente com os pais. Neste âmbito, são várias as teorias que defendem que a relação pais-filhos constitui um elemento importante no processo de formação da identidade (Beyers & Goossens, 2008). Contudo, desde a década de 60, que as tipologias de família se têm vindo a alterar cada vez mais. Os sistemas familiares contemporâneos incluem não só as famílias nucleares, bem como diversas variações (famílias reconstituídas, alargadas, monoparentais, entre outras) (INE, 2014). No presente estudo, averiguámos diferenças quanto ao sistema familiar do adolescente. Obtivemos resultados mais elevados nas famílias que não correspondem ao núcleo original, isto é, em comparação com os adolescentes que vivem com a família nuclear, os adolescentes cuja família foi alargada, reconstruída ou é monoparental pontuam mais elevado na ADIA e, portanto, no sentido da difusão de identidade. Lemos (2007) sugere que alguns aspetos da estrutura familiar (e.g. divórcio e monoparentalidade) podem ter um impacto negativo no processo desenvolvimental na adolescência. Em 1995, Imbimbo refere que os rapazes que vivem apenas com a mãe, experienciam maiores défices cognitivos e sociais do que as raparigas e que esse desenvolvimento deficitário continuado irá traduzir-se em dificuldades na formação da sua identidade. No mesmo sentido, Baer (1999, *cit in* Lemos, 2007) encontrou diferenças significativas nos níveis de conflito entre famílias monoparentais e famílias intactas, sendo que nas primeiras as relações eram sentidas como menos satisfatórias e a coesão era menor. Tal facto estava associado à ausência de uma figura/referência masculina pois, tal como Coimbra de Matos (2002) refere, uma presença menor do pai na educação das crianças tem contribuído para a diminuição dos fatores protetores de psicopatologia na infância. No seu estudo Lemos (2007) obteve resultados consistentes com os anteriores: comparando sujeitos integrados em famílias nucleares, reconstituídas, monoparentais e outras (e.g. viver com os avós) concluiu que viver no seio de uma família de origem ou reconstruída é um fator protetor quanto ao desenvolvimento de psicopatologia na adolescência.

Tendo em vista que Kernberg (1989) afirma que a difusão de identidade se destaca por possuir um conceito mal integrado de si e de outros significativos e que o processo de separação-individação é, segundo Mahler (1975), o princípio estruturador do desenvolvimento, tais resultados poderão apontar no sentido de um processo de separação-individação mal resolvido na infância que não permitiu a total internalização dos objetos enquanto totais, permanecendo as representações parciais. Segundo Campos (2010), o processo de internalização das relações conduz à formação de estruturas intrapsíquicas, representações do próprio e do objecto e permite o desenvolvimento das funções do ego. Não existindo este desenvolvimento, permanecem a ausência de afiliação ou pertença. Contudo, os sujeitos da nossa amostra não são diagnosticados clinicamente e constituem, portanto, parte da população geral. Sem diagnóstico

clínico validado, os dados poderão apontar para um estado de crise de identidade, normativo para a idade, tal como Eriksson o preconiza, no sentido da consolidação da identidade que remanesce face à situação familiar em que se insere.

Por último, foi testada a predição dos resultados da ADIA em função dos resultados do Índice Geral de Sintomas (IGS) e do Índice de Sintomas Positivos (ISP), da pontuação total do QL-R e das subescalas do SITA. O modelo revelou-se estatisticamente significativo ao explicar 53% da variância do total da ADIA. Assim, podemos inferir que indivíduos que pontuam de forma mais elevada numa destas escalas pontuarão mais elevado nas restantes. Baseando-nos nos constructos medidos pelas escalas, podemos afirmar que tais resultados vão ao encontro da abordagem teórica desenvolvida neste estudo, em que se preconiza a ligação entre o desenvolvimento da identidade, o processo de separação-individuação, a formação dos limites do ego e, por conseguinte, o desenvolvimento (ou não desenvolvimento) de um quadro psicopatológico. Para Kernberg (1989), a identidade integrada é determinada pela estabilidade, integração e flexibilidade do ego e influencia o desenvolvimento das funções do superego. Jorgenson (2006) defende que o desenvolvimento da identidade está relacionado com a interiorização e integração das primeiras relações de objeto e, portanto, a difusão da identidade é vista como estando ligada a uma integração insuficiente de si e dos outros. Kernberg (1989) diz, ainda, que a difusão de identidade é consequente a uma perturbação grave originária na primeira infância. Assim, compreende-se a ligação ao processo de separação-individuação como preconizado por Mahler (1975) e, posteriormente, por Blos (1994), mas que falha originando identificações e representações superficiais, contraditórias e clivadas (Kernberg, 1989). Possibilita-nos, também, compreender a ligação com a questão da formação dos limites do ego visto que, segundo as concepções de Harrison e colaboradores (2006, *cit in* Paixão & Duarte 2012), limites muito indiferenciados relacionam-se com a força do ego que, tal como preconiza Eriksson (1971), desencadeia o (in)sucesso das tarefas desenvolvimentais, e estão associados a mecanismos de defesa primitivos, relações simbióticas e excessiva vulnerabilidade. Levin (1990) defendeu, ainda que não era difícil interligar a temática das relações de objeto ao estudo dos pesadelos pois, na interação com o mundo a criança vai originando representações internas de outros significativos, sendo que a sua consolidação está na base do desenvolvimento dos limites internos protetores que permitem diferenciar entre estados psíquicos (Jacobson, 1964). A patologia advém da inadequada diferenciação dos limites entre esses estados internalizados, decorrente de uma má interação mãe-bebé. Assim, o comprometimento das fronteiras do ego revela-se um factor essencial para o desenvolvimento de padrões de sintomas psicopatológicos (Levin, 1990).

Verificou-se que a variável que melhor explica a pontuação total na ADIA é a pontuação no Índice Geral de Sintomas (IGS) do BSI. Isto poderá significar a capacidade discriminativa da ADIA, em detetar a vertente psicopatológica, tal como se propõe teoricamente a fazer. O BSI possibilita a avaliação do mal-estar sintomático num continuum que vai desde o mal-estar psicológico sem significado clínico até ao mal-estar mórbido típico das perturbações psiquiátricas

(Canavarro, 1999). Nomeadamente, o IGS mede a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados e é «o melhor indicador único de sintomas psicopatológicos.» (Canavarro, 2007, p.316) Ora, se a ADIA se propõe a medir o desenvolvimento da identidade no sentido da psicopatologia, fará sentido que as duas estejam fortemente associadas. Seguidamente, verificamos que as variáveis que melhor explicam os resultados totais na ADIA são a pontuação total no QL-R, seguida pela pontuação nas subescalas “Negação da dependência”, “Individuação”, “Ansiedade de Destruição” e “Ansiedade de separação” do SITA. Embora já tenhamos referido a ligação entre estes fenómenos parece interessante salientar que as pontuações nas subescalas do SITA que melhor explicam as pontuações na ADIA (com exceção da subescala “Individuação”) se propõem medir efeitos residuais derivados da fase de reaproximação do processo de separação-individuação na qual, segundo Kernberg (1989), os sujeitos de organização borderline tendem a ficar fixados. Visto que diferentes autores (Becker *et al.*, 2002; Goth *et al.*, 2012; Westen, 2011) apontam para a relação entre a perturbação da identidade e o quadro psicopatológico borderline, este parece-nos um dado relevante na nossa pesquisa.

VI. Conclusão

A presente investigação teve como objetivo principal a validação de uma escala de avaliação do desenvolvimento da identidade na adolescência aqui identificada com a sigla ADIA. No mesmo sentido, a avaliação da identidade é um fenómeno complexo que carece de investigação, mas que atualmente tem vindo a sobressair no meio psiquiátrico pelo realce que lhe é dado no DSM-V.

A ADIA integra uma pesquisa internacional sobre a prevalência e o desenvolvimento de perturbações de personalidade na adolescência. Assim, encontra-se a ser estudada no Chile, Brasil, México, Espanha, Canadá, Kosovo, Croácia, Bulgária e Sérvia. Apenas o México apresenta, até à data, dados publicados. O grande objetivo é o de poder realizar comparações interculturais quando os resultados finais de todos os estudos forem disponibilizados.

Com base nos estudos publicados (Goth *et al.*, 2012; Kassin *et al.*, 2013), a ADIA é descrita como um instrumento com validade e confiabilidade para a avaliação do desenvolvimento da identidade saudável e perturbada.

O presente trabalho desenvolveu estudos de avaliação da consistência interna, validade de constructo, avaliação exploratória por componentes principais e validade convergente e divergente. A versão portuguesa da ADIA revelou, no geral, boas propriedades psicométricas, nomeadamente em termos de consistência interna (medida pelo alfa de Cronbach), validade de constructo (avaliada por meio das correlações entre as escalas e subescalas da ADIA) e validade de critério (conseguida pela comparação, por meio do teste *t* para amostras independentes, do grupo sem indicadores clínicos e o grupo com indicadores clínicos).

Contudo, alguns resultados merecem um outro aprofundamento, nomeadamente em termos de revisão da escala e da amostra, análise exploratória e validade convergente e divergente.

A pertinência desta investigação é sustentada pela utilidade de um instrumento de avaliação específico do desenvolvimento da identidade e pelas lacunas existentes a esse nível. O facto de este instrumento se propor a medir o lado saudável e patológico da identidade possibilitará, no nosso entender, uma avaliação mais específica, que se revelará muito importante para a prática clínica.

A nossa investigação apresenta, no entanto, algumas limitações, nomeadamente:

- a validação de uma escala que se propõe medir um fenómeno em sujeitos da população geral e da população clínica requer que a escala seja aplicada às duas populações e que os resultados obtidos possam ser devidamente comparados. Assim, uma das limitações deste estudo prende-se com a inexistência de uma população clínica devidamente diagnosticada.

- apontamos, ainda, a longa extensão do protocolo enquanto uma possível limitação da escala e do estudo. Além disso, referimos também o facto de o BSI ter sido aplicado a sujeitos com 12 anos, quando a sua aplicação só é recomendada a partir dos 13, segundo Canavarro (1999), embora apenas 8.6% dos sujeitos estivessem nessas condições.

Finalmente sugerimos que em trabalhos futuros sejam focados os seguintes pontos: 1) reformulação dos itens que apresentam uma baixa correlação com a escala total; 2) confirmação da estrutura da escala com recurso à análise fatorial confirmatória; 3) inclusão de uma amostra clínica com diversos tipos de transtorno psiquiátrico (e.g. perturbação de personalidade borderline, perturbações alimentares, ansiedade, entre outras).

Bibliografia

- Associação Americana de Psiquiatria (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5^a ed.). (C. Agostinho, Trad.) Lisboa: Climepsi.
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (2002). Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults. *American Journal Psychiatry*, *159*, 2042-2047.
- Bergeret, J. & Reid, W. (1991). *Narcisismo e estados-limite*. (M. Moreira, Trad.) Lisboa: Escher.
- Beyers, W. & Goossens, L. (2008). Dynamics of perceived parenting and identity formation in late adolescence. *Journal of Adolescence*, *31*, 164-184
- Bowlby, J (1988). *A secure base*. London: Tavistock/Routledge.
- Blos, P. (1998). *Adolescência – uma interpretação psicanalítica*. (W. Dutra, Trad.) São Paulo: Martins Fontes.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. (M. Fernandes, Trad.) Lisboa: Climepsi.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. (F. Fonseca & R. Rocha, Trad.) Lisboa: Climepsi.
- Campos, R.C. (2010). Depressão, traços depressivos e representações parentais: um estudo empírico. *Avaliação Psicológica*, *9*(3), 371-382.
- Canavarro, M.C.S. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I.. In M. Simões *et al.* (Ed.). *Testes e provas psicológicas em Portugal*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais: Associação de psicólogos portugueses.
- Canavarro, M.C.S. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I. – uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões *et al.* *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto.
- Chagnon, J. Y. (2009). Os estados-limite nos trabalhos psicanalíticos franceses. *Psicologia USP*. *20*(2), 173-192.
- Claes, M. (1985). *Os problemas da adolescência*. (L. Soares de Oliveira, Trad.) Lisboa: Verbo.
- Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Yeomans, F., Levy, K. N. & Kernberg, O. F. (2007). An object relations model of borderline pathology. *Journal of personality disorders*, *21*(5), 474-499.
- Coelho, C. (2012). *Desenvolvimento da identidade em estudantes universitários. O papel dos estilos de processamento e do sentido de vida*. Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias, Lisboa, Portugal.
- Cordeiro, A. T. (2013). ADIA (Assessment of identity in adolescence – Avaliação do desenvolvimento da identidade na adolescência): adaptação e validação da escala para a população portuguesa. Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.

- Coslin, P. (2009). *Psicologia do adolescente* (2º ed.). (R. Pacheco, Trad.) Lisboa: Instituto Piaget.
- Erikson, E. (1956). The problem of the ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 56-121.
- Eriksson, E. H. (1971). *Infância e sociedade*. (G. Amado, Trad.) Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Eriksson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York: W.W. Norton & Company.
- Faustino, S. P. (2009). Contributo ao estudo do funcionamento mental na delinquência juvenil com base no processo de separação-individação. Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Portugal.
- Feenstra, D. J., Hutsebaut, J., Verheul, R. & Limbeek, J. (2014). Changes in the identity integration of adolescents in treatment for personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 28(1), 101-114.
- Ferreira, T. H., Farias, M., Silveiras, E. F. M. (2003). A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 107-115.
- Fleming, M. (1997). *Adolescência e autonomia- o desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. (2ª edição). Porto: Edições Afrontamento.
- Freud, S. (1969). *A interpretação dos sonhos*. (W. Oliveira, Trad.) Rio de Janeiro: Imago editora. (Obra original publicada em 1900).
- Geadá, M. (1992). *Vulnerabilidade psicológica ao consumo ilícito de tóxicos na adolescência*. Tese de Doutoramento em Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal.
- Goth, K., Foelsch, P., Schlüter-Müller, S. & Schmeck, K. (2012). *ADIA: A self report questionnaire for measuring identity in adolescence – Short manual*. [Manual]. Basel: Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychiatric University Clinics.
- Goth, K., Foelsch, Schlüter-Müller, S., Birkhölzer, M., Jung, E. & Schmeck, K. (2012). Assessment of identity development and identity diffusion in adolescence - Theoretical basis and psychometric properties of the self-report questionnaire ADIA. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(27), 1-14.
- Greenberg, J. R. & Mitchel, S. A. (2003). *Relações de objecto na teoria psicanalítica*. (D. Dantas, Trad.) Lisboa: Climepsi.
- Harrison, A. & Singer, J. (2014). Boundaries in the mind: historical context and current research using the boundary questionnaire. *Imagination, cognition and personality*, 33(1,2), 205-215.
- Hartmann, E. (1997). The concept of boundaries in counselling and psychotherapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 25(2), 147-162.
- Imbimbo, P. (1995). Sex differences in the identity formation of college students from divorced families. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(6), 745-761.

- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Famílias em Portugal*. Instituto Nacional de Estatística (INE) Web site, Acedido em 13 de Dezembro de 2015, em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE
- Jørgensen, R. (2006). Disturbed Sense of Identity in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 635-662.
- Josselson, R. (1980). Ego development in adolescence. In J. Adelson, (Ed.). *Handbook of adolescent psychology*. New York: John Wiley.
- Jung, E., Pick, O., Schluter-Muller, S., Schmeck, K. & Goth, K. (2013). Identity development in adolescents with mental problems. *Child and Adolescence Psychiatry and Mental Health*, 7(26), 1-2.
- Kassin, M., Castro, F., Arango, I. & Goth, K. (2013). Psychometric properties of a culture-adapted Spanish version of ADIA (Assessment of Identity Development in Adolescence) in Mexico. *Child and Adolescence Psychiatry and Mental Health*, 7(25), 1-12.
- Kernberg, O. (1989). *Mundo interior e realidade exterior*. (R. Cruz, Trad.) Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Kernberg, O. (1995). *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Lemos, I. (2007). Família, psicopatologia e resiliência na adolescência: do risco psicossocial ao percurso delinquente. Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Humanas da Universidade do Algarve, Portugal.
- Levandowski, D. C., Piccinini, C. A. & Lopes, R. C. S. (2009). O Processo de Separação-Individuação em Adolescentes do Sexo Masculino na Transição para a Paternidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 353-361.
- Levin, R. (1990). Ego boundary impairment and thought disorder in frequent nightmare sufferers. *Psychoanalytic psychology*, 7(4), 529-543.
- Levine, J.B., Green, C. J., & Millon, T. (1986). The separation-individuation test of adolescence. *Journal of personality assessment*, 50(1), 123-137.
- Mahler, M., Pine, F. & Bergman, A. (1986). *O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação*. (2ª ed.) (J. Russo, Trad.) Rio de Janeiro: Zahar
- Marcia, J. E. (2006). Ego Identity and Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 577-596.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. (3ªed.). Lisboa: Sílabo.
- Owen, I. R. (1997). Boundaries in the practice of humanistic counselling. *British Journal of Guidance & Counselling*, 25(2), 163-174.
- Paixão, R. & Duarte, A. L. (2011). Versão portuguesa do Boundary Questionnaire – Short de David Rawlings (BQ-SH). *Psicologia e Educação, Branco*(1,2), 49-64.
- Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (version 12)*. Sydney: Allen & Unwin.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (4 ed.). Lisboa: Sílabo.

- Rawlings, D. (2002). An exploratory factor analysis of Hartmann's boundary questionnaire and an empirically-derived short version. *Imagination, Cognition and Personality*, 21(2), 131-143.
- Rodrigues, V. A. & Gonçalves, L. (2009). *Patologia da personalidade – teoria, clínica e terapêutica* (3ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Schmeck, K., Fegert, J., & Schluter-Muller, S. (2013). On identity. *Child and Psychiatry Health*, 7(24), 1-2.
- Schredl, M., Bocklage, A., Engelhardt, J. & Mingeback, T. (2008). Psychological boundaries, dream recall, and nightmare frequency: a new boundary personality questionnaire (BPQ). *International journal of dream research*, 1(2), 12-19.
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A., (2008). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimental* (4ª ed.). (C.M. Vieira, Trad.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tardivo, L., Malki, Y., Alhanat, M., Goth, K., Foelsch, P., Schlüter-Müller, & Schmeck, K. ADIA (Avaliação do Desenvolvimento da Identidade em Adolescentes): Tradução, Padronização e Validação Clínica no Contexto Brasileiro. (no prelo).
- Taylor, S. & Goritsas, E. (1994). Dimensions of identity diffusion. *Journal of personality disorders*, 8(3), 229-239.
- Veríssimo, R. (2002). *Desenvolvimento psicossocial (Erik Eriksson)*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto.
- Westen, D., Betan, E. & Defife, J. (2011). Identity disturbance in adolescence: associations with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*. 23, 305-313.
- Wilmersdorfer, F. M. (2014). Os estados-limite e alguns de seus desafios clínicos. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

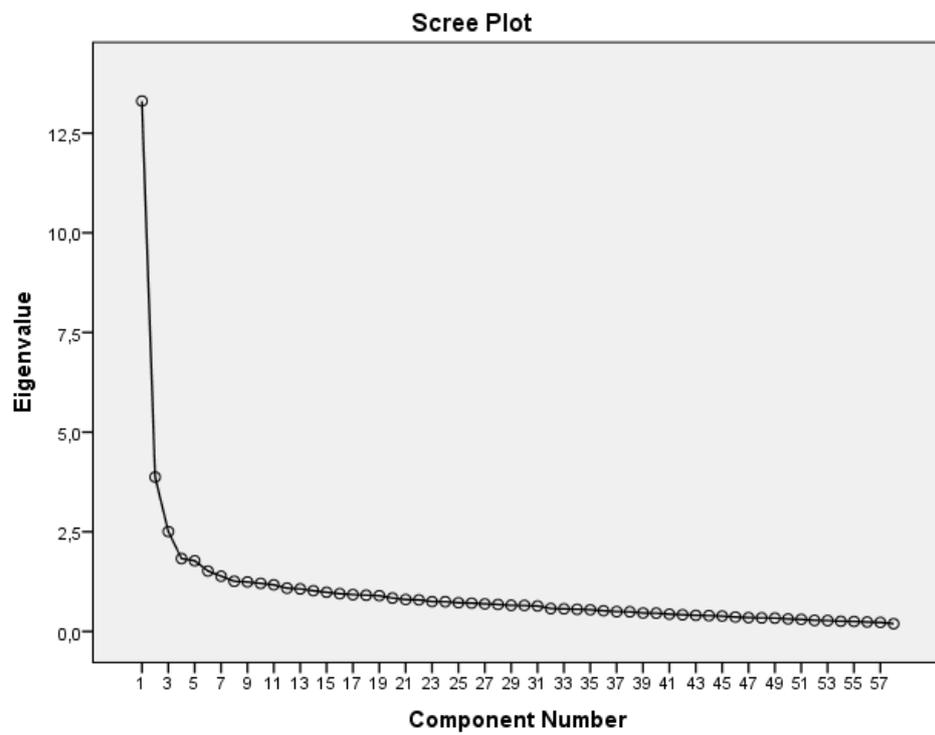
ANEXOS

Anexo I: Pontuações dos sujeitos na ADIA, no BSI, no QL-R e no SITA

	Amostra total (N=338)							
	Feminino (N=212)				Masculino (N=126)			
	M	DP	Mínimo	Máximo	M	DP	Mínimo	Máximo
Pontuação total ADIA	102.52	30.83	33.00	175.00	91.46	26.53	28.00	156.00
Psicopatologia (BSI)								
Somatização	.91	.81	.00	4.00	.66	.55	.00	2.29
Obsessões-Compulsões	1.48	.72	.00	3.50	1.24	.66	.00	3.00
Sensibilidade interpessoal	1.32	.96	.00	4.00	.96	.79	.00	3.75
Depressão	1.35	1.02	.00	4.00	.84	.75	.00	3.67
Ansiedade	1.14	.78	.00	4.00	.81	.64	.00	3.00
Hostilidade	1.26	.84	.00	4.00	1.07	.80	.00	3.80
Ansiedade Fóbica	.72	.64	.00	3.20	.44	.55	.00	2.80
Ideação Paranóide	1.46	.81	.00	4.00	1.06	.70	.00	3.20
Psicoticismo	1.12	.82	.00	3.80	.81	.70	.00	3.40
Índice Geral de Sintomas	1.20	.68	.04	3.64	.87	.54	.02	2.49
Total de Sintomas Positivos	33.60	12.48	1	53	28.05	12.34	1	53
Índice de Sintomas Positivos	1.80	.54	1.00	3.94	1.56	.46	1.00	3.86
Pontuação total QL-R	113.52	10.90	82	152	111.88	10.18	80	138
SITA								
Ansiedade de Separação	25.37	6.17	10.00	43.75	28.49	6.46	12.50	46.25
Ansiedade de Destruição	28.40	7.39	11.25	45.00	29.63	6.41	10.00	50.00
Negação da dependência	35.52	4.91	17.69	46.92	34.40	5.27	16.92	46.92
Procura de Cuidados	28.28	6.59	11.43	45.71	28.65	5.96	12.86	45.71
Necessidade de Simbiose	27.45	5.22	13.00	42.00	28.36	5.42	15.00	40.00
Narcisismo	31.93	5.85	13.00	50.00	29.87	5.62	15.00	43.00
Individuação	24.24	4.39	13.64	36.36	25.05	3.97	13.67	35.45

Nota: os pontos de corte para o BSI são: IGS = 1.02; TSP = 31.95; ISP = 1.7

Anexo II: Figura 1. Scree Plot da Análise por Componentes Principais: 14 componentes extraídos que explicam 59.04% da variância



Anexo III: Descrição das dimensões e dos índices do BSI

Somatização: retrata o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático isto é, foca queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou qualquer outro sistema com clara mediação autonómica. Dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade são igualmente componentes da somatização (itens: 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37).

Obsessões-Compulsões: inclui sintomas identificados com o síndrome clínico do mesmo nome. Abrange as cognições, impulsos e comportamentos que são experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego-distónicos e de natureza indesejada. Estão também incluídos comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral (itens: 5, 15, 26, 27, 32, 36).

Sensibilidade interpessoal: centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas. São manifestações características: a autodepreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez, durante as interações sociais (itens: 20, 21, 22, 42).

Depressão: os itens desta dimensão refletem o grande número de indicadores de depressão clínica. Estão representados os sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (itens: 9, 16, 17, 18, 35, 50).

Ansiedade: indicadores gerais tais como o nervosismo e tensão foram incluídos nesta dimensão. São igualmente contemplados sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico. Componentes cognitivas que envolvam apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade também foram considerados (itens: 1, 12, 19, 38, 45, 49).

Hostilidade: esta dimensão inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera (itens: 6, 13, 40, 41, 46).

Ansiedade Fóbica: a ansiedade fóbica é definida como a resposta de medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação específica) que sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento. Os itens desta dimensão centram-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas (itens: 8, 28, 31, 43, 47).

Ideação Paranóide: esta dimensão representa o comportamento paranoide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projetivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação. (itens: 4, 10, 24, 48, 51).

Psicoticismo: esta escala foi desenvolvida de modo a representar este constructo como uma dimensão contínua da experiência humana. Abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide, assim como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento. Fornece

um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose (itens: 3, 14, 34, 44, 53).

Índice Geral de Sintomas (IGS): este índice representa uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados.

Índice de Sintomas Positivos (ISP): oferece a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados.

Total de Sintomas Positivos (TSP): representa o número de queixas sintomáticas apresentadas.

Nota: Os itens 11, 25, 39 e 52 não pertencem a nenhuma das dimensões mas, pela sua relevância clínica, são considerados nas pontuações dos três Índices Globais.

(Canavarro, 1999; 2007)

Anexo IV: Descrição dos fatores do QL-R

1 – Preferência por organização e perfeccionismo: diz respeito à ordem e precisão em vários domínios.

2 – Experiências pouco usuais: diz respeito a experiências sensoriais ou cognitivas pouco usuais, frequentemente relacionadas com sono, sonho ou fantasia.

3 – Infantilidade: diz respeito ao lado mais infantil da personalidade.

4 – Opiniões sobre pessoas e ambientes: diz respeito à disciplina e rigidez nas relações entre pessoas.

5 – Confiança: está relacionado com a tendência para ser mais ou menos defendido ou aberto nas relações interpessoais.

6 – Sensibilidade: está relacionado com a expressão da fragilidade dos sentimentos.

(Paixão & Duarte, 2011; Rawlings, 2002)

Anexo V: Descrição das subescalas do SITA

1 - Ansiedade de Separação (AS): descreve indivíduos com grandes receios de perda de contacto emocional ou físico com outros significativos. Associa-se a sentimentos de rejeição, abandono por um outro, geralmente idealizado, bem como ansiedade ou depressão face à separação real, antecipada ou percebida. Propõe-se avaliar os efeitos residuais, na adolescência, da ansiedade de separação, vivida na fase de reaproximação da infância precoce.

2 - Ansiedade de Destruição (AD): mede o receio de ser controlado/absorvido pelo outro, e o medo da perda de autonomia e independência. Ambiciona avaliar os efeitos residuais do medo de destruição do Eu, existente na fase de reaproximação do processo de separação-individação.

3 - Negação da Dependência (ND): alude aos sujeitos que negam e/ou evitam as necessidades de dependência, como defesa face à ansiedade de separação. De forma hipotética, deteta indivíduos que usam este estilo defensivo durante a fase de separação-individação na adolescência na infância precoce e que continuam a fazê-lo na adolescência.

4 - Procura de Cuidados (PC): descreve os indivíduos com fortes necessidades de ligação às figuras parentais, que antecipam a gratificação dessas necessidades, ou que associam sentimentos positivos a essa gratificação. Corresponde aos efeitos residuais da fase simbiótica de separação-individação.

5 - Necessidade de Simbiose (NS): avalia uma fase do período de simbiose do processo de separação-individação que se relaciona com a busca de relações próximas e fusionais com o objetivo da gratificação da dependência. Tem como meta a avaliação dos efeitos residuais da fase simbiótica do processo de separação individação na adolescência.

6 - Narcisismo (N): refere-se aos sujeitos que possuem um alto grau de narcisismo, frequentemente reforçados pelo elogio e admiração de outras pessoas. Pretende avaliar os efeitos residuais da fase de treinamento da infância.

7 - Individação (IN): refere-se aos indivíduos que realizaram progressos significativos na resolução dos conflitos associados ao processo de separação-individação. Pretende avaliar os efeitos residuais das transformações da fase de consolidação da individação na infância e sua reparação na adolescência.

(Faustino, 2009; Levine *et al.*, 1986)

Anexo VI: Consentimento Informado

Autorização para participação em projeto de investigação

Ex.mº Sr. Encarregado de Educação

O meu nome é Marisa Santos e frequento atualmente o último ano do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Neste contexto, devo realizar uma Dissertação de Mestrado sobre “Estudos de validação de uma escala de Avaliação do Desenvolvimento da Identidade na Adolescência”. Este trabalho tem como objetivo principal a aferição de um novo inquérito para a população portuguesa e, para poder acontecer, necessita que um grande número de jovens adolescentes portugueses o possa preencher.

Nesse sentido, venho por este meio solicitar a vossa autorização para que o vosso educando responda aos inquéritos que possibilitarão a realização deste trabalho. Trata-se de inquéritos de autorresposta que procuram compreender a forma como os adolescentes pensam e agem no seu dia-a-dia.

Os dados recolhidos serão absolutamente confidenciais e os participantes não serão identificados em momento algum (todos os questionários serão preenchidos de forma anónima). Desta forma, os resultados da pesquisa serão utilizados somente para a obtenção dos objetivos do estudo, nomeadamente, para a análise estatística.

Obrigado pela vossa colaboração!

Atenciosamente,
Marisa Santos

Solicito a sua assinatura, caso autorize a participação do seu educando.
