

# ***Instituto Superior de Psicologia Aplicada***



## VINCULAÇÃO NO ADOLESCENTE COM PERTURBAÇÃO ESTADO-LIMITE DA PERSONALIDADE – ESTUDO EXPLORATÓRIO

**Ana dos Santos Rocio Mendes**

Nº. 12186

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Emílio Salgueiro

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

**Mestre em Psicologia Aplicada**

Especialidade em Psicologia Clínica

**2009**

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Doutor Emílio Salgueiro, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, n.º 19673/2006 publicado em *Diário da República* 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Emílio Salgueiro pela orientação, entusiasmo e incentivo que demonstrou durante a realização deste trabalho e que me levou a ultrapassar este desafio.

À Vera pela amizade, pelo apoio e por tudo o que me ensinou através da partilha, enriquecendo certamente a minha vida, agradecendo sobretudo a sua persistência e afecto, sem os quais teria sido impossível a realização deste trabalho.

À Dra. Sara Almeida pelos ensinamentos que me transmitiu ao longo destes dois anos como minha orientadora de estágio, fazendo-me progredir a nível pessoal e profissional.

Às Unidades de Pedopsiquiatria que amavelmente me abriram as portas e possibilitaram a concretização desta investigação.

Ao Gabinete de Estatística, pelo apoio na análise descritiva e inferencial dos resultados obtidos neste trabalho.

À Patrícia, à Rita e ao Zé pela amizade, compreensão e incentivo.

À minha família e amigos pelo apoio e motivação concedidos durante este processo.

Às famílias e adolescentes que aceitaram participar neste trabalho e que partilharam comigo um pouco das suas vidas, proporcionando-me aprendizagens que nunca vou esquecer. Sem eles não existiria este trabalho.

Ao António por tudo.



## RESUMO

Esta investigação tem como objectivos a descrição e caracterização do quadro nosológico de perturbação estado-limite da personalidade aplicado à adolescência; a compreensão da percepção de Vinculação nos adolescentes borderline e a distinção de possíveis manifestações clínicas e sintomáticas que a ela se associam.

A amostra deste estudo integrou quarenta adolescentes, que frequentam uma Unidade de Pedopsiquiatria, com diagnóstico realizado de perturbação estado-limite da personalidade. A amostra de prestadores de cuidados constitui-se por trinta e nove mães e doze pais, perfazendo um total de cinquenta e um participantes.

Foram utilizados, neste estudo, os seguintes instrumentos: Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder de Mary Zanarini (2003); Millon Adolescent Clinical Inventory (Tradução Experimental de Alexandra Anciães, 2004); Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência de Marina Carvalho, Isabel Soares e Américo Baptista (2006).

Conclui-se que a maioria dos jovens participantes possui percepção insegura da vinculação (55%). Destes, 36,4% denota percepção evitante da vinculação e 63,6% apresenta percepção ansiosa/ambivalente. Ao analisarmos as características da personalidade nos três grupos de vinculação, verificamos a existência de manifestações sintomáticas da externalização nos adolescentes com percepção segura da vinculação; manifestações sintomáticas da internalização e da externalização em adolescentes ansiosos/ambivalentes e uma predominância de aspectos da internalização nos sujeitos evitantes. O instrumento utilizado para a caracterização da personalidade demonstra-se eficaz, permitindo a distinção entre sintomas e manifestações clínicas da PELP e a organização de diferentes subgrupos, que apesar de apresentarem o mesmo diagnóstico, possuem características próprias que os definem.

*Palavras-chave:* personalidade, estado-limite, adolescência, vinculação.

## ABSTRACT

This research aims to describe and characterize the nosological framework of borderline personality disorder applied to adolescents, understanding the perception of attachment in these teenagers and the distinction of possible clinical and symptomatic manifestations associated with it.

The sample includes forty adolescents, attended in a Mental Health Unit for children and adolescents, within the diagnosis of borderline personality disorder already made.

The sample of caregivers is made by thirty-nine mothers and twelve fathers, forming a total of fifty-one individuals.

In this study the following instruments were used: Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder by Mary Zanarini (2003); Millon Adolescent Clinical Inventory (Experimental Translation by Alexandra Anciães, 2004), Inventory of Attachment for Children and Adolescents by Marina Carvalho, Isabel Soares and Américo Baptista (2006).

It was concluded that the majority of young participants has insecure perception of attachment (55%). From these individuals, 36.4% has an avoidant perception of attachment and 63.6% presented preoccupied perception. Analyzing the characteristics of personality in the three groups of binding, we have found the existence of symptomatic manifestations of externalizing in adolescents with secure attachment; symptomatic manifestations of both internalizing and externalizing in preoccupied adolescents and the predominance of internalizing aspects in the avoidant group. The instrument used, by this investigation, to characterize the personality, shown to be effective, allowing the distinction between symptoms and clinical manifestations of BPD and allows the organization of different subgroups with the same diagnosis but different characteristics.

*Key-words: personality, borderline, adolescence, attachment*

## ÍNDICE

	PAG.
<b>INTRODUÇÃO</b>	1
<b>INTRODUÇÃO TEÓRICA</b>	
1.A Importância da Adolescência na Construção Psíquica e Afetiva do Sujeito.....	3
1.1.A Adolescência.....	3
1.2.O Adolescente e a sua Família.....	4
1.3.O Adolescente e o Grupo de Pares.....	5
1.4.Construção de uma Identidade: Autonomia, Individuação e Vinculação.....	6
2.A Vinculação.....	8
2.1.A Teoria da Vinculação.....	8
2.2.Vinculação na Adolescência.....	11
2.3.Vinculação e Psicopatologia.....	13
3.Perturbação Estado-limite da Personalidade.....	16
3.1.Os Estados-limite: Perfil e Diagnóstico.....	16
3.2.Etiologia dos Estados-limite.....	20
3.3.Perturbação Estado-limite da Personalidade na Adolescência...	22
3.4. Vinculação na Perturbação Estado-limite da Personalidade.....	25
4.Objectivos.....	27
<b>METODOLOGIA</b>	
1.Amostra.....	28
2.Delineamento.....	29
3.Instrumentos.....	29
3.1.Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder (CI-BPD), Mary Zanarini.....	29
3.2.Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI), Theodore Millon...	30

<b>3.3.</b> Inventário Sobre Vinculação para a Infância e Adolescência (IVIA), Marina Carvalho, Isabel Soares & Américo Baptista.....	32
<b>3.4.</b> Variáveis de Caracterização da Amostra.....	33
<b>4.</b> Procedimento.....	34
<b>RESULTADOS</b>	
• Variáveis Sócio-demográficas.....	36
• Seguimento Terapêutico.....	37
• Antecedentes Psiquiátricos dos Pais.....	39
• Acontecimentos de Vida Significativos.....	39
• Análise Descritiva. Personalidade em Adolescentes com Diagnóstico PELP.....	39
• Análise Descritiva da Percepção da Vinculação na Amostra de Adolescentes.....	41
• Tipologia Familiar e Vinculação .....	43
• Vinculação e Personalidade.....	44
• Critérios Diagnósticos para a Perturbação Estado-limite da Personalidade na adolescência – CI-BPD.....	47
<b>DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b> .....	48
<b>CONCLUSÃO</b> .....	61
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	62

<b>ANEXOS</b> .....	76
Anexo A – Variáveis Sócio-demográficas Relativas à Amostra de Prestadores de Cuidados.....	77
Anexo B - Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder de Mary Zanarini (2003).....	79
Anexo C – Millon Adolescent Clinical Inventory (Tradução Experimental de Alexandra Anciães, 2004).....	92
Anexo D – Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência de Marina Carvalho, Isabel Soares e Américo Baptista (2006). Versões de Auto e Hetero-avaliação.....	100
Anexo E – Inventários de Caracterização das Amostras de Adolescentes e de Prestadores de Cuidados.....	102
Anexo F – Termo de Consentimento Informado (Instituição).....	107
Anexo G – Termo de Consentimento Informado (Pais)	109
Anexo H – Análise Descritiva. Nível de Escolaridade na Amostra de Adolescentes.....	110
Anexo I – Análise Descritiva. Número de Reprovações na Amostra de Adolescentes.....	111
Anexo J – Análise Descritiva. Seguimento terapêutico na Amostra de Adolescentes.....	112
Anexo K – Antecedentes Psiquiátricos dos Pais.....	114
Anexo L – Acontecimentos de Vida Significativos na Amostra de Adolescentes.....	115

Anexo M – Representação Gráfica dos Valores Médios Obtidos no MACI para a Amostra de Adolescentes.....	116
Anexo N – Percepção da Vinculação na Amostra de Prestadores de Cuidados.....	118
Anexo O – Análise Inferencial. Percepção da Vinculação e Tipologia Nuclear.....	119
Anexo P – Análise Descritiva. Resultados Obtidos no Inventário de Personalidade para os Adolescentes com Percepção Segura da Vinculação.....	120
Anexo Q – Análise Descritiva. Resultados Obtidos no Inventário de Personalidade para os Adolescentes com Percepção Ansiosa/ambivalente da Vinculação.....	123
Anexo R – Análise Descritiva. Resultados Obtidos no Inventário de Personalidade para os Adolescentes com Percepção Evitante da Vinculação.....	126
Anexo S – Análise Inferencial. Personalidade e Vinculação.....	129
Anexo T – Análise Descritiva. Critérios diagnósticos (CI-BPD) na amostra de Adolescentes.....	138

## INTRODUÇÃO

A perturbação estado-limite da personalidade é um quadro clínico grave, causando grande sofrimento e prejuízo pessoal ao indivíduo e a todos os que com este se relacionam de forma íntima e pessoal.

Esta psicopatologia atinge cerca de 30% da população clínica e chega a alcançar os 60% na população com perturbações da personalidade (American Psychiatric Association, 2002).

A principal característica da PELP (Perturbação Estado-limite da Personalidade) é a persistência da instabilidade nas relações interpessoais e na auto-imagem, acompanhada por uma impulsividade marcada, presente em vários contextos. As histórias de vida destes pacientes são frequentemente pautadas por separações precoces, abandonos, envolvimento parental perturbado, experiências de abuso físico e sexual com predomínio na infância, entre outros acontecimentos potencialmente traumáticos. O suicídio ocorre em 8 a 10% destes pacientes e as auto-mutilações acompanhadas de ameaças de suicídio são bastante frequentes (American Psychiatric Association, 2002).

Estes pacientes não só apresentam uma vasta e variada lista de sintomas, como consomem os mais diversos tipos de medicação psiquiátrica e utilizam múltiplos recursos psicoterapêuticos.

No entanto, este é um dos diagnósticos de maior complexidade quanto ao seu entendimento e tratamento, o que leva ao acréscimo da necessidade de investigação.

Embora a existência da PELP seja largamente reconhecida na população adulta, o mesmo não se passa com a criança e com o adolescente, sendo o seu diagnóstico, prevalência e tratamento ainda controversos. Este diagnóstico aplicado à clínica infanto-juvenil introduz uma dificuldade em circunscrever o jovem a um nível estável de estruturação do Ego, quando ainda se encontra numa fase do desenvolvimento em que a sua identidade ainda se está a formar. A existência de escassos estudos sobre o desenvolvimento desta patologia na adolescência e a compreensão da mesma à luz da clínica do adulto, tornam a realização deste diagnóstico ainda mais complexa.

Assim, torna-se necessária a exploração por clínicos e investigadores desta entidade nosológica de difícil compreensão. Negar o reconhecimento da sua existência na criança e no adolescente poderá levar ao desenvolvimento de manifestações psicopatológicas mais graves, uma vez que sem o diagnóstico apropriado, a intervenção poderá ser adiada, evitada ou desadequada.

Reconhecendo a necessidade de um melhor entendimento da PELP nos adolescentes, este estudo propõe-se a analisar e caracterizar possíveis manifestações desta psicopatologia na população clínica referida.

Uma vez que as hipóteses etiológicas remontam, na sua maioria, ao estabelecimento de relações precoces com os cuidadores e dada a importante disfuncionalidade das relações interpessoais que estes pacientes estabelecem, esta investigação visa, ainda, estudar a percepção dos estilos de vinculação destes adolescentes.

Deste modo, a introdução teórica divide-se em três áreas, que consideramos de importante análise. Em primeiro lugar exploramos a adolescência e as suas etapas desenvolvimentais, assim como a importância das relações interpessoais estabelecidas com a família e o grupo de pares. Abordamos, ainda, a construção psíquica e afectiva do adolescente, olhando com especial atenção o estabelecimento da identidade, apoiado em três conceitos fulcrais – *autonomia, individuação e vinculação*.

Num segundo momento, são analisados os contributos da Teoria da Vinculação. Assim, colocamos o enfoque sobre a vinculação na adolescência, tentando compreender a sua importância e estabilidade nesta etapa do desenvolvimento. Nesta segunda parte, falamos, também, da ligação estabelecida, presentemente, entre a vinculação e a psicopatologia.

Na terceira parte caracterizamos a perturbação estado-limite da personalidade tendo em conta uma perspectiva dinâmica, relembrando os critérios desenvolvidos para o seu diagnóstico. Para uma melhor compreensão desta entidade nosológica reflectimos sobre as hipóteses etiológicas propostas por diversos autores, segundo os quais estariam na génese deste quadro clínico. Abordamos, ainda, a perturbação estado-limite na adolescência, tentando entender qual o seu percurso histórico e quais os contributos de maior relevância e possível impacto. Por fim, estabelecemos a correspondência entre vinculação e perturbação estado-limite da personalidade, tendo em conta investigações recentes e pressupostos teóricos de alguns autores.

## INTRODUÇÃO TEÓRICA:

### 1. A Importância da Adolescência na Construção Psíquica do Indivíduo.

#### 1.1. – A Adolescência

A palavra “adolescência” vem do latim *adolescere* que significa crescer. As características que reconhecemos actualmente nesta fase do desenvolvimento têm um longo percurso histórico e variações interculturais importantes. A adolescência representa um período de transição entre a infância e a vida adulta, processo complexo e de extrema importância para o desenvolvimento humano, onde se assistem a transformações significativas a nível emocional, cognitivo e comportamental (Jongenelen, Carvalho, Mendes, & Soares, 2007; Paz & Paz, 1992).

Nesta fase há uma reconstrução afectiva e intelectual da personalidade, sendo o seu grande desafio o estabelecimento de uma identidade, consolidada e mantida na vida adulta. Na adolescência as reorganizações psíquicas têm como consequência uma fragilidade do equilíbrio psicoafectivo (Braconnier, & Marcelli, 2005).

No decorrer deste período o corpo sofre mudanças significativas resultantes da maturação sexual, desencadeadas pelo início da puberdade, provocando grandes alterações, despertando momentos de crise, conflitos, ansiedades e incertezas. É uma fase de maior instabilidade e de conflito emocional (Fleming, 2005).

É durante a adolescência que o indivíduo constitui a sua identidade sexual. As pulsões sexuais centram-se na relação heterossexual e o adolescente elabora ou sublima a homossexualidade infantil, havendo uma reorganização egóica e super-egóica (Connolly, Furman & Konarski, 2000; Feiring, 1996; Leal, Piscalho. & Serafim, 2000). Na adolescência, os desejos edipianos são reactivados. Contudo, devido à impossibilidade moral e social da sua concretização, o adolescente redirecciona o seu desejo para pessoas fora da família, procurando novos parceiros para amar. Esta busca é complexa para o adolescente uma vez que requer um certo desligamento emocional da família. A entrada para a vida sexual representa não só um acto de amor e/ou de atracção como também de grande responsabilidade para ele. Segundo Anna Freud (1958) os desejos sexuais e agressivos outrora recalcados vêm, durante esta etapa, à superfície, desenrolando-se sobretudo fora da família, num horizonte mais alargado de indivíduos.

Na adolescência é inaugurada uma clivagem, as referências passadas esbatem-se e as novas ainda não estão integradas, nem são controladas pelo sujeito. O adolescente sente-se estranho a si próprio como se de um sentimento de despersonalização se tratasse. Para compreender melhor esta etapa é indispensável

perceber os meios sócio-cultural e familiar em que o adolescente se desenvolve, devendo ser analisados os múltiplos factores intrínsecos a este processo (Cole, Cole, & Lightfoot, 2005; Cordeiro, 1975; Papalia, Olds, & Feldman, 2001).

## **1.2. - O Adolescente e a sua Família**

A adolescência é um período marcado por um certo afastamento da família, desejo de autonomia e de independência mas, ao mesmo tempo, por um intenso medo de perder a sua protecção. O desejo de partir para a vida não deixa de estar ligado a uma necessidade continuada de protecção e de segurança em que quanto mais o adolescente se aventura fora de casa, maior é a sua necessidade de sentir que pode voltar e estar em segurança, que é apoiado e ajudado pelos seus pais. Na realidade, o adolescente reclama a sua autonomia e individualidade, mas permanece profundamente dependente do quadro familiar da sua infância (Papalia, Olds, & Feldman, 2001; Fleming, 1997, 2005).

Neste período as relações com os pais são, na sua maioria, conflituosas. O adolescente questiona a personalidade dos seus pais, devendo ultrapassar a sua imagem perfeita e onisciente fomentada na infância e remodelar as imagos parentais sem que haja efectivamente uma ruptura, pois o adolescente precisará sempre de um modelo de identificação e de uma figura de afecto e de admiração.

Muitos autores relacionam a crise adolescente à crise parental vivida simultaneamente pela grande maioria dos pais. Nelas são questionados os fundamentos da identidade de cada um, reactivadas questões edipianas, realiza-se a escolha de um objecto sexual e dá-se a transformação de objectos de amor. Pais e filhos adolescentes têm um processo de luto a desenvolver – os pais devem desinvestir das projecções do seu ideal de Ego sobre o seu filho e o adolescente deve fazer o luto das idealizações das imagos parentais ostentadas durante a infância. Durante a crise, os pais confrontam-se com os fantasmas incestuosos, o trabalho de luto, a renúncia ao controlo, a rememoração da sua própria adolescência e o desejo de reembolso por parte do seu filho (Braconnier, & Marcelli, 2005; Fleming, 2005; Papalia, Olds, & Feldman, 2001).

Embora os pais passem menos tempo com os seus filhos, eles continuam a desempenhar um papel crucial na sua educação. Estudos denotam que adolescentes de famílias mais organizadas têm menor probabilidade de se envolverem em problemas e têm maiores competências escolares. Ao contrário, adolescentes de famílias autoritárias ou rejeitantes e negligentes têm menores competências escolares e maior propensão a envolverem-se em conflitos (Fletcher et al., 1995).

Evidentemente, estes resultados dependem de outros factores presentes no meio ambiente do adolescente.

### **1.3. - O Adolescente e o Grupo de Pares**

Nesta etapa, o grupo de pares exerce grande influência, sendo fundamental no desenvolvimento da personalidade e no início da vida sexual e amorosa do sujeito. As primeiras relações de objecto estabelecidas com o prestador de cuidados parecem influenciar o tipo de relação de objecto actual que o adolescente estabelece com o seu meio ambiente. O jogo organizado é lentamente substituído por interesses comuns, pela semelhança de atitudes e de valores, pela lealdade e pela intimidade, aspectos que se tornam importantes no estabelecimento de uma relação de amizade. Os adolescentes passam muito tempo com o grupo de pares, diminuindo consideravelmente o tempo que passam com os seus pais. O grupo de pares é uma fonte de apoio emocional muito importante, nele são ensaiadas as mais variadas formas de ser, estar e pensar, ao mesmo tempo que a sua identidade pessoal é esboçada e validada (Jongenelen, Carvalho, Mendes, & Soares, 2007). O adolescente que se encontra num processo de transformações complexas e rápidas sente-se confortável junto de indivíduos que estejam a passar pelo mesmo e que o possam compreender e amparar durante esta etapa do seu desenvolvimento (Cole, Cole & Lightfoot, 2005).

O grupo de pares permite a realização de novas experiências que visam alcançar a independência e a autonomia dos pais. Nele formam-se relações íntimas de amizade e fazem-se trocas amorosas, que se constituem como uma fase experimental para a intimidade futura partilhada entre adultos (Papalia, Olds, & Feldman, 2001).

As amizades diferem muito das relações estabelecidas com a família. Elas são mais igualitárias e simétricas do que as relações com os pais, sendo baseadas na escolha e no compromisso. Os adolescentes tendem a escolher os amigos de acordo com as suas semelhanças de valores e interesses, as relações assentam na reciprocidade e na partilha, o que não acontecia na infância. No início da adolescência as relações que se estabelecem são exclusivamente com indivíduos do mesmo género, o que se vai alterando com a passagem do tempo, aumentando a intimidade com elementos do sexo oposto.

Com a ajuda dos amigos, o adolescente explora os seus próprios sentimentos, valida o seu valor pessoal e define a sua identidade (Buhrmester, 1996).

#### **1.4. - Construção de uma Identidade: Autonomia, Individuação e Vinculação**

A investigação tem demonstrado que tanto a família imediata como o grupo de pares influenciam a formação da identidade do adolescente. Grotevant e Cooper (1998) demonstraram que os adolescentes, que exploravam mais a sua identidade, viviam em famílias que apoiavam o seu direito de expressar livremente as suas opiniões, famílias que proporcionavam uma base segura, a partir da qual o adolescente poderia explorar o seu meio ambiente (Grotevant, & Cooper, 1998).

No decorrer deste período de transição, o adolescente depara-se com um processo muito semelhante ao de separação-individuação, descrito por Mahler. Freud foi o primeiro autor a realçar a importância do processo de separação/individuação na adolescência. Segundo ele a separação é crucial no desenvolvimento humano e na ascensão a papel de adulto e de ser social. O adolescente precisa realizar a separação interna dos objectos primitivos, dando lugar à emergência das pulsões decorrentes da puberdade. O instinto sexual ainda incestuoso, carregado de libido, deve ser redireccionado para um objecto de amor exterior, escolhido pelo indivíduo. Assim, na perspectiva freudiana, o motivo que levaria o adolescente a autonomizar-se face às figuras parentais, seria a reactivação das questões edipianas. Mais tarde, Anna Freud (1958) reforça a importância deste processo, destacando a necessidade do adolescente fazer o luto dos objectos do passado. De acordo com Amaral Dias e Nunes Vicente (1984) a escolha de novos objectos de amor exteriores à família, pressupõe a capacidade egóica de funcionar autonomamente dos pais. Esta capacidade estaria dependente do trabalho intrapsíquico de vários lutos parciais – luto pela fonte de segurança, luto do objecto edipiano incestuoso, luto pelo ideal de ego, luto pela bissexualidade (Fleming, 2005).

Blos (1996) foi o primeiro autor cuja teorização mudou as conceptualizações psicanalíticas até à altura dominantes. Os vínculos, a protecção e o controlo parental são agora questionados e são fonte de conflituosidade entre pais e filhos, principalmente durante o segundo processo de individuação que Blos descreve na adolescência. Segundo este autor, o processo de individuação adolescente encontra-se alicerçado nas mudanças estruturais que resultam da separação emocional dos objectos infantis até aí internalizados. Blos (1996) coloca a tónica na importância das relações de objecto. Nesta fase dar-se-ia a perda do Eu parental, o qual funcionaria durante a infância como Ego Auxiliar. Para tal é necessário o processo de *desidealização* das imagos parentais e o investimento em novos objectos. Desta segunda individuação deveria surgir um *self* autónomo bem delimitado. Este constituir-se-ia na continuidade da relação com as figuras parentais mas abandonaria os seus

aspectos infantis. Para ele este é o processo estruturador de todo o desenvolvimento adolescente, sendo o seu fracasso dependente do modo como correu o primeiro processo de separação-indivuação, estando relacionado a uma organização defeituosa do Eu, precocemente estabelecida. Para Blos a autonomia constitui-se gradualmente, mediante um mecanismo de auto-regulação. Neste a dependência dos pais é cada vez menor e o ideal de ego, que reúne partes de um self identificadas às partes boas dos objectos internos parentais, permite ao adolescente projectar-se no futuro (Blos, 1996; Fleming, 1993, 2005). Blos acredita que este processo conduz a reorganizações intrapsíquicas das estruturas do ego, do superego e do ideal de ego. Segundo Colarusso (1992) as mudanças graduais que se propagam capacitam o adolescente a um aumento de responsabilidade sob si próprio, a separar-se psicológica e fisicamente dos seus pais, a estabelecer uma vida sexual activa e a preparar-se para o trabalho no mundo dos adultos.

Para Salgueiro (1990) não se trata de uma desvinculação face às figuras parentais mas de um aumento da complexidade das relações entre pais e adolescente, o que ajudaria a transformar os objectos internos primordiais. O amor pelos pais é mantido e a decepção ou o ódio positivo face às figuras parentais facilitariam os investimentos objectais amorosos num contexto extra familiar, ou seja, o conflito edipiano teria a sua resolução fora de casa. Assim, é necessário haver uma relação de confiança com o materno e com o paterno e ter-se dado a introjecção de bons objectos numa fase precoce do desenvolvimento humano (Salgueiro, 1990).

Num estudo realizado por Boles (1999), os resultados sugerem que indivíduos com internalização de representações mentais positivas dos seus pais resolvem com sucesso o segundo processo de individuação, sendo psicologicamente melhor adaptados no período da adolescência.

Como Fleming nos transmite:

*“ A Autonomia, a individuação e a formação da identidade são fenómenos intimamente ligados e interdependentes; a individuação envolve a separação psicológica da «realidade» pais e dos pais introjectados; o processo de individuação decorre ao longo da vida e envolve mudanças no grau de autonomia versus ligação (connectedness); durante a adolescência subsiste a necessidade de ligação aos pais tal como subsiste a ambivalência sobre a autonomia; a essência destes processos refere-se à consciência progressiva da necessidade de reorganizar o mundo interno de acordo com as mudanças desenvolvimentais.”* (Fleming, 2005, p.124).

Inerente a estes processos encontra-se ligada a noção de Vinculação, alicerce no desenvolvimento humano. De acordo com algumas investigações, o ser humano pode apenas cuidar e pensar por si próprio se primeiro tiver estado vinculado a alguém, isto

é, o estabelecimento de vínculos precoces e securizantes entre mãe ou prestador de cuidados e bebê é muito importante para o desenvolvimento da sua identidade e autonomia futuras. Assim, durante a adolescência esta problemática reaparece e a procura pela independência põe a descoberto falhas que acompanham o jovem desde a infância, quer por excessiva proximidade familiar, quer por distanciamento e descontinuidade das relações. Deste modo, o adolescente precisa da aprovação e do encorajamento dos pais para se autonomizar. Se os vínculos não forem securizantes e estáveis, o adolescente pode temer a perda do amor dos pais ao desejar separar-se deles (Fleming, 1997, 2005).

Vários investigadores concluíram que muitos dos problemas emocionais experimentados numa fase final da adolescência representam a manifestação sintomática da luta pela separação psicológica e pela individuação dos seus pais (Haemmerlie, Steen, & Benedicto, 1994; Hoffman, 1984; Hoffman & Weiss, 1987; Paz & Paz, 1992; Lopez, Campbell, & Watkins, Jr., 1988; Rice, Cole & Lapsley, 1990; Rice, FitzGerald, Whaley, & Gibbs, 1995). Durante o segundo processo de individuação ocorre uma reestruturação psíquica, a qual determina se a personalidade do adulto será saudável ou patológica (Blos, 1979 cit. por McClanahan, & Holmbeck, 1992).

A inserção do adolescente na família, no grupo de pares, na escola e noutras instituições corresponde a uma necessidade básica psicológica do jovem adolescente. Neste processo é necessário sentir-se aceite, realizar tarefas e alcançar objectivos por si próprio, sentir-se reconhecido e respeitado pelos outros e sentir-se como parte integrante do grupo. Apenas após o estabelecimento e a interiorização de relações íntimas, confiantes e recíprocas com os membros da família é que os adolescentes poderão separar-se deles e procurar relações com indivíduos que desconhecem, partindo à descoberta da sua própria identidade (Fleming, 2005). Assim, a principal tarefa do adolescente é a aquisição da sua autonomia, através do processo de separação e individuação, o qual organiza e consolida a sua identidade. Estas novas conquistas requerem, por sua vez, a necessidade do adolescente se sentir ligado aos pais através de um sistema vincutivo seguro.

## **2. A Vinculação**

### **2.1. – A Teoria da Vinculação**

O estudo da Vinculação começa a difundir-se apenas após a Segunda Guerra Mundial. Nesta altura, a perda e a separação na criança pequena assumem grande destaque, pretendendo-se perceber quais os seus possíveis efeitos sobre o

desenvolvimento humano. Em 1938 John Bowlby começa a desenvolver vários estudos, pretendendo averiguar quais as influências da carência de cuidados maternos em crianças pequenas. As suas múltiplas investigações levaram-no à formulação de uma premissa fundamental da sua Teoria da Vinculação. Para Bowlby as crianças nascem com uma predisposição para estabelecerem vínculos com os seus prestadores de cuidados e, os distúrbios precoces na relação primária conduzem a sentimentos de insegurança futuros, os quais dificultam o desenvolvimento e a manutenção de relações significativas para o sujeito. Mais tarde, Bowlby é duramente criticado ao apoiar-se em modelos cognitivos, etológicos, metapsicológicos e cibernéticos (Arietta, 2000; Bowlby, 2002, 2004a, 2004b; Bretherton, 2000; Grossman, 2000; Guedeney, 2004; Holmes, 2000).

Mary Ainsworth, psicóloga canadiana, vai mais tarde dar continuidade à Teoria da Vinculação proposta por Bowlby, dando novos contributos para o seu entendimento, através de investigações empíricas. Ainsworth propõe a Situação Estranha, situação padronizada constituída por episódios de separação e de junção face à figura de vinculação, pretendendo mostrar as diferenças de comportamento de crianças pequenas na presença e ausência da mãe ou prestador de cuidados, e o modo como elas se organizam, como exploram o espaço ao seu redor e como toleram a presença de um estranho. Da sua investigação distinguiram-se três grupos de crianças. O primeiro constitui-se por crianças vinculadas de forma segura, elas tendem a protestar quando separadas da figura de vinculação e quando esta retorna recebem-na com prazer, procurando aproximar-se dela, voltando a explorar o meio ambiente assim que reconfortadas. No segundo grupo, temos as crianças com vinculação do tipo inseguro evitante. Neste as crianças demonstram-se pouco afectadas pela separação, evitando o contacto e a proximidade da figura de vinculação nos momentos de reaproximação, permanecendo centradas nos brinquedos. No último grupo temos as crianças com vinculação insegura ambivalente, as quais se mostram aflitas no momento da separação, denotando reacções contraditórias de aproximação e rejeição encolerizada, permanecendo com níveis de irritabilidade muito intensos, difíceis de serem reconfortadas (Arietta, 2000; Bretherton, 2000; Grossman, 2000; Guedeney, 2004; Hesse, & Main, 2000; Holmes, 2000; Houzel, 2003).

O bebé dispõe de um conjunto de comportamentos que fazem parte de um reportório destinado a favorecer a proximidade a uma figura significativa, fomentando o estabelecimento de vínculos com a mesma. A criança hierarquiza as suas figuras de vinculação, elegendo um dos adultos como figura privilegiada, na maioria dos casos a mãe ou o prestador de cuidados. A criança dirige-se a ela procurando conforto, apoio, protecção e segurança. Na presença de um estranho são, de um modo geral,

activadas reacções de angústia e face a uma separação o protesto seria a resposta mais usual. Ainsworth (1989) definiu características que fazem a distinção entre uma relação de vinculação e as restantes relações sociais. Numa relação de vinculação a criança procura a proximidade a um outro, o qual deverá ser sentido como uma base segura, devendo estimular a autonomia e a exploração activa do espaço ao redor da criança, estando disponível e presente sempre que esta o solicita e tendo a capacidade de repor a acalmia e de dissipar a sua ansiedade sempre que ela se sente ameaçada (Bretherton, 2000; Grossman, 2000; Guedeney, 2004; Holmes, 2000; Houzel, 2003; Marrone, 2001).

Uma década mais tarde, Main estuda as representações de vinculação em adultos. Deste modo, cria a *Adult Attachment Interview (AAI)*, entrevista semi-estruturada, na qual o sujeito é convidado a descrever e a reflectir a sua relação com os pais, incluindo experiências de perda, rejeição e separação ocorridas durante a infância precoce. Através da sua aplicação, Main descobriu que os indivíduos que reportam dificuldades na infância, não têm necessariamente uma vinculação insegura. Main também descobriu que em 68% dos casos, mães capazes de descrever experiências precoces de vinculação, mesmo as negativas, tinham tido filhos que exprimiam com clareza as suas necessidades de conforto e de alimentação; mães rejeitantes tinham, provavelmente, filhos evitantes e mães preocupadas tinham crianças resistentes. Estes resultados foram replicados várias vezes, sugerindo a evidência de uma transmissão intergeracional dos padrões de vinculação (Arietta, 2000; Hesse, & Main, 2000; Houzel, 2003). Main e Solomon (1986) identificaram um quarto grupo que veio a ser designado grupo D – desorganizado/desorientado – caracterizado pela simultaneidade ou sequência de comportamentos contraditórios, movimentos despropositados e assimétricos, estereotípias, posturas anómalas, sinais de apreensão face à figura parental, expressões de confusão, desorganização e desorientação (Main & Solomon cit. por Soares, Martins e Tereno, 2007).

Fonagy (1995, 1999) introduziu, mais tarde, o conceito de Função Reflexiva. Esta permite ao indivíduo pensar sobre as experiências psicológicas do próprio e dos outros, ou seja, permite-lhe colocar-se no lugar do outro e ler a sua mente, de modo a que o seu comportamento se torne previsível. Fonagy sugere que a capacidade da mãe em compreender os estados mentais do seu filho, isto é reconhecê-lo como um ser independente que mentaliza, deseja e acredita, cria a experiência de segurança na relação (Arietta, 2000; Fonagy et al., 1996; Fonagy, 1999).

## **2.2 – Vinculação na Adolescência**

Também do ponto de vista da vinculação, a adolescência é um período de profunda transformação. O adolescente distancia-se das figuras de vinculação iniciais e transforma a sua relação com elas, cria novos laços de vinculação e prepara-se para assumir o seu futuro papel de figura de vinculação ele mesmo. Todas estas mudanças trazem conflitos e contradições na vida do adolescente, no entanto, são muito importantes e ajudam-no a autonomizar-se. Porém, a sua autonomização torna-se mais fácil se as relações com os pais forem sentidas como seguras, tendo por base a confiança (Atger, 2004; Jongenelen, Carvalho, Mendes, & Soares, 2007; Papalia, Cole & Cole, 2003; Papalia, Olds & Feldman, 2001). Apesar de se tornar mais independente, a relação com os pais não se tornou menos importante. A autonomia do adolescente desenvolve-se na relação próxima com os seus pais de modo a que a sensação de segurança interna continue a ser assegurada por eles. A procura de autonomia está fortemente relacionada com indicadores positivos na relação com os pais.

Na adolescência as demandas são mais intensas e as novas capacidades cognitivas, agora apoiadas na aquisição daquilo a que Piaget denominou operações formais, permitem ao jovem lembrar-se que os pais se encontram disponíveis caso seja necessária a sua ajuda (Allen et al., 1998; Jongenelen, Carvalho, Mendes, & Soares, 2007). Segundo Atger (2004) a distância emocional imposta pela busca de autonomia e de independência activa a capacidade do adolescente pensar sobre as relações de vinculação com os pais, podendo assim reavaliá-las. Esta reflexão permite-lhe reconhecer os esforços das figuras parentais em satisfazer as suas necessidades de vinculação, assim como as suas falhas, concluindo que tais necessidades podem ser preenchidas por outras relações para além das actuais (Jongenelen, Carvalho, Mendes, & Soares, 2007). Os pais são agora eles mesmos figuras de vinculação em si, isto quando as relações são de longo prazo e os laços de amizade remontam ao período da infância. Durante a infância são sedimentados modelos de vinculação, os quais irão influenciar o período da adolescência e a transição para a vida adulta. Para Bowlby (2004a) as personalidades estáveis e confiantes constroem-se com base no sentimento de que o apoio e suporte das figuras de vinculação estará sempre disponível, quando a criança e/ou adolescente os solicitarem.

Em investigações recentes, acredita-se que a crise na adolescência faz parte de um desenvolvimento são, o que acarreta necessariamente conflitos na relação entre pais e filhos. Todavia, parecem existir laços estreitos entre a qualidade da vinculação

estabelecida na infância e transportada para a adolescência e a qualidade das relações mantidas com os grupos de pares. Na infância precoce, a criança constrói aquilo a que se denominou de Modelos Operantes Internos. Estes são erigidos através da relação com o prestador de cuidados e constituem modelos de relação que ajudam a criança a compreender, interpretar e prever o comportamento dos outros. Assim, a criança forma um modelo de si mesma e um modelo do outro, os quais irão guiar e influenciar o seu comportamento nas relações que estabelece (Miljkovitch, 2004).

Na teoria da vinculação defende-se o pressuposto de que os modelos operantes internos construídos na relação com as figuras parentais terão influência nas relações futuras estabelecidas pelo indivíduo. De acordo com alguns autores, quando o sujeito experimenta uma nova modalidade relacional, estes modelos podem ser actualizados (Lapslev, & Edgerton, 2002; Levpuscek, 2006). A possibilidade de estabelecer novas relações na adolescência e a variada gama de experiências por que o jovem passa, poderão constituir oportunidades de reflexão e reavaliação das relações precoces, estabelecidas de modo inseguro, e dar início a um processo de mudança nos modelos internos do indivíduo (Jongenelen, Carvalho, Mendes, & Soares, 2007). Num estudo realizado por Levpuscek (2006) os resultados demonstraram que adolescentes com uma maior idealização parental e um maior suporte familiar tendem a ter necessidades de vinculação mais elevadas em relação às amizades. Na mesma investigação o autor concluiu que associações positivas entre a necessidade de autonomia e a regulação da proximidade privilegiavam o desenvolvimento de relações mais saudáveis com os familiares e amigos. Pelo contrário, adolescentes que se sentissem mais inseguros nas suas relações, apresentavam um maior medo de perder o amor dos amigos.

Quando a vinculação é segura, as trocas e o sentimento de partilha são fomentados e processados de forma estável e coerente; quando os padrões de vinculação são inseguros tendem a haver mais conflitos e distorções, o que aumenta o número de experiências vividas como predominantemente negativas (Allen & Land, 1999; Atger, 2004).

Actualmente, a relação entre a vinculação estabelecida nos primeiros anos de vida e a organização da vinculação na adolescência e na vida adulta é ainda desconhecida, não sendo perceptível, para já, se há ou não uma continuidade dos padrões de vinculação. Contudo, alguns estudos foram realizados no sentido de averiguar se há correspondência entre os tipos de vinculação passada e presente. Exemplos disso são os estudos levados a cabo por autores como Waters e colaboradores (1995), Ammaniti e colaboradores (2000), Allen e Land (1999) e Main (2001). Nestes, foi encontrada uma correlação significativa entre a vinculação na infância e a vinculação na adolescência, o que pressupõe a estabilidade dos padrões relacionais e a sua

importância no estabelecimento de novas relações. Hamilton (2000) procurou estudar a continuidade dos mesmos e numa amostra de trinta adolescentes, 77% mantinha o mesmo estilo de vinculação.

Embora haja alguns estudos que validem a estabilidade dos padrões de vinculação através do tempo, alguns parecem contradizer estes achados. Weinfield e colaboradores (2004) obtiveram resultados contrários, denotando que variáveis como as características individuais da criança, as suas experiências, as experiências da figura materna e as observações familiares remetem para a descontinuidade dos padrões de vinculação. Ainda assim, neste estudo longitudinal, evidenciou-se o facto de vinculações precoces desorganizadas contribuírem para vinculações inseguras na adolescência. Allen e colaboradores (1999) obtiveram uma substancial estabilidade nos padrões de vinculação segura, contudo, esta tende a baixar perante *stressores* que bloqueiem a capacidade de regulação do afecto (Allen et al., ; Weinfield et al., 2004).

## **2.2 – Vinculação e Psicopatologia**

A investigação sobre a correlação entre vinculação e psicopatologia é ainda muito recente, sendo este um vasto campo por explorar (Duquesnoy & Guedeney, 2004). Uma das primeiras investigações, nesta área, foi desenvolvida por Dozier (1990) que procurou determinar os padrões de vinculação em adultos com quadros psicopatológicos graves. Os participantes deste estudo tinham idades compreendidas entre os 21 e os 60 anos, tendo pelo menos dois internamentos psiquiátricos antes da sua participação na investigação. Os resultados vieram demonstrar a associação entre a vinculação insegura e o diagnóstico de perturbação afectiva, sendo que os pacientes com vinculação ansiosa/ambivalente apresentavam uma sintomatologia mais exuberante em comparação com os restantes.

Para Bowlby (2004) o entendimento das vinculações inseguras levaria à compreensão de diversas perturbações médicas e psiquiátricas. Fonagy, Target e Gergely (2000) realçam a importância do sistema de vinculação na regulação da experiência emocional, estando consequentemente relacionado a várias perturbações mentais. De acordo com a Psicopatologia do Desenvolvimento a perturbação mental é concebida numa perspectiva relacional e desenvolvimental. Assim, as experiências precoces – relações afectivas e sociais – influenciam a trajectória do indivíduo, tendo um forte impacto nas suas estruturas cognitivas e emocionais e no estabelecimento de relações a dois níveis, intrapessoal e interpessoal (Canetti, 1997; Crittenden, 2000; Miljkovitch, 2004; Soares, Carvalho, Dias, Rios, & Silva, 2007).

Segundo Sroufe e colaboradores (1999) a vinculação insegura nem sempre é responsável pelo aparecimento de psicopatologia, no entanto ela cria uma vulnerabilidade que poderá incitar o seu desenvolvimento. O mesmo autor defende a impossibilidade de ligações directas entre o tipo de vinculação e a psicopatologia, considerando algumas investigações actuais abusivas (Sroufe, Carlson, Levy, & Egeland, 1999).

De acordo com Marrone (2001) o conceito de resiliência é intrínseco ao bem-estar psicológico do sujeito, sendo esta a aptidão do indivíduo manter as suas capacidades adaptadas e utilizar os seus recursos internos de forma competente perante as adversidades que surgem ao longo da vida. Este recurso parece estar intrinsecamente relacionado ao estabelecimento de vínculos seguros na infância e na adolescência, dependente, também, de factores ambientais e psicossociais.

Num estudo realizado por Rosenstein e Horowitz (1996) adolescentes com uma vinculação de tipo inseguro evitante possuíam traços da personalidade narcísica, anti-social e paranóide, tendo inclinação para o abuso de substâncias. Já adolescentes com uma vinculação de tipo inseguro ambivalente apresentavam perturbações do humor; e traços de personalidade obsessiva-compulsiva, histriónica, esquizotípica e borderline. Neste foram contemplados sessenta adolescentes hospitalizados numa unidade psiquiátrica e foram avaliados os tipos de vinculação das suas mães, chegando à conclusão de que ambos os estilos de vinculação eram, na grande maioria, concordantes, o que apoia a noção da intergeracionalidade dos padrões de vinculação (Benoit & Parker, 1994; Blatt, Levy, & Kenneth, 2003; Bretherton, 1990; Fonagy & Bateman 2004; Fonagy, Steele, M., Steele, H., Moran, & Higgitt, 1991).

Pianta e colaboradores (1996) concluíram que os acontecimentos de vida relacionados com experiências de vinculação, quando associados a traumas ou perdas não resolvidos ou superados, são fortemente correlacionados a elevados níveis de angústia e a manifestações mais evidentes e gravosas de sintomatologia psiquiátrica.

A maioria dos estudos que contempla os efeitos da vinculação no quadro psicopatológico do indivíduo, foca predominantemente a população adulta. Contudo, é importante compreender de que modo este sistema interfere no bem-estar psicológico do adolescente e no seu funcionamento mental, uma vez que a adolescência representa por si só um período de importantes tarefas desenvolvimentais.

Neste sentido, a maior parte das investigações tem relacionado o tipo de vinculação do adolescente às perturbações da internalização e da externalização (Aguilar, Sroufe, Egeland, & Carlson, 2000; Buist, Deković, Meeus, & Aken, 2004; Duggal, Carlson, Sroufe, & Egeland, 2001; Greenberg, Speltz, & DeKlyen, 1993;

Overbeek, Vollebergh, Engels, & Meeus, 2005; Ronnlund & Karlsson, 2006; Williams & Kelley, 2005).

Canetti (1997) investigou 847 adolescentes israelitas, imigrados na América do Sul e do Norte, Europa Ocidental, Ásia e Norte de África, denotando correlações bastante significativas entre a vinculação às figuras parentais e a presença de psicopatologia. Adolescentes que reportaram relações afectuosas e pouco controladoras revelaram vinculações seguras, pouca sintomatologia psiquiátrica e reduzidos níveis de angústia, o contrário se passava com jovens cujos pais mantinham relações pouco afectuosas e muito controladoras.

A vinculação tem sido largamente estudada por diversos autores, no entanto, a sua ligação à psicopatologia é ainda pouco conhecida. Assim, tal como vimos em estudos anteriormente mencionados, a vinculação pode apenas ser considerada como um factor de risco para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas e não como um factor causal. Ela interage com múltiplas variáveis, podendo criar vulnerabilidades importantes e corromper o percurso desenvolvimental do indivíduo. A qualidade da vinculação parece ser de extrema importância na adaptação ao ambiente; no desenvolvimento social, cognitivo e afectivo e na capacidade de regular os afectos. Deste modo, é muito comum, indivíduos com psicopatologia grave, quando avaliados quanto à vinculação, apresentarem padrões inseguros (Bowlby, 2004; Canetti, 1997; Crittenden, 2000; Dozier, 1990; Duquesnoy & Guedeney, 2004; Fonagy et al., 1991; Fonagy, Target e Gergely, 2000; Marrone, 2001; Miljkovitch, 2004; Pianta, Egeland, & Adam, 1996; Rosenstein & Horowitz, 1996; Sroufe et al., 1999; Wallis & Steele, 2001).

Ao formular a Teoria da Vinculação, Bowlby procurava compreender de que modo o sistema vinculativo poderia influenciar o desenvolvimento, ditando-o normal ou patológico. Bowlby acreditava que a qualidade da vinculação atribuiria, mais tarde, ao indivíduo a capacidade de estabelecer vínculos afectivos, sendo fundamental na organização e no desenvolvimento da sua personalidade. Deste modo, este autor acreditava que no centro de uma personalidade patológica e disfuncional, estaria uma vinculação de tipo inseguro. Para além disso, Bowlby defendia que as dificuldades no processo de vinculação aumentam a vulnerabilidade para a psicopatologia e que os diferentes tipos de vinculação insegura associam-se a dificuldades específicas, as quais poderão aparecer mais tarde no desenvolvimento (Bowlby, 1973 cit. por Blatt, Levy, & Kenneth, 2003).

Devido à necessidade de avaliar a eficácia das terapêuticas e da adequação das intervenções, emergiram vários estudos nesta área, demonstrando que o padrão ou estilo de vinculação parece afectar a adesão do paciente com psicopatologia ao tratamento psicoterapêutico proposto e, conseqüentemente, o seu prognóstico e

evolução clínica. Deste modo, a vinculação poderá ser uma variável importante a avaliar na escolha de um projecto terapêutico, permitindo ajustar expectativas e intervenções (Benavente, 2006; Fonagy & Bateman, 2004).

### **3. Perturbação Estado-limite da Personalidade**

#### **3.1 – Os Estados-limite: perfil e diagnóstico**

A noção personalidade limite ou borderline teve a sua origem na corrente psiquiátrica. Contudo, na abordagem psicanalítica emergem contributos muito importantes de autores como Green, Stern, Kernberg, Masterson e Stone, tornando-se suficientemente legítima na década de oitenta, aparecendo na terceira edição do DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais) como um tipo de perturbação de personalidade.

Ainda hoje é um diagnóstico complexo, pela sua sintomatologia flutuante e polimórfica, que engloba aspectos da neurose e da psicose (Bergeret, 2000; Braconnier et al., 2007; Rodrigues & Gonçalves, 2004). Este continua a ser um quadro nosológico controverso devido às variadas manifestações sintomáticas, à coexistência com perturbações do humor, à intensidade da ansiedade e aos episódios psicóticos transitórios, levando alguns autores a duvidar da sua inclusão nas perturbações da personalidade (Debray & Nollet, 2004; Dias, 2004; McWilliams, 2005).

Os sintomas fóbicos, a tonalidade persecutória e os esforços de racionalização são frequentemente observados nesta população. Os sintomas de conversão histórica manifestam-se sobretudo em contextos agressivos e manipuladores. Sintomas depressivos são muitas vezes observados, emergindo a irritabilidade, a fúria inusitada, a cólera ou o sentimento de desespero face à impotência perante um objecto inacessível. O sentimento de vazio crónico permite distinguir o paciente limite do deprimido, sendo muitas vezes associado a falhas precoces no sistema de vinculação do indivíduo. Nesta psicopatologia parecem haver manifestações sintomáticas de internalização, como sintomas neuróticos de ansiedade, depressão, fobias e queixas somáticas, e de externalização quer por dificuldades no controlo dos impulsos, quer pela falha na gestão da agressividade sobre si próprio e/ou sobre o outro (Charrier & Hirschelmann-Ambrosi, 2006; Matos, 2002).

Este polimorfismo sintomático extenso e difuso é por si só insuficiente, tornando-se indispensável uma leitura mais aprofundada do funcionamento mental do indivíduo, nomeadamente das modalidades de relação objectal destes doentes.

O modo de relação anaclítico, que o paciente limite estabelece, oscila entre uma expectativa passiva de satisfação e uma manipulação agressiva do outro. Este tipo de relação de objecto poderá reproduzir estilos precoces de vinculação, através dos modelos internos primeiramente introjectados com o prestador de cuidados. O paciente limite flutua entre o desejo de fusão e a necessidade de fuga, permanecendo ávido de afectividade e permanentemente insatisfeito na relação com o outro. As relações de objecto do tipo oral-narcísico, fazem-se com objectos parciais, por vezes idealizados, outras vezes desvalorizados. As relações tendem a ser caóticas e bruscamente invertidas, não havendo uma partilha, reciprocidade e verdadeiras trocas afectivas, o que leva ao estabelecimento de relações superficiais e disfuncionais, reforçando os aspectos patológicos da sua organização mental. A angústia do borderline é de perda do objecto de amor, emergindo o sentimento de vazio, de angústia e desespero face à incapacidade de estar só. Quando estes sentimentos se tornam insuportáveis, é a depressão psicótica que surge e não a depressão neurótica.

Na patologia borderline o objecto externo não é suficientemente introjectado, sendo a sua representação interna ténue e inconstante. Assim, face a uma perda real ou imaginária, surgem os sentimentos de desprotecção e de desamparo e o paciente sente-se só e vazio. Uma vez que o borderline não consegue aceder a um objecto total, ele faz uma unificação patológica entre partes boas e partes más – clivando, o que lhe permite diminuir a angústia de natureza persecutória, resultante da introjecção do mau objecto. Consequentemente, diminui o risco de destruição impulsiva do objecto perante a emergência de sentimentos de raiva intensa, permitindo uma integridade mínima do eu. (Matos, 2002; Sá, 2003).

A organização limite aponta para uma doença do narcisismo, mal estabelecido e frágil. Uma vez ultrapassado o perigo do desenvolvimento de uma organização de tipo psicótico, o Ego não pode, ainda assim, aceder a uma organização de tipo neurótico. Assim, a relação de objecto continuou centrada na dependência anaclítica em relação ao outro, sendo perigo eminente a depressão. O objecto é sentido como persecutório, desempenhando, em simultâneo, os papéis de Superego e de Ego auxiliares, o que evidencia a ambivalência de um outro sentido como protector e tirânico, duas representações contraditórias.

Na patologia Borderline assistimos a dois fenómenos: um Ego enfraquecido e fragilizado e um Superego severo e tirânico. A fragilidade do Ego traduz-se pela fraca capacidade em suportar a angústia e tolerar a frustração, o que advém da dificuldade para controlar as pulsões. Em contraste, encontramos um Superego rígido e exigente, oriundo das imagos parentais arcaicas, o qual não permite a interiorização de um sistema de regras adequado, tornando-se apenas ameaçador para o indivíduo. Por

este motivo, dada a desvalorização das instâncias egóicas e da imagem de si, o sujeito necessita de um sistema narcísico idealizado e defensivo.

Todos os autores parecem reconhecer a presença de mecanismos de defesa primitivos nesta psicopatologia, sendo o mais comum a *clivagem*, o qual parece ser utilizado na luta contra o sofrimento depressivo, mantendo bons e maus objectos separados. Assim, a clivagem tem participação activa na instabilidade e labilidade que estes pacientes vivem. De forma a mantê-la e reforçá-la o paciente mune-se de mais alguns mecanismos defensivos, também eles arcaicos – idealização, onipotência, denegação, desvalorização, projecção. De acordo com Matos (2002), a personalidade borderline caracteriza-se por uma relação de objecto clivada. Através da denegação, o indivíduo evita o reconhecimento de atributos negativos no objecto, idealizando-o de forma defensiva. Esta é uma defesa que lhe permite afastar a dor e a tristeza correspondente ao abandono ou desamor de que é alvo. Através da clivagem do objecto, o indivíduo separa os seus aspectos maus e coloca-os num terceiro elemento. Com recurso a projecções coloca no objecto externo partes malignas do próprio Eu. Todavia, a deslocação de atributos negativos para um terceiro objecto nem sempre se dá, o que é responsável pela frequente irritabilidade e labilidade presentes no humor do sujeito e pelos sentimentos de raiva e de culpabilidade face a si mesmo (Bergeret et al., 2004; Matos, 2002).

O indivíduo Borderline, é assaltado por sentimentos de inferioridade que se encontram latentes, mobilizando defesas narcísicas e maníacas, recorrendo à compensação pelo facto de se sentir pouco apreciado pelo seu objecto de amor. As defesas narcísicas tentam evitar a dispersão da identidade e combater a ameaça de fragmentação do self, as maníacas actuam como defesa contra a regressão psicótica, permitindo satisfações pontuais e instantâneas que o adormecem da realidade interior de frustração e de insatisfação afectivas, reforçadas pelos sentimentos de abandono e de desamparo (Kernberg, 2006; Matos, 2002; McWilliams, 2005).

Assim, como Matos nos transmite:

“...o borderline apresenta uma patologia de falha, de deficiência narcísica primária – a «falha básica» de Michael Balint – e deficiência estrutural, da superestrutura psíquica – um Supereu lacunar. O Self, clivado numa imagem grandiosa e noutra diminuta e defeituosa (esta última, em regra, recalcada), projecta-se inversamente no objecto, ele mesmo clivado em imagem denegrida e idealizada. E à estrutura binária da personalidade – impulso/contra-impulso – corresponde uma relação dual alternante (amor/ódio).” (Matos, 2002. Pág.303).

Actualmente, esta psicopatologia é definida pelo DSM-IV-TR como “um padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, auto-imagem e afectos” acompanhado por “uma impulsividade marcada” (APA, 2002. Pág.706). Para que esta se verifique, têm de estar presentes pelo menos cinco dos nove critérios propostos, sendo eles: esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginário; padrão de relacionamento interpessoal instável; perturbação da identidade; impulsividade em pelo menos duas áreas autolesivas; comportamentos suicidas e/ou automutilantes; instabilidade afectiva com reactividade marcada do humor; sentimento crónico de vazio; raiva intensa e inapropriada, difícil de controlar; ideação paranóide transitória ou sintomas dissociativos graves. Este facto revela-nos a existência de 256 combinações diferentes na realização do diagnóstico da PELP (Perturbação Estado-limite da Personalidade), o que dificulta consideravelmente a sua leitura (Cartwright, 2007; Bateman & Fonagy, 2004).

Neste sentido, alguns autores tentaram perceber quais os traços mais estáveis no paciente estado-limite, tendo concluído que a instabilidade afectiva e a impulsividade pareciam manter-se ao longo do tempo, apresentando menores flutuações do que os restantes (Bateman & Fonagy, 2001; Skodol et al., 2005; Zanarini et al., 2005).

Investigações recentes tendem a refutar a definição dada pelo DSM para as perturbações da personalidade, considerando-as como padrões disfuncionais e persistentes. Zanarini e colaboradores (2005) denotaram que 74% dos pacientes com perturbação da personalidade, ao fim de um período de seis anos, deixavam de preencher os critérios necessários para o seu diagnóstico, havendo apenas 6% de indivíduos que se mantinham sem alterações do quadro clínico. Skodol e colegas (2005) demonstraram num estudo longitudinal, onde foram analisados 733 sujeitos, que após um período de dois anos, 50% dos indivíduos apresentavam remissão da psicopatologia. Paris (2005) observou que 75% dos pacientes borderline voltavam a um funcionamento perto do *normal* por volta dos quarenta anos e 90%, ao chegar aos cinquenta anos, não mantinha o diagnóstico (Paris, 2005; Skodol et al., 2005; Zanarini et al., 2005).

Segundo o DSM, estima-se que a Perturbação Estado-limite da Personalidade atinja 2% da população geral, subindo para 10% em pacientes diagnosticados e para 20% nos pacientes do internamento psiquiátrico (APA, 2002; Meekings & O'Brien, 2004; Sharp & Romero, 2007). Deste modo, é necessário perceber quais os factores precipitantes ou agravantes desta patologia, dada a significância da sua incidência.

### **3.2. – Etiologia dos Estados-limite**

Os factores que dão origem à perturbação estado-limite da personalidade são ainda desconhecidos. No entanto, inúmeras investigações realçam a presença de elementos patogénicos, cuja correlação com a PELP se tem demonstrado significativa (Cartwright, 2007; Comer, 2005; Debray & Nolle, 2004; Kernberg, 2006; Matos, 2002; McWilliams, 2005).

Matos (2002) acredita numa concepção ambiental da psicopatologia, em que as perturbações de um indivíduo são fruto das perturbações mentais do meio humano em que a sua personalidade se desenvolve. Para este autor, a patologia borderline alicerça-se nas dinâmicas familiares, havendo modos anómalos de comunicação quer pela ambiguidade da informação, quer pelo frequente uso da mentira e da manipulação. Nestes indivíduos o objecto interno é confuso e imprevisível, o que parece decorrer das práticas parentais vigentes nestas famílias, assumindo, muitas vezes, um de dois caminhos – pais intrusivos, controladores, agressivos e traumáticos ou pais abandonantes, negligentes e rejeitantes. Estes pais parecem transmitir aos filhos mensagens paradoxais e ambíguas, transmitindo uma imagem clivada deles próprios. Deste modo, o borderline organiza o seu mundo interno em objectos clivados, contribuindo para uma estrutura de personalidade também ela clivada (Matos, 2002).

Golomb, Ludolph, Westen, Block, Maurer e Wiss (1994), num estudo realizado com treze mães de adolescentes borderline, concluíram que elas tendem a tratar os seus filhos de um modo egocêntrico, como objectos de gratificação e não como indivíduos distintos, com a sua própria personalidade. Estas mães revelaram que os filhos foram criados em ambientes familiares caóticos, com relacionamentos conflituosos e preocupações financeiras recorrentes. Embora este seja um factor considerado muito importante pelos autores da corrente psicanalítica, e aparentemente seja um dos factores significativos na génese da perturbação estado-limite da personalidade, é preciso contextualizar estes fenómenos, tendo cuidado no estabelecimento de ligações directas causa-efeito, as quais não são possíveis (Golomb et al., 1994).

Muitos autores parecem concordar que a maioria dos pacientes estado-limite têm antecedentes traumáticos na sua história pessoal. As experiências de maus-tratos durante a infância, incluindo os abusos sexuais e físicos e as separações prolongadas precoces parecem ter um forte impacto nestes indivíduos, constituindo fenómenos largamente observados nesta população (Brown, 1993; Cartwright, 2007; Clarkin, Fall & Craig, 1998; Marziali, & Munroe-Blum, 1992; Meekings & O'Brien, 2004; Debray & Nolle, 2004; Golomb et al., 1994; Joyce et al., 2003; Matos, 2002; Paris, 2005). Num

estudo realizado por Paris, Zweig-Franck e Guzner (1994 a, b) observou-se que 43% dos pacientes com perturbação estado-limite da personalidade tinham sofrido abusos sexuais com penetração e que apenas 7% dos restantes pacientes com outras perturbações da personalidade o havia sofrido. Wagner e Linehen (1994) concluíram que 66% dos trinta e sete doentes analisados tinham sofrido pelo menos uma forma de violência sexual durante a infância, encontrando-se esta fortemente correlacionada à gravidade das passagens ao acto de tipo suicida que se observavam na amostra (Paris, Zweig-Franck, & Guzner, 1994 a, b; Wagner & Linehen, 1994).

A prevalência de doenças psiquiátricas nos familiares mais próximos do paciente estado-limite parece ser elevada, sendo frequentes a depressão, o abuso de substâncias e as perturbações da personalidade. Os autores elegem dois modelos de interacção como os mais usuais – um dos pais sofre de uma perturbação da personalidade severa e o outro falha na tentativa de proteger o filho dos efeitos da psicopatologia; ou um dos pais demonstra-se alexitímico, falhando a capacidade empática na compreensão e nas respostas aos sentimentos e necessidades do seu filho (Feldman, Herta, & Guttman, 1984; Meekings & O'Brien, 2004; Soloff & Millward, 1983).

Alguns autores da corrente psicanalítica têm colocado, ao longo dos anos, o enfoque nas experiências precoces que o indivíduo tem na relação com os seus prestadores de cuidados, sublinhando a importância dos dois primeiros anos de vida no desenvolvimento do ser humano. Kernberg (1979, 2006) apoia-se na teoria do desenvolvimento do Ego para explicar a génese desta patologia. Para ele o paciente estado-limite adquiriu a capacidade cognitiva de permanência do objecto, porém falha na aquisição da permanência emocional do objecto, supostamente adquirida na última fase do seu modelo, que é coincidente com a fase de reaproximação do processo de separação/individuação descrito por Mahler, na qual a criança adquiriu um certo grau de autonomia, mas continua a precisar da reafirmação de que o progenitor se mantém disponível. Masterson e Rinsley (1975) defendem que a mãe do paciente borderline tem uma necessidade patológica de apego ao seu filho, de modo a perpetuar a experiência de gratificação obtida durante a fase simbiótica, em que a sobrevivência do seu filho dependia de si. Deste modo, não consegue tolerar os movimentos ambivalentes de aproximação e afastamento do filho, reforçando os comportamentos de aproximação e punindo as tentativas de separação. Assim, a separação da mãe é parcial e a sua representação interna é ténue, devido à falência da função continente (materna). De forma a evitar a dor e a depressão, a criança preserva a imagem de uma mãe boa, separando as experiências afectivas positivas das negativas. Consequentemente a realidade é distorcida e o desenvolvimento do Ego fica

comprometido (Clarkin, Marziali, & Munroe-Blum, 1992; Fall & Craig, 1998; Kernberg, 1979, 2006; Kutcher & Korenblum, 1992; Masterson & Rinsley, 1975; Matos, 2002; McWilliams, 2005; Meekings & O'Brien, 2004; Shapiro, E.R., Zinner, Roger, Shapiro, R.L., & Berkowitz, 1975).

Embora a maioria das hipóteses psicodinâmicas acerca da génese da patologia borderline sejam decorrentes da teoria e das observações realizadas por Mahler, a mesma pedia precaução no estabelecimento de relações entre os fenómenos ocorridos na infância e o desenvolvimento da psicopatologia enquanto adulto (Mahler cit. por Clarkin, Marziali, & Munroe-Blum, 1992).

Por fim, estudos recentes apoiam-se numa abordagem biológica para o entendimento desta patologia, apontando para a possibilidade de alterações nos sistemas de neurotransmissores, aparentemente responsáveis pelas distorções significativas na activação dos afectos. Os mesmos referem que alterações nos sistemas adrenérgico e colinérgico podem relacionar-se com a instabilidade afectiva, que défices no sistema dopaminérgico podem estar relacionados com os sintomas psicóticos destes pacientes e que a impulsividade, agressividade e autodestrutividade correlacionam-se a uma baixa de produção da serotonina (Kernberg, 2006; Matos, 2002; Stone, 1993).

Estes estudos são de extrema importância para a compreensão da Perturbação Estado-limite da personalidade, contudo, não há ainda estudos que analisem como é que estes factores interagem entre si, não podendo nenhum deles individualmente ser tomado como responsável pela génese desta patologia.

### **3.3. – *Perturbação Estado-limite da Personalidade na Adolescência***

A perturbação estado-limite da personalidade aplicada à clínica infanto-juvenil é ainda um campo teórico pouco explorado, mantendo-se controverso, e à semelhança do que acontece com as restantes perturbações psiquiátricas, foi primeiramente estudada numa população adulta (Bleiberg, 1994; Fall & Craig, 1998; Kernberg, P., 2003; Marcelli & Braconnier, 2005; Paz & Paz, 1992; Sharp & Romero, 2007; Westen, Dutra, & Jonathan, 2005).

Nas décadas de quarenta e cinquenta, clínicos como Mahler, Ross, DeFries e Well identificaram um grupo de crianças com manifestações atípicas, perturbações ao nível do ego e relações de objecto severas, as quais se posicionavam algures entre a psicose e a neurose. Mahler que inicialmente havia integrado este grupo nas psicoses autísticas e simbióticas, mais tarde relacionou-as às psicoses borderline ou psicoses benignas, que ditavam formas menos severas e mais atenuadas do espectro. Ekstein

e Wallerstein designaram as crianças borderline como imprevisíveis. Contudo, esta característica viria a ser o aspecto mais constante do seu funcionamento, definido pelas sucessivas e repentinas mudanças ao nível do ego (Bleiberg, 1994; Marcelli & Braconnier, 2005; Meekings & O'Brien, 2004).

Nos anos sessenta Geleerd, Marcus, Rosenfeld e Sprince, Frijling-Schreuder, entre outros descreveram um conjunto de crianças impulsivas; com baixa tolerância à frustração; desenvolvimento inconstante; com emergência do processo primário ou retirada face a situações de stress; com níveis intensos de ansiedade; múltiplos sintomas neuróticos tais como as fobias, as compulsões, as queixas somáticas e as perturbações do sono; na sua maioria separadas dos seus prestadores de cuidados e figuras de referência.

Uma década mais tarde, Kernberg define o conceito borderline como um nível de organização de personalidade. Posteriormente, este viria a constituir-se, na terceira edição do DSM, como uma perturbação da personalidade específica. Todavia, uma perturbação da personalidade é caracterizada pela rigidez e persistência de um padrão que traz prejuízo e sofrimento ao indivíduo. Esta definição, levanta muitas dúvidas quanto à aplicabilidade do diagnóstico a crianças e adolescentes uma vez que o seu desenvolvimento físico e emocional continua a operar-se, assistindo-se a constantes mudanças, que criam novos equilíbrios e desequilíbrios e ditam a forma como o jovem se relaciona consigo e com o meio que o rodeia (Bleiberg, 1994; Marcelli & Braconnier, 2005; Meekings & O'Brien, 2004).

Contudo, o DSM-IV-TR permite ao clínico diagnosticar uma perturbação da personalidade em crianças e adolescentes, desde que os traços de personalidade sejam desadaptados, globais e persistentes e não estejam limitados a uma fase do desenvolvimento ou a um episódio de perturbação do eixo I. Para além disso, para que o diagnóstico possa ser feito a um indivíduo com menos de dezoito anos, o seu quadro clínico tem de estar presente há pelo menos um ano (American Psychiatric Association, 2002; Becker & Grilo, 2004; Meekings & O'Brien, 2004; Sharp & Romero, 2007)

De acordo com Zanarini, Frankenburg, Khera e Bleichmar (2001) a perturbação estado-limite da personalidade inicia-se em média aos dezoito anos, no entanto tem um desvio padrão de seis anos, o que nos indica que esta patologia pode iniciar-se por volta dos doze anos. Para Joel (2006), se tomarmos em atenção o facto de que a maioria dos pacientes borderline aparece na clínica após vários anos de sintomas, chegaremos à conclusão de que este quadro psicopatológico se inicia, maioritariamente, na adolescência. Ainda segundo este autor, a maior parte dos pacientes descrevem o começo dos sintomas na fase da puberdade, afirmando que

enquanto crianças eram muito sensíveis, flutuando muitas vezes o humor. Já todos ouvimos falar que os adolescentes são em si mesmo um pouco borderline. Ninguém nega a instabilidade do humor e algum grau de impulsividade nesta etapa do desenvolvimento, no entanto, a maioria dos adolescentes não é assim tão perturbada e rebelde. Embora haja algumas similitudes, as diferenças, entre um adolescente “normal” e um adolescente borderline, existem: o teste de realidade, a permanência do objecto, a modulação dos afectos e a tolerância à ambiguidade ou ambivalência encontram-se comprometidos no borderline mas não no adolescente comum (Kutcher & Korenblum, 1992). Joel afirma que podemos errar ao hiper-patologizar um comportamento mas também corremos riscos ao negar o reconhecimento de psicopatologia quando ela existe (Fall & Craig, 1998; Joel, 2006; Zanarini, Frankenburg, & Bleichmar, 2001). Meekings e O’Brien (2004) afirmam-nos que a perturbação da personalidade no adulto é modelada pelas experiências vividas na infância e na adolescência, ou seja, problemas psicológicos durante estas etapas do desenvolvimento aumentam o risco de psicopatologia severa mais tarde. Deste modo, o estabelecimento de um diagnóstico e a realização de intervenção precoce são essenciais (Meekings & O’Brien, 2004; Ramklint, Knorrning, & Ekselius, 2003; Rey, 1996).

Bradley, Conklin e Westen (2005) realizaram um estudo cujo objectivo era caracterizar e identificar adolescentes com perturbação estado-limite da personalidade (N=294), observando posteriormente diferenças entre rapazes e raparigas. Deste concluíram que os sintomas e as características apresentadas pelas raparigas adolescentes eram semelhantes às características apresentadas numa população de adultos tal como definido pelo DSM-IV. Os rapazes que preencheram critérios para a PELP tinham comportamentos agressivos, disruptivos e numa linha mais anti-social. As raparigas apresentavam-se mais histriónicas, com maior labilidade emocional, apresentando características da internalização e da externalização. Alguns estudos realizados nos últimos anos sugerem a similitude quanto aos sintomas e aos percursos desenvolvimentais entre a população adolescente e a população adulta que preenche critérios para a PELP (Bradley, Conklin, & Westen, 2005; Johnson et al., 1995; Levy et al., 1999; Ludolph et al., 1990; Pinto, Grapentine, Francis, & Picariello, 1996; Westen, Ludolph, Lerner, Ruffins, & Wiss, 1990).

Chabrol, Montovany, Chouicha, Callahan e Mullet (2001) realizaram um estudo em que o objectivo era identificar numa amostra de adolescentes franceses (N=1202) adolescentes com perturbação estado-limite da personalidade. Deste modo, concluíram que a frequência de adolescentes borderline era de 10% para os rapazes e

de 18% para as raparigas, verificando-se um pico de frequência aos catorze anos e novo pico aos dezassete (Chabrol, Montovany, Chouicha, Callahan, & Mullet, 2001).

Estudos recentes sobre a perturbação estado-limite na adolescência têm focado, sobretudo, as manifestações sintomáticas definindo a instabilidade afectiva, a zanga intensa e descontrolada e a perturbação da identidade como os critérios mais significativos na realização deste diagnóstico. O medo de abandono e a instabilidade das relações interpessoais são também critérios fundamentais a ter em conta (Bradley, Conklin, & Westen, 2005; Chabrol, Montovany, Chouicha, Callahan, & Mullet, 2001; Westen, Ludolph, Lerner, Ruffins, & Wiss, 1990).

Embora comecem a surgir alguns estudos sobre a patologia borderline na adolescência, tal como Western (2003) nos diz num estudo recente, a investigação da perturbação estado-limite na adolescência ainda se encontra na sua infância (Western, 2003).

### **3.4. – Vinculação na Perturbação Estado-limite da Personalidade.**

Os investigadores tentaram, durante anos, perceber os antecedentes das perturbações da personalidade. Contudo, e apesar de existir alguma evidência da hereditariedade de traços de personalidade, não há suporte suficiente que sustente a noção de que as perturbações da personalidade são geneticamente transmitidas. Deste modo, muitos autores focam a sua atenção nos possíveis percursos ambientais e psicossociais. Assim, a teoria da Vinculação preconiza que qualidades distintas de relação cuidador-criança moldam o desenvolvimento da personalidade da última (Sable, 1997; Sherry, Lyddon, & Henson, 2007).

O paciente Borderline permanece reactivo ao ambiente que o rodeia, o que contribui para a instabilidade vivida no seu mundo relacional. Esta reactividade apresenta-se lábil, ressentida, impulsiva, intensa, desamparada e vazia. Por estas características colocou-se a hipótese de que o borderline apresentaria uma vinculação ambivalente/preocupada/ansiosa. Num estudo realizado por Sherry, Lyddon e Henson (2007) concluíram que os pacientes borderline exibiam, na sua maioria, um padrão inseguro ambivalente de vinculação, estando a este associado o medo de abandono e uma intensa ansiedade de separação.

De acordo com Agrawal, Gunderson, Holmes e Lyons-Ruth (2004), a vinculação segura encontra-se associada a uma imagem positiva, coerente e consistente de si mesmo e a uma expectativa afirmativa de que os outros serão sensíveis e compreensíveis. Este retrato contrasta com as representações malévolas ou clivadas que o indivíduo estado-limite tece em relação a si próprio ou ao outro, bem como com

as relações conflituosas, intensas e anaclíticas que estabelece. Segundo Fonagy (2000) nos transmite o borderline falha na leitura dos sentimentos e pensamentos do outro, ou seja, denota uma reduzida capacidade de mentalização ou uma função reflexiva precária, o que parece traduzir muitos dos seus sintomas, como a difusão da identidade, a impulsividade e os sentimentos crónicos de vazio. Gunderson (1996) sugere que a dificuldade em estar só reflecte as falhas precoces no processo de vinculação, isto é, espelha uma vinculação insegura.

Num estudo realizado por Fonagy e colegas (1996), 75% dos trinta e seis pacientes borderline observados apresentavam vinculações ambivalentes. Barone (2003) concluiu que dos quarenta pacientes borderline, 50% apresentava um estilo de vinculação desorganizado, 23% ambivalente e 20% evitante. Rosenstein e Horowitz (1996) denotaram que 8 de 14 adolescentes estado-limite (64%) tinham estilos de vinculação inseguros ambivalentes. Sperling, Sharp e Fishler (1991) compararam jovens adultos com diagnóstico de perturbação estado-limite da personalidade e jovens adultos de uma população dita normativa que frequentavam a universidade e tinham aproximadamente a mesma idade, género e estatuto socioeconómico, quanto ao padrão de vinculação. Deste modo, concluíram que os jovens diagnosticados com PELP apresentavam, predominantemente, estilos inseguros de vinculação, o que não acontecia na outra amostra.

O estilo de vinculação ambivalente define os indivíduos que desejam a proximidade e a intimidade na relação com o outro, mas que, simultaneamente, se sentem desconfortáveis com a excessiva proximidade, temendo o sentimento de dependência. Nele são também comuns a necessidade de aprovação do outro, o medo de rejeição, a zanga e a desconfiança (Agrawal, Gunderson, Holmes, & Lyons-Ruth, 2004). Todos estes estudos revelam a associação entre o diagnóstico de perturbação estado-limite da personalidade e dimensões predominantemente inseguras da vinculação (Barone, 2003; Fonagy et al., 1996; Gunderson, 1996; Rosenstein & Horowitz, 1996; Sperling, Sharp, & Fishler, 1991). Fossati e colaboradores (2001) encontraram correlações fortemente significativas entre os pacientes borderline e todas as dimensões inseguras da vinculação – preocupação, desconforto face à proximidade, necessidade de aprovação e reconhecimento pelo outro, relações sentidas como secundárias (resultados encontrados quando comparados com adultos diagnosticados com outras perturbações da personalidade).

Por seu turno, Holmes (2003, 2004) enfatiza o papel de uma vinculação desorganizada na patologia borderline. Segundo este autor, o prestador de cuidados da criança apresenta situações traumáticas não resolvidas e elaboradas inibindo-o de cuidar ele próprio de um outro, uma vez que estas memórias são reactivadas e

bloqueiam as suas acções, dando origem a uma descontinuidade do afecto no seu mundo interior. Deste modo, este encontra-se indisponível enquanto base segura, adoptando os mais variados comportamentos que se apresentam na sua maioria disfuncionais. Concluindo, para Holmes o padrão desorganizado de vinculação apresentar-se-ia como uma resposta patológica a um prestador de cuidados inadequado.

#### **4. Objectivos.**

Este estudo pretende-se exploratório/descritivo e apresenta os seguintes objectivos:

- I)** Descrever o funcionamento estado-limite em adolescentes com diagnóstico de perturbação da personalidade, seguidos em consulta de pedopsiquiatria;
- II)** Observar possíveis manifestações da Perturbação Estado-limite da Personalidade na adolescência, tendo em conta o seu carácter polimorfo;
- III)** Avaliar a percepção que os adolescentes apresentam quanto ao seu tipo de vinculação;
- IV)** Avaliar a percepção que os prestadores de cuidados apresentam quanto ao tipo de vinculação dos adolescentes;
- V)** Avaliar a organização da personalidade de acordo com a percepção dominante da vinculação – segura, ansiosa/ambivalente e evitante.

Deste modo, esperam-se encontrar diferentes manifestações da Perturbação Estado-limite da Personalidade na amostra de adolescentes, dado o carácter polimorfo e a pluralidade de sintomas encontrada nesta psicopatologia.

Espera-se, ainda, encontrar uma percepção predominantemente insegura da vinculação na amostra de adolescentes borderline, dada a instabilidade das relações interpessoais que estabelece.

Embora os adolescentes possuam todos o mesmo diagnóstico, esperam-se encontrar manifestações clínicas e sintomáticas diferentes entre os três estilos de vinculação percebidos na amostra de adolescentes, uma vez que estes encerram, em si mesmos, características distintas.

## METODOLOGIA

### 1. Amostra

Participaram no estudo quarenta e seis adolescentes, tendo sido excluídos seis, dois por desistência e quatro porque não preencheram os critérios necessários à realização do diagnóstico na entrevista de Mary Zanarini (CI-BPD). Assim, a amostra final é constituída por quarenta adolescentes – nove do sexo masculino e trinta e um do sexo feminino – com idades compreendidas entre os quinze e os dezoito anos ( $\mu^{\text{idades}}=16$  anos), tendo a maioria dos jovens 15 anos (40%,  $n=16$ ) (Tabela1). Todos os indivíduos apresentam um quadro clínico de Perturbação Estado-limite da Personalidade de acordo com os critérios do DSM-IV, frequentando duas unidades pedopsiquiátricas em contexto hospitalar, geograficamente situadas, uma na região Sul do Tejo e outra na área da grande Lisboa. Foram excluídos deste estudo todos os adolescentes borderline com défices cognitivos, que revelassem comprometimento significativo das suas capacidades intelectuais. Foram ainda retirados da amostra aqueles que beneficiavam de intervenção psicoterapêutica há mais de seis meses ou, no caso de acompanhamentos mais longos, aqueles que realizaram mais de vinte e quatro consultas (número total de consultas esperado em seis meses de intervenção com periodicidade semanal). Todos os participantes apresentavam o quadro sintomático há pelo menos dois anos.

A amostra de prestadores de cuidados é constituída por doze elementos do sexo masculino e trinta e nove do sexo feminino ( $N=51$ ), sendo a média de idade igual a 44 anos (vd. Anexo A). Os cuidadores são na sua maioria pais, contudo aqueles que não o são, constituem-se como figuras de referência para estes jovens, estando presentes nas suas vidas em fases muito precoces do desenvolvimento.

A Amostragem é não-probabilística, obtida por conveniência, uma vez que todos os participantes adolescentes têm o mesmo diagnóstico.

Tabela 1. – Idade dos Adolescentes

Idade	Adolescentes		
	<i>n</i>	%	<i>Média</i>
15	16	40,0	16,1
16	11	27,5	
17	6	15,0	
18	7	17,5	

## 2. Delineamento

Estudo de tipo descritivo e exploratório que pretende descrever e analisar o quadro semiológico da Perturbação Estado-limite da Personalidade em jovens adolescentes, contemplando possíveis manifestações desta psicopatologia, dado o carácter polissintomático e polimorfo da mesma. Num segundo momento, pretende avaliar a percepção do tipo de padrão de vinculação que os participantes apresentam, assim como as percepções da vinculação que os prestadores de cuidados apresentam face aos seus filhos. A metodologia utilizada é quantitativa, o que se adequa a estudos com um maior número de participantes.

## 3. Instrumentos

Neste estudo foram utilizados três instrumentos distintos. O primeiro é a *Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder* (CI-BPD) de Mary C. Zanarini (2003), a qual permite a confirmação do diagnóstico de Perturbação Estado-limite da Personalidade. De forma a compreendermos os traços de personalidade que emergem nesta psicopatologia e, especificamente na adolescência, foi aplicado o *Millon Adolescent Clinical Inventory* (MACI) de Theodore Millon (1993). O último instrumento a ser aplicado foi o *Inventário sobre Vinculação para a Infância e Adolescência* (IVIA) de Mariana Carvalho, Isabel Soares & Américo Baptista (2006). Este permite-nos avaliar a percepção do tipo de padrão de vinculação que o adolescente apresenta e a percepção que os seus pais ou prestadores de cuidados têm do mesmo. Por fim, foram recolhidas as variáveis de caracterização da amostra de adolescentes e progenitores.

### **3.1- *Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder (CI-BPD), Mary C. Zanarini (2003)***

Entrevista semi-estruturada que tem como objectivo confirmar o diagnóstico de Perturbação Estado-limite da Personalidade em crianças no período da latência e adolescentes. A sua estrutura é baseada nos critérios de diagnóstico desenvolvidos pelo DSM-IV para esta psicopatologia. Assim, o adolescente tem que ter no mínimo cinco dos nove critérios enunciados – zanga intensa e inapropriada, instabilidade afectiva, sentimentos crónicos de vazio, perturbação da identidade, ideação paranóide ou sintomas dissociativos severos, sentimentos de abandono, comportamentos suicidas ou auto-mutilantes, impulsividade marcada em pelo menos duas áreas autolesivas e padrão instável de relações interpessoais. A sua cotação pretende

averiguar se os critérios se encontram definitivamente presentes, provavelmente presentes ou ausentes. Para que a sua utilização fosse possível, tornou-se necessária a sua tradução para a língua portuguesa (vd. Anexo B).

### **3.2 - *Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI), Theodore Millon (1993)***

O MACI foi desenvolvido com o intuito de substituir o MAPI (Inventário de Personalidade para Adolescentes de Millon), questionário dividido em duas formas – a primeira designada MAPI-C (clínico) desenhado para auxiliar os técnicos de saúde mental na avaliação de adolescentes com perturbações emocionais e do comportamento, podendo ajudar no processo diagnóstico e na estruturação da intervenção terapêutica; a segunda forma denominada MAPI-G (guia/orientação) utilizado em contextos escolares de forma a fornecer uma maior compreensão da personalidade adolescente e a identificar melhor os alunos que podiam beneficiar de apoio psicológico.

No entanto, muitos profissionais que tinham utilizado o MAPI-C durante um período de dez anos, pediam o melhoramento deste inventário através da adição de escalas que contemplassem síndromes como a depressão, a ansiedade, o abuso de substâncias e a delinquência, entre outras.

Assim, assistia-se à necessidade do desenvolvimento de um novo instrumento que reforçasse as suas características psicométricas, que ampliasse a sua utilização em contexto clínico, que acompanhasse as investigações e o desenvolvimento de teorias descritas na literatura e que se coordenasse com as revisões mais actuais da classificação diagnóstica do DSM.

Deste modo, o MACI foi construído com a finalidade de ajudar técnicos de saúde mental a identificar, avaliar, prevenir e compreender uma grande variedade de problemáticas psicológicas típicas dos adolescentes. Ao avaliar os pontos fortes assim como as debilidades, o MACI pode ajudar o clínico a aumentar o potencial do adolescente, podendo intervir profissionalmente, baseado numa visão ampla das características da personalidade em vez de se focar unicamente nas áreas mais problemáticas do sujeito.

Este instrumento é constituído por 160 itens, quarenta e nove dos quais foram exportados do MAPI e 111 foram introduzidos pela primeira vez. O MACI foi construído a pensar especificamente na população adolescente, adoptando uma linguagem acessível aos jovens e tratando temas que se revelam preocupações e experiências dos mesmos. Este facto diferencia-o de outros inventários clínicos utilizados principalmente com população adulta. Este inventário adapta-se a um nível de leitura

do 6º ano (nível de escolaridade correspondente aos 12/ 13 anos) o que implica que a maioria dos adolescentes consiga completá-lo em aproximadamente vinte minutos.

Este instrumento inclui quatro novas escalas – Pessimista (que reflecte segundo o DSM-IV a nova personalidade depressiva), Rude (que representa a personalidade sádica do DSM-III-R), Autopunitivo (semelhante à personalidade autodestructiva do DSM-III-R) e a Tendência Limite que indica a possibilidade do adolescente desenvolver uma perturbação da personalidade grave. Foi adicionada uma nova escala nas preocupações expressas designada Abusos na Infância dada a crescente importância deste fenómeno na avaliação da personalidade. Adicionaram-se várias escalas que permitem identificar e quantificar diversas síndromes clínicas típicas do Eixo I. Desenvolveram-se especificamente para o MACI novas escalas de síndromes clínicas – Transtornos alimentares, Inclinação ao abuso de substâncias, Sentimentos de Ansiedade, Afecto Depressivo e Tendência ao Suicídio.

Actualmente é constituído por 160 itens que se agrupam em 31 escalas. Estas escalas organizam-se segundo três grandes áreas: protótipos de personalidade, preocupações expressas e síndromes clínicos. Os protótipos de personalidade agrupam-se nas subescalas – introvertido, inibido, pessimista, submisso, histriónico, egocêntrico, rebelde, rude, conformista, opositorista, autopunitivo e tendência limite. As preocupações expressas agrupam-se em difusão da identidade, desvalorização de si mesmo, desagrado com o próprio corpo, incómodo face ao sexo, insegurança com o grupo de pares, insensibilidade social, discordância familiar e abusos na infância. Por fim, das síndromes clínicas fazem parte as perturbações da alimentação, a inclinação ao abuso de substâncias, a predisposição para a delinquência, a propensão para a impulsividade, os sentimentos de ansiedade, o afecto depressivo e a tendência ao suicídio. Todas as subescalas são consideradas patológicas a partir do momento que atingem um valor igual ou superior a 60.

O MACI não deve ser aplicado a jovens de uma população normativa, sendo a sua utilização destinada a descrever as características de jovens com perturbações psicológicas. A sua utilização em contextos normativos cinge-se à exploração de jovens em risco de desenvolver doença psiquiátrica ou em contextos de profunda vulnerabilidade social.

Neste estudo foi utilizada a tradução portuguesa experimental de Alexandra Anciães (2004) a partir da adaptação Espanhola de Gloria Aguirre Llagostera (2004), estando a sua adaptação à população portuguesa a realizar-se de momento (vd. Anexo C).

### **3.3- Inventário sobre Vinculação para a Infância e Adolescência (IVIA), Mariana Carvalho, Isabel Soares & Américo Baptista (2006)**

Este instrumento permite-nos avaliar os comportamentos de vinculação na infância e na adolescência, tendo sido desenvolvido com base nos modelos teóricos de Bowlby (1969; 1973, 1980 cit. por Carvalho, 2007), Ainsworth e colaboradores (1978 cit. por Carvalho, 2007). Foram assim desenvolvidas duas versões do mesmo questionário – a versão de auto-avaliação preenchida pela criança ou adolescente e a versão de hetero-avaliação destinada aos pais ou prestadores de cuidados do menor.

As suas qualidades psicométricas foram estudadas numa amostra não clínica constituída por 577 crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os sete e os dezassete anos, que frequentavam o ensino público. Inicialmente, a escala tinha oitenta e um itens, dos quais, após avaliada a sua validade, foram eliminados dezassete, sendo posteriormente reduzida a vinte e quatro. Os resultados obtidos nas análises factoriais exploratórias confirmaram a estrutura interna tridimensional, representando as dimensões de vinculação segura, vinculação insegura ansiosa/ambivalente e vinculação insegura evitante.

Esta medida é actualmente composta por trinta e sete itens, mas apenas vinte e quatro são considerados na sua cotação. Estes vinte e quatro itens são tripartidos pelas três dimensões da vinculação, apresentando cada uma oito itens, com um formato de resposta numa escala de tipo Likert de cinco pontos (1 = Nunca; 5 = Sempre). O IVIA permite obter um resultado para cada uma das dimensões que o compõem; vinculação segura (itens: 8, 10, 15, 16, 17, 31, 32 e 33), ansiosa/ambivalente (itens: 4, 9, 11, 18, 22, 29, 30 e 37) e evitante (itens: 1, 2, 3, 13, 19, 21, 24 e 28); através do somatório das respostas dos participantes aos itens correspondentes a cada dimensão ( $\Sigma = \{8 \text{ a } 40\}$ ). Um score mais elevado reflecte uma maior frequência de comportamentos e representações da vinculação avaliados numa dimensão. Os diversos indicadores de fidelidade calculados mostraram-se adequados, suportando a avaliação de um construto tridimensional parcialmente correlacionado. A análise da sua validade revela independência entre as dimensões avaliadas.

Os itens que constituem a dimensão de vinculação segura medem características relacionadas com a confiança, a procura de ajuda, a auto-revelação e a procura de proximidade. Já os itens relativos às dimensões da vinculação insegura medem características que denotam o medo de abandono/rejeição, as expectativas negativas e a necessidade de independência numa postura evitante.

Através da correlação entre as respostas do IVIA e os resultados obtidos num questionário que media a desejabilidade social, concluiu-se que na versão de auto-

avaliação este indicador não era elevado, ao contrário do que acontecia na versão de hetero-avaliação preenchida pelos progenitores. Deste modo, o IVIA constitui-se com um método fidedigno e válido na avaliação da vinculação para a infância e adolescência, sendo consistente na observação de um estilo ou de uma orientação interpessoal geral, no estabelecimento de vínculos com os progenitores e com os pares (vd. Anexo D).

### **3.4 – Variáveis de Caracterização da Amostra**

De forma a caracterizar a amostra de adolescentes e a amostras de prestadores de cuidados elaborou-se um inventário baseado na literatura revista, nas conversas com os técnicos envolvidos, e no manual diagnóstico DSM-IV-TR. Os dados obtidos em questões colocadas aos adolescentes e suas famílias foram completados pelos técnicos que os acompanhavam, sendo estes: o género; a idade; o nível de escolaridade e o número de reprovações ou ausência das mesmas; o motivo do pedido e os sintomas manifestos na primeira consulta; o tipo e a duração da intervenção psicoterapêutica; a ausência ou presença de internamentos psiquiátricos; a prescrição ou não de medicação pedopsiquiátrica; a tipologia familiar e os acontecimentos de vida significativos, que pudessem ter sido particularmente difíceis, podendo ter influenciado o desenvolvimento psicoafectivo do adolescente. Os motivos do pedido e os sintomas contemplados são descritos pelo DSM-IV como frequentes nesta psicopatologia e essenciais à realização do seu diagnóstico. Os motivos abrangidos foram a auto-agressividade, a hetero-agressividade, os comportamentos de risco, a perturbação do sono, a labilidade emocional, a impulsividade, o isolamento social e as dificuldades escolares. Os sintomas incluídos foram os actos impulsivos em áreas potencialmente autolesivas, os comportamentos suicidas e/ou auto-mutilantes, a instabilidade afectiva com reactividade marcada do humor e a raiva intensa. Os acontecimentos de vida significativos foram, numa fase inicial, definidos através da literatura e posteriormente ajustados, de acordo com a incidência verificada na amostra, sendo estes: morte de figura significativa; separação prolongada de um ou de ambos os prestadores de cuidados; separação ou divórcio dos pais; abandono de um ou de ambos os progenitores; suspeita ou abuso sexual; emigração/imigração de um ou de ambos os progenitores; mudança sucessiva de residência; violência doméstica, maus-tratos ou negligência; alcoolismo e/ou toxicodependências de familiares próximos; doenças física/psiquiátricas do próprio ou de figuras significativas; nenhum.

Posteriormente, foram questionadas as variáveis que caracterizam a amostra dos pais ou dos prestadores de cuidados. Deste inventário fazem parte as seguintes

variáveis: género, habilitações literárias, profissão, estado civil, tipologia familiar, antecedentes psiquiátricos, internamentos psiquiátricos e acontecimentos de vida significativos (os mesmos contemplados para a amostra de adolescentes, dizem respeito a uma face inicial da sua vida – infância/adolescência) (vd. Anexo E).

#### **4. Procedimento**

Em primeiro lugar foram enviados os Termos de Consentimento aos Serviços de Pediatria e, posteriormente reenviados às Comissões de Ética de cada Instituição Hospitalar (vd. Anexo F). Neles, propunha-se a recolha de questionários nas Unidades de Pedopsiquiatria, sendo uma delas o local onde o examinador se encontrava em estágio académico. Depois de cedidas as autorizações das instituições procedeu-se à selecção dos adolescentes, tendo sido utilizados os seguintes critérios:

- Todos os adolescentes teriam o diagnóstico de Perturbação Estado-limite da Personalidade realizado pelo técnico (Psicólogo ou Pedopsiquiatra) que os acompanhavam;

- O adolescente não poderia apresentar Défice Cognitivo, de modo a que as suas funções intelectuais não estivessem comprometidas e fosse possível o entendimento da entrevista e dos questionários aplicados;

- O trabalho psicoterapêutico desenvolvido não poderia exceder a duração máxima de seis meses ou, caso os acompanhamentos efectuados se verificassem de longa duração, estes não deveriam exceder um máximo de vinte e quatro consultas realizadas (número total de consultas esperado em seis meses de intervenção com periodicidade semanal), de modo a que ainda não se pudessem verificar alterações significativas no funcionamento mental do adolescente;

- Os sintomas e as queixas deveriam estar presentes há pelo menos dois anos, de modo a que se verificasse a estabilidade e a persistência de padrões disfuncionais de personalidade e se cumprissem os requisitos propostos pelo DSM-IV-TR;

- Todos os adolescentes teriam idades compreendidas entre os quinze e os dezanove anos, de forma a que o diagnóstico fosse mais claro e a análise de dados facilitada.

Posteriormente foram pedidos aos pais e aos adolescentes consentimento para a participação voluntária na investigação (vd. Anexo G). Os objectivos gerais do estudo

foram devidamente explicados, todas as dúvidas levantadas foram respondidas, sendo garantidos o anonimato e a confidencialidade da informação recolhida. Foi esclarecido que as suas participações seriam voluntárias e, por isso, não lhes seriam atribuídas quaisquer recompensas. Foi igualmente definido que caso não se sentissem desconfortáveis poderiam, em qualquer altura, retirar o seu consentimento.

Dada a inconstância na assiduidade às consultas, foi pedida aos técnicos autorização para que fossem realizados contactos telefónicos com as respectivas famílias. Após autorização, foram efectuados os contactos e explicados os pressupostos da investigação aos encarregados de educação, reforçando que a sua participação seria voluntária, anónima e confidencial. Em seguida combinaram-se encontros entre o examinador e as respectivas famílias, na maioria dos casos, no seu local de residência em horário pós-laboral e definido pelos participantes.

Procedeu-se à recolha de dados referente às variáveis de caracterização da amostra de adolescentes e dos respectivos encarregados de educação. Em seguida, realizou-se a aplicação dos instrumentos pela seguinte ordem – *Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder* (CI-BPD) de Mary Zanarini (2003), *Millon Adolescent Clinical Inventory* de Millon (1993), cuja tradução portuguesa experimental é de Alexandra Anciães (2004) e *Inventário sobre Vinculação para a Infância e Adolescência* de Mariana Carvalho, Isabel Soares e Américo Baptista (2006). A aplicação dos instrumentos foi realizada em separado, de modo a que ambos os participantes se sentissem o mais confortáveis possível. Caso após a cotação da entrevista o adolescente não preenchesse o mínimo de critérios obrigatórios para a realização do diagnóstico, este seria automaticamente excluído do estudo (situação verificada em quatro casos). A recolha de dados levou, aproximadamente, entre duas a três horas para cada adolescente, sendo a participação do encarregado de educação menor, não excedendo os vinte minutos. A amostra final ficou constituída por quarenta adolescentes e cinquenta e um prestadores de cuidados.

Realizada a recolha, procedeu-se à análise estatística dos dados utilizando-se o software informático SPSS (Statistical Package for Social Science) 15.0 Base Windows, complementada pela leitura do manual desenvolvido por Maroco (2007).

Através deste, efectuou-se uma análise descritiva para a caracterização da amostra e dos resultados obtidos nas provas instrumentais assim como a análise dos factores em estudo.

## RESULTADOS

### *Variáveis Sócio-demográficas:*

Das variáveis sócio-demográficas é possível observar que: o nível de escolaridade distribui-se maioritariamente (52,5%) entre o 7º, 8º e 9º anos, correspondentes ao Terceiro Ciclo, seguindo-se os anos relativos ao Ensino Secundário (10º, 11º e 12º), numa percentagem que não atinge mais que 35% (vd. Anexo H). Dos 40 adolescentes que participaram neste estudo 17, 5% teve uma reprovação, 27,5% duas reprovações e 20% três ou mais. Isto significa que 65% da amostra juvenil teve pelo menos uma reprovação (n=26) (vd. Anexo I).

Quanto à tipologia familiar verifica-se que 40% dos adolescentes vivem em famílias nucleares, o que nos indica que 60% dos indivíduos apresentam outras constelações familiares, sendo a mais expressiva a monoparental com a mãe (30%) (Tabela 2).

Tabela 2. – Tipologia Familiar da Amostra de Adolescentes.

<b>Tipologia Familiar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nuclear	16	40,0
Monoparental com a mãe	12	30,0
Monoparental com o pai	2	5,0
Reconstruída	5	12,5
Adoptiva	1	2,5
Instituição de Acolhimento	2,5	2,5
Outros familiares – avós, tios	3	7,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Posteriormente foi averiguado se os adolescentes que viviam em famílias não nucleares (n=24) viam ou não o pai e a mãe com regularidade. Da sua análise estatística denota-se que 70,8% vê a mãe com regularidade, contudo apenas 16,7% vê o pai regularmente. Assim, 37,5% não vê o pai regularmente, isto é, num período de tempo semanal, quinzenal ou mensal; 16,7% não vê o pai dado o seu falecimento e 29, 2% não vê o pai porque foi alvo de um abandono (Tabela 3). Deste modo, do universo de 24 jovens que vive em outras tipologias familiares que não a nuclear, 83,3% não vê o pai com frequência.

Tabela 3. – Regularidade com que os jovens de tipologia familiar não nuclear vêem os pais.

	<b>Mãe</b>		<b>Pai</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Sim</i>	17	70,8	4	16,7
<i>Não*</i>	3	12,5	9	37,5
<i>Falecido</i>	2	8,3	4	16,7
<i>Abandono</i>	2	8,3	7	29,2
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

\*não vê o filho num período semanal, quinzenal ou mensal.

Na amostra de prestadores de cuidados verifica-se que 31,4% tem o terceiro ciclo completo, correspondente ao 9º ano de escolaridade e 27,5% da amostra tem o Ensino Secundário (10º, 11º e 12º).

Relativamente à profissão observa-se que 47,1% da amostra pertence ao Pessoal Administrativo, dos Serviços e Vendedores, seguindo-se com 27,5% Trabalhadores não qualificados. Referente ao estado civil, 83,3% dos prestadores de cuidados do sexo masculino, que participaram no estudo, encontra-se casado enquanto que na amostra de cuidadoras 53,8% está casada e 30,8% encontra-se divorciada ou separada.

Quanto à tipologia familiar dos cuidadores, enquanto jovens, denotamos que estes viveram em 91,7% dos casos em famílias nucleares, sendo que os restantes 8,3%, (correspondentes a apenas um indivíduo) viveu numa família monoparental com a mãe. Na amostra de mães, 64,1% teve uma família nuclear e 28,2% viveu numa família monoparental com a mãe (vd. Anexo A)

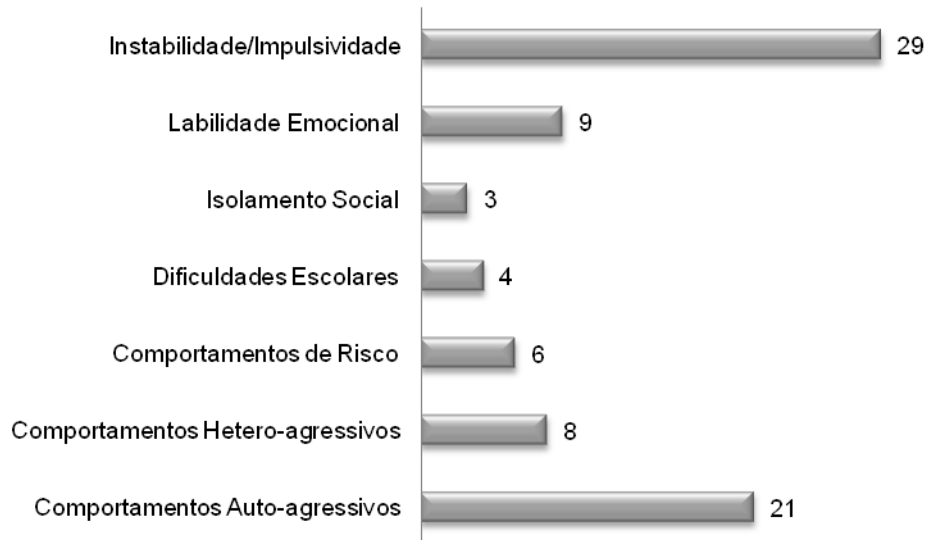
#### *Seguimento Terapêutico:*

Relativamente ao seguimento terapêutico, 45% dos adolescentes tem consultas pedopsiquiátricas (n=18), 35% consultas pedopsiquiátricas e psicológicas (n=14), e 20% consultas psicológicas (n=8). A duração do seguimento é em 55% dos casos este inferior a 6 meses (n=22), sendo que 45% dos jovens são seguidos há mais de 6 meses com um número total de consultas inferior ou igual a 24 (vd. Anexo J).

Foram posteriormente analisados os motivos que levaram o adolescente a uma consulta de pedopsiquiatria, lembrando que para cada um dos adolescentes foram considerados dois motivos principais. Deste modo verificou-se que os motivos de

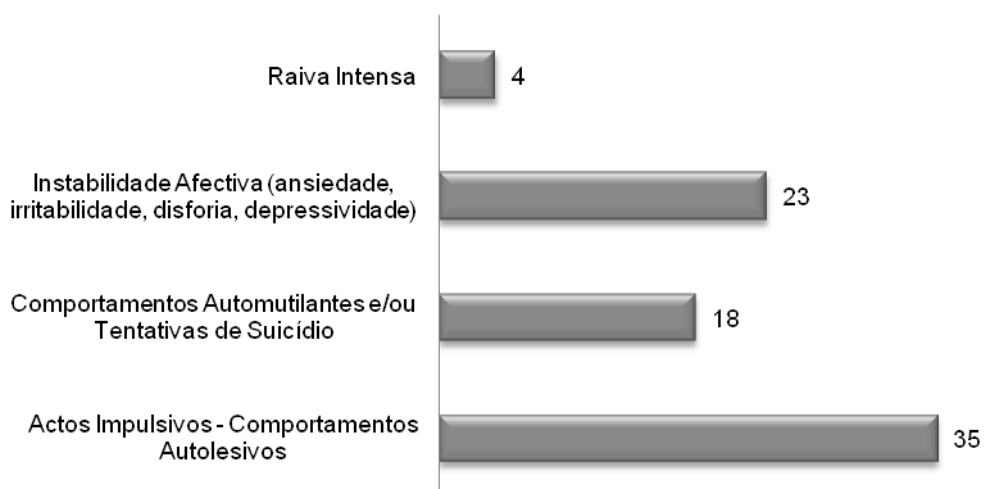
pedido de consulta mais frequentes na amostra são a instabilidade/impulsividade (n=29) e os comportamentos auto-agressivos (n=21). (Figura 1).

Figura 1. Gráfico de Frequências – Motivos dos Pedidos de Consulta



De forma a compreendermos quais os sintomas que estes adolescentes apresentavam à data da primeira consulta, analisámos a frequência dos mesmos na amostra, e, à semelhança do que acontece com a variável anteriormente descrita, foram considerados os dois principais sintomas para cada jovem. Assim, os mais frequentes são os actos impulsivos (comportamentos autolesivos) presentes em 35 indivíduos e a instabilidade afectiva (ansiedade, irritabilidade, disforia, depressividade) em 23 sujeitos (Figura 2).

Figura 2. Gráfico de Frequências – Sintomas presentes à data da 1ª consulta numa Unidade de Pedopsiquiatria.



Por fim, verificámos que para 80% dos adolescentes foi prescrita medicação psiquiátrica (n=32) e que 40% da amostra de jovens teve pelo menos um internamento psiquiátrico (n=16) (vd. Anexo J).

#### *Antecedentes Psiquiátricos dos Pais:*

Para todos os adolescentes verificámos se os pais tinham ou não algum tipo de acompanhamento psiquiátrico. Assim, observámos que 60% das mães (n=24) possuem antecedentes psiquiátricos, 35% (14) não e em 5% dos casos (n=2) esta informação é desconhecida. Quanto aos pais verifica-se que 12,5% apresenta acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico (n=5), 57,5% não (n=23) e para 30% dos pais (n=12) este facto é desconhecido. Destes apenas 5,9% teve pelo menos um internamento psiquiátrico (n=3), todos eles do sexo feminino (vd. Anexo K).

#### *Acontecimentos de Vida Significativos:*

Dos 40 adolescentes que constituem a amostra, apenas três afirmam não ter passado por nenhum acontecimento de vida significativo com prevalência negativa e potencialmente traumático.

O acontecimento de vida mais frequente é o Abandono por parte de um ou de ambos os progenitores, verificado em 10 adolescentes. A separação/divórcio dos pais e a morte de uma figura de referência são observados em 9 adolescentes; a presença de doenças do próprio ou de familiares próximos encontra-se em 8 adolescentes; a suspeita ou tentativa de abuso sexual e a separação prolongada de um ou de ambos os prestadores de cuidados é relatada em 6 adolescentes; a violência doméstica ou negligência e o abuso de álcool ou de drogas por parte de um familiar próximo são mencionados por 4 adolescentes; as sucessivas mudanças de residência apresentam-se em apenas 2 adolescentes; e a emigração/imigração, de um ou de ambos os prestadores de cuidados, figura num único adolescente (vd. Anexo L).

#### *Análise descritiva – Personalidade em Adolescentes com Diagnóstico PELP:*

Para que a análise dos resultados obtidos no Inventário de Personalidade – MACI – fosse possível, foram determinados os valores médios obtidos pela amostra em cada uma das subescalas que compõem o teste. Deste modo, foram analisados três grandes grupos: os traços de personalidade, as preocupações expressas e as síndromes clínicas (vd. Anexo M).

### 1) Traços de Personalidade:

Tendo em conta a ponderação entre os valores médios e os desvios-padrão, os traços de personalidade com valores mais elevados são o Rebelde, o Rude, o Opositorista e a Tendência Limite (Tabela 4). O traço menos elevado é o Conformista.

Tabela 4. Valores Médios Amostrais nas subescalas que compõem os Traços de Personalidade.

<i><b>Traços de Personalidade</b></i>	<i><b>Média</b></i>	<i><b>Desvio-padrão</b></i>	<i><b>N</b></i>
<i>Introvertido</i>	54,8750	23,29431	
<i>Inibido</i>	46,8000	21,38080	
<i>Pessimista</i>	58,9750	17,95791	
<i>Submisso</i>	42,6750	31,38135	
<i>Histriónico</i>	46,4000	29,76472	
<i>Egocêntrico</i>	50,9000	27,88971	40
<i>Rebelde</i>	<b>68,1500</b>	<b>22,12963</b>	
<i>Rude</i>	<b>65,9000</b>	<b>22,51,359</b>	
<i>Conformista</i>	29,4750	20,45882	
<i>Opositorista</i>	<b>69,6250</b>	<b>18,60340</b>	
<i>Autopunitivo</i>	57,2000	17,38434	
<i>Tendência Limite</i>	<b>63,1750</b>	<b>18,42920</b>	

### 2) Preocupações Expressas:

Nesta categoria verifica-se que os valores médios mais elevados correspondem às subescalas Difusão da Identidade, Discordância Familiar e Abusos na infância. A subescala com valor menos elevado é Incómodo Face ao Sexo (Tabela 5).

Tabela 5. Valores Médios Amostrais nas subescalas que compõem as Preocupações Expressas.

<i><b>Preocupações Expressas</b></i>	<i><b>Média</b></i>	<i><b>Desvio-padrão</b></i>	<i><b>N</b></i>
<i>Difusão da Identidade</i>	<b>70,1750</b>	<b>19,82861</b>	
<i>Desvalorização de Si Mesmo</i>	63,3250	23,64414	
<i>Desagrado com o Próprio Corpo</i>	54,8000	22,45817	
<i>Incómodo Face ao Sexo</i>	31,4250	21,08212	
<i>Insegurança com o Grupo de Pares</i>	54,6000	25,36179	40
<i>Insensibilidade Social</i>	65,7500	32,08942	
<i>Discordância Familiar</i>	<b>69,7750</b>	<b>16,75998</b>	
<i>Abusos na Infância</i>	<b>66,9250</b>	<b>19,29579</b>	

### 3) Síndromes Clínicas:

Nas Síndromes Clínicas os valores médios com maior expressividade dizem respeito às subescalas Abuso de Substâncias e Propensão à Impulsividade. Na subescala Predisposição para a Delinquência o valor médio parece também ele significativo, contudo o desvio-padrão por ela apresentado é elevado, devendo haver precauções na sua análise. O valor com menor elevação corresponde à subescala Sentimentos de Ansiedade (Tabela 6).

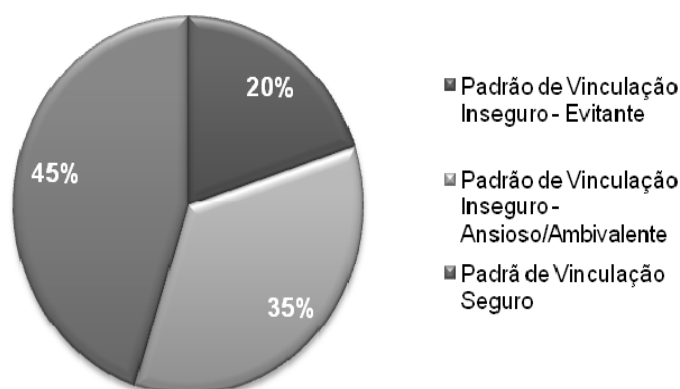
Tabela 6. Valores Médios Amostrais nas subescalas que compõem as Síndromes Clínicas.

<b>Síndromes Clínicas</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>N</b>
<i>Perturbações Alimentares</i>	56,1250	17,81412	
<i>Abuso de Substâncias</i>	<b>73,5250</b>	<b>18,29108</b>	
<i>Predisposição para a Delinquência</i>	<b>66,2250</b>	<b>28,60651</b>	
<i>Propensão à Impulsividade</i>	<b>76,6500</b>	<b>21,81807</b>	<b>40</b>
<i>Sentimentos de Ansiedade</i>	41,6750	28,47436	
<i>Afectos Depressivos</i>	59,0000	23,78429	
<i>Tendência ao Suicídio</i>	57,5000	15,69746	

#### *Análise Descritiva da Percepção da Vinculação na Amostra de Adolescentes:*

Analisando a forma como o jovem percebe o seu estilo de vinculação verificou-se que 45% (n=18) corresponde a vinculação segura e 55% (n=22) a estilos inseguros de vinculação, sendo que 20% (n=8) equivale a um padrão inseguro evitante e 35% (n=14) a um padrão ansioso/ambivalente (Figura 3).

Figura 3. Percepção da Vinculação na Amostra de Adolescentes (IVIA- Auto-avaliação)



Como referido anteriormente, o IVIA apresenta duas versões, uma de auto-avaliação preenchida pelos adolescentes e outra de hetero-avaliação destinada aos prestadores de cuidados. Deste modo, o instrumento foi aplicado, em separado, aos pais dos adolescentes, tentando compreender a forma como eles percebem o estilo de vinculação dos filhos. Da amostra de prestadores de cuidados do sexo masculino (n=12), 58,3% (n=7) percebe os filhos com um padrão de vinculação seguro, 25% (n=3) ansioso ambivalente e 16,7% (n=2) evitante. Das mães (n=39) que participaram no estudo, 41% representa o seu filho com uma vinculação segura (n=16), 35,9% (n=14) ansiosa/ambivalente e 23,1% evitante (n=9) (vd. Anexo N).

Para compreendermos se há ou não discrepância entre pais e filhos quanto às percepções da vinculação procedemos ao cruzamento de variáveis. Assim, verificou-se que em 66,7% (n=8) dos casos o pai discorda do filho quanto à percepção da vinculação, sendo que apenas existe acordo em 33,3% (n=4) e todos eles dizem respeito à dimensão segura da vinculação (Tabela 7). No entanto, dos 40 adolescentes que integram a amostra, apenas 12 progenitores do sexo masculino participaram no estudo, ficando 28 sem efeito.

Tabela 7. Cruzamento de Variáveis. Percepção da vinculação entre pais e filhos.

		Pais (n)			Total
		Vinculação Segura	Vinculação Ansiosa/ambivalente	Vinculação evitante	
Adolescentes (n)	Vinculação Segura	4 (33,3%)	2 (16,7%)	2 (16,7%)	8 (66,7%)
	Vinculação Ansiosa/Ambivalente	3 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (25%)
	Vinculação evitante	0 (0%)	1 (8,3%)	0 (0%)	1 (8,3%)
Total		7 (58,3%)	3 (25%)	2 (16,7%)	12 (100%)

O mesmo procedimento foi utilizado para compreender a correspondência entre mães e filhos quanto à percepção da vinculação. Das 39 mães que integram este estudo 46,1 % (n=18) está de acordo com os seus filhos quanto ao padrão de vinculação, enquanto 53,9% (n=21) encontra-se em desacordo, registando-se as maiores discrepâncias na dimensão segura da vinculação. Assim, 9 mães percebem os seus filhos com vinculações inseguras quando estes se percebem seguros (23,1%) e 8 filhos acham-se inseguros enquanto as mães os acham seguros (20,6%) (Tabela 8).

Tabela 8. Cruzamento de Variáveis. Percepção da vinculação entre mães e filhos.

		Mães (n)			Total
		Vinculação Segura	Vinculação Ansiosa/ambivalente	Vinculação evitante	
Adolescentes (n)	Vinculação Segura	8 (20,5%)	4 (10,3%)	5 (12,8%)	17 (43,6%)
	Vinculação Ansiosa/Ambivalente	4 (10,3%)	8 (20,5%)	2 (5,1%)	14 (35,9%)
	Vinculação evitante	4 (10,3%)	2 (5,1%)	2 (5,1%)	8 (20,5%)
<b>Total</b>		<b>16</b> (41%)	<b>14</b> (35,9%)	<b>9</b> (23,1%)	<b>39</b> (100%)

#### Tipologia Familiar e Vinculação:

Ao avaliarmos as tipologias familiares em cada tipo de vinculação verificámos que na dimensão segura 55,6% dos indivíduos vive em famílias nucleares, o que não acontece em 44,4% dos adolescentes. Na dimensão ansiosa/ambivalente observamos que 35,7% das famílias são nucleares e que 64,3% não o são. Por fim, no que respeita à vinculação evitante, constatamos que apenas 12,5% apresenta uma tipologia nuclear, o que nos indica que em 87,5% dos casos a tipologia familiar é outra (Tabela 9).

Tabela 9. Tipologia Familiar em Cada Padrão de Vinculação.

	Vinculação Segura		Vinculação Ansiosa Ambivalente		Vinculação Evitante	
	N	%	N	%	n	%
Nuclear	10	55,6	5	35,7	1	12,5
Monoparental – Mãe	3	16,7	6	42,9	3	37,5
Monoparental – Pai	1	5,6	0	0,0	1	12,5
Reconstruída	1	5,6	3	21,4	1	12,5
Adoptiva	0	0,0	0	0,0	1	12,5
Instituição de Acolhimento	1	5,6	0	0,0	0	0,0
Outros Familiares – avós, tios	2	11,1	0	0,0	1	12,5
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>

Para testarmos se a incidência da percepção da vinculação é ou não independente da tipologia nuclear na amostra de adolescentes, recorremos ao Teste do Qui-

Quadrado. Uma vez que nem todos os pressupostos se verificam ( $N > 20$ ; 100% dos  $E_{ij} > 1$ ; 80% dos  $E_{ij} \geq 5$ ), foram combinadas numa única classe as dimensões inseguras da vinculação de modo a que a frequência esperada aumentasse. Assim, sendo o  $p\text{-value} = 0,069 > \alpha = 0,05$  não rejeitamos a hipótese de que a incidência da percepção da vinculação é idêntica nos adolescentes com famílias nucleares e não nucleares (isto é, a incidência da percepção da vinculação é independente da tipologia nuclear) (vd. Anexo O).

#### *Vinculação e Personalidade:*

Após verificadas as percepções da vinculação na amostra de jovens adolescentes, pareceu-nos importante, através de uma análise descritiva, perceber quais os traços que se elevavam de forma mais significativa no Inventário de Personalidade para cada uma das configurações vinculares.

Assim, à semelhança do que já foi realizado, iremos mostrar os resultados médios obtidos em cada uma das subescalas do MACI, que englobam as dimensões – Traços de Personalidade, Preocupações Expressas e Síndromes Clínicas.

Nos adolescentes cuja percepção da vinculação é segura ( $n=18$ ) os traços de personalidade com maior expressividade são o Rebelde ( $\mu=79,7222$ ;  $\sigma= 21,98611$ ), o Rude ( $\mu= 75,2222$ ;  $\sigma= 19,75603$ ) e o Opositor ( $\mu= 69,5000$ ;  $\sigma= 18,57022$ ). Nas Preocupações Expressas encontramos elevados os valores médios nas subescalas Discórdia familiar ( $\mu=70,3333$ ;  $\sigma= 19,76331$ ) e Insensibilidade Social ( $\mu=74,2778$ ;  $\sigma=28,33166$ ), embora a última possua um desvio-padrão elevado. Nas síndromes clínicas verificamos um aumento dos resultados no Abuso de Substâncias ( $\mu=78,6111$ ;  $\sigma= 17,37523$ ), na Propensão à Impulsividade ( $\mu=84,3333$ ;  $\sigma= 20,34121$ ) e na Predisposição para a Delinquência ( $\mu=77,9444$ ;  $\sigma=23,18588$ ) (vd. Anexo P).

Quanto à vinculação ansiosa/ambivalente verifica-se que nos traços de personalidade há uma maior expressividade das subescalas Opositor ( $\mu= 74,1429$ ;  $\sigma=16,59869$ ), Autopunitivo ( $\mu= 66,5714$ ;  $\sigma= 15,17951$ ) e Tendência Limite ( $\mu=72,2143$ ;  $\sigma=18,31006$ ). No que respeita às preocupações expressas observa-se um aumento na Difusão da Identidade ( $\mu=81,7857$ ;  $\sigma= 17,45843$ ), Desvalorização de Si Mesmo ( $\mu=77,7143$ ;  $\sigma=22,58464$ ), Discórdia Familiar ( $\mu=73,7857$ ;  $\sigma= 12,99218$ ) e Abusos na Infância ( $\mu=72,6429$ ;  $\sigma=16,74059$ ). Nas Síndromes Clínicas as escalas mais elevadas correspondem ao Abuso de Substâncias ( $\mu=70,0714$ ;  $\sigma=16,50391$ ), à Propensão à Impulsividade ( $\mu=78,4286$ ;  $\sigma=15,81486$ ) e aos Afectos Depressivos ( $\mu=70,9286$ ;  $\sigma=23,38791$ ) (vd. Anexo Q).

Por fim, analisando a configuração evitante da vinculação observa-se que os traços de personalidade com maior elevação são o Introverso ( $\mu=69,2500$ ;  $\sigma=20,14767$ ), o Pessimista ( $\mu=66,0000$ ;  $\sigma=20,10686$ ) e o Opositor ( $\mu=62,0000$ ;  $\sigma=21,71898$ ). Nas preocupações expressas os valores médios mais elevados correspondem à Difusão da Identidade ( $\mu=72,6250$ ;  $\sigma=15,41741$ ), à Insegurança com o Grupo de Pares ( $\mu=70,8750$ ;  $\sigma=25,570,28$ ) e aos Abusos na Infância ( $\mu=73,7500$ ;  $\sigma=18,97178$ ). Relativamente às síndromes clínicas verifica-se um aumento dos valores médios nas subescalas Abuso de Substâncias ( $\mu=68,1250$ ;  $\sigma=22,38901$ ), Afectos Depressivos ( $\mu=60,3750$ ;  $\sigma=18,93551$ ) e Tendência ao Suicídio ( $\mu=66,2500$ ;  $\sigma=18,67581$ ) (vd. Anexo R).

De forma a compreendermos se existem diferenças significativas face aos valores anteriormente descritos, no que respeita aos adolescentes com percepção segura, ansiosa/ambivalente e evitante da vinculação, procedemos à análise estatística inferencial, utilizando o teste paramétrico *Anova (one-way)*, uma vez que pretendemos a comparação de médias em mais do que duas amostras independentes ( $n_1, n_2, n_3$ ). Para que isso fosse possível foram validados os pressupostos: a variável dependente possui distribuição normal e há homogeneidade das variâncias (vd. Anexo S).

### Traços de Personalidade.

No que respeita ao traço de personalidade introverso podemos concluir através da *Anova* que há pelo menos duas médias diferentes ( $p=0,007 < \alpha=0,05$ ), pelo que se torna indispensável o uso do teste de *Tukey*. Assim, para uma probabilidade de erro de 5% há diferenças significativas entre os padrões de vinculação seguro e ansioso/ambivalente ( $p=0,039 < \alpha=0,05$ ) e os padrões seguro e evitante ( $p=0,015 < \alpha=0,05$ ). Ao revermos a análise descrita vemos que o valor médio obtido nesta subescala é inferior nos adolescentes com percepção segura da vinculação, aumentando (comparativamente a esta) nos adolescentes com percepções inseguras da vinculação.

Relativamente ao traço de personalidade Pessimista denotam-se, também, diferenças significativas ( $p=0,030$ ) entre os adolescentes com percepção segura da vinculação ( $\mu=50,8333$ ) e os adolescentes com percepção ansiosa ambivalente da vinculação ( $\mu=65,4286$ ) ( $p=0,050 \leq \alpha=0,05$ ).

O traço de personalidade Rebelde regista, também ele diferenças significativas entre pelo menos dois grupos ( $p=0,005 < \alpha=0,05$ ). No teste de *Tukey* verifica-se a existência de diferenças significativas entre os padrões seguro e ansioso ambivalente ( $p=0,040 < \alpha=0,05$ ) e os padrões seguro e evitante ( $p=0,008 < \alpha=0,05$ ). Este valor é

mais elevado nos adolescentes com percepção segura da vinculação ( $\mu=79,7222$ ), diminuindo nos padrões inseguros ansioso/ambivalente ( $\mu=61,9286$ ) e evitante ( $\mu=53,0000$ ).

Para a subescala Rude verificam-se diferenças significativas entre pelos menos duas médias ( $p=0,041 < \alpha=0,05$ ). Assim, verificam-se diferenças significativas ( $p=0,054 \leq \alpha=0,05$ ) entre os sujeitos com percepção segura da vinculação ( $\mu=75,2222$ ) e os com percepção insegura evitante ( $\mu=53,5000$ ). Embora o valor do *p-value* esteja ligeiramente acima do valor de  $\alpha$ , este é ainda considerado como significativo, no entanto, seria necessário aumentar o N da amostra para que a sua análise seja esclarecedora. Para a dimensão Autopunitivo verificam-se diferenças significativas entre pelo menos dois grupos ( $p=0,024 < \alpha=0,05$ ). Deste modo, verificam-se diferenças significativas ( $p=0,018 < \alpha=0,05$ ) entre os adolescentes com percepção segura da vinculação ( $\mu=50,0556$ ) e os adolescentes com percepção ansiosa/ambivalente ( $\mu=66,5714$ ). Uma vez que a variável Tendência Limite não possui distribuição normal ( $p=0,009 < \alpha=0,05$ ), foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, não obtendo diferenças significativas quanto à variável dependente entre os três grupos.

### Preocupações Expressas.

Relativamente à Difusão da Identidade, verifica-se a existência de diferenças significativas ( $p=0,004 < \alpha=0,005$ ) entre os adolescentes com padrão de vinculação seguro ( $\mu=60,0556$ ) e adolescentes com padrão de vinculação ansioso/ambivalente ( $\mu=81,7857$ ), sendo o valor médio dos segundos mais elevado.

Para a subescala Desvalorização de Si Mesmo verificam-se diferenças significativas ( $p=0,005 < \alpha=0,05$ ) entre os indivíduos com percepção segura da vinculação ( $\mu=52,2778$ ) e os adolescentes com vinculação ansiosa/ambivalente ( $\mu=77,7143$ ).

Quanto à Insegurança com o Grupo de Pares verificam-se diferenças significativas ( $p=0,015 < \alpha=0,05$ ) entre os sujeitos com vinculação segura ( $\mu=42,1111$ ) e os indivíduos com vinculação evitante ( $\mu=70,8750$ ). Para as variáveis Discordância Familiar ( $p=0,256 > \alpha=0,05$ ) e Insensibilidade Social ( $p=0,249 > \alpha=0,05$ ) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os três estilos de vinculação.

A variável Abusos na Infância não possui distribuição normal ( $p=0,045 < \alpha=0,05$ ) logo foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, não se verificando diferenças significativas entre os adolescentes seguros, ambivalente e evitantes ( $p=0,166 > \alpha=0,05$ ).

### Síndromes Clínicas.

Na subescala Propensão à Impulsividade observam-se diferenças significativas ( $p=0,006 < \alpha=0,006$ ) entre os padrões de vinculação seguro e evitante e os padrões evitante e ansioso/ambivalente. Como podemos verificar através da análise descritiva o valor médio obtido nesta subescala em indivíduos com percepção segura da vinculação é de 84,3333 e em indivíduos com percepção evitante da vinculação é de 56,2500, já nos indivíduos com percepção ansiosa ambivalente este valor sobe para 78,4286.

Relativamente aos Afectos Depressivos denotam-se diferenças significativas ( $p=0,031 < \alpha=0,05$ ) entre os adolescentes com percepção segura da vinculação ( $\mu=49,1111$ ) e os indivíduos com percepção ansiosa/ambivalente da vinculação ( $\mu=70,9286$ ). Quanto à variável Abuso de Substâncias não se verificaram diferenças significativas entre indivíduos com percepção da vinculação segura, ansiosa/ambivalente e evitante ( $p=0,281 > \alpha=0,05$ ).

A variável Tendência ao Suicídio não possui distribuição normal ( $p=0,009 < \alpha=0,05$ ), logo foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, denotando a ausência de diferenças significativas para os três grupos ( $p=0,094 > \alpha=0,05$ ).

### *Critérios Diagnósticos para a Perturbação Estado-limite da Personalidade na Adolescência – CI-BPD de Mary Zanarini:*

Da cotação da entrevista semi-estruturada de Mary Zanarini verificou-se que os critérios com maior expressividade na amostra são a Instabilidade Afectiva ( $\%=97,5$ ;  $n=39$ ), a Zanga Intensa e Inapropriada ( $\%=85$ ;  $n=34$ ) e a Impulsividade ( $\%=85$ ;  $n=34$ ). Os critérios com menor preponderância são os Comportamentos Automutilantes e/ou Suicidas ( $\%=40$ ;  $n=16$ ), os Sentimentos de Abandono ( $\%=52,5$ ;  $n=21$ ) e os Sentimentos Crónicos de Vazio ( $\%=62,5$ ;  $n=25$ ) (vd. Anexo T).

Para a confirmação do diagnóstico, o adolescente teria que apresentar pelo menos 5 dos 9 critérios presentes. Verificamos que 37,5% ( $n=15$ ) da amostra possui sete critérios diagnósticos, 35% apresenta seis critérios ( $n=14$ ); 15% cinco ( $n=6$ ); 7,5% nove ( $n=3$ ) e 5% oito ( $n=2$ ).

## DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Esta investigação tem o intuito de descrever e caracterizar o funcionamento estado-limite da personalidade no adolescente, pretendendo alargar o conhecimento desta psicopatologia, seus sintomas e características dominantes nesta fase do desenvolvimento, dada a inexistência de uma classificação nosológica clara e sistemática desta perturbação aplicada à adolescência (Meekings & O'Brien, 2004).

Na realização do seu diagnóstico deparamo-nos com a difícil distinção entre sintomas evolutivos normais e transitórios e o quadro grave e polissintomático da PELP, principalmente no que concerne ao período da adolescência, onde são comuns os sintomas depressivos, a ansiedade, a difusão da identidade, a presença de conflitos neuróticos e a activação de mecanismos de defesa primitivos (Kernberg, P., 2003). Além disto, a presença de um padrão de personalidade persistente da PELP dificulta a realização do diagnóstico na adolescência, uma vez que o número de estudos realizados é, ainda, muito reduzido e os seus resultados pouco conclusivos (Lenzenweger, 1999).

Contudo, o DSM-IV-TR permite a realização deste diagnóstico no adolescente desde que o seu padrão seja estável e de longa duração e que os traços de personalidade sejam particularmente desadaptados, globais e persistentes, não estando limitados a uma fase do desenvolvimento ou a um episódio de perturbação no eixo I, observados por pelo menos um ano (APA, 2002, p.687).

No presente estudo verificamos que os Traços de Personalidade Rebelde, Rude, Oposicionista e Tendência Limite se apresentam dominantes (resultados obtidos no MACI – Millon Adolescent Clinical Inventory). Esta configuração de escalas é habitual em adolescentes que adoptam comportamentos hostis, enganadores e explosivos para benefício do próprio ou retaliação do outro. Nestes emergem, com frequência, comportamentos impulsivos, com recurso a manobras *acting-out*. O jovem tende a rejeitar os comportamentos socialmente aceites, agindo de forma oposicionista e combativa, tornando-se, por vezes, colaborante, o que esconde, na maioria das vezes, uma intenção de manipulação face ao outro. Estes adolescentes tendem a olhar o outro com desconfiança. Assim, são frequentes os conflitos nas relações interpessoais, principalmente com adultos em posições de autoridade. Por outro lado, estes jovens possuem um intenso sentimento de ambivalência caracterizado pela instabilidade da auto-imagem, pela irritabilidade ou pelas atitudes negativas face a outros. A sua irritabilidade e mudanças constantes de humor parecem reflectir um permanente descontentamento. A elevação da escala Tendência Borderline reforça-nos este sentimento de ambivalência, onde as percepções do eu e do outro

permanecem confusas, as relações interpessoais caóticas e a regulação dos afectos instável. Esta reflecte tumulto emocional e instabilidade, traduzindo índices psicopatológicos severos. As suas emoções tendem a flutuar entre a ansiedade, a zanga, a depressividade, o contentamento e a irritabilidade; precipitando facilmente o acting-out, podendo este variar entre o protesto encolerizado, os gestos suicidas, as respostas hostis, a promiscuidade sexual, os comportamentos auto e hetero-agressivos, entre outros.

As relações interpessoais são, muitas vezes, intensas e caóticas uma vez que o adolescente muda sucessivamente as suas atitudes e os seus sentimentos perante as pessoas significativas da sua vida, ora idealizadas ora desvalorizadas ou rejeitadas. As suas incertezas sobre quem são e o que querem inflamam as intensas necessidades de atenção e suporte, raramente sentidas como satisfeitas. Estes possuem medos constantes de abandono e de rejeição, adoptando comportamentos manipulativos de forma a evitá-los (Llagostera, 2004; McCann, 1999; Millon & Davis, 1993).

Na análise das Preocupações Expressas verificam-se valores médios elevados nas escalas Difusão da Identidade, Discordância Familiar e Abusos na Infância. Esta configuração remete-nos para adolescentes com pouco conhecimento sobre si próprios, confusos e incertos sobre quem são e o que querem na vida, aspectos frequentemente associados a sentimentos crónicos de vazio. Embora a formação da identidade seja uma importante tarefa desenvolvimental do adolescente, pontuações elevadas na escala Difusão da Identidade são frequentemente associadas a psicopatologia, nomeadamente à organização borderline. Estes adolescentes tendem a perceber os seus pais como rejeitantes e pouco apoiantes, sendo a atmosfera familiar vivida como tensa e conflituosa. Apesar dos conflitos com os pais serem comuns nos adolescentes, elevações a níveis patológicos nesta escala ( $\geq 60$ ) remetem para um ambiente familiar pouco acolhedor, afectuoso e contentor. Quando a esta escala se junta a elevação do valor médio obtido na escala Abusos na Infância, é comum a existência de situações traumáticas precoces na vida do adolescente como por exemplo o abandono; a separação prolongada; a negligência e o abuso físico, sexual e/ou emocional (Llagostera, 2004; McCann, 1999; Millon & Davis, 1993).

Nas Síndromes Clínicas, os valores médios elevados observam-se nas escalas referentes ao Abuso de Substâncias, à Tendência para a Delinquência e à Propensão para a Impulsividade. Este *cluster* de escalas inclui a impulsividade, o *acting-out* como defesa, a adopção de comportamentos de risco e a desvalorização das normas sociais ou condutas convencionais (Llagostera, 2004; McCann, 1999; Millon & Davis, 1993).

Tradicionalmente a adolescência tem sido conceptualizada como um período de carências e conflitos, assistindo-se a alterações não patológicas a três níveis – comportamental, cognitivo e afectivo (Casullo & Solano, 2002). Assim, alguns estudos têm procurado perceber e caracterizar perturbações psiquiátricas na adolescência, tentando compreender se estas se desvinculam ou não de um processo normal e transitório, próprio deste período do desenvolvimento. Deste modo, nos últimos anos, verifica-se um aumento da utilização do instrumento de avaliação de personalidade – MACI – em investigações. Num estudo realizado por Casullo e Solano (2002) pretendeu-se caracterizar uma população normativa de adolescentes, identificando dois grupos, tendo por base uma escala de bem-estar psicológico e ainda a presença ou ausência de sintomas patológicos. Assim, verificaram que adolescentes um menor risco de desenvolver psicopatologia elevavam, no MACI, os valores referentes às subescalas Histriónico, Egocêntrico, Conformista, Insensibilidade Social e Incómodo Face ao Sexo, isto é, estes adolescentes tendem a dramatizar os seus conflitos, permanecendo centrados sobre si próprios, conformistas face a regras externas e às expectativas do outro, apresentando-se descontentes com a sua sexualidade. Estes dados são confirmados, mais tarde, num estudo desenvolvido por Vinet e Santacana (Casullo & Solano, 2002; Vinet & Santacana, 2006). Embora estes tenham permitido a análise da personalidade em adolescentes de uma população normativa, isto é, sem diagnóstico clínico, os jovens descritos apresentavam sintomatologia patológica, sendo útil a aplicação do MACI na exploração de eventuais riscos do desenvolvimento de psicopatologia. É importante referir que este instrumento foi criado para analisar populações clínicas, sendo desaconselhado pelo autor, o seu uso em populações fora do âmbito da saúde mental (Llagostera, 2004; McCann, 1999; Millon & Davis, 1993).

Ao olharmos com atenção para as escalas com os valores mais elevados na nossa amostra (protótipos de personalidade, preocupações expressas e síndromes clínicos) observamos a similitude de características e sintomas entre os resultados obtidos e o que a literatura preconiza como sendo próprio da perturbação estado-limite da personalidade, os critérios diagnósticos desenvolvidos no DSM-IV-TR e a prática clínica (American Psychiatric Association, 2002; Becker & Grilo, 2004; Meekings & O'Brien, 2004; Sharp & Romero, 2007). Assim, denotamos nestes adolescentes aspectos fulcrais no diagnóstico de perturbação estado-limite da personalidade como a ambivalência na relação com o outro, a instabilidade das relações interpessoais, o recurso ao *acting-out* como defesa, a impulsividade, os sentimentos de vazio, uma realidade interior de frustração e de insatisfação afectivas, os sentimentos de desamparo, a desarmonia familiar e os possíveis eventos traumáticos ou acontecimentos significativos de valência negativa na infância (APA, 2002; Bateman &

Fonagy, 2001; Dias, 2004; Hirschelmann-Ambrosi, 2006; Kernberg, 2006; Matos, 2002; McWilliams, 2005; Paris, 2005; Sá, 2003; Skodol et al., 2005; Zanarini et al., 2005).

Romm, Bockian e Harvey (1999) utilizaram o MACI para descrever a personalidade de 251 adolescentes institucionalizados, acabando por diferenciar cinco grupos com características diferentes a que denominaram: *Defiant Externalizers*, *Intrapunitive Ambivalents*, *Inadequate Avoidants*, *Self-Deprecating Depressives* e *Reactive Abuse*. O primeiro grupo era constituído por sessenta e oito adolescentes que denotavam características sintomáticas da externalização, verificando-se valores patológicos nas subescalas Rebelde, Rude, Oposicionista, Insensibilidade Social, Discordância Familiar, Abuso de Substâncias, Predisposição para a Delinquência e Propensão à Impulsividade; características frequentes em jovens com patologias do agir, com recurso a manobras acting-out, comportamento impulsivo, falha na empatia, desrespeito pelas normas sociais e condutas vigentes e dificuldade em aceitar e lidar com figuras de autoridade. Este grupo identificar-se-ia mais, segundo os autores, a uma tipologia da personalidade anti-social. Esta como constatamos em mais alguns estudos apresenta semelhanças ao grupo que constitui a nossa amostra. Contudo, verificam-se diferenças uma vez que neste subgrupo há uma elevação na subescala Insensibilidade Social e nos adolescentes Borderline elevam-se as subescalas Tendência Limite, Difusão da Identidade e Abusos na Infância. Assim, parece haver semelhanças entre os perfis obtidos para as duas patologias, o que nos parece compreensível uma vez que ambas se constituem como perturbações da personalidade do cluster B, denominadas por patologias do agir. No entanto, os perfis da patologia anti-social denotam a falha na empatia, o que não acontece nos pacientes estado-limite, onde prevalece a instabilidade nas relações interpessoais e as dificuldades na relação com o outro.

Várias investigações, que utilizam o MACI para a caracterização de adolescentes anti-sociais, apresentam perfis idênticos, prevalecendo nestes os comportamentos disruptivos associados a uma falha na empatia e à ausência de sentimentos de culpa ou de ansiedade, o que nos remete para a eficácia deste instrumento na análise da população referida (Alarcón, Vinet, & Salvo, 2005; APA, 2002; Grilo, Fehon, Walker, & Martino, 1996; Loper, Hoffshmidt, & Ash, 2001; Richardson, Kelly, Graham, & Bhat, 2004; Romm, Bockian, & Harvey, 1996; Taylor, Kemper, Loney, & Kistner, 2006).

No segundo grupo predominam características da internalização, elevando-se as subescalas Introverso, Pessimista, Oposicionista, Autopunitivo, Tendência Borderline, Difusão da Identidade, Desvalorização de Si Mesmo, Discordância Familiar, Propensão à Impulsividade, Sentimentos de Ansiedade e Afectos Depressivos. Este

cluster caracteriza jovens que reportam elevados níveis de conflito intrafamiliar, confusos e inseguros, com poucas apetências sociais, impulsivos, com relações interpessoais instáveis/ambivalentes e eventos traumáticos em fases iniciais da sua vida. Estes possuem características semelhantes às encontradas pelo nosso grupo o que é reforçado pelos autores da investigação ao denotarem as suas similitudes com os pacientes estado-limite. Este aspecto parece denotar a existência de manifestações sintomáticas da internalização e da externalização nos pacientes com perturbação estado-limite da personalidade, o que retomaremos e analisaremos mais tarde.

Em todos os grupos clínicos descritos, os valores encontrados na subescala discordância familiar encontram-se elevados, o que nos remete para o sentimento de instabilidade e de caos familiar nos adolescentes de populações clínicas (Romm, Bockian, Harvey).

Em adolescentes com diagnóstico de depressão foram encontrados scores elevados nas subescalas Pessimista, Oposicionista, Discordância Familiar e Afectos Depressivos. Segundo Hiatt e Cornell (1999) as escalas Pessimista e Afectos Depressivos são de máxima importância na realização deste diagnóstico, demonstrando-se consistentes.

Em todos estes estudos verificamos a discrepância entre perfis consoante o diagnóstico, principalmente no que respeita aos traços de personalidade. As únicas semelhanças permanecem entre os adolescentes com características anti-sociais e os adolescentes borderline, sendo que as diferenças encontradas marcam a distinção entre ambos como anteriormente analisado.

Deste modo, observamos a eficácia deste instrumento na caracterização e descrição da população clínica, uma vez que todos os estudos concluem a validade e fiabilidade da sua utilização na análise de determinadas perturbações psiquiátricas na adolescência (Alarcón, Vinet, & Salvo, 2005; Casullo & Solano, 2002; Grilo, Fehon, Walker, & Martino, 1996; Hiatt & Cornell, 1999; Loper, Hoffschmidt, & Ash, 2001; Richardson, Kelly, Graham, & Bhate, 2004; Romm & Harvey, 1999; Taylor, Kemper, Loney, & Kistner, 2006, Vinet & Santacana, 2006).

Um dos objectivos do nosso estudo é a avaliação da percepção da vinculação nos adolescentes com perturbação estado-limite da personalidade. Este parece-nos um aspecto de extrema importância, dado que o modo como o paciente borderline estabelece relação com o outro apresenta-se fulcral no seu diagnóstico e na escolha de um projecto terapêutico, acreditando que existem diferenças entre os adolescentes consoante a percepção da vinculação, sendo este um factor que nos permite distinguir diferentes manifestações sintomáticas da PELP.

Dos resultados obtidos verifica-se que 55% da amostra refere estilos inseguros de vinculação. Este dado é corroborado por estudos que identificam estilos inseguros de vinculação como predominantes na perturbação estado-limite da personalidade (Agrawal, Gunderson, Holmes, & Lyon-Ruth, 2004; Barone, 2003; Fonagy et al., 1996; Fossati et al., 2001; Gunderson, 1996; Rosenstein & Hrowitz, 1996; Sable, 1997; Sherry, Lyddon & Henson, 2007; Sperling, Share, & Fishler, 1991). O paciente borderline apresenta dificuldades importantes no estabelecimento de relações interpessoais. Estas são, na maioria das vezes, intensas e conflituosas o que se deve a uma percepção distorcida de si e do outro, à desconfiança sentida na relação, ao medo de dependência, à excessiva necessidade de proximidade, ao medo de abandono e de rejeição, à representação clivada de si e do outro, às sucessivas mudanças de humor, aos intensos níveis de irritabilidade e de zanga e ao tipo de relação de objecto que estabelece.

Fonagy (1996) e colegas afirmam que a construção de representações mentais acerca dos pensamentos e sentimentos de si próprio e do outro, constitui-se como uma árdua tarefa para o paciente estado-limite. Esta capacidade seria adquirida na relação precoce com o prestador de cuidados, sendo indicadora de uma vinculação segura. Assim, Fonagy transmite-nos que esta falha traduz os vários sintomas observados no indivíduo borderline, incluindo a difusão da identidade, a impulsividade e os sentimentos crónicos de vazio. Gunderson (1996) coloca o enfoque na incapacidade destes pacientes em invocar o objecto introjectado em momentos de mal-estar o que denotaria o carácter inconsistente e instável da relação estabelecida com o prestador de cuidados, ou seja, a presença de uma vinculação insegura.

Embora esta nos pareça uma explicação viável, relembramos que o Inventário de Vinculação utilizado permite-nos apenas inferir sobre a percepção da vinculação no momento actual, sendo destinado a avaliar o modo como o jovem se relaciona com os seus prestadores de cuidados e com o grupo de pares. Assim, torna-se impossível a ligação directa entre a percepção da vinculação actual do jovem e o estabelecimento de relações com os prestadores de cuidados numa fase precoce da sua vida. No entanto, verificamos que alguns estudos apoiam a continuidade entre o estilo de vinculação estabelecido nos primeiros anos de vida e a organização da vinculação na adolescência, pressupondo a estabilidade dos padrões relacionais e a sua importância no estabelecimento de novas relações (Allen & Land, 1999; Ammaniti et al., 2000; Hamilton, 2000; Main, 2001; Waters et al., 1995).

Dos adolescentes que apresentam estilos inseguros de vinculação, 63,6% corresponde a um tipo ansioso/ambivalente e 36,4% a um tipo evitante. Vários estudos confirmam o predomínio de vinculações ansiosas/ambivalentes em pacientes

diagnosticados com PELP, uma vez que estes apresentam ansiedade e medo nas relações interpessoais, permanecendo o conflito interno entre o desejo de aproximação excessiva e o medo de dependência de outro lado, com desconfiança e sentido como ambíguo (Agrawal, Gunderson, Holmes, & Lyon-Ruth, 2004; Barone, 2003; Fonagy et al., 1996; Fossati et al., 2001; Gunderson, 1996; Rosenstein & Hrowitz, 1996; Sable, 1997; Sherry, Lyddon & Henson, 2007; Sperling, Share, & Fishler, 1991).

Apesar da maior parte da amostra apresentar percepção insegura da vinculação, encontramos um valor bastante elevado na tipologia segura da vinculação (45%), aspecto contrário ao verificado nos estudos realizados.

O indivíduo seguro sente-se à vontade nas relações interpessoais, exibindo conforto na intimidade, reciprocidade e partilha, demonstrando uma imagem coerente e consistente de si próprio e dos outros. Esta descrição parece-nos a antítese daquilo que caracteriza o sujeito borderline. Alguns estudos utilizando a AAI concluíram que pequenas percentagens correspondiam a sujeitos borderline com vinculações seguras, não ultrapassando estas os 7 a 8% (Fonagy et al., 1996; Rosenstein & Horowitz, 1996; Barone, 2003). Contudo, dois estudos que utilizaram questionários de auto-preenchimento viram estas percentagens elevarem-se até aos 29,8% (Sack, Sperling, Fagen, & Foelsch, 1996; Brennan & Shaver, 1998).

No entanto, as percentagens encontradas neste estudo encontram-se ainda mais elevadas, sendo importante frisar que na maioria dos estudos foi utilizada a AAI para a classificação dos padrões de vinculação, uma entrevista que permite obter resultados não tão fortemente influenciados pela desejabilidade social como o instrumento de auto-preenchimento utilizado na presente investigação, que levanta a possibilidade de respostas defensivas. Para além dos aspectos referidos, não é nosso objectivo relacionar a percepção da vinculação à etiologia da PELP mas sim, analisá-la tendo em conta a disfuncionalidade observada no campo relacional destes pacientes, sendo este um factor importante na compreensão do diagnóstico e no estabelecimento de um projecto psicoterapêutico para o indivíduo borderline.

Este instrumento permitiu-nos avaliar as percepções da vinculação que os prestadores de cuidados atribuíam aos seus filhos. Os resultados revelam-nos que 66,7% dos pais e que 53,9% das mães discordam dos seus filhos. Este facto parece revelar-nos uma falha na leitura dos sentimentos, pensamentos e comportamentos entre pais e filhos. No entanto a prevalência de padrões inseguros ( $\%_{[Mães]} = 59\%$ ) mantém-se e, dentro destes, continua a observar-se o domínio do estilo ansioso/ambivalente (35,9%). Na amostra de prestadores de cuidados do género masculino assiste-se à predominância dos padrões seguros de vinculação. Contudo,

seria necessário aumentar o número de participantes da amostra, uma vez que poucos pais participaram neste estudo.

Como os padrões de vinculação possuem características próprias que diferem entre si, parece-nos relevante a compreensão da personalidade em adolescentes com percepções segura, ansiosa/ambivalente e evitante, tendo em conta o facto de todos os adolescentes apresentarem o mesmo diagnóstico – Perturbação Estado-limite da Personalidade. Desta análise esperamos encontrar diferenças que nos permitam observar diferentes manifestações da PELP, o que ajudará na compreensão do diagnóstico e na correcta identificação destes adolescentes nos serviços de saúde mental.

Analisando os adolescentes com percepção segura da vinculação (n=18) denotamos que os valores mais elevados dos Traços de Personalidade dizem respeito às subescalas Rebelde, Rude e Opositorista. Este cluster é comum em jovens com perturbações do comportamento, onde o *acting-out* emerge frequentemente, associado a uma impulsividade pouco contida. Estes adolescentes rejeitam as normas sociais, comportam-se de maneira hostil e necessitam demonstrar o seu poder e controlo sobre os outros, buscando a independência e autonomia plenas de seus pais. Nas Preocupações Expressas encontram-se elevadas as escalas Discórdância Familiar e Insensibilidade Social. Esta conjugação de escalas descreve jovens com elevado nível de conflito familiar, projectando a culpa dos seus comportamentos na sua família, o que resulta na desculpabilização do próprio, o qual percepção as suas condutas como justificadas. No agrupamento das Síndromes Clínicas e à semelhança do que já foi analisado, elevam-se as escalas referentes à Propensão para a Impulsividade, ao Abuso de Substâncias e à Tendência para a Delinquência. Esta configuração é habitual em adolescentes muito impulsivos, com recurso a manobras *acting-out*, o que os coloca, por diversas vezes, em situações de risco (Llagostera, 2004; McCann, 1999; Millon & Davis, 1993).

Esta caracterização parece corresponder a indivíduos com uma falha ao nível da mentalização, ou seja, sujeitos com menores capacidades de reflexão sobre si e sobre o outro. Assim, surgem sintomas e comportamentos da externalização (aspectos sintomáticos, independentes de um quadro específico de psicopatologia), com manifestações corpóreas e impulsivas que remetem para conflitos intrapsíquicos incapazes de serem pensados e elaborados (Allen, Fonagy e Bateman, 2008).

Quando confrontados com a necessidade de pensar sobre a relação com o outro, emergem mecanismos defensivos arcaicos como a clivagem, a desvalorização ou a idealização aliados à denegação. Estes mecanismos defensivos parecem mais fáceis

de mobilizar perante um questionário de auto-preenchimento, sendo esta uma limitação do nosso estudo.

As características da Externalização surgem nos sintomas que indicam uma tentativa de expulsão da angústia através da agressividade (hetero e auto-agressividade), do *acting-out*, das condutas socialmente desadequadas, o que revela instabilidade emocional e comportamental (Meekings & O'Brien, 2004; Mesman & Koot, 2000; Mesman, Bongers, & Koot, 2001). Alguns estudos que têm utilizado o MACI na caracterização de populações clínicas denotam a semelhança entre os valores obtidos na nossa amostra e os valores obtidos para os adolescentes com comportamentos e sintomas da externalização, averiguados nas suas investigações (Blumentritt, Angle, & Brown, 2004; Casullo & Solano, 2002; Grilo, Fehon, Walker, & Martino, 1995; Richardson, Kelly, Graham, & Bhate, 2004; Romm & Harvey, 1999).

Nos adolescentes com percepção ansiosa/ambivalente da vinculação (n=14), os Traços de Personalidade mais elevados são o Opositor, o Autopunitivo e a Tendência Limite. Esta combinação descreve adolescentes com intensos níveis de irritabilidade, instabilidade do humor e dificuldades na gestão e no controlo da expressão de afectos negativos, em especial, da zanga. Neles, a culpa aparece como um movimento defensivo perante o medo incontrolável de rejeição ou abandono por parte de outro. Nesta configuração denota-se, ainda, os sentimentos extremos de ambivalência do jovem, a confusão e desorganização próprias da difusão da identidade que apresentam. Nas Preocupações Expressas assiste-se à elevação das escalas Difusão da Identidade, Desvalorização de Si Mesmo, Discordância Familiar e Abusos na Infância, o que nos remete para adolescentes confusos acerca de si próprios e do que querem na vida, manifestando dificuldades no estabelecimento de projectos para o futuro. Estes adolescentes tendem a manifestar sentimentos de descontentamento face à sua auto-imagem e elevados níveis de conflito intrafamiliar, associados à eventual ocorrência de eventos traumáticos na infância. No agrupamento das Síndromes Clínicas observam-se valores expressivos no Abuso de Substâncias, Propensão à Impulsividade e Afectos Depressivos, o que remete para indivíduos impulsivos, com recurso ao *acting-out*, que adoptam comportamentos de risco, com níveis significativos de humor disfórico, depressividade e irritabilidade (Llagostera, 2004; McCann, 1999; Millon & Davis, 1993).

Nos estudos que procuraram descrever a percepção da vinculação no paciente borderline, os indivíduos ambivalentes revelavam medo e ansiedade nas relações interpessoais, desejando aproximar-se física e emocionalmente do outro, com necessidades intensas da aprovação do objecto de amor e medos extremos de rejeição e de abandono (Agrawal, Gunderson, Holmes, & Lyon-Ruth, 2004; Barone,

2003; Fonagy et al., 1996; Fossati et al., 2001; Gunderson, 1996; Rosenstein & Hrowitz, 1996; Sable, 1997; Sherry, Lyddon & Henson, 2007; Sperling, Share, & Fishler, 1991).

Este grupo parece combinar características da Internalização e da Externalização, uma vez que as características sintomáticas presentes flutuam entre a depressividade e a impulsividade. O sujeito parece possuir maior capacidade de reflexão sobre si e sobre o outro, permanecendo mais reivindicativo nas relações que estabelece. Para a confirmação desta hipótese seria necessário aumentar o número de participantes do estudo para podermos observar com maior clareza as manifestações deste subgrupo.

Nos adolescentes com percepção evitante da vinculação (n=8) observam-se valores expressivos nos Traços de Personalidade correspondentes às subescalas Introverso, Pessimista e Opositor. Esta configuração é usual em adolescentes emocionalmente desligados, que estabelecem poucas relações de intimidade com o outro, evitando a interação e actividades que impliquem o estabelecimento de relações interpessoais. Estes adolescentes podem experimentar sentimentos de desespero, apresentando baixa auto-estima, o que esconde um intenso medo de rejeição por parte do outro. Estes detêm uma atitude passiva-agressiva, apresentando difusão quanto à sua auto-imagem e níveis intensos de irritabilidade. Nas Preocupações Expressas elevam-se as subescalas Difusão da Identidade, Insegurança com o Grupo de Pares e Abusos na Infância, o que remete para um jovem inseguro acerca de si mesmo, com dificuldades importantes no estabelecimento de relações interpessoais, que apresenta medo de rejeição, colocando-se numa posição defensiva. A elevação na escala Abusos na Infância traduz a ocorrência de acontecimentos traumáticos ou significativos (com prevalência negativa) numa fase inicial da vida do adolescente. Das Síndromes Clínicas destacam-se as subescalas Abuso de Substâncias, Afectos Depressivos e Tendência ao Suicídio. Estas remetem para indivíduos disfóricos e depressivos com pensamentos suicidas, os quais aparecem como uma solução ineficaz de resolução de um problema ou como uma tentativa de gestão dos sentimentos de ansiedade (Llagostera, 2004; McCann, 1999; Millon & Davis, 1993).

Indivíduos com percepção insegura evitante da vinculação minimizam a importância das relações interpessoais e dos comportamentos de vinculação, o que camufla, muitas vezes, experiências emocionais dolorosas. Alguns estudos descrevem-nos como sujeitos emocionalmente desligados, que permanecem desconfortáveis quando próximos do outro. Estes furtam-se ao contacto social, mantendo-se numa postura defensiva e desconfiada, evitando a relação uma vez que têm medo de permanecer dependentes do outro e de serem rejeitados e magoados

(Agrawal, Gunderson, Holmes, & Lyon-Ruth, 2004; Barone, 2003; Fonagy et al., 1996; Fossati et al., 2001; Gunderson, 1996; Rosenstein & Hrowitz, 1996; Sable, 1997; Sherry, Lyddon & Henson, 2007; Sperling, Share, & Fishler, 1991).

Estes adolescentes parecem-nos indivíduos com características sintomáticas da Internalização, aspectos relacionados com o sentido de si próprio, revelando manifestações mais próximas de um nível neurótico de funcionamento como a ansiedade, a depressão, a desesperança, a culpa, a preocupação, o retraimento e o isolamento. Deste modo, emergem tentativas de resolução interna dos conflitos, com recurso a mecanismos cognitivos (Meekings & O'Brien, 2004; Mesman & Koot, 2000; Mesman, Bongers, & Koot, 2001). As características da Internalização a que nos referimos são apenas manifestações sintomáticas e comportamentais, não estando exclusivamente ligadas às Perturbações da Internalização, como por exemplo a Depressão, tal como Fonagy (2008) as define. Assim assumimos que estes sintomas poderão fazer parte ou não de vários quadros psicopatológicos, sendo o seu reconhecimento útil na descrição dos mesmos.

No estudo de Romm e Harvey (1999) foi definido, através da análise do MACI, um grupo com características sintomáticas da internalização com aspectos semelhantes ao grupo de adolescentes com percepção ansiosa/ambivalente da vinculação presente neste estudo, o que corrobora os resultados obtidos.

Da análise estatística inferencial dos traços de personalidade pudemos apenas concluir a existência de diferenças significativas entre os adolescentes com percepção segura da vinculação e os adolescentes com percepções inseguras. Assim, não se registaram diferenças significativas entre os adolescentes ambivalentes e os adolescentes evitantes quanto aos traços de personalidade. No entanto, como verificámos na análise descritiva, os traços de personalidade Introverso e Pessimista apenas alcançaram valores patológicos nos adolescentes evitantes, do que se conclui que embora os adolescentes ambivalentes não atinjam valores patológicos nestas subescalas, os seus valores não se encontram muito abaixo do valor obtido pelos adolescentes com percepção evitante da vinculação. O mesmo acontece para o traço de personalidade autopunitivo que atinge valores patológicos nos indivíduos ambivalentes, não se registando diferenças significativas nos adolescentes com percepção evitante da vinculação.

A única diferença obtida entre estes dois grupos, refere-se à subescala Propensão à Impulsividade, sendo este valor significativamente mais elevado nos adolescentes ansiosos/ambivalentes. Este resultado explica-se pelo facto dos adolescentes com percepção ambivalente da vinculação apresentarem manifestações sintomáticas da externalização e não apenas da internalização.

Os traços de personalidade Rebelde e Rude encontram-se significativamente mais elevados nos adolescentes com percepção segura da vinculação o que reflecte as características da externalização predominantes neste grupo.

Da análise da entrevista semi-estruturada de Mary Zanarini (CI-BPD) para confirmação do diagnóstico de perturbação estado-limite da personalidade na adolescência verificamos o predomínio, na amostra, dos seguintes critérios: Instabilidade Afectiva, Zanga Intensa e Inapropriada e Impulsividade. Este facto parece ir de encontro ao que Zanarini e colegas (2005), Fonagy e Bateman (2001) e Skodol e colegas (2005) determinaram como os critérios mais estáveis nesta perturbação, sendo por isso os mais importantes no seu diagnóstico. Este facto encontra-se reforçado uma vez que o motivo do pedido de consulta mais encontrado na nossa amostra é a Instabilidade/Impulsividade e os sintomas mais frequentes são os Actos Impulsivos e a Instabilidade Afectiva.

Podemos ainda destacar da análise descritiva que todos os adolescentes, exceptuando três, denotaram a ocorrência de acontecimentos de vida significativos de prevalência negativa em fases iniciais das suas vidas, factor largamente estudado para esta população e apoiado por diversos estudos (Brown, 1993; Cartwright, 2007; Clarkin, Fall & Craig, 1998; Marziali, & Munroe-Blum, 1992; Meekings & O'Brien, 2004; Debray & Nollet, 2004; Golomb et al., 1994; Joyce et al., 2003; Matos, 2002; Paris, 2005). Torna-se igualmente importante referir a presença de perturbação psiquiátrica em 60% das mães destes adolescentes, o que poderá estar na origem de eventuais modos anómalos de comunicação no meio familiar (Feldman, Herta, & Guttman, 1984; Meekings & O'Brien, 2004; Soloff & Millward, 1983).

Este estudo terá respondido aos objectivos inicialmente propostos, contudo possui diversas limitações. A ausência de estudos sobre a PELP na adolescência torna difícil a leitura e interpretação dos resultados obtidos nesta investigação, sendo necessária a comparação com a população adulta, a qual corresponde a uma etapa do desenvolvimento distinta com características diferentes daquelas encontradas na adolescência. A manifesta escassez de investigações sobre as características de personalidade na população adolescente normativa, dificulta a distinção entre sintomas patológicos e sintomas evolutivos e transitórios, próprios desta fase do desenvolvimento.

A ausência de estudos com esta tipologia em Portugal, circunscreve-nos a comparações entre os resultados obtidos nesta investigação e resultados obtidos noutros países, permanecendo os enviesamentos dos factores culturais, os quais são susceptíveis de influenciar a personalidade e as condutas dos indivíduos.

Por fim, a utilização de questionários de auto-preenchimento, os quais nos permitem apenas medir percepções, encontram-se largamente sujeitos aos fenómenos de desejabilidade social e à mobilização de mecanismos defensivos, o que enviesam os resultados obtidos. Outra limitação que se prende aos instrumentos utilizados é o facto do MACI (Millon, 1993) e da entrevista CI-BPD (Zanarini, 2003) não estarem adaptados e aferidos para a população portuguesa.

Para um melhor entendimento e clarificação deste diagnóstico aplicado à adolescência, consideramos pertinente o estudo da persistência dos padrões de personalidade nestes adolescentes, o que seria viável através da realização de um estudo longitudinal. Este permitir-nos-ia compreender se os padrões de personalidade actualmente descritos manteriam ou não as suas características ao longo do desenvolvimento. Outra linha de investigação pertinente seria a avaliação das características da personalidade em amostras normativas de adolescentes, de forma a clarificar aspectos normativos e patológicos.

Finalmente, seria interessante aplicar a AAI a estes adolescentes, de modo a esclarecer as percepções da vinculação obtidas no instrumento de auto-preenchimento utilizado nesta investigação.

## CONCLUSÃO

Esta investigação, por se tratar de um estudo exploratório, não permite a apresentação de conclusões generalizadas com rigor científico. Assim, as suas conclusões são apenas aplicáveis à amostra em estudo.

O presente trabalho permitiu responder aos objectivos propostos, permitindo a caracterização do adolescente com perturbação estado-limite quanto à sua personalidade e percepção da vinculação. Permitiu, ainda, distinguir diferentes subgrupos clínicos, o que demonstra as possíveis manifestações de um quadro psicopatológico complexo dado o seu carácter polimorfo e a pluralidade de sintomas a ele associada.

Deste modo, concluiu-se, através dos resultados obtidos no Inventário de Vinculação para a Infância e Adolescência (Carvalho, Soares, & Baptista, 2006), que a maioria dos jovens participantes denotam percepções inseguras da vinculação (n=22), sendo o padrão com maior expressividade o padrão inseguro ansioso/ambivalente (n=14).

Este estudo permitiu ainda, com o Inventário Clínico para Adolescentes de Millon (Millon, 1993), descrever e caracterizar a personalidade do adolescente estado-limite, de acordo com a sua percepção de vinculação. Deste modo, foram observadas manifestações sintomáticas da externalização nos adolescentes com percepção segura da vinculação (n=18); manifestações sintomáticas da internalização e da externalização nos adolescentes com percepção ansiosa/ambivalente (n=14); e manifestações sintomáticas da internalização em adolescentes com percepção evitante da vinculação (n=8).

Concluimos, ainda, que a caracterização da amostra possibilitada, através da integração dos perfis obtidos no Inventário de Personalidade, a correspondência entre aquilo que foi observado e aquilo que é preconizado na literatura sobre esta psicopatologia, denotando-se as similitudes com a descrição da mesma no adulto.

Deste modo, conseguimos a integração entre aspectos pessoais e relacionais, importantes na compreensão deste diagnóstico, no reconhecimento futuro de possíveis pacientes estado-limite e no estabelecimento de um projecto terapêutico, uma vez que embora o diagnóstico seja o mesmo para todos os adolescentes, estes agrupam-se em manifestações clínicas e sintomáticas distintas. Assim, parece-nos pertinente a utilização, na prática clínica, dos instrumentos utilizados nesta investigação, como complementos de avaliação no estabelecimento de um diagnóstico.

O reconhecimento do diagnóstico demonstra-se de extrema importância, uma vez que permite a adequação do tratamento, evitando atrasos no início da intervenção, que podem levar a formas mais graves de manifestações psicopatológicas. Este é decisivamente uma mais valia para a compreensão global e integrada do funcionamento da personalidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrawal, H.R., Gunderson, J., Holmes, B.M., Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment Studies with Borderline Patients: A Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 94-104.
- Aguilar, B., Sroufe, A., Egeland, B., & Carlson, E. (2000). Distinguishing the early-onset /persistent and adolescence-onset antisocial behavior types: From birth to 16 years. *Development and Psychopathology*, 12, 109-132.
- Alarcón, P., Vinet, E., & Salvo, S. (2005) Estilos de Personalidad y Desadaptación Social Durante la Adolescencia. *Psykhé*, 14 (1), 3-16.
- Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Allen, J.P., & Land, D. (1999). Attachment in Adolescence. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 319-335). New York: Guilford.
- Allen, J.P., McElhaney, K.B., Kuperminc, G.P., & Jodl, K.M. (2004). Stability and Change in Attachment Security Across Adolescence. *Child Development*, 75 (6), 1792-1805.
- Allen, J.P., Moore, C., Kuperminc, G., & Bell, K. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*, 69(5), 1406-1419.
- Amaral Dias, C., & Nunes Vicente, T. (1984). *A Depressão no Adolescente*. Porto: Edições Afrontamento.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi. (Tradução do original Inglês DSM-IV-TR, 2000).
- Ammaniti, M., Van Ijzendoorn, M.H., Tambelli, R. (2000). Internal working models of attachment during the late childhood and early adolescence: an exploration of stability and change. *Attachment & Human Development*, 2 (3), 328-346.
- Arietta, S. (2000). The Development and Organization of Attachment: Implications for Psychoanalysis. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 48 (4), 1147-1175.
- Atger, F. (2004). Vinculação e Adolescência. In Guedeney & Guedeney (Eds.), *Vinculação. Conceitos e Aplicações* (pp. 147-156). Lisboa: Climepsi. (Tradução do original Francês L'attachment. Concepts et applications, 2002).
- Barone, L. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview. *Attachment and Human Development*, 5, 64-77.

- Becker, D.F., & Grilo, C.M. (2004, March). *Validation studies of the borderline personality disorder construct in adolescents. Implications for theory and practice.* Paper presented at the Annual Meeting of the American Society for Adolescent Psychiatry, Los Angeles.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry, 158*, 36-42.
- Bateman, A, & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder.* Oxford: University Press.
- Bedford, G.N.B. (1993). Borderline states. Incest and adolescence. *Journal of Analytical Psychology, 38*, 23-35.
- Benavente, R. (2006). Vinculação e Perturbações Psicopatológicas na Idade Adulta. *Saúde Mental, 8* (5), 36-53.
- Benoit, D., & Parker, K. C. H. (1994). Stability and Transmission of Attachment across Three Generations. *Child Development, 65*, 1444-1456
- Bergeret, J. (2000). As a-estruturas. In J. Bergeret (Eds.), *A personalidade normal e patológica* (pp.131-164). Lisboa: Climepsi. (Tradução do original Francês La personnalité normale et pathologique, 1996).
- Bergeret, J. (2004). Os estados-limite e os seus arranjos. In J. Bergeret, A. Bécache, J. Boulanger, P. Chartier, P. Doubor, M. Houser, & J. Lustin (Eds.), *Psicologia patológica: Teórica e clínica* (pp. 219-236). Lisboa: Climepsi. ( Tradução do original Francês Psychologie pathologique – théorique et Clinique, 1972).
- Blatt, S., Levy, J., Kenneth, N. (2003). Attachment Theory, Psychoanalysis, Personality Development, and Psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry, 23* (1).
- Bleiberg, E. (1994). Borderline disorders in children and adolescents: The concept, the diagnosis, and the controversies. *Bulletin of the Menninger Clinic, 58* (2), 169-197.
- Bloss, P. (Eds.). (1996). *Transição Adolescente.* Porto Alegre: Artes Médicas. (Tradução do original Inglês The adolescent passage, 1979).
- Blumentritt, T.L., Angle, R.L., & Brown, J.M. (2004). MACI Personality Patterns and DSM-IV Symptomology in a Sample of Troubled Mexican-American Adolescents. *Journal of Child and Family Studies, 13* (2), 163-178.
- Boles, A. (1999). A Modelo of Parental Representations, Second Individuation, and Psychological Adjustment in late Adolescence. *Journal of Clinical Psychology, 55* (4), 497-512.
- Bowlby, J. (Eds.). (2002). *Apego e Perda. Apego. A Natureza do Vínculo. Volume 1 da trilogia.* São Paulo: Martins Fontes. (Tradução do original Inglês Attachment and Loss – Volume I: Attachment, 1969).

- Bowlby, J. (Eds.). (2004a). *Apego e Perda. Perda. Tristeza e Depressão. Volume 3 da trilogia*. São Paulo: Martins Fontes. (Tradução do original Inglês Attachment and Loss – Vol.III – Sadness and Depression, 1973).
- Bowlby, J. (Eds.) (2004b). *Apego e Perda. Separação. Angústia e Raiva. Volume 2 da trilogia*. São Paulo: Martins Fontes. (Tradução do original Inglês Attachment and Loss – Volume II: Separation – Anxiety and Anger, 1973).
- Braconnier, A., Corbobesse, E., Deschamps, F., Duriez, Gaillard-Janin, N., Joubert-Chain, C., Laugier, F., Saint-Georges, C. (2007). Clínica do adulto. In A. Braconnier (Org.), *Manual de Psicopatologia* (pp. 159-204). Lisboa: Climepsi. (Tradução do original Francês Introduction à la psychopathologie, 2006).
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2004). *Adolescência e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi
- Bradley, R., Conklin, C.Z., & Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (9), 1006-1019.
- Brennan, K.A., & Shaver, P.R. (1998). Attachment styles and personality disorders: their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *Journal of Personality*, 66, 835-913.
- Bretherton, I. (1990). Communication Patterns, Internal Working Models, and the Intergenerational Transmission of Attachment Relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11 (3), 237-252.
- Bretherton, I. (2000). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. In Goldberg, Muir, & Kerr (Eds.), *Attachment Theory. Social, Developmental, and Clinical Perspectives* (pp. 45-84). New York: The Analytic Press.
- Bhurmester, D. (1996). Need fulfillment, interpersonal competence, and the developmental contexts of early adolescent friendship. In W.M. Bukowski, A.F. Newcomb, & W.W. Hartup (Eds.). *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence* (pp.158-185). New York: Cambridge University Press.
- Buist, K., Deković, M., Meeus, W., & van Aken, M.A.G. (2004). The reciprocal relationship between early adolescent attachment and internalizing and externalizing problem behavior. *Journal of Adolescence*, 27, 251-266.
- Canetti, L. (1997). Parental bonding and mental health in adolescence. *Adolescence*, 32.
- Cartwright, D. (2007). Borderline Personality disorder: What do we know? Diagnosis, course, co-morbidity, and aetiology. *South African Journal of Psychology*, 38 (2), 429-446.,

- Carvalho, M. (2007). *Vinculação, temperamento e processamento da informação: Implicações nas perturbações emocionais e comportamentais no início da adolescência*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade do Minho, Minho.
- Casullo, M.M., & Solano, C. (2002). Patrones de Personalidad, Síndromes Clínicos y Bienestar Psicológico en Adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7 (2), 129-140.
- Chabrol, H., Montovany, A., Chouicha, K., Callahan, S., & Mullet, E. (2001). Frequency of Borderline Personality Disorder in a Sample of French High School Students. *Canadian Journal Psychiatry*, 46, 847-849.
- Charrier, P., & Hirschelmann-Ambrosi, A. (2006). *Os estados-limite*. Lisboa: Climepsi. (Tradução do original Francês Les États Limites, 2004).
- Clarkin, J.F., Marziali, E., & Munroe-Blum, H. (1992). *Borderline Personality Disorders. Clinical and Empirical Perspectives*. New York: Guilford Press.
- Cole, M., Cole, S. R., & Lightfoot, C. (2005). *The development of Children*. New York: Worth Publishers.
- Comer, R.J. (2005). *Fundamentals of Abnormal Psychology* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Worth Publishers.
- Connolly, J.; Furman, W.; & Konarski, R. (2000). The role of peers in the emergence of heterosexual romantic relationships in adolescence. *Child Development*, 71, 1395-1408.
- Cordeiro, J. D. (1975). *O adolescente e a família*. Lisboa: Morais Editores.
- Crittenden, P. (2000). A dynamic maturational exploration of the meaning of security and adaptation: Empirical, cultural and theoretical considerations. In M. Crittenden & A.H. Claussen (Eds.), *The organization of attachment relationships: Maturation, culture and context* (pp. 358-383). New York: Cambridge University Press.
- Debray, Q., & Nollet, D. (Eds.). (2004). *As personalidades patológicas*. Lisboa: Climepsi (Tradução do original Francês Les Personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique, 2001).
- Dias, C.A. (2004). *Costurando as linhas da psicopatológica borderland (estados-limite)*. Lisboa: Climepsi.
- Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2, 47-60.
- Duquesnoy, I., & Guedeney, N. (2004). Psicopatologia do adulto e vinculação. In Guedeney & Guedeney (Eds.), *Vinculação. Conceitos e Aplicações* (pp. 157-165). Lisboa: Climepsi. (Tradução do original Francês L'attachement. Concepts et applications, 2002).

- Fall, K.A., & Craig, S.E. (1998) Borderline personality in adolescence: Na overview for counselors. *Journal of Mental Health Counseling, 20*, 315-331.
- Feiring, C. (1996). Lovers as friends: developing conscious views of romance in adolescence. *Journal of Research on Adolescence, 7*, 214-224.
- Feldman, R.B., Herta, & Guttman, H.A. (1984). Families of borderline patients: Literal-minded parents, borderline parents, and parental protectiveness. *American Journal of Psychiatry, 141* (11), 1392-1396.
- Fleming, M. (Eds.). (1997). *Adolescência e Autonomia. O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Fleming, M. (Eds.). (2005). *Entre o medo e o desejo de crescer. Psicologia da Adolescência*. Porto: Edições Afrontamento.
- Fletcher, A.C., Darling, N.E., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1995). The company they keep: Relation of adolescent's adjustment and behavior to their friend's perceptions of authoritative parenting in the social network. *Developmental Psychology, 31*, 300-310.
- Fonagy, P. (1999, May). *Pathological Attachments and Therapeutic Action*. Paper presented at the Developmental and Psychoanalytic Discussion Group, American Psychoanalytic Association Meeting, Washington DC.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based treatment*. New York: Oxford University Press.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., et al. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinic Psychology, 64*, 22-31.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G.S., & Higgitt, A. C. (1991). The Capacity for Understanding Mental States: The Reflective Self in Parent and Child and Its Significance for Security of Attachment. *Infant Mental Health Journal, 12* (3), 201-218.
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America, 23*, 103-122.
- Fossati, A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., & Maffei, C. (2001). Temperament, character, and attachment patterns in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 15*, 390-402.
- Fulgini, A. J., & Eccles, J.S. (1993). Perceived parent-child relationships and early adolescents' orientation towards peers. *Developmental Psychology, 29*, 622-632.

- Garnet, K. E., Levy, K.N., Matanah, J. J.F., Edell, W.S., & McGlashan, T.H. (1994). Borderline personality disorder in adolescents: Ubiquitous or specific? *American Journal of Psychiatry*, *151*, 1380-1382.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., & DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behaviour problems. *Development and Psychopathology*, *5*, 191-213.
- Grilo, C.M., Fehon, D.C., Walker, M., & Martino, S. (1996). A Comparison of Adolescent Inpatients with and without Substance Abuse Using the Millon Adolescent Clinical Inventory. *Journal of youth and Adolescence*, *25* (3), 379-388).
- Grossmann, K.E. (2000). The evolution and history of attachment research and theory. In Goldberg, Muir, & Kerr (Eds.), *Attachment Theory. Social, Developmental, and Clinical Perspectives* (pp. 85-122). New York: The Analytic Press.
- Golomb, A., Ludolph, P., Westen, D., Block, M.J., Maurer, P., Wiss, F.C. (1994). Maternal empathy, family chaos, and the etiology of borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *42*, 525-548.
- Guedeney, A. (2004). A teoria da vinculação: A história e as personagens. In Guedeney & Guedeney (Eds.), *Vinculação. Conceitos e Aplicações* (pp. 25-31). Lisboa: Climepsi. (Tradução do original Francês L'attachment. Concepts et applications, 2002).
- Guedeney, N. (2004). Conceitos-chave da teoria da vinculação. In Guedeney & Guedeney (Eds.), *Vinculação. Conceitos e Aplicações* (pp. 33-43). Lisboa: Climepsi. (Tradução do original Francês L'attachment. Concepts et applications, 2002).
- Gunderson, J.G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *American Journal Psychiatry*, *153*, 752-760.
- Haemmerlie, F.M., Steen, S.C., & Benedicto, J.A. (1994). Undergraduates conflictual independence, adjustment, and alcohol use: The importance of the mother-student relationship. *Journal of Clinical Psychology*, *50* (4), 644-650.
- Hamilton, C. E. (2000). Continuity and Discontinuity of Attachment from Infancy through Adolescence. *Child Development*, *71* (3), 690-694.
- Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized Infant, Child and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *48* (4), 1097-1138.
- Hiatt, M.D., & Cornell, D.G. (1999). Concurrent Validity of the Millon Adolescent Clinical Inventory as a Measure of Depression in Hospitalized Adolescents. *Journal of Personality Assessment*, *73*(1), 64-79.

- Hoffman, J.A. (1984). Psychological separation of late adolescents from parents. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 157-163.
- Hoffman, J.A., & Weiss, B. (1987). Family dynamics and presenting problems in college students. *Journal of Counseling Psychology, 34* (2), 157-163.
- Holmes, J. (2003). Borderline personality disorder and the search for meaning: an attachment perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37*, 524-531.
- Holmes, J. (2000). Something there is that doesn't love a wall: John Bowlby, Attachment Theory, and Psychoanalysis. In Goldberg, Muir, & Kerr (Eds.), *Attachment Theory. Social, Developmental, and Clinical Perspectives* (pp. 19-44). New York: The Analytic Press.
- Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and Borderline Personality disorder: A clinical perspective. *Attachment & Human Development, 6* (2), 181-190.
- Houzel, D. (2003). Influence des facteurs familiaux sur la santé mentale des enfants et des adolescents. *La Psychiatrie de L'enfant, 46*, 395-434.
- Jongenelen, I., Carvalho, M., Mendes, T., & Soares, I. (2007). Vinculação na Adolescência. In Soares (Eds.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento* (pp. 99 – 120). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Joyce, P. R., McKenzie, J. M., Luty, S.E., Mulder, R.T., Carter, J.D., Sullivan, P.F., & Cloninger, C. R. (2003). Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37*, 756-764.
- Kernberg, O. (1979). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism* (7<sup>th</sup> ed.). New York: Jason Aronson, INC.
- Kernberg, O. (2006). *Agressividade, narcisismo e autodestrutividade na relação Psicoterapêutica* (1<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi. (Tradução do original em Inglês Agressivity, narcissism and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship. New developments in the psychopathology and psychotherapy of severe personality disorders, 2004).
- Kernberg, P., Weiner, A.S., & Brdesnstein, K.K. (2003) Transtornos da Personalidade em Crianças e Adolescentes. São Paulo: ArtMed. (Tradução do original em Inglês Personality Disorders in Children and Adolescents, 2000).
- Kutcher, S.P., & Korenblum, M. (1992). Borderline Personality Disorder in Adolescents: A Critical Overview, Novel Speculations, and Suggested Future Directions. In D. Silver & M. Rosenbluth (Eds.), *Handbook of Borderline Disorders* (pp. 535-552). Connecticut: International Universities Press, Inc.

- Lapsey, D. K., & Edgerton, J. (2002). Separation-individuation, adult attachment, and college adjustment. *Journal of Counseling and Development, 80*, 484-492.
- Leal, I.; Piscalho, I.; & Serafim, I. (2000). *Representações sociais da educação sexual em adolescentes*. Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: I.S.P.A, 2000.
- Lenzenweger, F. M. (1999). Stability and change in personality disorder features. The longitudinal study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry, 56*, 1009-1015.
- Levpuscek, M.P. (2006). Adolescent individuation in relation to parents and friends: Age and gender differences. *European Journal of Developmental Psychology 3* (3), 238-264.
- Levy, K. N., Becker, D.F., Grilo, C.M., Mattanah, J.F., Garnet, K.E., Quinlan, D.M., Edell, W.S., & McGlashan, T. (1999). Concurrent and Predictive Validity of the Personality Disorder Diagnosis in Adolescent Inpatients. *American Journal Psychiatry, 156* (10), 1522-1528.
- Llagostera, G.A. (2003). Manual: Inventario Clínico para Adolescentes de Millon. Versión y adaptación española del MACI. Barcelona: TEA Ediciones.
- Loper, A.B., Hoffschmidt, S.J., & Ash, E. (2001). Personality Features and Characteristics of Violent Events Committed by Juvenile Offenders. *Behavioral Sciences and the Law, 19*, 81-96.
- Lopez, F.G., Campbell, V.L., & Watkins, C.E. (1988). Family structure, psychological separation, and college adjustment: A canonical analysis and cross-validation. *Journal of Counseling Psychology, 35* (4), 402-409.
- Ludolph, P., Westen, D., Mislis, B., Jackson, A., Wixom, J., & Wiss, F.C. (1990). The borderline diagnosis in adolescents: Symptoms and developmental history. *American Journal of Psychiatry, 147*, 470-476.
- Main, M. (2001). *Attachment to mother and father in infancy as related to the adult attachment interview and to a self-visualization task at age 19*. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS (3ª ed revista)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marrone, M. (2001). Apego y promoción de la salud mental. In Marrone (Eds.), *La Teoría del Apego. Un Enfoque Actual* (pp.315-330). Madrid: Editorial Psimática.
- Marrone, M. (2001). Apunte biográfico. In Marrone (Eds.), *La Teoría del Apego. Un Enfoque Actual* (pp.11-30). Madrid: Editorial Psimática.

- Marrone, M. (2001). Entre la clínica y la investigación. In Marrone (Eds.), *La Teoría del Apego. Un Enfoque Actual* (pp. 49-72). Madrid: Editorial Psimática.
- Marrone, M. (2001). La teoría del apego. In Marrone (Eds.), *La Teoría del Apego. Un Enfoque Actual* (pp.31-48). Madrid: Editorial Psimática.
- Marrone, M. (2001). La teoría de apego y la psiquiatría general. In Marrone (Eds.), *La Teoría del Apego. Un Enfoque Actual* (pp. 331-350). Madrid: Editorial Psimática.
- Marrone, M. (2001). Sobre los modelos representacionales. In Marrone (Eds.), *La Teoría del Apego. Un Enfoque Actual* (pp.73-86). Madrid: Editorial Psimática.
- Masterson, J.F., & Rinsley, D. B. (1975). The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 56, 163-177.
- Mattanah, J.J.F., Becker, D.F., Levy, K.N., Edell, W.S., & McGlashan, T.H. (1995). Diagnostic stability in adolescents followed up 2 years after hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 152, 889-894.
- Matos, A.C. (2002). *O Desespero* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Mayseless, O., Wiseman, H., & Hai, I. (1998). Adolescents' relationships with father, mother, and same-gender friend. *Journal of Adolescent Research*, 13, 101-123.
- McCann, J.T. (1999). *Assessing Adolescents with the MACI. Using Millon Adolescent Clinical Inventory*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- McClanahan, G., & Holmbeck, G.N. (1992). Separation-Individuation, Family Functioning, and Psychological Adjustment in College Students: A Construct Validity Study of the Separation-Individuation Test of Adolescence. *Journal of Personality Assessment*, 59 (3), 468-485.
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico Psicanalítico* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi. (Tradução do original em Inglês Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process, 1994).
- Meekings, C., & O'Brien, L. (2004). Borderline pathology in children and adolescents. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 152-163.
- Meijer, M., Goedhart, A.W., & Treffers, P.D.A. (1998). The persistence of borderline personality disorder in adolescence. *Journal of Personality Disorders*, 12, 13-22.
- Mesman, J., Bongers, L. I., & Koot, M, H. (2001). Preschool Developmental Pathways to Preadolescent Internalizing and Externalizing Problems. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 42, (5), 679-689.
- Mesman, J., & Koot, M., H. (2000). Common and Specific Correlates of Preadolescent Internalizing and Externalizing Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, (3), 428-437

- Miljkovitch, R. (2004). A vinculação ao nível das representações. In Guedeney & Guedeney (Eds.), *Vinculação. Conceitos e Aplicações* (pp. 45-53). Lisboa: Climepsi. (Tradução do original Francês L'attachement. Concepts et applications, 2002).
- Millon, T., & Davis, R.D. (1993). The Millon Adolescent Personality Inventory and the Millon Adolescent Clinical Inventory. *Journal of Counseling & Development, 71*, 570-574.
- Overbeek, G., Vollebergh, W., Engels, R., & Meeus, W. (2005). Juvenile delinquency as acting out: Emotional disturbance mediating the effects of parental attachment and life events. *European Journal of Developmental Psychology, 2* (1), 39-46.
- Papalia, D.E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O mundo da criança*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal, 172* (12), 1579-1583.
- Paris, J. (2006). Diagnosing borderline personality disorder in adolescence. *Adolescent Psychiatry, 29*, 237-247.
- Paris, J., Zweig-Franck, H., & Guzner, J. (1994a). Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Comprehensive Psychiatry, 35*, 301-315.
- Paris, J., Zweig-Franck, H., & Guzner, J. (1994b). Psychological risk factors for borderline personality disorder in male patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 182* (7), 375-380.
- Paz, A.C., & Paz, T.O. (1992). Adolescence and borderline pathology: characteristics of the relevant psychoanalytic process. *The International Journal of Psychoanalysis, 73*, 739-755.
- Pianta, R., Egeland, B., & Adam, E. (1996). Adult attachment classification self-reported psychiatric psychopathology as assessed by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 273-281.
- Pinto, A., Grapentine, W.L., Francis, G., & Picariello, C. (1996). Borderline personality disorder in adolescents: Affective and cognitive features. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 1338-1343.
- Ramklint, M., Knorrning, A., Knorrning, L., & Ekselius, L. (2003). Child and adolescent psychiatric disorders predicting adult personality disorder: A follow-up study. *Nordic Journal Psychiatry, 57*, 23-28.
- Rey, J.M. (1996). Antecedents of personality disorders in young adults. *Psychiatric Times, 13* (2), 37-38.

- Rice, K.G., Cole, D.A., & Lapsley, D.K. (1990). Separation-individuation, family cohesion, and adjustment to college: Measurement validation and test of a theoretical model. *Journal of Counseling Psychology, 37* (2), 195-202.
- Rice, K.G., FitzGerald, D.P., Whaley, T.J., & Gibbs, C.L. (1995). Cross-sectional and longitudinal examination of attachment, separation-individuation, and college student adjustment. *Journal of Counseling and Development, 73*, 463-474.
- Richardson, G., Kelly, T.P., Graham, F., & Bhate, S.R. (2004). A personality-based taxonomy of sexually abusive adolescents derived from the Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI). *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 285-298.
- Rodrigues, V.A. & Gonçalves, L. (2004) Apresentação Clínica e Critérios de Diagnóstico. In V.A. Rodrigues, & L Gonçalves (Eds.), *Patologia da Personalidade. Teoria, Clínica e Terapêutica* (pp.117-164). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Romm, S., Bockian, N. , & Harvey, M. (1999). Factor-based Prototypes of the Millon Adolescent Clinical Inventory in Adolescents Referred for Residential Treatment. *Journal of Personality Assessment, 72* (1), 125-143.
- Ronnlund, M., & Karlsson, E. (2006). The relation between dimensions of attachment and internalizing and externalizing problems during adolescence. *Journal of Genetic Psychology, 167*, 47-63.
- Rosenstein, D.S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent Attachment and Psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64* (2), 244-253.
- Sá, E. (2003). *Patologia Borderline e Psicose na Clínica Infantil*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Sable, P. (1997). Attachment, Detachment and Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy, 34*, 171-181.
- Sack, A., Sperling, M.B., Fagen, G., & Foelsch, P. (1996). Attachment Style, history, and behavioral contrasts for a borderline and normal sample. *Journal of Personality Disorders, 10*, 88-102.
- Salgueiro, E. (1990). Breves reflexões sobre o narcisismo e o objecto estético na adolescência. *Revista Portuguesa de Psicanálise, 8*, 71-75.
- Shapiro, E.R., Zinner, J., Shapiro, R.L., & Berkowitz, D.A. (1975) The influence of family experience on borderline personality development. *International Review of Psycho-Analysis, 2*, 399-411.
- Sharp, C., & Romero, C. (2007). Borderline personality disorder: A comparison between children and adults. *Bulletin of the Menninger Clinic, 71* (2),85-114.

- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, T.M., McGlashan, T., Morey, L.C., & Sanislow. (2005). The collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS): Overview and implications. *Journal of Personality Disorders, 19*, 487-504.
- Soares, I., Carvalho, M., Dias, P., Rios, S., & Silva, J. (2007). Vinculação e Psicopatologia. In I. Soares (Eds.), *Relações de Vinculação ao longo do desenvolvimento. Teoria e Avaliação* (pp. 193-240). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Soloff, P.H., & Millward, J. W. (1983). Psychiatric disorders in the families of borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 40*, 37-44.
- Sperling, M.B., Sharp, J.L., & Fishler (1991). On the nature of attachment in a borderline population: A preliminary investigation. *Psychological Reports, 68*, 543-546.
- Sroufe, L.A., Carlson, E.A., Levy, A.K., & Egeland, B. (1999). Implication of Attachment Theory for Developmental Psychopathology. *Development and Psychopathology, 11*, 1-13.
- Stone, M. H. (1993). Etiology of borderline personality disorder: Psychobiological factors contributing to an underlying irritability. In J. Paris (Eds.), *Borderline Personality Disorder* (pp-87-102. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Taylor, J., Kemper, T.S., Loney, B.R., Kistner, J.A. (2006). Classification of Severe Male Jovenile Offenders Using MACI Clinical and Personality Scales. *Journals of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35* (1), 90-102.
- Vinet, E., & Santacana, M.F. (2006). El Inventario Clínico Para Adolescentes de Millon (MACI) y su Capacidad para Discriminar Entre Población General y Clínica. *PSYKHE, 15* (2), 69-80.
- Wagner, A. W., & Linehen, M.M. (1994). Relationship between childhood sexual abuse and topography of parasuicide among women with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 8*, 1-9.
- Wallis, P., & Steele, H. (2001). Attachment representations in adolescence: Further evidence from psychiatric residential settings. *Attachment & Human Development, 3* (3), 259-268.
- Weinfeld, N.S., Whaley, G.J.L., & Egeland, B. (2004). Continuity, discontinuity, and coherence in attachment from infancy to late adolescence: Squelae of organization and disorganization.
- Westen, D., Dutra, L., & Shedler, J. (2005). Assessing adolescent personality pathology. *British Journal of Psychiatry, 186*, 227-238.
- Westen, D., Ludolph, P., Lerner, H., Ruffins, S., & Wiss, F.C. (1990). Object relations in borderline adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 338-348.

- Williams, S. K., & Kelley, F. D. (2005). Relationship among involvement attachment, and behavioral problems in adolescence: Examining father's influence. *Journal of Early Adolescence, 25*, 168-196.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B., & Silk, K.R. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorder, 19*, 505-523.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Khera, G.S., & Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry, 42*, 144-150.

# **ANEXOS**

## Anexo A. Variáveis Sócio-demográficas Relativas à Amostra de Prestadores de Cuidados

Gráfico correspondente à variável Género:

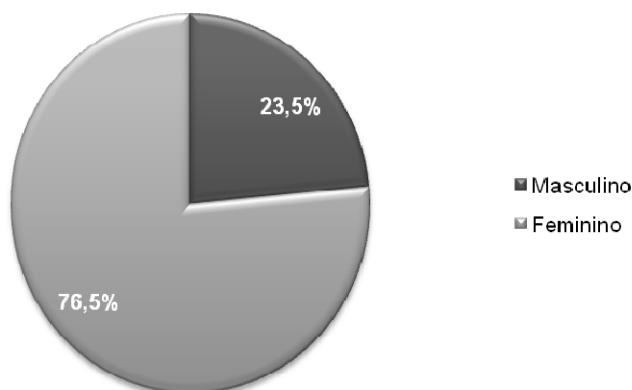


Tabela – Habilitações Literárias na Amostra de Prestadores de Cuidados.

Habilitações Académicas	n	%
<i>Primeiro Ciclo – Primária</i>	10	19,6
<i>Segundo Ciclo – 5º e 6º</i>	5	9,8
<i>Terceiro Ciclo – 7,8º e 9º</i>	<b>16</b>	<b>31,4</b>
<i>Ensino Secundário – 10º, 11º e 12º</i>	14	27,5
<i>Curso Profissional</i>	1	2
<i>Licenciatura</i>	3	5,9
<i>Bacharelato</i>	2	3,9
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

Tabela – Profissões na Amostra de Prestadores de Cuidados.

Profissão	n	%
<i>Especialistas, Profissionais, Intelectuais e Científicos</i>	5	9,8
<i>Técnicos Profissionais de Nível Intermédio</i>	3	5,9
<i>Pessoal Administrativo, dos Serviços e Vendedores</i>	<b>24</b>	<b>47,1</b>
<i>Trabalhadores Não Qualificados</i>	14	27,5
<i>Não Pertence ao Mercado Activo de Trabalho</i>	4	7,8
<i>Operários, artífices, Trabalhadores Similares</i>	1	2,0
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

Tabela – Estado Civil.

Estado Civil	PAIS		MÃES	
	n	%	n	%
Casado(a)	10	83,3	21	53,8
Divorciado/Separado(a)	1	8,3	12	30,8
Viúvo(a)	1	8,3	3	7,7
Solteiro(a)	0	0,0	1	2,6
União de Facto	0	0,0	2	5,1
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

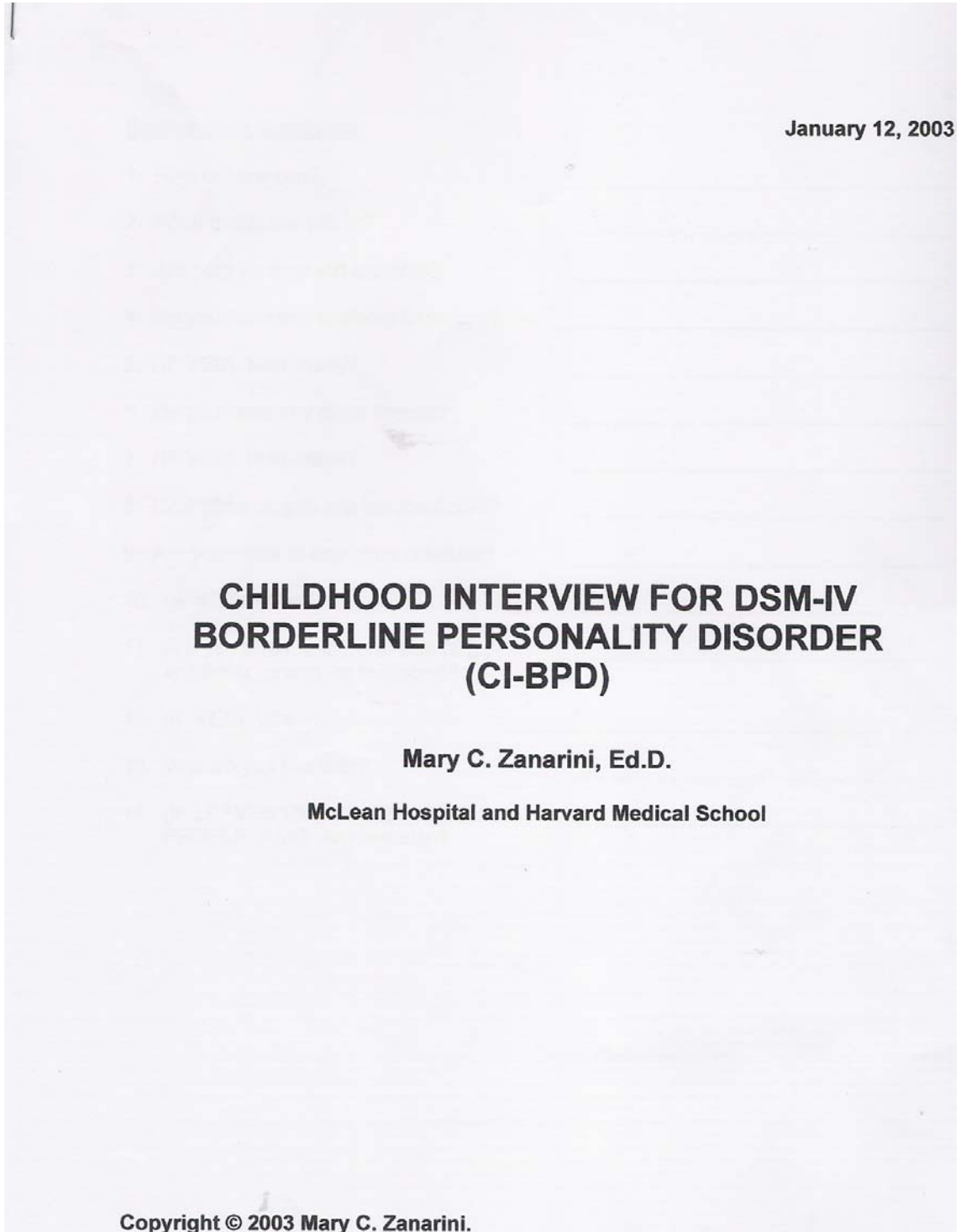
Tabela – Distribuição dos Pais que Residem com o Filho e daqueles que não Residem com o Menor.

Reside com o Filho	PAIS		MÃES	
	N	%	n	%
Sim	10	83,3	36	92,3
Não	2	16,7	3	7,7
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Tabela – Tipologia Familiar.

Tipologia Familiar	PAIS		MÃES	
	n	%	n	%
Nuclear	11	91,7	25	64,1
Monoparental – Mãe	1	8,3	11	28,2
Monoparental – Pai	0	0,0	0	0,0
Reconstruída	0	0,0	1	2,6
Adoptiva	0	0,0	1	2,6
Instituição de Acolhimento	0	0,0	1	2,6
Outros Familiares	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

**Anexo B – Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder de Mary Zonarini (2003)**



**Background Questions**

1. How old are you? \_\_\_\_\_
2. What grade are you in? \_\_\_\_\_
3. Are your parents still together? \_\_\_\_\_
4. Do you have any brothers or sisters? \_\_\_\_\_
5. (IF YES) How many? \_\_\_\_\_
6. Do you have any close friends? \_\_\_\_\_
7. (IF YES) How many? \_\_\_\_\_
8. How often do you see him/her/them? \_\_\_\_\_
9. Are you close to any other relatives? \_\_\_\_\_
10. (IF YES) Who? \_\_\_\_\_
11. Are you close to anyone else (e.g., a teacher, coach, or neighbor)? \_\_\_\_\_
12. (IF YES) Who? \_\_\_\_\_
13. Who do you live with? \_\_\_\_\_
14. (IF LEAVES OUT OTHER LIKELY PEOPLE, ASK) Anyone else? \_\_\_\_\_

Before we begin, I want to point out that the questions in this interview concern the past two years of your life or the period since you were (APPROPRIATE AGE) and were in the (APPROPRIATE YEAR IN SCHOOL) grade. I also want to point out that I'm mainly interested in learning about feelings, thoughts, and behaviors that have been typical for you during this two-year period. However, I will be asking you a number of questions about specific things that you may have done only when you were particularly upset.

### **BORDERLINE PERSONALITY DISORDER**

**During the past two years, have you ...**

1. ... felt very angry a lot of the time?

How about often felt really angry inside but managed to hide it so that other people didn't know about it?

Frequently behaved in an angry manner (e.g., often teased people or said mean things, frequently yelled at people, repeatedly broken things)?

How about become very angry and gotten into physical fights with someone you're close to?

**(Inappropriate, intense anger or difficulty controlling anger, e.g., frequent displays of temper, constant anger, recurrent physical fights: 2=definitely present, 1=probably present, 0=absent)**

2. ... often found that your mood has changed suddenly (e.g., from feeling OK to feeling really sad or very angry or extremely nervous, fearful, or scared)?

How about from feeling OK to feeling enraged, panicked, or totally hopeless?

Had a lot of mood changes?

Been told that you're a moody person?

(IF YES TO ANY OF ABOVE) Do these mood changes typically last only a few hours to a few days?

**(Affective instability due to a marked reactivity of mood [e.g., intense episodic dysphoria, irritability, or anxiety usually lasting a few hours and only rarely more than a few days]: 2=definitely present, 1=probably present, 0=absent)**

3. ... felt empty a lot of the time?

How about that you had no feelings inside?

That there was nothing inside?

**(Chronic feelings of emptiness: 2=definitely present, 1=probably present, 0=absent)**

4. ... often been unsure of what kind of person you are?

Frequently gone from feeling sort of OK about yourself to feeling that you're bad or even evil?

Often felt that you had no consistent or steady sense of yourself?

How about that you had no identity?

That you had no idea of who you are or what you believe in?

That you don't even exist?

**(Identity disturbance: markedly and persistently unstable self-image or sense of self: 2=definitely present, 1=probably present, 0=absent)**

5. ... often felt very distrustful or suspicious of other people?

How about believed that they were taking advantage of you or blaming you for things that weren't your fault?

Were staring at you, talking about you behind your back, or laughing at you?

Frequently felt as if you were physically separated from your feelings or as though you were viewing yourself from a distance?

Often felt as if you were in a dream or as though something like a window was between you and the world?

Repeatedly had times when you felt spaced out or numb?

How about when you felt emotionally dead?

(IF YES TO ANY OF ABOVE) Did these feelings come and go or were they almost always there?

Did they only occur when you were under stress?

How about get worse when you were under a lot of stress?

**(Transient stress-related paranoid ideation or severe dissociative symptoms: 2=definitely present, 1=probably present, 0=absent)**

6. ... frequently tried to avoid feeling completely alone or abandoned (e.g., often called someone you're close to because you were feeling totally alone or scared)?

How about tried to avoid being left alone or abandoned (e.g., pleaded with people not to leave you, clung to them physically, refused to leave their home or office)?

**(Frantic efforts to avoid real or imagined abandonment [do not include suicidal or self-mutilating behavior covered elsewhere]: 2=definitely present, 1=probably present, 0=absent)**

7. ... deliberately hurt yourself without meaning to kill yourself (e.g., cut yourself, burned yourself, punched yourself, put your hand through windows, punched walls, banged your head)? (IF YES) How many times?

Threatened to kill yourself? (IF NO) How about told someone that you're going to kill yourself to let them know you're in pain? To see if they care? (IF YES TO ANY OF ABOVE) How many times?

Actually tried to kill yourself? (IF YES) How many times?

**(Recurrent suicidal behavior, gestures, or threats, or self-mutilating behavior: 2=definite pattern of self-mutilation or suicidal efforts [two or more times], 1=probable pattern of self-mutilation or suicidal efforts [one time], 0=no pattern of self-mutilation or suicidal efforts [no times])**

8. ... gotten really drunk? (IF YES) How many times? (2=5 times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

High on prescription or street drugs? (IF YES) How many times? (2=5 times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

Impulsively gotten sexually involved with anyone or had any brief affairs? (IF YES) How many times? (2=five times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

Had times where you ate so much food that you were in a lot of pain or had to force yourself to throw up? (IF YES) How many times? (2=5 times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

Spent all of your money as soon as you got it? (IF YES) How many times? (2=5 times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

Lost your temper and really shouted, yelled, or screamed at anyone? (IF YES) How many times? (2=5 times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

Threatened to physically harm anyone (e.g., told someone that you would punch him, stab him, or kill him)? (IF YES) How many times? (2=5 times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

Shoved, slapped, punched, or kicked someone)? (IF YES) How many times? (2=5 times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

Been in any fistfights? (IF YES) How many? (2=5 times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

Deliberately damaged property (e.g., smashed dishes, broken furniture, destroyed some of your own things)? (IF YES) How many times? (2=5 times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

→ Driven far too fast or while you were under the influence of alcohol or drugs? (IF YES) How many times? (2=five times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

Done anything that's against the law (e.g., shoplifted, sold drugs, destroyed public property)? (IF YES) How many times? (2=5 times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

**(Impulsivity in at least two areas that are potentially self-damaging [do not include suicidal or self-mutilating behavior covered elsewhere]: 2=definite impulsiveness in two areas [two areas given a rating of 2], 1=probable impulsiveness in two areas, 0=not impulsive in two areas)**

9. ... often gone from loving and admiring someone to feeling that you can't stand him or her?

Often gone from feeling like you couldn't live without someone to needing to get away from him or her?

Had any stormy relationships or relationships with a lot of ups and downs?

Any relationships with a lot of very intense arguments?

How about times when you stopped talking to one another or seeing one another? (IF YES) And then got back together again?

**(A pattern of unstable and intense interpersonal relationships characterized by alternating between extremes of idealization and devaluation: 2=definitely present, 1=probably present, 0=absent)**

10. **THE PATIENT MEETS THE DSM-IV CRITERIA FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER.** (2=meets five or more criteria at 2-level, 1=meets four criteria at 2-level, 0=meets three or fewer criteria at 2-level)

**VERSÃO TRADUZIDA:****Questões de Fundo:**

1. Qual é a sua idade? \_\_\_\_\_
2. Em que ano de escolaridade se encontra? \_\_\_\_\_
3. Os seus pais ainda se encontram juntos? \_\_\_\_\_
4. Tem irmãos ou irmãs? \_\_\_\_\_
5. (SE SIM) Quantos? \_\_\_\_\_
6. Tem algum amigo mais próximo? \_\_\_\_\_
7. (SE SIM) Quantos? \_\_\_\_\_
8. Com que frequência o (a/s) vê? \_\_\_\_\_
9. É próximo de outros familiares? \_\_\_\_\_
10. (SE SIM) De quem? \_\_\_\_\_
11. Mantém uma relação próxima com outras pessoas (e.g., professor, treinador, vizinho)? \_\_\_\_\_
12. (SE SIM) Com quem? \_\_\_\_\_
13. Com quem vive? \_\_\_\_\_
14. (SE ALGUMA PESSOA PROVÁVEL FOR DEIXADA DE FORA, PERGUNTAR)  
Mais alguém? \_\_\_\_\_

Antes de começarmos, gostaria de realçar que as questões desta entrevista dizem respeito aos dois últimos anos da sua vida ou ao período em que tinha (IDADE APROPRIADA) e estava no (ANO DE ESCOLARIDADE APROPRIADO) de escolaridade. Gostaria, também, de esclarecer que estou principalmente interessada(o) em aprender acerca dos sentimentos, pensamentos e comportamentos que têm sido típicos em si durante este período de dois anos. Contudo, irei questioná-lo acerca de coisas específicas que poderá ter feito apenas quando esteve particularmente chateado(a).

### **Perturbação Estado-Limite da Personalidade**

#### **Durante os dois últimos anos...**

1. ...sentiu-se muito zangado(a) a maioria do tempo?

Com que frequência se sentiu realmente zangado(a) mas se controlou de modo a esconder a sua zanga para que as outras pessoas não a percebessem?

Comportou-se frequentemente de uma maneira zangada (e.g., por vezes provocar as pessoas ou dizer-lhes coisas más, gritar frequentemente com as pessoas, partir repetidamente objectos)?

Ficou muito zangado(a) ao ponto de se envolver em agressões físicas com alguém de quem é próximo?

**(Zanga intensa e inapropriada ou dificuldade em controlar a raiva, e.g., mudanças frequentes de temperamento, zanga constante, lutas físicas recorrentes: 2= definitivamente presente, 1= provavelmente presente, 0= ausente.)**

2. ...achou frequentemente que o seu humor mudou repentinamente (e.g., sentir-se bem e passar a sentir-se realmente triste, muito zangado ou extremamente nervoso, amedrontado ou assustado)?

Acha que passou de sentir-se bem para sentir-se enfurecido(a), totalmente desesperado(a) ou entrar em pânico?

Teve muitas mudanças de humor?

Disseram-lhe que é uma pessoa de humores?

(SE A RESPOSTA FOR SIM A QUALQUER UMA DAS PERGUNTAS ANTERIORES)

Estas mudanças de humor geralmente duram apenas algumas horas ou podem durar alguns dias?

**(A instabilidade afectiva é própria de uma reactividade marcada do humor [e.g., disforia intensa e episódica, irritabilidade, ou ansiedade que dura geralmente algumas horas e apenas raramente mais do que alguns dias]: 2= definitivamente presente, 1= provavelmente presente, 0= ausente).**

3. ... Sentiu-se vazio(a) a maior parte ou muito do tempo?

O que acha de sentir que não tem nenhum sentimento dentro de si?

Sentir que não existe nada dentro de si?

**(Sentimentos crónicos de vazio: 2= definitivamente presente, 1= provavelmente presente, 0= ausente).**

4. ...Sentiu-se, com frequência, inseguro acerca de que tipo de pessoa é?

Oscila frequentemente entre sentir-se bem consigo mesmo(a) e sentir que é mau (má) ou mesmo cruel?

Sentiu muitas vezes que não tem um sentido (um conhecimento) de si mesmo(a) consistente ou estável?

O que acha de sentir que não tem uma identidade (um conhecimento acerca de si)?

Sentir que não tem ideia de quem é ou daquilo em que acredita?

Sentir que nem sequer existe?

**(Distúrbio da identidade: auto-imagem ou consciência de si próprio persistentemente instáveis: 2= definitivamente presente, 1= provavelmente presente, 0= ausente).**

5. ...Sentiu-se muito desconfiado(a) ou com suspeitas em relação às outras pessoas?

Acredita que as pessoas tiram vantagem de si ou que o(a) culpam por coisas de que não teve a culpa?

Que ficam a olha-lo(a) fixamente, a falar de si nas suas costas, ou a rir-se de si?

Sentiu frequentemente como se estivesse fisicamente separado(a) dos seus sentimentos ou pensou que estava a ver-se a si próprio(a) à distância?

Sentiu com frequência como se estivesse num sonho ou pensou em alguma coisa como uma janela entre si e o resto do mundo?

Teve momentos em que se sentiu repetidamente distante ou paralisado(a)?

Sentiu-se emocionalmente morto(a)?

(SE A RESPOSTA FOR SIM A QUALQUER UMA DAS PERGUNTAS ANTERIORES)

Estes sentimentos vêm e vão ou estão quase sempre presentes?

Apenas ocorrem quando está sob stress / ansiedade?

Acha que pioram quando está com muito stress /ansioso(a)/ nervoso(a)?

**(Ideação paranóide transitória relacionada com stress, sintomas dissociativos severos: 2= definitivamente presente, 1= provavelmente presente, 0= ausente).**

6. ...tentou frequentemente evitar sentir-se completamente sozinho(a) ou abandonado(a) (e.g., chamar com frequência alguém de quem é próximo(a) porque se sentia totalmente sozinho(a) ou assustado(a))?

Tentou evitar ser deixado(a) sozinho(a) ou ser abandonado(a) (e.g., implorar às pessoas para que não o(a) deixem, agarrar-se fisicamente a outra pessoa, recusar deixar a sua casa ou escola, local de trabalho)?

**(Esforços frenéticos para evitar um abandono real ou imaginário [não incluir comportamentos suicidas ou auto-mutilantes, os quais estão abrangidos noutra ponto]: 2= definitivamente presente, 1= provavelmente presente, 0= ausente).**

7. ...Magoou-se de propósito sem querer matar-se (e.g., cortou-se a si próprio(a), queimou-se, esmurrou-se, partiu o vidro de uma janela com a mão, deu murros em paredes, bateu violentamente com a cabeça)? (SE SIM) Quantas vezes?

Ameaçou matar-se? (SE NÃO), E contar a alguém que se ia matar para que essa pessoa ficasse a saber que estava a sofrer? Para ver se se preocupava? (SE A RESPOSTA FOR SIM A UMA DESTAS QUESTÕES) Quantas vezes?

Actualmente tentou matar-se? (SE SIM) Quantas vezes?

**(Comportamento suicida recorrente, gestos, ou ameaças, ou auto-mutilações: 2= Padrão definido de auto-mutilações ou esforços suicidas [duas ou mais vezes], 1= Padrão provável de auto-mutilação e de esforços suicidas [uma vez], 0= Nenhum padrão suicida ou de auto-mutilação [nenhuma vez])**

8. ...ficou realmente alcoolizado(a)? (SE SIM) Quantas vezes? (2= 5 vezes ou mais, 1= 3-4 vezes, 0= 0 a 2 vezes).

Esteve sob o efeito de medicamentos ou de drogas ilegais? (SE SIM) Quantas vezes? (2= 5 vezes ou mais, 1= 3-4 vezes, 0= 0-2 vezes).

Envolveu-se com alguém sexualmente ou teve relações de curta duração de forma impulsiva? (SE SIM) Quantas vezes? (2= 5 ou mais vezes, 1= 3-4 vezes, 0= 0-2 vezes).

Teve momentos em que comeu uma grande quantidade de comida, ficando com muitas dores ou sendo forçado(a) a provocar o vómito? (SE SIM) Quantas vezes? (2= 5 vezes ou mais, 1= 3-4 vezes, 0= 0-2 vezes).

Gastou todo o seu dinheiro (mesada) tão depressa como o recebeu? (SE SIM) Quantas vezes? (2= 5 vezes ou mais, 1= 3-4 vezes, 0= 0-2 vezes).

Perdeu a cabeça e realmente falou alto, berrou ou gritou com alguém? (SE SIM) Quantas vezes? (2= 5 vezes ou mais, 1= 3-4 vezes, 0= 0-2 vezes).

Ameaçou alguém de o agredir fisicamente? (e.g., dizer a alguém que o iria esmurrar, esfaqueá-lo ou matá-lo)? (SE SIM) Quantas vezes? (2= 5 ou mais vezes, 1= 3-4 vezes, 0= 0-2 vezes).

Empurrou, esbofeteou, esmurrou ou pontapeou alguém? (SE SIM) Quantas vezes? (2= 5 vezes ou mais, 1= 3-4 vezes, 0= 0-2 vezes).

Esteve envolvido(a) em alguma luta/briga? (SE SIM) Quantas vezes? (2= 5 ou mais vezes, 1= 3-4 vezes, 0= 0-2 vezes).

Danificou alguns objectos de propósito (e.g., partir pratos, partir mobílias, destruir outro tipo de objectos)? (SE SIM) Quantas vezes? (2= 5 vezes ou mais, 1= 3-4 vezes, 0= 0-2 vezes).

Conduziu em excesso de velocidade (motos, automóveis, etc.) sob a influência do álcool ou de drogas? (SE SIM) Quantas vezes? (2= cinco ou mais vezes, 1= 3-4 vezes, 0= 0-2 vezes).

Fez alguma coisa que vai contra a lei (e.g., roubar lojas, vender drogas, destruir propriedades públicas)? (SE SIM) Quantas vezes? (2= 5 ou mais vezes, 1= 3-4 vezes, 0= 0-2 vezes).

**(Impulsividade em pelo menos duas áreas que são potencialmente auto-destruidoras [Não incluir os comportamentos de auto-mutilação e suicidas, abrangidos num outro ponto]: 2= Impulsividade definitiva em duas áreas [Duas áreas cotadas como 2], 1= impulsividade provável em duas áreas, 0= ausência de impulsividade em duas áreas).**

9. ...Oscila frequentemente entre admirar e amar alguém e sentir que não suporta esse alguém?

Oscila com frequência entre sentir que não pode viver sem uma pessoa e a necessidade de se afastar dessa mesma pessoa?

Teve alguma relação conflituosa ou uma relação com muitos altos e baixos?

Teve algum relacionamento com discussões muito intensas (relação com os pais, namorado(a), familiares, amigos, etc.).

Houve momentos em que parou de falar com alguém ou ver alguém? (SE SIM) E depois voltaram a ficar juntos?

**(Padrão de relações interpessoais instável e intenso caracterizado pela oscilação entre extremos de idealização e de desvalorização: 2= definitivamente presente, 1= provavelmente presente, 0= ausente).**

**10. O paciente preenche os critérios do DSM-IV para o diagnóstico de uma Perturbação Estado-Limite da Personalidade. (2= preenche 5 ou mais critérios no nível 2, 1= preenche 4 critérios no nível 2, 0= preenche três ou menos critérios no nível 2).**

Perturbação Estado-Limite da Personalidade	2 pontos –	5 critérios de nível 2
	1 ponto –	4 critérios de nível 2
	0 pontos –	3 ou menos critérios de nível 2

**Anexo C – Millon Adolescent Clinical Inventory (Tradução Experimental de Alexandra Ancião, 2004)**

## MACI

### INVENTÁRIO CLÍNICO PARA ADOLESCENTES DE MILLON<sup>1</sup> (MILLON ADOLESCENT CLINICAL INVENTORY)

THEODORE MILLON, PhD (1993)

#### INSTRUÇÕES

Esta prova consiste numa série de afirmações que os jovens usam para se descreverem a si mesmos. Encontram-se aqui para ajudar-te a descrever os teus sentimentos e atitudes. Quando assinalares as respostas, fá-lo de uma forma SINCERA, já que os resultados serão utilizados como forma de te conhecer e de te ajudar. Não te preocupes se muitas das frases te parecerem pouco vulgares, pois elas foram incluídas para descreverem jovens com problemas muito variados.

Lê com atenção as frases que se seguem. Se achas que a afirmação serve para te descrever ou concordas com ela, assinala a RESPOSTA VERDADEIRA (exemplo 1) na folha de respostas que te forneceram. Se não concordas com a afirmação ou achas que a mesma não se aplica a ti, assinala a RESPOSTA FALSA (exemplo 2).

- |                         | V                                   | F                                   |
|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ① Sou um ser humano     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| ② Meço mais de 3 metros | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |

Tenta responder às frases por ordem, e assinala apenas uma resposta para cada afirmação. Não deixes de responder a nenhuma questão. Se não fores capaz de decidir se a mesma é VERDADEIRA ou FALSA, deves assinalar o F (FALSO).

Responde a todas as frases, mesmo que não estejas seguro(a) da tua escolha. Não existe limite de tempo para responderes ao questionário, no entanto, é preferível que respondas o mais rapidamente que te for possível e confortável.

**OS RESULTADOS DESTA PROVA SÃO CONFIDENCIAIS**

**NÃO ABRAS O CADERNO ANTES DE QUE TE INDIQUEM**

<sup>1</sup> Tradução Portuguesa experimental de Alexandra Ancião (2004) a partir da adaptação Espanhola de Gloria Aguirre Llagostera (2004)

*MACI: INVENTÁRIO CLÍNICO PARA ADOLESCENTES DE MILLON*

---

1. Prefiro muito mais obedecer do que mandar.
2. Estou bastante seguro(a) de que sei quem sou e do que quero na vida.
3. Não necessito ter amizades próximas como os outros jovens.
4. Frequentemente aborreço-me fazer as coisas que os outros querem que eu faça.
5. Esforço-me ao máximo para não ferir os sentimentos das outras pessoas.
  
6. Posso confiar na compreensão dos meus pais em relação a mim.
7. Algumas pessoas pensam que sou um bocado convencido(a).
8. Acontecesse o que acontecesse, nunca tomaria drogas.
9. Procuro fazer sempre o que é adequado.
10. Gosto do meu aspecto
  
11. Ainda que por vezes me descontrolo e coma demasiado, detesto quando aumento de peso.
12. Tenho a impressão que nada do que acontece me faz sentir triste ou feliz.
13. Dá a impressão que tenho dificuldades para me entender com outros jovens da minha idade.
14. Tenho muita vergonha em contar a outras pessoas como abusaram de mim.
15. Nunca fiz nada para que pudesse ter sido detido(a).
  
16. Penso que todos estariam melhor se eu estivesse morto(a).
17. Às vezes quando estou longe da minha casa, começo a sentir-me tenso(a) e com medo.
18. Geralmente actuo de forma rápida, sem pensar.
19. Acho que sou um(a) medrucas que fica à espera que passe o pior.
20. Não é raro uma pessoa sentir-se só e não desejada.
  
21. O castigo nunca me impediu de fazer o que queria.
22. Acho que a bebida tem sido um problema para vários membros da minha família.
23. Gosto de seguir instruções e fazer o que os outros esperam de mim.
24. Acho que me integro facilmente em qualquer grupo de rapazes ou raparigas.
25. Muito pouco do que faço tem sido apreciado pelos outros.

26. Detesto não ter nem o aspecto nem a inteligência que gostaria de ter.
27. Gosto da minha casa.
28. Algumas vezes meto medo a outros rapazes ou raparigas para que façam o que quero.
29. Ainda que as pessoas me digam que estou magro(a), eu continuo a pensar que peso demasiado.
30. Quando bebo, sinto-me mais seguro(a) de mim.
  
31. A maioria das pessoas é mais atraente do que eu.
32. Frequentemente quando estou no meio de uma multidão, sinto que vou ter um ataque de pânico ou que vou desmaiar.
33. Às vezes provoco o vômito, depois de comer muito.
34. Com frequência sinto-me sem rumo, como que perdido(a) na vida.
35. Tenho a impressão que não agrado à maioria dos jovens.
  
36. Quando posso escolher, prefiro fazer as coisas sozinho(a).
37. Implicar-se nos problemas dos outros é uma perda de tempo.
38. Muitas vezes sinto que os outros não querem ser amistosos (amigáveis) comigo.
39. Não me importo muito com o que os outros jovens pensam de mim.
40. Costumava consumir tanto (álcool ou drogas) que não sabia o que estava a fazer.
  
41. Não me importo de dizer às pessoas coisas que elas não gostam de ouvir.
42. Vejo-me muito longe daquilo que na realidade gostaria de ser.
43. As coisas na minha vida vão de mal a pior.
44. Assim que tenho um impulso para fazer uma coisa, faço-a logo.
45. A mim nunca me chamaram delinquente juvenil.
  
46. Muitas vezes sou o meu pior inimigo.
47. Muito poucas coisas ou actividades parecem dar-me prazer.
48. Estou sempre a pensar em fazer dieta, mesmo quando as pessoas me dizem que estou demasiado magro(a).
49. É muito difícil para mim sentir pena das pessoas que estão sempre preocupadas com qualquer coisa.
50. É bom criar hábitos para fazer a maioria das coisas.

*MACI: INVENTÁRIO CLÍNICO PARA ADOLESCENTES DE MILLON*

---

51. Acho que não tenho tanto interesse pelo sexo, como a maioria das pessoas da minha idade.
52. Não vejo nada de mal em utilizar os outros para conseguir o que quero.
53. Preferiria estar em qualquer outro lugar, menos em casa.
54. Às vezes sinto-me tão transtornado(a), que gostaria de magoar-me a mim mesmo gravemente.
55. Não acho ter sido abusado sexualmente.
  
56. Sou um tipo de pessoa teatral que gosta de chamar a atenção.
57. Posso beber mais cerveja ou licor que a maioria dos meus amigos.
58. Os pais e os professores são demasiado severos com os jovens que não seguem as regras.
59. Gosto muito de seduzir (engatar).
60. Não me aflige ver alguém sofrer.
  
61. Dá a impressão que não tenho muitos sentimentos pelos outros.
62. Gosto de pensar em sexo.
63. Preocupa-me muito pensar que possa ficar sozinho(a) ou abandonado(a).
64. Com frequência estou triste e sinto que ninguém me ama ou me quer.
65. É de supor que deveria estar magro(a), mas eu sinto que tenho as coxas e o rabo demasiado grandes.
  
66. Frequentemente, quando sou criticado(a) é porque mereço.
67. As pessoas pressionam-me para que faça mais do que é justo.
68. Acho que tenho um corpo bonito.
69. Socialmente sinto que me põem de parte.
70. Faço amigos e amigas facilmente.
  
71. Sou uma pessoa um bocado assustadiça e ansiosa.
72. Odeio recordar algumas das situações em que abusaram de mim.
73. Não sou diferente de muitos jovens que roubam coisas de vez em quando.
74. Prefiro agir primeiro e pensar depois.
75. Passei por períodos em que fumei charros várias vezes por semana.

76. Há tantas regras no meu caminho, que é difícil fazer o que quero.
77. Quando as coisas ficam aborrecidas, gosto de criar alguma emoção.
78. Haveria ocasiões em que faria algo cruel para que alguém se sentisse infeliz.
79. Passo muito tempo a preocupar-me com o meu futuro.
80. Com frequência sinto que não mereço as coisas boas que acontecem na minha vida.
  
81. Fico um pouco triste quando vejo alguém que se sente só.
82. Como pouco à frente das outras pessoas e depois encho-me de comida quando estou sozinho(a).
83. Na minha família estão sempre a gritar e a brigar uns com os outros.
84. Às vezes sinto-me muito infeliz por ser quem sou.
85. Parece que não gosto de estar com pessoas.
  
86. Tenho certas capacidades que outros jovens querariam ter.
87. Sinto-me muito incomodado com as pessoas, a não ser que tenha a certeza de que lhes agrado.
88. Matar-me seria a maneira mais fácil de resolver os meus problemas.
89. Às vezes confunde-me ou perturba-me as pessoas serem amáveis comigo.
90. Parece que a bebida me ajuda muito quando me sinto deprimido.
  
91. Quase nunca espero um acontecimento com prazer ou emoção.
92. Sou muito bom a inventar desculpas para sair dos problemas.
93. É muito importante que as crianças aprendam a obedecer aos adultos.
94. O sexo é algo que dá prazer.
95. Ninguém se importa realmente se estou vivo ou morto.
  
96. Deveríamos respeitar os mais velhos e não pensar que somos nós que sabemos mais.
97. Às vezes sinto prazer em magoar alguém fisicamente.
98. Às vezes sinto-me mal, depois de me ter acontecido uma coisa boa.
99. Não acho que os outros me vejam como uma pessoa atraente.
100. Socialmente sou um solitário, mas não me importo.

101. Quase tudo o que procuro fazer resulta fácil.
102. Há ocasiões em que sinto ser muito mais jovem do que realmente sou.
103. Gosto de ser o centro das atenções.
104. Se quero fazer uma coisa, simplesmente faço-a, sem pensar no que possa acontecer.
105. Tenho um medo terrível de que, por muito magro ou magra que esteja, possa vir a engordar se comer.
  
106. Não me aproximo muito das pessoas porque tenho medo que gozem comigo.
107. Tenho pensado cada vez com mais frequência em acabar com a minha vida.
108. Às vezes rebaixo-me para que a outra pessoa se sinta melhor.
109. Dá-me muito medo quando penso que posso ficar completamente só no mundo.
110. As coisas boas não duram.
  
111. Tenho tido alguns problemas com a lei.
112. Gostaria de trocar o meu corpo pelo de qualquer outra pessoa.
113. Há muitas ocasiões em que gostaria de ser mais jovem outra vez.
114. Não vi um automóvel nos últimos dez anos.
115. Outros da minha idade parecem estar mais seguros do que eu, por saber quem são e o que querem.
  
116. Muitas vezes fico desconcertado(a) ao pensar em sexo.
117. Faço o que quero sem me preocupar se isso afecta os outros.
118. Muitas das coisas que hoje parecem boas, depois tornam-se más.
119. Parece que os da minha idade nunca me convidam para sairmos juntos.
120. Houve ocasiões em que não podia passar um dia sem um charro.
  
121. Eu faço com que a minha vida seja pior do que deveria ser.
122. Prefiro que me digam o que tenho de fazer, em vez de ter de decidir por mim próprio.
123. No passado tentei suicidar-me.
124. Duas vezes por semana empanturro-me com enormes quantidades de comida.
125. Ultimamente parece que me deprimos por pequenas coisas.

126. No ano passado atravessei o Atlântico de avião 30 vezes.
127. Há ocasiões em que preferia ser outra pessoa.
128. Para demonstrar o meu poder, não me importo de tratar mal as pessoas.
129. Envergonho-me de algumas coisas terríveis que os adultos me têm feito.
130. Tento fazer tudo o que faço o mais perfeito que posso.
  
131. Estou contente com a maneira como o meu corpo se tem desenvolvido.
132. Com frequência assusto-me quando penso nas coisas que tenho de fazer.
133. Ultimamente sinto-me quase todo o tempo nervoso(a) e inquieto(a).
134. Costumava experimentar drogas duras para ver o efeito que faziam.
135. Com a minha simpatia, posso conseguir com que as pessoas me dêem quase tudo o que eu quero.
  
136. Muitos jovens conseguem oportunidades que eu não consigo.
137. Houve pessoas que fizeram coisas sexuais comigo quando eu ainda não podia entender.
138. Com frequência continuo a comer até me sentir mal disposto(a).
139. Num grupo, eu gozaria com outra pessoa só para a humilhar.
140. Não gosto de ser a pessoa em que me tornei.
  
141. Parece que estrago as coisas boas que me acontecem.
142. Ainda que queira ter amigos, não tenho quase nenhum.
143. Agrada-me que os sentimentos acerca do sexo se tenham agora tornado numa parte da minha vida.
144. Sou capaz de passar muita fome para ser mais magro (ou magra) do que sou.
145. Sou muito maduro para a minha idade e sei o que quero fazer na vida.
  
146. Em muitas coisas sinto-me muito superior à maioria das pessoas.
147. O meu futuro parece-me sem esperança.
148. Custou muito aos meus pais manterem-me no caminho certo.
149. Quando não consigo o que quero, descontrolo-me facilmente.
150. As vezes diverte-me fazer certas coisas ilegais.

*MACI: INVENTÁRIO CLÍNICO PARA ADOLESCENTES DE MILLON*

---

151. Acho que dependo demasiado dos outros para que me ajudem.
152. Os meus amigos e eu podemos terminar muito bêbados, quando nos estamos a divertir.
153. A maior parte do tempo sinto-me só e vazio.
154. Sinto-me totalmente sem objectivos e sem saber para onde vou.
155. Dizer mentiras é uma coisa muito normal.
  
156. Tenho estado a pensar em como e quando me suicidar
157. Gosto de provocar brigas.
158. Há ocasiões em que parece que eu não importo a ninguém na minha casa.
159. É bom ter uma forma habitual de fazer as coisas para não cometer erros.
160. Provavelmente mereço muitos dos problemas que tenho.

**FIM DA PROVA**

**POR FAVOR VÊ SE RESPONDESTES A TODAS AS QUESTÕES**

**Anexo D – Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência de Marina Carvalho, Isabel Soares e Américo Baptista (2006). Versões de Auto e Hetero-avaliação.**

**Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência – Versão de Auto-Avaliação**

(Marina Carvalho, Isabel Soares, & Américo Baptista, 2006)

Seguidamente vais encontrar um conjunto de afirmações que descrevem características que as pessoas podem apresentar. Lê cada uma delas e assinala com uma cruz o número que melhor te descreve, utilizando a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre

1. Preocupo-me se tiver que depender de outras pessoas .....	1	2	3	4	5
2. É difícil confiar totalmente nas outras pessoas .....	1	2	3	4	5
3. Para mim, é mais importante conseguir coisas que manter relações com os outros .....	1	2	3	4	5
4. Preocupo-me com a possibilidade de ser abandonado/a .....	1	2	3	4	5
5. Acredito que as outras pessoas gostam de mim e respeitam-me .....	1	2	3	4	5
6. Para mim, é difícil depender dos outros .....	1	2	3	4	5
7. Gostava de ser mais próximo/a dos meus amigos .....	1	2	3	4	5
8. Gosto de me sentir próximo/a das outras pessoas .....	1	2	3	4	5
9. Preocupo-me com a possibilidade de ficar sozinho/a .....	1	2	3	4	5
10. É bom estar próximo/a de outras pessoas .....	1	2	3	4	5
11. Preocupo-me com a possibilidade de não ser aceite pelas outras pessoas .....	1	2	3	4	5
12. Fico ansioso/a quando alguém se aproxima de mais de mim .....	1	2	3	4	5
13. Prefiro não mostrar os meus sentimentos .....	1	2	3	4	5
14. Sinto-me à vontade se tiver que pedir ajuda aos outros .....	1	2	3	4	5
15. As outras pessoas podem contar comigo quando me pedem ajuda .....	1	2	3	4	5
16. Sei que as outras pessoas estarão presentes quando eu necessitar delas .....	1	2	3	4	5
17. Sinto que posso contar com os outros quando necessitar .....	1	2	3	4	5
18. Preocupo-me que os meus amigos não queiram estar comigo .....	1	2	3	4	5
19. Para mim, é muito importante sentir-me independente .....	1	2	3	4	5
20. As outras pessoas afastam-se de mim porque eu tento estar demasiado próximo/a delas .....	1	2	3	4	5
21. Prefiro não depender das outras pessoas .....	1	2	3	4	5
22. Quando mostro os meus sentimentos pelos outros, tenho medo que não sintam o mesmo por mim .....	1	2	3	4	5
23. Sinto que os meus pais me compreendem .....	1	2	3	4	5
24. Prefiro que as outras pessoas não dependam de mim .....	1	2	3	4	5
25. Não sei se posso depender de outras pessoas para me ajudarem quando for necessário .....	1	2	3	4	5
26. Torno-me facilmente dependente das outras pessoas .....	1	2	3	4	5
27. Peço conselhos aos outros quando estou preocupado .....	1	2	3	4	5
28. Não gosto de contar às outras pessoas o que penso e sinto .....	1	2	3	4	5
29. Preocupo-me por poder não impressionar os outros .....	1	2	3	4	5
30. Acredito que as outras pessoas me rejeitam se eu me comportar mal .....	1	2	3	4	5
31. Respeito os sentimentos das outras pessoas .....	1	2	3	4	5
32. Posso contar com os meus amigos quando é necessário .....	1	2	3	4	5
33. As outras pessoas aceitam-me tal como sou .....	1	2	3	4	5
34. Não vale a pena expressar os meus sentimentos .....	1	2	3	4	5
35. Confio nas minhas capacidades .....	1	2	3	4	5
36. Expresso claramente o que pretendo .....	1	2	3	4	5
37. Pergunto-me se os meus amigos gostam realmente de mim .....	1	2	3	4	5

## Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência – Versão de Hetero-Avaliação

(Marina Carvalho, Isabel Soares, & Américo Baptista, 2006)

**Seguidamente vai encontrar um conjunto de afirmações que descrevem características que as pessoas podem apresentar. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz o número que melhor descreve o seu filho/a sua filha, utilizando a seguinte escala:**

	1	2	3	4	5
	Nunca	Algumas Vezes	Muitas vezes	Quase Sempre	Sempre
1. Preocupa-se se tiver que depender de outras pessoas .....	1	2	3	4	5
2. É difícil confiar totalmente nas outras pessoas .....	1	2	3	4	5
3. Para ele/ela, é mais importante conseguir coisas que manter relações com outras pessoas .....	1	2	3	4	5
4. Preocupa-se com a possibilidade de ser abandonado .....	1	2	3	4	5
5. Acredita que as outras pessoas gostam dele/a e o/a respeitam .....	1	2	3	4	5
6. Para ele/a, é difícil depender de outras pessoas .....	1	2	3	4	5
7. Gostava de ser mais próximo dos amigos .....	1	2	3	4	5
8. Gosta de se sentir próximo das outras pessoas .....	1	2	3	4	5
9. Preocupa-se com a possibilidade de ficar sozinho .....	1	2	3	4	5
10. Para ele/a, é bom estar próximo de outras pessoas .....	1	2	3	4	5
11. Preocupa-se com a possibilidade de não ser aceite pelas outras pessoas .....	1	2	3	4	5
12. Fica ansioso/a quando alguém se aproxima de mais dele/a .....	1	2	3	4	5
13. Prefere não mostrar os seus sentimentos .....	1	2	3	4	5
14. Sente-se à vontade se tiver que pedir ajuda a outras pessoas .....	1	2	3	4	5
15. As outras pessoas podem contar com ele/a quando lhe pedem ajuda .....	1	2	3	4	5
16. Sabe que as outras pessoas estarão presentes quando necessitar delas .....	1	2	3	4	5
17. Sente que pode contar com as outras pessoas quando necessitar .....	1	2	3	4	5
18. Preocupa-se que os amigos não queiram estar com ele/a .....	1	2	3	4	5
19. Para ele/a, é muito importante sentir-se independente .....	1	2	3	4	5
20. As outras pessoas afastam-se dele/a porque tenta estar demasiado próximo delas .....	1	2	3	4	5
21. Prefere não depender das outras pessoas .....	1	2	3	4	5
22. Quando mostra os seus sentimentos pelos outros, tem medo que não sintam o mesmo por si .....	1	2	3	4	5
23. Sente que os pais o/a compreendem .....	1	2	3	4	5
24. Prefere que as outras pessoas não dependam dele/a .....	1	2	3	4	5
25. Não sabe se pode depender de outras pessoas para o/a ajudarem quando for necessário .....	1	2	3	4	5
26. Torna-se facilmente dependente das outras pessoas .....	1	2	3	4	5
27. Pede conselhos a outras pessoas quando está preocupado/a .....	1	2	3	4	5
28. Não gosta de contar às outras pessoas o que pensa e sente .....	1	2	3	4	5
29. Preocupa-se por poder não impressionar as outras pessoas .....	1	2	3	4	5
30. Acredita que as outras pessoas o/a rejeitam se se comportar mal .....	1	2	3	4	5
31. Respeita os sentimentos dos outros .....	1	2	3	4	5
32. Pode contar com os amigos quando é necessário .....	1	2	3	4	5
33. As outras pessoas aceitam-no/a tal como é .....	1	2	3	4	5
34. Não vale a pena expressar os seus sentimentos .....	1	2	3	4	5
35. Confia nas suas capacidades .....	1	2	3	4	5
36. Expressa claramente o que pretende .....	1	2	3	4	5
37. Pergunta-se se os amigos gostam realmente dele/a .....	1	2	3	4	5

**Anexo E – Inventários de Caracterização das Amostras de Adolescentes e de  
Prestadores de Cuidados**

**INVENTÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE ADOLESCENTES**

(A preencher pelo técnico)

**Nome** \_\_\_\_\_ **Nº Processo:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_ **Sexo:**

**M (1)    F (2)**

**Nível de Escolaridade:**

- |                                      |                          |   |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Primeiro Ciclo / Primária         | <input type="checkbox"/> | 4. Ensino Secundário<br>(10º, 11º e 12º anos) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Segundo Ciclo (5º e 6º anos)      | <input type="checkbox"/> | 5. Curso Profissional                         | <input type="checkbox"/> |
| 3. Terceiro Ciclo (7º, 8º e 9º anos) | <input type="checkbox"/> | Outro nível (especificar):<br>_____           | <input type="checkbox"/> |

**Número de Reprovações:**

1. Nenhuma     2. 1 Reprovação     3. 2 Reprovações     4. 3 Reprovações ou mais

**Motivo do Pedido de Consulta:**

1. Auto – Agressividade
2. Hetero – Agressividade
3. Comportamentos de Risco
- Quais? \_\_\_\_\_

4. Perturbação do Sono
5. Dificuldades Escolares
6. Isolamento Social
7. Labilidade Emocional

**8. Impulsividade**

Actos Impulsivos? \_\_\_\_\_

---

**Sintomas Manifestos:**

1. Actos Impulsivos (abuso de substâncias, perturbação alimentar, comportamentos sexuais de risco)
2. Comportamentos de auto mutilações ou tentativas de suicídio
3. Instabilidade Afectiva (ansiedade, irritabilidade)
4. Raiva Intensa (brigas, comportamentos agressivos)
5. Todas as anteriores

**Seguimento Terapêutico:**

1. Consultas de Psicoterapia (semanal ou quinzenal)
  2. Consultas de Pedopsiquiatria
  3. Ambas as Intervenções
  4. Consultas de Vigilâncias (mensal ou mais)
- 

**Duração do Seguimento:**

1.  Menos de 6 meses;    2.  Mais de 6 meses (Menos de 24 consultas)

**Internamentos Psiquiátricos:**

1. Sim     2. Não

**Prescrição de Medicação Pedopsiquiátrica:**

1. Sim     2. Não

**Regularidade do Seguimento:**

1.  Semanal;                    2.  Quinzenal;                    3.  Mensal.

**Tipologia Familiar:**

1. Nuclear ; 2. Monoparental/Mãe ; 3. Monoparental/Pai ; 4. Reconstruída .

**Vive com:**

1. Pai ; 2. Mãe ; 3. Ambos Progenitores ; 4. Madrasta/Padrasto ; 5 . Avós

**Vê o PAI com regularidade:** 1. Sim  2. Não  **Porquê?** \_\_\_\_\_

**Vê a MÃE com regularidade:** 1. Sim  2. Não  **Porquê?** \_\_\_\_\_

**Acontecimentos de Vida Significativos:**

- 1. Morte de Figura Significativa
- 2. Separação Prolongada de um ou de ambos os Prestadores de Cuidados
- 3. Separação/Divórcio Pais
- 4. Abandono de um ou de ambos os Progenitores
- 5. Suspeita ou Abuso Sexual
- 6. Emigração/Imigração de um ou de ambos os Prestadores de Cuidados
- 7. Mudança Sucessiva de Residência
- 8. Violência Doméstica, Maus-tratos ou Negligência
- 9. Alcoolismo e/ou Toxicodependências de Familiares Próximos
- 10. Doenças Físicas/Psiquiátricas do Próprio ou de Figuras Significativas
- 11. Nenhum / Desconhecido

**Outras Observações:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## INVENTÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE PROGENITORES

(A preencher pelo técnico para ambos os pais)

Nº Processo do filho: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

**Sexo:**

<b>M (1)</b>	<b>F (2)</b>
--------------	--------------

### Habilitações Literárias:

- |   |                          |                            |                          |
|---|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1. Primeiro Ciclo / Primária                  | <input type="checkbox"/> | 6. Licenciatura            | <input type="checkbox"/> |
| 2. Segundo Ciclo (5º e 6º anos)               | <input type="checkbox"/> | 7. Pós-Graduação           | <input type="checkbox"/> |
| 3. Terceiro Ciclo (7º, 8º e 9º anos)          | <input type="checkbox"/> | 8. Mestrado                | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ensino Secundário<br>(10º, 11º e 12º anos) | <input type="checkbox"/> | 9. Doutoramento            | <input type="checkbox"/> |
| 5. Curso Profissional                         | <input type="checkbox"/> | Outro nível (especificar): | <input type="checkbox"/> |

### Profissão:

1. Especialistas, Profissionais, Intelectuais e Científicos
2. Técnicos Profissionais de nível Intermédio
3. Pessoal Administrativo, dos Serviços e Vendedores
4. Trabalhadores Não Qualificados
5. Não Pertence ao Mercado Activo de Trabalho


### Estado Civil:

1. Casada(o):     2. Divorciada/Separada:     3. Viúva(o):     4. Solteira(o):
5. União de Facto:     Outros (especificar): \_\_\_\_\_

**Reside com o filho:**    1. Sim     2. Não

Se não, qual a causa:

**Antecedentes Psiquiátricos:** 1. Sim  2. Não

**Internamentos Psiquiátricos:** 1. Sim  2. Não

**Motivo:**

---

**Outras Observações:**

---

---

---

---

---

---

**Anexo F – Termo de Consentimento Informado (Instituição)****TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Ética do Hospital \_\_\_\_\_:

Eu, Ana dos Santos Rocio Mendes, estudante do 5º ano de Psicologia, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada – I.S.P.A, Lisboa, encontro-me actualmente a desenvolver um projecto de investigação no âmbito do Mestrado Integrado, na área clínica, o qual é orientado pelo Prof. Dr. Emílio Salgueiro. O estudo tem como objectivo compreender as relações de vinculação que adolescentes diagnosticados com Perturbação da Personalidade Borderline estabelecem. Pretende-se averiguar o modo como as relações familiares são vividas e o seu impacto no funcionamento mental do adolescente. Para este efeito, o adolescente terá que preencher dois questionários – *Inventário sobre Vinculação para a Infância e Adolescência* de Mariana Carvalho, Isabel Soares & Américo Baptista (2006) e o *Millon Adolescent Clinical Inventory* de Millon, T. (1993) – e realizar uma entrevista – *Child Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder* de Mary Zanarini (2003). Aos Encarregados de Educação aplicar-se-á a versão de hetero-avaliação do *Inventário sobre Vinculação*. A recolha de dados levará aproximadamente uma hora a ser concluída. A população desta investigação abrange todos os adolescentes diagnosticados com Perturbação da Personalidade Borderline, com idades compreendidas entre os quinze e os dezoito anos.

A participação nesta investigação é voluntária e os dados recolhidos serão anónimos e confidenciais, respeitando a ética profissional.

Deste modo, peço autorização a V. Ex.<sup>a</sup> para entrar em contacto com a população alvo deste estudo e efectuar a recolha de dados na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital \_\_\_\_\_. Após estabelecido contacto, será devidamente explicado todo o projecto aos participantes e, mediante o acordado, os encarregados de educação dos adolescentes em causa, serão livres de assinar ou não, um termo de consentimento para o seu envolvimento no mesmo.

Certa da melhor atenção de V. Ex.<sup>a</sup> para este pedido e esperando resposta breve, subscrevo-me com a máxima atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Rocio Mendes

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2008

**Anexo G – Termo de Consentimento Informado (Pais)****TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, Ana Rocio Mendes, encontro-me, presentemente, a realizar a tese de Mestrado, em Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, com a orientação do Professor Doutor Emílio Salgueiro. A investigação pretende perceber como são vividas as relações familiares e o modo como estas poderão exercer influência no funcionamento psicológico do(a) adolescente.

Desejaríamos solicitar a sua colaboração e a do seu/sua filho(a) no preenchimento de questionários que serão apresentados a cada um separadamente.

A vossa participação é voluntária e de extrema importância para o desenvolvimento deste trabalho.

A informação disponibilizada é anónima e confidencial, sendo apenas utilizada no âmbito desta investigação.

**Por favor, confirmem se responderam a todas as questões apresentadas e devolvam os questionários ao responsável pela investigação.**

**Obrigada pela vossa colaboração.**

Eu, \_\_\_\_\_, aceito / não aceito participar nesta investigação.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do investigador)

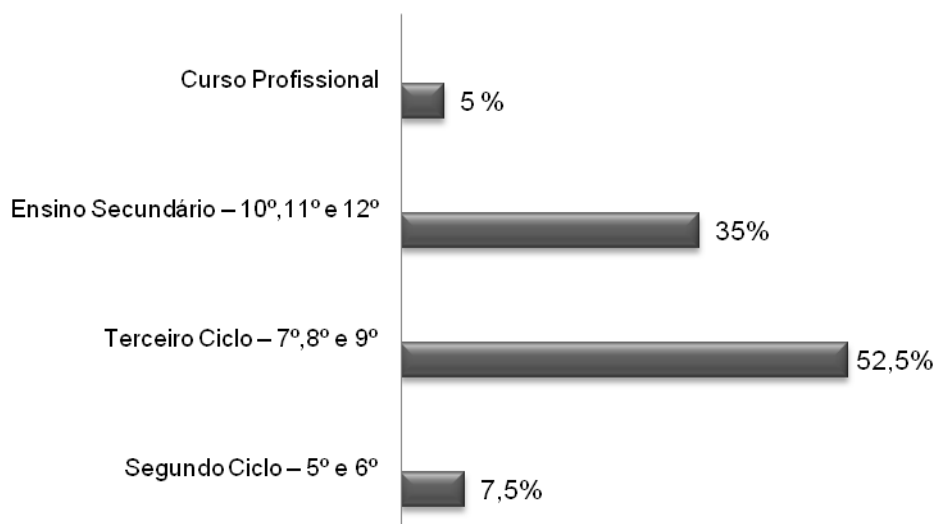
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 2009

**Anexo H – Análise Descritiva. Nível de Escolaridade na Amostra de Adolescentes**

*Tabela da distribuição de frequências e de percentagens do nível de escolaridade na amostra de adolescentes*

<b>Nível de Escolaridade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Segundo Ciclo – 5º e 6º</i>	3	7,5
<i>Terceiro Ciclo – 7º, 8º e 9º</i>	21	52,5
<i>Ensino Secundário – 10º, 11º e 12º</i>	14	35,0
<i>Curso Profissional</i>	2	5,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

*Representação Gráfica do Nível de Escolaridade na Amostra de Adolescentes*



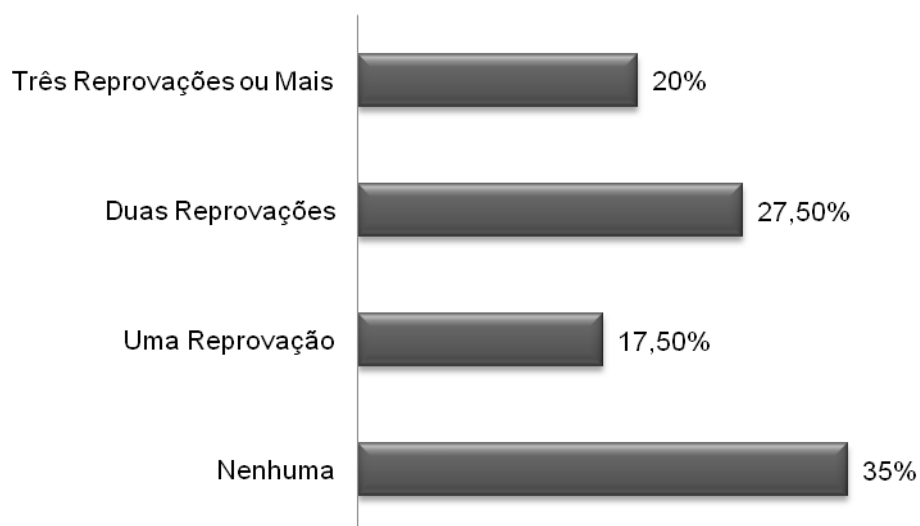
## Anexo I – Análise Descritiva. Número de Reprovações na Amostra de Adolescentes.

*Tabelas da distribuição de frequências e de percentagens do número de reprovações na amostra de adolescentes*

<b>Número de Reprovações</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Nenhuma</i>	14	35,5
<i>Uma Reprovação</i>	7	17,5
<i>Duas Reprovações</i>	11	27,5
<i>Três Reprovações ou mais</i>	8	20,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

<b>Reprovações</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Sem Reprovações</i>	14	35,5
<i>Com Reprovações</i>	<b>26</b>	<b>64,5</b>
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

*Representação Gráfica do Número de Reprovações na Amostra de Adolescentes*



**Anexo J – Análise Descritiva. Seguimento terapêutico na Amostra de Adolescentes.**

Tabela de distribuição de frequências e percentagens relativas ao tipo de seguimento terapêutico na amostra de adolescentes

<b>Seguimento Terapêutico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Consultas Psicológicas/Psicoterapia</i>	9	22,5
<i>Consultas Pedopsiquiátricas</i>	18	45,0
<i>Consultas Pedopsiquiátricas e Psicoterapia</i>	13	32,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Representação gráfica do tipo de seguimento terapêutico apresentado na amostra de adolescentes

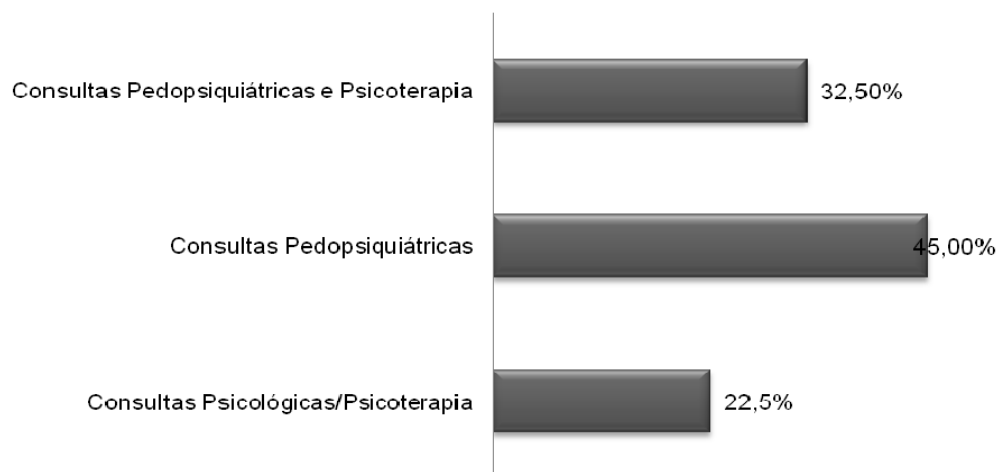


Tabela da distribuição de frequências e percentagens relativas à variável duração do seguimento terapêutico.

<b>Duração do Seguimento Terapêutico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Menos de 6 Meses</i>	22	55,0
<i>Mais de 6 Meses (número de consultas inferior a 24)</i>	18	45,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Tabela – Prescrição de Medicação Psiquiátrica

<b>Prescrição</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Sim</i>	32	80,0
<i>Não</i>	8	20,0
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Tabela – Internamentos Psiquiátricos:

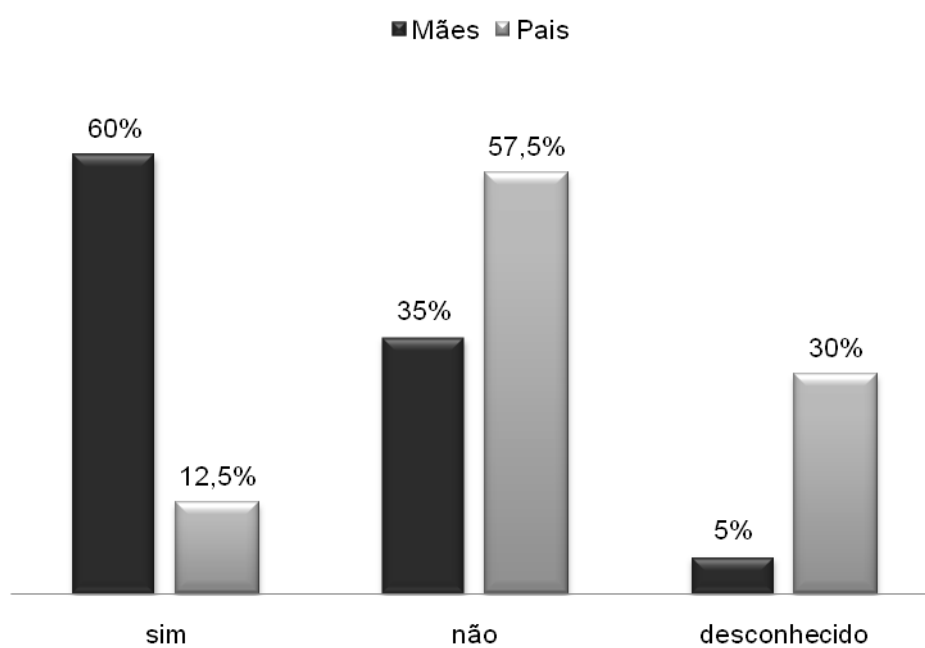
<b>Internamentos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Sim</i>	16	40,0
<i>Não</i>	24	60,0
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

## Anexo K – Antecedentes Psiquiátricos dos Pais

Tabela – Antecedentes Psiquiátricos dos Pais

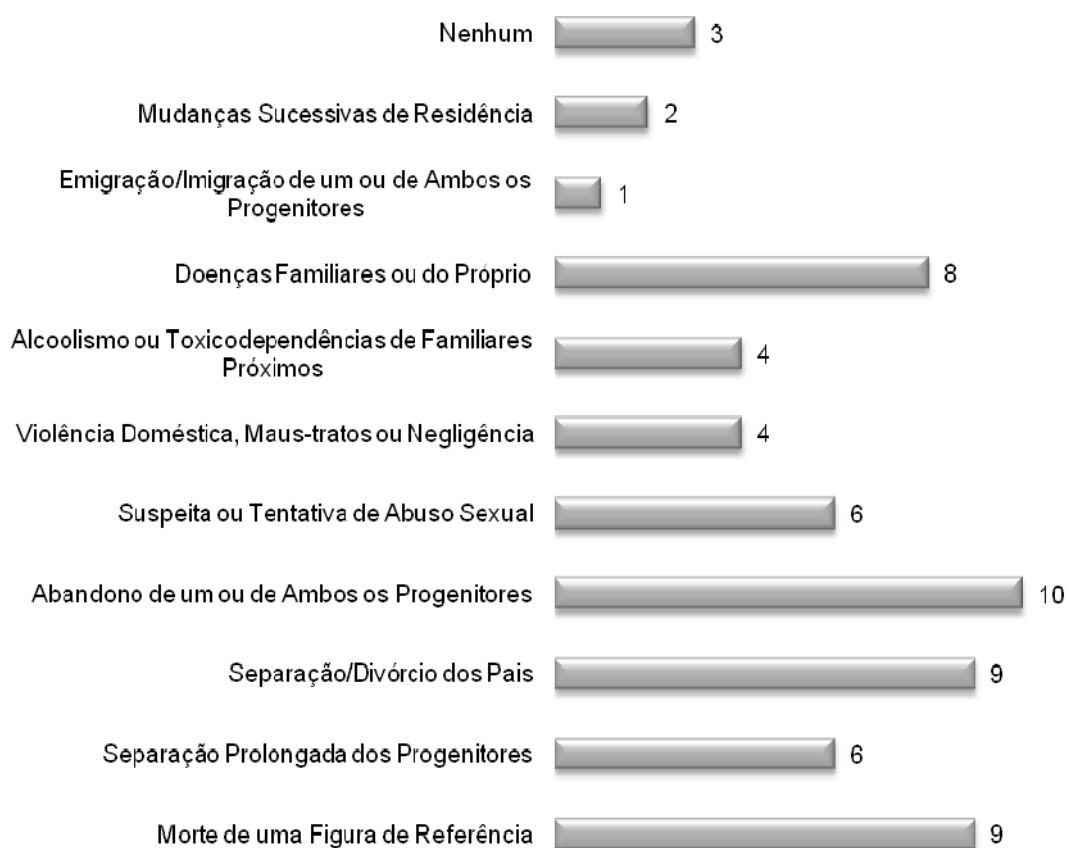
Antecedentes	PAIS		MÃES	
	n	%	n	%
Sim	5	12,5	24	60,0
Não	23	57,5	14	35,0
Desconhecido	12	30,0	2	5,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Representação Gráfica – Antecedentes Psiquiátricos dos Pais.



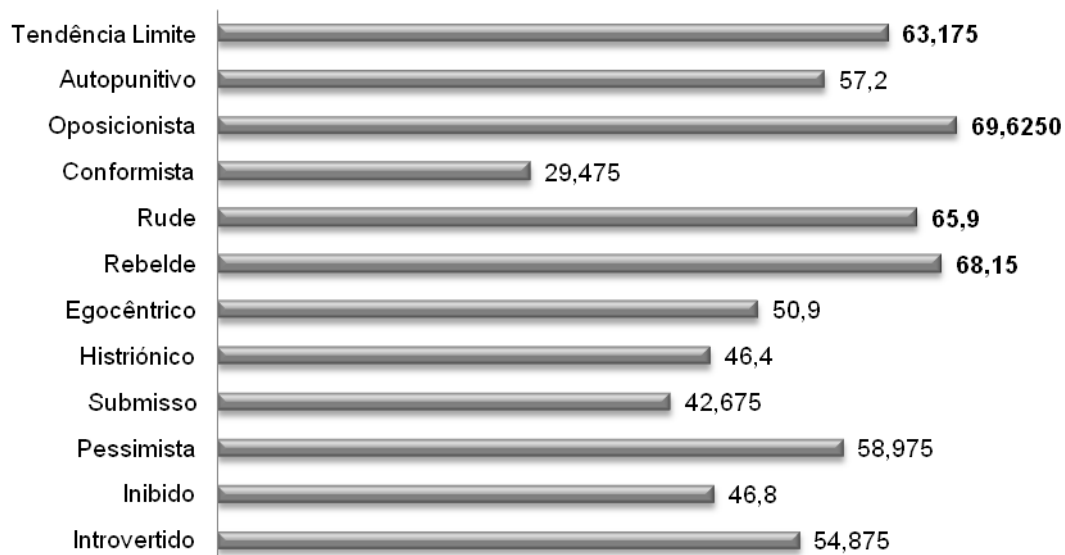
**Anexo L – Acontecimentos de Vida Significativos na Amostra de Adolescentes**

*Representação Gráfica:*

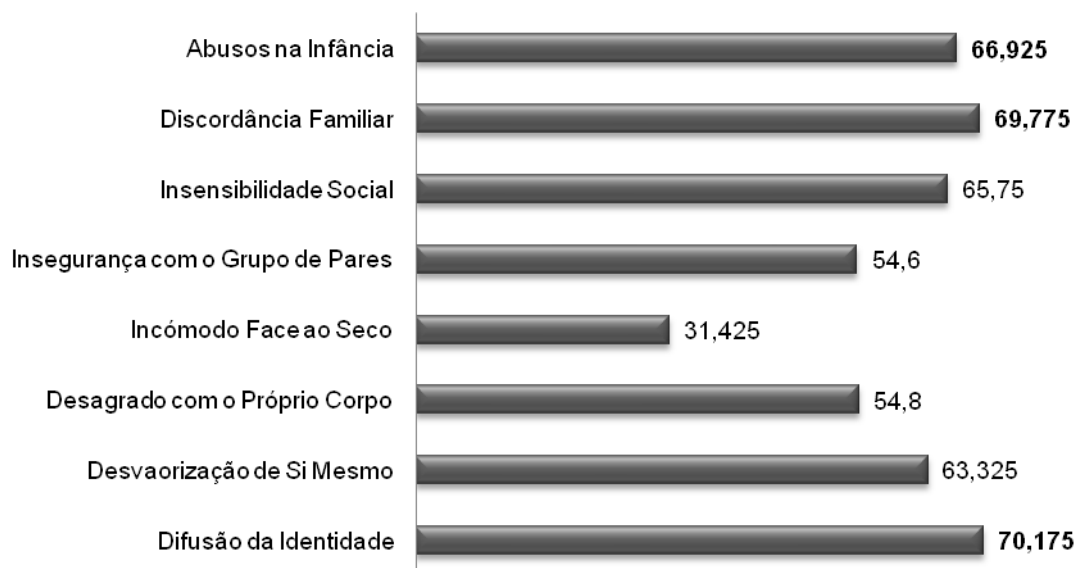


### Anexo M – Representação Gráfica dos Valores Médios Obtidos no MACI para a Amostra de Adolescentes

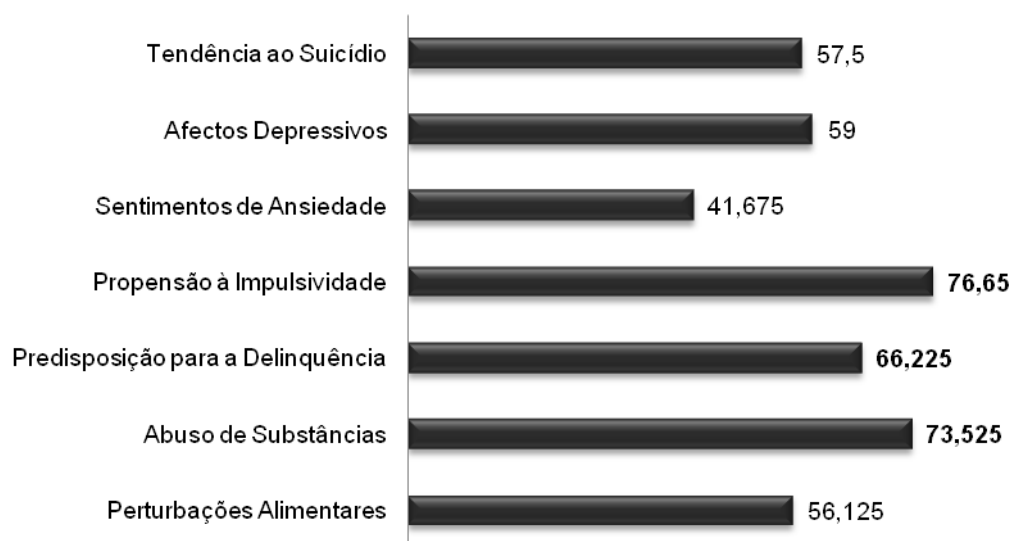
*Representação gráfica dos valores médios obtidos nas subescalas correspondentes aos Traços de Personalidade*



*Representação gráfica dos valores médios obtidos nas subescalas correspondentes às Preocupações Expressas*



*Representação gráfica dos valores médios obtidos nas subescalas correspondentes às Síndromes Clínicas.*



## Anexo N – Percepção da Vinculação na Amostra de Prestadores de Cuidados.

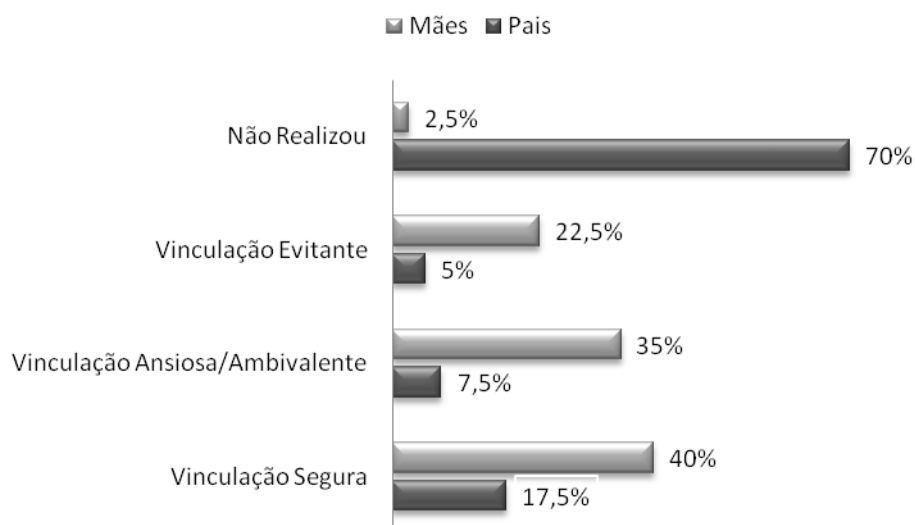
### Percepção da Vinculação na Amostra de Prestadores de Cuidados

Percepção da Vinculação	PAIS		MÃES	
	n	%	n	%
Segura	7	17,5	16	40,0
Ansiosa/Ambivalente	3	7,5	14	35,0
Evitante	2	5,0	9	22,5
Não Realizou	28	70,0	1	2,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

### Frequências e percentagens das percepções dos padrões de tipo seguro e inseguros na Amostra de Prestadores de Cuidados

Percepção da Vinculação	PAIS		MÃES	
	n	%	n	%
Segura	7	58,3	16	41,0
Padrões Inseguros	5	41,7	23	59,0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

### Representação Gráfica da Percepção da Vinculação na Amostra de Prestadores de Cuidados



**Anexo O – Análise Inferencial. Percepção da Vinculação e Tipologia Nuclear.**

Para que pudéssemos verificar se a percepção da vinculação seria ou não independente da tipologia nuclear dos adolescentes, utilizámos o teste do Qui-quadrado, uma vez que ambas as variáveis são qualitativas.

Assim, como podemos observar na tabela inferior, verificamos que a variável dependente percepção da vinculação é independente da variável Tipologia Nuclear ( $p=0,068 > \alpha=0,05$ ).

*Teste do Qui-quadrado.*

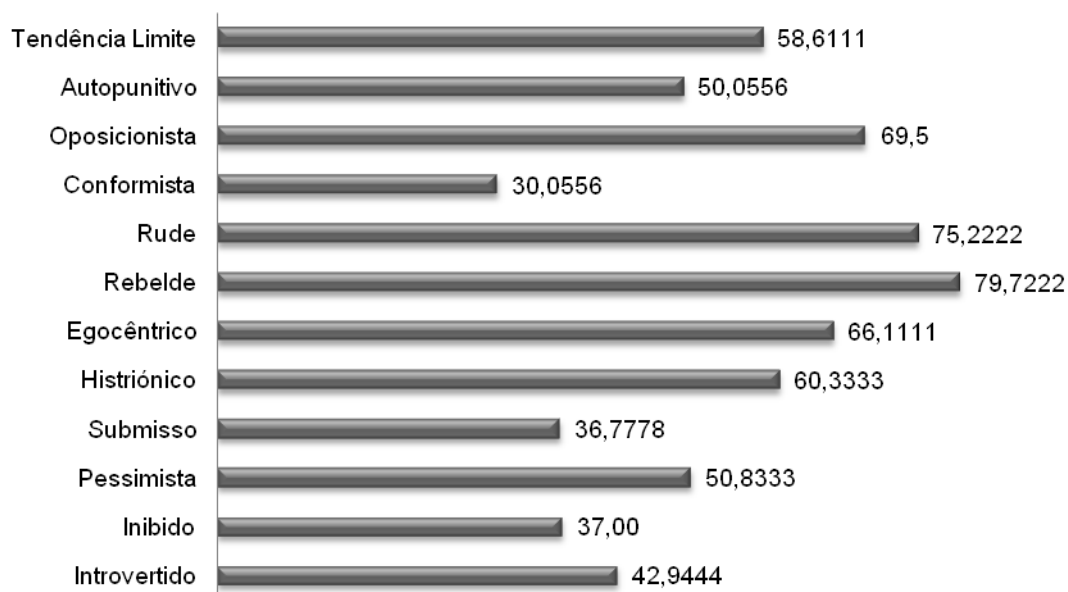
		Tipologia Nuclear		TOTAL	<i>p-value</i>
		<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
Percepção da Vinculação	<i>Segura</i>	<i>Contadas</i>	10	8	18
		<i>Esperadas</i>	7,2	10,8	18,0
	<i>Insegura</i>	<i>Contadas</i>	6	16	22
		<i>Esperadas</i>	8,8	13,2	22,0
	TOTAL	<i>Contadas</i>	16	24	40
		<i>Esperadas</i>	16,0	24,0	40,0

**Anexo P – Análise Descritiva. Resultados Obtidos no Inventário de Personalidade para os Adolescentes com Percepção Segura da Vinculação.**

*Valores Médios Obtidos nos Traços de Personalidade para os Adolescentes com Percepção Segura da Vinculação*

<b>Traços de Personalidade</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>N</b>
<i>Introverso</i>	42,9444	20,98871	18
<i>Inibido</i>	37,0000	23,04982	
<i>Pessimista</i>	50,8333	15,61391	
<i>Submisso</i>	36,7778	27,75005	
<i>Histriónico</i>	60,3333	25,79330	
<i>Egocêntrico</i>	66,1111	25,11594	
<i>Rebelde</i>	<b>79,7222</b>	<b>21,98611</b>	
<i>Rude</i>	<b>75,2222</b>	<b>19,75603</b>	
<i>Conformista</i>	30,0556	20,20621	
<i>Oposicionista</i>	<b>69,5000</b>	<b>18,57022</b>	
<i>Autopunitivo</i>	50,0556	16,35443	
<i>Tendência Limite</i>	58,6111	13,91630	

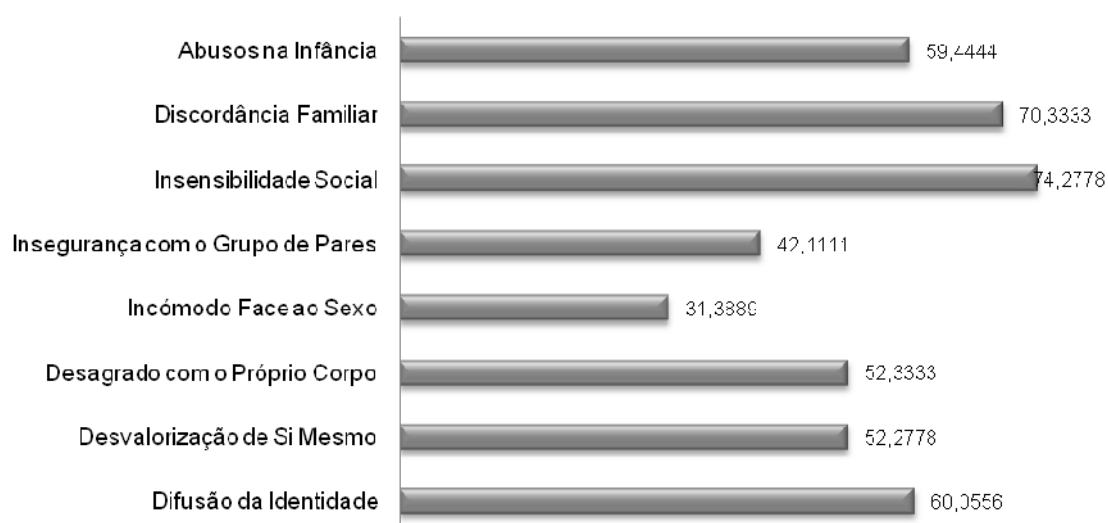
*Representação Gráfica dos Traços de Personalidade nos Adolescentes com Percepção Segura da Vinculação*



*Preocupações Expressas nos Adolescentes com Percepção Segura da Vinculação*

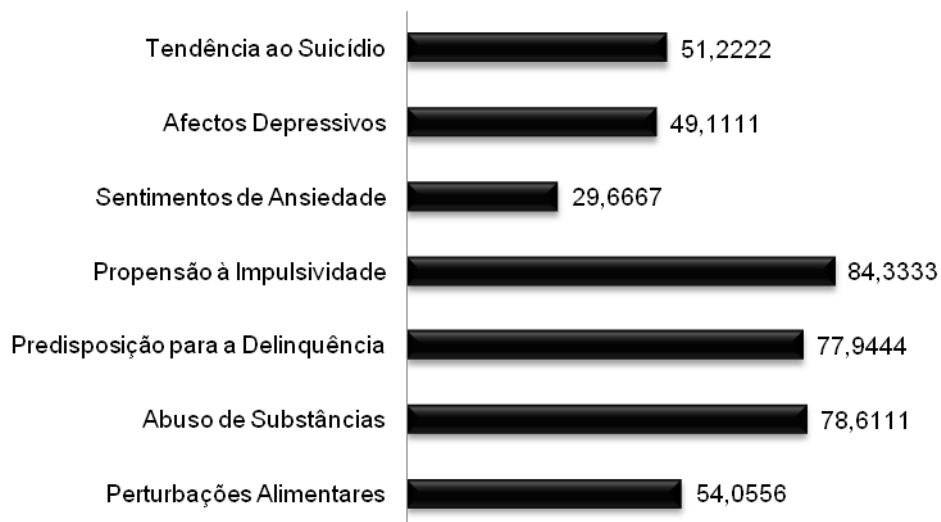
<b>Preocupações Expressas</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>N</b>
<i>Difusão da Identidade</i>	<b>60,0556</b>	<b>18,67516</b>	<b>18</b>
<i>Desvalorização de Si Mesmo</i>	52,2778	21,42512	
<i>Desagrado com o Próprio Corpo</i>	52,3333	21,74180	
<i>Incômodo Face ao Sexo</i>	31,3889	17,58388	
<i>Insegurança com o Grupo de Pares</i>	42,1111	22,23640	
<i>Insensibilidade Social</i>	<b>74,2778</b>	<b>28,33166</b>	
<i>Discordância Familiar</i>	<b>70,3333</b>	<b>19,76331</b>	
<i>Abusos na Infância</i>	59,4444	19,58457	

*Representação Gráfica dos Valores Obtidos nas Preocupações Expressas nos Adolescentes com Percepção Segura da Vinculação*



*Síndromes Clínicas nos Adolescentes com Percepção Segura da Vinculação.*

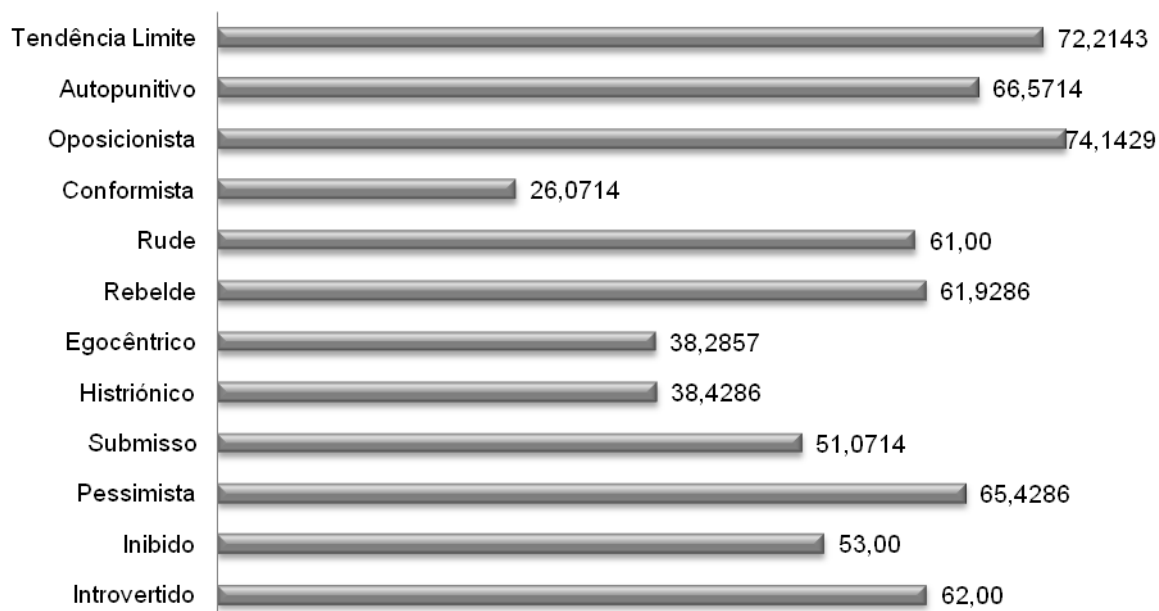
<b>Síndromes Clínicas</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>N</b>
<i>Perturbações Alimentares</i>	54,0556	15,16370	
<i>Abuso de Substâncias</i>	<b>78,6111</b>	<b>17,37523</b>	
<i>Predisposição para a Delinquência</i>	77,9444	23,18588	
<i>Propensão à Impulsividade</i>	<b>84,3333</b>	<b>20,34121</b>	<b>18</b>
<i>Sentimentos de Ansiedade</i>	29,6667	22,64041	
<i>Afectos Depressivos</i>	49,1111	22,58810	
<i>Tendência ao Suicídio</i>	51,2222	15,79857	

*Representação Gráfica das Síndromes Clínicas nos Adolescentes com Percepção Segura da Vinculação.*

**Anexo Q – Análise Descritiva. Resultados Obtidos no Inventário de Personalidade para os Adolescentes com Percepção Ansiosa/ambivalente da Vinculação.**

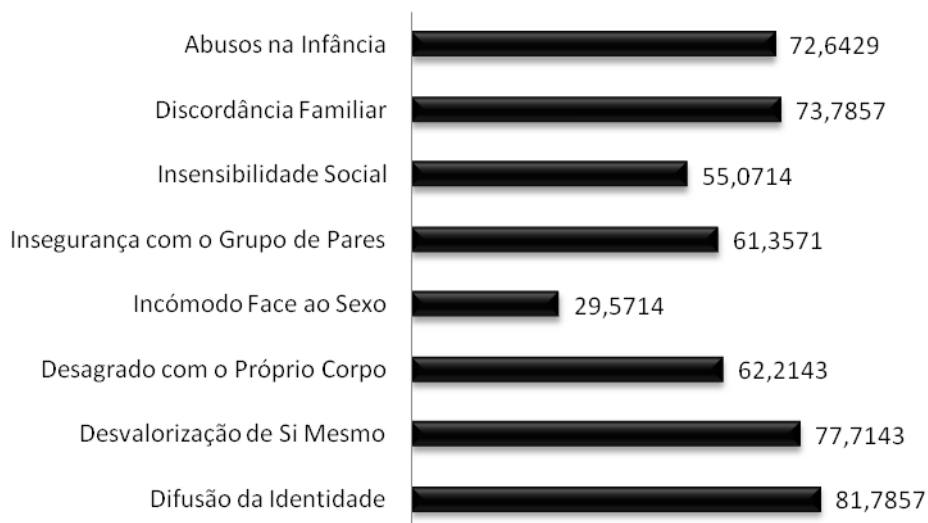
<i>Traços de Personalidade</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>N</i>
<i>Introvertido</i>	62,0000	21,31449	14
<i>Inibido</i>	53,0000	17,82393	
<i>Pessimista</i>	65,4286	16,24672	
<i>Submisso</i>	51,0714	31,87346	
<i>Histriónico</i>	38,4286	28,17723	
<i>Egocêntrico</i>	38,2857	25,48432	
<i>Rebelde</i>	61,9286	18,31966	
<i>Rude</i>	61,0000	21,10414	
<i>Conformista</i>	26,0714	19,65653	
<i>Oposicionista</i>	<b>74,1429</b>	<b>16,59869</b>	
<i>Autopunitivo</i>	<b>66,5714</b>	<b>15,17951</b>	
<i>Tendência Limite</i>	<b>72,2143</b>	<b>18,31006</b>	

*Representação Gráfica dos Traços de Personalidade nos Adolescentes com Percepção Ansiosa/Ambivalente da Vinculação.*



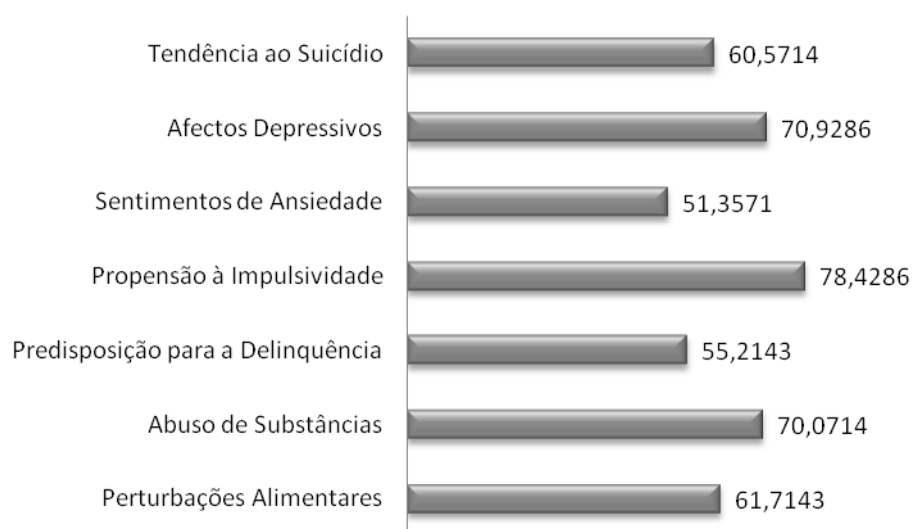
*Preocupações Expressas nos Adolescentes com Percepção Ansiosa/Ambivalente da Vinculação*

<b>Preocupações Expressas</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>N</b>
<i>Difusão da Identidade</i>	<b>81,7857</b>	<b>17,45843</b>	<b>14</b>
<i>Desvalorização de Si Mesmo</i>	77,7143	22,58464	
<i>Desagrado com o Próprio Corpo</i>	62,2143	23,18879	
<i>Incômodo Face ao Sexo</i>	29,5714	22,05488	
<i>Insegurança com o Grupo de Pares</i>	61,3571	22,42460	
<i>Insensibilidade Social</i>	55,0714	34,16355	
<i>Discordância Familiar</i>	<b>73,7857</b>	<b>12,99218</b>	
<i>Abusos na Infância</i>	<b>72,6429</b>	<b>16,74059</b>	

*Representação Gráfica das Preocupações Expressas nos Adolescentes com Percepção Ansiosa/Ambivalente da Vinculação.**Síndromes Clínicas nos Adolescentes com Percepção Ansiosa/Ambivalente da Vinculação*

<b>Síndromes Clínicas</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>N</b>
<i>Perturbações Alimentares</i>	61,7143	19,97471	<b>14</b>
<i>Abuso de Substâncias</i>	<b>70,0714</b>	<b>16,50391</b>	
<i>Predisposição para a Delinquência</i>	55,2143	31,09088	
<i>Propensão à Impulsividade</i>	<b>78,4286</b>	<b>15,81486</b>	
<i>Sentimentos de Ansiedade</i>	51,3571	26,46509	
<i>Afectos Depressivos</i>	<b>70,9286</b>	<b>23,38791</b>	
<i>Tendência ao Suicídio</i>	60,5714	10,63893	

*Representação Gráfica das Síndromes Clínicas nos Adolescentes com Percepção Ansiosa/Ambivalente da Vinculação.*

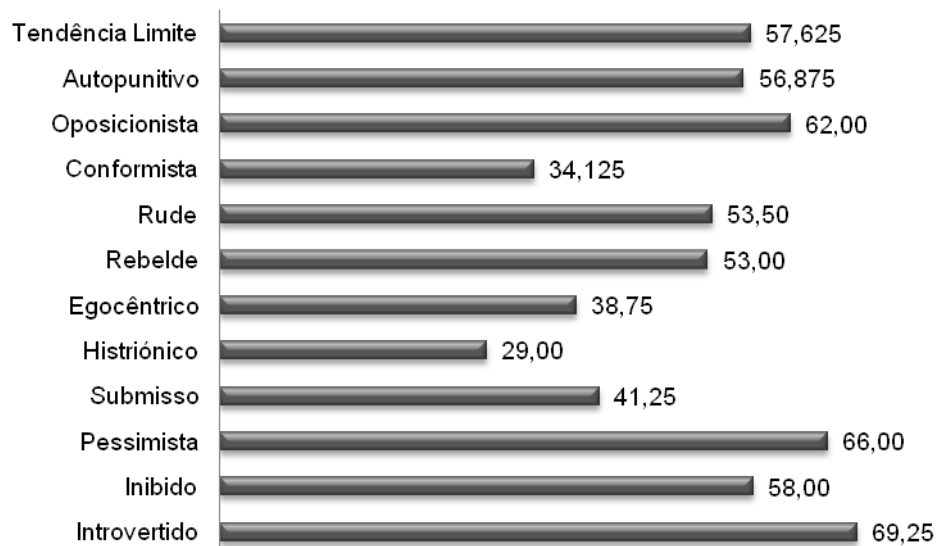


**Anexo R - Análise Descritiva. Resultados Obtidos no Inventário de Personalidade para os Adolescentes com Percepção Evitante da Vinculação.**

*Traços de Personalidade nos Adolescentes com Percepção Evitante da Vinculação*

<b>Traços de Personalidade</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>N</b>
<i>Introvertido</i>	<b>69,2500</b>	<b>20,14767</b>	8
<i>Inibido</i>	58,0000	14,12192	
<i>Pessimista</i>	<b>66,0000</b>	<b>20,10686</b>	
<i>Submisso</i>	41,2500	38,69201	
<i>Histriónico</i>	29,0000	29,55382	
<i>Egocêntrico</i>	38,7500	22,66369	
<i>Rebelde</i>	53,0000	15,72078	
<i>Rude</i>	53,5000	24,52987	
<i>Conformista</i>	34,1250	23,96091	
<i>Oposicionista</i>	<b>62,0000</b>	<b>21,71898</b>	
<i>Autopunitivo</i>	56,8750	17,29936	
<i>Tendência Limite</i>	57,6250	23,39070	

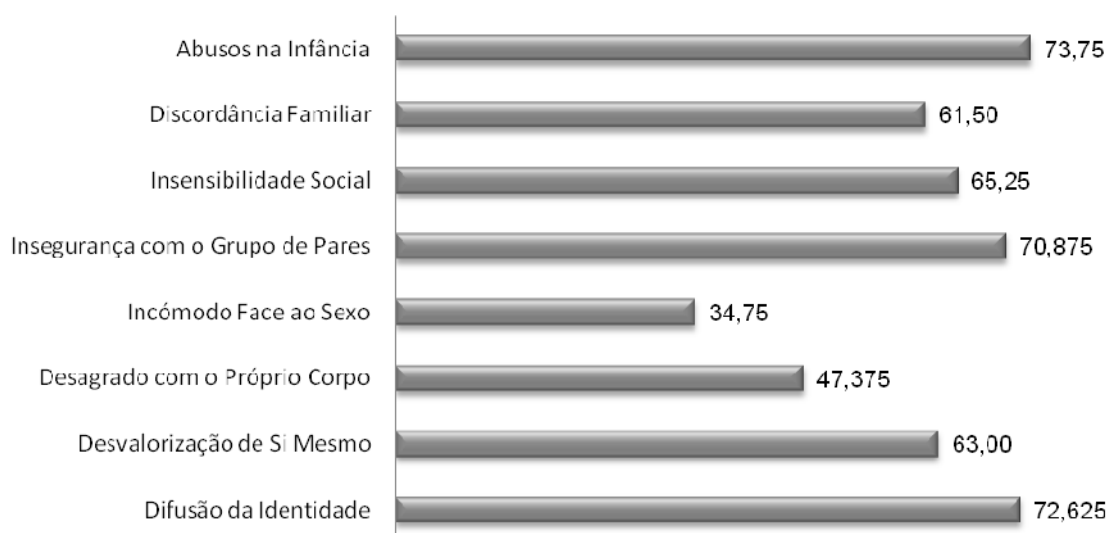
*Representação Gráfica dos Traços de Personalidade nos Adolescentes com Percepção Evitante da Vinculação.*



*Preocupações Expressas nos Adolescentes com Percepção Evitante da Vinculação*

<b>Preocupações Expressas</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>N</b>
<i>Difusão da Identidade</i>	<b>72,6250</b>	<b>15,41741</b>	<b>8</b>
<i>Desvalorização de Si Mesmo</i>	63,0000	18,01587	
<i>Desagrado com o Próprio Corpo</i>	47,3750	21,79081	
<i>Incômodo Face ao Sexo</i>	34,7500	28,32843	
<i>Insegurança com o Grupo de Pares</i>	70,8750	25,57028	
<i>Insensibilidade Social</i>	65,2500	34,71002	
<i>Discordância Familiar</i>	61,5000	13,84609	
<i>Abusos na Infância</i>	<b>73,7500</b>	<b>18,97178</b>	

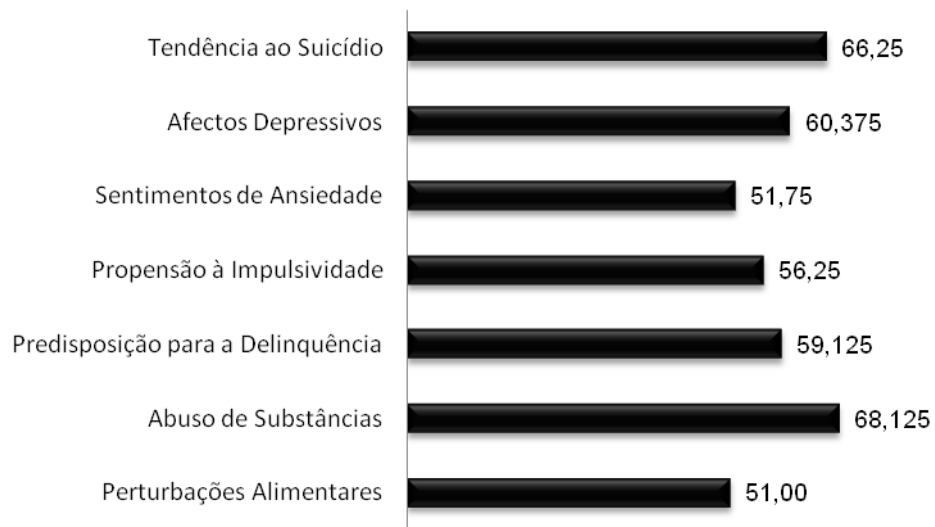
*Representação Gráfica das Preocupações Expressas nos Adolescentes com Percepção Evitante da Vinculação.*



*Síndromes Clínicas nos Adolescentes com Percepção Evitante da Vinculação*

<b>Síndromes Clínicas</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>N</b>
<i>Perturbações Alimentares</i>	51,0000	19,10871	<b>8</b>
<i>Abuso de Substâncias</i>	<b>68,1250</b>	<b>22,38901</b>	
<i>Predisposição para a Delinquência</i>	59,1250	28,37724	
<i>Propensão à Impulsividade</i>	56,2500	23,43227	
<i>Sentimentos de Ansiedade</i>	51,7500	36,01884	
<i>Afectos Depressivos</i>	<b>60,3750</b>	<b>18,93551</b>	
<i>Tendência ao Suicídio</i>	<b>66,2500</b>	<b>18,67581</b>	

*Representação Gráfica das Síndromes Clínicas nos Adolescentes com Percepção Evitante da Vinculação.*



### Anexo S – Análise Inferencial. Personalidade e Vinculação.

#### 1) Pressupostos de Normalidade e de Homogeneidade de Variâncias:

	<i>Percepção da Vinculação</i>	<i>Kolmogorov-Smirnov (p-value)</i>	<i>Levene (p-value)</i>
<b>Introverso</b>	Segura	0,200	0,878
	Ansiosa/Ambivalente	0,200	
	Evitante	0,200	
<b>Pessimista</b>	Segura	0,200	0,624
	Ansiosa/Ambivalente	0,200	
	Evitante	0,200	
<b>Rebelde</b>	Segura	0,200	0,199
	Ansiosa/Ambivalente	0,200	
	Evitante	0,200	
<b>Rude</b>	Segura	0,200	0,907
	Ansiosa/Ambivalente	0,200	
	Evitante	0,200	
<b>Opositor</b>	<b>Segura</b>	<b>0,032</b>	0,995
	Ansiosa/Ambivalente	0,200	
	Evitante	0,200	
<b>Autopunitivo</b>	Segura	0,163	0,889
	Ansiosa/Ambivalente	0,200	
	Evitante	0,200	
<b>Tendência Limite</b>	Segura	0,050	0,462
	Ansiosa/Ambivalente	0,200	
	<b>Evitante</b>	<b>0,033</b>	

Para a utilização do teste paramétrico Anova one-way verificámos os pressupostos de normalidade e homogeneidade das variâncias para as variáveis dependentes. Recorreu-se a este teste, uma vez que se pretendia a comparação de médias em mais do que duas populações (adolescentes com percepção segura da vinculação; adolescentes com percepção ansiosa/ambivalente; adolescentes com percepção evitante da vinculação).

Como podemos observar nesta primeira tabela, as variáveis opositor e tendência limite não possuem distribuição normal, logo foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

	Percepção da Vinculação	Kolmogorov-Smirnov ( <i>p-value</i> *)	Levene ( <i>p-value</i> *)
Difusão da Identidade	Segura	0,200	0,649
	Ansiosa/Ambivalente	0,165	
	Evitante	0,200	
Desvalorização de Si Mesmo	Segura	0,200	0,404
	Ansiosa/Ambivalente	0,200	
	Evitante	0,200	
Insegurança com o Grupo de Pares	Segura	0,200	0,937
	Ansiosa/Ambivalente	0,200	
	Evitante	0,200	
Insensibilidade Social	Segura	0,200	0,472
	Ansiosa/Ambivalente	0,200	
	Evitante	0,200	
Discordância Familiar	Segura	0,200	0,334
	Ansiosa/Ambivalente	0,200	
	Evitante	0,200	
Abusos na Infância	Segura	0,095	0,436
	Ansiosa/Ambivalente	<b>0,045</b>	
	Evitante	0,200	

Segundo a última tabela, a variável Abusos na Infância é a única que não cumpre os pressupostos necessários à aplicação de um teste paramétrico, dado que não possui distribuição normal. Assim, para esta variável utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

	<i>Percepção da Vinculação</i>	<i>Kolmogorov-Smirnov (p-value*)</i>	<i>Levene (p-value*)</i>
<b>Abuso de Substâncias</b>	Segura	0,200	0,810
	<b>Ansiosa/Ambivalente</b>	0,200	
	Evitante	0,200	
<b>Predisposição para a Delinquência</b>	Segura	0,114	0,165
	<b>Ansiosa/Ambivalente</b>	0,200	
	Evitante	0,200	
<b>Propensão à Impulsividade</b>	Segura	0,200	0,187
	<b>Ansiosa/Ambivalente</b>	0,200	
	Evitante	0,200	
<b>Afectos Depressivos</b>	Segura	0,200	0,613
	<b>Ansiosa/Ambivalente</b>	0,200	
	Evitante	0,200	
<b>Tendência ao Suicídio</b>	Segura	0,200	0,218
	<b>Ansiosa/Ambivalente</b>	<b>0,009</b>	
	Evitante	0,200	

Quanto às Síndromes Clínicas verificámos que apenas a variável Tendência ao Suicídio não cumpre os pressupostos, uma vez que não possui distribuição normal, ou seja, para ela foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

## 2) Análise Inferencial – Personalidade e Vinculação:

Hipóteses do teste Anova One-way.

$H_0: \mu_{segura} = \mu_{ambivalente} = \mu_{evitante}$  vs.  $H_1: \exists i, j: \mu_i \neq \mu_j$  ( $i \neq j; i, j = \{\text{Segura, Ambivalente, Evitante}\}$ )

Rejeita-se  $H_0$  se  $p\text{-value} \leq \alpha$ , para um  $\alpha=0,05$

<b>Traços de Personalidade</b>	<b>Anova One-way (p-value)</b>
<i>Introverso</i>	<b>0,007</b>
<i>Pessimista</i>	<b>0,030</b>
<i>Rebelde</i>	<b>0,005</b>
<i>Rude</i>	<b>0,041</b>
<i>Autopunitivo</i>	<b>0,024</b>

Como podemos observar na tabela anterior, verificam-se diferenças significativas entre pelo menos dois grupos relativamente a todas as variáveis. Contudo, a Anova apenas nos permite concluir que existem pelo menos duas médias diferentes, mas nada nos diz sobre qual ou quais as médias que diferem entre si. Assim, recorreremos à comparação múltipla de médias através do teste de Tukey.

Teste de Tukey para a Variável Introverso

Percepção da Vinculação		Diferença Entre Médias	p-value	Intervalo de Confiança a 95%	
				Mínimo	Máximo
<b>Segura</b>	<i>Ambivalente</i>	-19,06	<b>0,039</b>	-37,28	-0,83
	<i>Evitante</i>	-26,31	<b>0,015</b>	-48,04	-4,57
<b>Ambivalente</b>	<i>Segura</i>	19,06	<b>0,039</b>	0,83	37,28
	<i>Evitante</i>	-7,25	0,717	-29,92	15,42
<b>Evitante</b>	<i>Segura</i>	26,31	<b>0,015</b>	4,57	48,04
	<i>Ambivalente</i>	7,25	0,717	15,42	29,92

Teste de Tukey para a Variável Pessimista

Percepção da Vinculação		Diferença Entre Médias	p-value	Intervalo de Confiança a 95%	
				Mínimo	Máximo
<b>Segura</b>	<i>Ambivalente</i>	<b>-14,59*</b>	<b>0,050</b>	-29,19	-0,005
	<i>Evitante</i>	-15,17	0,098	-32,26	2,23
<b>Ambivalente</b>	<i>Segura</i>	<b>14,59*</b>	<b>0,050</b>	0,005	29,19
	<i>Evitante</i>	-0,57	0,997	-18,72	17,58
<b>Evitante</b>	<i>Segura</i>	15,17	0,098	-2,23	32,26
	<i>Ambivalente</i>	0,57	0,997	-17,58	18,72

\*A diferença entre médias é significativa para  $\alpha=0,05$ .

Teste de Tukey para a Variável Rebelde

Percepção da Vinculação		Diferença Entre Médias	p-value	Intervalo de Confiança a 95%	
				Mínimo	Máximo
<b>Segura</b>	<i>Ambivalente</i>	17,79	<b>0,040</b>	0,68	34,90
	<i>Evitante</i>	26,72	<b>0,008</b>	6,32	47,12
<b>Ambivalente</b>	<i>Segura</i>	-17,79	<b>0,040</b>	-34,90	-0,68
	<i>Evitante</i>	8,93	0,566	-12,35	30,21
<b>Evitante</b>	<i>Segura</i>	-26,72	<b>0,008</b>	-47,12	-6,32
	<i>Ambivalente</i>	-8,93	0,566	-30,21	12,35

Teste de Tukey para a Variável Rude

Percepção da Vinculação		Diferença Entre Médias	p-value	Intervalo de Confiança a 95%	
				Mínimo	Máximo
<b>Segura</b>	<i>Ambivalente</i>	14,22	0,158	-4,23	32,67
	<i>Evitante</i>	21,72	0,054	-0,28	43,72
<b>Ambivalente</b>	<i>Segura</i>	-14,22	0,158	-32,67	4,23
	<i>Evitante</i>	7,50	0,707	-15,45	30,35
<b>Evitante</b>	<i>Segura</i>	-21,72	0,054	-43,72	0,28
	<i>Ambivalente</i>	-7,50	0,707	-30,45	15,45

Teste de Tukey para a Variável Autopunitivo

Percepção da Vinculação		Diferença Entre Médias	p-value	Intervalo de Confiança a 95%	
				Mínimo	Máximo
<b>Segura</b>	<i>Ambivalente</i>	-16,52	0,018	-30,56	-2,47
	<i>Evitante</i>	-6,82	0,585	-23,56	9,92
<b>Ambivalente</b>	<i>Segura</i>	16,52	0,018	2,47	30,56
	<i>Evitante</i>	9,70	0,374	-7,77	27,16
<b>Evitante</b>	<i>Segura</i>	6,82	0,585	-9,92	23,56
	<i>Ambivalente</i>	-9,70	0,374	-27,16	7,77

Para a variável Tendência Limite foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, uma vez que a variável dependente não possuía distribuição normal. Neste não se verificaram diferenças significativas entre os três grupos quanto aos valores médios obtidos na subescala Tendência Limite.

Hipóteses do teste Anova One-way.

$H_0: \mu_{segura} = \mu_{ambivalente} = \mu_{evitante}$  vs.  $H_1: \exists i, j: \mu_i \neq \mu_j$  ( $i \neq j; i, j = \{\text{Segura, Ambivalente, Evitante}\}$ )

Rejeita-se  $H_0$  se  $p\text{-value} \leq \alpha$ , para um  $\alpha=0,05$

<b>Preocupações Expressas</b>	<b>Anova One-way (p-value)</b>
<i>Difusão da Identidade</i>	<b>0,005</b>
<i>Desvalorização de Si Mesmo</i>	<b>0,007</b>
<i>Insegurança com o Grupo de Pares</i>	<b>0,010</b>
<i>Discordância Familiar</i>	0,256
<i>Insensibilidade Social</i>	0,249

Como podemos observar na tabela anterior, verificam-se diferenças significativas entre pelo menos dois grupos relativamente às variáveis Difusão da Identidade, Desvalorização de Si Mesmo e Insegurança com o Grupo de Pares. Contudo, a Anova apenas nos permite concluir que existem pelo menos duas médias diferentes,

mas nada nos diz sobre qual ou quais as médias que diferem entre si. Assim, recorreremos à comparação múltipla de médias através do teste de Tukey.

*Teste de Tukey para a Variável Difusão da Identidade*

Percepção da Vinculação		Diferença Entre Médias	p-value	Intervalo de Confiança a 95%	
				Mínimo	Máximo
<b>Segura</b>	<i>Ambivalente</i>	-21,73	<b>0,004</b>	-37,11	-6,36
	<i>Evitante</i>	-12,57	0,229	-30,90	5,76
<b>Ambivalente</b>	<i>Segura</i>	21,73	<b>0,004</b>	6,36	37,11
	<i>Evitante</i>	9,16	0,478	-9,96	28,28
<b>Evitante</b>	<i>Segura</i>	12,57	0,229	-5,76	30,90
	<i>Ambivalente</i>	-9,16	0,478	-28,28	9,96

*Teste de Tukey para a Variável Desvalorização de Si Mesmo*

Percepção da Vinculação		Diferença Entre Médias	p-value	Intervalo de Confiança a 95%	
				Mínimo	Máximo
<b>Segura</b>	<i>Ambivalente</i>	-25,44	<b>0,005</b>	-43,92	-6,95
	<i>Evitante</i>	-10,72	0,468	-32,77	11,32
<b>Ambivalente</b>	<i>Segura</i>	25,44	<b>0,005</b>	6,95	43,92
	<i>Evitante</i>	14,71	0,274	-8,28	37,71
<b>Evitante</b>	<i>Segura</i>	10,72	0,468	-11,32	32,77
	<i>Ambivalente</i>	-14,71	0,274	-37,71	8,28

*Teste de Tukey para a Variável Insegurança com o Grupo de Pares*

Percepção da Vinculação		Diferença Entre Médias	p-value	Intervalo de Confiança a 95%	
				Mínimo	Máximo
<b>Segura</b>	<i>Ambivalente</i>	-19,25	0,061	-39,23	0,74
	<i>Evitante</i>	-28,76	<b>0,015</b>	-52,59	-4,94
<b>Ambivalente</b>	<i>Segura</i>	19,25	0,061	-0,74	39,23
	<i>Evitante</i>	-9,52	0,622	-34,37	15,34
<b>Evitante</b>	<i>Segura</i>	28,76	<b>0,015</b>	4,94	52,59
	<i>Ambivalente</i>	9,52	0,622	-15,34	34,37

Para a variável Abusos na Infância foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, concluindo-se a ausência de diferenças significativas entre os três grupos ( $p=0,166 > \alpha=0,05$ ).

Hipóteses do teste Anova One-way.

$H_0: \mu_{segura} = \mu_{ambivalente} = \mu_{evitante}$  vs.  $H_1: \exists i, j: \mu_i \neq \mu_j$  ( $i \neq j; i, j = \{\text{Segura, Ambivalente, Evitante}\}$ )

Rejeita-se  $H_0$  se  $p\text{-value} \leq \alpha$ , para um  $\alpha=0,05$

<i>Síndromes Clínicas</i>	<i>Anova One-way (p-value)</i>
<i>Abuso de Substâncias</i>	0,281
<i>Propensão à Impulsividade</i>	<b>0,006</b>
<i>Predisposição para a Delinquência</i>	0,057
<i>Afectos Depressivos</i>	<b>0,031</b>

Como podemos observar na tabela anterior, verificam-se diferenças significativas entre pelo menos dois grupos relativamente às variáveis Propensão à Impulsividade e Afectos Depressivos. Contudo, a Anova apenas nos permite concluir que existem pelo menos duas médias diferentes, mas nada nos diz sobre qual ou quais as médias que diferem entre si. Assim, recorreremos à comparação múltipla de médias através do teste de Tukey.

Teste de Tukey para a Variável Propensão à Impulsividade

Percepção da Vinculação		Diferença Entre Médias	p-value	Intervalo de Confiança a 95%	
				Mínimo	Máximo
<b>Segura</b>	<i>Ambivalente</i>	5,90	0,676	-11,10	22,90
	<i>Evitante</i>	28,08	<b>0,005</b>	7,81	48,36
<b>Ambivalente</b>	<i>Segura</i>	-5,90	0,676	-22,90	11,10
	<i>Evitante</i>	22,18	0,038	1,03	43,32
<b>Evitante</b>	<i>Segura</i>	-28,08	<b>0,005</b>	-48,36	-7,81
	<i>Ambivalente</i>	-22,18	0,038	-43,32	-1,03

Teste de Tukey para a Variável Afectos Depressivos

Percepção da Vinculação		Diferença Entre Médias	p-value	Intervalo de Confiança a 95%	
				Mínimo	Máximo
<b>Segura</b>	<i>Ambivalente</i>	-21,82	<b>0,024</b>	-41,16	-2,47
	<i>Evitante</i>	-11,26	0,465	-34,33	11,80
<b>Ambivalente</b>	<i>Segura</i>	21,82	<b>0,024</b>	2,47	41,16
	<i>Evitante</i>	10,55	0,538	-13,51	34,61
<b>Evitante</b>	<i>Segura</i>	11,26	0,465	-11,80	34,33
	<i>Ambivalente</i>	-10,55	0,538	-34,61	13,51

Para a variável Tendência ao Suicídio foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, não se verificando diferenças significativas entre os adolescentes seguros, ansiosos/ambivalentes e evitantes ( $p=0,094 > \alpha=0,05$ ).

## Anexo T – Análise Descritiva. Critérios diagnósticos (CI-BPD) na amostra de Adolescentes

Representação Gráfica dos Critérios Diagnósticos na Amostra (N=40)

