

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Alterações Psicopatológicas da Personalidade e seus
Correlatos Comportamentais numa Amostra Clínica de
Adolescentes**

Geronimo Brand Rodrigues

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Área de Especialização em Psicologia Clínica Dinâmica

2022

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Alterações Psicopatológicas da Personalidade e seus
Correlatos Comportamentais numa Amostra Clínica de
Adolescentes**

Geronimo Brand Rodrigues

Dissertação orientada pela Professora Doutora Rosa Novo

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Área de Especialização em Psicologia Clínica Dinâmica

2022

Agradecimentos

À professora Rosa Ferreira, por ter aceite acompanhar-me neste projeto, pela inestimável disponibilidade, por toda a compreensão, por todo o apoio e saber transmitido.

Ao Pedro, por me fazer aguentar este ano inteiro, por me ajudar a pensar, a rir e a chorar. Por me ouvir a refilar eternamente, por me dar esperança para o futuro.

À mãe, por se preocupar tanto e ajudar a encontrar participantes. Sem ti, esta tese não teria sido possível.

Ao pai, pelos passeios em que saía de casa e me distraía a pensar em podcasts, exercício físico e muito mais.

À Mafalda, ao Afonso e ao Rafa, por me darem espaço para me queixar da vida e para ouvir outros a queixar-se das suas. Por todas as noites que não deviam ter durado até às seis da manhã.

A todos os meus amigos, que me permitiram lembrar que há mais na vida do que a Psicologia e por fazerem de mim uma melhor pessoa.

Ao Sci-Hub e ao Z-Library pela luta no movimento de *Open access*, que defende o acesso à Ciência para todos. Por me permitirem acesso gratuito a publicações científicas e manuais, sem os quais não teria sido possível construir esta dissertação.

Ao Sérgio e à Patrícia pela preocupação e por me ajudarem a encontrar participantes.

À Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, por cinco anos a fomentar a curiosidade, pensamento crítico e o olhar para outros como seres humanos. Pelos cinco anos carregados de aprendizagem, felicidade e companheirismo.

Ao Sr. Pedro e à D. Mafalda por todos os galões, meias de leite e cafés.

A mim.

Resumo

Na literatura, observa-se um crescente movimento para uma avaliação de perturbações da personalidade com foco dimensional e uma visão unificada entre estas e as psicopatologias clínicas, quer nos adultos, quer nas idades mais jovens, nomeadamente na adolescência.

Neste sentido, o presente estudo teve por objetivo investigar as alterações psicopatológicas da personalidade e os seus correlatos comportamentais numa amostra clínica de adolescentes. Foi estudada uma amostra de 59 adolescentes, de ambos os sexos, com idades entre os 13 e os 18 anos, composta por 30 adolescentes com queixa clínica e 28 adolescentes a residir em contexto institucional. Os dados foram recolhidos através do *Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota – Adolescente* (MMPI-A) e respetivas dimensões de psicopatologia da personalidade (PSY-5), bem como da versão portuguesa do *Youth Self-Report* (YSR), e de uma ficha clínica elaborada para o presente estudo.

Os resultados obtidos indicam que, na amostra clínica global, há associações significativas entre alterações da personalidade e comportamento-problema: alterações estruturais da personalidade ao nível da Agressividade e do Desconstrangimento apresentam correlações significativas com comportamentos de externalização, de tipo violento e não violento, respetivamente; alterações da linha psicoticismo, designadamente o alheamento da realidade, revelam-se associadas transversalmente a problemáticas comportamentais diversas, de externalização, internalização, problemas sociais e de pensamento. A vivência de emoções negativas associou-se a psicopatologia de internalização, particularmente a sofrimento emocional e a dificuldades no relacionamento social, do pensamento e da atenção. Finalmente, alterações estruturais da personalidade na linha da introversão mostram-se associadas a psicopatologia internalizante e a isolamento social.

Os resultados indicam também diferenças nas subamostras em estudo: nos adolescentes com queixa clínica observa-se uma maior associação entre o psicoticismo e psicopatologia de internalização, emocionalidade negativa e psicopatologia geral e entre alterações na linha da introversão e psicopatologia de internalização e isolamento social. Por outro lado, nos adolescentes de contexto residencial há uma associação mais estreita entre psicoticismo e psicopatologia da externalização, emocionalidade negativa e apenas psicopatologia de

internalização e não foram identificadas correlações entre introversão e comportamentos-problema.

Estes resultados foram discutidos à luz da literatura. Finalmente, foram apontadas as limitações do estudo e considerada a importância do aprofundamento deste tema, com sugestões para investigações futuras.

Palavras-chave: Perturbações da Personalidade; Adolescência; MMPI-A; *Youth Self-Report*.

Abstract

In the literature, there is a growing movement towards an assessment of personality disorders with a dimensional focus and a unified view between these and clinical disorders, both in adults and at younger ages, namely in adolescence.

In this sense, the present study aimed to investigate personality disorders and their behavioral correlates in a clinical sample of adolescents. A sample of 59 adolescents of both sexes, aged between 13 and 18 years old was studied, composed of 30 adolescents with clinical complaints and 28 adolescents living in an institutional setting. Data were collected using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory - Adolescent (MMPI-A) and its personality psychopathology dimensions (PSY-5), as well as the Portuguese version of the Youth Self-Report (YSR) and a clinical form developed for this study.

The results obtained indicate that, in the overall clinical sample, there are significant associations between personality disorders and problem behaviour: personality disorders related to Aggressiveness and Deconstraint show significant correlations with externalizing behaviour of violent and non-violent type, respectively; personality traits associated with psychoticism, namely detachment from reality, are associated with a wide range of complaints, related to both externalizing and internalizing psychopathology, social difficulties and thought disorders. Negative emotionality was associated with internalizing psychopathology, and difficulties related to emotional suffering, social isolation, and thought and attention disorders. Finally, personality traits related to introversion were shown to be associated with internalizing disorders and social isolation.

The results also indicate differences in the subsamples studied: in the adolescents with clinical complaints there is a greater association between psychoticism and internalizing psychopathology, negative emotionality and general psychopathology, and between introversion tendencies and internalizing psychopathology and social isolation. On the other hand, in adolescents in residential settings there is a closer association between psychoticism and externalizing psychopathology, negative emotionality and internalizing psychopathology only, and no correlation between introversion and psychopathology.

Such results were discussed considering the existing literature. Finally, the limitations of this study and the importance of further study of this topic were addressed, with suggestions for future research.

Keywords: Personality Disorder; Adolescence; MMPI-A; *Youth Self-Report*.

Índice

Agradecimentos	3
Resumo	4
Abstract	6
Introdução	1
O Desenvolvimento da Personalidade na Adolescência	1
A Psicopatologia da Personalidade e a sua Operacionalização	3
Metodologia	8
Objetivos	8
Participantes	9
Instrumentos	12
Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota – Adolescente	12
Questionário de Auto-Avaliação para Jovens	14
Ficha Clínica	16
Procedimento	16
Procedimentos de Cotação e de Análise de Resultados	17
Apresentação e Análise de Resultados	19
Análise dos Resultados do MMPI-A	19
Análise dos Resultados do MMPI-A por Subamostras	23
Análise dos Resultados das Escalas PSY-5 do MMPI-A	26
Análise dos Resultados das Escalas PSY-5 por Sexo	26
Análise dos Resultados das Escalas PSY-5 em Função da Idade e da Escolaridade	27
Análise dos Resultados das Escalas PSY-5 em Função das Escalas de Validade e Clínicas do MMPI-A	29
Análise dos Resultados do YSR	34
Análise dos Resultados do YSR por subamostra	37
Análise dos resultados do YSR em Função da Idade e da Escolaridade	38

Análise dos Resultados do YSR por Sexo	39
Relação entre Psicopatologia da Personalidade e Problemas Comportamentais	40
Discussão de Resultados	46
Referências.....	53

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Caracterização da Amostra Global e das subamostras por Sexo, Idade e Escolaridade</i>	10
Tabela 2. <i>Caracterização da Amostra Global e das subamostras por Aproveitamento Escolar, Problemas de Comportamento na Escola, Reprovações, Patologia Física ou Psicológica e Acompanhamento Psicoterapêutico</i>	11
Tabela 3. <i>Subamostra de Adolescentes em Contexto Institucional: Tempo na Instituição de Acolhimento</i>	11
Tabela 4. <i>Estatística Descritiva das Escalas do MMPI-A para a Amostra Global</i>	22
Tabela 5. <i>Estatística Descritiva das Escalas do MMPI-A para cada subamostra</i>	25
Tabela 6. <i>Estatística Descritiva das Escalas PSY-5 do MMPI-A para cada sexo</i>	27
Tabela 7. <i>Correlações das Escalas PSY-5 do MMPI-A com Idade e Escolaridade</i>	28
Tabela 8. <i>Correlações entre as Escalas PSY-5 e as Escalas de Validade e Clínicas do MMPI-A na Amostra Global</i>	30
Tabela 9. <i>Correlações entre as Escalas PSY-5 e as Escalas de Validade e Clínicas do MMPI-A nas duas subamostras</i>	32
Tabela 10. <i>Correlações entre as Escalas PSY-5 e as Escalas de Validade e Clínicas do MMPI-A para cada sexo</i>	34
Tabela 11. <i>Estatística Descritiva das Escalas do Youth Self-Report para a Amostra Global</i>	36
Tabela 12. <i>Estatística Descritiva das Escalas do Youth Self-Report para cada subamostra</i>	37
Tabela 13. <i>Correlações entre as Escalas do Youth Self-Report, Idade e Escolaridade</i>	38

Tabela 14. <i>Estatística Descritiva das Escalas do Youth Self-Report para cada sexo</i>	39
Tabela 15. <i>Correlações entre as Escalas PSY-5 do MMPI-A e as Escalas do YSR para a Amostra Global</i>	41
Tabela 16. <i>Correlações entre as Escalas PSY-5 do MMPI-A e as Escalas do YSR para cada subamostra</i>	43
Tabela 17. <i>Correlações entre as Escalas PSY-5 do MMPI-A e as Escalas do YSR por sexo</i> .	45

Introdução

O Desenvolvimento da Personalidade na Adolescência

A adolescência é uma fase de desenvolvimento que ocorre desde a puberdade até à idade adulta e é um período marcado por mudanças a nível biológico, emocional e cognitivo.

Dá-se a maturação do sistema límbico, um sistema responsável pelo processamento emocional, antes da maturação do córtex pré-frontal, ligado à regulação emocional e tomada de decisão. Isto resulta numa maior propensão para comportamentos de risco, causados pela impulsividade que estas emoções pouco controladas podem proporcionar (Blakemore, 2012). Um ganho marcante nesta etapa é o desenvolvimento do pensamento pós-formal, ampliando as estruturas cognitivas da criança e alcançando os níveis mais elevados de raciocínio lógico e de abstração.

Também é uma fase crucial para o desenvolvimento da personalidade (Roberts et al., 2006) e do *self* (Harter, 1999), que orientam o adolescente a procurar integrar-se e ser aceite pelos seus pares e resultam em mudanças nos contextos familiar, escolar e social da vida do adolescente (Sprinthall & Collins, 1995).

Assim, pode-se dizer que esta fase de desenvolvimento envolve novos desafios e momentos de vulnerabilidade, causados por mudanças a nível interpessoal, biológico, sexual, emocional e cognitivo, que têm um grande impacto na capacidade do adolescente de superar as tarefas de desenvolvimento que terá de enfrentar (Shiner & Caspi, 2003). Por causa destes desafios, a adolescência, no passado, era muitas vezes vista como um período de turbulência e alternância entre o funcionamento perturbado e saudável (Hall, 1905). Atualmente, reconhece-se que é um período em que se dá um aumento na incidência de perturbações psicológicas (Costello et al., 2011), mas que estas não afetam todos os adolescentes, e, quando aparecem, são tanto razão de preocupação como perturbações que surjam noutras etapas de desenvolvimento (Sprinthall & Collins, 1995).

Do ponto de vista desenvolvimentista, diversos teóricos (e.g., McAdams, 2013) apoiam a ideia da personalidade como um contínuo ao longo da vida, desde os primeiros meses à velhice, que tem recebido crescente apoio empírico (Specht et al., 2011).

A personalidade é, transversalmente, concebida como um conjunto de padrões duradores em cada indivíduo, relativos à sua maneira de pensar, sentir e de agir, e ao modo como cada um se percebe a si e ao mundo. Contudo, a personalidade não é entendida como uma entidade monolítica, mas antes como um vasto conjunto de características psicológicas individuais que podem ser organizadas em diferentes níveis da personalidade, entre eles: o nível disposicional, o nível motivacional e o nível narrativo (McAdams, 2013).

O nível disposicional analisa a pessoa enquanto ator de papéis sociais repetidos, focando-se nas diferenças entre atores a nível dos papéis empenhados face a desafios e potenciais recompensas. Este nível de análise pode ser aplicado desde os primeiros meses da vida, e define os traços como unidades básicas da personalidade, como meios de comparar diferentes atores e analisar as consistências intraindividuais ao longo do desenvolvimento.

O nível motivacional analisa o indivíduo enquanto agente automotivado, com objetivos e planos que orientam os comportamentos a curto, médio e longo-prazo. Assim, para além da consistência em diferentes situações ao longo do tempo, há um planeamento da vida e a tomada de um papel ativo na formação da sua identidade. Este nível torna-se mais presente a partir da idade escolar, em que começa a haver o desejo da orientação do esforço para objetivos socialmente valorizados.

O nível narrativo procura compreender o ser humano enquanto autor da sua história pessoal, que procura integrar e dar sentido às experiências vividas. Este nível ganha prevalência na adolescência, o que poderá refletir o desejo pela consolidação dos *selves*, até aí diferenciados entre situações e contextos, num único *self* caracterizado por um sentimento de continuidade e propósito (Harter, 1999).

Estes três níveis coexistem e são interdependentes, cada um influenciando os restantes ao longo da vida, de acordo com os desafios enfrentados.

A evolução da personalidade ao longo da vida, e a vários níveis, tem uma função importante na adaptação e nos padrões de comportamento de cada indivíduo. No entanto, nem sempre esta evolução segue uma trajetória adaptativa, levando, por vezes, a trajetórias de desenvolvimento de características estruturais e dinâmicas que conduzem a padrões disfuncionais de funcionamento e de comportamento.

A Psicopatologia da Personalidade e a sua Operacionalização

Para falar sobre psicopatologia da personalidade, é importante primeiro falar sobre os modelos dominantes na representação estrutural da Personalidade.

Ao nível dos modelos estruturais da personalidade normal, Costa & McCrae (1992), apresentam um modelo descritivo da personalidade, considerando cinco grandes domínios (Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Agradabilidade e Conscienciosidade), cada um deles constituído por diversas facetas ou traços. Cada traço pode ser visto como contínuo entre dois extremos, num conjunto de comportamentos ou características.

Pela sua natureza, estes extremos tendem a representar funcionamentos exagerados e rígidos. Por exemplo, na dimensão de Introversão-Extroversão, os extremos representam pessoas com tendências rígidas quanto à maneira como se relacionam com outros e a motivação que demonstram para atingir objetivos desejados, enquanto os níveis médios representam a capacidade de demonstrar características dos dois extremos, dependendo da situação e das necessidades do indivíduo (Costa & McCrae, 1992)

Assim, compreende-se que indivíduos com funcionamento adaptativo apresentam níveis moderados da expressão do traço, o que indica maior fluidez no funcionamento, e leva a melhor capacidade de lidar com situações novas ou adversas (Morris & Mansell, 2018). Por outro lado, indivíduos com psicopatologia apresentam uma expressão mais extrema do traço, o que reflete modos de funcionamento mais rígidos e menos capazes de adaptação e resulta em maiores dificuldades face a novos desafios (Hopwood et al., 2022). Esta formulação teórica tem recebido apoio empírico, estudos recentes identificam modos de funcionamento mais rígidos em indivíduos com perturbações psicológicas (Morris & Mansell, 2018).

Por outro lado, a comunidade científica tem vindo a desconstruir a separação entre perturbações clínicas e da personalidade (Hakulinen et al., 2020). Há associações nucleares entre os modos de funcionamento rígidos das perturbações da personalidade e as dificuldades vividas em casos de perturbações clínicas. Neste sentido, uma tende a reforçar a outra e, em casos graves de perturbações clínicas, costumam estar presentes também alterações patológicas da personalidade, e vice-versa. Nota-se a concordância entre o nível teórico, em constructos como HiTOP (Kotov et al., 2017), um modelo dimensional de classificação de perturbações mentais que coloca a personalidade na base da psicopatologia, e estudos empíricos, em meta-

análises que relacionam traços da personalidade com perturbações da ansiedade, do humor, de abuso de substâncias e várias outras patologias (e.g., Kotov et al., 2010; Malouff et al., 2005).

Se a personalidade é melhor representada por dimensões contínuas, então pode-se esperar que a patologia da personalidade também possa ser representada deste modo. A ideia de continuidade entre a personalidade normal e patológica tem vindo a ganhar mais apoio. Atualmente, as comunidades científica e clínica preferem uma abordagem dimensional para a conceptualização de perturbações, especialmente em perturbações da personalidade. Neste sentido, o DSM-5 já inclui um modelo de diagnóstico alternativo com uma abordagem dimensional de 5 fatores, e no ICD-11, as perturbações da personalidade serão apenas abordadas com uma conceptualização dimensional.

Foi neste contexto que Harkness e McNulty (1994) criaram o modelo Personality Psychopathology Five (PSY-5), um modelo de psicopatologia da personalidade de cinco fatores criado para ajudar na avaliação de perturbações de personalidade. Este modelo partiu da consideração de como pessoas leigas agrupavam descritores da personalidade e as suas perturbações, o que permitiu a criação de construtos dimensionais consistentes com o pensamento comum sobre a personalidade e as suas perturbações (Harkness et al., 2012). Utilizando estes construtos, foram criadas escalas no Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota-2 (MMPI-2), selecionando, de entre os itens já existentes no instrumento, os mais relevantes para cada dimensão do modelo (McNulty et al., 1997). As dimensões formuladas foram: Agressividade (AGGR), ligada à tendência da pessoa de se comportar de maneira conflituosa e com expressões violentas e ofensivas; Psicoticismo (PSYC), que reflete o grau de distorção com que cada indivíduo percebe a realidade; Desconstrangimento (DISC), ligado a tendência para ação impulsiva, quebra de regras e desrespeito pela lei; Emocionalidade Negativa/Neuroticismo (NEGE), que se refere à disposição afetiva para sentir emoções negativas e desconfortáveis, como ansiedade ou culpa, que levam a sofrimento interno; e Baixa Emocionalidade Positiva/Introversão (INTR), que é uma dimensão associada a reduzido prazer nas relações interpessoais, menor disposição para se envolver em novos objetivos de vida, reduzida energia para investir em atividades exigentes, assim como para procurar e desfrutar de contactos sociais.

Estas escalas foram inicialmente desenvolvidas para a versão de adultos (MMPI-2) e, posteriormente, seguindo o mesmo racional teórico e o mesmo procedimento, foram desenvolvidas escalas semelhantes para adolescentes, i.e., para o MMPI-A. O objetivo foi o de

facilitar a investigação de relações entre psicopatologia clínica e psicopatologia da personalidade adolescente e o de permitir estudos longitudinais sobre a evolução dos traços psicopatológicos tal como expressos pelas escalas PSY-5.

No primeiro estudo publicado com estas escalas, McNulty e colegas (1997) aplicaram o MMPI-A a uma amostra clínica e uma amostra normativa de adolescentes, com objetivo de compreender como estas alterações da personalidade da personalidade estavam associados a perturbações clínicas, medidas quer pelas escalas clínicas do MMPI-A, quer por outros instrumentos. No âmbito do MMPI-A, foram identificadas correlações fortes e positivas entre Agressividade (AGGR) e Hipomania (Ma), Esquizofrenia (Sc) e negativas com Defensividade (K). No caso da escala de Psicoticismo (PSYC) revela-se correlacionada com Infrequência de Resposta (F), Esquizofrenia (Sc), Paranóia (Pa) e Psicastenia (Pt). Já a escala de Desconstrangimento (DISC) correlacionou-se principalmente com Hipomania (Ma), Desvio Psicopático (Pd) e Infrequência de Resposta (F). A escala Emocionalidade Negativa/Neuroticismo (NEGE) correlacionou-se com as escalas Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Sc) e negativamente com K; finalmente, a escala Baixa Emocionalidade Positiva/Introversão (INTR) associou-se negativamente com Introversão Social (Si) e Depressão (D). Relativamente a outros instrumentos, a escala de AGGR associou-se a medidas de *acting out*, psicopatologia de externalização, e comportamentos agressivos; PSYC associou-se a medidas de comportamentos psicóticos, funcionamentos bizarros ou obsessivo-compulsivos; DISC associou-se sobretudo a medidas de psicopatologia de externalização, especialmente do tipo não-violento; NEGE associou-se a medidas de psicopatologia de internalização e isolamento social; INTR associou-se a medidas de isolamento social e, em rapazes, medidas de psicopatologia de internalização, em raparigas, medidas de psicopatologia de externalização.

Veltri e colaboradores (2009) estudaram os correlatos das escalas do MMPI-A numa amostra de rapazes adolescentes em contexto forense e raparigas adolescentes em internamento agudo psiquiátrico. Foram comparados os resultados no MMPI-A com os dados de histórias clínicas, especificamente quanto às escalas PSY-5, e os resultados indicaram que AGGR estava associada a sentimentos de raiva e história de conflitos físicos na amostra forense e comportamentos de oposição na amostra de contexto psiquiátrico; PSYC estava associada a alucinações audiovisuais nas duas amostras e a perturbações do sono na amostra de contexto psiquiátrico; DISC estava positivamente associada a sintomas de psicopatologia de externalização não violento, como comportamentos de oposição e abuso de substâncias, nas

duas amostras; e NEGE e INTR estavam associados a sintomas de psicopatologia de internalização, como anedonia, sentimentos de ansiedade e falta de energia, nas duas amostras.

No maior estudo nacional realizado com uso das PSY-5, Carvalho e Novo (2014) estudaram uma amostra de 351 alunos adolescentes portugueses, comparando as dimensões PSY-5 do MMPI-A com a sua vivência escolar, avaliada através de marcadores como o aproveitamento escolar, integração e satisfação geral. Em regressões lineares, identificaram vários preditores da satisfação com a vivência escolar: AGGR, INTR e DISC eram preditores para as raparigas, enquanto para os rapazes eram as escalas DISC, PSYC e INTR; para o aproveitamento escolar, em raparigas, DISC e INTR eram preditores, enquanto em rapazes, DISC, INTR e PSYC eram preditores; para problemas de comportamento, em raparigas, DISC e AGGR eram preditores, enquanto para rapazes, DISC era preditor; para comportamentos de risco, em raparigas, DISC e NEGE eram preditores, enquanto em rapazes, DISC era preditor.

Num estudo com jovens delinquentes (Veltri et al., 2014), foram analisadas as dimensões PSY-5 de acordo com a natureza das queixas de tribunal, separadas em atos delinquentes violentos e atos delinquentes não violentos. A análise estatística identificou associações entre DISC e atos delinquentes não violentos, mas não entre DISC e atos violentos, e AGGR como preditor único de atos delinquentes violentos. Não foram identificadas correlações entre as restantes escalas e a natureza dos atos delinquentes.

Estas escalas foram também associadas a comportamentos de suicídio (Spencer, 2021), em que se identificaram correlações entre todas as escalas PSY-5 e este tipo de comportamentos, embora com diferenças entre sexos; e a Perturbação de Personalidade *Borderline* (Sellbom & Jarrett, 2014), em que se sugeriu que esta perturbação estaria principalmente associada às escalas PSYC, DISC e NEGE.

Em suma, as Cinco Escalas de Psicopatologia da Personalidade (PSY-5) criadas para o MMPI-A constituem um modelo útil de avaliação de perturbação da personalidade. Estudos realizados com estas escalas sugerem que AGGR está associada a comportamentos de externalização, especialmente do tipo violento; PSYC está associada a comportamentos bizarros, alucinações e funcionamento psicótico; DISC liga-se a comportamentos de *acting out* e psicopatologia de externalização, especialmente em comportamentos não violentos; NEGE associa-se a todas as psicopatologias, especialmente de internalização; INTR está associada a isolamento social e psicopatologia de internalização.

Como foi mencionado anteriormente, a personalidade de um adolescente tem um papel importante nas tarefas de desenvolvimento, como a formação de relações interpessoais, a mestria de tarefas escolares e a promoção e manutenção de saúde (Shiner & Caspi, 2003). Para além disto, a certeza da continuidade evolutiva dos traços da personalidade ao longo do desenvolvimento (e.g., Block et al., 1991) justifica a importância da intervenção preventiva nos casos onde se identificam alterações do funcionamento não-adaptativas, para prevenir o seu agravamento na idade adulta.

Neste sentido, e à luz do que já foi referido, considerou-se importante a realização de um estudo que analisasse a relação entre traços de psicopatologia da personalidade e problemas adaptativos e comportamentais em adolescentes que apresentam dificuldades que motivam atenção clínica.

Metodologia

Neste capítulo, serão primeiro delineados os objetivos gerais da investigação, seguidos pela descrição da abordagem que o estudo adota, da descrição da amostra e dos critérios de inclusão. De seguida, será feita a caracterização dos instrumentos utilizados, do procedimento para a aplicação dos instrumentos e para o tratamento estatístico e análise dos dados.

Objetivos

Esta investigação foi delineada com o objetivo de caracterizar as alterações psicopatológicas da personalidade e os seus correlatos, ao nível comportamental, em adolescentes com problemática clínica.

O estudo empírico segue um plano transversal, de natureza quantitativa, de tipo diferencial e correlacional.

Para o efeito será considerada uma amostra global de jovens adolescentes em situações de sofrimento e/ou vulnerabilidade psicológica recolhida em dois contextos diferenciados: uma subamostra composta por jovens inseridos na comunidade, em contexto familiar, e avaliados em contexto de consulta clínica; e outra subamostra jovens inseridos em contexto institucional de acolhimento familiar e com problemática clínica e comportamental diversa.

Mais especificamente, procura-se:

- a. identificar características psicológicas específicas, designadamente alterações ao nível da personalidade (tal como identificadas a partir das escalas PSY-5), na amostra clínica global e nas duas subamostras de adolescentes;
- b. caracterizar os problemas de comportamento autorreportados no YSR por parte dos adolescentes, considerando a amostra clínica global e as duas subamostras;
- c. identificar a variabilidade das alterações da personalidade e do comportamento em função das variáveis sociodemográficas idade, sexo e ano de escolaridade dos participantes.
- d. identificar as associações entre as alterações da personalidade (identificadas em a) e a diversidade e intensidade das alterações comportamentais (identificadas em b) na amostra clínica global e nas duas subamostras;

Participantes

A amostra deste estudo é não-probabilística e foi recrutada em contextos específicos onde o acesso a população adolescente com problemática clínica de natureza diversa, pelo que se constitui como uma amostra intencional, de conveniência.

A amostra total consiste numa amostra clínica, caracterizada na tabela 1, constituída por 58 adolescentes, com idades entre os 13 e os 18 anos, de ambos os sexos, provenientes de duas subamostras: (a) uma composta por jovens inseridos na comunidade, avaliados em contexto de consulta clínica, que será designada como subamostra de adolescentes com queixa clínica (AQC); (b) outra composta por jovens inseridos em contexto institucional de acolhimento residencial, que será designada como subamostra de adolescentes institucionalizados (ACI).

A subamostra AQC integra 30 adolescentes com idades entre os 13 e os 18 anos, de ambos os sexos com queixa clínica ou suspeita de psicopatologia.

A subamostra ACI integra 28 adolescentes de duas casas de acolhimento entre os 13 e os 18 anos, de ambos os sexos.

Verifica-se que amostra global é composta de jovens adolescentes, maioritariamente do sexo feminino, com idades entre os 15 e 16 anos, com um nível de escolaridade médio de 9 anos completados.

Quanto às duas subamostras, identificaram-se diferenças estatisticamente significativas presentes ao nível da distribuição dos sexos, com prevalência de participantes de sexo feminino na amostra com queixa clínica (63.3%), e prevalência de participantes do sexo masculino na amostra de adolescentes institucionalizados (85.7%). Um teste Chi Quadrado de Pearson confirmou diferença significativa de sexo entre as duas subamostras, ($X^2_{(1, N=58)} = 14.560, p < .001$). A nível do ano escolar, verificaram-se diferenças significativas entre as duas subamostras, com os adolescentes com queixa clínica distribuídos por anos escolares mais avançados do que os adolescentes institucionalizados ($X^2_{(8, N=58)} = 16.5, p = .036$). Quanto à idade não se verificaram diferenças significativas entre subamostras ($X^2_{(5, N=58)} = 3.191, p = .671$).

Tabela 1*Caracterização da Amostra Global e das subamostras por Sexo, Idade e escolaridade*

Amostra	Sexo		Idade		Escolaridade	
	Feminino	Masculino	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
AQC (<i>n</i> = 30)	19	11	15.53	1.33	9.67	1.73
ACI (<i>n</i> = 28)	4	24	15.93	1.39	8.11	2.15
Amostra global (<i>N</i> = 58)	23	35	15.72	1.36	8.91	2.08

Nota. AQC= Adolescentes com Queixa Clínica; ACI= Adolescentes em Contexto Institucional.

Relativamente às variáveis aproveitamento escolar, problemas de comportamento na escola e reprovações, estas foram reportadas pelos participantes, enquanto as variáveis patologia física e/ou psicológica e acompanhamento psicológico foram recolhidas através dos clínicos ou psicólogos responsáveis pelos jovens (ver tabela 2).

Para a amostra global, o aproveitamento escolar apresentou-se com predominância de Nível médio (71.4 %). Identificou-se uma pequena maioria de participantes que não relatou problemas na escola (51.7%), que não reprovou anos escolares (51.9%) e que recebe acompanhamento psicoterapêutico (46.6%). Também há mais participantes sem diagnóstico de patologia física ou psicológica.

Analisando as subamostras de adolescentes com queixa clínica e adolescentes em contexto institucional, não se revelaram diferenças significativas no aproveitamento escolar ($X^2_{(2, N=58)} = 1.097, p = .578$) nem no número de participantes com diagnósticos de patologia física e/ou psicológica ($X^2_{(1, N=58)} = 1.484, p = .223$).

Identificaram-se diferenças entre estas subamostras quanto a: (a) problemas de comportamento na escola ($X^2_{(1, N=58)} = 15.483, p < .001$), com os adolescentes em contexto institucional a relatar mais problemas do que os adolescentes com queixa clínica; (b) participantes com reprovações escolares, ($X^2_{(1, N=58)} = 9.282, p = .002$), em que os adolescentes em contexto institucional tinham um maior número de participantes com reprovações

escolares; (c) número de participantes em psicoterapia, com mais adolescentes com queixa clínica a receber este tipo de ajuda, ($\chi^2_{(1, N=58)} = 5.117, p = .024$).

Tabela 2

Caracterização da Amostra Global e das subamostras por Aproveitamento Escolar, Problemas de Comportamento na Escola, Reprovações, Patologia Física ou Psicológica e Acompanhamento Psicoterapêutico

Amostra	Aproveitamento Escolar			PC na Escola		Reprovações		Patologia Física e/ou Psicológica		Acompanhamento Psicoterapêutico	
	Baixo	Médio	Elevado	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	AQC (n = 30)	4	19	6	23	7	21	9	20	6	11
ACI (n = 28)	2	21	4	7	21	6	16	25	3	19	9
Amostra global (n = 58)	6	40	10	30	28	27	25	45	9	30	27

Nota. AQC= Adolescentes com Queixa Clínica; ACI= Adolescentes em Contexto Institucional.

Numa análise da subamostra de adolescentes em contexto institucional, relativa ao tempo de residência na casa de acolhimento, encontrou-se elevada heterogeneidade de resultados, pelo que se categorizou a variável, considerando 5 níveis (ver tabela 3).

Deve-se notar que há um caso cujo tempo passado em acolhimento não foi facultado pela casa de acolhimento, pelo que não foi incluído nesta análise.

Tabela 3

Subamostra de Adolescentes em Contexto Institucional: Tempo na Instituição de Acolhimento

	Tempo de Institucionalização (meses)				
Participantes	< 6	6 a 12	12 a 24	24 a 48	> 24

Frequência (%)	5 (18.5%)	7 (25.9%)	3 (11.1%)	6 (22.2%)	6 (22.2%)
Frequência Acumulada (%)	18.5	44.4	55.6	77.8	100.0

Nota. $n = 28$.

Concluindo, a amostra global do estudo integra jovens de ambos os sexos, maioritariamente do sexo masculino, com uma média de idade entre os 15 e os 16 anos, com um nível de escolaridade médio de cerca de nove anos, e a maioria tem aproveitamento escolar médio, e não recebeu diagnósticos de patologia física e/ou psicológica.

Há, contudo, algumas diferenças entre as subamostras, sendo a de adolescentes com queixa clínica constituída maioritariamente por raparigas e em anos de escolaridade mais avançados, tendo menos participantes com problemas escolares e reprovações de ano, mas mais em acompanhamento psicoterapêutico. Por outro lado, a subamostra de adolescentes em contexto institucional, tem maior número de rapazes do que de raparigas, relatou mais problemas de comportamento na escola e maior número de reprovações de ano.

Nesta última, também se encontrou alguma heterogeneidade a nível do tempo passado na instituição de acolhimento.

Instrumentos

Neste estudo, foram utilizados o *Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota – Adolescente*, o *Questionário de Auto-Avaliação para Jovens* e uma Ficha Clínica, instrumentos que passamos a apresentar.

Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota – Adolescente (MMPI-A; Silva et al., 2006).

Este instrumento constitui a adaptação portuguesa do *Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Adolescent* (Butcher et al. 1992), já validada pela Universidade do Minnesota, embora ainda sem normas para a população portuguesa.

Trata-se de um inventário de autorrelato, constituído por 478 itens, que se destina à avaliação da personalidade e psicopatologia em adolescentes entre os 14 e os 18 anos de idade. As respostas aos itens são dadas numa escala de resposta dicotómica de “Verdadeiro” ou “Falso”.

O MMPI-A proporciona um conjunto muito amplo de medidas e apenas algumas delas serão usadas no contexto do estudo. Estas podem ser divididas em escalas de validade, escalas clínicas e escalas de psicopatologia da personalidade.

As Escalas de Validade permitem identificar o nível de consistência de resposta ao teste, atitudes de resposta ao teste e eventuais distorções de resposta. Assim:

- a) as escalas **VRIN** (Inconsistência de Resposta Variável) e **TRIN** (Inconsistência de Resposta Verdadeira) refletem a consistência das respostas dadas pelos avaliados;
- b) a escala de **Infrequência (F)** identifica respostas infrequentes na população normal, pelo que a sua elevação pode identificar perfis mais atípicos ou com que indicam perturbação;
- c) a escala de **Insinceridade (L)** permite identificar tentativas de distorção de resposta no sentido de apresentações mais positivas ou favoráveis;
- d) a escala **Defensividade (K)** permite identificar tentativas ou capacidades, conscientes ou não, de confronto com as dificuldades, com valores elevados a indicar força do ego e recursos disponíveis ou a negação de dificuldades psicológicas.

As Escalas Clínicas que o inventário disponibiliza são as 10 seguintes:

- 1- Hipocondria (Hs)** constitui uma medida que indica preocupações com o corpo, com a saúde e a doença;
- 2- Depressão (D)** reflete sentimentos de tristeza, desânimo, desesperança, apatia, pessimismo e sensibilidade a crítica;
- 3- Histeria (Hy)** é uma medida que, quando elevada, indica frequentes queixas somáticas, negação do sofrimento e visões excessivamente otimistas de outros;
- 4- Desvio psicopático (Pd)** avalia o grau de funcionamento antissocial, quebra de leis e de comportamento violento;
- 5- Masculinidade-Feminilidade (Mf)** sugere a identificação com interesses e comportamentos mais tipicamente masculinos ou femininos (pontuações elevadas significam interesses e comportamentos mais associados ao sexo oposto);
- 6- Paranóia (Pa)** reflete tendências paranóides, de desconfiança do outro, funcionamentos mais rígidos e sentimentos de perseguição;

- 7- **Psicastenia (Pt)** é uma medida que indica a tendência a sentimentos ansiosos, sofrimento psicológico geral e possíveis traços obsessivo-compulsivos;
- 8- **Esquizofrenia (Sc)** avalia a presença de pensamentos bizarros, desorganização mental e isolamento social;
- 9- **Hipomania (Ma)** identifica funcionamentos mais característicos de hipomania, como aceleração motora e cognitiva, irritabilidade, crenças de grandiosidade e egocentrismo;
- 10- **Introversão Social (Si)** indica problemas no relacionamento interpessoal, isolamento social e baixa autoestima.

O inventário disponibiliza também medidas relativas às seguintes cinco escalas de Psicopatologia da Personalidade (*Personality Psychopathology Five Scales (PSY-5)*), propostas por McNulty e colaboradores (1997), as quais se constituem como o foco principal do presente estudo:

- **Agressividade (AGGR)**, avalia a tendência da pessoa se comportar de maneira conflituosa e de ter expressões violentas e ofensivas. Inclui itens ligados a crenças de grandiosidade, ao desejo por poder e dominância social e à tendência de experienciar raiva.
- **Psicoticismo (PSYC)** avalia o grau de alheamento da realidade, isolamento face aos outros, alterações da percepção da realidade e pensamentos invulgares ou mesmo bizarros.
- **Desconstrangimento (DISC)** indica a tendência para ação impulsiva, reduzido controlo comportamental e tendência à busca de sensações e emoções fortes.
- **Emocionalidade Negativa/Neuroticismo (NEGE)** reflete a vivência de diversas emoções negativas, entre elas ansiedade, insegurança, preocupação, e tendência à autocrítica.
- **Baixa Emocionalidade Positiva/Introversão (INTR)** está associada a uma menor disposição e energia para perseguir objetivos e desejos, e procurar desfrutar de contactos sociais.

Questionário de Auto-Avaliação para Jovens (YSR; Achenbach et al., 2014)

Este instrumento constitui a adaptação portuguesa do *Youth Self-Report* (Achenbach & Rescorla, 2004), e pertence à bateria ASEBA. Consiste num questionário de autoavaliação que indica o nível de dificuldades comportamentais e emocionais, sentidas pelas crianças e jovens,

entre os 11 aos 18 anos. É uma *checklist* com 112 itens, em que os adolescentes são questionados quanto à frequência com que ocorreram determinados comportamentos nos últimos seis meses, onde escolhem uma de três respostas: “0”, quando a afirmação não é verdadeira; “1”, quando a afirmação é algumas vezes verdadeira; e “2”, quando a afirmação é muito verdadeira. Alguns itens têm um espaço de resposta aberta, onde o jovem deve descrever ou dar exemplos do comportamento que ocorre.

Este questionário permite obter diversas medidas, umas parcelares e outras globais. As oito medidas parcelares, identificadas como síndromes, são:

- a) **Ansiedade/Depressão (A/D)**, associada a queixas de sofrimento, sobretudo sentimentos de ansiedade e de depressão;
- b) **Isolamento/Depressão (I/D)**, relacionada com sentimentos de anedonia, falta de energia e mal-estar interpessoal e comportamentos de isolamento social;
- c) **Queixas Somáticas (QS)**, associada à tendência para respostas somáticas ao stress, os itens consistem em queixas de problemas médicos não diagnosticados;
- d) **Problemas Sociais (PS)**, que descreve problemas sociais e sentimentos de não ser gostado por outros, está associada a diagnósticos de perturbação da personalidade;
- e) **Problemas de Pensamento (PP)**, associada a funcionamentos psicóticos, perturbações obsessivo-compulsivas, os itens são referentes a experiências e pensamentos bizarros;
- f) **Problemas de Atenção (PA)**, relacionada com sintomas compatíveis com o diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, como dificuldades de concentração e impulsividade;
- g) **Comportamento Delinquente (CD)**, relacionada com comportamentos antissociais não agressivos, de quebra de regras ou desafiadores, ligado ao diagnóstico de perturbação do comportamento;
- h) **Comportamento Agressivo (CA)**, associada a comportamentos de desafio aberto, conflitos interpessoais e agressividade, ligado a perturbações de Oposição.
- i) **Outros Problemas (OP)** descreve dificuldades diversas que não se inseriram em qualquer escala.

Para além das oito medidas acima identificadas, podem obter-se outras medidas, mais globais, fruto da agregação em duas grandes categorias de perturbações: **Internalização (I)**, que resulta da agregação das medidas Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão e Queixas Somáticas e engloba dificuldades em que o sofrimento é internalizado, ligado a perturbações

depressivas e de ansiedade; e **Externalização (E)**, agrega as escalas Comportamento Delinvente e Comportamento Agressivo e descreve dificuldades em que o sofrimento é externalizado, levando a conflitos com outras pessoas ou a comportamentos disruptivos.

Finalmente, a medida global - **Total de Problemas** - que agrega todas as medidas parcelares já referidas. Tal como o nome indica, esta medida global constitui um indicador geral de psicopatologia, tal como ela é reconhecida e reportada pelo próprio adolescente.

Ficha Clínica

A ficha clínica utilizada no presente estudo integra diversas questões ligadas ao historial do participante, relevantes para compreender a razão de referência, o início e evolução das dificuldades psicológicas, bem como tipo de intervenção e eventuais situações críticas (e.g., medicação; internamentos; acompanhamento psicológico ou psiquiátrico; diagnóstico).

Procedimento

Após a aprovação, por parte da Comissão de Ética e Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, do projeto de investigação, procedeu-se à divulgação do estudo com vista ao recrutamento de participantes. Foram contactados profissionais referenciadores, nomeadamente a médica pediatra e os professores na amostra com queixa clínica, e com a organização da casa de acolhimento e o psicólogo responsável, na amostra de adolescentes institucionalizados.

Os critérios de inclusão da amostra total foram: participantes com idade entre os 14 e os 18 anos, suspeita de perturbação psicológica e/ou receber acompanhamento psicoterapêutico ou psiquiátrico; nacionalidade portuguesa ou português como língua materna e ausência de doenças crónicas incapacitantes ou défices cognitivos.

Após a divulgação do estudo pelos profissionais, os participantes que manifestaram disponibilidade de princípio para participar no estudo, e cujos responsáveis legais autorizaram expressamente a participação, foram posteriormente contactados, e agendadas as sessões de investigação com os participantes.

Recolhidos os Consentimentos Informados, devidamente assinados por encarregados de educação e pelos participantes, deu-se início à sessão de investigação.

A sessão teve um início com uma breve recolha de informação, relativa a dados sociodemográficos e, se necessário, dados para preencher a ficha clínica, que seriam mais tarde enriquecidos com informações recolhidas do profissional referenciador.

Depois, foi administrado o MMPI-A de acordo com as instruções estandardizadas da versão portuguesa. O tempo médio de resposta foi de cerca de cinquenta minutos.

Após um breve intervalo, de cerca de dez minutos, foi aplicado o YSR (*Youth Self-Report*), de acordo com as instruções previstas na versão portuguesa do manual (Achenbach et al., 2014). O tempo envolvido foi de cerca de quinze minutos.

No fim da fase de resposta dos instrumentos, agradeceu-se a participação e foram respondidas as questões que os participantes apresentaram relativamente ao estudo.

No caso dos adolescentes em contexto institucional, a sessão seguiu um procedimento similar, mas em pequenos grupos de 4 participantes. Esta subamostra já tinha sido previamente obtida e constava de uma base de dados, que foi facultada para o presente estudo.

Procedimentos de Cotação e de Análise de Resultados

Relativamente ao MMPI-A, os protocolos foram digitalizados através de um equipamento de leitura ótica (Teleform Reader) e posteriormente cotados através de um programa informático específico. Os resultados brutos da generalidade das escalas do MMPI-A (designadamente, escalas de validade e clínicas) foram transformados em notas T, sendo essa a medida em que são expressas as normas originais norte-americanas (Butcher et al., 1992) que guiaram a nossa análise de resultados. Quanto às Cinco Escalas de Psicopatologia da Personalidade (PSY-5) foram mantidos os resultados brutos e os mesmos foram analisados tendo por referência dados empíricos de estudos nacionais e internacionais (Carvalho & Novo, 2014 e McNulty et al., 1997, respetivamente).

Foi posteriormente realizada uma seleção da qualidade dos protocolos, tendo em consideração o nível de consistência de resposta. O critério aplicado para a exclusão de protocolos foram valores de TRIN e VRIN simultaneamente superiores a 80, o que levou à eliminação de um protocolo.

Como as escalas F, L e K informam sobre a atitude de resposta, foi considerada pertinente a sua análise e comparação em conjunto com as escalas clínicas.

Relativamente ao YSR, procedeu-se à cotação e à determinação de resultados brutos, seguindo a sua transformação em notas T, de acordo com as normas portuguesas. Foi manualmente realizada a cotação e a transformação dos resultados brutos em notas T, de acordo com os procedimentos recomendados e com uso das normas do manual da versão portuguesa do instrumento (Achenbach et al., 2014). Apenas a escala OP foi analisada com uso de resultados brutos, por não dispor de valores para transformação em notas T. Os resultados do instrumento foram depois lançados numa base de dados e analisados com recurso ao software SPSS, em conjunto com os restantes dados relativos a cada participante.

Como procedimentos de análise estatística foram considerados, em primeiro lugar, a estatística descritiva com identificação de valores de tendência central e de dispersão, respeitando a natureza das distribuições de resultados obtidas (paramétrica e não-paramétrica). Procedeu-se, de seguida, a análises de variância através da estatística não paramétrica (Mann-Whitney) para a comparação das subamostras, e à estatística χ^2 para conhecer o nível de associação entre as dimensões em análise e variáveis categoriais, bem como correlações de Spearman, no caso de variáveis ordinais ou intervalares.

Apresentação e Análise de Resultados

Neste capítulo, serão apresentados e analisados os resultados obtidos com o MMPI-A, relativamente às escalas de validade, clínicas e PSY-5 para a amostra global e as subamostras de adolescentes com queixa clínica e em contexto institucional. De seguida será feita uma análise mais aprofundada dos resultados das escalas PSY-5, com caracterização dos resultados para cada sexo e dos efeitos da idade e escolaridade para a amostra global e as subamostras já referidas. Posteriormente, serão apresentados e analisados os resultados relativos ao YSR, e de seguida, será feita uma análise das associações entre as escalas PSY-5 do MMPI-A e as escalas do YSR.

Análise dos Resultados do MMPI-A

Apesar do foco desta dissertação estar nas escalas PSY-5, tomou-se em consideração os resultados das escalas de validade e das escalas clínicas de modo a considerar as atitudes de resposta e a natureza das dificuldades clínicas e, assim, melhor contextualizar as características específicas de personalidade que vão ser detalhadas a partir das escalas de psicopatologia da personalidade.

Os resultados serão considerados relativamente à amostra global, sendo de seguida considerados os resultados por subamostra.

Para as diferentes medidas do MMPI-A, são apresentados os indicadores de estatística descritiva e os respetivos valores de análise de variância.

A estatística descritiva das três escalas de validade relativamente à amostra global, apresentada na Tabela 4, indica valores de tendência central próximos dos valores médios, mas grandes amplitudes e considerável dispersão de resultados. Há, assim, uma grande heterogeneidade dos resultados, como os desvios-padrão mais elevados nas escalas F e L. Tal indica a existência de alguns participantes com: perfis verdadeiramente clínicos, com a elevação na escala F a assinalar psicopatologia; uma atitude de resposta que procura minimizar falhas pessoais ou características negativas, no caso da elevação da escala L; atitudes de resposta que tendem a reduzir o sofrimento e dificuldades sentidas, com elevação da escala K.

Por outro lado, há também resultados extremadamente baixos, assinalando perfis também atípicos e participantes com atitudes de resposta opostas às identificadas, isto é, sem

sinais de psicopatologia, com insinceridade média e com a admissão de falhas de dificuldades psicológicas.

No que toca à caracterização dos resultados das escalas clínicas, na primeira escala clínica, Hs, a média situou-se no nível normativo da escala, o que sugere um grau normativo de preocupações com a saúde. É importante destacar o desvio-padrão elevado, bem como a diferença entre a mediana e a média, que sugerem que a média não representa a tendência central da amostra.

Na escala D, o nível médio dos resultados nesta amostra foi elevado, sugestivo de algum grau de psicopatologia, com sentimentos de tristeza ou insatisfação, perda de interesse em atividades e alguma vergonha.

Quanto à escala Hy, a média dos resultados da amostra situou-se no nível normativo, o que não indica problemas associados a preocupações corporais.

Na escala Pd, o nível médio dos resultados dos participantes da amostra foi normativo, o que não é indicador de problemas ligados a psicopatologia de externalização.

A nível da escala Mf, a amostra apresentou um nível médio de resultados normativo, o que está ligado a um equilíbrio entre os interesses e comportamentos mais tipicamente associados a homens e a mulheres.

Olhando para a escala Pa, a média dos resultados da amostra localizou-se no nível normativo, o que sugere que os participantes apresentam um grau normativo de sensibilidade interpessoal e suspeita de outros.

Quanto à escala Pt, o nível médio dos resultados da amostra foi elevado, o que indicia dificuldades ligadas a uma abordagem autocrítica e perfeccionista, e sentimentos de insegurança e inferioridade.

Na escala Sc, o valor médio dos resultados da amostra situou-se no nível normativo, o que sugere um grau de sofrimento emocional considerado normal.

A nível da escala Ma, o nível médio dos resultados dos participantes foi normativo, o que não indica a existência de problemas a nível de aceleração psicomotora, grandiosidade e irritabilidade.

Na escala Si, a média dos resultados nesta amostra localizou-se num nível normativo, o que sugere um grau normativo de problemas desta natureza, embora a tender para alguma introversão social e baixa autoestima.

Em todas as escalas clínicas, observaram-se desvios-padrão elevados, o que sugere uma maior heterogeneidade dos resultados. Assim, apesar dos valores das médias, há participantes com valores mais elevados, que indicam alterações psicopatológicas ao nível das características indicadas pelas respetivas escalas, e participantes com valores mais reduzidos, que sugerem a ausência de alterações psicopatológicas no domínio de cada escala.

Já nos resultados das escalas PSY-5 do MMPI-A, será importante ter em conta que por não existirem normas de conversão de resultados brutos em notas T, todos os resultados apresentados referentes a estas escalas serão resultados brutos.

O valor médio dos resultados da amostra global na escala AGGR foi mais elevado que o da amostra nacional ($M = 8.34$, $SD = 3.45$), mas localizado entre o valor médio da subamostra normativa ($M = 8.59$, $SD = 3.80$) e o da subamostra clínica ($M = 9.78$, $SD = 4.43$) da amostra internacional (McNulty et al., 1997). Isto sugere que, globalmente, os participantes em estudo têm tendência ao uso de agressividade instrumental como meio de estabelecer domínio sobre outros. Apesar deste valor médio, nota-se um desvio padrão elevado, sugestivo de heterogeneidade nestas características dentro da amostra deste estudo.

Quanto à escala PSYC, os adolescentes apresentaram valores médios de resultado mais elevados do que os da amostra nacional ($M = 5.18$, $SD = 3.02$) mas mais baixos que os valores médios da subamostra normativa ($M = 8.59$, $SD = 3.80$) e da subamostra clínica ($M = 9.78$, $SD = 4.43$) da amostra internacional. Estes resultados sugerem a possibilidade de haver perturbações desta natureza, com possibilidade de comprometimento do teste da realidade, ou de vivência experiências sensoriais bizarras.

Focando na escala DISC, o valor médio dos resultados da amostra do presente estudo foi mais elevado do que o da amostra nacional ($M = 6.18$, $SD = 3.24$). Estes resultados sugerem que os adolescentes têm tendência a comportamentos de risco, ação impulsiva e quebra de normas sociais.

Na escala NEGE, o valor médio de resultados foi mais elevado nos participantes do estudo presente, comparativamente ao da amostra nacional ($M = 11.75$, $SD = 3.83$) e também das subamostras normativa e clínica ($M = 10.59$, $SD = 4.27$ e $M = 11.24$, $SD = 4.54$,

respetivamente) da amostra internacional. Estes resultados indicam que os adolescentes têm a tendência para experienciar emoções negativas, como a tristeza, vergonha e culpa.

A escala INTR das PSY-5 apresentou uma distribuição não-normal e, em média, valores mais elevados nesta amostra do que os na amostra nacional ($M = 6.57$, $SD = 3.73$). Os resultados na amostra deste estudo sugerem que, nesta, há tendência a sentir menos emoções positivas e de não tirar prazer das relações interpessoais, o que está associado a uma retirada social.

Ao analisar-se as escalas PSY-5 conjuntamente, recebe-se um perfil patológico, com uma retirada social e perturbações de pensamento, associadas a psicopatologia de internalização e externalização, expressões disruptivas e agressivas.

Quanto aos desvios-padrão, os valores obtidos, na generalidade das escalas PSY-5 são mais elevados que os da amostra nacional o que sugere que estamos perante uma amostra muito heterogénea relativamente às características da personalidade, designadamente às alterações psicopatológicas das diversas dimensões em análise.

Resumindo, a média dos resultados da amostra geral na maioria das escalas do MMPI-A apresenta-se relativamente elevada, não obstante a heterogeneidade da amostra. Apesar disto, como indicado pelos desvios-padrão consistentemente elevados, há um número substancial de perfis com valores elevados, em níveis clínicos e indicadores de psicopatologia, bem como um número de perfis com valores mais reduzidos, localizados em níveis saudáveis. Quando estes perfis são agrupados e é analisado o seu valor médio, atenuam-se as suas diferenças, resultando num valor mais próximo da normalidade.

Tabela 4

Estatística Descritiva das Escalas do MMPI-A para a Amostra Global

Escalas do MMPI-A	<i>Mdn</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Intervalo de Confiança para a Média (95%)	
						<i>LI</i>	<i>LS</i>
F	57.00	40	84	57.33	11.20	54.38	60.27
L	59.00	38	90	58.78	10.74	55.95	61.60
K	49.00	32	70	49.00	8.78	46.69	51.31
Hs	55.00	38	89	59.02	13.12	55.57	62.47
D	65.00	40	95	66.47	12.31	63.23	69.70

Escalas do MMPI-A	<i>Mdn</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	LI	LS
Hy	59.00	36	89	58.05	12.96	54.64	61.46
Pd	55.00	39	78	57.69	10.82	54.84	60.54
Mf	49.00	30	77	48.90	10.82	46.05	51.74
Pa	60.00	30	88	58.41	14.27	54.66	62.17
Pt	60.00	36	87	60.83	13.64	57.24	64.41
Sc	55.50	30	94	58.52	14.22	54.78	62.26
Ma	50.00	33	75	51.36	10.26	48.66	54.06
Si	57.00	36	80	58.33	10.18	55.65	61.00
AGGR ¹	9.00	2	18	9.66	3.97	8.61	10.70
PSYC ¹	7.00	1	14	6.84	3.70	5.87	7.82
DISC ¹	8.00	1	17	8.10	4.29	6.98	9.23
NEGE ¹	13.50	4	20	12.93	4.48	11.75	14.11
INTR ¹	10.00	4	21	10.90	4.64	9.68	12.12

Nota. *N* = 58.

F= Infrequência; L= Insinceridade; K= Defensividade; Hs = Hipocondria; D = Depressão; Hy = Histeria; Pd = Desvio psicopático; Mf = Masculinidade-Feminilidade; Pa = Paranóia; Pt = Psicastenia; Sc= Esquizofrenia; Ma = Hipomania; Si = Introversão Social; AGGR= Agressividade; PSYC= Psicoticismo; DISC= Desconstrangimento; NEGE= Emocionalidade Negativa/Neuroticismo; INTR= Baixa Emocionalidade Positiva/Introversão.

¹ Valores apresentados correspondem a Resultados Brutos.

Análise dos Resultados do MMPI-A por Subamostras

A nível de subamostras, os adolescentes em contexto institucional apresentaram resultados ligeiramente mais elevados nas três escalas de validade, comparativamente com os adolescentes com queixa clínica (ver tabela 5). Esta diferença entre as subamostras não foi estatisticamente significativa, e as duas tiveram médias de resultados em níveis normativos. Os resultados das duas subamostras apresentaram desvios-padrão elevados, especialmente os adolescentes em contexto institucional, o que é sinal de grande heterogeneidade nos resultados dos participantes. Estes indicam a simultânea existência, nas duas subamostras, de participantes com resultados elevados e de participantes com resultados baixos nas diferentes escalas de validade.

Quanto às escalas clínicas, apenas foram identificadas diferenças significativas entre os adolescentes das subamostras já referidas em Mf, Pt e Si. Em Mf, os níveis médios dos resultados dos participantes das duas subamostras foram normativos. Em Pt, o valor médio dos resultados dos adolescentes com queixa clínica foi elevado e o dos adolescentes em contexto

institucional foi normativo, sugestivo de alterações associadas a uma visão autocrítica e perfeccionista e sentimentos de tensão e ansiedade em adolescentes com queixa clínica e um grau normativo de problemas desta natureza em adolescentes em contexto institucional. Em Si, o valor médio dos resultados dos adolescentes com queixa clínica foi elevado, enquanto o dos adolescentes em contexto institucional foi normativo. Assim, enquanto os participantes da ACI parecem ter comportamentos equilibrados a nível da extroversão e introversão, os da AQC apresentaram um predomínio da introversão.

Quando as escalas clínicas são analisadas coletivamente, observa-se um perfil de psicopatologia de internalização e de isolamento social nos adolescentes com queixa clínica, demonstrado pelas elevações em Hs, D, Hy, Pt e Si. O perfil dos adolescentes em contexto clínico foi menos elevado, com uma elevação moderada na escala D, seguida da escala Pa, o que indica a presença de sofrimento emocional e isolamento social.

A análise estatística indicou desvios-padrão elevados nas escalas clínicas do MMPI-A, que aponta para a existência tanto de participantes com valores mais elevados que a média em diferentes escalas, o que indica maior grau de psicopatologia, como de participantes com valores mais reduzidos que a média e funcionamentos mais normativos.

Finalmente, nas escalas PSY-5, identificaram-se diferenças significativas relativamente às escalas NEGE e DISC. Enquanto os adolescentes da AQC apresentaram valores mais elevados a NEGE, sugestivos de maior sofrimento social, os da ACI apresentaram valores mais elevados na DISC, sugestivos de maior impulsividade e descontrolo comportamental.

Quando se analisam as escalas PSY-5 em conjunto, os adolescentes com queixa clínica apresentam pontuações mais elevadas em AGGR, NEGE e INTR, sugestivo de psicopatologia de internalização, com a presença de sentimentos de zanga com outros. Já os adolescentes em contexto institucional apresentaram elevações em AGGR, DISC e INTR, indicadoras de psicopatologia de externalização, e isolamento social.

As duas subamostras apresentaram desvios-padrão semelhantes nas escalas PSY-5, com a exceção de INTR, em que se encontrou um desvio-padrão maior em adolescentes com queixa clínica do que em adolescentes em contexto institucional. Isto indica que a subamostra com queixa clínica tem participantes com graus mais variados de alterações da personalidade ligadas a baixa emocionalidade positiva.

Tabela 5*Estatística Descritiva das Escalas do MMPI-A para cada subamostra*

Escalas do MMPI-A	Subamostra	Mdn	Min	Max	M	DP	Intervalo de Confiança para a Média (95%)		Mann- Whitney
							LI	LS	
L	AQC	57.00	40	73	55.87	10.14	52.08	59.65	U = 469.0
	ACI	56.50	41	84	58.89	12.23	54.15	63.64	
F	AQC	59.00	38	85	58.33	10.06	54.58	62.09	U = 445.5
	ACI	59.00	42	90	59.25	11.58	54.76	63.74	
K	AQC	49.00	32	67	47.90	8.53	44.72	51.08	U = 492.0
	ACI	51.00	34	70	50.18	9.04	46.67	53.69	
Hs	AQC	58.00	38	89	61.10	16.01	55.12	67.08	U = 377.0
	ACI	55.00	41	76	56.79	8.83	53.36	60.21	
D	AQC	73.00	40	95	69.27	13.78	64.12	74.41	U = 300.5
	ACI	62.00	48	81	63.46	9.90	59.63	67.30	
Hy	AQC	62.00	36	89	60.03	14.81	54.50	65.56	U = 348.5
	ACI	57.00	36	77	55.93	10.48	51.87	59.99	
Pd	AQC	61.00	39	78	59.80	11.57	55.48	64.12	U = 333.5
	ACI	54.00	41	78	55.43	9.65	51.69	59.17	
Mf	AQC	47.50	30	77	46.37	10.17	42.57	50.16	U = 548.5*
	ACI	52.00	30	72	51.61	11.01	47.34	55.88	
Pa	AQC	60.50	30	88	58.03	15.75	52.15	63.91	U = 437.5
	ACI	60.00	38	79	58.82	12.78	53.87	63.78	
Pt	AQC	68.00	36	87	64.90	15.27	59.20	70.60	U = 268.0*
	ACI	53.00	41	76	56.46	10.20	52.51	60.42	
Sc	AQC	58.00	30	86	59.77	15.15	54.11	65.43	U = 367.0
	ACI	54.50	41	94	57.18	13.28	52.03	62.33	
Ma	AQC	47.00	33	75	48.90	9.80	45.24	52.56	U = 533.5
	ACI	52.00	39	75	54.00	10.26	50.02	57.98	
Si	AQC	62.50	39	80	61.43	11.95	56.97	65.89	U = 284.0*
	ACI	55.50	36	69	55.00	6.58	52.45	57.55	
AGGR ¹	AQC	9.00	2	18	9.40	4.05	7.89	10.91	U = 454.0
	ACI	11.00	2	16	9.93	3.93	8.40	11.45	
PSYC ¹	AQC	7.00	1	14	7.13	4.07	5.62	8.65	U = 384.0
	ACI	6.50	1	14	6.54	3.32	5.25	7.82	
DISC ¹	AQC	6.50	1	12	6.03	3.17	4.85	7.22	U = 663.0 **
	ACI	10.50	1	17	10.32	4.27	8.67	11.98	
NEGE ¹	AQC	15.50	4	20	14.23	4.87	12.42	16.05	U = 263.5 *
	ACI	11.50	5	17	11.54	3.61	10.14	12.93	

Escalas do MMPI-A	Subamostra	<i>Mdn</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	LI	LS	<i>Mann-Whitney</i>
INTR ¹	AQC	10.00	4	21	11.50	5.39	9.49	13.51	<i>U</i> = 386.5
	ACI	9.50	4	20	10.25	3.65	8.84	11.66	

Nota. AQC= Adolescentes com Queixa Clínica *n* = 30; ACI= Adolescentes em Contexto Institucional *n* = 28.

F= Infrequência; L= Insinceridade; K= Defensividade; Hs = Hipocondria; D = Depressão; Hy = Histeria; Pd = Desvio psicopático; Mf = Masculinidade-Feminilidade; Pa = Paranóia; Pt = Psicastenia; Sc= Esquizofrenia; Ma = Hipomania; Si = Introversão Social; AGGR= Agressividade; PSYC= Psicoticismo; DISC= Desconstrangimento; NEGE= Emocionalidade Negativa/Neuroticismo; INTR= Baixa Emocionalidade Positiva/Introversão.

¹Valores apresentados correspondem a Resultados Brutos.

p* < .05; *p* < .01

Análise dos Resultados das Escalas PSY-5 do MMPI-A

Para além da análise já realizada às escalas PSY-5, apresentamos uma análise mais detalhada destas, uma vez que são as centrais ao presente estudo. Assim, será caracterizada a estatística descritiva para cada sexo na amostra global, seguida por uma análise das associações entre as escalas e a idade, bem como a escolaridade dos participantes e, finalmente, uma análise das correlações entre as PSY-5 e as restantes escalas do MMPI-A, primeiro para a amostra global, e depois por subamostras e para cada sexo.

Análise dos Resultados das Escalas PSY-5 por Sexo

Como indicado na Tabela 6, encontraram-se efeitos de sexo em DISC e NEGE.

Focando na escala DISC, o nível médio de resultado das raparigas é normativo e o dos rapazes é elevado, mais do que um desvio padrão acima da média nacional. Estes resultados sugerem que as raparigas apresentam um nível normativo de tomada de riscos, impulsividade e seguimento de normas sociais, enquanto nos rapazes há uma tomada de riscos exagerada, maior impulsividade e mais quebras de regras sociais.

Na escala NEGE, houve um efeito de sexo, com um valor médio mais elevado nas raparigas do que nos rapazes. A média de resultados das participantes de sexo feminino foi significativamente mais elevada que a amostra nacional, enquanto a dos participantes de sexo masculino não. Estes resultados indicam que as raparigas apresentam maior tendência a sentir emoções negativas, como a culpa, vergonha e ansiedade, enquanto os rapazes têm vivência de emoções negativas normativa.

Os dois sexos apresentaram desvios-padrão ligeiramente mais elevados que a amostra nacional, especialmente na escala INTR. Isto indica a existência de participantes com valores acima da média, com maior presença de psicopatologia, e participantes com valores abaixo da média, com menores alterações da personalidade. Na escala INTR, encontraram-se resultados mais heterogêneos em participantes do sexo feminino do que no sexo masculino.

Tabela 6

Estatística Descritiva das Escalas PSY-5 do MMPI-A para cada sexo

PSY-5	Sexo	Mdn	Min	Max	M	DP	Intervalo de Confiança para a Média (95%)		Mann-Whitney
							LI	LS	
AGGR ¹	Feminino	9.00	3	15	9.00	3.64	7.42	10.58	U = 467.0
	Masculino	10.00	2	18	10.09	4.16	8.66	11.52	
PSYC ¹	Feminino	7.00	1	14	7.22	4.23	5.39	9.05	U = 372.0
	Masculino	7.00	1	14	6.60	3.35	5.45	7.75	
DISC ¹	Feminino	4.00	1	14	5.26	3.14	3.90	6.62	U = 672.5**
	Masculino	10.00	1	17	9.97	3.93	8.62	11.32	
NEGE ¹	Feminino	16.00	5	20	15.04	4.40	13.14	16.94	U = 209.0**
	Masculino	11.00	4	20	11.54	4.02	10.16	12.92	
INTR ¹	Feminino	11.00	4	21	11.91	5.39	9.58	14.25	U = 337.0
	Masculino	9.00	4	20	10.23	4.01	8.85	11.61	

Nota. Sexo Feminino: $n = 23$; Sexo Masculino: $n = 35$.

AGGR= Agressividade; PSYC= Psicoticismo; DISC= Desconstrangimento; NEGE= Emocionalidade Negativa/Neuroticismo; INTR= Baixa Emocionalidade Positiva/Introversão; ¹Resultados apresentados correspondem a Resultados Brutos.

* $p < .05$; ** $p < .01$

Análise dos Resultados das Escalas PSY-5 em Função da Idade e da Escolaridade

Para a amostra geral, identificaram-se correlações entre o ano de escolaridade e DISC, associadas negativa e moderadamente, e entre o ano de escolaridade e NEGE, associadas positivamente, embora com fraca magnitude (ver tabela 7). Isto significa que participantes em

anos de escolaridade mais avançados tendem a apresentar menos comportamentos de risco e impulsividade, mas maior tendência a sentir emoções negativas, como culpa, vergonha e ansiedade.

Quando se analisaram as subamostras AQC e ACI separadamente, não foram identificadas correlações na amostra de adolescentes com queixa clínica. Já na amostra de adolescentes em contexto institucional, identificou-se uma correlação negativa entre o ano de escolaridade e DISC.

Quanto à análise diferenciada por sexos, em raparigas identificaram-se correlações entre AGGR e PSY negativas com a idade e entre AGGR e o ano de escolaridade. Em rapazes, não se identificaram correlações entre as escalas PSY-5 e idade ou ano de escolaridade.

Tabela 7

Correlações das Escalas PSY-5 do MMPI-A com Idade e Escolaridade

	AGGR	PSYC	DISC	NEGE	INTR
<i>Amostra Global (N = 58)</i>					
Idade	-.087	-.208	-.019	.023	-.223
Ano escolaridade	-.188	-.120	-.409**	.310*	-.055
<i>Subamostra AQC (n = 30)</i>					
Idade	-.249	-.176	.037	.045	-.205
Ano escolaridade	-.185	-.105	-.047	.186	-.152
<i>Subamostra ACI (n = 28)</i>					
Idade	.112	-.219	-.341	.149	-.295
Ano escolaridade	-.081	-.213	-.465*	.147	-.132
<i>Sexo Feminino (n = 23)</i>					
Idade	-.472*	-.466*	-.139	.067	-.334
Ano escolaridade	-.533**	-.330	-.194	.115	-.288
<i>Sexo Masculino (n = 35)</i>					
Idade	.056	-.016	-.155	.174	-.141
Ano escolaridade	-.057	-.093	-.329	.213	-.034

Nota. AGGR= Agressividade; PSYC= Psicoticismo; DISC= Desconstrangimento; NEGE= Emocionalidade Negativa/Neuroticismo; INTR= Baixa Emocionalidade Positiva/Introversão.

* $p < .05$; ** $p < .01$

Análise dos Resultados das Escalas PSY-5 em Função das Escalas de Validade e Clínicas do MMPI-A

Analisando as associações das escalas PSY-5 com as escalas de validade, encontraram-se correlações positivas entre F e todas as escalas PSY-5, sendo a mais forte com PSYC, algo compreensível, dada a natureza atípica dos itens de F e o foco de PSYC em experiências bizarras e pensamentos perturbados (ver tabela 8). L e K apresentaram correlações negativas com AGGR, PSYC, DISC e NEGE, o que revela como este tipo de perturbações da personalidade interfere com a criação de defesas conscientes e inconscientes.

A dimensão AGGR associou-se a escalas associadas a um funcionamento psicótico, nomeadamente Pa, Pt, Sc e Ma. Também teve uma correlação de menor magnitude com Pd, uma escala associada a comportamentos antissociais.

A dimensão PSYC estava correlacionada com escalas ligadas a funcionamento psicótico, como Pa, Pt, Sc e Ma, a isolamento social e a *acting out*, como Si e Pd, respetivamente.

Identificaram-se mais associações fortes entre a dimensão DISC e passagem ao ato, através da escala Ma. As restantes associações são de menor magnitude, com sofrimento emocional e comportamentos de agressividade.

A dimensão NEGE associou-se a escalas clínicas ligadas a psicopatologia diversa, particularmente as ligadas a funcionamento psicótico, isto é, Pa, Pt e Sc. Também se identificam correlações com comportamentos de *acting out* antissocial, em Pd, e associações de menor magnitude com escalas neuróticas, indicadoras de sofrimento emocional, nomeadamente Hs, D e Hy.

A análise estatística indicou associações entre a dimensão INTR e escalas clínicas ligadas a sofrimento emocional e isolamento social, como D, Ma (correlação negativa) e Si.

Tabela 8

Correlações entre as Escalas PSY-5 e as Escalas de Validade e Clínicas do MMPI-A na Amostra Global

PSY-5	F	L	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
AGGR	.451**	-.543**	-.680**	.122	-.031	-.197	.343**	.176	.487**	.376**	.551**	.576**	.193
PSYC	.724**	-.502**	-.492**	.423**	.364**	.184	.614**	.020	.776**	.604**	.773**	.444**	.371**
DISC	.467**	-.441**	-.316*	.046	-.173	-.132	.269*	.261*	.271*	.103	.390**	.620**	-.039
NEGE	.359**	-.397**	-.647**	.533**	.584**	.358**	.593**	-.019	.625**	.806**	.645**	.175	.544**
INTR	.330*	.155	.063	.272*	.524**	.199	.165	-.114	.242	.249	.241	-.335*	.553**

Nota. N = 58.

AGGR= Agressividade; PSYC= Psicoticismo; DISC= Desconstrangimento; NEGE= Emocionalidade Negativa/Neuroticismo; INTR= Baixa Emocionalidade Positiva/Introversão; F= Infrequência; L= Insinceridade; K= Defensividade; Hs = Hipocondria; D = Depressão; Hy = Histeria; Pd = Desvio psicopático; Mf = Masculinidade-Feminilidade; Pa = Paranóia; Pt = Psicastenia; Sc= Esquizofrenia; Ma = Hipomania; Si = Introversão Social;

* $p < .05$; ** $p < .01$

De seguida, serão analisadas as associações entre as escalas PSY-5 e as escalas de validade e clínicas do MMPI-A entre as subamostras de adolescentes com queixa clínica e adolescentes em contexto institucional.

Começando pela caracterização das escalas de validade, notam-se associações mais fortes entre estas e as escalas PSY-5 nos adolescentes em contexto institucional, o que indica que perturbações da personalidade tiveram uma influência mais forte no modo de resposta e no desenvolvimento de defesas inconscientes (ver tabela 9).

Nas duas subamostras, encontraram-se correlações entre AGGR e as três escalas de validade. Quanto a PSYC, nas duas subamostras identificaram-se associações com F e K, com associação a L nos adolescentes em contexto institucional. DISC apresentou associações muito diferentes entre as subamostras, apenas associada a L na AQC e associada a todas as escalas de validade na ACI. Relativamente à escala NEGE, esta associou-se a K nas duas subamostras, e também a F na AQC e a K na ACI. A dimensão INTR não se associou a nenhuma escala de validade na ACI e associou-se apenas a F na AQC.

As correlações entre as escalas PSY-5 e L e K são negativas, pelo que psicopatologia desta natureza associou-se a um pior desenvolvimento das defesas, enquanto as correlações entre as escalas PSY-5 e F são positivas, o que sugere que estas alterações estão associados a um perfil de resposta mais atípico. Também há um padrão entre as amostras, em que elevações nas PSY-5 parecem ter maior influência na escala F e K nos adolescentes com queixa clínica, enquanto nos adolescentes em contexto institucional têm maior influência na L e K.

Passando às escalas clínicas e começando com as associações com AGGR, na subamostra de adolescentes com queixa clínica, a dimensão correlacionou-se mais com escalas ligadas a crenças de grandiosidade e pensamento perturbado, como a Pa, Sc e Ma. Nos adolescentes em contexto institucional, as associações a AGGR são mais diversas, ligadas também a sofrimento emocional e passagem ao ato, com escalas como Hy, Pd e Pt, para além das associações presentes nos adolescentes com queixa clínica.

Quanto à dimensão PSYC, na AQC observaram-se associações transversais a comportamentos desadaptativos, com correlações com todas as escalas clínicas ligadas a psicopatologia, o que mostra que alterações da personalidade desta dimensão estão ligados ao funcionamento geral do jovem. Na ACI, associou-se a uma menor gama de escalas clínicas, principalmente ligadas a um funcionamento psicótico, com traços agressivos, visível pelas escalas Pd, Pa, Pt, Sc e Ma.

Relativamente à escala DISC, a análise estatística indicou maiores correlações com escalas ligadas a *acting-out*, comportamentos impulsivos e crenças de grandiosidade nas duas subamostras, indicado pelas escalas Pd, Sc e Ma. Na amostra de adolescentes em contexto institucional, também há associações a escalas ligadas a sofrimento emocional e desconfiança do outro, como Pa e Pt.

Nas duas subamostras, a dimensão NEGE estava associada a sofrimento emocional e relacionamento hostil com o mundo externo, nas escalas Pd, Pa, Pt e Sc. Na subamostra de adolescentes com queixa clínica, também se correlacionou com escalas mais ligadas a psicopatologia de internalização, com isolamento social e preocupações corporais, e maior ênfase no sofrimento emocional, visível nas escalas Hs, D, Hy e Si.

Quanto à escala INTR, na subamostra com queixa clínica, associou-se a sofrimento emocional e isolamento social, indicado pelas escalas D, Sc e Si, enquanto nos adolescentes de

contexto institucional, apenas se identificou uma correlação negativa com Ma, o que sugere menor energia e grau de atividade.

Tabela 9

Correlações entre as Escalas PSY-5 e as Escalas de Validade e Clínicas do MMPI-A nas duas subamostras

Adolescentes com Queixa Clínica (n = 30)														
PSY-5	F	L	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si	
AGGR	.433 *	-.421 *	-.673 **	.217	.008	.028	.304	.351	.488 **	.332	.538 **	.472 **	.177	
PSYC	.763 **	-.260	-.434 *	.567 **	.559 **	.413 *	.670 **	.069	.897 **	.608 **	.757 **	.430 *	.433 *	
DISC	.354	-.422 *	-.342	.202	-.006	.165	.409 *	.226	.276	.247	.498 **	.740 **	.019	
NEGE	.451 *	-.273	-.640 **	.655 **	.566 **	.462 *	.519 **	-.011	.712 **	.834 **	.706 **	.178	.563 **	
INTR	.453 *	.159	-.059	.257	.669 **	.138	.354	-.155	.354	.346	.367 *	-.240	.750 **	
Adolescentes em Contexto Institucional (n = 28)														
PSY-5	F	L	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si	
AGGR	.481 **	-.708 **	-.751 **	.021	-.006	-.450 *	.509 **	-.058	.490 **	.504 **	.629 **	.587 **	.310	
PSYC	.670 **	-.817 **	-.527 **	.153	.035	-.213	.522 **	.042	.619 **	.608 **	.764 **	.494 **	.244	
DISC	.660 **	-.664 **	-.557 **	-.034	-.105	-.368	.467 *	-.053	.393 *	.404 *	.615 **	.494 **	.282	
NEGE	.288	-.656 **	-.659 **	.163	.300	-.084	.535 **	.200	.549 **	.616 **	.504 **	.349	.242	
INTR	.158	.114	.282	.274	.303	.231	-.069	-.084	.042	.020	-.024	-.475 *	.209	

Nota. AGGR= Agressividade; PSYC= Psicoticismo; DISC= Desconstrangimento; NEGE= Emocionalidade Negativa/Neuroticismo; INTR= Baixa Emocionalidade Positiva/Introversão; F= Infrequência; L= Insinceridade; K= Defensividade; Hs = Hipocondria; D = Depressão; Hy = Histeria; Pd = Desvio psicopático; Mf = Masculinidade-Feminilidade; Pa = Paranóia; Pt = Psicastenia; Sc= Esquizofrenia; Ma = Hipomania; Si = Introversão Social;

* $p < .05$; ** $p < .01$

Passando à análise das associações entre as escalas PSY-5 e as escalas de validade e clínicas do MMPI-A por sexos e começando pela caracterização das escalas de validade, notam-se associações mais fortes entre estas e as escalas PSY-5 na subamostra masculina, o que indica que perturbações da personalidade tiveram uma influência mais forte no modo de resposta e no desenvolvimento de defesas inconscientes (ver tabela 10). A exceção a estes resultados foi a dimensão INTR, que na amostra masculina não apresentou correlações e na

amostra feminina apresentou uma correlação com F, pelo que parece estar ligada a maior atipicidade no perfil de respostas. As correlações entre as escalas PSY-5 e L e K são negativas, pelo que a influência deste tipo de perturbações foi negativa no desenvolvimento das defesas.

Nas escalas clínicas, e começando com as associações a AGGR, na subamostra feminina correlacionou-se mais com escalas ligadas a crenças de grandiosidade e pensamento perturbado, como a Pa e Ma. Na subamostra masculina, identificam-se associações entre AGGR e escalas clínicas associadas a funcionamento psicótico, como Sc, Ma, Pt e Pa. Também se nota a associação a escalas de *acting out* agressivo, nomeadamente Pd, e a isolamento social, em Si.

Quanto à escala PSYC, na amostra feminina observaram-se correlações com uma variedade de escalas, especialmente a escalas associadas a um funcionamento psicótico, como Pa, Sc, Pt e Ma, mas também escalas de *acting out* agressivo e de algum sofrimento emocional, com Pd e Hs e D, respetivamente. Na subamostra masculina, associou-se a uma menor gama de escalas clínicas, principalmente as associadas a um funcionamento psicótico e *acting out* agressivo. As correlações de maior magnitude nas raparigas são com escalas ligadas a um relacionamento hostil com o mundo, nomeadamente Pa, Sc e Pd. As correlações com os rapazes têm geralmente menor magnitude, especialmente com a escala associada a *acting out* agressivo, o que significa que estes apresentam um funcionamento menos hostil.

Relativamente à escala DISC, na amostra masculina identificaram-se correlações com escalas ligadas a um funcionamento psicótico com traços agressivos, como Pd, Pa, Pt, Sc e Ma, enquanto na amostra feminina identificou-se um padrão de correlações sugestivo de psicopatologia mais caracterizada pelo desejo pelo egocentrismo e evitamento, com escalas como Ma e Hy.

Focando na escala NEGE, nos rapazes associou-se a escalas ligadas a um funcionamento psicótico, como Pa, Pt, Sc e Ma, bem como de *acting out* agressivo e sofrimento emocional, como Pd e D. Este perfil sugere uma tendência para maior externalização, em vez de internalização. Nas raparigas, a escala apresentou associações mais fortes, especialmente com escalas ligadas a um relacionamento hostil com o mundo, como Pa, Sc e Pd, e com uma maior dimensão de sofrimento emocional, em escalas como Pt, D e Hs. Este perfil sugere uma maior tendência à internalização, em vez da externalização. Curiosamente, nos dois sexos há uma correlação com a escala Mf, indicadora de interesses e comportamentos tipicamente femininos.

Quanto à escala INTR, no sexo feminino, associou-se a sofrimento emocional e isolamento social, como indicado pelas escalas D, Pt e Sc e Si, enquanto na subamostra masculina, apenas demonstrou uma correlação negativa com Ma, o que sugere menor energia e grau de atividade.

Tabela 10

Correlações entre as Escalas PSY-5 e as Escalas de Validade e Clínicas do MMPI-A para cada sexo

Sexo Feminino (n = 23)													
PSY-5	F	L	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
AGGR	.259	-.363	-.619**	.218	-.130	.100	.248	.286	.502*	.166	.348	.442*	.027
PSYC	.798**	-.500*	-.462*	.487*	.482*	.305	.799**	-.247	.902**	.612**	.802**	.503*	.387
DISC	.463*	-.308	-.196	.392	.154	.601**	.438*	.167	.499*	.305	.529**	.766**	.064
NEGE	.289	-.495*	-.680**	.618**	.532**	.396	.645**	-.541**	.632**	.735**	.647**	.079	.465*
INTR	.512*	-.079	-.137	.286	.745**	.008	.346	-.410	.329	.462*	.419*	-.188	.795**
Sexo Masculino (n = 35)													
PSY-5	F	L	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
AGGR	.560**	-.631**	-.710**	.131	.082	-.273	.445**	.101	.504**	.588**	.656**	.621**	.373*
PSYC	.667**	-.548**	-.494**	.355*	.210	.081	.486**	.243	.666**	.571**	.722**	.490**	.306
DISC	.653**	-.531**	-.444**	.237	.103	-.029	.460**	.102	.401*	.384*	.553**	.447**	.223
NEGE	.439**	-.479**	-.655**	.328	.434**	.097	.567**	.418*	.602**	.771**	.675**	.502**	.443**
INTR	.189	.317	.255	.225	.305	.227	-.021	.130	.113	-.017	.057	-.446**	.308

Nota. AGGR= Agressividade; PSYC= Psicoticismo; DISC= Desconstrangimento; NEGE= Emocionalidade Negativa/Neuroticismo; INTR= Baixa Emocionalidade Positiva/Introversão; F= Infrequência; L= Insinceridade; K= Defensividade; Hs = Hipocondria; D = Depressão; Hy = Histeria; Pd = Desvio psicopático; Mf = Masculinidade-Feminilidade; Pa = Paranóia; Pt = Psicastenia; Sc= Esquizofrenia; Ma = Hipomania; Si = Introversão Social;

* $p < .05$; ** $p < .01$

Análise dos Resultados do YSR

Para a análise do Youth Self-Report, e seguindo a mesma ordem da análise dos resultados do MMPI-A, a caracterização da estatística descritiva das escalas será primeiro relativa à amostra completa, depois entre as subamostras de adolescentes com queixa clínica e

adolescentes em contexto institucional e por sexos. Será também importante compreender que os resultados da escala Outros Problemas (OP) serão resultados brutos, devido à ausência de normas de conversão para notas T.

Começando pela escala TP, a média dos resultados da amostra global está no nível *borderline*, o que sugere que uma necessidade de atenção clínica (ver tabela 11).

Na escala I, o nível médio dos resultados da amostra global é *borderline*, o que sugere que a amostra tem um grau de psicopatologia de internalização que poderá necessitar de atenção clínica.

Quanto à escala E, o nível médio dos resultados da amostra é normativo. Assim pode-se assumir que a amostra, em geral, relata um número normativo de comportamentos e vivências ligados a psicopatologia de externalização.

Na escala A/D, a média dos resultados da amostra está ligeiramente abaixo do nível *borderline*. Assume-se, então, que a amostra sofre de sintomas ligados a medos, ansiedade e culpa num nível normativo.

A nível da escala I/D, a média dos resultados da amostra está no limite inicial do nível *borderline*. Isto sugere que a amostra apresenta sintomas ligados ao isolamento social, falta de motivação e de interesses num grau que sugere atenção clínica.

Olhando para a escala QS, o nível médio dos resultados da amostra é normativo, o que sugere que a amostra relatou um número normativo de queixas somáticas.

Quanto à escala PS, a média dos resultados está no nível da normalidade. A amostra relata algumas queixas no domínio social, mas num grau saudável.

Na escala PP, o nível médio de elevação de resultados da amostra é normativo, com algumas queixas a nível de comportamentos e experiências sensoriais bizarras, mas num nível considerado normativo.

A nível da escala PA, a média dos resultados da amostra está na normalidade. Assim, não parece haver problemas no domínio da atenção para além do considerado normativo.

Olhando para a escala CD, a média localiza-se no nível normativo. Apesar de haver sintomas ligados a comportamentos antissociais, estes parecem estar num grau saudável.

Na escala CA, o valor médio dos resultados da amostra esteve num nível normativo, pelo que os relatos de comportamentos agressivos não constituem uma causa de preocupação.

Apesar dos resultados médios nas escalas do YSR serem normativos ou *borderline*, os valores elevados dos desvios-padrão das escalas indicam a existência de participantes com respostas em níveis clínicos, com provável necessidade de intervenção clínica e participantes com respostas em níveis normativos na escala. Assim, quando estes perfis são agrupados e é analisado o seu valor médio, atenuam-se estas diferenças e recebe-se um valor próximo da normalidade. No entanto, apesar dos valores médios nas escalas localizarem-se em níveis pertos da normalidade, não significa que os perfis individuais se tenham apenas localizado nestes níveis.

Resumindo, a média dos resultados da amostra global, na maioria das escalas do YSR, esteve em níveis normativos ou *borderline*. Apesar disto, como se consegue ver pelos desvios-padrão consistentemente elevados, há perfis com valores mais elevados, em níveis clínicos e indicadores de psicopatologia, bem como perfis com valores mais reduzidos, localizados em níveis saudáveis.

Tabela 11

Estatística Descritiva das Escalas do Youth Self-Report para a Amostra Global

Escalas do Youth Self-Report	<i>Mdn</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Intervalo de Confiança para a	
						Média (95%)	
						<i>LI</i>	<i>LS</i>
Total de Problemas	60.00	45	80	60.67	7.88	58.60	62.74
Internalização	62.00	44	90	63.36	9.38	60.90	65.83
Externalização	57.00	44	84	57.93	8.25	55.76	60.10
Ansiedade/ Depressão	63.00	50	94	63.76	10.55	60.99	66.53
Isolamento/ Depressão	64.50	50	91	64.88	8.96	62.52	67.24
Queixas Somáticas	55.00	50	97	58.28	9.70	55.73	60.83
Escalas do Youth Self-Report	<i>Mdn</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Problemas Sociais	59.00	50	77	60.03	7.06	58.18	61.89
Problemas de Pensamento	57.00	50	81	58.38	7.71	56.35	60.41
Problemas de Atenção	57.00	50	86	59.91	8.79	57.60	62.22
Comportamento Delinvente	56.50	50	81	58.10	7.43	56.15	60.06
Comportamento Agressivo	58.00	50	90	58.76	7.70	56.73	60.78
Outros Problemas ¹	5.00	0	10	5.07	2.26	4.48	5.66

Nota. N= 58.

¹ Valores apresentados correspondem a Resultados Brutos.

Análise dos Resultados do YSR por subamostra

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as subamostras de adolescentes em contexto institucional e com queixa clínica nas escalas E, PA, CD e CA, com valores médios mais elevados nos adolescentes em contexto institucional em todas estas escalas com exceção de PA, em que se observou o inverso (ver tabela 12). Apesar da elevada heterogeneidade, os valores médios dos resultados das duas subamostras foram normativos, pelo que não indicam alterações nos domínios destas escalas.

Tabela 12

Estatística Descritiva das Escalas do Youth Self-Report para cada subamostra

Escalas Youth Self-Report	Subamostra	Mdn	Min	Max	M	DP	Intervalo de Confiança para a Média (95%)		Mann-Whitney
							LI	LS	
Total de Problemas	AQC	59.00	45	77	60.33	8.45	57.18	63.49	U= 476.0
	ACI	60.50	46	80	61.04	7.36	58.18	63.89	
Internalização	AQC	62.50	44	90	63.97	11.73	59.59	68.35	U= 417.5
	ACI	62.00	54	77	62.71	6.10	60.35	65.08	
Externalização	AQC	55.00	46	68	54.90	6.39	52.52	57.28	U= 636.0 **
	ACI	61.00	44	84	61.18	8.87	57.74	64.62	
Ansiedade/Depressão	AQC	64.00	50	94	65.40	12.24	60.83	69.97	U= 383.0
	ACI	61.00	51	83	62.00	8.22	58.81	65.19	
Isolamento/Depressão	AQC	63.50	50	91	64.63	9.76	60.99	68.28	U= 463.0
	ACI	65.00	51	83	65.14	8.20	61.96	68.32	
Queixas Somáticas	AQC	57.00	50	97	60.83	12.04	56.34	65.33	U= 341.5
	ACI	54.50	50	72	55.54	5.25	53.50	57.57	
Problemas Sociais	AQC	61.00	50	77	60.77	6.57	58.31	63.22	U= 352.5
	ACI	57.00	50	77	59.25	7.59	56.31	62.19	
Problemas de Pensamento	AQC	56.00	50	80	58.33	7.85	55.40	61.26	U= 453.0
	ACI	58.00	50	81	58.43	7.71	55.44	61.42	
Escalas Youth Self-Report	Subamostra	Mdn	Min	Max	M	DP	LI	LS	Mann-Whitney
	AQC	60.00	50	86	62.93	9.50	59.39	66.48	

Problemas de Atenção	ACI	54.00	50	76	56.68	6.71	54.08	59.28	$U= 269.5^*$
Comportamento Delinquente	AQC	54.00	50	72	54.97	5.71	52.84	57.10	$U= 682.0^{**}$
	ACI	61.00	51	81	61.46	7.67	58.49	64.44	
Comportamento Agressivo	AQC	56.00	50	72	56.60	5.270	54.63	58.57	$U= 571.5^*$
	ACI	60.50	50	90	61.07	9.20	57.51	64.64	
Outros Problemas ¹	AQC	5.00	0	10	4.97	2.37	4.08	5.85	$U= 454.0$
	ACI	5.00	1	10	5.18	2.16	4.34	6.02	

Nota. AQC= Adolescentes com Queixa Clínica $n = 30$; ACI= Adolescentes em Contexto Institucional $n = 28$.

¹ Valores apresentados correspondem a Resultados Brutos.

* $p < .05$; ** $p < .01$

Análise dos resultados do YSR em Função da Idade e da Escolaridade

Na amostra total, apenas se identificaram correlações negativas e fracas entre a idade e PP e entre o ano de escolaridade e E (ver tabela 13).

Não se identificaram correlações entre as escalas do YSR, idade e ano de escolaridade na subamostra AQC. Na subamostra ACI, identificaram-se correlações negativas entre CD e o ano de escolaridade e a idade.

Tabela 13

Correlações entre as Escalas do Youth Self-Report, Idade e Escolaridade

(Sub)Amostra	TP	I	E	A/D	I/D	QS	PS	PP	PA	CD	CA	OP
Amostra global												
Idade	-.163	-.200	-.053	-.139	-.083	-.159	-.201	-.273*	-.094	.076	-.039	-.042
Ano escolaridade	-.108	.021	-.265*	.132	.003	.139	.045	-.167	.163	-.244	-.169	-.136
AQC												
Idade	-.139	-.146	.043	-.127	-.115	-.015	-.166	-.279	.067	.295	-.047	-.040
Ano escolaridade	.028	.019	.133	.081	-.035	.128	-.072	-.139	.138	.310	.120	-.115
ACI												
Idade	-.218	-.224	-.307	-.059	-.040	-.270	-.160	-.261	-.199	-.382*	-.150	-.028
Ano escolaridade	-.200	-.068	-.357	.050	.016	-.037	.028	-.137	-.113	-.448*	-.146	-.090

Nota. $N = 58$; AQC= Adolescentes com Queixa Clínica $n = 30$; ACI= Adolescentes em Contexto Institucional $n = 28$

TP= Total de Problemas; I= Internalização; E= Externalização; A/D= Ansiedade/Depressão; I/D= Isolamento/Depressão; QS= Queixas Somáticas; PS= Problemas Sociais; PP= Problemas de Pensamento; PA= Problemas de Atenção; CD= Comportamento Delinquente; CA= Comportamento Agressivo; OP= Outros Problemas.

$p < .05$; $**p < .01$

Análise dos Resultados do YSR por Sexo

Os resultados médios nas escalas do YSR estiveram em níveis normativos ou borderline nos dois sexos (ver tabela 14). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as subamostras nas escalas I, A/D, QS, PA e CD, com valores mais elevados na subamostra feminina em todas estas escalas menos CD, em que se observou o inverso. Os desvios-padrão mantiveram-se elevados, o que sugere heterogeneidade dos resultados dos participantes dentro das duas subamostras.

Tabela 14

Estatística Descritiva das Escalas do Youth Self-Report para cada sexo

Escalas Youth Self-Report	Sexo	Mdn	Min	Max	M	DP	Intervalo de Confiança para a Média (95%)		Mann-Whitney
							LI	LS	
Total de Problemas	Feminino	62.00	45	77	61.78	8.62	58.05	65.51	$U = 355.0$
	Masculino	60.00	46	80	59.94	7.39	57.40	62.48	
Internalização	Feminino	66.00	44	90	66.70	12.31	61.37	72.02	$U = 289.0$ *
	Masculino	61.00	46	77	61.17	6.09	59.08	63.26	
Externalização	Feminino	55.00	47	72	55.61	6.79	52.67	58.55	$U = 521.0$
	Masculino	61.00	44	84	59.46	8.84	56.42	62.49	
Ansiedade/Depressão	Feminino	68.00	50	94	68.87	12.48	63.47	74.26	$U = 235.5$ **
	Masculino	60.00	50	83	60.40	7.51	57.82	62.98	
Isolamento/Depressão	Feminino	69.00	50	91	66.17	10.59	61.59	70.75	$U = 346.0$
	Masculino	63.00	50	83	64.03	7.76	61.36	66.70	
Queixas Somáticas	Feminino	63.00	50	97	63.17	12.67	57.70	68.65	$U = 231.5$ **
	Masculino	52.00	50	72	55.06	5.18	53.28	56.84	
Problemas Sociais	Feminino	61.00	50	77	61.39	7.58	58.11	64.67	$U = 327.0$
	Masculino	57.00	50	77	59.14	6.66	56.86	61.43	
Escalas Youth Self-Report	Subamostra	Mdn	Min	Max	M	DP	LI	LS	Mann-Whitney
Problemas de Pensamento	Feminino	58.00	50	80	59.91	7.82	56.53	63.29	$U = 313.5$
	Masculino	55.00	50	81	57.37	7.59	54.77	59.98	
	Feminino	60.00	51	86	62.30	9.47	58.21	66.40	

Problemas de Atenção	Masculino	57.00	50	81	58.34	8.06	55.57	61.11	$U= 289.0$ *
Comportamento Delinquente	Feminino	54.00	50	67	54.74	4.86	52.64	56.84	$U= 583.0$ *
Comportamento Agressivo	Masculino	60.00	50	81	60.31	8.03	57.56	63.07	
	Feminino	57.00	50	72	57.13	5.79	54.63	59.63	$U= 467.5$
Outros Problemas ¹	Masculino	60.00	50	90	59.83	8.65	56.86	62.80	
	Feminino	5.00	1	10	4.87	2.47	3.80	5.94	$U= 452.5$
	Masculino	5.00	0	10	5.20	2.13	4.47	5.93	

Nota. Sexo Feminino: $n = 23$; Sexo Masculino: $n = 35$.

¹ Valores apresentados correspondem a Resultados Brutos.

* $p < .05$; ** $p < .01$

Relação entre Psicopatologia da Personalidade e Problemas Comportamentais

Na análise das associações entre a psicopatologia da personalidade conforme indicada pelas escalas PSY-5 e os problemas de comportamento autoavaliados e expressos pelas escalas YSR, repetindo a organização das análises prévias, irá abordar-se primeiro a amostra global, seguindo para a análise entre as subamostras de adolescentes com queixa clínica e de adolescentes em contexto institucional e, finalmente, para uma análise por sexos.

Na amostra global, AGGR está associada a psicopatologia geral, como se vê pela correlação com TP. Também está moderadamente associada a comportamentos de externalização, especialmente a comportamentos agressivos, mas também comportamentos disruptivos (ver tabela 15).

PSYC esteve associada a psicopatologia de maneira global. Identificaram-se correlações transversais às escalas de internalização, em todas as suas escalas, e externalização, especialmente na vertente agressiva. Também se correlacionou com dificuldades de natureza social e com problemas de pensamento.

Quanto a DISC, esteve moderadamente associada a psicopatologia geral. Identificaram-se associações com escalas ligadas a psicopatologia de externalização, sendo estas mais fortes com escalas ligadas a ação disruptiva, em vez de ação violenta, como se vê pela associação mais forte com CD do que CA.

NEGE esteve moderadamente associada a psicopatologia geral. Identificaram-se associações a escalas de psicopatologia de internalização, especialmente sofrimento

emocional, e também com escalas ligadas a dificuldades sociais, perturbação de pensamento e de maneira fraca com problemas de atenção.

INTR não esteve associada a psicopatologia geral, mas correlacionou-se moderadamente com escalas de psicopatologia de internalização, especificamente as referentes a sofrimento interno e isolamento social, A/D e I/D, respetivamente. Também se identificou uma correlação moderada com PS, uma escala referente a dificuldades sociais.

Todas as correlações significativas entre as escalas PSY-5 e do YSR foram positivas, o que sugere que psicopatologia da personalidade estão ligados a comportamentos desadaptativos.

Tabela 15

Correlações entre as Escalas PSY-5 do MMPI-A e as Escalas do YSR para a Amostra Global

	TP	I	E	A/D	I/D	QS	PS	PP	PA	CD	CA	OP
AGGR	.410**	.227	.581**	.217	.136	.039	.067	.275*	.062	.371**	.618**	.134
PSYC	.494**	.401**	.359**	.478**	.369**	.326*	.432**	.432**	.144	.257	.402**	.321*
DISC	.371**	.102	.608**	.023	.008	-.022	.063	.218	-.022	.699**	.473**	.273*
NEGE	.552**	.600**	.172	.740**	.366**	.446**	.536**	.455**	.396**	.059	.199	.177
INTR	.175	.337**	-.215	.346**	.361**	.228	.331*	.251	.197	-.214	-.131	-.126

Nota. N= 58.

AGGR= Agressividade; PSYC= Psicoticismo; DISC= Desconstrangimento; NEGE= Emocionalidade Negativa/Neuroticismo; INTR= Baixa Emocionalidade Positiva/Introversão; TP= Total de Problemas; I= Internalização; E= Externalização; A/D= Ansiedade/Depressão; I/D= Isolamento/Depressão; QS= Queixas Somáticas; PS= Problemas Sociais; PP= Problemas de Pensamento; PA= Problemas de Atenção; CD= Comportamento Delinvente; CA= Comportamento Agressivo; OP= Outros Problemas.

* $p < .05$; ** $p < .01$

Numa análise das subamostras AQC e ACI, identificaram-se correlações nas duas subamostras entre AGGR e as escalas E e CA (ver tabela 16), ligadas a psicopatologia de externalização, por norma violenta. Na subamostra de adolescentes em contexto institucional, esta dimensão estava moderadamente correlacionada com psicopatologia geral, e os comportamentos associados à externalização também englobavam comportamentos

disruptivos, o que sugere que esta dimensão tem uma associação mais generalizada ao funcionamento destes jovens.

Para as duas subamostras, houve correlações entre PSYC e psicopatologia geral, sendo esta correlação mais forte nos adolescentes em contexto institucional. Nos adolescentes com queixa clínica, esta dimensão estava associada a psicopatologia de internalização, especificamente sofrimento emocional e isolamento social, em conjunto com dificuldades a nível social e perturbações do pensamento. Nos adolescentes em contexto institucional, esta dimensão correlacionava-se com psicopatologia de externalização, com comportamentos disruptivos e violentos, bem como perturbações do pensamento e dificuldades sociais. Ainda nesta subamostra, encontrou-se uma associação desta dimensão a problemas diversos, que não integram um síndrome próprio, indicados na escala OP.

Quanto à dimensão DISC, esta teve associações diferentes entre subamostras. Nos adolescentes com queixa clínica, estava associada a comportamentos disruptivos. Nos adolescentes em contexto institucional, associava-se a psicopatologia geral, a psicopatologia de externalização, de tipo disruptivo e violento. Nesta subamostra, encontrou-se uma associação entre esta dimensão e problemas diversos que não integram um síndrome próprio, indicados na escala OP.

Nas duas subamostras, a dimensão NEGE estava associada a psicopatologia geral, com correlações a escalas ligadas a sofrimento emocional. Para os adolescentes com queixa clínica, esta dimensão teve associações de maior magnitude e a mais escalas, resultando em associações transversais a psicopatologia de internalização ou de externalização, e dificuldades de natureza social, do pensamento e da atenção.

Para os adolescentes com queixa clínica, as escalas mais associadas à dimensão INTR estavam ligadas a patologia de internalização, com sofrimento emocional e evitamento social, bem como perturbações do pensamento. Não se identificaram correlações com INTR nos adolescentes em contexto institucional, o que sugere que psicopatologia da personalidade deste domínio não tem associações significativas com o comportamento dos participantes.

Tabela 16

Correlações entre as Escalas PSY-5 do MMPI-A e as Escalas do Youth Self-Report para cada subamostra

Adolescentes com Queixa Clínica (n = 30)												
PSY-5	TP	I	E	A/D	I/D	QS	PS	PP	PA	CD	CA	OP
AGGR	.282	.211	.479**	.142	.175	.100	.115	.326	-.011	.247	.596**	-.005
PSYC	.434*	.444*	.327	.530**	.452*	.358	.406*	.420*	.045	.225	.372*	.188
DISC	.267	.131	.306	.012	-.017	.131	.135	.258	.157	.388*	.283	.218
NEGE	.690**	.675**	.442*	.779**	.551**	.485**	.476**	.578**	.434*	.377*	.324	.230
INTR	.251	.413*	-.310	.518**	.479**	.186	.525**	.367*	.199	-.350	-.060	-.215
Adolescentes em Contexto Institucional (n = 28)												
PSY-5	TP	I	E	A/D	I/D	QS	PS	PP	PA	CD	CA	OP
AGGR	.526**	.253	.643**	.355	.149	-.061	.108	.191	.245	.437*	.614**	.173
PSYC	.606**	.348	.593**	.375*	.269	.239	.400*	.435*	.217	.532**	.506**	.557**
DISC	.591**	.239	.766**	.254	.082	.037	.267	.259	.265	.735**	.599**	.411*
NEGE	.447*	.377*	.266	.606**	.139	.147	.477*	.291	.147	.130	.295	.244
INTR	.131	.267	-.059	.066	.144	.368	.127	.092	.178	.058	-.113	.085

Nota. AGGR= Agressividade; PSYC= Psicoticismo; DISC= Desconstrangimento; NEGE= Emocionalidade Negativa/Neuroticismo; INTR= Baixa Emocionalidade Positiva/Introversão; TP= Total de Problemas; I= Internalização; E= Externalização; A/D= Ansiedade/Depressão; I/D= Isolamento/Depressão; QS= Queixas Somáticas; PS= Problemas Sociais; PP= Problemas de Pensamento; PA= Problemas de Atenção; CD= Comportamento Delinquente; CA= Comportamento Agressivo; OP= Outros Problemas.

* $p < .05$; ** $p < .01$

Numa análise por sexos, para as raparigas, a dimensão AGGR estava associada a psicopatologia de externalização, especialmente a comportamentos agressivos, mas também a comportamentos delinquentes (ver tabela 17). Para os rapazes, AGGR estava correlacionada com psicopatologia geral e psicopatologia de externalização, especialmente comportamentos violentos, mas também com escalas ligadas a sofrimento emocional e perturbações do pensamento.

Para os dois sexos, há correlações entre PSYC e psicopatologia geral e também com perturbações do pensamento. Para as raparigas, esta dimensão associa-se a psicopatologia de externalização e internalização, especialmente com escalas de sofrimento emocional, isolamento e dificuldades sociais e escalas ligadas a um desejo por dominância. Para os rapazes, esta dimensão está associada a psicopatologia de externalização, em comportamentos quer disruptivos, quer agressivos.

Quanto à dimensão DISC, identificaram-se correlações nos dois sexos com psicopatologia geral, e comportamentos disruptivos. Nos participantes de sexo feminino, também se identificou uma correlação com psicopatologia de internalização. Nos participantes de sexo masculino, a dimensão associa-se a psicopatologia de externalização, com comportamentos disruptivos e violentos, bem como perturbações do pensamento e sofrimento emocional.

NEGE correlacionou-se com escalas ligadas a psicopatologia geral, psicopatologia de internalização, especificamente sofrimento emocional e perturbações sociais e de pensamento, para os dois sexos. Adicionalmente, para o sexo feminino, a dimensão teve associações mais generalizadas, com correlações com psicopatologia de externalização, isolamento social, somatização, e com outros problemas que não integraram um síndrome próprio.

Para a amostra feminina, a dimensão INTR correlacionou-se com escalas ligadas a psicopatologia geral, e de psicopatologia de internalização, especialmente a nível de sofrimento emocional, mas também com escalas ligadas a problemas sociais e de pensamento. A análise estatística não identificou escalas do YSR correlacionadas com INTR na subamostra masculina.

Tabela 17

Correlações entre as Escalas PSY-5 do MMPI-A e as Escalas do Youth Self-Report por sexo

Sexo Feminino (n = 23)												
PSY-5	TP	I	E	A/D	I/D	QS	PS	PP	PA	CD	CA	OP
AGGR	.223	.180	.645**	.115	.198	.036	.040	.202	-.160	.454*	.708**	.034
PSYC	.538**	.494*	.428*	.559**	.530**	.354	.568**	.485*	.124	.213	.494*	.370
DISC	.472*	.421*	.398	.313	.222	.396	.331	.388	.106	.523*	.240	.262
NEGE	.692**	.693**	.440*	.771**	.641**	.511*	.560**	.564**	.385	.412	.259	.544**
INTR	.463*	.492*	-.198	.586**	.624**	.317	.614**	.484*	.395	-.293	-.127	.042
Sexo Masculino (n = 23)												
PSY-5	TP	I	E	A/D	I/D	QS	PS	PP	PA	CD	CA	OP
AGGR	.528**	.305	.495**	.389*	.084	.178	.057	.342*	.264	.281	.534**	.199
PSYC	.410*	.263	.396*	.334*	.139	.262	.218	.407*	.161	.365*	.362*	.351*
DISC	.644**	.326	.718**	.398*	.087	.219	.153	.496**	.214	.634**	.623**	.371*
NEGE	.419*	.394*	.276	.662**	.001	.179	.397*	.371*	.306	.163	.298	.082
INTR	-.114	.182	-.159	.025	.147	.120	.076	.039	.018	-.113	-.098	-.275

Nota. AGGR= Agressividade; PSYC= Psicoticismo; DISC= Desconstrangimento; NEGE= Emocionalidade Negativa/Neuroticismo; INTR= Baixa Emocionalidade Positiva/Introversão; TP= Total de Problemas; I= Internalização; E= Externalização; A/D= Ansiedade/Depressão; I/D= Isolamento/Depressão; QS= Queixas Somáticas; PS= Problemas Sociais; PP= Problemas de Pensamento; PA= Problemas de Atenção; CD= Comportamento Delinquente; CA= Comportamento Agressivo; OP= Outros Problemas.

* $p < .005$; ** $p < .01$

Discussão de Resultados

O objetivo que orientou esta investigação foi o de caracterizar as alterações psicopatológicas da personalidade e os seus correlatos, ao nível comportamental, em adolescentes com problemática clínica.

Procurou-se explorar, na amostra global, bem como nas subamostras de adolescentes com queixa clínica e adolescentes em contexto institucional, as alterações psicopatológicas da personalidade – estudados através das escalas PSY-5 do MMPI-A – e a sua associação aos comportamentos inadaptativos dos adolescentes – estudados através do YSR, isto é, o Questionário de Auto-Avaliação para Jovens. Procurou-se, ainda, compreender como variáveis sociodemográficas sexo, idade e escolaridade dos participantes estarão ligadas às dificuldades já mencionadas.

Assim, neste capítulo, serão primeiro discutidas as alterações psicopatológicas da personalidade, para a amostra global, para as subamostras já referidas e para cada sexo, seguidos da discussão dos comportamentos inadaptativos, e, por fim, uma análise das associações entre as alterações da personalidade e os problemas do comportamento.

Relativamente às alterações da Personalidade, a amostra clínica apresentou resultados sugestivos da presença de alterações psicopatológicas da personalidade. Apesar da heterogeneidade da amostra, verificam-se valores médios elevados nas cinco escalas analisadas (AGGR, PSYC, DISC, NEGE e INTR), o que sugere: tendência ao uso da agressividade para obter domínio sobre outros; a possibilidade de comprometimento do teste da realidade ou de viver experiências sensoriais bizarras; participação em comportamentos de risco e de maior impulsividade; maior vivência de emoções negativas como culpa, ansiedade, tristeza e vergonha; e tendência a sentir menos emoções positivas, bem como menor prazer em experiências sociais.

Considerando as 2 subamostras de adolescentes, verificou-se que os adolescentes com queixa clínica apresentam maior vivência de emoções negativas como ansiedade, culpa e tristeza. Por outro lado, os adolescentes que residem em contexto institucional apresentam um grau elevado de impulsividade, tendência à quebra de regras e menor aversão ao risco. As restantes dimensões PSY-5 não demonstraram variações significativas entre as duas subamostras.

Não se verificaram diferenças significativas associadas à idade, mas algumas atribuíveis ao sexo dos participantes, com os rapazes a apresentar um maior grau de descontrolo

comportamental e as raparigas uma maior tendência à vivência de emoções negativas. Estes resultados não são inesperados visto que, na literatura, foram identificados padrões diferenciados no desenvolvimento, em que rapazes tendem a demonstrar menor regulação comportamental e raparigas mais sentimentos depressivos (Abad et al., 2002; Zahn-Waxler et al., 2008). Nas restantes dimensões, não se identificaram diferenças significativas entre os dois sexos.

Relativamente à escolaridade, identificaram-se associações negativas com o descontrolo comportamental e positivas com a vivência de emoções negativas. Isto sugere que adolescentes de uma amostra clínica em anos de escolaridade mais avançados tendem a ter menor descontrolo comportamental, mas maior vivência de emoções negativas, como a culpa, vergonha e ansiedade.

Quando se analisaram as subamostras separadamente, não foram identificadas correlações entre psicopatologia da personalidade e a escolaridade nos adolescentes com queixa clínica. Já nos adolescentes em contexto institucional, identificou-se uma correlação moderada e negativa entre a escolaridade e o descontrolo comportamental. Estes resultados indicam que neste último grupo, anos mais avançados de escolaridade estarão associados a menor desconstrangimento. A capacidade de regulação emocional e comportamental é um recurso importante para superar os desafios na escola (Horn et al., 2011; Wills et al., 2011) e enquanto os adolescentes com queixa clínica não apresentam níveis tão elevados de desconstrangimento para este ter uma associação significativa ao insucesso escolar, o mesmo não se verificou nos adolescentes em contexto institucional.

Relativamente aos comportamentos-problema reportados, os valores médios dos resultados dos adolescentes da amostra clínica estão em níveis *borderline* nas escalas referentes a psicopatologia geral e psicopatologia de internalização e normativos nas restantes escalas. Isto sugere que os adolescentes apresentaram queixas sugestivas da necessidade de atenção clínica, especialmente a nível de psicopatologia de internalização.

As dificuldades relatadas pelos adolescentes com queixa clínica e adolescentes em contexto institucional apresentaram diferenças significativamente estatísticas: o primeiro grupo relata mais comportamentos de psicopatologia de externalização (de natureza violenta e não violenta); já o segundo mostra mais prevalência de queixas de dificuldades de atenção.

Quanto à variação dos comportamentos relatados entre os sexos, as raparigas tiveram mais queixas ligadas a psicopatologia de internalização, sofrimento emocional, queixas somáticas e problemas de atenção. Por outro lado, os rapazes tiveram mais queixas ligadas a comportamentos delinquentes. Estes resultados seguem o esperado na literatura onde foi encontrada maior incidência de psicopatologia de internalização em raparigas e de psicopatologia de externalização em rapazes (Campos et al., 2014; Rescorla et al., 2007; Rodrigues et al., 2019).

Globalmente, a idade estava negativamente associada a mais queixas de problemas de pensamentos, o que indica que estes problemas tendem a reduzir ao longo do crescimento. Não se identificaram associações entre a idade e alterações do comportamento na subamostra de adolescentes com queixa clínica. Na subamostra de adolescentes em contexto institucional, a idade associou-se negativamente a comportamentos delinquentes, o que sugere que, com o aumento da idade, comportamentos delinquentes tendem a reduzir, um resultado apoiado pela literatura (Lima et al., 2011; Rescorla et al., 2007).

Relativamente à escolaridade, na amostra total, apenas se identificou uma associação negativa nas dificuldades ligadas a psicopatologia de externalização. Assim, adolescentes em anos escolares mais avançados relataram menos comportamentos ligados a psicopatologia de externalização. Não se identificaram associações entre o escolaridade e alterações do comportamento na subamostra de adolescentes com queixa clínica. Na subamostra de adolescentes em contexto institucional, a escolaridade associou-se negativamente a comportamentos delinquentes.

A nível da relação entre as alterações da personalidade e os problemas de comportamento reportados na amostra clínica, o presente estudo identificou uma relação entre alterações a nível da Agressividade e comportamentos de externalização, por norma violentos. Esta relação, já identificada na literatura, demonstra que estas alterações de personalidade, que englobam uma visão grandiosa de si e desejo de poder e de domínio social, se associam a um uso instrumental da agressividade, através de comportamentos desafiantes e de intimidação, bem como o recurso a ameaça ou uso da força física.

Quanto ao grau de alheamento da realidade, esteve globalmente associado a uma variedade de queixas e comportamentos transversais a psicopatologia de internalização e externalização – englobando queixas de sofrimento emocional, isolamento social, pensamentos e comportamentos bizarros e comportamentos agressivos. Estas alterações da personalidade

revelaram-se mais associadas a queixas de sofrimento emocional do que de problemas de pensamento. Os resultados observados no estudo presente diferenciam-se das associações normalmente identificadas na literatura: os estudos passados identificaram associações entre este tipo de alterações da personalidade, alucinações e funcionamento psicótico (McNulty et al., 1997; Veltri et al., 2009). Os resultados do estudo presente sugerem que esta dimensão tem uma associação mais generalizada ao funcionamento do indivíduo, para além do descrito na literatura. Esta divergência dos resultados com estudos passados poderá estar ligada à natureza do YSR como medida de autoavaliação, enquanto os estudos referidos usaram medidas de heteroavaliação, que pode significar que, por um lado, o YSR deteta dificuldades menos facilmente observadas ou, por outro lado, que as dificuldades identificadas pelos jovens poderão não refletir diretamente a natureza da sua psicopatologia.

No estudo presente, foram identificadas associações fortes entre psicopatologia da personalidade relativa a descontrolo comportamental e comportamentos de externalização, de tipo não violento, e também, de menor magnitude, com comportamentos agressivos. Esta dimensão de psicopatologia da personalidade inclui impulsividade, a tendência a comportamentos de risco e a procura de emoções fortes e, na literatura (McNulty et al., 1997; Veltri et al., 2009, 2014), está associada a consumo de substâncias, quebra de regras e comportamentos disruptivos, o que é consistente com os resultados do presente estudo.

Alterações psicopatológicas da personalidade associados a maior vivência de emoções negativas estiveram fortemente associadas a psicopatologia de internalização, especialmente sofrimento emocional, e também a isolamento social, queixas somáticas, problemas do pensamento e dificuldades de atenção. Estes resultados são parcialmente divergentes dos resultados de investigações prévias, que associavam alterações da personalidade deste tipo a comportamentos de internalização e isolamento social (Carvalho & Novo, 2014; McNulty et al., 1997; Veltri et al., 2009), mas não a problemas de pensamento nem de atenção. Como já referido, esta divergência poderá estar associada à natureza do YSR como instrumento de autoavaliação, enquanto os estudos referidos usaram instrumentos de heteroavaliação, e as queixas reportadas pelos adolescentes poderão divergir da sintomatologia observada pelos profissionais que os avaliam.

Quanto à introversão, estava globalmente ligada a psicopatologia de internalização, sofrimento emocional e isolamento social. Estes dados são consistentes com as identificadas em estudos passados (Carvalho & Novo, 2014; McNulty et al., 1997; Spencer, 2021; Veltri et al., 2009), e

são coerentes com a definição teórica da escala que engloba dificuldades em obter prazer das relações interpessoais e pouca motivação para tentar atingir objetivos estabelecidos.

Nas duas subamostras, identificaram-se associações entre alterações psicopatológicas da personalidade ao nível da Agressividade e comportamentos de externalização, especialmente de natureza violenta. No entanto, em adolescentes em contexto institucional, estas eram mais fortes e também se identificaram correlações a comportamentos de externalização não violentos. O efeito identificado nos adolescentes em contexto institucional poderá estar por trás da tendência de jovens em cuidado residencial a apresentar mais comportamentos ligados a psicopatologia de externalização, comparativamente com outras amostras clínicas (Rodrigues et al., 2019).

Quanto ao grau de alheamento da realidade, esteve associado, nas duas subamostras, a perturbações do pensamento, sofrimento emocional, dificuldades sociais e comportamentos agressivos. Nos adolescentes com queixa clínica, identificaram-se correlações de maior magnitude com sofrimento emocional e com isolamento social e de menor magnitude com comportamentos agressivos, o que resultou num quadro de psicopatologia de internalização. Nos adolescentes em contexto institucional, ocorreu o inverso: as correlações com comportamentos agressivos e comportamentos delinquentes foram de maior magnitude, e a correlação com sofrimento emocional foi de menor magnitude, o que resultou num quadro de psicopatologia de externalização. Isto indica que, entre adolescentes em contexto institucional e com queixa clínica, alterações da personalidade desta natureza levam a dificuldades relatadas de naturezas diferentes. Este efeito entre diferentes amostras não foi reportado noutros estudos com as escalas PSY-5 do MMPI-A.

As duas subamostras apresentaram correlações entre o descontrolo comportamental e comportamentos disruptivos não violentos. Em adolescentes em contexto institucional, também se identificaram associações com psicopatologia de externalização e comportamentos agressivos. Isto sugere que esta dimensão tem uma influência mais generalizada no funcionamento destes jovens, o que é esperado, dados os resultados mais elevados nesta dimensão.

Relativamente a alterações da personalidade associadas à maior vivência de emoções negativas, nas duas subamostras identificaram-se associações com psicopatologia de internalização, especialmente com sofrimento emocional, e isolamento social. Em adolescentes com queixa clínica, estas associações tiveram maior magnitude e uma natureza mais

transversal, com correlações adicionais com psicopatologia de externalização e com perturbações do pensamento e da atenção. Isto sugere que esta dimensão tem uma influência mais generalizada no funcionamento destes jovens, levando até a comportamentos de externalização.

Finalmente, olhando para alterações da personalidade associadas a introversão, em adolescentes com queixa clínica, identificaram-se associações a psicopatologia de internalização e isolamento social e, de maneira fraca, a perturbações do pensamento. Estas associações são consistentes com as identificadas em estudos passados (Carvalho & Novo, 2014; McNulty et al., 1997; Spencer, 2021; Veltri et al., 2009), e coerentes com a definição teórica da escala, que engloba dificuldades em tirar prazer de interações sociais, que levam a isolamento social, e falta de motivação para realizar tarefas e tentar atingir objetivos, queixas típicas em psicopatologia de internalização. Em adolescentes em contexto institucional, não se identificaram correlações significativas com esta dimensão. Estes resultados sugerem que, em adolescentes em contexto institucional, esta dimensão não está tão associada às dificuldades relatadas. Esta diferença entre subamostras é inesperada: por um lado por não surgir em estudos prévios, e por outro por ambas terem valores médios semelhantes, pelo que se esperava um impacto semelhante destas alterações no funcionamento jovens, o que não se verificou.

O estudo presente permitiu avançar o conhecimento sobre as alterações psicopatológicas da personalidade e as associações que apresentam com comportamentos-problema identificados por adolescentes de uma amostra clínica. Algumas destas associações já tinham sido identificadas previamente, e algumas não tinham sido identificadas em estudos passados.

No entanto, o estudo apresentou algumas limitações, nomeadamente a nível da amostra recolhida, que, pela sua dimensão reduzida, levou ao uso de procedimentos não-paramétricos, que reduziram as conclusões que se puderam retirar dos dados. Adicionalmente, as subamostras de adolescentes em contexto institucional e com queixa clínica também apresentaram distribuições assimétricas de sexo, o que significa que diferenças nos resultados de um dos grupos poderá na verdade estar associada a esta assimetria.

Seria importante a realização de estudos futuros com amostras maiores, capazes de superar as limitações referidas. Também se considera importante realização de um estudo que combine medidas de auto e heteroavaliação de comportamentos, na associação com alterações

psicopatológicas da personalidade. Deste modo, seria possível uma melhor compreensão dos resultados divergentes da investigação presente quanto à literatura, para esclarecer o impacto da diferente metodologia utilizada. Finalmente, qualquer estudo que aborde temas de desenvolvimento beneficia com o uso de metodologia longitudinal, e na área da psicopatologia do desenvolvimento há uma grande falta de estudos com este tipo de análise, que seriam importantes para permitir a análise de relações de causalidade.

Referências

- Abad, J., Forns, M., & Gómez, J. (2002). Emotional and behavioral problems as measured by the YSR: Gender and age differences in Spanish adolescents. *European Journal of Psychological Assessment, 18*, 149–157. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.18.2.157>
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V. S., Machado, B. C., Gonçalves, M. (2014). *Manual do Sistema de Avaliação empiricamente validado (ASEBA) para o Período Pré-Escolar e Escolar: Um Sistema Integrado de Avaliação com Múltiplos Informadores*. Psiquilíbrios Edições.
- Archer, R. (2005). *MMPI-A: Assessing Adolescent Psychopathology Third Edition* (3rd ed.). Routledge.
- Blakemore, S. J. (2012). Imaging brain development: The adolescent brain. *NeuroImage, 61*(2), 397–406. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.11.080>
- Block, J. H., Gjerde, P. E., & Block, J. H. (1991). Personality Antecedents of Depressive Tendencies in 18-Year-Olds: A Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(5), 726–738.
- Butcher, J. N., Williams, C. L., Graham, J. R., Archer, R. P., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., Kaemmer, B. (1992). *Minnesota multiphasic personality inventory—A (MMPI-A): Manual for administration, scoring and interpretation*. University of Minnesota Press.
- Campos, R. C., Besser, A., Morgado, C., & Blatt, S. J. (2014). Self-criticism, dependency, and adolescents' externalising and internalising problems. *Clinical Psychologist, 18*(1), 21–32. <https://doi.org/10.1111/cp.12024>
- Carvalho, R. G., & Novo, R. F. (2014). The relationship between structural dimensions of personality and school life in adolescence. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 27*(2), 368–376. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427218>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). The Five-Factor Model of Personality and Its Relevance to Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders, 6*(4), 343–359. <https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.4.343>

- Costello, E. J., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*(10), 1015–1025. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x>
- Hakulinen, C., Jokela, M., Kivimaki, M., & Elovainio, M. (2020). Personality Traits and Mental Disorders. In P. Corr & G. Matthews (Eds.), *The Cambridge Handbook of Personality Psychology* (2nd ed.). Cambridge University Press.
- Harkness, A. R., Finn, J. A., McNulty, J. L., & Shields, S. M. (2012). The personality psychopathology-five (PSY-5): Recent constructive replication and assessment literature review. *Psychological Assessment*, *24*(2), 432–443. <https://doi.org/10.1037/a0025830>
- Harter, S. (1999). *The Construction of the Self: A Developmental Perspective* (pp. 59–88). The Guilford Press.
- Hopwood, C. J., Wright, A. G. C., & Bleidorn, W. (2022). Person–environment transactions differentiate personality and psychopathology. *Nature Reviews Psychology*, *1*(1), 55–63. <https://doi.org/10.1038/s44159-021-00004-0>
- Horn, A. B., Pössel, P., & Hautzinger, M. (2011). Promoting adaptive emotion regulation and coping in adolescence: A school-based programme. *Journal of Health Psychology*, *16*(2), 258–273. <https://doi.org/10.1177/1359105310372814>
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “Big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *136*(5), 768–821. <https://doi.org/10.1037/a0020327>
- Kotov, R., Waszczuk, M. A., Krueger, R. F., Forbes, M. K., Watson, D., Clark, L. A., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Ivanova, M. Y., Michael Bagby, R., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Moffitt, T. E., Eaton, N. R., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Zimmerman, M. (2017). The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, *126*(4), 454–477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>

- Lima, V. S., Dias, P., Carneiro, A., Machado, B. C., Xavier, M. R., & Veríssimo, L. (2011). *Utilização da bateria ASEBA na avaliação da psicopatologia em crianças e adolescentes.*
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 27*(2), 101–114. <https://doi.org/10.1007/s10862-005-5384-y>
- McAdams, D. P. (2013). The Psychological Self as Actor, Agent, and Author. *Perspectives on Psychological Science, 8*(3), 272–295. <https://doi.org/10.1177/1745691612464657>
- McNulty, J. L., Harkness, A. R., & Williams, C. L. (1997). Assessing the Personality Psychopathology Five (PSY-5) in Adolescents: New MMPI-A Scales. In *Psychological Assessment 9* (3), 250.
- Morris, L., & Mansell, W. (2018). A systematic review of the relationship between rigidity/flexibility and transdiagnostic cognitive and behavioral processes that maintain psychopathology. *Journal of Experimental Psychopathology, 9*(3). <https://doi.org/10.1177/2043808718779431>
- Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., Bird, H., Chen, W., Dobrean, A., Döpfner, M., Erol, N., Fombonne, E., Fonseca, A., Frigerio, A., Grietens, H., Hannesdottir, H., Kanbayashi, Y., Lambert, M., Larsson, B. O., ... Verhulst, F. (2007). Behavioral and Emotional Problems Reported by Parents of Children Ages 6 to 16 in 31 Societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 15*(3), 130–142. <https://doi.org/10.1177/10634266070150030101>
- Roberts, B. W., Walton, K. E., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 132*(1), 1–25. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.1>
- Rodrigues, S., Barbosa-Ducharne, M., del Valle, J. F., & Campos, J. (2019). Psychological Adjustment of Adolescents in Residential Care: Comparative Analysis of Youth Self-Report/Strengths and Difficulties Questionnaire. *Child and Adolescent Social Work Journal, 36*, 247–258. <https://doi.org/10.1007/s10560-019-00614-x>

- Sellbom, M., & Jarrett, M. A. (2014). Conceptualizing youth BPD within an MMPI-A framework. In *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents* (pp. 65–79). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0591-1_6
- Shiner, R., & Caspi, A. (2003). Personality differences in childhood and adolescence: measurement, development, and consequences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*(1), 2-32.
- Specht, J., Egloff, B., & Schmukle, S. C. (2011). Stability and Change of Personality Across the Life Course: The Impact of Age and Major Life Events on Mean-Level and Rank-Order Stability of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, *101*(4), 862–882. <https://doi.org/10.1037/a0024950>
- Spencer, S. E. (2021). *Personality Psychopathology Five (PSY-5) Traits and their Relationship to Suicidal Behaviors in an Adolescent Inpatient Population* [Doctoral dissertation]. Pace University.
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (1995). *Adolescent Psychology: A Developmental View* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Veltri, C. O. C., Graham, J. R., Sellbom, M., Ben-Porath, Y. S., Forbey, J. D., O’Connell, C., Rogers, R., & White, R. S. (2009). Correlates of MMPI-A scales in acute psychiatric and forensic samples. *Journal of Personality Assessment*, *91*(3), 288–300. <https://doi.org/10.1080/00223890902794374>
- Veltri, C. O. C., Sellbom, M., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Forbey, J. D., & White, R. S. (2014). Distinguishing personality psychopathology Five (PSY-5) characteristics associated with violent and nonviolent juvenile delinquency. *Journal of Personality Assessment*, *96*(2), 158–165. <https://doi.org/10.1080/00223891.2013.843539>
- Wills, T. A., Pokhrel, P., Morehouse, E., & Fenster, B. (2011). Behavioral and Emotional Regulation and Adolescent Substance Use Problems: A Test of Moderation Effects in a Dual-Process Model. *Psychology of Addictive Behaviors*, *25*(2), 279–292. <https://doi.org/10.1037/a0022870>

Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 4*, 275–303. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091358>