

Discrepâncias do Eu: Diferenças estruturais entre as populações não-clínica e clínica avaliadas com o MCMI-II

Ângela Brandão*; António Branco Vasco**

* Psicóloga no Hospital CUF Infante Santo, Membro da Society of Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI); angela.brandao@mail.telepac.pt

** Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Membro da Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI)

Resumo:

A presente investigação aborda a personalidade como estrutura complexa e dinâmica. Relaciona a teoria das discrepâncias do Eu com a teoria de personalidade de Millon. A teoria das discrepâncias do Eu prevê que as discrepâncias com o Eu Ideal e com o Eu Obrigatório estão na base de distintas emoções negativas. A teoria de personalidade de Millon é uma teoria biopsicosocial que salienta a circularidade da interação entre o organismo, o ambiente e a aprendizagem social. O presente estudo avalia as discrepâncias entre o Eu Real (ER), o Eu Ideal (EI) e o Eu Obrigatório (EO), utilizando Millon Clinical Multiaxial Inventory-II em duas amostras distintas (não-clínica e clínica). Os resultados distinguem os ERs das duas amostras, e foram analisados escala a escala. Os resultados das discrepâncias ER-EI e ER-EO, para cada escala de traço analisados foram mistos. Foi dada maior ênfase às discrepâncias ER-EI, e foram consideradas as implicações deste estudo para as teorias de personalidade e conceptualização de caso.

Palavras-chave: Discrepâncias do Eu; Personalidade; MCMI; Emoção; Motivação; Psicoterapia.

Self-discrepancy: Structural differences between clinical and non-clinical populations evaluated with MCMI-II

Abstract:

The present research explores personality as a complex and dynamic structure.

Relates self-discrepancy theory and Millon's personality theory. Self-discrepancy theory predicts that Ideal and Ought discrepancies origin different negative emotions. Millon's biopsychosocial theory emphasizes the interaction between organism, environment, and social learning, making salient the circularity of interaction. The present study refers to the Real-Self (RS), Ideal-Self (IS) and Ought-Self (OS) discrepancies, evaluated using the MCMI-II in two different samples (clinical and non-clinical). The RSs results are differentiate in the two samples, and they were analyzed scale by scale. The RS-IS and RS-OS discrepancies results for each trait scale analyzed were mixed. It was given greater emphasis to RS-RI discrepancies, and implications for personality theories and case conceptualization are taken into consideration.

Key-words: Self-discrepancies; Personality; MCMI; Emotion; Motivation; Psychotherapy.

O self ou Eu consiste numa estrutura cognitiva que permite que a pessoa pense de forma consciente sobre si própria, auto-reflexão. Durante este processo, os indivíduos desenvolvem representações dos seus atributos, o que se tem denominado como o auto-conceito real¹. O auto-conceito é utilizado como uma teoria para interpretar as experiências, que inclui hipóteses sobre como são as pessoas, e cujas reflexões não se limitam a atributos constatáveis por

factos². A auto-estima consiste portanto, nas avaliações realizadas que se exprimem em atitudes de aprovação ou desaprovação face ao próprio, e em sentimentos face a essas crenças². A estas avaliações do auto-conceito real, ou Eu Real (ER), realizadas em função das representações que o indivíduo construiu sobre o que deseja ser ou sentir, ou sobre o que a pessoa considera que deveria ser, tem-se atribuído a denominação de Eu Ideal³.

A *Teoria das Discrepâncias do Eu ou Self Discrepancies Theory* (SDT) é um modelo que aborda as relações entre o Eu e o afecto, salientando os determinantes desenvolvimentistas e cognitivos do auto-conceito, da auto-regulação e da auto-avaliação^{4,5,1,6}. A SDT providência uma estrutura ou esquema conceptual, que permite a compreensão do desenvolvimento e estrutura das representações dos estados do Eu, e das consequências relativas à congruência e discrepância entre estes estados^{4,6,1}.

Esta teoria faz a distinção entre três domínios do Eu: o Actual Self ou Eu Percebido – EA, constituído pela representação dos atributos que a pessoa (ou um outro significativo), acredita que tem ou que realmente possui; o Eu Ideal – EI constituído pela representação dos atributos que a pessoa (ou um outro significativo), gostaria de possuir; e o Eu Obrigatório – EO, constituído pela representação dos atributos que a pessoa (ou um outro significativo), acredita que deve possuir^{4,1,6}. Segundo Moretti & Higgins¹, o EA coincide com o auto-conceito, enquanto

que as representações dos estados do Eu, o EI e o EO, são padrões auto-avaliativos ou orientadores do Eu. Os resultados empíricos dos estudos realizados utilizando a SDT, têm apontado para a real existência de dois orientadores do Eu, o das aspirações e desejos, o EI, e o das obrigações e deveres, o EO, que se relacionam com emoções e comportamentos diferentes, sendo que o papel que desempenham é susceptível de ser modificado por factores distintos⁷.

A premissa central da SDT é que os indivíduos experienciam perturbação psicológica quando sentem o seu EA substancialmente discrepante dos seus orientadores¹. Portanto, a percepção do indivíduo sobre as discrepâncias e/ou congruências respeitantes ao estado final desejado, tem um significado emocional e funções motivadoras⁸. Congruências entre EA-EI representam a presença de resultados positivos (proximidade do estado final desejado), enquanto que discrepâncias indicam a ausência de resultados positivos (distância do estado final desejado); por outro lado, congruências entre EA-EO representam a ausência de resultados negativos (proximidade do estado final considerado conveniente/devido), enquanto que discrepâncias indicam a presença de resultados negativos (distância do estado final considerado conveniente/devido)^{7,1}.

Segundo a SDT, discrepâncias crónicas entre o EA-EI estão associadas a emoções relacionadas com a frustração, como o desapontamento,

tristeza e depressão, e discrepâncias crónicas entre o EA-EO estão associadas a emoções de agitação, como a ansiedade e o medo⁵. Estamos, portanto, perante um sistema do Eu, que utiliza os seus orientadores EI e EO, com o objectivo de regulação e avaliação do Eu. A pessoa sente-se motivada a alcançar a maior semelhança possível entre o estado actual do Eu e os seus orientadores⁵. Os padrões e a estrutura dos orientadores do Eu têm um significado motivacional e/ou emocional, a sua estabilidade é mais provável pois o indivíduo sente-se motivado a manter a sua visão global do Eu, e deste modo influencia de forma contínua, consciente e inconsciente, as crenças ou atributos relativos ao Eu actual, e a percepção social e do próprio Eu⁹.

As investigações realizadas em torno da teoria da discrepância do Eu têm sublinhado amplamente a existência de consequências emocionais e comportamentais da congruência e incongruência, entre o estado actual do Eu e o estado final^{10,8,7,11,12,13,14,15,5,16,17,18,19,20,9}. No entanto, vários autores têm chamado a atenção para o facto de que não se pode considerar a existência de relações únicas entre discrepâncias e emoções, ou comportamentos^{8,7,16,18,9}.

No entanto, em termos gerais uma pessoa com elevadas discrepâncias EA/EI, terá um maior grau de conexões estruturais, e tenderá a utilizar o ideal como forma de avaliar o EA, o que a torna vulnerável a períodos de afecto disfórico, este afecto irá

influenciar subsequentes avaliações, mesmo que o standard a ser avaliado não seja o que deu origem ao estado disfórico⁹. O mesmo mecanismo está em jogo no que respeita as congruências entre o EA/EI, a avaliação do Eu promoverá a experiência de sentimentos positivos, de alegria e contentamento, que influenciarão positivamente as avaliações subsequentes. No caso das discrepâncias EA/EO, o mecanismo pelo qual as consequências emocionais e comportamentais se manifestam é semelhante, no entanto, as consequências emocionais são tensão, ansiedade, nervosismo.

Em estudos realizados na população clínica, tem-se verificado a existência de uma correlação positiva entre a perturbação psicológica e o grau global de discrepância do Eu¹. Igualmente, têm-se obtido evidências que apontam no sentido de que as representações das discrepâncias do Eu constituem importantes marcadores de vulnerabilidade¹. Saliênta-se ainda que várias investigações relacionam as discrepâncias do Eu com a auto-estima^{21,1}. Os orientadores do Eu, no fundo, podem conduzir tanto à adaptação do indivíduo como à desadaptação⁶, por outras palavras, o sistema regulatório do Eu pode acabar por desenvolver a perturbação.

Em termos desenvolvimentistas, a origem dos orientadores do Eu é a percepção dos standards parentais, que estão associados a memórias de experiências da infância e estas às características estruturais e afectivas

do sistema regulador^{18,9}. Diferentes formas educativas têm um impacto distinto no desenvolvimento da visão do mundo, e isto reflecte-se nas atitudes e crenças que a criança vai adquirindo ao longo do processo de socialização^{5,22,19,23,9,24}.

As necessidades que a criança possui, de carinho e cuidados, motivam-na a aprender as contingências interpessoais, no seu relacionamento com os pais, com o posterior desenvolvimento, torna-se capaz de identificar comportamentos e atributos relacionados com resultados positivos. Estes são os seus primeiros standards ideais, uma vez estabelecidos poderão ser substituídos por outros novos, mas a tendência para procurar o carinho e o cuidado, em conjunto com a procura de resultados positivos permanece ao longo da socialização⁹. O mesmo mecanismo ocorre com a procura de segurança, os comportamentos e atitudes relacionados com a presença ou ausência de resultados negativos serão os primeiros standards de obrigação, uma vez estabelecida a visão do mundo, mesmo com a mudança de standards, o domínio torna-se estável e persiste ao longo do tempo^{9,24}. Em resumo, Higgings propõe que a SDT possa ser vista como uma teoria desenvolvimentista que relaciona o Eu e o afecto, através dos processos de regulação e avaliação do Eu, portanto, as mudanças ao longo do desenvolvimento das capacidades representacionais da criança produzem mudanças no desenvolvimento deste sistema do Eu^{5,1}.

Como é possível verificar, a SDT aborda elementos críticos para uma teoria de personalidade, pois toda a investigação e conhecimento gerado em torno dela dirige-se aos aspectos fundamentais da estrutura, dinâmica e predisposições do processamento¹. A exploração destes aspectos do funcionamento da personalidade é fundamental para uma maior compreensão dos mecanismos de desenvolvimento e manutenção tanto de personalidades adaptativas como não adaptativas. No entanto, unicamente dois estudos relacionam a SDT com distintas teorias de personalidade. Ambos o fazem com o modelo de personalidade dos cinco factores^{25,26}, que apontam para a existência de uma relação entre as discrepâncias do Eu e a estrutura de personalidade subjacente.

O presente estudo, tentou relacionar a SDT com a teoria de personalidade de Millon. Esta teoria intersecta as áreas da personalidade e da psicopatologia, e permite que os sintomas de um indivíduo sejam relacionados com uma matriz estrutural e de funcionamento alargada²⁷. A personalidade do indivíduo, neste modelo, é definida por um conjunto de traços de personalidade que variam num contínuo entre o normal e o patológico, cujos estilos e padrões são passíveis de serem avaliados e o indivíduo é visto como único e idiossincrático^{28,29}. Millon²⁹, na sua teoria, enfatiza a interacção entre o organismo, seus factores biológicos e constitucionais, com o meio, e a conseqüente aprendizagem social,

salientando a circularidade da interacção, e identificando as características de personalidade que perpetuam as perturbações. Millon realizou um trabalho integrativo de várias teorias, como as teorias piagetianas, neuropsicológicas, da vinculação e da aprendizagem, e apelou na construção da sua teoria à integração dos conhecimentos da psicologia da personalidade ou da psicopatologia, apoiando-se em modelos vários, como os derivados da evolução psicosexual freudiana²⁸.

Por outro lado, este modelo permite a construção de uma taxonomia coerente no domínio do sujeito³⁰, com a vantagem de que esta taxonomia é grandemente sobreponível à taxonomia proposta pela DSM-III, que por sua vez é próxima da DSM-IV (actualmente utilizada). Portanto, esta teoria é consistente com o conhecimento actual, ao nível da taxonomia e do sistema de avaliação, permitindo determinar qual o foco inicial da psicoterapia e desenvolver estratégias de intervenção para o processo terapêutico^{31,30}.

No entanto, tem sido defendida a ideia de que, dado o carácter ideográfico das auto-representações, apenas as medidas ideográficas seriam suficientemente sensíveis para detectar as discrepâncias e capazes de prever a auto-estima, ao contrário do que se conseguiria com as medidas nomotéticas¹. Por este motivo, até á data, a maioria dos estudos realizados em torno das discrepâncias do Eu, têm utilizado o *Selves Questionnaire* que consiste numa medida

ideográfica das representações do Eu. No presente estudo pretende-se relacionar a SDT e o modelo de perturbação de personalidade de Millon, utilizando a medida desenvolvida com base na sua teoria, o MCMI (*Millon Clinical Multiaxial Inventory*).

O MCMI-II, desenvolvido com base na teoria de personalidade de Millon, consiste numa forma nomotética de medir a auto-representação ou Eu Real (ER). Enquanto a denominação Eu Percebido (EA), relaciona-se principalmente com crenças e atributos específicos e contextuais do Eu, e está associada a conceitos derivados da SDT, a denominação Eu Real (ER) relaciona-se com os aspectos mais estruturais do Eu. Portanto, o MCMI-II é um instrumento que permite determinar a presença versus ausência de perturbação de personalidade, dando informação alargada sobre quais os traços característicos da personalidade do indivíduo. Neste momento, é o terceiro instrumento de personalidade mais utilizado em investigação no mundo, e um dos instrumentos psicológicos mais utilizado a nível clínico³².

Brandão & Vasco³³, verificaram que a população em geral e a população clínica são significativamente diferentes quando avaliadas pelo MCMI-II, utilizando qualquer um dos índices gerais construídos, o Índice Global (construído utilizando as escalas de traço e estado), o Índice de Traço (construído utilizando apenas as escalas de traço) e o Índice de Estado (construído unicamente com as escalas de

estado). Por outro lado, o MCMI-II parece ser um instrumento suficientemente sensível na detecção das discrepâncias entre o ER/EO e entre o ER/EI. Os resultados do estudo apresentado anteriormente³³, apontam para a existência de marcadas diferenças estruturais entre o ER e os seus orientadores, EI e EO, no caso população clínica, o que não ocorre na população em geral. Estes resultados são concordantes com a SDT quando afirma que os indivíduos que manifestam maiores discrepâncias do Eu, experienciam elevados níveis de perturbação crónica⁶, enquanto nos indivíduos com discrepâncias pequenas, não existe esse impacto emocional, dado existir um esforço de auto-regulação constante e com sucesso. No entanto, as discrepâncias entre o EI e o EO não foram significativas quando avaliadas pelo MCMI-II³³. Portanto, no presente atende-se principalmente às discrepâncias entre o ER e o EI, considerando-se que é possível que o EI seja uma entidade mais ampla que o EO e que o englobe parcialmente, e tendo em conta que muitos estudos não apresentam a distinção entre os dois orientadores. Pretende-se avaliar, essencialmente as discrepâncias e congruências entre as escalas de traço do ER e as escalas de traço do EI, para as amostras não-clínica e clínica.

Hipótese 1: a população não-clínica e a clínica são significativamente diferentes quando avaliadas pelo MCMI-II, nas várias escalas de traço. O MCMI-II é um

instrumento que foi construído para avaliar a população clínica, tendo sido utilizada na sua construção e aferição unicamente esta população, portanto, é um instrumento adequado apenas para a avaliação de pessoas que se enquadrem neste grupo e não para a população normal²⁹. No entanto, os propósitos desta investigação exigem a utilização de uma amostra não-clínica que permita verificar que o MCMI-II é sensível às diferenças entre ambas as populações, e que permita inferir que as discrepâncias encontradas na amostra clínica, representem as características apenas da população clínica. Por outras palavras, de forma a existir uma certeza de que as características encontradas são únicas da amostra clínica e poder extrapolar quais as diferenças com a população normal, é preciso uma amostra não-clínica que permita a comparação. Portanto, é essencial para este estudo, compreender em que medida as escalas de traço do MCMI-II diferenciam as duas populações.

Hipótese 2: as discrepâncias entre as escalas de traço do ER e as escalas de traço do EI e EO, não são significativas para a população não-clínica, mas são significativas para a população clínica. O MCMI-II é um instrumento capaz de fornecer um conjunto de informações sobre as pessoas que apresentam dificuldades emocionais e interpessoais, fornecendo um perfil de cada indivíduo através do conjunto das classificações obtidas nas várias escalas,

o que permite uma análise detalhada da personalidade e da dinâmica sintomática²⁹. Por outro lado, a SDT aborda aspectos fundamentais da estrutura, dinâmica e predisposições do processamento, e portanto da personalidade¹. Este estudo considera que o MCMI-II, apesar de ser um instrumento nomotético, ao permitir identificar um perfil ao nível da personalidade e analisar a dinâmica sintomática, é suficientemente sensível para detectar as discrepâncias entre o ER e os seus orientadores do Eu, o EI e o EO.

Por outro lado, segundo a SDT os indivíduos que manifestam maiores discrepâncias do Eu, experienciam elevados níveis de perturbação crónica⁶, enquanto nos indivíduos com discrepâncias pequenas, não existe esse impacto emocional, dado existir um esforço de autorregulação constante e com sucesso. Portanto, espera-se que as discrepâncias nas escalas de traço apenas sejam significativas na amostra clínica, pois é precisamente esta que apresenta perturbação crónica.

1. MÉTODO

1.1 Amostra

Este estudo tem como base duas amostras, que em conjunto perfazem um total de 118 participantes, com 18 anos ou mais, que preencheram o MCMI-II, nas formas ER,

EI e EO. A amostra não-clínica, com um total de 78 participantes, incluiu pessoas de ambos sexos, que nunca usufruíram de acompanhamento psicoterapêutico e que não o iniciaram durante o decorrer do estudo. A amostra clínica, com um total de 40 participantes, incluiu pessoas de ambos sexos, que usufruíam de acompanhamento psicoterapêutico (até um máximo de quatro meses ou 16 sessões) durante o decorrer do estudo. Todos os participantes seleccionados tinham que possuir um grau de escolaridade igual ou superior ao 9º ano de escolaridade e não existir a presença dos diagnósticos de psicose ou esquizofrenia e de toxicod dependência.

O método de amostragem para a população não-clínica foi o de *amostragem directa não-probabilística*^{34,35}, os participantes contactados pertenceram a contextos laborais muito diversos, com graus de escolaridade e formações académicas, igualmente distintas. Para a amostragem da população clínica foi utilizado o método de amostragem directa não-probabilística e de *oportunidade*^{34,35}, através do contacto entre os psicoterapeutas de distintos meios laborais e seus pacientes. Embora as aplicações das várias versões fossem aleatórias, tentou-se obter um número elevado de sujeitos que tivessem respondido ao ER, para permitir uma adequada interpretação dos dados (Tabela 1).

Tabela 1

Frequência de inventários preenchidos e de triádes obtidas para cada amostra.

Estados do Eu	<i>f</i>	
	Amostra não-clínica	Amostra clínica
ER	78	40
EI	49	35
EO	30	26
Triádes	26	23

Nota: *f* = frequência

1.2 Instrumentos

No presente estudo, utilizou-se o MCMI-II que é um instrumento nomotético, constituído por 4 escalas de validade, 10 dimensões ou traços de personalidade, 3 escalas de gravidade da patologia de personalidade, 6 escalas clínicas sindromáticas e 3 escalas de gravidade dos síndromas clínicos, o que perfaz um total de 26 escalas²⁹.

Embora o MCMI-II estivesse traduzido para português, foram utilizadas as normas para a população americana com base na qual o instrumento foi construído e aferido, pois não existe aferição do mesmo para a população portuguesa. Consideraram-se as três versões distintas do MCMI-II, o ER, o EI e o EO.

1.3 Procedimento

Na versão ER do MCMI-II não existiu qualquer alteração das instruções. Para o EI foram alteradas as instruções de modo a que a pessoa respondesse ao instrumento em função dos atributos que gostaria de possuir.

Para o EO foram alteradas as instruções de modo a que se respondesse ao inventário em função atributos que se acredita dever possuir, em termos concretos. Em nenhuma das três versões foi realizada qualquer alteração além das instruções, isto é, os vários itens que constituem o inventário não sofreram alterações. As aplicações foram aleatórias, e o intervalo considerado entre elas foi idêntico ou superior, ao que tem sido utilizado nos estudos de teste-reteste do instrumento em causa, ou seja, no mínimo duas semanas^{32,36}.

Nas instruções dadas explicou-se a todos os participantes, que a sua participação era voluntária, confidencial, cuja resposta deveria ser rápida, e que o objectivo da investigação consistia em conhecer o modo como as pessoas sentem e pensam sobre um conjunto de afirmações a respeito do funcionamento psicológico. Conjuntamente com a primeira versão do MCMI-II entregue, foi pedido o preenchimento de um pequeno questionário, onde cada sujeito assinalou se tinha tido acompanhamento psicológico, durante quanto tempo, e com que intervalo entre sessões, o mesmo foi pedido a respeito do acompanhamento psiquiátrico. No caso da amostra clínica, foram explicados os critérios de exclusão aos terapeutas participantes e os objectivos gerais do estudo, tendo sido entregue um pequeno manual com as instruções a dar aos pacientes (idênticas às dadas no caso da população não-clínica).

2. RESULTADOS

Utilizou-se uma estratégia paramétrica na análise dos resultados desta investigação. Verificou-se realizando os testes qui-quadrado e t de student, que as duas amostras, a não-clínica e a clínica, não são significativamente diferentes no que respeita às variáveis sexo, $\chi^2(1, N = 118) = .006, p = .939, ns$, idade, $t(116) = -5.14, p = .608, ns$, e grau de escolaridade, $\chi^2(5, N = 118) = 5.056, p = .409, ns$.

Neste estudo, são consideradas as duas amostras formadas, a amostra não-clínica e a amostra clínica, e três sub-amostras: (a) as pessoas que responderam ao MCMI-

II versão ER, (b) as que responderam à versão EI e (c) as que responderam à versão EO (Tabela 1). Por último, apresentam-se algumas das características descritivas das duas amostras, não-clínica e clínica, a nível do ER. As características deste estado do Eu, são particularmente importantes, tendo em conta que o MCMI-II não foi desenhado para população normal. É interessante observar qual o padrão de resposta da amostra não-clínica em relação às várias escalas do ER (Tabela 2). Por outro lado, é possível contrastar este padrão com o da amostra clínica (Tabela 3), e apreciar quais os aspectos em que ambas se distinguem.

Tabela 2

Amostra não-clínica, estatística descritiva das escalas de traço do MCMI-II para o ER.

Escala	M	SD	G ₁	g ₂	BR > 74		BR > 84	
					f	P	f	P
Esquizóide	53.69	20.83	-.72	.67	7	9.00	1	1.30
Evitante	51.24	24.44	-.17	.02	12	15.40	3	3.80
Dependente	48.88	28.77	-.20	-1.04	14	17.90	8	10.30
Histrionica	59.73	23.23	-.97	.27	21	26.90	6	7.70
Narcísica	66.92	14.06	-.56	.46	23	29.5	6	7.70
Anti-social	58.06	13.50	-1.17	1.98	5	6.40	1	1.30
Agressivo-sádica	64.35	17.36	-.81	1.88	22	28.20	3	3.80
Compulsiva	76.49	17.51	-.88	1.32	46	59.00	29	37.20
Passivo-agressiva	47.04	27.53	.11	-.37	11	14.10	6	7.70
Negativista	42.19	24.24	.11	-1.00	6	7.70	2	2.60
Esquizotípica	47.60	15.81	-.78	1.18	1	1.30	1	1.30
Estado-limite	45.26	16.71	-.48	.58	3	3.80	1	1.30
Paranóide	63.00	8.14	-1.01	.52	4	5.10	0	.00

Nota: g₁ = coeficiente de enviesamento (skwness); g₂ = coeficiente de achatamento (Kurtose); f = frequência; P = percentagem.

Tabela 3

Amostra clínica, estatística descritiva das escalas de traço do MCMI-II para o ER.

Escala	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>G₁</i>	<i>g₂</i>	BR>74		BR>84	
					<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>
Esquizóide	60.88	18.69	-.74	1.37	6	15.00	2	5.00
Evitante	71.73	18.65	-.44	.54	18	45.00	9	22.5
Dependente	61.80	26.74	-.96	.07	14	35.00	8	20.00
Histriónica	63.95	22.59	-.88	.45	17	42.50	17	42.50
Narcísica	69.55	21.05	-.59	2.72	16	40.00	6	15.00
Anti-social	64.00	15.10	-.43	.94	9	22.50	3	7.50
Agressivo-sádica	65.48	19.11	-.25	1.77	11	27.50	2	5.00
Compulsiva	69.73	16.18	-.36	-.28	16	40.00	9	22.50
Passivo-agressiva	71.15	29.94	-.14	-.68	15	37.50	13	32.50
Negativista	67.00	20.71	-.86	2.23	15	37.50	4	10.00
Esquizotípica	59.53	13.97	.98	6.90	1	2.50	1	2.50
Estado-limite	65.00	21.58	-.27	2.63	8	20.00	4	10.00
Paranóide	66.33	13.01	-.64	4.79	6	15.00	4	10.00

Nota: *g₁* = coeficiente de enviesamento (skwness); *g₂* = coeficiente de achatamento (Kurtose); *f* = frequência; *P* = percentagem.

2.1 Comparação das escalas de traço dos ERs das amostras não-clínica e clínica

Visto que o MCMI é um instrumento que não foi construído para avaliar a população não-clínica, tentou-se compreender se o MCMI-II apresenta-se como um instrumento capaz de diferenciar a amostra clínica da não-clínica, no que respeita aos ERs, quando comparadas as médias escala a escala para as duas amostras. Foi escolhida a realização de um teste t de student para comparar as médias das duas amostras (após verificar a homogeneidade das variâncias populacionais). Os resultados da aplicação do teste *t* de student permitiram concluir que as médias das duas amostras

foram significativamente diferentes, no que respeita às escalas de traço dos ERs, para as escalas evitante, passivo-agressivo, negativista, esquizotípica e estado-limite, quando se considerou o intervalo de confiança de 99%. As médias das escalas de traço dos ERs duas amostras foram significativamente diferentes, também para as escalas dependente, anti-social, e compulsiva, quando se considerou o intervalo de confiança de 95%. No que respeita às escalas de estado dos ERs, as médias foram significativamente diferentes para todas as escalas, excepto para a escala de pensamento delirante, ao ter-se considerado o intervalo de confiança de 99% (Tabela 4).

Tabela 4

Teste *t* de student para comparar as escalas de traço e de estado do MCMI-II no ER.

Escala	Amostra não-clínica		Amostra clínica		df	T	SE	P
	M	SD	M	SD				
Esquizóide	53.69	20.83	60.88	18.69	116	-1.83	3.92	.07
Evitante	51.24	24.44	71.73	18.65	116	-4.65**	4.41	.00
Dependente	48.88	28.77	61.80	26.74	116	-2.36*	5.47	.02
Histrionica	59.73	23.23	63.95	22.59	116	-0.94	4.48	.35
Narcísica	66.92	14.06	69.55	21.05	116	-0.81	3.26	.42
Anti-social	58.06	13.50	64.00	15.10	116	-2.17*	2.73	.03
Agressivo-sádica	64.35	17.36	65.48	19.11	116	-0.32	3.49	.75
Compulsiva	76.49	17.51	69.73	16.18	116	2.04*	3.32	.04
Passivo-agressiva	47.04	27.53	71.15	29.94	116	-4.37**	5.52	.00
Negativista	42.19	24.24	67.00	20.71	116	-5.52**	4.49	.00
Esquizotípica	47.60	15.81	59.53	13.97	116	-4.03**	2.96	.00
Estado-limite	45.26	16.71	65.00	21.58	116	-5.49**	3.60	.00
Paranóide	63.00	8.14	66.33	13.01	116	-1.70	1.95	.09
Ansiedade	26.03	27.44	58.13	29.63	113	-5.85**	5.48	.00
Somatoforme	46.05	18.19	55.23	15.55	113	-2.72**	3.37	.01
Bipolar	49.45	13.88	56.98	15.29	113	-2.69**	2.79	.01
Distímica	19.65	25.20	54.45	29.70	113	-6.68**	5.21	.00
Dependência de Álcool	35.15	16.20	49.83	18.01	113	-4.48**	3.27	.00
Dependência de Drogas	44.91	16.24	54.25	18.47	113	-2.82**	3.31	.01
Perturbação de Pensamento	43.18	21.26	56.30	13.09	113	-3.57**	3.68	.00
Depressão Major	37.58	23.54	55.75	15.25	113	-4.43**	4.11	.00
Pensamento Delirante	54.32	10.77	58.05	9.91	113	-1.83	2.04	.07

Nota: SE = diferença do erro standardizado

p* < .05, *p* < .01

Estes resultados permitem afirmar que o MCMI-II, apresenta-se como um instrumento capaz de diferenciar, a nível do ER, várias escalas da amostra não-clínica das da amostra clínica, mas não a totalidade das escalas de traço.

2.2 Comparação entre as escalas de traço do ER e as escalas de traço dos orientadores EI e EO, nas amostra não-clínica e clínica

Pretendeu-se explorar se os três estados do Eu, ER, EI e EO, para cada uma das amostras, eram significativamente diferentes a nível das

escalas do inventário MCMI-II. Compararam-se as médias escala a escala, de forma independente para cada uma das amostras. Para amostra não-clínica, os valores médios

de cada escala de traço e de cada escala de estado, para os distintos estados do Eu podem ser consultadas na Tabela 5.

Tabela 5

Amostra não-clínica, estatística descritiva e comparações a um factor das escalas de traço dos três estados do Eu.

Escala	ER		EI		EO		F	P
	M	SD	M	SD	M	SD		
Esquizóide	53.69	20.83	48.45	22.00	42.53	27.79	2.78	.07
Evitante	51.24	24.44	41.22	24.68	36.23	21.91	5.21**	.01
Dependente	48.88	28.77	46.88	29.16	45.93	25.93	0.15	.86
Histriónica	59.73	23.23	67.39	20.37	64.67	19.81	1.97	.14
Narcísica	66.92	14.06	73.51	14.06	69.10	15.17	3.21*	.04
Anti-social	58.06	13.50	59.49	11.78	60.53	12.49	0.46	.63
Agressivo-sádica	64.35	17.36	64.92	14.89	67.30	13.13	0.38	.69
Compulsiva	76.49	17.51	78.06	13.91	79.27	11.38	0.40	.67
Passivo-agressiva	47.04	27.53	35.94	26.97	35.17	23.72	3.59*	.03
Negativista	42.19	24.24	28.55	23.65	28.77	22.78	6.38**	.00
Esquizotípica	47.60	15.81	45.47	15.22	41.23	17.59	1.73	.18
Estado-limite	45.26	16.71	36.47	19.40	34.77	18.21	5.55**	.00
Paranóide	63.00	8.14	64.00	11.42	62.13	11.63	0.34	.71

* $p < .05$, ** $p < .01$

Foi escolhida a realização de uma Análise de Variâncias (ANOVA) a um factor para comparar as médias das três sub-amostras, visto que a utilização de uma ANOVA de medidas repetidas limitaria a amostra conseguida a um número demasiado baixo de indivíduos. Foi escolhida a realização de uma ANOVA a um factor para comparar as médias das escalas das três sub-amostras

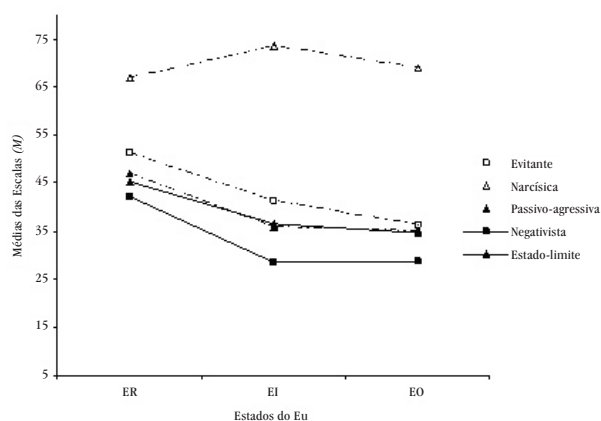
(verificou-se aplicando o teste Levene a homogeneidade das variâncias populacionais estimadas, sendo que apenas as escalas esquizóide, ansiedade e distímica não foram homogéneas). Os resultados da aplicação da ANOVA a um factor (ver Tabela 5) permitiram concluir que as médias dos três estados do Eu foram significativamente diferentes para as escalas de traço: evitante, $F(2,154)$

= 5.212, $p < .05$; narcísica, $F(2,154) = 3.212$, $p < .05$; passivo-agressivo, $F(2,154) = 3.587$, $p < .05$; negativista, $F(2,154) = 6.378$, $p < .05$ e estado-limite $F(2,154) = 5.554$, $p < .05$; as restantes escalas não apresentaram médias para os três estados do Eu significativamente diferentes.

Para analisar quais as médias dos estados do eu que de facto foram significativamente diferentes, procedeu-se à comparação múltipla de médias utilizando o teste de Bonferroni ou em alternativa o teste LSD (Least Significant Difference) sempre que o anterior não conseguiu discriminar a diferença. Assim e com um intervalo de confiança de 95%, podemos afirmar que

as escalas de traço que apresentaram discrepâncias ER-EI significativamente diferentes foram as seguintes: narcísica, passivo-agressiva, negativista e estado-limite. As escalas de traço que apresentaram discrepâncias ER-EO significativamente diferentes foram as seguintes: evitante, passivo-agressiva, negativista e estado-limite. A Figura 1 permite compreender melhor qual o sentido destas discrepâncias, e como pode observar-se para todas as escalas excepto a narcísica, as médias do EI e EO, foram menores que as médias correspondentes do ER, na escala de narcisismo observa-se o oposto.

Figura 1
Escalas de traço da amostra não-clínica, com médias significativamente diferentes para os três estados do Eu.



Portanto, pode afirmar-se, no que respeita à amostra não-clínica, que algumas escalas foram significativamente diferentes quando se compararam os três estados do Eu (avaliados pelo inventário MCMI-II).

Procedeu-se, igualmente à comparação das

médias das escalas de traço e de estado do MCMI-II para as três sub-amostras ER, EI e EO, da amostra clínica. Os valores médios de cada escala de traço e de cada escala de estado, para cada um dos estados do Eu podem ser consultadas na Tabela 6.

Tabela 6

Amostra clínica, estatística descritiva e comparações a um factor das escalas de traço dos três estados do Eu.

Escala	ER		EI		EO		F	P
	M	SD	M	SD	M	SD		
Esquizóide	60.07	19.16	43.69	25.50	52.96	19.84	5.39**	.01
Evitante	70.24	20.71	37.77	28.17	45.0	35.15	14.47**	.00
Dependente	60.66	27.40	51.34	31.01	54.58	29.05	1.00	.37
Histrionica	63.85	22.32	71.03	18.40	70.38	21.89	1.34	.27
Narcísica	69.66	20.80	75.03	18.28	78.04	22.73	1.45	.24
Anti-social	63.59	15.15	61.63	15.15	63.81	17.12	0.20	.82
Agressivo-sádica	65.00	19.11	62.86	12.00	66.04	17.14	0.31	.74
Compulsiva	69.63	15.99	71.00	14.74	71.54	15.31	0.14	.87
Passivo-agressiva	69.70	30.97	26.31	28.52	41.40	35.26	18.87**	.00
Negativista	65.49	22.63	30.40	29.31	38.54	37.40	14.91**	.00
Esquizotípica	58.85	14.45	45.17	17.64	49.77	19.56	6.40**	.00
Estado-limite	63.56	23.22	29.03	26.87	43.31	32.69	15.55**	.00
Paranóide	66.02	12.99	63.11	8.56	66.19	9.92	0.86	.43

* $p < .05$, ** $p < .01$

Procedeu-se à comparação das médias das escalas das três sub-amostras (verificou-se a homogeneidade das variâncias populacionais estimadas, através do teste Levene, as escalas esquizóide, ansiedade e distímica, não foram homogêneas), aplicando uma ANOVA a um factor cujos resultados (ver Tabela 6) permitiram concluir que as médias dos três estados do Eu foram significativamente

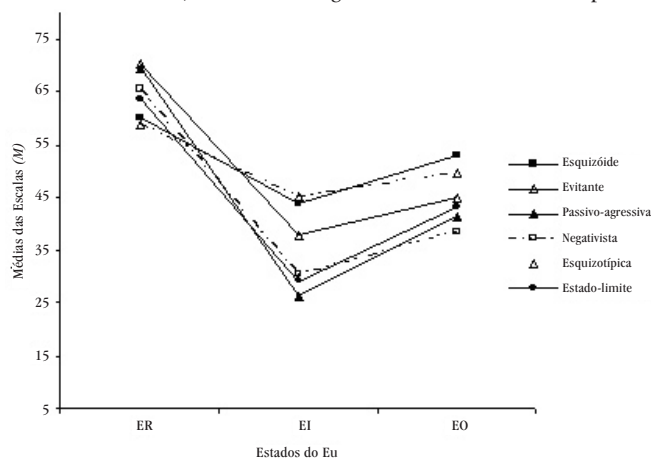
diferentes para as escalas de traço: esquizóide, $F(2,99) = 5.387, p < .05$; evitante, $F(2,99) = 14.468, p < .05$; passivo-agressiva, $F(2,99) = 18.866, p < .05$; negativista, $F(2,99) = 14.011, p < .05$; esquizotípica, $F(2,99) = 6.401, p < .05$ e estado-limite, $F(2,99) = 15.552, p < .05$; as restantes escalas não apresentaram médias para os três estados do Eu significativamente diferentes.

Para analisar quais as médias dos estados do eu que de facto que apresentaram médias significativamente diferentes, procedeu-se à comparação múltipla de médias utilizando o teste de Bonferroni. Assim e com um intervalo de confiança de 95%, podemos afirmar que as escalas de traço que apresentaram discrepâncias ER-EI significativamente diferentes são as seguintes: esquizóide, evitante, passivo-agressiva, negativista, es-

quizotípica e estado-limite. As escalas de traço que apresentaram discrepâncias ER-EO significativamente diferentes foram as seguintes: evitante, passivo-agressiva, negativista e estado-limite. A Figura 2 permite compreender melhor qual o sentido destas discrepâncias, e como pode observar-se para todas as escalas, as médias do EI e EO, foram *menores* que as médias correspondentes do ER.

Figura 2

Escalas de traço da amostra clínica, com médias significativamente diferentes para os três estados do Eu.



Portanto, ao explorarmos a amostra clínica, nem todas as escalas foram significativamente diferentes quando se compararam os três estados do Eu (avaliados pelo inventário MCMI-II).

3. DISCUSSÃO

3.1 A população em geral e a população clínica são significativamente diferentes, quando avaliadas pelo MCMI-II, mas unicamente no que respeita a algumas escalas de traço

Apesar do MCMI não ter sido construído para a população normal²⁹, o perfil encontrado na amostra não-clínica foi semelhante em grande medida ao encontrado noutros estudos em que o MCMI foi utilizado na avaliação de população normal^{37,38,36}. Nestes estudos, verificou-se que os indivíduos da população normal tendiam a ter classificações mais elevadas que os pacientes psiquiátricos ao nível das escalas histriónica, narcísica, compulsiva e anti-social, com BRs <84, um dos estudos verificou que os indivíduos da população normal tinham na escala narcísica um BR > 84³⁶, e num outro existiram resultados semelhantes com a escala histriónica³⁹.

Neste estudo, verificou-se que as amostras não-clínica e clínica não apresentaram diferenças significativas ao nível das escalas esquizóide, histriónica, narcísica, agressivo-sádica e paranóide, por outro lado, a escala compulsiva apresentou valores significativamente superiores para a amostra não-clínica. As escalas esquizóide e paranóide não fariam muito sentido que fossem semelhantes nas duas amostras, no entanto, nos critérios de exclusão deste estudo, incluíam-se todos os casos clínicos cuja patologia fosse do foro da esquizofrenia e psicoses, onde as escalas esquizóide, esquizotípica e paranóide teriam uma grande probabilidade de estar mais elevadas. Por outro lado, todos os casos clínicos considerados, provêm de uma amostra clínica em regime de ambulatório, o que significa que o estrear das escalas (sejam de traço,

sejam de estado) devido a estados de crise, é pouco provável de encontrar. Seguidamente faz-se a análise dos resultados de cada uma destas escalas individualmente.

Segundo a DSM-IV (1996) a perturbação de personalidade esquizóide raramente é observada, e este manual, não apresenta estatísticas de prevalência nem para a população em geral, nem para a população clínica. Esta informação permite-nos inferir que a diferença entre a prevalência encontrada na população em geral V.S. população clínica, provavelmente é baixa. Neste estudo, verificou-se que para a amostra não-clínica, 9% dos sujeitos obtiveram resultados com BR > 74 e 1.3% com BR > 84; no caso da amostra clínica 15% com BR > 74 e 5% com BR > 84 (para mais pormenores consultar Tabelas 2 e 3). Portanto, existe uma pequena diferença (não significativa) entre as amostras, sendo que a clínica apresenta valores superiores. Considerando que apenas o BR > 84 significa um nível sindromático, os resultados são baixos para as duas amostras, e podem considerar-se concordantes com a indicação de baixa prevalência para ambas populações.

Quanto à perturbação de personalidade paranóide, a DSM-IV (1996), apresenta estatísticas de prevalência de 0.5 – 2.5% para a população em geral, e de 2 – 10% para a população clínica. Neste estudo, verificou-se que para a amostra não-clínica, 5.10% dos sujeitos obtiveram resultados com BR > 74 e 0% com BR > 84; no caso da amostra

clínica 15% com $BR > 74$ e 10% com $BR > 84$ (para mais pormenores consultar Tabelas 2 e 3). Portanto, tendo em conta os critérios de exclusão utilizados para a amostra clínica, os síndromas que poderiam elevar o número de casos clínicos nesta escala foram excluídos. A amostra clínica ficou então reduzida à presença unicamente de casos de perturbação de personalidade com traços paranóides. Como se pode observar, as percentagens obtidas nas amostras não-clínica e clínica quando se considera o $BR > 84$ (nível sindromático), são muito próximos às estatísticas de prevalência apresentadas pela DSM-IV (1996) para a população em geral e para a população clínica.

Por último, a elevação da escala esquizotípica, está muito relacionada com os sintomas de início de crises agudas de psicoses e esquizofrenias, no entanto, a perturbação de personalidade esquizotípica é relativamente estável e raramente evolui para essas entidades clínicas, apresentando, a DSM-IV estatísticas de prevalência de apenas 3% para a população em geral (DSM-IV, 1996). Neste estudo, verificou-se que para a amostra não-clínica, 1.3% dos sujeitos obtiveram resultados com $BR > 74$ e 1.3% com $BR > 84$; no caso da amostra clínica 2.5% com $BR > 74$ e 2.5% com $BR > 84$ (para mais pormenores consultar Tabelas 2 e 3). Considerando estes dados e os critérios de exclusão já comentados, as percentagens obtidas nas duas amostras encontram-se próximas dos valores

esperados para a população em geral, e a ausência de discrepâncias significativas para as duas amostras fica assim justificada.

Analisemos agora as escalas histriónica, narcísica, agressivo-sádica e compulsiva, onde também não se verificaram diferenças significativas entre as duas amostras. Quando se consideram os valores médios mais um desvio padrão para a amostra não-clínica, todas as escalas excepto a escala compulsiva, apresentaram valores de $BR < 84$: histriónica ($M + 1SD = 82.96$), narcísica ($M + 1SD = 80.98$), agressivo-sádica ($M + 1SD = 81.71$). No caso da escala compulsiva ($M + 1SD = 94.00$) o valor apresentado foi de $BR > 84$. Portanto, os valores obtidos para as escalas histriónica e narcísica situam-se em níveis subsindromáticos e são semelhantes aos dos estudos anteriores, acima citados, em que o MCMI foi aplicado a populações normais. No entanto, nos estudos anteriores, as amostras constituídas por pacientes apresentavam resultados inferiores aos das amostras constituídas por sujeitos normais nas escalas histriónica, narcísica, anti-social e compulsiva³⁶. Neste estudo, a única escala em que isto ocorreu foi a escala compulsiva.

No que respeita, à escala antisocial, existiram diferenças significativas entre os valores obtidos nas duas amostras, embora a amostra clínica apresentasse valores superiores aos da amostra não-clínica. Para a amostra não-clínica (constituída por uma maioria de indivíduos do sexo feminino),

6.4% dos sujeitos obtiveram resultados com BR > 74 e 1.3% com BR > 84; no caso da amostra clínica 22.5% com BR > 74 e 7.5% com BR > 84 (para mais pormenores consultar Tabelas 2 e 3). A perturbação de personalidade antisocial, na DSM-IV (1996), apresenta estatísticas de prevalência de 3% para os homens e 1% para as mulheres na população em geral, e de 3 – 30% para a população clínica, dependendo das amostras. Como podemos observar, os valores obtidos pelas duas amostras, são muito próximos às estatísticas de prevalência apresentadas pela DSM-IV (1996) para a população em geral e para a população clínica. Estes resultados não são concordantes com os estudos anteriormente citados.

Para as escalas histriónica, narcísica, agressivo-sádica e compulsiva, para as quais não houve diferenças significativas entre as amostra não-clínica e clínica, os seus resultados não têm qualquer concordância com os dados estatísticos de prevalência apresentados pela DSM-IV.

A elevação dos resultados em determinadas escalas a níveis subsindromáticos pelas pessoas da população normal, tem sido interpretada como o resultado da mensuração de traços de personalidade saudáveis³⁶. Partindo deste princípio, e em relação aos resultados desta investigação, parece pertencer ao funcionamento normal da população em geral, que as escalas histriónica, narcísica, agressivo-sádica e compulsiva apresentem uma elevação.

A elevação da escala narcísica pode ser interpretada à luz da teoria desenvolvimentista de Kohut (1971)⁴⁰, em que o narcisismo saudável é observado no Eu firme, a sua regulação é interna e as funções são fornecer à pessoa um sentido de auto-estima e um sistema de valores e ideais. Parece significativo, que neste estudo a amostra clínica apresentasse classificações superiores, pois é possível interpretar estas diferenças apelando de novo à teoria de Kohut (1971)⁴⁰, segundo a qual, o narcisismo patológico, apresenta um sector grandioso e um sector idealizador. Segundo o estudo realizado por Robbins (1989)⁴¹ tendo por base a teoria de Kohut, a escala de superioridade testada, apresentava correlações elevadas com as escalas narcísica, histriónica e anti-social do MCMI, o que representaria um padrão gregário a nível social, inconsistente a nível afectivo e de exploração dos outros. A elevação da escala histriónica na população normal parece portanto relacionar-se com as capacidades de sociabilização, enquanto a elevação da escala anti-social, parece relacionar-se com o estabelecimento de limites na relação com os outros, sem alcançar os extremos da exploração emocional e social dos indivíduos com narcisismo patológico.

No entanto, nos resultados obtidos neste estudo, não se encontrou uma elevação na escala anti-social, mas sim na escala agressivo-sádica. Esta diferença poderá dever-se a que a população portuguesa, tem uma

origem latina, enquanto que a maior parte dos estudos foi realizado com uma população anglo-saxónica, que apresenta características culturais diferentes. Portanto, é como se existisse uma tendência preferencial, no caso da população portuguesa, à acção relacionada principalmente com traços agressivo-sádicos. Na realidade, os resultados parecem semelhantes, no sentido em que na população normal serão as capacidades de imposição adequada de limites, o que está em causa, e não o extremar dos traços em causa (exploração ou agressão dos outros). Vale a pena referir de novo que os resultados deste estudo situam as classificações a um nível subsindromático, o que reforça a interpretação que diferencia dois tipos distintos de Eu, o saudável e o patológico.

A escala compulsiva apresentou um valor médio acrescido de um desvio padrão ($X + 1SD = 94.00$) com uma elevação a um nível sindromático, e foi a única escala onde os valores alcançados pela da amostra não-clínica *excederam* os da amostra clínica. A elevação desta escala poderá ter várias explicações. Por um lado, os participantes tanto na amostra não-clínica como na clínica foram voluntários, o que implica um certo grau de perseverança dado que o MCMI é longo, e é precisamente este aspecto um dos mais criticados pelas pessoas que o preenchem (Blount et al., 2002)⁴². Outro aspecto importante, é o critério de exclusão para a escolaridade inferior ao 9º ano, sendo que na

amostra não-clínica, apenas 5.1% de pessoas tinham o 9º ano de escolaridade e 64.1% eram estudantes académicos ou já tinham terminado a carreira, e para a amostra clínica os resultados são ainda mais acentuados no sentido de elevada escolaridade, 5% com de pessoas com o 9º ano e 75% para o grupo com formação superior, isto significa que são pessoas treinadas a não desistir facilmente perante as tarefas. Por último, parece pertencer ao funcionamento saudável a acentuação deste traço de personalidade, nos estudos realizados com a população normal esta escala normalmente se eleva. Pode interpretar-se como uma tendência a possuir um grau de perseverança e preocupação perante as tarefas maior, fruto de se acreditar mais e de forma mais saudável em si próprio e nas suas capacidades, o que se relaciona com um sentido interno de direcção mais desenvolvido (como se abordou acima).

Em termos globais, este estudo apresenta muitas afinidades com os estudos anteriores, dadas as elevações de determinadas escalas a níveis subsindromáticos, como ocorreu com as escalas histriónica, narcísica e agressivo-sádica, e a nível sindromático no caso da escala compulsiva. Não replica os resultados dos estudos anteriores, visto que a escala anti-social não se elevou, e em vez desta elevou-se a escala agressivo-sádica, para a qual não encontraram estudos que apresentassem estes resultados, por outro

lado, excepto para a escala compulsiva, as elevações foram inferiores às apresentadas pela amostra clínica. Comparativamente, os resultados, conclusões e interpretações de estudos anteriores, parecem compatíveis e complementares aos dados obtidos nesta investigação. Por outro lado, embora o MCMI-II, para cumprir a sua função discriminativa entre pacientes psiquiátricos, tenha que sobrepatologizar certos traços de personalidade³⁶, apresenta-se como um instrumento capaz de discriminar a população não-clínica da clínica, mesmo considerando que as médias de determinadas escalas de traço não apresentam discrepâncias significativas.

3.2 As discrepâncias entre as escalas de traço dos três estados do Eu são significativas tanto para a população clínica como para a população em geral, no que respeita a determinados traços

Embora a nível global a amostra não-clínica não apresente discrepâncias significativas entre o ER e os seus orientadores³³, existem algumas diferenças significativas, quando se faz uma comparação escala a escala. A amostra não-clínica apresentou discrepâncias significativas nas escalas evitante, narcísica passivo-agressiva, negativista e estado-limite. Excepto para a escala narcísica, os orientadores EI e EO, apresentam valores médios inferiores nas várias escalas que o ER (para maior detalhe consultar Figura 1).

Estes resultados podem ser interpretados como sendo um reflexo dos receios mais frequentes na população em geral, face ao seu funcionamento real. Portanto, as pessoas têm o receio, no seu dia a dia, de não serem capazes de enfrentar adequadamente as situações (escala evitante), o receio de não conseguirem ser frontais o suficiente por medo a magoar ou sair magoadas (escala passivo-agressiva), o receio de desistir por não acreditar que é possível conseguir alcançar os objectivos (escala negativista), e por fim, o receio de não conseguirem manter a estabilidade estrutural e emocional (escala estado-limite).

Visto que a amostra não-clínica apresenta valores médios dentro da normalidade para as escalas em causa, podemos considerar que os orientadores na população em geral regulam a adaptação comportamental, cognitiva e emocional, motivando as pessoas a manterem baixos os traços em causa, pois desta forma garantem a estabilidade global, a aumentam a probabilidade de sucesso interpessoal e diminuem a probabilidade de sofrimento psicológico.

Em relação à escala narcísica, parece que os orientadores promovem o narcisismo saudável, pois motivam as pessoas no sentido de manter elevado este traço, i.e., garantem a existência de um esforço constante por manter o sentido de auto-estima e o sistema de valores e ideais.

Quanto à amostra clínica, verifica-se que as escalas dependente, narcísica, histriónica, anti-social, agressivo-sádica, compulsiva e paranóide, não apresentam discrepâncias significativas entre o ER e os seus orientadores, todas as restantes escalas apresentam valores médios inferiores para os orientadores que os respectivos valores médios das escalas do ER (para maior detalhe consultar Figura 2).

Exceptuando a escala paranóide, pelas razões já acima apresentadas, e a escala dependente, as restantes escalas, sem discrepâncias significativas, parecem estar implicadas na manutenção do narcisismo e do grau de perseverança e preocupação perante as tarefas. Podemos considerar que na população clínica estão activos os mesmos mecanismos de preservação da estrutura do Eu e da auto-estima a população em geral. Dito por outras palavras, parece estarmos perante mecanismos inerentes ao funcionamento humano.

Este mecanismo de preservação da estrutura do Eu e da auto-estima parece ter várias implicações. No caso de personalidades com baixo auto-conceito, é possível que desencadeie esforços na pessoa, no sentido da manutenção estrutura do Eu, mesmo que incipiente ou frágil, e aumento do narcisismo. Nos casos clínicos, cujos padrões da personalidade apresentam precisamente esses traços mais marcados, este mecanismo poderá ter um papel no reforçar do narcisismo, neste caso patológico, do Eu.

Ou seja, é possível que impulse a pessoa no sentido da manutenção e elevação desses traços já estremados, reforçando assim padrões não adaptativos de funcionamento. Estes padrões traduzem-se em esforços por manter a estrutura de personalidade, que está na realidade organizada em torno de uma auto-estima frágil e de um sistema de valores e ideais incipiente.

O mecanismo em causa, parece ser idêntico em todas as pessoas, e independente da estrutura de personalidade que lhe está na base, e é possível que esteja implicado na ausência, parcial ou total, de auto-consciência quando ocorre o estremar desses mesmos traços de personalidade.

No que respeita à escala dependente, ela não apresenta uma discrepância significativa, o que significa que nos casos clínicos em que esta escala está elevada a nível do ER, não existe uma consciência dessa elevação. Esta ausência de consciência do traço dependente elevado na população clínica coincide com o que seria de esperar das características da personalidade dependente definida segundo Millon²⁹. As pessoas com perturbação de personalidade dependente, são cooperantes, conformistas, ingénuas, (estas são apenas algumas das características mais relevantes) que embora a sua auto-imagem seja a de pessoas pouco competentes, não sentem isso como um real problema, pois consideram que os outros têm obrigação de lhes satisfazer as necessidades e lidar com as situações,

apoiando-se e se necessário, sacrificando-se por completo à pessoa mais significativa.

Resumidamente, a organização estrutural e as funções do orientador EI parecem respeitar mecanismos básicos comuns ao funcionamento humano em geral, e portanto, é possível inferir qual o EI de um paciente, sem necessidade de lhe pedir para preencher o MCMI-II na sua versão ideal. Podemos dizer que, embora não existam discrepâncias significativas entre os valores médios de todas as escalas do ER e os valores médios das escalas correspondentes nos orientadores EI e EO, esse comportamento pode considerar-se previsível do ponto de vista teórico, pois relaciona-se com os mecanismos que regulam o padrão estrutural e funcional desses traços.

3.3 Implicações para a intervenção clínica

A comparação da população em geral com a população clínica, permite que se tenha uma imagem mais clara das tendências de comportamento da população em geral portuguesa, quando confrontada com o pedido de resposta ao MCMI-II. Portanto, torna-se possível discriminar de forma mais objectiva, o que é semelhante nos pacientes à população em geral, e onde as discrepâncias são acentuadas e preocupantes.

Outro aspecto significativo para a intervenção clínica, é que a comparação das duas populações permite inferir, perante traços

estremados, aqueles cujas elevações apresentam um grau de auto-consciência elevado por parte do paciente. Nestes casos estaremos perante discrepâncias elevadas entre o ER e o EI, com as consequências emocionais esperadas. Inversamente, é possível inferir quais os traços, que, provavelmente pelos mecanismos subjacentes à manutenção e elevação desses mesmos traços, apresentam um baixo grau de auto-consciência. Estes casos correspondem a discrepâncias reduzidas entre o ER e o EI, as consequências emocionais são limitadas a momentos e situações muito concretas, em que os pacientes são confrontados com a sua fragilidade estrutural.

As discrepâncias tendem a ser bastante acentuadas nas perturbações de personalidade, pois o processo de vinculação, desenvolvimento e socialização destes pacientes, é marcado pela inadequação relacional dos pais para com o(a) filho(a). Os esquemas cognitivo-afectivo-relacionais não são adaptativos, e quando são activados num esforço por manter a proximidade e contacto com a pessoa ou as poucas pessoas que fornecem um potencial de segurança física e/ou psicológica, induzem problemas no relacionamento interpessoal e afastamento dos orientadores EI e EO (que os próprios pais colaboraram na sua construção). Este mecanismo tem como consequência a perturbação emocional.

Nas alturas em que os pacientes fazem esforços por se aproximarem dos seus orientadores EI e EO, começam a sentir a insegurança

que deriva do bloqueio, necessário, dos esquemas cognitivo-afectivo-relacionais não adaptativos. Este bloqueio transmite a sensação subjectiva de afastamento da pessoa ou pessoas que fornecem uma potencial de segurança, portanto aumenta a insegurança e vulnerabilidade. Portanto, existe uma forte tendência à perpetuação dos esquemas cíclicos de funcionamento, no que Lorna Benjamin⁴³ chamou de “prendas de amor”. Diversos autores têm alertado para a existência de ciclos interpessoais disfuncionais (embora atribuindo diferentes designações) e para o seu impacto na dinâmica emocional (e.g. “ciclos viciosos”, Wachtel⁴⁴; “padrões interpessoais afectivos e cognitivos”, Benjamin⁴³; “relações objectais internalizadas”, Kernberg⁴⁵; “working models internalizados”, Fonagy et al.⁴⁶; Fonagy & Target⁴⁷; Main⁴⁸).

No entanto, Lorna Benjamin⁴³ realizou um projecto empírico em que na sua análise estrutural do comportamento, atribui uma ênfase especial aos padrões de relacionamento como partes essenciais no diagnóstico. Na sua perspectiva, cada pessoa tem predisposições e vulnerabilidades genéticas e bioquímicas que, em interacção com o ambiente, a experiência e a aprendizagem, determinam a psicopatologia e a consequente resposta à psicoterapia. A vinculação é vista como uma necessidade primária de segurança em que os processos mentais “reproduzem” as relações objectais primárias, e as perturbações men-

tais como formas de manter a adaptação, isto é, formas de encontrar um balanço interpessoal e intrapsíquico⁴³.

No que respeita às discrepâncias do Eu, abordadas neste estudo, pode dizer-se que por um lado, a pessoa sente necessidade de reduzir a perturbação emocional. Para o conseguir a pessoa tenta aproximar o auto-conceito real dos seus orientadores EI e EO, o que se fosse conseguido, melhoraria as auto-representações dos seus atributos, diminuiria as atitudes e sentimentos de desaprovação face ao próprio, ou seja, aumentaria a auto-estima². No entanto, a pessoa tem necessidade de manter a sensação de segurança, o que a obriga a perpetuar os padrões não adaptativos, ou seja a reproduzir as relações objectais primárias, como forma de manter a proximidade psicológica. Assim, as perturbações mentais, podem ser vistas como respostas aos dilemas em que os pacientes se encontram, isto é, representam esforços de adaptação ou de manutenção do equilíbrio entre necessidades e exigências opostas.

3.4 Casos Clínicos

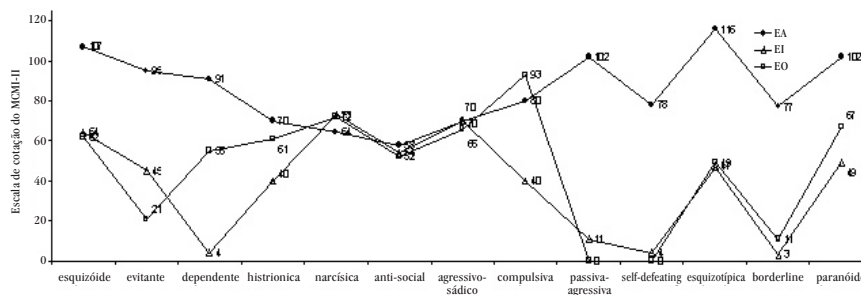
Apresenta-se uma breve exploração de dois casos clínicos pertencentes à amostra clínica estudada. Ambos os casos são abordados de forma limitada, sintética e circunscrita apenas aos aspectos considerados mais importantes face aos resultados deste estudo.

44 • Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca

Caso 1: Este paciente foi escolhido por apresentar a maior discrepância ER-EI da amostra clínica. Como é possível observar na Figura 3, o caso trata-se de uma perturbação de personalidade, pois o ER apresenta níveis sindrômicos a várias escalas. Como tal, para interpretar o padrão, devem seleccionar-se as três mais altas, pois irão constituir os traços principais de personalidade. Neste caso são as escalas esquizóide, passivo-agressiva e evitante, também vão ser consideradas, as escalas esquizotípica e paranóide, pois representam escalas de gravidade da patologia de personalidade. Interpretando este padrão, pode dizer-se que se está perante um paciente estranho, reservado, desconfiado, apático e inibido no contacto social, explosivo em certos momentos e com muitas dúvidas sobre si próprio. O EI deste paciente apesar de apresentar um padrão que não parece muito funcional, não apresenta nenhuma escala acima de BR=74, portanto consiste num padrão mais adaptativo que o ER, e pode

afirmar-se que se situa mais próximo dos resultados da população normal. Existe uma elevadíssima discrepância ER-EI, espera-se teoricamente que este paciente apresente um elevado grau de sofrimento psicológico. O EO e o EI deste paciente estão próximos e apresentam um padrão mais adaptativo que o ER; a discrepância ER-EO é muito próxima, embora não coincidente com a discrepância ER-EI. Espera-se, então, uma elevação das escalas ansiedade e distímica, mas dadas as características esquizóides do paciente, não se esperam elevações nas escalas depressão major e somatização. Visto ser um paciente com características paranóides, pode apresentar a escala de pensamento delirante elevada principalmente, se o paciente estava em crise no momento da avaliação, dadas as suas características esquizotípicas e paranóides, a escala de perturbação de pensamento pode estar elevada. No que respeita às outras escalas, não se esperam elevações significativas.

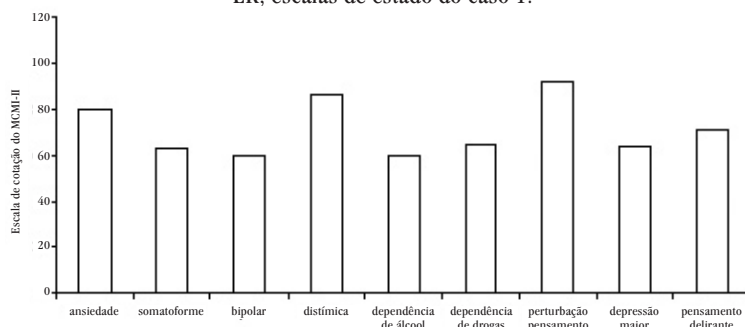
Figura 3
Os três estados do Eu, escalas de traço do caso 1.



A dinâmica sintomática deste paciente pode observar-se na Figura 4, onde é possível confirmar o conjunto de hipóteses colocadas. As características deste paciente, com um EO e EI distintos entre si e afastados do ER, sugerem que realiza elevados esforços para manter o sentido de Eu, mantendo uma estrutura rígida e pouco adaptativa de modo a manter a integridade, o que se verifica pelas discrepâncias ER-EI e ER-EO

nas escalas de gravidade, pouco acentuadas apesar da consciência da exacerbação dos traços em causa. Utilizando o racional teórico de Millon²⁹, alguns traços que compõe a complexa estrutura deste paciente, combinam a rigidez com a fragmentação da estrutura intrapsíquica, apresentando a nível comportamental oscilações entre o isolamento e o comportamento defensivo e agressivo.

Figura 4
ER, escalas de estado do caso 1.



As informações clínicas existentes são insuficientes para servir de base a uma tomada de decisão clínica, mas é possível ponderar estratégia global de intervenção. Utiliza-se o EI como um todo para aumentar a motivação e para delinear em conjunto os objectivos da mudança, ao longo das fases iniciais do processo. É muito importante que não sejam introduzidas discrepâncias com o EI do paciente, pois a desconfiança

face ao terapeuta aumentaria. Trabalhar a consciência da discrepância ER-EI, e a possibilidade de ser diminuída, permitirá a flexibilização da estrutura da personalidade.

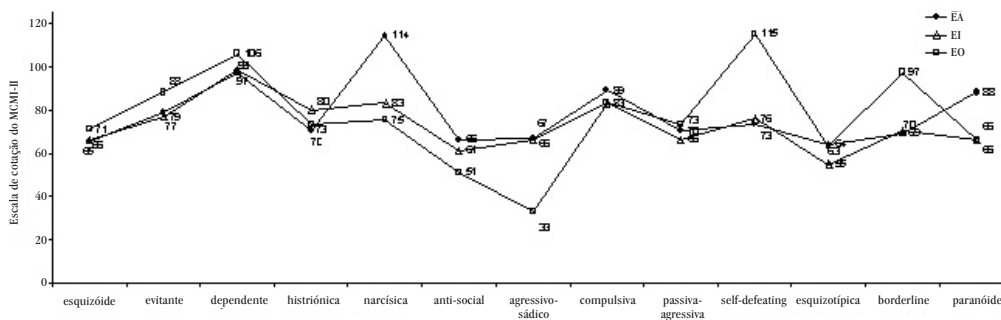
Caso 2: Este paciente foi escolhido por ser apresentar o valor mais elevado da escala narcísica (resultado de 114), de entre os pacientes que preencheram as tríades ER, EI e EO. Conforme foi discutido acima, as escalas narcísica, histriónica e agressivo-

sádica, apresentam-se tendencialmente mais elevadas na população normal. Por outro lado, a população clínica, apresenta uma tendência a manter os níveis das escalas narcísica, histriônica, antisocial e agressivo-sádica, quando estes são elevados. Em ambas populações, parecem estar implicados mecanismos de manutenção do narcisismo, saudável na população normal e patológico na população clínica.

Como é possível observar na Figura 5, várias escalas do ER apresentam níveis sindrômicos, como tal, vão seleccionar-se as três mais altas: narcísica, dependente e compulsiva, a escala paranóide será igualmente considerada, pois trata-se de uma escala de gravidade da patologia de personalidade. Interpretando este padrão, estamos perante um paciente inconsistente a nível afectivo, que explora os outros a vários níveis,

convicto de que os outros têm obrigação de lhe satisfazer as suas necessidades e resolver seus problemas, parece ser muito desconfiado e provocativo, embora seja previsível. O EI deste paciente, apesar de ser muito próximo do ER, apresenta um padrão ligeiramente mais adaptativo. Existe uma baixa discrepância ER-EI, espera-se teoricamente que este paciente apresente um baixo grau de sofrimento psicológico, visto existir pouca autoconsciência dos traços problemáticos. A discrepância ER-EO não terá impacto emocional significativo pois embora não seja coincidente com a discrepância ER-EI, é bastante próxima. Espera-se uma elevação muito ligeira eventualmente na escala pensamento delirante visto ser um paciente com características paranóides. No que respeita às outras escalas, não se esperam elevações significativas.

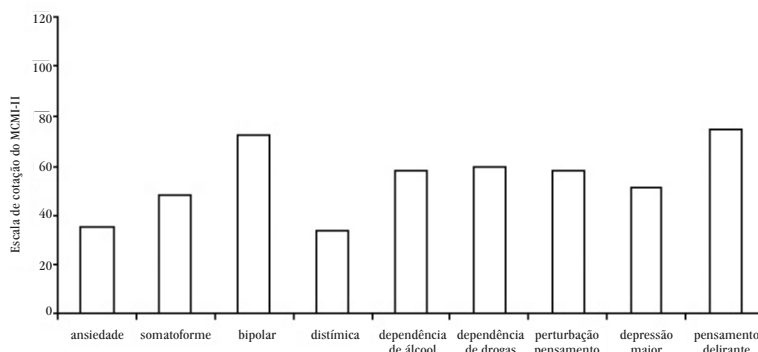
Figura 5
Os três estados do Eu, escalas de traço do caso 2.



Apresenta-se na Figura 6 a dinâmica sintomática deste paciente onde é possível confirmar o conjunto de hipóteses colocadas. As características deste paciente, com um EI tão pouco diferenciado do ER, sugerem que os seus orientadores são constituídos principalmente por mecanismos de incorporação, de introjecção e identificação, com uma internalização muito primária, apresenta uma estrutura gerida essencialmente por regulação externa, com pouca diferenciação real entre o Eu e o Outro, parecendo utilizar

mecanismos de idealização. Em termos relacionais, o afastamento dos padrões objectais, aumenta de forma muito intensa a sensação de insegurança, por este motivo apresenta uma rigidez elevada na sua estrutura. Utilizando o racional teórico de Millon (1987), alguns traços que compõe a complexa estrutura deste paciente, conjugam a rigidez com a compartimentalização e imaturidade da estrutura intrapsíquica, apresentando a nível funcional mecanismos de racionalização, projecção e introjecção.

Figura 6
ER, escalas de estado do caso 2.



Embora as informações clínicas existentes neste caso sejam insuficientes, para servir de base a uma tomada de decisão clínica, é possível propor uma estratégia de intervenção que parece muito importante para este caso. É necessário aumentar a consciência da distinção entre o Eu e o Outro, como

forma de diminuir as intensas sensações de insegurança quando tenta o afastamento dos padrões objectais. Progressivamente utilizar-se-ão as discrepâncias ER-EI existentes nas escalas narcísica e paranóide, para delinear em conjunto os objectivos da mudança, ao longo das fases iniciais do processo. É muito

importante que apenas sejam utilizadas as discrepâncias descritas pelo paciente, pois caso contrário, a sensação de humilhação e a desconfiança face ao terapeuta aumentaria. Este trabalho terapêutico permitirá a internalização de algumas características e a flexibilização da estrutura de personalidade.

A apresentação destes casos clínicos, exemplifica o trabalho que é possível realizar em torno dos resultados do MCMI-II, e compreender de que modo os aspectos explorados neste estudo, permitem uma melhor compreensão e abordagem clínica dos casos em geral.

3.5 Conclusões

O MCMI-II é um instrumento que efetivamente discrimina a população em geral da população clínica, mesmo quando se avaliam os resultados a nível das escalas de traço. As discrepâncias entre as duas populações, a nível das escalas do inventário, permitiram especificar um conjunto de características típicas do comportamento da população em geral quando responde ao MCMI-II. Estas características permitiram levantar um conjunto de hipóteses sobre o funcionamento normal, principalmente a nível da distinção entre narcisismo saudável e narcisismo patológico. A organização estrutural e as funções do orientador EI, parecem respeitar mecanismos básicos comuns ao funcionamento humano em geral, e portanto,

com base neste conhecimento é possível inferir qual o EI de um paciente, sem necessidade de lhe pedir para preencher o MCMI-II na sua versão ideal.

Estes resultados possibilitam uma compreensão e abordagem clínica mais ampla, ajudando na selecção e organização dos objectivos terapêuticos. Seria interessante a replicação deste estudo com diferentes amostras clínicas, como as de pacientes borderline, de modo a determinar possíveis excepções aos mecanismos psicológicos detectados. Também seria interessante a replicação com amostras maiores, e verificação se durante e a após a terapia o ER dos pacientes se aproxima dos seus orientadores, como foi observado pelas investigações conduzidas por Rogers (1961/1985) em relação ao ER e ao EI.

Bibliografia

1. Moretti, M. M. & Higgins, E. T. (1999). Own versus other standpoints in self-regulation: Developmental antecedents and functional consequences. *Review of General Psychology*, 3(3), 188-223.
2. Leary, M. R. (1995). The private self. In M. R. Leary, *Self-Presentation: Impression management and interpersonal behavior*. Madison: Brown and Benchmark.
3. Harter, S. (1999). Discrepancies between real and ideal self-concepts. *The construction of the self: A developmental perspective*. The Guilford Press: New York.

4. Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
5. Higgins, E. T. (1989). Continuities and discontinuities in self-regulatory and self-evaluative processes: A developmental theory relating self and affect. *Journal of Personality*, 47, 407-444.
6. Strauman, T. J. (1992). Self-guides, autobiographical memory, and anxiety and dysphoria: Toward a cognitive model of vulnerability to emotional distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(1), 87-95.
7. Boldero, J. & Francis, J. (2000). The relationship between self-discrepancies and emotion: The moderating roles of self-guide importance, location relevance, and social self-domain centrality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 38-52.
8. Boldero, J. & Francis, J. (1999). Ideals, oughts, and self-regulation: Are there qualitatively distinctive self-guides? *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 343-355.
9. Strauman, T. J. (1996). Stability within the self: A longitudinal study of the structural implications of self discrepancy theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(6), 1142-1153.
10. Alexander, M. J. & Higgins, E. T. (1993). Emotional trade-offs of becoming a parent: how social roles influence self-discrepancy effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1259-1269.
11. Brockville, P. L. H. & Genest, M. (1990). The ideal self: Schematic processing of perfectionistic content in dysphoric university students. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(4), 802-808.
12. Bruch, M.A. & Laurenti, H. J. (1998). Type of self-discrepancy and relationships to components of the tripartite model of emotional distress. *Personality and Individual Differences*, 25(6), 37-44.
13. Carver, C. S. & Lawrence, J. W. (1999). Self-discrepancies and affect: incorporating the role of feared selves. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(7), 783-792.
14. Eells, T. D. & Leavenworth, S. (1997). The ideal and the feared self as predictors of psychological symptoms among geriatric care nurses. *Psychological Reports*, 81(3), 1315-1324.
15. Hart, D. et al. (1997). Representations of self and other: A semantic space model. *Journal of Personality*, 65(1), 77-105.
16. Higgins, E. T. et al. (1999). When do self-discrepancies have specific relations to emotions? The second-generation question of Tangney, Niedenthal, Covert, and Barlow (1998). *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1313-1317.
17. Higgins, E. T. et al. (1994). Ideal versus ought predilections for approach and avoidance: distinct self-regulatory systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(2), 276-286.
18. Manian, N., Strauman, T.J. and Denney, N. (1998). Temperament, recalled parenting

- styles, and self-regulation: testing the developmental postulates of self-discrepancy theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1321-1332.
19. Mikulincer, M., Orbach, I. and Iavnieli, D. (1998). Adult attachment style and affect regulation: Strategic variations in subjective self-other similarity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 436-448.
20. Pelham, B. W. & Swann, W. B. (1989). From self-conceptions to self-worth: On the sources and structure of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4), 672-680.
21. Bosson, J. K. et. al. (2003). Self-enhancement tendencies among people with high explicit self-esteem: The moderating role of implicit self-esteem. *Self & Identity*, 2(3), 169-188.
22. Jacobs, J. E., Bleeker, M. M. & Constantino, J. M. (2003). The self-system during childhood and adolescence: Development, influences, and implications. *Journal of Psychotherapy Integration*, 13(1), 33-65.
23. Morfei, M. Z et al. (2001). Continuity and Change in Parenting Possible Selves: A longitudinal follow-up. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(3), 217-223.
24. Strauman, T. J. (1989). Self-discrepancies in clinical depression and social phobia: Cognitive structures that underlie emotional disorders?. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 5-14.
25. Hafdahl, A. R. et al. (2000). Free response self discrepancies across, among, and within FFM personality dimensions. *Journal of Personality*, 68,1.
26. Watson, N. & Watts, Jr. H. R. (2001). The predictive strength of personal constructs versus conventional constructs: Self-image disparity and neuroticism. *Journal of Personality*, 69(1), 121-145.
27. Millon, T. (1997). *The Millon Inventories: Clinical and personality assessment*. New York: The Guilford Press.
28. Avila-Espada, A. & Herrero Sanchez, R. J. (1995). La personalidad y sus trastornos: aproximación a la obra de Theodore Millon. *Clínica y Salud*, 6(2),131-159.
29. Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory – II: MCMI-II* (2ª ed.). Minneapolis, MN: Nacional Computer Systems.
30. Millon, T., Everly, G. & Davis, R. (1995). Como puede facilitar-se la integración de la psicoterapia mediante el conocimiento da la psicopatología?: Una perspectiva a partir de los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 6(2), 109-129.
31. Dorr, D. (1999). Approaching psychotherapy of personality disorders from the Millon perspective. *Journal of Personality*, 72(3), 407-425.
32. Craig, R. J. (1999). Testimony on the Millon Clinical Multiaxial Inventory: Review, Commentary, and Guidelines. *Journal of Personality Assessment*, 73(2),290-304.

33. Brandão, A. & Vasco, A. B. (2006). Discrepâncias do Eu: diferenças entre as populações não-clínica e clínica. *Psicologica*, 40, 109-129.
34. Meltzoff, J. (1998). *Critical Thinking about research: Psychology and Related Fields*. Washington: American Psychological Association.
35. Maroco, J. (2003). Análise estatística com utilização do SPSS. Lisboa: *Edições Sílabo*.
36. Wetzler, S. (1990). The Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI): A review. *Journal of Personality Assessment*, 55 (3&4), 445-464.
37. Dubro, A., Wetzler, S., & Kahn, M. (1988). A comparison of three self-report questionnaires for diagnosis of DSM-III personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 2, 256-266.
38. Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory manual*. Minneapolis, MN: Nacional Computer Systems.
39. Reich, J. & Troughton, E. (1988). Comparison of DSM-II personality disorders in recovered depressed and panic disorder patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 300-304.
40. Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International University Press.
41. Robbins, S.B. (1989). Validity of the superiority and goal instability scales as measures of defects in the self. *Journal of Personality*
42. Blount, C., Evens, C., Brich, S., Warren, F. & Norton, K. (2002). The propert: self-report research measures: beyond psychometrics. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 164.
43. Benjamin, L. S. (1993). Every psychopathology is a gift of love. *Psychotherapy Research*, 3(1), 1-24.
44. Wachtel, P. L. (1993). Cyclical psychodynamics I: Vicious circles. In Wachtel, P. L. (Ed.), *Therapeutic Communication: Knowing what to say when* (pp. 18-30). New York: The Guilford Press.
45. Kernberg, O. F. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
46. Fonagy, P. et al. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant and Mental Health Journal*, 12, 201-218.
47. Fonagy, P. & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 87-114.
48. Main, M. (1995). Recent studies in attachment: overview with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social developmental and clinical perspectives* (pp. 845-888). New York: The Guilford Press.