

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



DISCREPÂNCIAS DOS ESTADOS DO EU: EU REAL, EU IDEAL E EU
OBRIGATÓRIO AVALIADOS UTILIZANDO O MCMI-II.

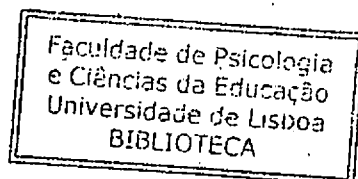
Angela Catarina Calero Brandão

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Área de especialização em Mudança e Desenvolvimento em Psicoterapia

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



DISCREPÂNCIAS DOS ESTADOS DO EU: EU REAL, EU IDEAL E EU
OBRIGATÓRIO AVALIADOS UTILIZANDO O MCMI-II.

Angela Catarina Calero Brandão

Dissertação orientada pelo

Prof. Doutor António Branco Vasco

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Área de especialização em Mudança e Desenvolvimento em Psicoterapia

2005

Agradecimentos

Gostaria de agradecer em especial ao meu orientador de tese, Professor Doutor António Branco Vasco por ter acreditado no projecto, ter-me acompanhado e aberto horizontes de saber, convidando à exploração intelectual e ao desafio da investigação. Mas sobretudo, por ter aceite a minha autonomia e respeitado o meu ritmo de trabalho, estando presente e interessado quando as necessidades de apoio surgiam.

Gostaria de agradecer aos restantes colaboradores nesta tese, em primeiro lugar, à Professora Doutora Carla Moleiro pelo apoio na parte estatística da mesma, aos terapeutas que colaboraram convidando os seus pacientes a participar, aos pacientes e às muitas pessoas que voluntariamente participaram, principalmente no meu local de trabalho, Hospital da CUF Infante Santo, e que permitiram com a sua ajuda a realização deste estudo.

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 biopsicosocial de Millon enfatiza a interação entre o organismo, seus factores biológicos e constitucionais, o meio, e a consequente aprendizagem social, salientando a circularidade da interação. No presente estudo, participaram 78 sujeitos na amostra não-clínica e 40 na clínica, adultos e com um mínimo de 9 anos de escolaridade. Avaliou-se o Eu Real (ER), o Eu Ideal (EI), e o Eu Obrigatório (EO), utilizando Millon Clinical Multiaxial Inventory-II. Nos resultados os ERs distinguem-se nas duas amostras. As discrepâncias ER-EI e ER-EO foram significativas apenas para a amostra clínica, com consequências emocionais negativas. Os resultados da análise das discrepâncias escala a escala foram mistos, e interpretaram-se à luz das teorias de personalidade consideradas nesta investigação. A discrepância ER-EO não apresentou relação com as escalas de estado do MCMI-II, ao contrário da discrepância ER-EI. O estudo, levanta a hipótese de que o EI seja uma entidade mais ampla que o EO, mas com grande grau de sobreposição com este, o que explicaria os resultados contraditórios de investigações anteriores. São consideradas as implicações dos resultados encontrados nas teorias de personalidade e conceptualização de caso em psicoterapia. Finalmente, foram analisados vários casos clínicos, onde se expande o valor clínico deste instrumento e se exploram as implicações para a psicoterapia.

Palavras chave: discrepâncias do Eu; personalidade; MCMI; emoção; motivação; psicoterapia

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 the organism, his biological and constructional factors, the environment, and the consequent social learning, making salient the circularity of interaction. In the present study, 78 adult subjects participated in the non clinical sample and 40 in the clinical sample, with a minimum of 9 years of education. The Real-Self (RS), the Ideal-Self (IS) and the Ought-Self (OS) were evaluated using the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II. The RSs results are differentiate in the two samples. RS-IS and RS-OS discrepancies were only significant for clinical sample, with negative emotions as consequence. The results of discrepancies analysis for each scale were and mixed; they were explained according to personality theories considerate in this work. The RS-OS discrepancy was not related with MCMI-II state scales; the reverse was truth to RS-IS discrepancy. This research hypothesized that IS it's a larger entity then OS, with a great overlapping with OS; this would explain the contradictory results of previous researches. Implications for personality theories and case conceptualization are taken into consideration. Finally, several clinical cases were analyzed; the clinical value of this instrument was expanded and implications for therapy were explored.

Keywords: self-discrepancies; personality; MCMI; emotion; motivation; psychotherapy

Índice

Introdução	7
SDT: Teoria das Discrepâncias do Eu	10
O Desenvolvimento do Eu, e dos seus Orientadores: o Eu Ideal e o Eu Obrigatório	14
Relação entre as Discrepâncias do Eu e a Perturbação Emocional	19
Discrepâncias do Eu: Avaliação Ideográfica v.s. Avaliação Nomotética	23
Hipóteses	26
Método	
Amostra	31
Instrumentos	35
Procedimento	36
Resultados	
Estatística Descritiva	43
Comparação dos ERs das Amostras Não-clínica e Clínica	46
Comparação das Escalas do MCMI-II a Nível dos ERs das Amostras Não-Clínica e Clínica	47
Comparação dos Três Estados do Eu nas Amostras Não-Clínica e Clínica	49
Comparação das Escalas do MCMI-II a Nível dos Três Estados do Eu nas Amostras Não-Clínica e Clínica	51
Comparação a Nível Estrutural dos Orientadores do Eu da Amostra Não-Clínica com os Orientadores do Eu da Amostra Clínica	59
Relação entre a Dinâmica Sintomática e as Discrepâncias entre o ER e os Orientadores do Eu, nas Amostras Não-clínica e Clínica	62
Discussão dos Resultados e Conclusões	
A População em Geral e a População Clínica são Significativamente Diferentes quando avaliadas pelo MCMI-II	67
As Discrepâncias Entre os Três Estados do Eu são Significativas para a População Clínica mas não para a População em Geral	74
A Nível Estrutural os Orientadores EI e EO Não Apresentam Diferenças Significativas	77
Consequências Emocionais das Discrepâncias Significativas entre o ER e os Orientadores do Eu	82
Conclusões	89
Implicações para a Intervenção Clínica	90
Limitações do Estudo	94
Casos clínicos	95
Bibliografia	113

Introdução

O interesse pela compreensão do funcionamento do Eu, tem estado presente ao longo da nossa história filosófica e religiosa. São inúmeras as referências religiosas à existência do bem e do mal, e de como estes influenciam os nossos sentimentos, pensamentos e acções. Na mitologia grega, acreditava-se na existência de uma voz interior, “daimon”, cujo nome deriva do termo “demon” que significa, repleto de conhecimento. O bom daimon, “eudaimon”, era considerado um espírito guardião que dava orientação e protecção. Por sua vez, o mau daimon, “cacodaimon”, desviava a pessoa. Vários filósofos gregos referiram a existência de daimones, Socrates afirma ter sido acompanhado por um ao longo de sua vida. Mais tarde, o termo é aproveitado e mal interpretado na tradição religiosa judaico-cristã, servindo de origem ao termo “demónio” que representa o mal. Portanto, em termos místico-religiosos ao longo dos séculos, existiu o reconhecimento da coexistência de diferentes perspectivas em nós, mas foram consideradas como influências externas à própria pessoa e à sua personalidade.

A primeira referência ocidental à existência do bem e do mal, como escolhas que dependem da razão e de um sentido de orientação interno ou externo, cabe a Aristóteles (trad. 2004) no século III a.C.: “A possibilidade capacitante do Humano manifesta-se de duas maneiras. Uma, através da obediência ao sentido orientador, a outra quando já o possui, através do seu poder de compreensão”. O sentido de orientação determina, para Aristóteles, a tomada de decisão “(...) uma decisão implica um sentido orientador e um processo de pensamento. (...) como sendo uma escolha preferida em detrimento de outras preteridas”. O sentido de orientação é constituído pela excelência cujos componentes ele explica “Sendo a excelência dupla, como disposição teórica [do pensamento compreensivo] e como disposição ética, a primeira encontra no ensino a maior parte da sua formação e desenvolvimento, por

isso requer experiência e tempo; a disposição permanente do carácter resulta, antes, de um processo de habituação”, mais à frente explica um pouco melhor o segundo aspecto, “A excelência ética constitui-se, portanto, em vista de fenómenos de prazer e sofrimento. (...) o prazer e sofrimento acompanham toda a afecção e toda a acção - também sob esse fundamento a excelência se constitui sobre os prazeres e sofrimentos”. Aristóteles vai mais além e responsabiliza claramente educação parental neste processo, “Da mesma forma como os usos e os costumes têm força e influência dentro das cidades-estado, assim também terão força e influência hábitos familiares, talvez até mais dado o laço familiar e os benefícios conferidos (...)”. Portanto, existem grandes implicações de todo este processo de desenvolvimento, “a excelência é, portanto, uma disposição do carácter escolhida antecipadamente. Ela está no meio e é definida relativamente a nós pelo sentido orientador (...). Havendo três disposições de carácter, duas são perversas, a que é por excesso e a que é por defeito, e uma é a da excelência, a qual corresponde à posição intermédia.” (Aristóteles, trad. 2004). Como é possível verificar a excelência ética pode situar-se algures entre os extremos, mas ele explica que quanto maior forma sua tendência central maior a sua adequação e para tal é necessário um esforço de aproximação ao ideal ou excelência ética. “Contudo, decisivo para a felicidade são as actividades autênticas realizadas de acordo com a excelência ética, enquanto as opostas levam à infelicidade (...) Também acerca da excelência não basta conhece-la, mas tem de se tentar possuí-la e aplicá-la, ou de qualquer outro modo tornarmo-nos pessoas de bem” (Aristóteles, trad. 2004).

Aristóteles é, portanto, o primeiro a constatar a existência de diferentes representações internas do Eu, o carácter e a excelência ética. Em relação ao carácter, explica que pode ser adaptativo ou não, consoante o extremar do mesmo. Em relação à excelência ética, assinala que permite avaliações e tomadas de decisão face às situações, que se respeitadas conduzem à felicidade (Aristóteles, trad. 2002). Relaciona a formação da

excelência ética, ou o que chamaríamos hoje de Eu Ideal, principalmente com a aprendizagem e educação parental, e aponta para o seu carácter orientador da tomada de decisão. Relaciona a disposição de carácter, ou o que se poderia chamar de Eu Real, com a presença ou ausência de prazer e sofrimento, e a processos de habitação, situando este desenvolvimento na infância em que a criança não tem capacidade de decisão. Por último, apercebemo-nos que integra a disposição de carácter e a excelência ética, naquilo a que chamou de “possibilidade capacitante”, o que podemos considerar nos nossos termos actuais, como a personalidade, vista como uma estrutura complexa.

Curiosamente, cerca de dois séculos antes, no Oriente Siddharta Gautama (556-486 a. C.), o fundador do budismo, dedicou a sua vida ao ensino da forma como alcançar a libertação do ciclo de sofrimento da humanidade. Nestes ensinamento explica que as causas do sofrimento do homem não são apenas externas, mas também internas derivadas da nossa própria demanda de prazeres mundanos e físicos (Chaline, 2003). Desafiou o conceito de Eu ou personalidade imutável, responsabilizando esta crença, do apego aos nossos desejos, como causa de frustrações e sofrimento (Chaline, 2003). As quatro nobres verdades de Buda, explanam este pensamento, “A vida é sofrimento. O sofrimento é causado pela sede de satisfação pessoal. A sede de satisfação pessoal pode ser dissipada. Segue o caminho das oito vias” (cit. por Chaline, 2003). Este caminho, também conhecido como caminho do meio, consiste num conjunto de ensinamentos: “Reflexão correcta. Conduta correcta. Esforço correcto. Discurso correcto. Modo de vida correcto. Atenção correcta. Concentração correcta. Compreensão correcta” (cit. por Chaline, 2003), relativos à forma de alcançar a iluminação. Os paralelismos entre o pensamento filosófico budista e o aristotélico, tornam-se evidentes nesta breve sùmula.

Mas a base do pensamento filosófico-científico ocidental é a Aristóteles, e irá tornar-se claro até que ponto os aspectos anteriormente citados, estão na actualidade a ser estudados

e desenvolvidos nas áreas da personalidade e psicoterapia. Finalmente, vale a pena citá-lo em

mais dois aspectos centrais que se relacionam com a nossa visão actual sobre a personalidade e a terapia, e que Aristóteles aponta com clareza: “É que não é possível – ou então só muito dificilmente – remover apenas com a acção da palavra disposições há já muito tempo alojadas. (...) A palavra e o ensinamento não têm a mesma força junto de todos, mas a alma do que escuta tem que ser preparada de antemão pelo trabalho através de diversas formas de habituação para poder sentir alegria e abjecção de um modo correcto – do mesmo modo que a terra é preparada para receber uma semente e a fazer fomentar” (Aristóteles, trad. 2004).

SDT: Teoria das Discrepâncias do Eu

A complexidade do conceito de Eu, tem sido portanto reconhecida ao longo dos tempos de diversas formas. O facto do ser humano ser consciente da sua própria existência, portanto, consciente do seu próprio processo psicológico e inevitável envolvimento sociocultural, torna o Eu num conceito central na psicologia social (Kashima & Yamaguchi, 1999). Os estudos mais recentes realizados nesta área têm inúmeras implicações teóricas e práticas. Ultimamente tem-se tentado tornar estes conhecimentos acessíveis aos clínicos e utilizáveis em abordagens psicoterapêuticas. O presente estudo pretende também fazer um esforço nesse sentido. Seguidamente, destacam-se os estudos nesta área, mais recentes e relevantes para a presente tese.

O self ou Eu, consiste numa estrutura cognitiva que permite que a pessoa pense de forma consciente sobre si própria, auto-reflexão. Embora o Eu não seja essencial para a sobrevivência, como ocorre com os animais, a pessoa que não o possua ou que não o tenha activo por algum problema neurológico ou que interfira no funcionamento neurológico, não

consegue regular as impressões que produz nos outros (Leary, 1995). Ao longo do desenvolvimento as crianças vão desenvolvendo a capacidade de auto-reflexão e consequentemente a capacidade de regulação das impressões nos outros. O surgimento da capacidade de auto-reflexão é um produto do desenvolvimento cognitivo e da socialização (Moretti & Higgins, 1999).

Durante este processo, os indivíduos desenvolvem representações dos seus atributos, o que se tem denominado como o auto-conceito real (Moretti & Higgins, 1999). No entanto, não se limitam a atributos constatáveis por factos, incluem também hipóteses sobre como são como pessoas, utilizando o auto-conceito como uma teoria para interpretar as suas experiências (Leary, 1995).

Por outro lado, as pessoas realizam avaliações, que se exprimem em atitudes de aprovação ou desaprovação face ao próprio, e em sentimentos face a essas crenças, o que se denomina por auto-estima (Leary, 1995). Estas avaliações do auto-conceito real, ou Eu Real (ER), são 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, ao conjunto destas representações tem-se atribuído a denominação de Eu Ideal (EI) (Harter, 1995).

As implicações das discrepâncias entre o ER e o EI são particularmente importantes, devido ao seu impacto na auto-estima, sendo que a auto-estima global é construída à custa da importância atribuída e do sucesso alcançado em cada domínio, como James já assinalava em 1892 (cit. por Harter, 1995). Rogers introduz em 1954, pela primeira vez na literatura clínica o conceito de discrepância entre o ER e o EI, defendendo que quanto maior a magnitude da mesma, maior o grau de desadaptação do paciente (Rogers, 1961/1985).

As discrepâncias ou congruências entre as várias representações dos estados Eu têm, portanto, consequências diferenciadas. A *Teoria das Discrepâncias do Eu* ou *Self Discrepancies Theory* (SDT) é um modelo que aborda as relações entre o Eu e o afecto,

ênfatizando os determinantes desenvolvimentistas e cognitivos do auto-conceito, da auto-regulação e da auto-avaliação, (Higgins, 1987, 1989; Moretti & Higgins, 1999; Strauman, 1992). A SDT providência uma estrutura ou esquema conceptual que permite a compreensão do desenvolvimento e estrutura das representações dos estados do Eu, e das respectivas consequências respeitantes à congruência e discrepância entre estes estados (Higgins, 1987, 1989; Moretti & Higgins, 1999).

Esta teoria faz a distinção entre três domínios do Eu: o Eu Actual – 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 (Higgins, 1987; Moretti & Higgins, 1999; Strauman, 1992).

Esta teoria considera as várias representações do Eu, como estados do Eu, não utilizando o termo de Eu Real utilizado por diversos autores visto induzir uma visão estática do Eu, enquanto que o termo Eu Actual se coaduna mais com uma perspectiva dinâmica do Eu. Na realidade, aborda-se aqui a questão da estabilidade e resistência à mudança do Eu, frente a uma variabilidade ou multiplicidade de estados do Eu essencialmente sociais e contextuais. Segundo Strauman (1996), o que realmente interessa na estabilidade do Eu é a sua estrutura, resultante pelo menos em parte do desenvolvimento e com características motivacionais, cuja organização e consistência estrutural não depende de elementos ou crenças individuais. Portanto, trata-se de aceitar tanto a estabilidade como a variabilidade ao longo do tempo e das situações.

Neste trabalho irá utilizar-se a forma Eu Actual (EA), sempre que se esteja a fazer apelo a conceitos derivados da SDT, mas irá utilizar-se Eu Real (ER) sempre que se estiver a

tratar de aspectos mais estruturais do Eu e não contextuais (como crenças e atributos específicos).

Segundo Moretti & Higgins (1999), 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. Embora a SDT tenha dado ao longo do seu desenvolvimento, especial ênfase ao Eu consciente, na realidade, é preciso deixar bem patente que como Freud (1923/1989) já tinha há muito assinalado, o ego ou Eu, como podendo ser igualmente inconsciente e que o ego consciente é essencialmente corporal. No presente estudo, as relações entre Eu consciente e Eu inconsciente são levantadas e estão patentes, principalmente quando o Eu é avaliado e analisado à luz da teoria de personalidade de Millon a vários níveis.

Os resultados empíricos obtidos sobre 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, e o papel que desempenham é susceptível de ser modificado por factores distintos (Boldero & Francis, 2000). O conceito de EO, coincide em grande medida com o conceito do ideal do ego ou super ego de Freud (1923/1989), enquanto o conceito de EI, coincide maioritariamente com a proposta de Rogers (1961/1985) de eu ideal.

A premissa central da SDT é que os indivíduos experienciam perturbação psicológica quando sentem o seu EA substancialmente discrepante dos seus orientadores (Moretti & Higgins, 1999). Portanto, a percepção do indivíduo sobre as discrepâncias e/ou congruências respeitantes ao estado final desejado, tem um significado emocional e funções motivadoras (Boldero & Francis, 1999). 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, Boldero & Francis, 2000; Moretti & Higgins, 1999).

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 medo (Higgins, 1989). Estamos pois perante um sistema do Eu, que utiliza os orientadores do Eu, que são o EI e o EO, com o objectivo de regulação e de avaliação do Eu. A pessoa sente-se motivada a alcançar a maior semelhança possível entre o estado actual do Eu e os seus orientadores (Higgins, 1989).

O Desenvolvimento do Eu, e dos seus Orientadores: o Eu Ideal e o Eu Obrigatório

O impacto das discrepâncias do Eu, no sistema do Eu relaciona-se com vários aspectos importantes para a compreensão das diferenças nos pensamentos, emoções e comportamentos da pessoas, perante condições semelhantes. Um destes aspectos está relacionado com o facto de que diferentes formas educativas têm um impacto distinto no desenvolvimento da visão do mundo, que reflecte as atitudes e crenças que a criança vai adquirindo através do processo de socialização (Higgins, 1989; Jacobs, Bleeker & Constantino, 2003; Mikulincer, Orbach, and Iavnieli, 1998; Morfe et al., 2001; Strauman, 1996, 1998).

As necessidades da criança de carinho e cuidados, motivam-na a aprender as contingências interpessoais, no relacionamento com os pais sendo, com o desenvolvimento posterior, 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 socialização (Strauman, 1996). 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 (Strauman, 1996, 1998).

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, ou seja, as mudanças ao longo do desenvolvimento das capacidades representacionais da criança produzem mudanças no desenvolvimento deste sistema do Eu (Higgings, 1989; Moretti & Higgins, 1999).

No desenvolvimento sensório-motor, a criança já é capaz de ter os “modelos integrados” dos cuidadores. Estes modelos de vinculação ou *esquemas cognitivo-afectivo-relacionais* internalizados (Sperling & Berman, 1994), formam-se durante as primeiras fases de desenvolvimento. A criança internaliza a base segura, que é construída pela imagem que os pais têm dela, comunicada verbal e comportamentalmente, e pelo Eu em interação com eles, uma vez constituído, este modelo começa a funcionar a um nível inconsciente (Bowlby, 1993).

Durante a fase sensório-motora, a criança inicia a diferenciação do seu Eu do Eu da mãe/pai, também é capaz de sentir prazer pela presença de aspectos positivos no ambiente, apreensão pela ausência dos mesmos, apreensão pela presença de aspectos negativos, alívio pela ausência destes. A investigação sobre a vinculação tem evidenciado que a presença dos cuidadores está normalmente associada à presença de experiências positivas e à ausência de

experiências negativas, no entanto, já nesta fase, crianças com vinculação insegura associam os seus cuidadores à presença de aspectos negativos (Bowlby, 1993, Fonagy, 1991, Main, 1995). Quando as crianças têm experiências que as levam a esperar dos cuidadores rejeição e insegurança, desenvolvem um modelo do Eu rejeitado e não amado, e um modelo do outro rejeitante, indisponível e incapaz de amar (Dozier, Stoval and Albus, 1999). Assim, a afectividade dominante nas relações entre a criança e o outro, terá um impacto muito importante na determinação das orientações de aproximação e afastamento. Portanto a emergência do pensamento representacional está associado ao desenvolvimento do sistema regulatório do Eu (Higgins, 1989; Moretti & Higgins, 1999).

O início do desenvolvimento interrelacional, coincide com a emergência das capacidades de representação simbólica, entre os 18 meses e os 2 anos, entre elas a linguagem; a criança desenvolve a capacidade de considerar a bidireccionalidade entre objectos, entre ela como objecto e o outro como objecto (Higgins, 1989; Moretti & Higgins, 1999). Consegue assim entre os 2 e os 5 anos, compreender e representar o significado interpessoal do seu comportamento e as implicações no seu bem-estar psicológico, portanto, estas crenças condicionais reflectem a sua compreensão das regras e das relações sociais e são utilizadas de modo a regular o seu comportamento (Higgins, 1989; Moretti & Higgins, 1999). Nesta fase dá-se o desenvolvimento da “moralidade” do Eu e a emergência da auto-estima. Freud (1923/1989) já tinha relacionado o desenvolvimento da moralidade com o ideal do ego ou super-ego. Segundo este autor, o ideal do ego representa as relações com os pais, que mais tarde são integradas na própria pessoa, esse papel regulador pode ser ao longo do desenvolvimento, desenvolvido por outros significativos como os professores, e a sua influência é sentida sobre a forma de tensões com o ego, que geram sentimentos de inferioridade e culpa.

No entanto, durante esta fase, se os pais forem responsivos e apoiantes ao desenvolvimento destas capacidades e às necessidades emocionais da criança, esta irá aceitar os seus aspectos positivos e negativos, assim como os dos outros, e internalizar funções regulatórias do Eu relacionadas com a manutenção de uma auto-estima saudável (Moretti & Higgins, 1999).

No final do desenvolvimento interrelacional, que ocorre entre os 4 e os 6 anos, e que dará origem ao início do desenvolvimento dimensional, as capacidades representacionais aumentam e a criança consegue inferir quais as perspectivas dos outros em relação a uma determinada situação ou objecto, incluindo o Eu, e compreender que a resposta parental depende da discrepância entre o seu comportamento actual e o comportamento desejado pelos pais (Higgings, 1989; Moretti & Higgins, 1999). A criança percebe que se conseguir inferir qual o comportamento desejado pelos pais, e o desempenhar, conseguirá que os pais respondam positivamente, portanto, inicia o desenvolvimento de orientadores (que consistem no ponto de vista) do outro e começa a autoregular-se para maximizar as consequências positivas (ou minimizar as negativas) para o Eu. Portanto, desenvolve progressivamente, a capacidade de comparar o seu desempenho com o dos outros, comparação social, ou com o seu desempenho no passado, e começa a representar os parâmetros de avaliação do eu que os outros possuem; estes novos parâmetros de auto-avaliação constituem a origem dos ideais e objectivos.

Segundo Moretti & Higgins (1999), as crenças contingenciais entre o Eu e o outro, que enfatizam a aceitação parental, levam ao desenvolvimento de uma auto-estima positiva, pois facilitam a organização e integração das experiências Eu-Outro, mesmo em situações em que aspectos conflituosos ou ameaçadores do Eu têm que ser integrados (como a integração de atributos opostos numa estrutura do Eu mais abstracta).

No final do desenvolvimento dimensional, que sucede em torno ao período entre os 9 e os 11 anos, dá-se o desenvolvimento da capacidade de representação e comparação de parâmetros de várias dimensões distintas ao mesmo tempo, este desenvolvimento da capacidade representacional permite tirar conclusões progressivamente mais estáveis e disposicionais sobre o Eu. A partir deste momento, a criança torna-se capaz de representar com base nas crenças Eu-Outro, de que modos as suas características pessoais não correspondem a standards importantes, o que gera perturbação ou stress psicológico e um problema de complexa resolução (Higgings, 1989; Moretti & Higgins, 1999).

É interessante assinalar que Freud (1933/1989) propõe um processo semelhante ao que temos descrito até o momento. Segundo ele a regulação externa é interiorizada, e o super ego ou ideal do ego reage para com o ego da mesma forma como os pais o faziam anteriormente à criança.

Durante a fase de desenvolvimento vectorial, entre 13 a 16 anos, desenvolve-se a capacidade de considerar múltiplas perspectivas sobre um acontecimento ou atributo, e compará-las entre si, o que interrelaciona distintos sistemas dimensionais (Higgings, 1989; Moretti & Higgins, 1999). Portanto, os adolescentes conseguem comparar as suas características aos vários orientadores do Eu (os próprios e os dos outros), relacionar estes orientadores do Eu, e especular sobre a estrutura representacional do Eu presente no Outro. Isto permite que o adolescente imagine e se comporte segundo imagens do Eu alternativas, considerando as consequências das mesmas. Nesta fase, o adolescente é pressionado a integrar perspectivas do Eu múltiplas e discrepantes, por vezes até aparentemente contraditórias, num sentir do Eu consolidado, ou seja, a consolidar o processo de identidade. Apenas discrepâncias moderadas entre as diferentes representações dos estados do Eu permitem uma auto-exploração e definição do Eu relativamente pacífica, e neste processo o

apoio parental e oportunidades para a individuação dadas por eles, proporcionam as condições para o sucesso deste período (Higgins, 1989; Moretti & Higgins, 1999).

Relação entre as Discrepâncias do Eu e a Perturbação Emocional

As investigações realizadas em torno da teoria da discrepância do Eu, têm sublinhado de forma ampla a existência das consequências emocionais e comportamentais da congruência e incongruência, entre o estado actual do Eu (ou ER) e o estado final (Alexander & Higgins, 1993; Boldero & Francis, 1999, 2000; Brockville & Genest, 1990; Bruch & Laurenti, 1998; Carver & Lawrence, 1999; Eells & Leavenworth, 1997; Hart et al. 1997; Higgins, 1989, 1999; Higgins et al., 1994; Manian, Strauman and Denney 1998; Mikulincer, Orbach and Iavnieli, 1998; Pelham & Swann, 1989; Strauman, 1996). 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 (Boldero & Francis, 1999, 2000; Higgins, 1999; Manian, Strauman and Denney 1998; Strauman, 1996). Quatro variáveis têm sido propostas como moderadoras destas relações: a magnitude da discrepância do Eu, a acessibilidade da discrepância do Eu, a aplicabilidade e relevância no contexto da discrepância do Eu, e a importância da discrepância do Eu para a própria pessoa (Boldero & Francis, 2000; Higgins, 1999; Strauman, 1996).

Segundo Strauman (1996), muitos teóricos defendem que a estabilidade do Eu depende das crenças e atributos do mesmo e da sua acessibilidade, mas poucos têm sido os teóricos que têm encontrado características estruturais estáveis no Eu. Considerando a estabilidade que muitas teorias do *self* defendem, pode considerar-se a coexistência de distintos estados do Eu numa estrutura dinâmica que permite a estabilidade perante a flexibilidade ou alternância (Muran, 2001). Uma estrutura deste tipo permite que os

orientadores do Eu, EI e EO, possam ser mais estáveis do que as crenças sobre o Eu actual, segundo propõe Strauman (1996), pois os orientadores estariam associados a consequências positivas ou negativas. Por outro lado, quanto maior a congruência ou discrepância do EA/EI e/ou EA/EO, maior a probabilidade de experienciar estados emocionais positivos ou negativos. Estes estados emocionais, por sua vez, influenciam a avaliação do Eu, principalmente em situações ambíguas ou complexas. Como resultado deste processo existe uma experiência crónica de discrepância do Eu.

Por outro lado, a origem dos orientadores do Eu, é a percepção dos standards parentais, como já foi referido acima, portanto, estão associados a memórias de experiências da infância e estas às características estruturais e afectivas do sistema regulador (Manian, Strauman and Denney 1998; Strauman, 1996). A estabilidade dos padrões e das estruturas no Eu, é portanto mais provável que as crenças ou atributos do Eu actual, pois têm um significado motivacional e/ou emocional, que influenciam de forma contínua, consciente e inconsciente, a percepção social e do Eu (Strauman, 1996).

Centrando-nos brevemente nas influências das discrepâncias entre o ER/EI, uma pessoa com elevadas discrepâncias ER/EI, terá um maior grau de conexões estruturais, e tenderá a utilizar o ideal como forma de avaliar o ER, 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 disfórico (Strauman, 1996). O mesmo mecanismo está em jogo no que respeita as congruências entre o ER/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 ER/EO, o mecanismo pelo qual as consequências emocionais e comportamentais se manifestam é semelhante, no entanto, as consequências emocionais são tensão, ansiedade, nervosismo. Investigações realizadas com população

clínica têm confirmado estas associações, sendo que as pessoas com diagnóstico de depressão, apresentam discrepâncias crónicas ER/EI, enquanto que pessoas com diagnóstico de fobias sociais apresentavam discrepâncias crónicas ER/EO (Moretti & Higgins, 1999).

A auto-estima global da pessoa depende da tendência a experienciar estados afectivos positivos e negativos, das várias percepções do Eu que a pessoa possui, e da forma como as diferentes visões do Eu são consideradas pela pessoa (Pelham & Swann, 1989), o que se relaciona com o sistema regulatório do Eu, e portanto com as discrepâncias entre o ER e os seus orientadores.

A premissa básica da SDT, que considera que quando as discrepâncias entre o EA e os orientadores do Eu são substanciais, os indivíduos experienciam perturbação emocional, que os motiva a auto-regularem-se de forma a conseguirem a congruência ou reduzirem a discrepância (Boldero & Francis, 1999; Moretti & Higgins, 1999), tem várias implicações. Tem-se verificado, em estudos na população clínica, a existência de uma correlação positiva entre a perturbação psicológica e o grau global de discrepância do Eu, (Moretti & Higgins, 1999). Igualmente têm-se obtido evidências, que apontam no sentido de que as representações das discrepâncias do Eu, constituem importantes marcadores de vulnerabilidade (Moretti & Higgins, 1999). Salienta-se ainda que várias investigações têm relacionado as discrepâncias do Eu com a auto-estima (Bosson, et al., 2003; Moretti & Higgins, 1999).

Portanto, quando existem discrepâncias entre os orientadores do Eu e o EA, os indivíduos tendem a diminuir esta discrepância ou a aumentar a congruência, motivados pela perturbação emocional que sentem. No entanto, os indivíduos que manifestam maiores discrepâncias do Eu, experienciam elevados níveis de perturbação crónica (Strauman, 1992). Então, segundo a SDT, na população normal as discrepâncias EA-EI e EA-EO são em regra pequenas, dado existir um esforço de auto-regulação constante e com sucesso. Enquanto que

na população clínica as discrepâncias EA-EI e EA-EO são elevadas, existindo consequências a nível emocional (elevados níveis de perturbação emocional), cognitivo e comportamental, dado existir um esforço de auto-regulação constante mas sem sucesso. Os orientadores do Eu, no fundo, podem conduzir tanto à adaptação do indivíduo como à desadaptação (Strauman, 1992), por outras palavras, o sistema regulatório do Eu pode acabar por desenvolver a perturbação.

Resumidamente, a SDT permite compreender o desenvolvimento e estrutura das representações dos estados do Eu e as consequências das congruências e discrepâncias entre os vários aspectos desta estrutura (Moretti & Higgins, 1999). Este conhecimento tem grandes implicações para a psicopatologia: os orientadores do Eu estruturas formadas ao longo do desenvolvimento para a auto-avaliação, estão implicadas na vulnerabilidade às perturbações psicopatológicas, (Moretti & Higgins, 1999; Strauman, 1992), estão na origem das consequências emocionais das auto-avaliações negativas e do processo pelo qual estas, induzem de forma consistente o afecto negativo (Strauman, 1989).

A SDT aborda, portanto, 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 processamento (Moretti & Higgins, 1999). Estamos, portanto, a estudar aspectos cruciais ao funcionamento da personalidade e à compreensão dos mecanismos de desenvolvimento e manutenção tanto de personalidades adaptativas como não adaptativas.

Estes aspectos tornam desejável que se consiga relacionar a SDT com distintas teorias de personalidade. No entanto, a maioria dos estudos realizados não têm respondido a esta necessidade, cingindo-se a determinados aspectos concretos do funcionamento do Eu, ou das consequências a nível da perturbação psicológica. Exceptuam-se dois estudos que relacionam a SDT com o modelo de personalidade dos cinco factores (Hafidahl et al., 2000;

Watson & Watts, 2001), que apontam para a existência de uma relação entre as discrepâncias do Eu e a estrutura de personalidade subjacente, o que tem enormes implicações em termos psicoterapêuticos.

Discrepâncias do Eu: Avaliação Ideográfica v.s. Avaliação Nomotética

Outro constrangimento ao avanço da integração da SDT com as teorias do funcionamento da personalidade e da psicopatologia da personalidade, refere-se à metodologia utilizada para a avaliação das discrepâncias do Eu. Até à data, a maioria dos estudos realizados em torno das discrepâncias do Eu, têm utilizado os *Selves Questionnaire* que consiste numa medida ideográfica das representações do Eu, enquanto que a maioria das medidas de auto-conceito são medidas nomotéticas, o que tem constituído uma limitação em termos de investigação.

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 para além das medidas de EA, ao contrário do que se consegue com as medidas nomotéticas (Moretti & Higgings, 1999). Portanto, não é de estranhar que não exista nenhum estudo que tente relacionar a SDT e o modelo de perturbação de personalidade de Millon, visto que a medida desenvolvida por Millon, o MCMI (*Millon Clinical Multiaxial Inventory*), trata-se de uma medida nomotética.

No entanto, a teoria de personalidade de Millon 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 alargada (Millon, 1997). A personalidade do indivíduo é definida por este modelo, 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 (Avila-Espada & Herrero Sanchez, 1995). Millon (1987) na sua teoria, enfatiza a interacção entre o organismo, seus factores biológicos e constitucionais, com o meio, e a consequente 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 freudiana (Avila-Espada & Herrero Sanchez, 1995). Por outro lado, o modelo subjacente ao MCMI-II, permite a construção de uma taxonomia coerente no domínio do sujeito (Millon, Everly & Davis, 1995), 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). Por último, esta teoria consistente com o conhecimento actual, ao nível da taxonomia e do sistema de avaliação, permite determinar qual o foco inicial da terapia e o desenvolvimento de estratégias de intervenção em psicoterapia (Dorr, 1999; Millon, Everly & Davis, 1995).

O MCMI-II, desenvolvido com base na teoria de personalidade de Millon, consiste numa forma nomotética de medir a auto-representação ou ER, que nos permite determinar a presença versus ausência de perturbação de personalidade, dando informação alargada sobre quais os traços característicos da personalidade do indivíduo. Neste momento o MCMI é o terceiro instrumento de personalidade mais utilizado em investigação no mundo, e um dos instrumentos psicológicos mais utilizado a nível clínico (Craig, 1999). Pelo que a escolha e utilização do MCMI nesta investigação justifica-se plenamente e reveste-se de vantagens evidentes.

A utilização do MCMI como instrumento para avaliar as discrepâncias do Eu, implica o emprego do mesmo em três aplicações de modo a avaliar o ER e os orientadores do Eu, o EO e o EI. Existem dois estudos que utilizam o MCMI-II desta forma inovadora, ou seja, pediram aos participantes o seu preenchimento de modo a avaliar o ER e o EI, o de Meagher et al. (1978) e o de Hernandez (1995), no entanto, o seu objectivo não consistiu, em relacionar a utilização das discrepâncias entre ER/EI com a SDT. O estudo de Hernandez (1995), pretendeu investigar qual o perfil que indivíduos detidos demonstravam quando preenchiam o MCMI-II, considerando o seu EI, e qual o perfil quando as instruções eram dadas no sentido de tentarem agradar. No que respeita ao estudo de Meagher et al. (1978), foram utilizados alguns itens *Millon Multidimensional Adolescent Inventory*, para a construção de uma escala cujo objectivo seria avaliar a teoria Rogeriana sobre a congruência entre o ER e o EI no bem-estar psicológico. Portanto, nenhum deles pretendeu investigar a SDT.

O presente estudo entende que o MCMI-II pode ser considerado um instrumento suficientemente sensível na detecção das discrepâncias entre o EA/EO, EA/EI e EO/EI. Portanto, pretende verificar se pessoas com perturbação psicológica realmente apresentam discrepâncias maiores, como sugerido pela SDT, e se as premissas básica da SDT se observam ao utilizar este instrumento. Por outro lado, se for possível detectar os orientadores do Eu com este instrumento, é reforçada a ideia defendida pelo modelo da SDT de que são elementos constituintes da estrutura da personalidade, pois o MCMI-II foi construído com o objectivo principal de avaliar, em contextos clínicos, a estrutura ou matriz de personalidade. Pretende-se ainda, analisar o tipo de discrepâncias que se observam consoante os distintos traços de personalidade que apresentam elevações. Portanto, se a presença de elevadas discrepâncias ocorre em todas as escalas de forma mais ou menos homogénea, ou se tendencialmente surge naquelas em que existe maior auto-consciência da sua existência

devido às suas consequências na dinâmica emocional. Por último, é o primeiro estudo em Portugal a observar o comportamento da população em geral face ao MCMI-II, e o primeiro a avaliar as diferenças entre os estados do Eu na duas populações, a população em geral e a população clínica.

Em resumo, se o MCMI- II for um instrumento sensível aos diferentes estados do Eu, o ER, o EI e o EO, poderá obter-se um conjunto mais alargado de informações sobre a estrutura de personalidade. Por outro lado, será possível ampliar o conhecimento do MCMI-II como instrumento e às vantagens da utilização do mesmo. Por último, se as discrepâncias do Eu forem detectadas pela utilização do MCMI-II, será possível utilizar a teoria de biopsicossocial de Millon como um meio de integração de todo o conjunto de conhecimentos derivados da SDT numa teoria mais alargada de personalidade e da psicopatologia.

Hipóteses

As hipóteses desta investigação derivam, portanto da SDT, e utilizam como instrumento o MCMI-II, para avaliar os diferentes estados do Eu e possibilitar a medição das suas discrepâncias. Deste modo a teoria de Millon é utilizada como uma matriz alargada de integração da SDT e suas implicações teóricas, empíricas e clínicas. As hipóteses abaixo colocadas de forma individual, apresentam um breve comentário que permite compreender a razão pela qual foram colocadas.

Hipótese 1: a população não-clínica e a clínica são significativamente diferentes quando avaliadas pelo MCMI-II. 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 normal (Millon, 1987). 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, que o MCMI-II seja capaz de diferenciar as duas populações.

Hipótese 2: as discrepâncias entre os três estados do eu 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 sintomática (Millon, 1987). Por outro lado, a SDT aborda aspectos fundamentais da estrutura, dinâmica e predisposições do processamento, e portanto da personalidade (Moretti & Higgins, 1999). 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 os aspectos estruturais dos diferentes estados do Eu, ou seja, é capaz de detectar as discrepâncias entre o ER e os orientadores do Eu, EI e EO.

Por outro lado, segundo a SDT os indivíduos que manifestam maiores discrepâncias do Eu, experienciam elevados níveis de perturbação crónica (Strauman, 1992), enquanto nos indivíduos com discrepâncias pequenas, não existe esse impacto emocional, dado existir um esforço de auto-regulação constante e com sucesso. Portanto, espera-se que as discrepâncias

apenas sejam significativas na amostra clínica, pois é precisamente esta que apresenta perturbação crónica.

Hipótese 3: os orientadores EI e EO da população não-clínica, não apresentam discrepâncias significativas a nível da sua estrutura (eixo II), com os orientadores EI e EO da população clínica. Durante as primeiras fases de desenvolvimento a criança internaliza a base segura, que é construída pela imagem que os pais têm dela, comunicada verbal e comportamentalmente, e pelo Eu em interacção com eles, uma vez constituído, este modelo começa a funcionar a um nível inconsciente (Bowlby, 1993). Esta primeira forma de internalização, por vezes também chamada de *incorporação*, está baseada em muito pouca ou mesmo nenhuma diferenciação entre o Eu e o Outro (Moretti & Higgins, 1999). Só mais tarde, após os processos de *introjecção*, *identificação*, e finalmente, *internalização*, é que os orientadores do Eu são adoptados como próprios, a capacidade de regulação interna aumenta e a dependência do ambiente diminui (Moretti & Higgins, 1999).

Portanto a internalização dos orientadores é muito mais tardia que a internalização dos modelos ou *esquemas cognitivo-afectivo-relacionais*, originados durante o processo de vinculação, ou seja, logo no início de vida. Por outro lado, os orientadores do Eu internalizados, podem ser muito discrepantes dos modelos internalizados durante a vinculação. O que vai de encontro com a noção de que os orientadores do Eu, no fundo, podem conduzir tanto à adaptação do indivíduo como à desadaptação (Strauman, 1992), por outras palavras, o sistema regulatório do Eu pode acabar por desenvolver a perturbação.

Resumindo, o ER representa conjunto de atributos e comportamentos, conscientes e inconscientes que a pessoa tem sobre si própria, cuja base são modelos internalizados durante a vinculação. Os orientadores do Eu, internalizados muito mais tarde, relacionam-se com as expectativas, ideais e valores que os pais têm em relação ao filho/a e que transmitem esperar dele/a. Portanto, espera-se que os orientadores internalizados pela população clínica, sejam

semelhantes aos orientadores internalizados pela população não-clínica, visto estarem bastante relacionados com os standards sociais.

Hipótese 4: os orientadores EI e EO não são significativamente diferentes, quando se considera a sua estrutura (eixo II). Segundo a SDT os orientadores EI e EO são entidades distintas, que parecem estar relacionadas com emoções e comportamentos específicos (sob determinadas circunstâncias) e serem diferencialmente susceptíveis a modificações por influência de outros factores (Boldero & Francis, 1999). No entanto, apesar de distintos os orientadores estão em geral próximos, existindo vários estudos em que nem se conseguiram encontrar as consequências emocionais e comportamentais únicas de cada um deles (e.g. Gonnerman et al., 2000; Phillips & Silvia, 2005; Tangney et al., 1998). Por outro lado, várias investigações têm apontado para que, em casos clínicos muito concretos, nos quais existe um conflito crónico entre os orientadores, as consequências emocionais deste conflito são intensas, gerando indecisão, confusão e incerteza sobre a identidade e objectivos (Orbach, et al., 1998; Van Hook & Higgins, 1988).

Portanto, apesar de se esperar que a população clínica apresente consequências da sua estrutura de personalidade a nível da dinâmica emocional, não se espera que a maior parte das pessoas apresente discrepâncias elevadas entre os seus orientadores. Dito por outras palavras, não se esperam encontrar na amostra clínica, conflitos significativos entre os orientadores, pois os casos clínicos em que possam existir serão pontuais.

Hipótese 5: as discrepâncias significativas entre os estados do Eu presentes na população clínica relacionam-se com níveis significativamente mais elevados de perturbação emocional – escalas de estado (eixo I). Esta hipótese deriva da premissa central da SDT de que os indivíduos experienciam perturbação psicológica quando sentem o seu ER substancialmente discrepante dos seus orientadores (Moretti & Higgins, 1999). Conforme se

tem verificado em diversos estudos, os indivíduos que manifestam maiores discrepâncias do Eu, experienciam elevados níveis de perturbação crónica (Strauman, 1992). Portanto, segundo a SDT, espera-se que na população clínica as discrepâncias ER-EI e ER-EO sejam elevadas, existindo consequências a nível emocional (elevados níveis de perturbação emocional), cognitivo e comportamental, dado existir um esforço de auto-regulação constante mas sem sucesso. A forma de avaliar a perturbação psicológica existente, é a través da comparação e análise das classificações nas escalas de estado do MCMI-II, que se esperam significativamente mais elevadas na amostra clínica.

Hipótese 6: nos indivíduos da população clínica, quando as discrepâncias entre o ER-EI são superiores às discrepâncias ER-EO espera-se um predomínio de sintomatologia relacionada com a tristeza e desilusão, ou seja, a uma elevação das escalas de distímia e depressão do MCMI-II. *Hipótese 7: Nos indivíduos da população clínica, quando as discrepâncias entre o ER-EO são superiores às discrepâncias ER-EI espera-se um predomínio de sintomatologia relacionada com o medo e insegurança, o que corresponde a uma elevação das escalas de ansiedade e somatização do MCMI-II.* Segundo a SDT, congruências entre ER-EI representam a presença de resultados positivos, enquanto que discrepâncias indicam a ausência de resultados positivos; por outro lado, congruências entre ER-EO representam a ausência de resultados negativos, enquanto que discrepâncias indicam a presença de resultados negativos (Boldero & Francis, 2000; Moretti & Higgins, 1999). 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 medo (Higgins, 1989). Estas hipóteses pretendem explorar a premissa básica de que as discrepâncias elevadas conduzem à perturbação emocional, e que esta perturbação é distinta consoante o tipo de discrepância em causa, ER-EI ou ER-EO.

Método

Amostra

Este estudo, tem como base duas amostras, que em conjunto perfazem um total de 118 sujeitos, com 18 anos ou mais, que preencheram o MCMI-II, nas formas ER, EI e EO. Apenas as pessoas com 18 anos ou mais, foram consideradas elegíveis pois, segundo McMullen (2000), existem elevados níveis de desenvolvimento do Eu antes dos 17 anos, mas baixos níveis de desenvolvimento do Eu após os 17 anos. Por outro lado, a DSM-IV (1996) exige, para efeitos de diagnóstico, que o início de um padrão de perturbação de personalidade, tenha ocorrido na adolescência ou início da idade adulta, e que as características tenham estado presentes na pessoa pelo menos durante um ano. Embora a hipótese de diagnóstico de perturbação de personalidade, se possa considerar logo aos 17 anos, a Perturbação Anti-Social da Personalidade constitui uma excepção, e a DSM-IV (1996) exige que a pessoa tenha no mínimo 18 anos.

A amostra não-clínica, com um total de 78 sujeitos, incluiu sujeitos 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 sujeitos, incluiu sujeitos de ambos sexos, que usufruíam de acompanhamento psicoterapêutico durante o decorrer do estudo. Na Tabela 1, é possível consultar qual a distribuição dos sujeitos, no que respeita ao sexo e idade, para as duas amostras consideradas.

Todos os participantes seleccionados tinham que possuir um grau de escolaridade igual ou superior ao 9º ano de escolaridade. A escolha deste critério de exclusão considerou vários aspectos. Por um lado, a escolaridade obrigatória na actualidade em Portugal situa-se no 9º ano de escolaridade. Por outro, tentou-se evitar o efeito encontrado no estudo de

Munson & Spivey (1983), no qual constataram que o EA e o EI são diferentes em mulheres consoante a classe social seja elevada, média ou baixa, e no que diz respeito às suas auto-imagens, discrepâncias não são homogêneas dentro de cada classe, aparentemente existe uma grande variância no auto-conceito na classe social baixa quando comparada tanto com a classe média como com a alta. Os autores não conseguem explicar esta variância, no entanto, ela poderá dever-se a um enviesamento dos resultados, visto que os items que serviram para avaliar o EA e o EI pertenciam ao inventário de Ross (1966) e foram cotados segundo uma escala tipo Likert de 7 pontos; sabe-se que sujeitos com baixo grau de escolaridade apresentam dificuldades maiores em ler/compreender este tipo de escalas.

Neste estudo foi pedido aos sujeitos que fizessem adaptações mentais dos items ao estado do Eu que estava a ser avaliado (nos casos do EI e do EO). Portanto, considerou-se que a resposta aos questionários exigia um elevado grau de abstracção, apesar de ser uma resposta de tipo escolha obrigatória, *verdadeiro* ou *falso*. Teve-se em conta um nível de escolaridade mínimo que à partida permite a realização deste exercício mental. Na tabela 1, pode observar-se que, na realidade, a maioria das sujeitos das duas amostras, possui um grau de escolaridade bastante acima do mínimo considerado.

Tabela 1: Principais características demográficas das amostras não-clínica e clínica.

Variável														
Amostra não-clínica (n = 78)														
Sexo	Masculino								Feminino					
	<u>f</u>				<u>P</u>				<u>f</u>				<u>P</u>	
	19				24.36				59				75.64	
Idade	18-25 anos		26-30 anos		31-35 anos		36-40 anos		41-45 anos		46-50 anos		> 50 anos	
	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>
	35,00	44,87	17,00	21,79	16,00	20,51	7,00	8,97	0,00	,00	2,00	2,56	1,00	1,28
Escolaridade	9º ano		10º-12º anos		Frequência universitária		Licenciatura		Pós-graduação e superior		SI			
	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>		
	4,00	5,13	20,00	25,64	30,00	38,46	20,00	25,64	2,00	2,56	2,00	2,56		
Amostra clínica (n = 40)														
Sexo	Masculino								Feminino					
	<u>f</u>				<u>P</u>				<u>f</u>				<u>P</u>	
	19				25.00				59				75.00	
Idade	18-25 anos		26-30 anos		31-35 anos		36-40 anos		41-45 anos		46-50 anos		> 50 anos	
	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>
	23,00	57,50	4,00	10,00	3,00	7,50	6,00	15,00	3,00	7,50	0,00	0,00	1,00	2,50
Escolaridade	9º ano		10º-12º anos		Frequência universitária		Licenciatura		Pós-graduação e superior		SI			
	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>		
	2,00	5,00	6,00	15,00	22,00	55,00	10,00	25,00	0,00	0,00	0,00	0,00		

Nota: f = frequência; P = percentagem; SI = sem informação

Para além dos critérios de exclusão já expostos, a amostra clínica, considerou um conjunto de outros critérios. A presença de um diagnóstico de psicose ou esquizofrenia, foi considerado critério e exclusão, pois as pessoas com este diagnóstico psiquiátrico apresentam graves alterações de consciência. As pessoas com diagnóstico de toxic dependência,

também foram excluídas dado as alterações de consciência induzidas pelo consumo de substâncias psicotrópicas, e a impossibilidade de controlar o momento em que a pessoa responde ao inventário. Foram igualmente excluídos todos os indivíduos que na altura do preenchimento do primeiro questionário, se encontravam em acompanhamento psicoterapêutico há mais de quatro meses ou 16 sessões, pois considerou-se que a probabilidade de ocorrerem mudanças a nível estrutural é mais elevada, o que poderá reflectir-se numa redução da discrepância do ER em relação aos orientadores do Eu, tal e como, por exemplo, Rogers (1961/1985) verificou que ocorria durante a terapia em relação à discrepância entre o Eu Real e o Eu Ideal.

O método de amostragem para a população não-clínica foi o de *amostragem directa*, conseguindo-se posteriormente, uma *amostragem em rede* ou *networking sample* (Meltzoff, 1998), tratou-se de um tipo de amostragem não-probabilística (Maroco, 2003). A escolha desta forma de amostragem deveu-se à pouca disponibilidade imediata em termos de participantes sob outras condições. Por outro lado, pretendeu-se evitar a limitação da amostra a estudantes universitários, pois este grupo de participantes apesar de acessíveis, podem apresentar características não generalizáveis à população não universitária. Para evitar que através de este método acabasse por ocorrer uma excessiva homogeneização do grupo, os participantes contactados pertenceram a contextos laborais muito diversos, e com graus de escolaridade e formações académicas, igualmente distintas.

Para a amostragem da população clínica foi utilizado o método de amostragem directa (Meltzoff, 1998) através do contacto entre os psicoterapeutas e seus pacientes. Portanto, este grupo foi constituído essencialmente por uma *amostragem de oportunidade*, que no entanto, permitiu uma razoável heterogeneização no que respeita à amostra clínica em fase inicial da psicoterapia, visto terem-se contactado e disponibilizado com colegas relacionados

com distintos meios laborais. Assim, tratou-se, novamente, de um tipo de amostragem não-probabilística (Maroco, 2003), como já tinha sido o caso com a população não-clínica.

No que diz respeito à amostra não-clínica, foi aceite a participação de sujeitos mesmo quando estes apenas preencheram um inventário, desde que este questionário fosse o correspondente ao ER. Todos os que apenas preencheram um dos inventários o EI ou o EO foram excluídos. No que diz respeito à amostra clínica, os pacientes que apenas preencheram um questionário foram excluídos. A justificação desta diferença de critérios reside no facto de que o MCMI-II não foi construído para avaliar a população normal e existem poucas investigações que tenham avaliado qual a resposta da população normal ao MCMI-II. Portanto, foi importante obter um número elevado de sujeitos que tivessem respondido ao ER, para permitir uma adequada interpretação dos dados. A análise do tipo de resposta da amostra não-clínica permite inferir as tendências de resposta para a população normal portuguesa. As investigações em que o MCMI-II foi aplicado à população normal americana, apresentaram elevações a um nível subsindromático ($BR \leq 84$), para as escalas Compulsiva e Antissocial, e elevações a níveis patológicos ($BR > 84$) para as escalas Narcisismo e a Histrionica (Wetzler, 1990). Era importante compreender se este tipo de padrão de resposta se mantém. Por outro lado, este tipo de informação poderá auxiliar o terapeuta na definição e adequação de objectivos psicoterapêuticos com pacientes com perturbações de personalidade.

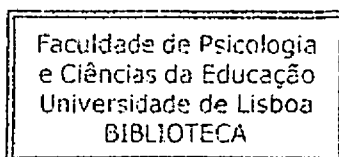
Instrumentos

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 escalas (Millon, 1990).

Utilizou-se o MCMI-II pois está traduzido para português, mas foram utilizadas as normas para a população americana com base na qual o instrumento foi construído e aferido, pois não existe aferição do instrumento para a população portuguesa. O MCMI-II, foi aplicado em três versões distintas, o ER, o EI e O EO. Na versão ER do inventário não existiu qualquer alteração das instruções.

Procedimento



No presente estudo, o MCMI-II, foi aplicado em três versões distintas, o ER, o EI e O EO. Para o EI foram alteradas as instruções de modo a que a pessoa respondesse ao instrumento em função dos atributos que gostaria de possuir, mais concretamente: "As páginas seguintes contêm uma série de afirmações que as pessoas utilizam para se descreverem, utilize-as para caracterizar como gostaria que tivessem sido os seus sentimentos e atitudes no passado, como gostaria de ser no presente e como gostaria de ser no futuro. Tente ser o mais sincero possível nas escolhas que fizer. Os resultados ajudarão a compreender como *gostaria de ser* como pessoa" (negrito no original). Para o EO foram alteradas as instruções de modo a que se respondesse ao instrumento em função atributos que se acredita dever possuir, em termos concretos: "As páginas seguintes contêm uma série de afirmações que as pessoas utilizam para se descreverem, utilize-as para caracterizar o que considera que deveriam ter sido os seus sentimentos e atitudes no passado, o que acha que deveria ser a sua caracterização no presente e o que considera que deveria ser a sua caracterização no futuro. Tente ser o mais sincero possível nas escolhas que fizer. Os

resultados ajudarão a compreender como considera que *deveria ser* como pessoa” (negrito no original).

Em nenhuma das três versões foi realizada qualquer alteração além das instruções, i.e., os vários itens que constituem o inventário não sofreram alterações. As instruções foram submetidas a uma avaliação por juizes independentes (cinco psicólogos), onde se verificou um acordo interjuizes. A concordância entre as três instruções e as definições dos três domínios ou estados do Eu que se pretenderam medir, foi confirmada.

Além das aplicações directas aos sujeitos, foram igualmente enviados por e-mail os inventários e respectivas instruções escritas, para aqueles sujeitos da amostra não-clínica, que se disponibilizaram a responder preferindo esta via de contacto. Neste caso, as respostas aos inventários foram igualmente enviadas por via e-mail, para o experimentador. Foi explicado a todos os participantes, que a sua participação era voluntária e que seria mantida total confidencialidade a respeito da identidade (podendo, inclusive, ser escolhida uma identidade falsa).

As instruções dadas pretenderam evitar, dentro do possível, o contacto e a discussão entre os participantes durante a resposta ao questionário, o que limitaria a validade interna. Como parte das instruções, explicou-se que se pretendia uma resposta rápida e individual ao inventário, recomendou-se que se evitasse toda e qualquer discussão sobre o mesmo com terceiras pessoas. O objectivo da investigação explicitado aos participantes foi o seguinte: “esta investigação consiste em conhecer o modo como as pessoas sentem e pensam sobre um conjunto de afirmações a respeito do funcionamento psicológico, para tal é necessário o preenchimento de três inventários que lhe serão entregues com no mínimo duas semanas de intervalo”. Para aumentar a motivação, explicou-se que os resultados seriam apresentados aos participantes que se mostrassem interessados em os conhecer.

Conjuntamente com o primeiro questionário 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 (devido aos critérios de exclusão da amostra). O objectivo concreto da investigação apenas foi explicado no final do preenchimento das três versões do MCMI-II, e apenas aos sujeitos que o desejaram.

No caso da amostra clínica, foram explicados os critérios de exclusão aos terapeutas participantes e os objectivos gerais do estudo, foi entregue um pequeno manual com as instruções a dar aos pacientes (idênticas às dadas no caso da população não-clínica) e com o procedimento de entrega e recolha dos inventários. Os pacientes que participaram no estudo, fizeram-no de forma voluntária e foi-lhes garantido o anonimato.

Precisamente devido a que todos os sujeitos tenham sido voluntários, é provável que exista algum enviesamento das amostras, relacionado com aqueles que sentiram dificuldade ou desconfiança em se autorevelarem, e com os sujeitos que consideraram a tarefa demasiado longa. A maioria das recusas em participar e das desistências após a entrega do primeiro ou do segundo questionário, foi justificada pelo tempo demasiado longo que a resposta ao inventário exige. O factor *tempo de resposta*, já foi assinalado, num outro estudo, como uma das principais críticas que os pacientes fazem ao MCMI-II (Blount, et al., 2002). Portanto, dado existir neste estudo, o requisito de preencher três inventários com um intervalo de tempo mínimo de duas semanas entre cada um, significa que na prática é exigido que decorreram pelo menos quatro semanas entre a entrega do primeiro e a entrega do terceiro inventário. Isto constitui um claro constrangimento na recolha dos inventários, visto que vários sujeitos não colaboraram até ao final, tendo existido alguns que só preencheram um dos inventários, e outros que apenas preencheram dois dos três questionários, o que obviamente limitou a consistência estatística dos dados.

Nesta investigação não existiu manipulação de variáveis independentes e realizou-se uma distribuição não aleatória dos sujeitos pelos grupos. Portanto, utilizou-se um desenho quantitativo descritivo de tipo *ex post facto*, que serviu de base ao estudo das hipóteses desta investigação (Heppner et al., 1999). A variável independente considerada neste estudo foi a amostra, clínica v.s. não-clínica. As variáveis dependentes consideradas foram: (a) as escalas do instrumento MCMI-II (medidas por 23 das 25 variáveis) nas três condições estudadas, ER, EI e EO; (b) três indicadores globais de comparação, desenvolvidos neste estudo; e (c) duas variáveis de discrepância, a ER-EI e a ER-EO, também desenvolvidas nesta investigação.

A escolha destas variáveis deve-se a que se pretendeu explorar, por um lado, os resultados globais, ou seja, o comportamento do inventário como um todo, utilizando indicadores que conjugam os valores obtidos nas várias escalas e que permitem a comparação das duas amostras. Por outro, o comportamento das escalas do MCMI-II individualmente, separando os resultados obtidos a nível das escalas de traço (características estruturais da personalidade), das escalas de estado (dinâmica emocional). Seguidamente, apresenta-se uma definição para cada uma das variáveis desenvolvidas com estes objectivos.

Indicador Global (IG). Foi construído da seguinte forma: considerou-se cada pessoa individualmente, e fez-se uma média dos valores obtidos em cada uma das escalas de traço (13 escalas) e de estado (9 escalas) do MCMI-II (ou seja, foram somados os valores obtidos nas 22 escalas consideradas e seguidamente divididos por 22).

Indicador Traço (IT). O procedimento foi semelhante: considerou-se cada pessoa individualmente, e fez-se uma média dos valores obtidos em cada uma das escalas de traço (13 escalas) do MCMI-II (ou seja, foram somados os valores obtidos nas 13 escalas consideradas e seguidamente divididos por 13).

Indicador Estado (IE). Novamente, considerou-se cada pessoa individualmente, e fez-se uma média dos valores obtidos em cada uma das escalas de estado (9 escalas) do MCMI-II (ou seja, foram somados os valores obtidos nas 9 escalas consideradas e seguidamente divididos por 9).

Variável discrepância ER-EI. Foi construída do seguinte modo: para cada indivíduo, o valor de cada escala de traço do ER foi subtraído ao valor de correspondente da mesma escala de traço do EI (ou seja, obtiveram-se 13 valores correspondentes aos resultados das subtracções das 13 escalas); com os valores absolutos dos resultados desta operação fez-se uma média(i.e., foram somados os 13 valores obtidos e seguidamente divididos por 13) que constituiu o valor para esse indivíduo da variável discrepância ER-EI.

Variável discrepância ER-EO. Foi construída de modo idêntico: para cada indivíduo, o valor de cada escala de traço do ER foi subtraído ao valor de correspondente da mesma escala de traço do EO (ou seja, obtiveram-se 13 valores correspondentes aos resultados das subtracções das 13 escalas); com os valores absolutos dos resultados desta operação fez-se uma média(i.e., foram somados os 13 valores obtidos e seguidamente divididos por 13) que constituiu o valor para esse indivíduo da variável discrepância ER-EO.

O procedimento de cálculo das discrepâncias utilizado, conseguindo uma média para cada indivíduo, é um procedimento comum a vários estudos realizados nesta área, mas utilizando outros instrumentos como o *Selves Questionnaire* (e.g. Phillips & Silvia, 2005; Strauman, 1992).

A probabilidade dos resultados serem devidos ao acaso é aumentada pelo elevado número de variáveis dependentes considerado, no entanto, tentou-se minimizar esta possibilidade controlando o erro tipo I. Por outro lado, e com o objectivo de diminuir o número de variáveis consideraram-se apenas, os indicadores criados em muitas das análises realizadas. Sempre que se pretendeu explorar as diferenças a nível de traço ou personalidade

(eixo II da DSM), as 13 escalas do MCMI-II (que passarão a ser denominadas escalas de traço, para facilitar a leitura e compreensão), correspondentes às 10 dimensões ou padrões de personalidade e às 3 escalas de gravidade da patologia de personalidade. Por outro lado, quando se pretendeu explorar as diferenças a nível de estado (eixo I da DSM), apenas se consideraram as 6 escalas clínicas sindromáticas e as 3 escalas de gravidade dos síndromas clínicos (que passarão a ser denominadas escalas de estado, para facilitar a leitura e compreensão). Estas decisões tentaram reduzir, o erro tipo I a controlar.

Por último é de referir que não foi possível proceder-se a uma análise do poder para controlar se o tamanho da amostra permite ou não detectar diferenças significativas entre os dois grupos, pois não existem investigações semelhantes a esta que tenham sido realizadas anteriormente e que pudessem servir de base para esses cálculos estatísticos.

Visto que o mesmo instrumento MCMI-II, foi utilizado para avaliar o ER, EI e o EO nos dois grupos, para anular os efeitos da sequência da aplicação, esta foi, sempre que possível aleatória, tendo-se na prática formado 6 subgrupos de participantes cujas sequências de aplicação foram distintas: (a) ER, EI, EO; (b) EI, ER, EO; (c) EI, EO, ER; (d) EO, EI, ER; (e) EO, ER, EI; e (f) ER, EO, EI. Para minimizar os efeitos de aprendizagem da primeira aplicação para a segunda aplicação do instrumento, e da segunda para a terceira aplicação, o intervalo considerado entre as aplicações, foi idêntico ou superior ao que tem sido utilizado nos estudos de teste-reteste do instrumento em causa, ou seja, no mínimo duas semanas (Craig, 1999; Wetzler, 1990).

Quanto à ordem de preenchimento dos MCMI-II, existiram constrangimentos a nível da amostra clínica que obrigaram a que na maior parte dos casos a versão ER fosse preenchida em primeiro lugar. Dado o interesse clínico das respostas da amostra não-clínica à versão ER, a maior parte dos questionários com esta versão foram igualmente preenchidos em primeiro lugar. Por último, é de citar que muitas pessoas não preencheram os três

inventários desistindo ao fim do segundo inventário, caso o último questionário fosse a versão ER, então os dois anteriormente preenchidos - as versões EI e EO, foram excluídas da análise estatística por ser impossível a comparação dos resultados com a versão ER, essencial para este estudo.

Como é possível observar na Tabela 2, apesar desta variável não ter sido controlada, as percentagens referentes à ordem de preenchimento são muito semelhantes para a amostra não-clínica e clínica no que respeita ao ER, para a versão EI, a maior parte dos questionários foram preenchidos em segundo lugar nas duas amostras, embora com percentagens distintas; por último, em relação à versão EO, ordem de preenchimento apresenta percentagens totalmente distintas para as duas amostras, sendo que na população clínica a maioria foi preenchida em segundo lugar. Portanto, podemos concluir, que embora não se tenha conseguido anular o efeito da sequência na sua totalidade, ela foi pelo menos parcialmente anulada através da estratégia de aleatoriedade de entrega, que foi respeitada nas versões EI e EO do MCMI-II.

Tabela 2: Frequência e percentagem segundo a ordem de entrega dos inventários para cada um dos três estados do Eu.

Orden	ER		EI		EO	
	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>
Amostra não-clínica (<i>n</i> = 78)						
1ª Entrega	58.00	74.36	9.00	11.54	11.00	14.10
2ª Entrega	14.00	26.42	31.00	58.49	8.00	15.09
3ª Entrega	6.00	23.08	9.00	34.62	11.00	42.31
Total	78.00	49.68	49.00	31.21	30.00	19.11
Amostra clínica (<i>n</i> = 40)						
1ª Entrega	31.00	79.49	4.00	10.26	4.00	10.26
2ª Entrega	7.00	18.42	17.00	44.74	14.00	36.84
3ª Entrega	2.00	8.33	14.00	58.33	8.00	33.33
Total	40.00	39.60	35.00	34.65	26.00	25.74

Nota: *P* = percentagem.

Resultados

Estatística Descritiva

Utilizou-se uma estratégia paramétrica na análise dos resultados desta investigação. No sentido de verificar se as duas amostras formadas, a amostra não-clínica e a amostra clínica, não são significativamente diferentes nas variáveis, sexo, idade e grau de escolaridade, o que evitaria possíveis interferências nos resultados, procedeu-se à execução de testes qui-quadrado e do teste *t* de student. Os resultados dos testes de qui-quadrado realizados para as variáveis nominais categorizadas, permite afirmar com 5% de probabilidade de erro, que não existem diferenças significativas entre as amostras clínica e não-clínica no que respeita à variável sexo, $\chi^2(1, N = 118) = .006, p = .939, ns$, e grau de escolaridade, $\chi^2(5, N = 118) = 5.056, p = .409, ns$. Aplicou-se o teste *t* de student para comparar as médias em relação à variável ordinal idade, para as duas amostras. Verificou-se aplicando o teste Levene que as variâncias populacionais estimadas são homogêneas. O resultado permite concluir, com 5% de probabilidade de erro, que não existem diferenças significativas em relação à média da variável idade, $t(116) = -5.14, p = .608, ns$. Portanto, podemos concluir que as duas amostras não são significativamente diferentes no que respeita às variáveis, sexo, idade e grau de escolaridade, o que significa que os resultados estarão, em grande medida, livres de interferência destas variáveis, e as amostras se podem considera-se que diferem em relação à variável em questão, clínica e não-clínica.

As duas amostras formadas, a amostra não-clínica e a amostra clínica, são por sua vez constituídas por 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 3).

Tabela 3: Frequência de inventários preenchidos e de tríades obtidas para cada amostra.

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

Nota: *f* = frequência.

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

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 4). Por outro lado, é possível contrastar este padrão com o da amostra clínica (Tabela 5), e apreciar quais os aspectos em que ambas se distinguem.

Tabela 4: Amostra não-clínica, estatística descritiva das escalas 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	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
Ansiedade	26.03	27.44	1.09	-.02	7	9.00	0	5.10
Somatoforme	46.05	18.19	-.85	.16	1	1.30	1	1.30
Bipolar	49.45	13.88	-1.06	1.62	1	1.30	0	.00
Distímica	19.65	25.20	1.96	3.11	7	9.00	4	5.10
Dependência de álcool	35.15	16.20	-.33	-.12	0	.00	0	.00
Dependência de drogas	44.91	16.24	-.24	-.55	2	2.60	0	.00
Perturbação de pensamento	43.18	21.26	-1.07	.09	1	1.30	0	.00
Depressão major	37.58	23.54	-.33	-.66	2	2.60	1	1.30
Pensamento delirante	54.32	10.77	-1.75	3.85	0	.00	0	.00

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

Tabela 5: Amostra clínica, estatística descritiva das escalas 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
Histriônica	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
Ansiedade	58.13	29.63	-.08	-1.17	17	42.50	8	20.00
Somatoforme	55.23	15.55	-1.93	3.79	0	.00	0	.00
Bipolar	56.98	15.29	-.90	1.82	2	5.00	2	5.00
Distímica	54.45	29.70	-.10	-1.40	13	32.50	11	27.50
Dependência de álcool	49.83	18.01	-1.02	1.64	2	5.00	1	2.50
Dependência de drogas	54.25	18.47	-1.00	.67	3	7.50	0	.00
Perturbação de pensamento	56.30	13.09	-1.55	7.21	1	2.50	1	2.50
Depressão major	55.75	15.25	-1.93	4.97	2	5.00	0	.00
Pensamento delirante	58.05	9.91	-.81	.16	0	.00	0	.00

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

Comparação dos ERs das Amostras Não-clínica e Clínica

Para averiguar se o MCMI-II é capaz e distinguir as amostras clínica e não-clínica, no que respeita ao ER, foi escolhida a realização de um teste *t* de student para comparar as médias do IG que os ERs das duas amostras apresentam. Verificou-se, aplicando o teste Levene, homogeneidade das variâncias populacionais estimadas. Os resultados, permitiram concluir que a média do IG do ER da amostra não-clínica (*M* = 49.13, *SD* = 11.00) é

significativamente *menor* que a média do IG do ER da amostra clínica ($M = 61.59$, $SD = 11.49$), $t(116) = -5.74$, $p < .01$. Procedeu-se de modo idêntico para o ITs, verificou-se a homogeneidade das variâncias, aplicou-se o teste t de student para comparar as médias das duas amostras, e os resultados foram $t(116) = -4.92$, $p < .01$, o que permitiu concluir que a média do IT do ER da amostra não-clínica ($M = 55.73$, $SD = 10.39$) é significativamente *menor* que a média do IT do ER da amostra clínica ($M = 65.85$, $SD = 10.94$). Por último, procedeu-se de igual modo para os IEs, após verificar a homogeneidade das variâncias, foi utilizado o teste t de student para comparar as médias das duas amostras, cujos resultados foram $t(116) = -5.99$, $p < .01$, tendo-se concluído que a média do IE do ER da amostra não-clínica ($M = 39.59$, $SD = 13.48$) é significativamente *menor* que a média do IE do ER da amostra clínica ($M = 55.44$, $SD = 13.84$).

Estes resultados permitem afirmar que o MCMI-II, apresenta-se como um instrumento capaz de diferenciar os ERs da amostra clínica da não-clínica, quando se utilizam os indicadores.

Comparação das Escalas do MCMI-II a Nível dos ERs das Amostras Não-clínica e 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 (verificou-se aplicando o teste Levene que as variâncias populacionais estimadas foram homogêneas, para todas as escalas excepto para a evitante, distímica, perturbação de pensamento, depressão maior e pensamento delirante). 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

Resultados – Comparação das Escalas do MCMI-II a Nível dos ERs das Amostras Não-Clinica e Clínica

ERs, para as escalas evitante, passivo-agressivo, negativista, esquizotípica e estado-limite, quando se considerou o intervalo de confiança de 99% (Tabela 6).

Tabela 6: Teste *t* de student para comparar as escalas de traço 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
Histriónica	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

Nota: SE = diferença do erro estandardizado

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

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 7). ⁽¹⁾

¹ Devido a que os parâmetros para a utilização do teste *t* de student não foram respeitados nas escalas cujas variâncias populacionais estimadas não foram homogêneas, decidiu-se fazer um teste não paramétrico, o teste de Kruskal-Wallis, que permitisse confrontar os resultados, nessas escalas. Verificou-se com uma probabilidade de erro de 5% que as duas amostras foram significativamente diferentes para as escalas evitante, distímica, perturbação do pensamento e depressão major (tal e como se tinha obtido pela aplicação do teste *t*).

Resultados – Comparação das Escalas do MCMI-II a Nível dos ERs das Amostras Não-Clinica e Clínica

Tabela 7: Teste *t* de student para comparar as escalas de estado do MCMI-II no ER.

Escala	Amostra não-clínica		Amostra clínica		<i>df</i>	<i>T</i>	SE	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
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 estandardizado

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

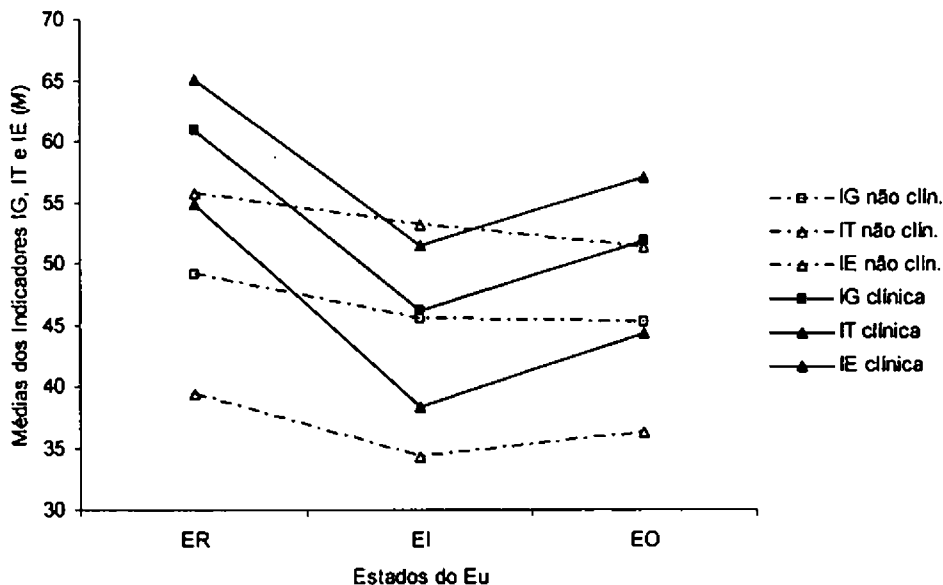
Comparação dos Três Estados do Eu nas Amostras Não-Clinica e Clínica

Pretendeu-se explorar se os três estados do Eu, ER, EI e EO, para cada uma das amostras, eram significativamente diferentes entre eles quando avaliados pelo MCMI-II. Realizou-se esta análise de forma independente para as amostras não-clínica e clínica. Para cada um dos estados do Eu, foram calculados os indicadores IG, IT e IE, de modo idêntico ao descrito acima.

Na amostra não-clínica, procedeu-se à comparação das médias dos IGs, dos ITs, e dos IEs, calculados para cada um dos estados do Eu. Foi escolhida a realização de uma Análise de Variâncias (ANOVA) *a um factor* para comparar as médias das três sub-amostras (verificou-se aplicando o teste Levene que as variâncias populacionais estimadas das três sub-amostras foram homogéneas). Os resultados da aplicação da ANOVA permitiram concluir, com uma probabilidade de erro de 1%, para o Indicador Global (IG) que as médias IG do ER (*M* = 49.13, *SD* = 11.00), IG do EI (*M* = 45.42, *SD* = 10.30) e IG do EO (*M* =

45.19, $SD = 10.19$), não foram significativamente diferentes, $F(2,154) = 2.505$, *ns*. Chegou-se à conclusão para o Indicador Traço (IT) que as médias IT do ER ($M = 55.73$, $SD = 10.39$), IT do EI ($M = 53.10$, $SD = 10.53$) e IT do EO ($M = 51.35$, $SD = 10.07$), não foram significativamente diferentes, $F(2,154) = 2.236$, *ns*. Por último, concluiu-se para o Indicador Estado (IE) que as médias do IE do ER ($M = 39.59$, $SD = 13.48$), IE do EI ($M = 34.31$, $SD = 11.09$) e IE do EO ($M = 36.28$, $SD = 11.24$), não foram significativamente diferentes, $F(2,154) = 2.871$, *ns*, (ver Figura 1).

No que respeita à amostra clínica, o procedimento foi semelhante. Procedeu-se à comparação das médias dos IGs, dos ITs, e dos IEs, calculados para cada um dos estados do Eu. Para tal, aplicou-se uma ANOVA *a um factor* para comparar as médias das três sub-amostras (verificou-se a homogeneidade das variâncias populacionais estimadas das três sub-amostras), cujos resultados permitiram concluir, com uma probabilidade de erro de 1%, para o Indicador Global (IG) que as médias IG do ER ($M = 60.90$, $SD = 12.17$), IG do EI ($M = 46.07$, $SD = 12.24$) e IG do EO ($M = 51.78$, $SD = 15.38$), foram significativamente diferentes, $F(2,99) = 12.439$, $p < .01$. Para o Indicador Traço (IT), foi possível concluir que as médias IT do ER ($M = 65.10$, $SD = 11.83$), IT do EI ($M = 51.41$, $SD = 11.99$) e IT do EO ($M = 57.02$, $SD = 14.84$), foram significativamente diferentes, $F(2,99) = 11.147$, $p < .01$. Finalmente, para o Indicador Estado (IE), concluiu-se que as médias do ER ($M = 54.84$, $SD = 14.20$), do EI ($M = 38.35$, $SD = 13.52$) e do EO ($M = 44.23$, $SD = 17.65$), foram significativamente diferentes, $F(2,99) = 11.915$, $p < .01$. Na Figura 1 podem observar-se os resultados anteriores e as diferenças entre a amostra não-clínica e a amostra clínica.



Figural Comparação das médias dos indicadores para os três estados do Eu, para a amostra não-clínica e clínica.

Procedeu-se à realização de Comparações Múltiplas que permitiram concluir, com uma probabilidade de erro de 1%, que as diferenças das médias foram significativas para os três indicadores IG, IT e IE, nos casos em que se consideraram as discrepâncias ER-EI e ER-EO, mas não o foram para as discrepâncias EI-EO em nenhum dos três indicadores.

Comparação das Escalas do MCMI-II a Nível dos Três Estados do Eu nas Amostras 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 8.

Resultados – Comparação das Escalas do MCMI-II a Nível dos Três Estados do Eu nas Amostras Não-Clínica e Clínica

Tabela 8: Amostra não-clínica, estatística descritiva e comparações a um factor 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
Ansiedade	26.03	27.44	15.86	17.71	19.80	20.34	2.93	.06
Somatoforme	46.05	18.19	39.31	15.28	38.87	17.53	3.17*	.04
Bipolar	49.45	13.88	52.04	15.37	52.10	13.46	0.66	.52
Distímica	19.65	25.20	11.12	15.34	10.20	10.18	3.79*	.02
Dependência de álcool	35.15	16.20	29.84	16.22	31.57	15.79	1.75	.18
Dependência de drogas	44.91	16.24	45.37	17.17	46.53	15.86	0.11	.90
Perturbação de pensamento	43.18	21.26	36.41	22.99	41.03	19.83	1.49	.23
Depressão major	37.58	23.54	23.35	22.34	31.67	20.93	5.92**	.00
Pensamento delirante	54.32	10.77	55.53	11.67	54.77	13.61	0.16	.85

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

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 homogêneas). Os resultados da aplicação da ANOVA a um factor (ver Tabela 8) 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.

No que respeita às escalas de estado, as médias dos três estados do Eu foram significativamente diferentes para as escalas: somatoforme, $F(2,154) = 3.173$, $p < .05$; distímica, $F(2,154) = 3.791$, $p < .05$ e depressão major, $F(2,154) = 5.920$, $p < .05$; as restantes escalas não apresentaram médias significativamente diferentes para os três estados do Eu.²

Para analisar quais as médias dos estados do eu que de facto que 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 2 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.

² Devido a que os parâmetros para a utilização de uma ANOVA não foram todos respeitados, nas escalas cujas variâncias populacionais estimadas não foram homogéneas, decidiu-se fazer um teste não paramétrico, o teste de Kruskal-Wallis, que permitisse confrontar os resultados, nessas escalas. Verificou-se com uma probabilidade de erro de 5% que os três estados do Eu não foram significativamente diferentes para as escalas esquizóide e ansiedade, e foram significativamente diferentes para a escala distímica (tal e como se tinha obtido pela aplicação da ANOVA).

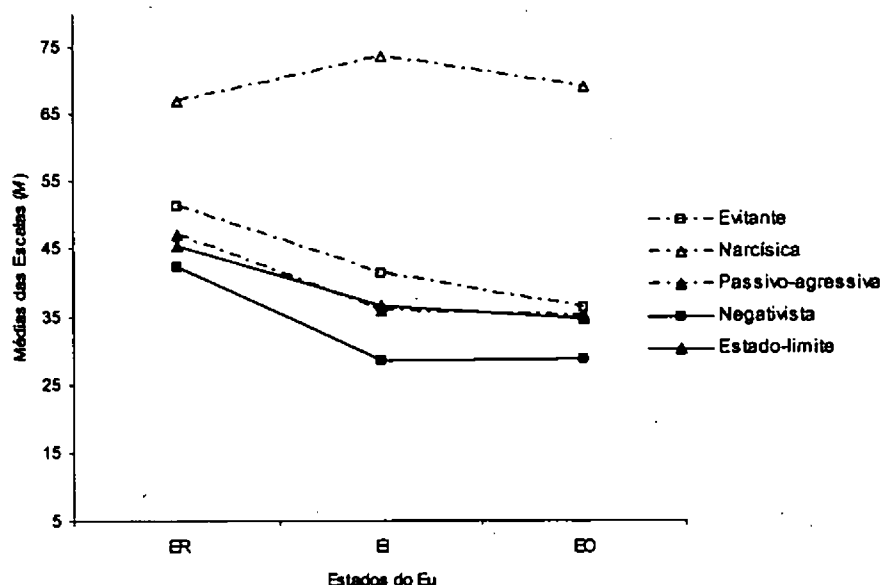


Figura 2 Escalas de traço da amostra não-clínica, com médias significativamente diferentes para os três estados do Eu.

As escalas de estado que apresentaram discrepâncias ER-EI significativamente diferentes foram: distímica, somatoforme e depressão major. Apenas uma escala de estado apresentou uma discrepância ER-EO significativamente diferente, foi a escala somatoforme (ver Figura 3).

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).

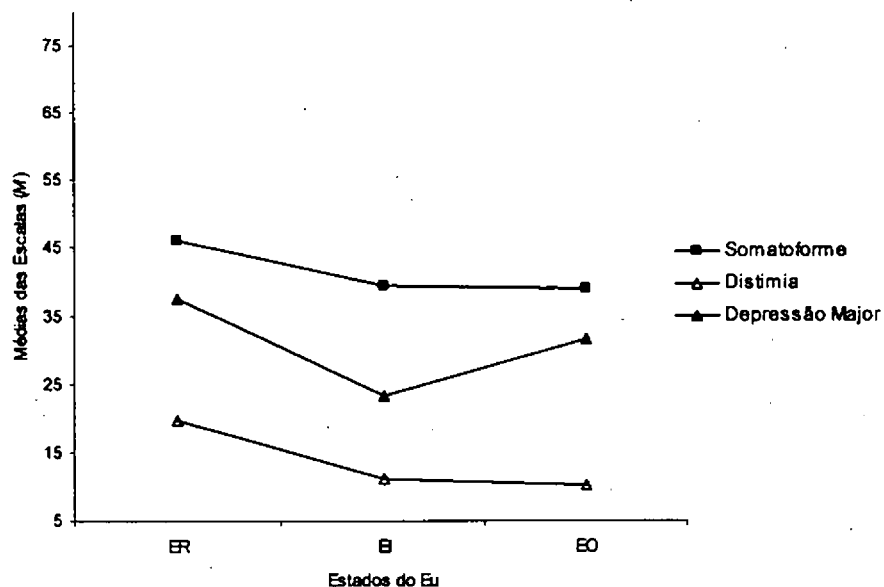


Figura 3 Escalas de estado da amostra não-clínica, com médias significativamente diferentes para os três estados do Eu.

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 9.

Resultados – Comparação das Escalas do MCMI-II a Nível dos Três Estados do Eu nas Amostras Não-Clínica e Clínica

Tabela 9: Amostra clínica, estatística descritiva e comparações a um factor 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
Ansiedade	56.85	30.37	21.91	25.97	34.23	37.02	12.56**	.00
Somatoforme	54.39	16.26	39.57	16.03	45.04	18.51	7.58**	.00
Bipolar	57.10	15.12	54.86	12.88	56.27	18.27	0.20	.82
Distímica	53.27	30.29	19.14	25.18	29.92	33.60	13.23**	.00
Dependência de álcool	49.02	18.51	31.34	17.34	39.27	20.94	8.45**	.00
Dependência de drogas	53.83	18.43	49.57	14.81	52.96	18.19	0.62	.54
Perturbação de pensamento	55.83	13.27	46.83	19.07	50.08	18.19	2.82	.06
Depressão major	55.29	15.34	23.77	25.92	30.19	29.15	19.37**	.00
Pensamento delirante	57.98	9.80	58.14	9.81	60.12	10.96	0.41	.67

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

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 9) 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. No que respeita às escalas de estado, as médias dos três estados do Eu foram significativamente diferentes para as escalas: ansiedade, $F(2,99) = 12.561, p < .05$; somatoforme, $F(2,99) = 7.582, p < .05$; distímica, $F(2,99) = 13.231, p < .05$; dependência de álcool, $F(2,99) = 8.449, p < .05$; e depressão major, $F(2,99) = 19.367, p < .05$; as restantes escalas não apresentaram médias significativamente diferentes para os três estados do Eu (consultar Tabela 9).³

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, esquizotípica 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 4 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.

³ Devido a que os parâmetros para a utilização de uma ANOVA não foram todos respeitados, nas escalas cujas variâncias populacionais estimadas não foram homogéneas, decidiu-se fazer um teste não paramétrico, o teste de Kruskal-Wallis, que permitisse confrontar os resultados, nessas escalas. Verificou-se com uma probabilidade de erro de 5% que os três estados do Eu não foram significativamente diferentes para as escalas esquizóide e ansiedade, mas foram significativamente diferentes para a escala distímica (tal e como se tinha obtido pela aplicação da ANOVA).

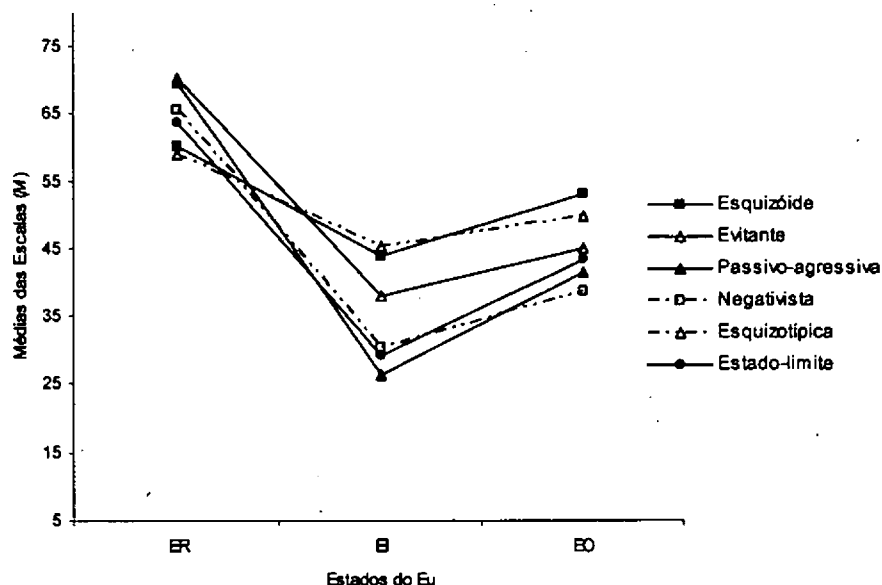


Figura 4 Escalas de traço da amostra clínica, com médias significativamente diferentes para os três estados do Eu.

No que respeita às escalas de estado que apresentaram discrepâncias ER-EI significativamente diferentes foram as seguintes: ansiedade, somatoforme, distímica, dependência de álcool e depressão major. As discrepâncias ER-EO foram significativamente diferentes para as escalas: ansiedade, distímica e depressão major. (ver Figura 5).

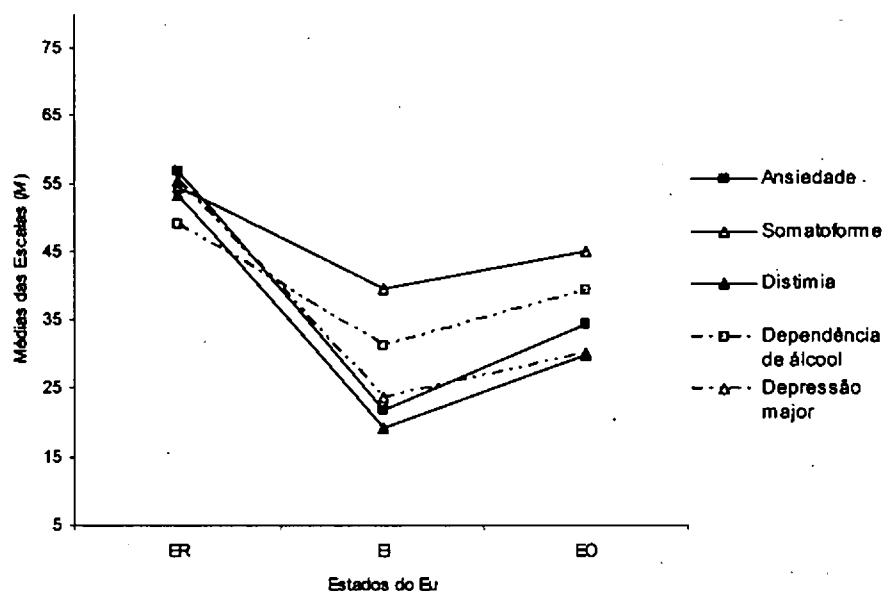


Figura 5 Escalas de estado da amostra clínica, com médias significativamente diferentes para os três estados do Eu.

Como pode observar-se nas Figuras 4 e 5, para todas as escalas, os estados do Eu – EI e EO, apresentaram médias inferiores às correspondentes do ER. Portanto, ao explorarmos a amostra clínica, uma grande parte das escalas foram significativamente diferentes quando se compararam os três estados do Eu (avaliados pelo inventário MCMI-II).

Comparação a Nível Estrutural dos Orientadores do Eu da Amostra Não-Clínica com os Orientadores do Eu da Amostra Clínica

Para explorar se os orientadores da amostra clínica eram significativamente diferentes, em termos estruturais, dos orientadores da amostra não-clínica, procedeu-se à comparação utilizando os ITs. Nesse sentido, realizou-se um teste *t* de student (verificou-se aplicando o teste Levene que as variâncias populacionais estimadas foram homogêneas), que comparou as médias dos ITs dos EIs as duas amostras e permitiu concluir, com um intervalo

de 99% de confiança, que não foram encontradas diferenças significativas entre a média do IT do EI da amostra não-clínica ($X = 53.10$, $SD = 10.53$) e a média do IT do EI da amostra clínica ($X = 51.41$, $SD = 11.99$), $t(82) = 0.685$, *ns*. Procedeu-se do mesmo modo para comparar as médias dos ITs dos EOs das duas amostras, aplicou-se um teste t de student (verificou-se aplicando o teste Levene que as variâncias populacionais estimadas foram homogéneas), cujo resultado permitiu concluir, com um intervalo de 99% de confiança, que não foram encontradas diferenças significativas entre a média do IT do EO da amostra não-clínica ($X = 51.36$, $SD = 10.07$) e a média do IT do EO da amostra clínica ($X = 57.02$, $SD = 14.84$), $t(54) = -1.691$, *ns*.

Para realizar uma exploração mais pormenorizada a nível estrutural, compararam-se as escalas de traço, para observar se existiam ou não diferenças significativas entre os orientadores das duas amostras. Escolheu-se a utilização de testes t de student que fizessem a comparação das médias escala a escala (verificou-se, aplicando o teste Levene, a homogeneidade das variâncias populacionais estimadas, excepto a estado-limite, as restantes foram homogéneas). Os resultados da comparação escala a escala dos EI das duas amostras, permitiram concluir que não foram encontradas diferenças significativas entre as médias das escalas (consultar Tabela 10), excepto na escala compulsão cujo resultado foi significativamente diferente, $t(82) = 2.237$, $p < .05$, ou seja, a escala compulsão é a única cuja média do EI da amostra não-clínica ($X = 78.06$, $SD = 13.91$) é significativamente maior que a média do EI da amostra clínica ($X = 71.00$, $SD = 14.74$)⁴.

O mesmo procedimento foi seguido para comparar escala a escala os EO das duas amostras (verificou-se aplicando o teste Levene que as variâncias populacionais estimadas são homogéneas para todas as escalas excepto para as: esquizóide, evitante, passivo-

Resultados – Comparação a Nível Estrutural dos Orientadores do Eu da Amostra Não-clínica com os Orientadores do Eu da Amostra Clínica

agressiva, negativista e estado-limite), os testes *t* de student aplicados permitiram concluir, com 5% de probabilidade de erro, que as médias das escalas não são significativamente diferentes (ver Tabela 10), excepto a escala compulsão, $t(54) = 2.161, p < .05$, ou seja, a escala compulsão é a única cuja média do EO da amostra não-clínica ($X = 79.27, SD = 11.38$) é significativamente maior que a média do EO da amostra clínica ($X = 71.54, SD = 15.31$)⁵.

Tabela 10: Teste *t* de student para comparar as escalas de traço dos orientadores do Eu.

Escala	Amostra não-clínica EI		Amostra clínica EI		<i>F</i>	<i>P</i>	Amostra não-clínica EO		Amostra clínica EO		<i>F</i>	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Esquizóide	48.45	22.00	43.69	25.50	0.92	.36	42.53	27.79	52.96	19.84	-1.59	.12
Evitante	41.22	24.68	37.77	28.17	0.60	.55	36.23	21.91	45.08	35.15	-1.15	.26
Dependente	46.88	29.16	51.34	31.01	-0.67	.50	45.93	25.93	54.58	29.05	-1.18	.24
Histriónica	67.39	20.37	71.03	18.40	-0.84	.40	64.67	19.81	70.38	21.89	-1.03	.31
Narcísica	73.51	14.06	75.03	18.28	-0.43	.67	69.10	15.17	78.04	22.73	-1.75	.09
Anti-social	59.49	11.78	61.63	15.15	-0.73	.47	60.53	12.49	63.81	17.12	-0.82	.41
Agressivo-sádica	64.92	14.89	62.86	12.00	0.68	.50	67.30	13.13	66.04	17.14	0.31	.76
Compulsiva	78.06	13.91	71.00	14.74	2.24*	.03	79.27	11.38	71.54	15.31	2.16*	.04
Passivo-agressiva	35.94	26.97	26.31	28.52	1.57	.12	35.17	23.72	41.04	35.26	-0.74	.46
Negativista	28.55	23.65	30.40	29.31	-0.32	.75	28.77	22.78	38.54	37.40	-1.20	.24
Esquizotípica	45.47	15.22	45.17	17.64	0.08	.93	41.23	17.59	49.77	19.56	-1.72	.09
Estado-limite	36.47	19.40	29.03	26.87	1.47	.14	34.77	18.21	43.31	32.69	-1.23	.22
Paranóide	64.00	11.42	63.11	8.56	0.39	.70	62.13	11.63	66.19	9.92	-1.39	.17

* $p < .05$

Em resumo, conclui-se que os orientadores das duas amostras não são significativamente diferentes do ponto de vista estatístico, nem termos globais nem quando se considera a nível das escalas de traço. Ou seja, os orientadores EI e EO das duas

⁴ Após a aplicação do teste de Kruskal-Wallis para a escala estado-limite, pôde concluir-se com 5% de probabilidade de erro que a média do EI da amostra não-clínica ($M = 36.47, SD = 19.40$) foi maior que a média do EI da amostra clínica ($M = 29.03, SD = 26.87$), $H(1, N = 84), p < .05$.

⁵ Após a aplicação do teste de Kruskal-Wallis para as escalas esquizóide, evitante, passivo-agressiva, negativista e estado-limite, pôde concluir-se com 5% de probabilidade de erro que as médias dos EIs da amostra não-clínica e as médias dos EIs da amostra clínica não são significativamente diferentes, para nenhuma das escalas consideradas.

populações não são significativamente diferentes a nível estrutural, e estes por sua vez, não são significativamente diferentes da estrutura do ER da população não-clínica.

Relação entre a Dinâmica Sintomática e as Discrepâncias entre o ER e os Orientadores do Eu, nas Amostras Não-Clínica e Clínica

A SDT prevê que quando as discrepâncias entre o ER-EI são superiores às discrepâncias ER-EO, existe um predomínio de sintomatologia relacionada com a tristeza e desilusão, ou seja, neste estudo esperou-se a uma elevação das escalas de distímia e depressão do MCMI-II. Por outro lado, a SDT também prevê que quando as discrepâncias entre o ER-EO são superiores às discrepâncias ER-EI existe um predomínio de sintomatologia relacionada com o medo e insegurança, o que neste estudo corresponderia a uma elevação das escalas de ansiedade e somatização do MCMI-II. No entanto, como se pretendeu avaliar as discrepâncias estruturais, apenas eram esperadas este tipo de relações quando as discrepâncias fossem significativas (na amostra clínica), i.e., quando os sintomas fossem intensos e crónicos no indivíduo, tal como prevê a SDT.

No sentido de explorar se existia algum tipo de relação entre as discrepâncias ER-EI e ER-EO e a sintomatologia de eixo I, escolheu-se realizar correlações entre as variáveis discrepância ER-EI, discrepância ER-EO e as escalas de estado do MCMI-II. Para poder explorar as correlações, decidiu utilizar-se o teste de correlações de Pearson (antes do mesmo, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov que permitiu concluir as variáveis somatoforme, bipolar, dependência de drogas, depressão major e as variáveis discrepância ER-EI e ER-EO, apresentaram uma distribuição normal, no caso das variáveis ansiedade, distímica, dependência de álcool, perturbação de pensamento e pensamento delirante, não apresentaram uma distribuição normal). Os resultados das correlações de Pearson realizadas

com as variáveis da população não-clínica (Tabela 11), revelaram que a variável discrepância ER-EI correlacionou-se significativamente com as variáveis (com uma distribuição normal) somatoforme ($r_s = .30, p < .05$) e depressão major ($r_s = .34, p < .05$); a variável discrepância ER-EO não se correlacionou significativamente com nenhuma variável. Na Tabela 11, podemos observar que nos resultados das correlações de Spearman (para as variáveis que não apresentaram uma distribuição foi normal), a variável discrepância ER-EI correlaciona-se significativamente com a variável discrepância ER-EO ($r_s = .40, p < .05$).

Tabela 11: Intercorrelações entre as variáveis de estado do MCMI-II e variáveis de discrepância, para a amostra não-clínica.

Escala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Ansiedade	--	.67**	.01	.85**	.56**	.17	.37**	.68**	.20	.49**	.22
2. Somatoforme	.79**	--	.32**	.48**	.53**	.42**	.44**	.51**	.32**	.30*	.17
3. Bipolar	.11	.34**	--	.01	.35**	.66**	.14	.11	.12	-.19	-.18
4. Distímica	.65**	.54**	.07	--	.52**	.13	.43**	.63**	.21	.53**	.18
5. Dependência de álcool	.52**	.55**	.35**	.50**	--	.64**	.52**	.49**	.32**	.28	.05
6. Dependência de drogas	.15	.42**	.67**	.12	.61**	--	.47**	.29**	.44**	-.10	-.16
7. Perturbação de pensamento	.36**	.47**	.17	.46**	.54**	.43**	--	.40**	.66**	.17	.06
8. Depressão major	.65**	.72**	.11	.60**	.54**	.30**	.43**	--	.14	.34*	.21
9. Pensamento delirante	.22	.30**	.18	.21	.38**	.51**	.59**	.15	--	.01	-.02
10. Discrepância ER-EI	.26	.19	-.18	.21	.18	-.22	.01	.27	-.11	--	.77
11. Discrepância ER-EO	.12	.06	-.027	.31	-.09	-.09	-.16	.08	-.22	.40*	--

Nota: Na diagonal superior encontram-se as correlações de Pearson efectuadas, na inferior as correlações de Spearman. A correlação é significativa ao nível * $p < .05$, ** $p < .01$ (bi-direccional).

No que respeita à amostra clínica o procedimento foi semelhante, utilizou-se o teste de correlações de Pearson, (aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov que permitiu concluir as variáveis ansiedade, bipolar, distímica, dependência de álcool e as variáveis discrepância ER-EI e ER-EO, apresentaram uma distribuição normal, no caso das variáveis somatoforme,

dependência de drogas, perturbação de pensamento, depressão maior e pensamento delirante, não apresentaram uma distribuição normal). Os resultados das correlações de Pearson realizadas com as variáveis com uma distribuição normal (Tabela 12), permitiram concluir que a variável discrepância ER-EI correlacionou-se significativamente com as escalas de distímica ($r = .44, p < .01$), dependência de álcool ($r = .34, p < .05$), e com a variável discrepância ER-EO ($r = .67, p < .01$); a variável discrepância ER-EO apenas se correlacionou com a variável discrepância ER-EI. Os resultados das correlações de Spearman (Tabela 12) realizadas com as variáveis da população clínica que não seguem uma distribuição normal, mostram que existiram correlações significativas entre a variável discrepância ER-EI e a escala perturbação de depressão maior ($r_s = .38, p < .05$); a variável discrepância ER-EO não se correlaciona significativamente com nenhuma escala.

Tabela 12: Intercorrelações entre as variáveis de estado do MCMI-II e variáveis de discrepância, para a amostra clínica.

Escala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Ansiedade	--	.74**	.35*	.81**	.59**	.33*	.53**	.64**	.21	.21	-.04
2. Somatoforme	.86**	--	.44**	.65**	.56**	.42**	.69**	.65**	.46**	.20	.09
3. Bipolar	.32*	.42**	--	.20	.47**	.81**	.41**	.25	.50**	.14	.13
4. Distímica	.81**	.66**	.20	--	.63**	.24	.54**	.77**	.06	.44**	.13
5. Dependência de álcool	.63**	.52**	.47**	.60**	--	.67**	.60**	.62**	.19	.34*	-.10
6. Dependência de drogas	.39*	.28	.66**	.30	.62**	--	.54**	.30	.40*	.77	-.08
7. Perturbação de pensamento	.54**	.51**	.20	.58**	.49**	.34*	--	.58**	.43**	.29	.27
8. Depressão maior	.78**	.66**	.10	.93**	.53**	.27	.60**	--	.12	.38*	.14
9. Pensamento delirante	.89	.22	.44**	-.02	.09	.30	.30	.03	--	-.15	-.05
10. Discrepância ER-EI	.17	.09	.03	.41*	.29	.10	.27	.38*	-.25	--	.67**
11. Discrepância ER-EO	-.05	.07	.10	.10	.02	-.16	.14	.02	-.02	.66**	--

Nota: Na diagonal superior encontram-se as correlações de Pearson efectuadas, na inferior as correlações de Spearman. A correlação é significativa ao nível * $p < .05$, ** $p < .01$ (bi-direccional)

Os resultados obtidos evidenciam a existência de um padrão de correlações entre as variáveis de estado e a variável de discrepância ER-EI inesperado, para ambas as amostras, não-clínica e clínica. Paralelamente, os resultados evidenciam uma inexistência de correlações entre as variáveis de estado e a variável de discrepância ER-EO, na amostra clínica, o que é totalmente contrário ao esperado.

Decidiu-se explorar melhor estes dados realizando uma análise factorial, que permita fazer uma estimativa dos factores comuns e as relações estruturais entre esses factores e as variáveis (Maroco, 2003). Foi utilizado o método das componentes principais, que apontou para a existência de 3 factores que explicam 69.77% da variância. De modo a obter uma solução interpretável, decidiu-se utilizar o método varimax de rotação dos factores, que permite obter uma estrutura factorial na qual cada variável esteja associada fortemente apenas a um factor e pouco aos outros (portanto apenas produz factores específicos; Maroco, 2003). A matriz ortogonal T encontrada por este método, permitiu determinar as variáveis que constituem cada factor, que foram as seguintes: 1) ansiedade, distímica e depressão maior; 2) somatoforme, bipolar, dependência de drogas, dependência de álcool, perturbação de pensamento e pensamento delirante; e 3) discrepância ER-EI e discrepância ER-EO.

Para a amostra clínica, realizou-se uma análise factorial, que seguiu os mesmos passos que a realizada para os dados não clínicos. O método das componentes principais, apontou igualmente para a existência de 4 factores que explicam 81.29% da variância. O método varimax encontrou a matriz ortogonal T utilizada, que permitiu determinar as variáveis que constituem cada factor, que foram as seguintes: 1) ansiedade, somatoforme, distímica e depressão maior; 2) bipolar, dependência de drogas e dependência de álcool; 3) discrepância ER-EI e discrepância ER-EO; e 4) perturbação de pensamento e pensamento delirante.

Em resumo, apenas a discrepância entre ER-EI apresentou associações ao nível sintomático, a discrepância ER-EO, não apresentou associações. Quando se explorou a amostra não-clínica, as associações surgiram entre a discrepância ER-EI as escalas somatoforme e depressão major. Quando se explorou a amostra clínica, a discrepância ER-EI apresentou associações com as escalas distímica, depressão major e dependência de álcool. Excepto a dependência de álcool, eram as que se esperavam que surgissem associadas às discrepâncias ER-EI. A discrepância ER-EO apresentou unicamente uma associação com a discrepância ER-EI, o comportamento foi idêntico nas duas amostras, não apresentou as associações esperadas a nível sintomático.

Discussão dos Resultados e Conclusões

A População em Geral e a População Clínica são Significativamente Diferentes quando avaliadas pelo MCMI-II

Durante a discussão, iremos aprofundar algumas das implicações teóricas que este estudo aporta no que respeita à compreensão da estrutura e dinâmica da personalidade. O MCMI-II, que é um instrumento construído para avaliar a população clínica, demonstrou ser um instrumento capaz de diferenciar a população clínica da não-clínica, a um nível global, utilizando qualquer um dos índices utilizados (IG, IT e IE), o que permitiu estudar comparativamente as duas amostras no que toca às discrepâncias do Eu.

Os índices estudados, parecem poder ser considerados como formas válidas de diferenciar e classificar um caso, como clínico ou não. Por outras palavras, além das indicações que o próprio MCMI-II apresenta para considerar um sujeito como um caso clínico, ou seja, elevações da *linha de base* (BR) acima dos 74 para um provável síndrome clínico e acima dos 84 para um muito provável síndrome clínico (Millon, 1987), podemos considerar o IG, o IT e o IE, para complementar essa distinção, principalmente nos casos menos claros. Pode dar-se especial ênfase ao índice IT, visto que este apenas considera as escalas de traço, que sofrem menos alterações quando clinicamente existe uma remissão sintomática. Sendo que o valor médio do indicador IT da amostra não-clínica se situa nos 55.73 com um desvio padrão de 10.39, e o valor médio do IT da amostra clínica situa-se nos 65.10 com um desvio padrão de 10.94, podemos considerar que um paciente que tenha um valor de IT entre os 66.12 (o valor médio da amostra não-clínica mais um desvio padrão) e os 76.79 (o valor médio da amostra clínica mais um desvio padrão), apresenta um provável de

diagnóstico de perturbação de personalidade, mas que um paciente cujo IT > 76.79 apresenta um muito provável diagnóstico de personalidade.

Apesar de que o MCMI não foi construído para ser utilizado com a população normal (Millon, 1987), 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 (Dubro et al., 1988; Millon, 1983; Wetzler et al., 1990). Nos referidos 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, inclusive, um estudo verificou que os indivíduos da população normal tinham na escala narcísica um BR > 84 (Wetzler et al., 1990), e noutro existiram resultados semelhantes com a escala histriónica (Reich & Throughton, 1988).

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 estremar 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 4 e 5). 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 4 e 5). 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 4 e 5). 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.

Analiseemos 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, antisocial e compulsiva (Wetzler, 1990). 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 4 e 5). 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 saudáveis (Wetzler, 1990). 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), 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), segundo a qual, o narcisismo patológico, apresenta um sector grandioso e um sector idealizador. Segundo o estudo realizado por Robbins (1989) 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 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). 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

tenham 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 (para mais informações consultar a Tabela 1). Por último, parece que 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 a 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 personalidade (Wetzler, 1990), apresenta-se como um instrumento perfeitamente capaz de discriminar a população não-clínica da clínica. Ou seja, a hipótese de que o MCMI-II consegue discriminar as duas populações confirma-se.

As Discrepâncias Entre os Três Estados do Eu são Significativas para a População Clínica mas não para a População em Geral

Verificou-se que o MCMI-II, apesar de ser um instrumento nomotético, permitiu detectar os aspectos estruturais dos diferentes estados do Eu. As discrepâncias entre o ER e os orientadores do Eu, EI e EO, foram avaliadas ao nível global, ao nível da personalidade (eixo II) e ao nível da dinâmica sintomática (eixo I), nas duas amostras. A vantagem da utilização do MCMI-II, é a sua capacidade para detectar principalmente as discrepâncias crónicas, presentes na estrutura da personalidade, pois é um instrumento independentemente de situações específicas, e da saliência ou auto-consciência de determinadas discrepâncias.

Mais especificamente, a população clínica, que se caracteriza por apresentar maiores dificuldades emocionais e interpessoais que a população em geral, apresentou nesta investigação, discrepâncias elevadas e significativas entre os diferentes estados do Eu. A população em geral, pelo contrário, não apresentou discrepâncias significativas, entre os orientadores e o ER.

Os resultados concordam com a SDT quando afirma que os indivíduos que manifestam maiores discrepâncias do Eu, experienciam elevados níveis de perturbação crónica (Strauman, 1992), enquanto nos indivíduos com discrepâncias pequenas, não existe esse impacto emocional, dado existir um esforço de auto-regulação constante e com sucesso. Portanto, confirma-se a segunda hipótese deste estudo, e os resultados obtidos indiciam 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.

Embora a nível global a amostra não-clínica não apresente discrepâncias significativas entre o ER e os seus orientadores, a nível das escalas 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 2).

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 baixas 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 4).

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 presente 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 Millon (1987). As pessoas com perturbação de

personalidade dependente, são cooperantes, conformistas, ingênuas, (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, podemos dizer, que não existiram discrepâncias significativas entre os valores médios de todas as escalas do ER e os valores médios das escalas correspondentes nos orientadores EI e EO. No entanto, nas escalas em que não existiram discrepâncias significativas, 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.

A Nível Estrutural os Orientadores EI e EO Não Apresentam Diferenças Significativas

Os resultados deste estudo permitiram verificar que a nível estrutural os orientadores EI e EO não são significativamente diferentes entre si. Por outro lado, a amostra não-clínica e a amostra clínica, apresentaram orientadores EI e EO, sem diferenças significativas. Os aspectos estruturais (eixo II) dos orientadores do Eu, EI e EO, foram explorados recorrendo aos os resultados obtidos pelos ITs (indicador traço) que não exibiram diferenças significativas. Destaca-se que é possível observar uma maior proximidade entre os valores dos EIs de ambas amostras, do que a existente entre os EOs.

Estes resultados corroboram a terceira e quarta hipóteses (os orientadores EI e EO não apresentam discrepâncias significativas a nível da sua estrutura quando comparadas as amostras, e não apresentam discrepâncias significativas quando comparados entre si), o que exige uma reflexão sobre as implicações destes resultados na compreensão da formação,

desenvolvimento e estrutura da personalidade, i.e., na compreensão da formação e desenvolvimento das estruturas do Eu e dos seus orientadores.

Como já foi referido anteriormente, 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 (Manian, Strauman and Denney 1998; Strauman, 1996). Por outro lado, a estabilidade destes padrões e das estruturas no Eu, é mais provável que as crenças ou atributos do ER, e apresentam um significado motivacional e/ou emocional, que influenciam de forma contínua, consciente e inconsciente, a percepção social e do Eu (Strauman, 1996). A semelhança entre os EIs e os EOs de ambas populações aponta para características estruturais e afectivas do sistema regulador semelhantes. Sendo assim, porque o ER é tão diferente de uma população para a outra?

Segundo Strauman (1996), durante o processo de socialização, as necessidades de carinho e cuidados por parte da criança, motivam-na a aprender as contingências interpessoais, no relacionamento com os pais. Embora com o desenvolvimento posteriormente a pessoa se torne capaz de identificar comportamentos e atributos que poderão ser substituídos por outros novos, a tendência para procurar o carinho e o cuidado persiste, em conjunto com a procura de resultados positivos conformes com a aprendizagem parental.

A teoria biopsicossocial da personalidade de Millon (1969), salienta igualmente circularidade da interacção entre o organismo, seus factores biológicos e constitucionais, com o meio, e a consequente aprendizagem social, identificando a existência de características de personalidade que perpetuam as perturbações.

As teorias da vinculação, também se referem a este mecanismo e à sua importância. A internalização da *base segura*, tem consequências cognitivas nos *modelos*, *working models*, que a criança cria de si própria, pois estes são construídos pela imagem que os pais

têm dela, comunicada verbal e comportamentalmente, e do Eu em interacção com eles; uma vez construídos, estes *modelos* começam a funcionar a um nível inconsciente (Bowlby, 1993). Quando adulta a pessoa já internalizou os *modelos*, que são *esquemas cognitivo-afectivo-relacionais*, que regulam a tendência a realizar esforços para manter a proximidade e contacto, com a pessoa ou as poucas pessoas que fornecem uma potencial segurança física e/ou psicológica, mas que não dão necessariamente a sensação de segurança na realidade (Ainsworth, 1985, 1989; Berman & Sperling, 1994). Para além disto, os *modelos* definem um conjunto de regras pelas quais dois indivíduos interagem, onde os comportamentos, os sentimentos e os pensamentos são incluídos (Berman & Sperling, 1994). Obviamente estes processos, que ocorrem durante o desenvolvimento, podem conduzir a pessoa a problemas no relacionamento interpessoal e na sua dinâmica emocional. Dozier, Stoval & Albus (1999) apresentam um conjunto de investigações que parecem relacionar vinculações não seguras com a vulnerabilidade e risco de desenvolver uma psicopatologia, incluindo as perturbações de personalidade.

Em resumo, parece existir consenso em torno da importância que a interacção e aprendizagem parental, têm na construção dos esquemas cognitivo-afectivo-relacionais, os quais regulam o comportamento e determinam uma tendência para a perpetuação de padrões (sejam eles adaptativos ou não), no sentido da obtenção de segurança e proximidade. Também parece existir concordância em considerar que estes esquemas reguladores fazem parte integrante da estrutura do ER, funcionando em grande medida a um nível inconsciente.

Portanto, os resultados obtidos, parecem reflectir a internalização de esquemas cognitivo-afectivo-relacionais não adaptativos, por parte da população clínica. Isto reflecte-se nas discrepâncias das características estruturais, entre os ERs da população não-clínica e os ERs da população clínica, e no contraste com as estruturas dos EIs e dos EOs globalmente próximos em ambas populações. Mas como se podem explicar as semelhanças entre os EIs e

os EOs, que apontam para características estruturais e afectivas do sistema regulador semelhantes ambas populações?

Durante as primeiras fases de desenvolvimento, a criança internaliza a *base segura*, cujos *modelos* uma vez construídos, começam a funcionar a um nível inconsciente (Bowlby, 1993). Esta primeira forma de internalização, por vezes também chamada de “incorporação”, está baseada em muito pouca ou mesmo nenhuma diferenciação entre o Eu e o Outro (Moretti & Higgins, 1999). O ER apresenta este tipo de estrutura inicial, e pensa-se que perdura em pessoas que apresentam perturbações de personalidade extremas, as quais sentem uma elevada dificuldade em manter o sentido de Eu nas relações (Moretti & Higgins, 1999).

Seguidamente, durante o processo de introjecção a regulação do Eu, é identificada como exterior ao Eu, e a regulação parental, mesmo quando interiorizada, continua a ser vivida como uma presença sentida dos outros (Moretti & Higgins, 1999). O processo de identificação, surge como a aceitação dos orientadores do Eu (antes vistos como externos) como pertencentes ao próprio. Inicia-se assim o processo de internalização, em que os orientadores do Eu são adoptados como próprios e integrados na estrutura do Eu, e como consequência, a capacidade de regulação interna aumenta e a dependência no ambiente diminui (Moretti & Higgins, 1999).

Portanto a internalização dos *orientadores* é muito mais tardia que a internalização dos *modelos* originados durante o processo de vinculação, i.e., a internalização dos esquemas cognitivo-afectivo-relacionais ocorre logo no início de vida. Por outro lado, a internalização dos orientadores do Eu, pode nem ocorrer ou ocorrer de forma deficitária e/ou inadequada, o que tem como consequência um aumento da discrepância entre o ER e os orientadores do Eu. Estes continuam a ser vistos como entidades reguladoras do Eu essencialmente externas, e sentidos como mais ou menos distantes da estrutura de personalidade.

Portanto os orientadores do Eu, podem ser muito discrepantes dos modelos internalizados durante a vinculação. O que vai de encontro com a noção de que os orientadores do Eu, no fundo, podem conduzir tanto à adaptação do indivíduo como à desadaptação (Strauman, 1992).

Resumindo, o ER representa conjunto de atributos e comportamentos, conscientes e inconscientes que a pessoa tem sobre si própria, cuja base são modelos internalizados durante a vinculação. Os orientadores do Eu, internalizados muito mais tarde, relacionam-se com as expectativas, ideais e valores que os pais têm em relação ao filho/a e que transmitem que esperar dele/a. As diferenças entre os orientadores EI e do EO, vai depender dos processos educacionais e de socialização adoptados pelos pais (Boldero & Francis, 1999, 2000; Higgins, 1989, 1999; Higgings et al., 1994; Manian, Strauman and Denney 1998; Moretti & Higgings, 1999; Strauman, 1996).

Embora possam existir casos em que as diferenças entre os orientadores EI e EO se extremem, na realidade, vários estudos têm apontado para a existência de uma grande sobreposição entre as discrepâncias ER-EI e ER-EO (Gonnerman et al., 2000; Phillips & Silvia, 2005; Tangney et al., 1998). Este estudo não é excepção, pois as discrepâncias ER-EI e ER-EO sobrepõe-se grandemente.

Portanto, os resultados encontrados são concordantes com as várias teorias que abordam o desenvolvimento da personalidade. Por outro lado, os orientadores EI e EO transmitidos pelas famílias, que se relacionam com as expectativas, ideais e valores que os pais têm em relação aos filhos e que transmitem esperar deles, parecem estar na realidade, bastante relacionados com os standards sociais, e não serem necessariamente concordantes com o relacionamento interpessoal real, estabelecido com os seus filhos.

Consequências Emocionais das Discrepâncias Significativas entre o ER e os Orientadores do Eu

As elevadas discrepâncias ER-EI e ER-EO apresentadas pela amostra clínica têm como esperado, consequências emocionais. É possível observar de forma clara, que existe uma cronicidade da perturbação (dinâmica sintomática), na amostra clínica, através da comparação do valor do IE (indicador estado) que cada amostra apresenta para o seu ER. Mais ainda, a amostra clínica apresenta um grau de perturbação emocional significativamente mais elevado que a amostra não-clínica para todas as escalas de estado do MCMI-II (excepto para a escala de pensamento delirante, que como já foi explicado, não apresenta diferenças devido aos critérios de exclusão da amostra (para mais detalhe consultar a Tabela 7).

Os resultados discutidos até ao momento, vão de forma global de encontro às previsões da SDT. No entanto, ainda não se abordou uma das premissas centrais da SDT, que foi igualmente explorada, mas cujos resultados não corresponderam em larga medida, o que seria previsto pela teoria.

Segundo a SDT, discrepâncias crónicas entre o ER-EI estão associadas a emoções relacionadas com a frustração, como o desapontamento, tristeza e depressão, e discrepâncias crónicas entre o ER-EO estão associadas a emoções de agitação, como a ansiedade e o medo (Higgings, 1989). Portanto, considerou-se que na população clínica não existiria apenas perturbação emocional, mas que esta seria distinta segundo o tipo de discrepância em causa, ER-EI ou ER-EO. Esperava-se encontrar na amostra clínica, uma elevação das escalas de distímia e depressão do MCMI-II quando as discrepâncias entre o ER-EI eram superiores às discrepâncias ER-EO, e uma elevação das escalas de ansiedade e somatização do MCMI-II, quando as discrepâncias entre o ER-EO eram superiores às discrepâncias ER-EI. Este tipo de comportamento, não era esperado para a amostra não-clínica, pois não se esperavam

discrepâncias significativas a nível estrutural, e consequentemente esperava-se observar uma estabilidade a nível da dinâmica emocional.

Ao explorar a amostra não-clínica, encontraram-se correlações entre a variável discrepância ER-EI e as escalas somatoforme e depressão major. A variável discrepância ER-EO não se correlacionou com nenhuma escala. Encontraram-se correlações entre as variáveis discrepância ER-EI e discrepância ER-EO (para maior detalhe, consultar a Tabela 11). Os resultados não correspondem ao esperado. Não se esperassem correlações na amostra não-clínica, as correlações encontradas para a variável discrepância ER-EI, não são concordantes com a SDT. As correlações entre as variáveis discrepância ER-EI e discrepância ER-EO podem ser interpretadas apelando à semelhança estrutural dos orientadores do Eu.

A amostra clínica apresenta correlações entre a variável discrepância ER-EI e as escalas distímia, depressão major e dependência de álcool. A variável discrepância ER-EO só se correlaciona com variável discrepância ER-EI (ver Tabela 12). Estes resultados são apenas parcialmente concordantes com o esperado pela SDT. Ao olhar para estes resultados o único tipo de discrepância que parece ter consequências reais a nível de perturbação emocional é a discrepância ER-EI.

As análises factoriais realizadas permitiram estimar os factores comuns e as relações estruturais entre esses factores e as variáveis. No caso da amostra não-clínica, encontraram-se três factores que reúnem as seguintes variáveis: 1) ansiedade, distímica e depressão major; 2) somatoforme, bipolar, dependência de drogas, dependência de álcool, perturbação de pensamento e pensamento delirante; e 3) discrepância ER-EI e discrepância ER-EO. No caso da amostra clínica, encontraram-se quatro factores que reúnem as variáveis: 1) ansiedade, somatoforme, distímica e depressão major; 2) bipolar, dependência de drogas e dependência de álcool; 3) perturbação de pensamento e pensamento delirante; e 4) discrepância ER-EI e

discrepância ER-EO. Como se pode observar, a análise factorial, produziu resultados semelhantes nas duas amostras.

Parece que a variável discrepância ER-EI se associa de forma mais próxima com a perturbação emocional, e parece ter uma relação com os sentimentos de desapontamento, tristeza e depressão (escalas distímica e depressão maior), e neste sentido existe uma concordância com o esperado pela SDT. Mas a ausência de correlações da variável discrepância ER-EO, não é concordante com o previsto pela SDT. A proximidade estrutural encontrada entre os orientadores EI e EO, e as correlações entre as variáveis de discrepância ER-EI e ER-EO, parecem ir de encontro aos estudos que por um lado têm encontrado uma grande sobreposição que se tem encontrado entre as discrepâncias ER-EI e ER-EO (Gonnerman et al., 2000; Phillips & Silvia, 2005; Tangney et al., 1998), e por outro, dos estudos que têm verificado, que os dois tipos de discrepâncias predizem globalmente as emoções negativas (Gramazov et al., 2000; Ozgul et al. 2003; Phillips & Silvia, 2005; Tangney et al., 1998).

Existem várias formas possíveis de interpretar estes dados. É possível que não se tenham encontrado as consequências emocionais esperadas devido a existir um número demasiado reduzido de pessoas nas amostras consideradas. No entanto, esta hipótese não explica porque é que apesar deste constrangimento a variável discrepância ER-EI apresenta consequências emocionais e a variável discrepância ER-EO não.

Outra hipótese explicativa, passa por analisar a própria definição e estrutura dos orientadores, e explorar se é possível integrar os vários estudos aparentemente contraditórios (incluindo este) com a teoria SDT.

A SDT teoria afirma que o EI e o EO são duas entidades distintas, o orientador EI seria constituído pela representação dos atributos que a pessoa (ou um outro significativo), gostaria de possuir, e o orientador EO, constituído pela representação dos atributos que a

pessoa (ou um outro significativo), acredita que deve possuir (Higgins, 1987; Moretti & Higgins, 1999; Strauman, 1992).

No entanto, é possível considerar, que algumas das obrigações podem ser assumidas como fazendo parte igualmente, dos desejos e aspirações da pessoa, ou seja, uma parte do EO pode ser considerada como constituinte do EI. O contrário também se pode pensar, ou seja, uma parte dos desejos e aspirações podem ser sentidos igualmente como obrigações, i.e., uma parte do EI pode ser considerada como constituinte do EO. Isto faz com que os dois orientadores acabem por ser muito semelhantes, e sobreponíveis em grande medida.

Esta ideia vai de encontro aos resultados deste estudo e aos das investigações citadas anteriormente. Justificaria, porque Phillips & Silvia (2005) encontraram no seu estudo, que as relações entre as emoções e as discrepâncias deviam-se a uma substancial variância partilhada. E justificaria a forte associação encontrada neste estudo, entre as variáveis discrepância ER-EI e a discrepância ER-EO, assim como o facto de não se terem encontrado diferenças significativas entre os orientadores EI e EO, nem na amostra clínica, nem na amostra não-clínica.

No entanto, isto ainda não justifica porquê neste estudo a variável discrepância ER-EO não apresenta nenhum tipo de correlação com as escalas de estado do MCMI-II. Se apenas ponderássemos os argumentos anteriores, seria de esperar que as correlações encontradas pelas variáveis discrepância ER-EI e discrepância ER-EO, fossem muito semelhantes, e isto não sucede.

Até ao momento, os vários estudos realizados têm-se apoiado sobre medidas ideográficas, em circunstâncias em que as discrepâncias do Eu são muito elevadas e acessíveis, como por exemplo nos trabalhos de Higgins em 1986 e Higgins et al. em 1987, ou quando em determinado contexto certas discrepâncias ER-EI e ER-EO são relevantes, como nas investigações de Boldero & Francis, 2000. Este tipo de medida implica uma

consciência plena, por parte das pessoas, dos atributos que selecciona como pertencentes a cada um dos estados do Eu - ER, EI e EO.

Este estudo, pelo contrário, foi realizado com uma medida nomotética, o MCMI-II, em que as características de cada um destes estados do Eu, foram obtidas pelas respostas dadas a um inventário de 175 itens de escolha obrigatória de Verdadeiro/Falso. Embora as escolhas tenham sido conscientes e voluntárias, na realidade, as pessoas desconhecem as características que estão a definir pela resposta ao inventário. Este instrumento foi construído de forma a ser orientado ao trabalho clínico, e a permitir obter um perfil coordenado com o sistema diagnóstico americano, mais precisamente o DSM-III (Millon, 1987). Para além disso, as várias escalas do inventário, possuem itens sobreponíveis, o que torna quase impossível que alguém consiga intuir as características diagnosticas que está a transmitir, principalmente a nível dos traços de personalidade (eixo II da DSM), pois os sintomas das escalas de estado são mais facilmente identificáveis (eixo I da DSM). Assim, a pessoa desconhece as características do ER, do EI e do EO que está a transmitir, além de que algumas delas podem nem ser totalmente conscientes e/ou aceites pela pessoa.

Voltando às definições, o ER constituído pela representação dos atributos que a pessoa (ou um outro significativo), acredita que tem ou que realmente possui, quando avaliado pelo MCMI-II, acaba por dar informações sobre aspectos menos conscientes da própria dinâmica e estrutura do ER. Portanto, o MCMI-II acaba por ser sensível, mesmo que apenas parcialmente, aos esquemas cognitivo-afectivo-relacionais internalizados.

O EI antes definido como a representação dos atributos que a pessoa (ou um outro significativo), gostaria de possuir, tendo em conta as sobreposições consideradas, passa a ser definido como o conjunto dos atributos que a pessoa (ou um outro significativo), gostaria de

possuir, e os atributos que acredita e concorda que deve possuir. Ao ser avaliado pelo MCMI-II inclui aspectos menos conscientes dos desejos, aspirações e obrigações.

Por fim, o EO poderá ser definido, tendo em conta as sobreposições propostas, como conjunto de atributos que a pessoa (ou um outro significativo), acredita que deve possuir, concorde ou não com eles. O EO torna-se assim, numa entidade com componentes muito mais relacionados com o aspecto consciente, pois embora possa possuir regras e obrigações não conscientes mas aceites, vai incidir principalmente no conjunto de regras conscientes aceites e não aceites.

Como já foi abordado anteriormente a formação dos orientadores do Eu, passa por processos de introjecção, de identificação e internalização. Moretti & Higgins em 1999, identificaram e definiram um conjunto de orientadores do Eu: 1) os orientadores parentais Identificados ou Partilhados – que constituem o conjunto dos orientadores parentais aceites e adoptados como próprios, e que consistem numa realidade partilhada; 2) os orientadores Introjectados – constituem o conjunto de orientadores que não são adoptados pelo próprio, mas que permanecem como uma “presença parental sentida”; 3) os orientadores Independentes – inclui os orientadores que não representam os orientadores parentais e que provavelmente derivam de outras fontes.

A proposta anterior de definição dos estados do Eu, EI e EO, pode ter agora uma definição muito mais coerente. O EI quando avaliado pelo MCMI-II, parece ser constituído pelo conjunto de atributos que a pessoa acredita e concorda que deve possuir – orientadores Identificados ou Partilhados e orientadores Internalizados (incluem-se todos aqueles atributos que a pessoa conscientemente identifica como realidade partilhada com os pais e aqueles que internalizou mas que estão fora do alcance da consciência), e ainda, os orientadores Independentes.

O EO quando avaliado pelo MCMI-II, parece ser constituído pelo conjunto de atributos que a pessoa acredita que deve possuir, concorde ou não com eles, portanto, quando falamos em relação aos que concorda, estamos a referir-nos aos orientadores Identificados, quando falamos em relação aos orientadores com os quais a pessoa não concorda, estamos a referir-nos aos orientadores Introjectados, facilmente nos apercebemos que ambos pertencem principalmente ao âmbito do Eu consciente.

Por outro lado, agora parece mais claro que embora possa existir uma parte substancial de sobreposição entre o EI e o EO, a maior parte do EO é constituído por uma regulação parental, que a pessoa identifica como exterior ao Eu, e que mesmo quando interiorizada, continua a ser vivida como uma presença sentida dos outros. Em relação ao impacto emocional do distanciamento dos deveres e obrigações, apenas existe relacionado com os orientadores Identificados ou Partilhados, e não com os Introjectados, pois esses não são aceites como próprios. Ora, esse impacto emocional é comum ao EI, na medida em que são partilhados, esses mesmos deveres e obrigações Identificados.

Por outro lado, Moretti & Higgins (1999), verificaram no seu estudo, que 40% dos orientadores eram Identificados ou Partilhados e 60%, eram Introjectados, e estes em geral não prediziam o funcionamento. Isso significa que à volta de 60% do EO é constituído pelos deveres e obrigações Introjectados, e portanto, a maior parte do EO não apresenta consequências emocionais (apenas 40% do total apresenta consequências emocionais). No que respeita ao EI constituído pelos orientadores Identificados ou Partilhados, pelos orientadores Internalizados e pelos orientadores Independentes, os 40% de deveres e obrigações Identificados ou Partilhados do EO, que são comuns ao EI, representam muito menos de 40% da totalidade do EI.

Torna-se mais fácil compreender porquê os resultados obtidos nesta investigação, não apresentam nenhum tipo de associação da variável discrepância ER-EO com as escalas de

estado. Na realidade as consequências emocionais são mínimas quando comparadas com as consequências emocionais da variável discrepância ER-EI.

Resumindo, a premissa básica da SDT pode desta forma considerar-se correcta no que diz respeito às consequências emocionais e funções motivadoras diferenciadas segundo o tipo de discrepância em causa. No entanto, embora existam um EI e um EO, o que a pessoa reconhece como Eu Ideal, normalmente integra os aspectos comuns partilhados, sendo que aquilo que a pessoa reconhece como Eu Obrigatório, é maioritariamente constituído pelos deveres e obrigações introjectados. Logo, a maior parte dos estudos, não consegue obter os resultados antecipados pela SDT, quando não fica apenas circunscrito, a contextos e circunstâncias específicas, muitíssimo acessíveis, que obriguem a uma discriminação clara e consciente, por parte dos sujeitos, das obrigações e dos ideais específicos à situação em estudo. Por outro lado, dificilmente se conseguirá isolar o EI do EO, porque uma boa parte do EI é constituída por orientadores internalizados (uma parte destes inconscientes), e porque, por outro lado, a pessoa sente dificuldade em distinguir os desejos das obrigações, sobretudo quando os últimos são aceites e “transformados em aspirações”.

Conclusões

Este estudo permitiu alcançar um conjunto de conclusões importantes. O MCMI-II é um instrumento que efectivamente discrimina a população em geral da população clínica. Foi possível obter um conjunto de características. Os indicadores gerais utilizados, permitem alcançar uma série de informação, que pode ser utilizada com vários fins. As diferenças entre as duas populações, a nível das escalas do inventário, permitiram inventariar 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.

Vários dos pressupostos fundamentais da SDT foram confirmados. Tal e como esta teoria prevê, as discrepâncias entre os estados do Eu são elevadas nos casos em que existe perturbação, e essa elevação tem consequências emocionais. No entanto, não foi possível alcançar as diferenças previstas conforme o tipo de discrepância considerado. Este estudo, levanta a hipótese de que o EI é uma entidade mais ampla que o EO, e inclui este último, na sua maior parte. Estas duas entidades parecem, ser efectivamente diferentes, e as consequências emocionais das discrepâncias com o ER, apenas são diferenciadas nos estudos em que a sobreposição das duas é artificialmente eliminada.

As conclusões alcançadas sobre as discrepâncias do Eu quando avaliadas pelo MCMI-II, permitem aumentar o valor clínico deste instrumento. A replicação deste estudo com amostras maiores, e com populações diferenciadas, poderia permitir confirmar ou infirmar várias das hipóteses colocadas nesta tese, e suas implicações teóricas e clínicas.

Por último, é importante referir que seria muito interessante em termos de investigações futuras avaliar se durante e após a terapia o ER dos pacientes se aproxima ao EI, como foi observado pelas investigações conduzidas por Rogers (1961/1985). Por outro lado, a análise da estrutura do ER e do EI, durante e após a terapia também poderia elucidar sobre o mecanismo de mudança em psicoterapia.

Implicações para a Intervenção Clínica

A comparação da população em geral com a população clínica, permite ter uma noção mais clara das tendências de comportamento da população em geral portuguesa, quando confrontada com o pedido de resposta ao MCMI-II. Por outras palavras, é possível

descreminar de forma mais clara, 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 suas 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 semelhanças entre os EIs das duas populações, permitem que as inferências anteriores sejam realizadas. Ou seja, 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.

Este aspecto da semelhança entre os EIs de ambas as populações, tem implicações muito importantes. A primeira refere-se ao facto de que o problema não se situa tanto nos orientadores serem ou não adaptativos, mas sim na estrutura do ER ser ou não adaptativa. Como já se debateu, os orientadores vão-se formando ao longo do desenvolvimento, e são muito mais tardios que a formação da estrutura de base do ER. Uma boa parte dos orientadores, é constituída por aspectos que a pessoa ao longo do desenvolvimento seleccionou e aceitou como próprios, mesmo que no início não o tenham sido. Então o impacto emocional das discrepâncias ER-EI e ER-EO não se deve à inadequação dos

orientadores, mas sim ao facto da pessoa sentir que não os consegue alcançar, ou seja, que não consegue mudar o seu ER.

Nas perturbações de personalidade, isto torna-se muito mais patente. Todo o processo de vinculação, desenvolvimento e socialização destes pacientes, é marcado pela inadequação relacional dos pais para com o(a) filho(a). Portanto os esquemas cognitivo-afectivo-relacionais são não adaptativos. Quando activados num esforço por manter a proximidade e contacto com a pessoa ou as poucas pessoas que fornecem uma potencial 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.

Quando estes pacientes fazem esforços por se aproximarem dos seus orientadores EI e EO, começam a sentir a insegurança derivada do bloqueio necessário, dos esquemas cognitivo-afectivo-relacionais não adaptativos. Este bloqueio transmite a sensação subjectiva de afastamento pessoa ou pessoas que fornecem uma potencial de segurança, portanto do aumento da insegurança e vulnerabilidade. Logo, existe uma forte tendência à perpetuação dos esquemas cíclicos de funcionamento, no que Lorna Benjamin (1993) chamou de “prendas de amor”.

Muitos autores têm alertado para a existência de ciclos interpessoais disfuncionais (embora atribuindo diferentes designações) e o seu impacto na dinâmica emocional (e.g. “ciclos viciosos”, Wachtel, 1993; “padrões interpessoais afectivos e cognitivos”, Benjamin, 1993; “relações objectais internalizadas”, Kernberg, 1976; “working models internalizados”, Fonagy et al., 1991; Fonagy & Target, 1998; Main, 1995). Lorna Benjamin (1993) realizou, no entanto, um projecto empírico em que a sua análise estrutural do comportamento, dá uma especial ênfase ao dos padrões de relacionamento como partes essenciais no diagnóstico. Precisamente, é no diagnóstico que se coloca a ênfase deste estudo, e a sua teoria da

psicopatologia consegue integrar o conjunto de dados obtidos e a interpretação acima proposta.

Para ela, cada pessoa tem predisposições e vulnerabilidades genéticas e bioquímicas que em interação com o ambiente, a experiência e a aprendizagem, determinam a psicopatologia e a consequente resposta à psicoterapia (Benjamin, 1993). Por outro lado, a vinculação é vista como uma necessidade primária de segurança em que os processos mentais “reproduzem” a relações objectais primárias (Benjamin, 1993). Precisamente este é um dos processos defendido nas hipóteses teóricas levantadas por este estudo, ou seja, a pessoa sente que ao não mudar o seu ER preserva a sensação de proximidade e que existe um esforço por sentir a segurança. Por fim, Lorna Benjamin (1993) defende que a maioria das perturbações mentais constituem formas de manter a adaptação, ou seja, formas de encontrar um balanço interpessoal e intrapsíquico.

Em relação às discrepâncias do Eu, 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 o conseguisse, melhoraria as auto-representações dos seus atributos, diminuiria as atitudes e sentimentos de desaprovação face ao próprio, ou seja, aumentaria a auto-estima (Leary, 1995). Por outro lado, a pessoa tem necessidade de manter a sensação de segurança, o que a obriga a perpetuar os padrões não adaptativos. Assim, as perturbações mentais, podem ser vistas como respostas aos dilemas em que os pacientes se encontram, i.e., representam esforços de adaptação ou de manutenção do equilíbrio entre necessidades e exigências opostas.

Limitações do Estudo

Talvez a limitação mais importante deste estudo seja o número reduzido de sujeitos em ambas amostras. Este número foi muito menor, quando se considerou o número de tríades obtidas, o que impossibilitou realizar determinadas análises estatísticas, como a ANOVA de medidas repetidas. O número reduzido de sujeitos, limitou igualmente, os resultados de outras, como as correlações realizadas em que foi necessária a utilização das díades, também elas em número reduzido. A replicação deste estudo com um número de sujeitos participantes bastante superior ao obtido, permitiria alcançar resultados ainda mais claros e explorar melhor as hipóteses explicativas colocadas. Permitiria com maior segurança, inferir perante um quadro clínico concreto, dado pelos resultados do MCMI-II, qual o ideal dessa pessoa e organizar um plano concreto de intervenção.

Os critérios de exclusão utilizados para a amostra clínica, embora justificáveis, também limitaram os resultados. Seria interessante, verificar qual o comportamento de grupos como os toxicodependentes ou de entidades diagnósticas como a esquizofrenia e as psicoses. Para tal, poderia realizar-se a comparação entre três amostras, a não-clínica, a clínica com seguimento em ambulatório, e a clínica em internamento. Isto permitiria explorar mais profundamente, ao nível de certas escalas do MCMI-II, as diferenças entre a população em geral e as populações clínicas. Por outro lado, permitiria estudar se existe uma amplificação das discrepâncias entre os três estados do Eu, no caso da população clínica internada, e explorar as consequências da mesma.

Casos Clínicos

Julga-se ter alcançado um conjunto de conclusões que integradas a nível teórico, conseguem conciliar um conjunto de dados aparentemente contraditórios, não só deste estudo, mas de um conjunto de outras investigações. Nesta última parte da discussão dos resultados, apresenta-se uma breve exploração de um conjunto de casos clínicos pertencentes à amostra clínica estudada, que em certa medida complementam e eventualmente desafiam a teoria geral da psicopatologia proposta.

Os casos são abordados de forma limitada, sintética e circunscrita apenas aos aspectos considerados mais importantes face aos resultados desta tese. Não se pretende realizar um estudo exaustivo nem a nível descritivo, nem a nível da conceptualização de caso, nem se pretende entrar no campo da intervenção psicoterapêutica, pois este estudo não contemplou esta área na investigação realizada. Os casos são principalmente exploratórios e um exercício de confrontação face às hipóteses explicativas apresentadas nesta tese e às teorias às quais se fez apelo ao longo da mesma.

A escolha dos casos a seguir apresentados, tentou cumprir dois critérios principais: permitir uma exploração das implicações dos resultados deste estudo na conceptualização de casos clínicos e da teoria geral da psicopatologia abordada neste estudo.

Caso 1. Este paciente foi escolhido precisamente por ser o paciente que apresenta uma das maiores discrepâncias ER-EO ($X = 41.62$), e a maior discrepância da variável discrepância ER-EO com a variável discrepância ER-EI ($X = 22.92$) com um valor de 18.69.

Como é possível observar (Figura 6), as escalas do ER que apresentam níveis sindrômicos são a dependente e a compulsiva, a evitante está apenas a nível subsindrômico. Interpretando este padrão, estamos perante um paciente que apresenta uma combinação de traços dependentes e compulsivos, que utiliza estratégias principalmente de

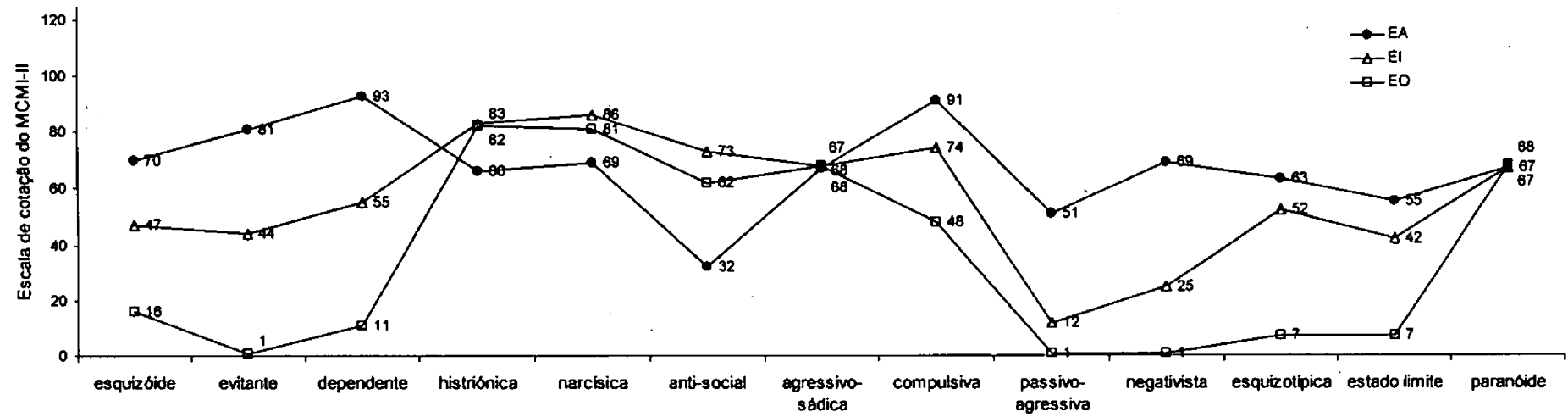


Figura 6. Os três estados do Eu, escalas de traço do caso 1.

evitamento, a elevação desta escala constitui mais uma consequência do traço dependente, pois a baixa discrepância com EI revela pouca consciência desta característica. As maiores discrepâncias são respectivas às escalas esquizóide, evitante, dependente, passivo-agressiva, negativista esquizotípica e estado-limite, mas apenas em relação ao EO, porque as discrepâncias no que respeita ao EI, são baixas. Conforme esperado pelos dados obtidos neste estudo e segundo a teoria explicativa apresentada na tese para a interpretação dos resultados obtidos, o EI deste paciente é globalmente mais adaptativo que o ER. Olhando apenas para os padrões do ER, EI e EO prevê-se que este paciente apresenta um baixo grau de sofrimento psicológico, pois o seu EI é próximo do seu ER, a discrepância ER-EO segundo a teoria, não terá impacto emocional significativo. Por fim, apesar da escala dependente do ER apresentar uma discrepância substancial com a do EI, esta consciência não implica um elevado sofrimento dadas as características da personalidade dependente, como já foi explicado acima. O gráfico da dinâmica sintomática deste paciente (Figura 7) confirma o conjunto de hipóteses colocadas.

As características deste paciente, com um EO tão discrepante e um EI muito mais próximo do ER, sugerem que os seus orientadores são constituídos principalmente por mecanismos de introjecção, existindo pouca internalização. Este argumento é concordante com o racional teórico de Millon (1987) para a perturbação de personalidade dependente, em que estas pessoas utilizam no seu funcionamento mecanismos de introjecção e possuem como atributo estrutural internalizações imaturas.

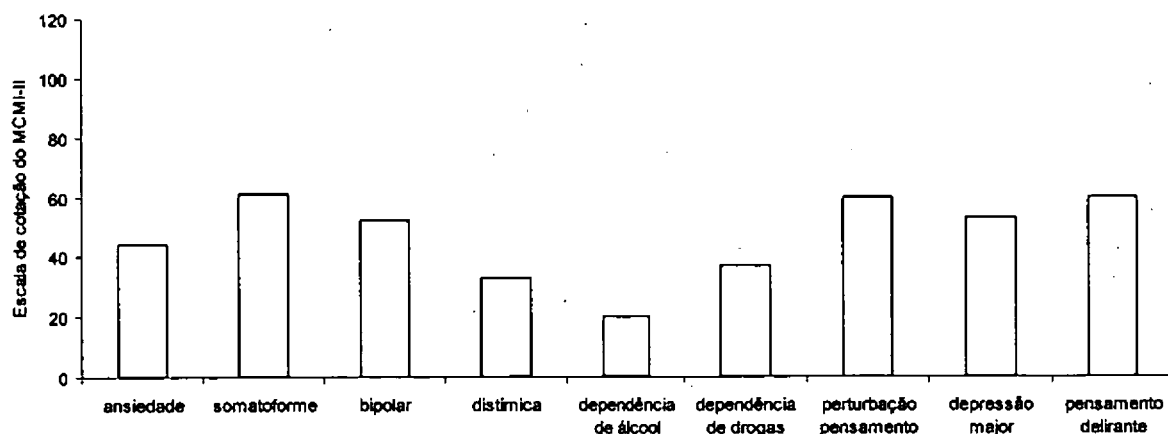


Figura 7. ER, escalas de estado do caso 1.

Embora as informações clínicas existentes sejam insuficientes, para servir de base a uma tomada de decisão clínica, é possível ponderar algumas estratégias de intervenção com os elementos actuais. Por um lado, a intervenção deverá tentar aumentar a discrepância ER-EI para a escala dependente, ou seja, tentar que surja uma real ego-distonía, embora a curto prazo esta estratégia aumente o medo da perda da relação significativa (o que se reflectirá no aumento das escalas de ansiedade e distímica), permitirá trabalhar em terapia a necessidade de conseguir um maior grau de autonomia. Paralelamente, deverá tentar-se diminuir as discrepâncias entre o ER-EI para as escalas narcísica, histriónica e anti-social (visto que não apresenta discrepância com a escala agressivo-sádica) o que aumentaria o narcisismo, i.e., aumento do auto-conceito e diminuição da dependência face aos outros. Estas duas estratégias de longo prazo, abrem a possibilidade de aumentar as internalizações e a sua maturidade ao longo do processo terapêutico.

Caso 2. Este paciente foi escolhido precisamente pelos motivos opostos do anterior, por ser o paciente que apresenta uma das maiores discrepâncias ER-EI ($X = 45.15$) e a maior discrepâncias com a variável discrepância ER-EO ($X = 6.31$) com um valor de 38.85.

Como é possível observar (Figura 8), o ER apresenta níveis sindrômicos a várias escalas, para interpretar melhor o padrão, devem seleccionar-se as três mais altas, pois irão constituir os traços principais de personalidade. Neste caso são as escalas evitante, a passivo-agressiva, e negativista, a escala estado-limite vai ser considerada igualmente, pois representa uma escala de gravidade da patologia de personalidade. Interpretando este padrão, estamos perante um paciente com perturbação de personalidade estado-limite, que provavelmente se caracteriza ser volátil, auto-punitivo, explosivo, inibido e com muitas dúvidas sobre si próprio. O EI deste paciente, apesar de não parecer demasiado funcional, apenas apresenta uma escala elevada, que é a narcísica, dado ser esta escala e estar elevada apenas a um nível subsindrômico, pode afirmar-se que é um valor próximo do apresentado pela população normal, portanto o padrão é globalmente adaptativo. Existe uma elevadíssima discrepância ER-EI, espera-se teoricamente que este paciente apresente um elevado grau de sofrimento psicológico; a concordância ER-EO segundo a teoria, não terá impacto emocional significativo. Portanto, prevê-se uma elevação das escalas de ansiedade, distímica, e talvez depressão maior. Dado ser um paciente estado-limite, estruturalmente pode apresentar défices vários, que eventualmente se podem traduzir numa elevação das escalas de dependência de álcool e droga. No que respeita às outras escalas, é difícil conseguir prever o seu comportamento apenas pelas discrepâncias ER-EI. Na Figura 9, é possível confirmar o conjunto de hipóteses colocadas relativas à dinâmica sintomática deste paciente.

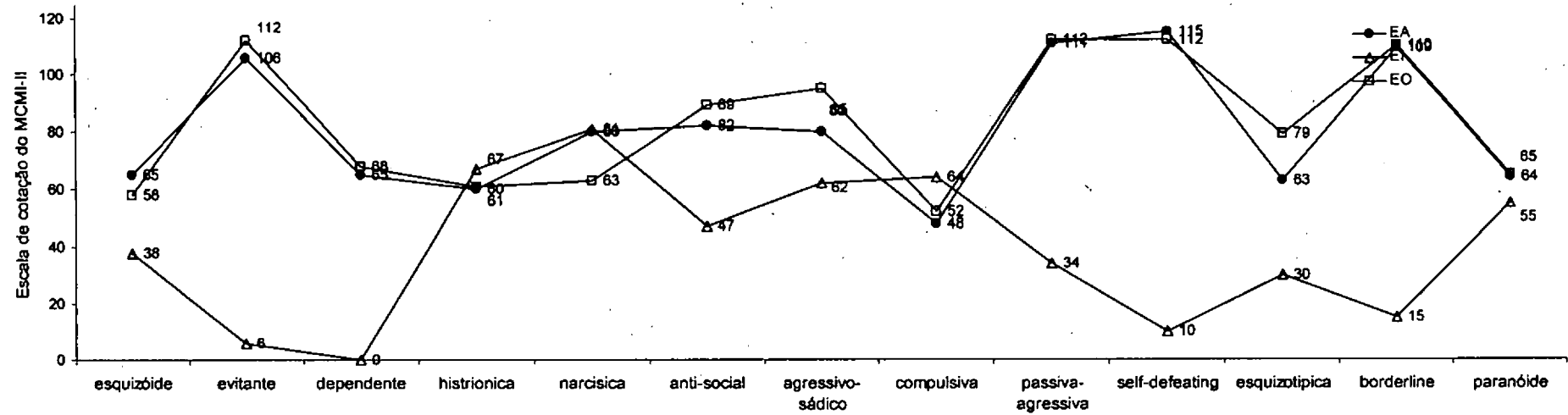


Figura 8. Os três estados do Eu, escalas de traço do caso 2.

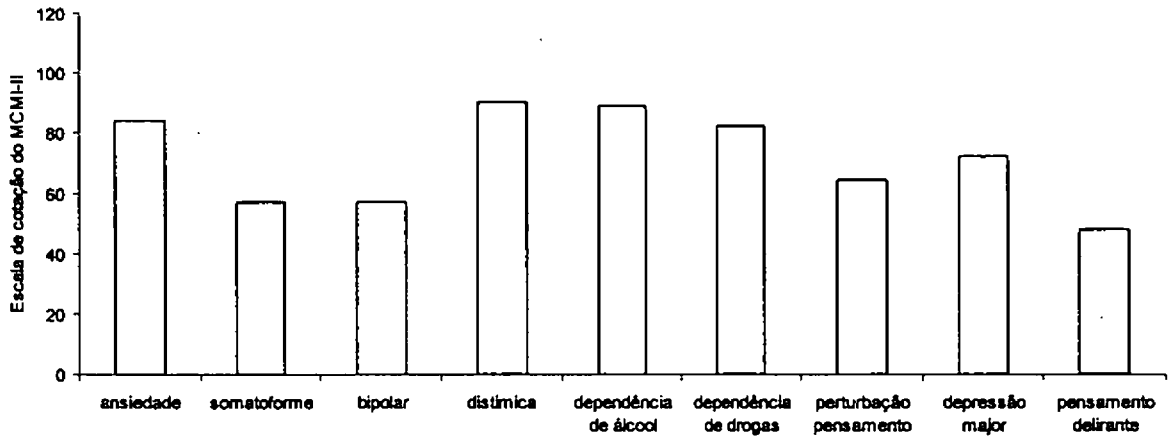


Figura 9. ER, escalas de estado do caso 2.

As características deste paciente, com um EO tão concordante com o ER e um EI muito distante do ER, sugerem que os seus orientadores são constituídos principalmente por mecanismos de incorporação com pouca diferenciação entre o Eu e o Outro, isto significa que este paciente apresenta uma elevada dificuldade em manter o sentido de Eu nas relações. No EI, é possível que existam processos de incorporação, de introjecção, identificação e mesmo de internalização, visto que o EI é uma entidade independente do ER, mas estes devem ser muito primários, e ao distanciarem-se das obrigações incorporadas, é gerado conflito intrapsíquico, confusão e muito pouca estrutura. Em termos relacionais, a aproximação dos desejos e aspirações, aumenta de forma muito intensa a sensação de insegurança e de afastamento dos padrões objectais.

O tipo de análise realizada, volta a ser concordante, em termos muito globais, com o racional teórico de Millon (1987) em relação à perturbação de personalidade estado-limite. Estes pacientes utilizam no seu funcionamento mecanismos regressivos e possuem, como atributo estrutural, uma organização intrapsíquica difusa com internalizações incompatíveis.

Embora as informações clínicas existentes neste caso sejam muito insuficientes, para servir de base a uma tomada de decisão clínica, é possível propor uma estratégia de intervenção que parece fundamental para este caso. É necessário aumentar a consciência da distinção entre o Eu e o Outro, pois só assim será possível diminuir as intensas sensações de insegurança e de afastamento dos padrões objectais. Este trabalho terapêutico permitirá a aproximação dos desejos e aspirações, ou seja do EI, que como foi anteriormente referido, é globalmente mais adaptativo, e portanto constitui o segundo objectivo a longo prazo.

Caso 3. Este paciente foi escolhido por ser apresentar a maior discrepância ER-EI ($X = 48.00$) da amostra clínica. Como é possível observar (Figura 10), o ER apresenta níveis sindrómicos 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 não parecer demasiado funcional, não apresenta nenhuma escala acima de $BR=74$, e consiste num padrão mais adaptativo que o ER, 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; a discrepância ER-EO segundo a teoria, não tem impacto emocional significativo mesmo sendo 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

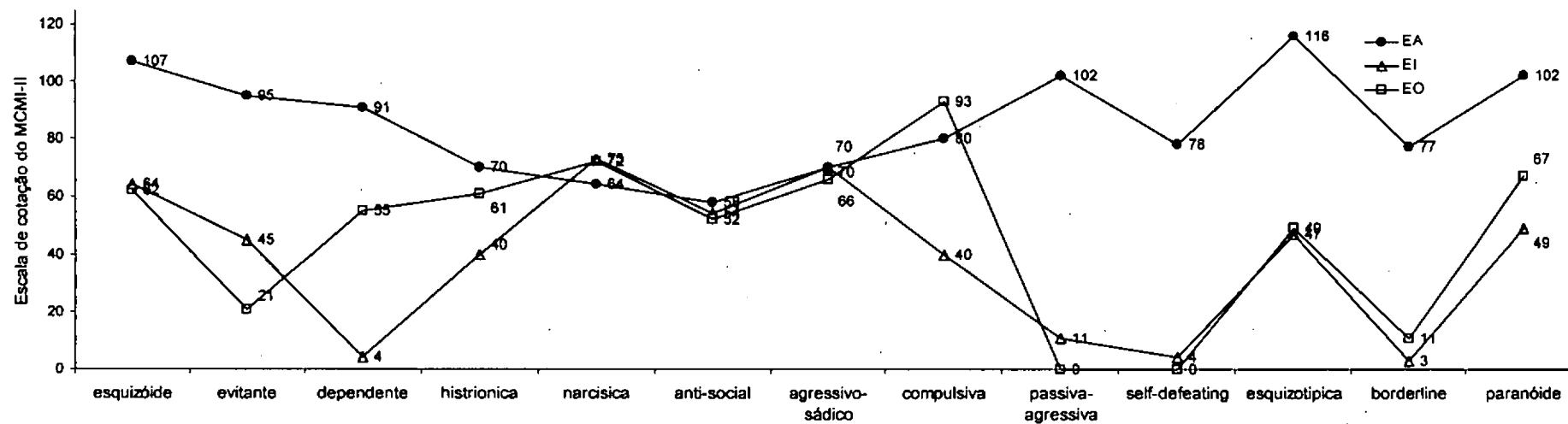


Figura 10. Os três estados do Eu, escalas de traço do caso 3.

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.

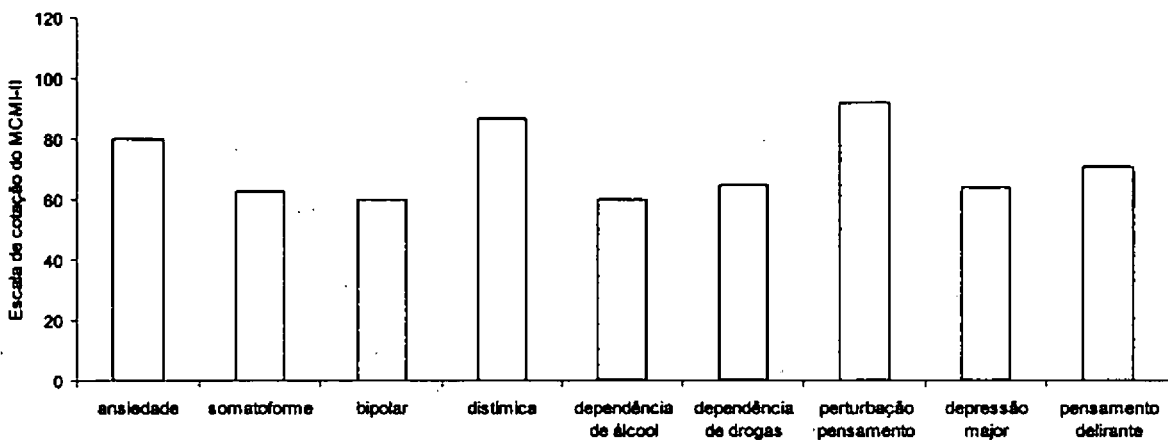


Figura 11. ER, escalas de estado do caso 3.

A dinâmica sintomática deste paciente pode observar-se na Figura 11, 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 os seus orientadores são constituídos principalmente por mecanismos de introjecção, e em menor medida por mecanismos de identificação e internalização. Parece, no entanto, que os mecanismos de internalização são pouco desenvolvidos, pois apresenta receio de ser agredido/humilhado pelo outro, evitando as relações interpessoais. 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 Millon (1987), 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.

Como nos casos anteriores, 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 internalização de algumas características (até ao momento introjectadas de forma estremada) e a flexibilização da estrutura de personalidade como um todo.

Caso 4. Este paciente foi escolhido por ser apresentar o valor mais elevado da escala narcísica, 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, histriónica, 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. Mesmo nos distintos exemplos clínicos já apresentados, é possível observar que as discrepâncias ER-EI nestas escalas são muito inferiores às apresentadas nas outras escalas. Este paciente foi escolhido precisamente por apresentar uma exacerbação deste traço (resultado da escala narcísica, 114).

Como é possível observar (fig. 12), várias escalas do ER apresentam níveis sindromáticos, 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 segundo a teoria, não terá impacto emocional significativo mesmo sendo não coincidente com a discrepância ER-EI. 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.

Apresenta-se na Figura 13 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.

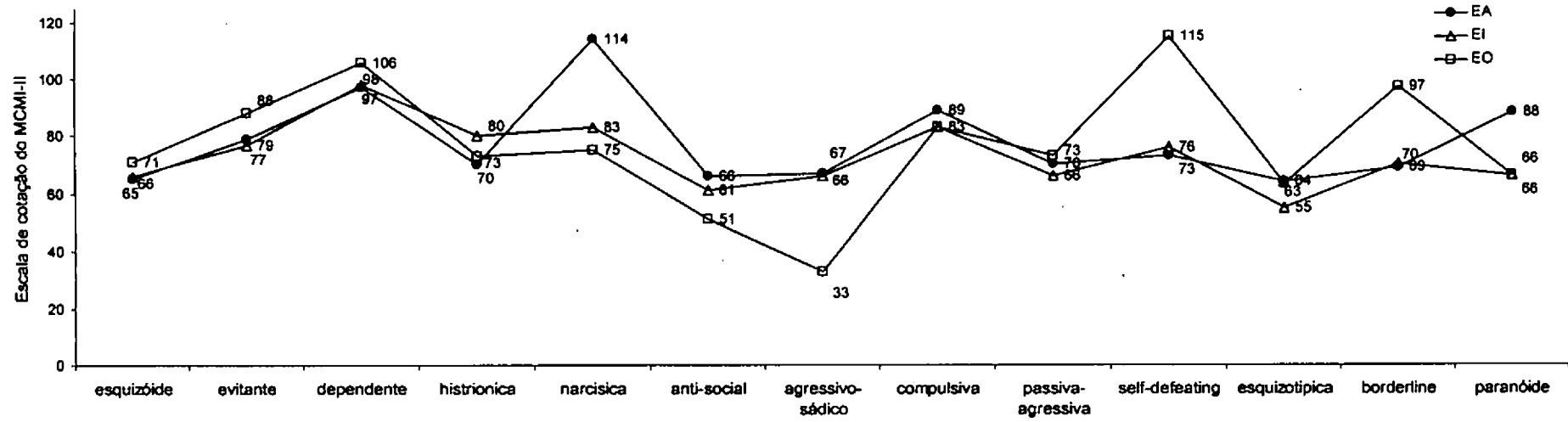


Figura 12. Os três estados do Eu, escalas de traço do caso 4.

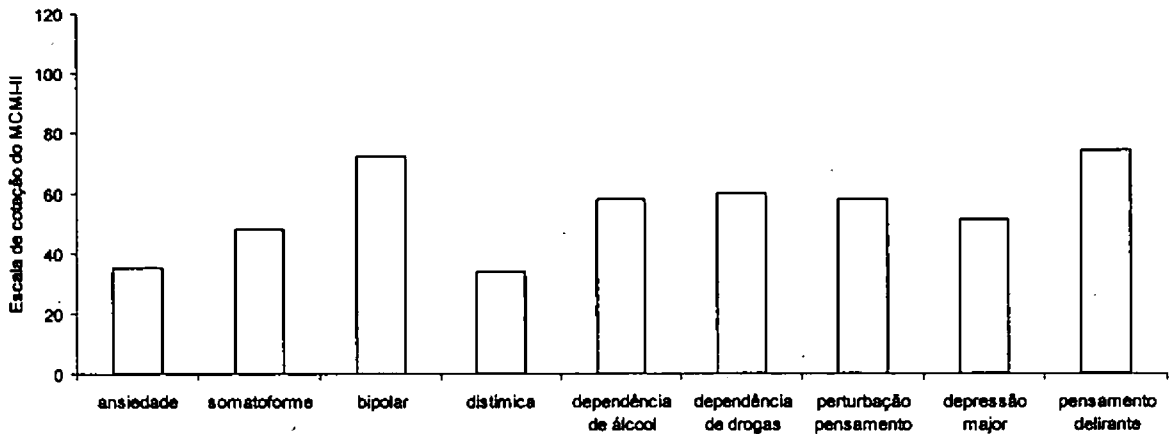


Figura 13. ER, escalas de estado do caso 4.

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.

Caso 5. Este paciente foi escolhido por apresentar os valores mais elevados nas escalas histriónica, narcísica, antisocial, agressivo-sádica e compulsiva, possuindo todas as restantes escalas com valores de $BR < 75$, de entre os pacientes que preencheram as tríades ER, EI e EO. Conforme foi discutido acima, as escalas narcísica, histriónica, agressivo-

sádica e compulsiva apresentam-se tendencialmente mais elevadas na população normal, com base nesta amostra, com base nos outros estudos, era a escala antisocial que se elevava. Por outro lado, neste estudo a população normal, não apresentou níveis sindromáticos em nenhuma das escalas referidas, e no EI apenas se elevava a escala narcisismo. Foi hipotetizado que a população clínica, apresenta uma tendência a manter os níveis das escalas em causa, como forma de manutenção do narcisismo patológico. A apresentação deste caso, pretende observar se num caso em que as escalas em causa estão estremadas, o comportamento do EI e as consequências emocionais correspondem às antecipadas teoricamente.

Como é possível observar na Figura 14, a escala antisocial do ER apresenta níveis sindromáticos, e as escalas histriónica, narcísica, agressivo-sádica e compulsiva, apresentam níveis subsindromáticos. Interpretando este padrão, em termos gerais, estamos perante um paciente inconsistente a nível afectivo, explorador os outros a vários níveis, dominante, antagónico, desconfiado, gregário a nível social, exibicionista, mas previsível. O EI deste paciente, apesar de ser muito próximo do ER, apresenta um padrão mais adaptativo. Todas as escalas do EI diminuem para níveis normais, embora no limite superior, excepto na escala compulsiva que aumenta ligeiramente. Ao contrário do que ocorre na população normal, o narcisismo diminuiu. O comportamento do EI, demonstra que existe algum grau de consciência de que o padrão do ER consiste num narcisismo patológico, e o EI embora apresente uma tendência à normalização, as escalas não descem nem aos valores máximos da população normal, o que parece fazer parte de um mecanismo de manutenção da estrutura patológica.

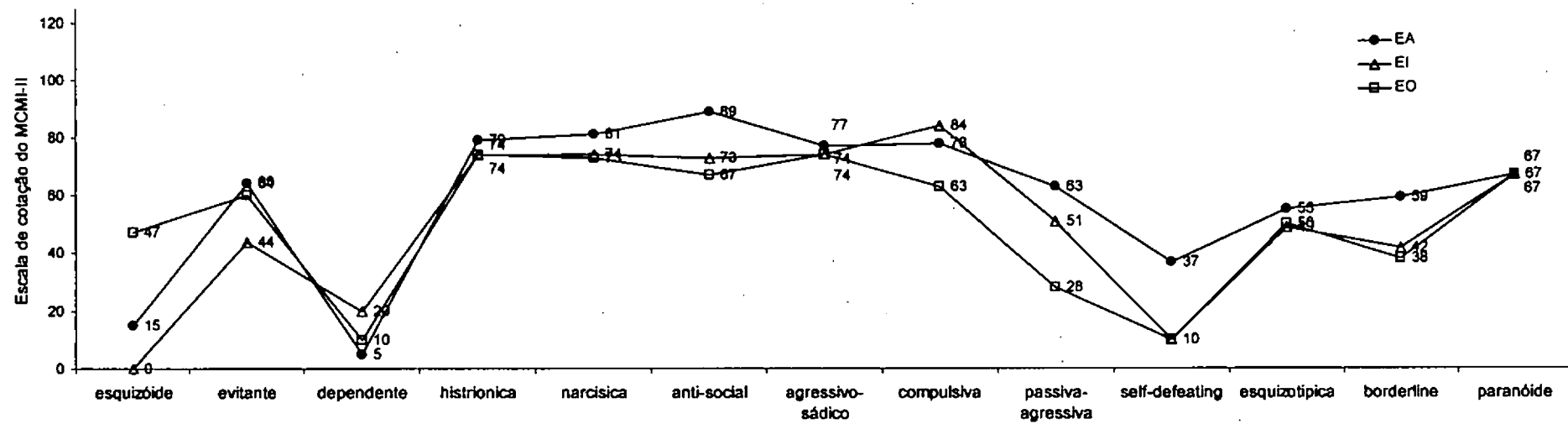


Figura 14. Os três estados do Eu, escalas de traço do caso 5.

Em termos globais, existe uma discrepância ER-EI muito baixa, espera-se teoricamente que este paciente apresente não apresente sofrimento psicológico crónico, visto existe pouca autoconsciência dos traços problemáticos. A Figura 15 apresenta a dinâmica sintomática deste paciente onde é possível verificar o conjunto de hipóteses colocadas. As características deste paciente, demonstram claramente a baixa autoconsciência das seus traços patológicos, as emoções que normalmente estão aumentadas nos padrões não adaptativos onde há sofrimento psicológico, estão baixas neste paciente.

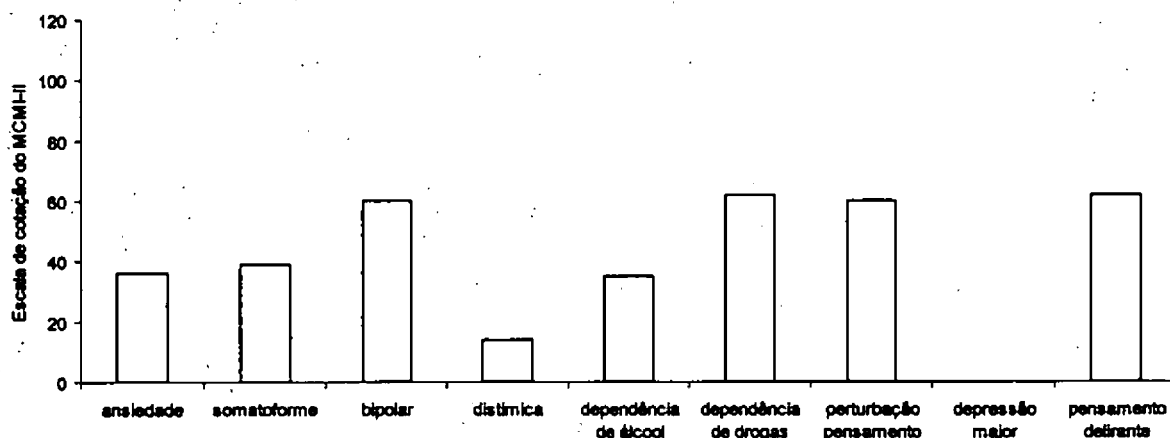


Figura 13. ER, escalas de estado do caso 5.

Podemos hipotetizar que nestas escalas o EI da população normal está tão próximo dos níveis patológicos, que quando uma pessoa desenvolve um padrão deste tipo (elevação das escalas em causa excepto a compulsiva), na realidade discrepância do ER com o EI é tendencialmente muito menor. Por outro lado, o narcisismo patológico, apresenta um sector grandioso e um sector idealizador (Kohut, 1971), que ao contrário do que ocorre com a população normal, inflaciona a auto-estima e permite que a pessoa tenha um sistema de valores e ideais “à sua medida”, ou seja, exista pouco ou mesmo nenhum sentimento de culpa, ou de comiseração face aos outros. Pontualmente, quando a pessoa se confronta com

os seus défices, embora por momentos possa sentir um abalo na estrutura, rapidamente a pessoa acciona os mecanismos de modo a mantê-la inalterada. Obviamente, estas hipóteses, são muito genéricas, e existirão diferenças mais ou menos acentuadas nas várias pessoas, consoante as combinações dos vários traços em padrões idiossincráticos.

Embora as informações clínicas sejam insuficientes, é possível afirmar com base nas teorias que serviram de base a este estudo e com base nos resultados do mesmo, que existem poucas possibilidades de mudança para este caso clínico. Por um lado a discrepância ER-EI é mínima, por outro, as escalas mais levadas parecem estar todas envolvidas no mecanismo de manutenção do narcisismo. Portanto, este paciente não apresenta motivação real para a mudança, mesmo que se tentasse aumentar a discrepância, provavelmente apenas se conseguiria aumentar a consciência dos orientadores introjectados. Será possível, eventualmente, diminuir a discrepância ER-EI para a escala anti-social, mas o impacto consistirá numa diminuição das características mais abertamente explorativas. Não se espera conseguir uma real mudança estrutural.

Bibliografia

- Ainsworth, M. D. S. (1985). Attachment across life-span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 792-812.
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Alexander, M. J. & Hignings, 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.
- American Psychiatric Association (1996). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Aristóteles (III a.c./2004). *Ética a Nicómaco*. Lisboa: Quetzal Editores.
- Aristóteles (III a.c./2002). *Política, VII*. Barcelona: Ediciones Folio.
- 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.
- Benjamin, L. S. (1993). Every psychopathology is a gift of love. *Psychotherapy Research*, 3(1), 1-24.
- Berman, W. H. & Sperling, M. B. (1994). The structure and function of adult attachment. In Sperling, M. B. & Berman, W. H. (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*. (pp. 3-28). New York: The Guilford Press.
- Blount, C., Evens, C., Birch, S., Warren, F. & Norton, K. (2002). The properties of self-report research measures: beyond psychometrics. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 151-164.
- Boldero, J. & Francis, J. (1999). Ideals, oughts, and self-regulation: Are there qualitatively distinctive self-guides? *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 343-355.
- 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.
- 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.
- Bowlby, J. (1993). *A secure base: Clinical applications of attachment theory* (4^a ed.). London: Tavistock/Routledge.

- 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.
- 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.
- 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.
- Chaline, E. (2003). *Livro do Zen*. Lisboa: Dinalivro e Quarto, inc..
- Craig, R. J. (1999). Testimony on the Millon Clinical Multiaxial Inventory: Review, Commentary, and Guidelines. *Journal of Personality Assessment*, 73(2), 290-304.
- Dorr, D. (1999). Approaching psychotherapy of personality disorders from the Millon perspective. *Journal of Personality*, 72(3), 407-425.
- Dozier, M., Stovall, K. C. & Albus, K. E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.), *Handbook of attachment : Theory, research and clinical applications* (pp. 497-519). New York: The Guilford Press.
- 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.
- 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.
- Fonagy, P. & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 87-114.
- Freud (1989). O Ego e o Id. In J. G. P. Bastos (ed. & Trans.), *Textos essenciais da psicanálise: A estrutura da personalidade psíquica e a psicopatologia*. (Vol. 3, pp. 10-68). Lisboa: Publicações Europa-América. (Trabalho original publicado em 1923)
- Freud (1989). A dissecação da personalidade psíquica. In J. G. P. Bastos (ed. & Trans.), *Textos essenciais da psicanálise: A estrutura da personalidade psíquica e a psicopatologia*. (Vol. 3, pp. 10-68). Lisboa: Publicações Europa-América. (Trabalho original publicado em 1933)
- Gonnerman, M. E., Parker, C. P., Lavine, H. & Huff, J. (2000). The relationship between self-discrepancies and affective states: The moderating roles of self-monitoring and standpoints on the self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 810-819.
- Hafidahl, A. R. et al. (2000). Free response self discrepancies across, among, and within FFM personality dimensions. *Journal of Personality*, 68, 1.

Hart, D. et al. (1997). Representations of self and other: A semantic space model. *Journal of Personality*, 65(1), 77-105.

Harter, S. (1999). Discrepancies between real and ideal self-concepts. *The construction of the self: A developmental perspective*. The Guilford Press: New York.

Heppner, P. P., Kivlighan, D. M. & Wampold, B. E. (1999). *Research design in Counseling*. Belmont: Brooks/Cole. Wadsworth.

Hernandez, L. M. (1995). The detection of inmates dissimulation on the MCMI-II. Dissertation Abstracts International, Section B: *The Sciences and Engineering*, 55 (10-B), 4591.

Higgins, E. T., Bond, R. N., Klein, R. & Strauman, T. (1986). Self-discrepancies and motivational vulnerability: How magnitude, accessibility, and type of discrepancy influence affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1313-1317.

Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.

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.

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.

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.

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.

Kashima, Y. & Yamaguchi, S. (1999). Introduction to the special issue on self. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 283-287.

Kernberg, O. F. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International University Press.

Leary, M. R. (1995). The private self. In M. R. Leary, *Self-Presentation: Impression management and interpersonal behavior*. Madison: Brown and Benchmark.

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.

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.

Mcmullen, W. F. (2000). *The adaptative self: Paterns of growth in adolescent self-image*. Unpublish dissertation, Harvard University.

Meagher, R. B. et al. (1978). The development of a scale assessing self-discontent in adolescent psychological inventory (MMAI). *Measurement and Evaluation in Guidance*, 11(3), 136-142.

Meltzoff, J. (1998). *Critical Thinking about research: Psychology and Related Fields*. Washington: American Psychological Association.

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.

Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: a biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia: Saunders.

Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory manual*. Minneapolis, MN: Nacional Computer Systems.

Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory - II: MCMI-II* (2ª ed.). Minneapolis, MN: Nacional Computer Systems.

Millon, T., Everly, G. & Davis, R. (1995). Como puede facilitar-se la integración de la psicoterapia mediante el conocimiento da la psicopatologia?: Una perspectiva a partir de los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 6(2), 109-129.

Millon, T. (1997). *The Millon Inventories: Clinical and personality assessment*. New York: The Guilford Press.

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.

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.

Muran, J. C. (2001). Contemporary constructions and contexts. In J. C. Muran, *Self-Relations in the Psychotherapy Process*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Munson, J. M. & Spivey, W. A. (1983). Relation between social class and three aspects of self-concept: actual, ideal and egocentric self. *The Journal of Social Psychology*, 119, 85-94.
- Orbach, I. et. al. (1998). Self-representation of suicidal adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(3), 435-439.
- 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.
- Phillips, A. G. & Silvia, P. J. (2005). Self-awareness and the emotional consequences of self discrepancies. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(5), 703-713.
- 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.
- Robbins, S.B. (1989). Validity of the superiority and goal instability scales as measures of defects in the self. *Journal of Personality Assessment*, 53(1), 122-132.
- Rogers, C. R. (1985). *Tornar-se pessoa*. In M. J. C. Ferreira (ed. & Trans.) *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes Editores. (Trabalho original publicado em 1961)
- 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.
- 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.
- 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.
- Tangney, J. P., Niedenthal, P. M., Covert, M. V. & Barlow, D. H. (1998). Are shame and guilt related to distinct self-discrepancies? A test of Higgins's (1987) hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 256-268.
- Van Hook, E. & Higgins, E. T. (1988). Self-related problems beyond the self concept: The motivational consequences of discrepant self-guides. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 625-633.
- 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.

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.

Wetzler, S. (1990). The Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI): A review. *Journal of Personality Assessment*, 55(3&4), 445-464.

Wetzler, S., Kahn, R., Cahn, W., Asnis, G. & van Praag, H. (1990). The psychological test characteristics of depressed and panic patients. *Psychiatric Research*, 31, 179-192.

