



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

Perturbações da Personalidade:
Concordância entre Diferentes
Metodologias Classificativas

SARA JORGE E ABEL RAMOS

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR NUNO TORRES

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR NUNO TORRES

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de
Professor Doutor Nuno Torres, apresentada no ISPA – Instituto Universitário
para obtenção de grau de Mestre na especialidade
de Psicologia Clínica

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Nuno Torres pela orientação, apoio, ensinamentos, dedicação, incentivo, paciência, exigência, críticas e compreensão que sempre me dirigiu, bem como pelo seu brio profissional.

À equipa do Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Lisboa Norte (Hospital de Santa Maria).

Aos utentes do Hospital de Dia e aos outros participantes não clínicos que se disponibilizaram para participar no estudo. Sem a sua colaboração não seria possível a realização deste trabalho.

À minha colega e amiga Maria pela sua preciosa colaboração nesta caminhada.

A todos os que de forma direta ou indireta estiveram envolvidos na elaboração desta Tese de Dissertação.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

O crescente desenvolvimento de instrumentos destinados à avaliação das Perturbações da Personalidade tem levado ao desenvolvimento de novas abordagens diagnósticas, nomeadamente através de provas projetivas como seja o T.A.T. (*Thematic Apperception Test*). Com o presente estudo pretendeu-se avaliar a validade e fiabilidade do sistema de cotações do T.A.T. pelo S.C.O.R.S. (*Social Cognitions and Object Relations Scale*), como um instrumento de classificação diagnóstica das Perturbações da Personalidade, que se baseia em dimensões relevantes das teorias psicanalíticas, nomeadamente nas respeitantes aos modelos de relações de objeto. Participaram 40 sujeitos divididos em dois grupos, sendo 20 utentes do Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Lisboa-Norte, Hospital de Santa Maria e 20 sujeitos normativos. Como instrumentos foram utilizadas cinco pranchas do T.A.T. cujas narrativas foram cotadas com o sistema S.C.O.R.S. por três cotadores independentes e o inventário de autopreenchimento M.C.M.I.-III. Estes sistemas permitem avaliar de forma independente vários níveis de funcionamento da personalidade. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (Grupo Clínico e Grupo Normativo), tendo os resultados sido favoráveis ao Grupo Normativo em ambos os instrumentos. Verificaram-se correlações altamente significativas entre os valores obtidos em cada uma das escalas do S.C.O.R.S. e os cartões do T.A.T., bem como entre estes dois e alguns Padrões de Personalidade avaliados pelo M.C.M.I.-III. Concluiu-se, assim, que a combinação da informação obtida através de ambos os instrumentos potencia o acesso à estrutura e organização psicológicas inerentes a cada Padrão da Personalidade, mais do que através de cada um separadamente.

Palavras-chave: Perturbações da Personalidade, T.A.T., S.C.O.R.S. e M.C.M.I.-III.

ABSTRACT

The increasing development of instruments aimed to evaluate Personality Disorders has led to the development of new diagnostic approaches, namely through projective measures such as the T.A.T. (Thematic Apperception Test). The aim of the present study was to assess the validity of the T.A.T.'s scoring system through S.C.O.R.S. (Social Cognitions and Object Relations Scale), as an instrument of diagnostic classification of Personality Disorders, which is based on relevant dimensions of the psychoanalytic theories, namely those relative to the object relations' models. Forty subjects split into group participated, being twenty of them patients of the Day Hospital of the Psychiatric Service of the Centro Hospitalar Lisboa-Norte, Hospital de Santa Maria and twenty normative subjects. As instruments, five T.A.T. cards whose narratives were scored with the S.C.O.R.S. system by three independent scorers and the self-report inventory M.C.M.I.-III. These systems allow to individually discriminate several levels of personality functioning. Statistically significant differences were found between the two groups (Clinical Group and Normative Group), being the results favorable to the Normative Group in both instruments. Highly significant correlations were found between the values obtained in each S.C.O.R.S.' scale and T.A.T. cards, as well as between the last two and some Personality Patterns assessed by the M.C.M.I.-III. Therefore, it can be concluded that the combination of the information obtained through both instruments maximizes the access to the psychological structure and organization inherent to each Personality Pattern, even more than through each one separately.

Key-words: Personality Disorders, T.A.T., S.C.O.R.S. and M.C.M.I.-III.

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract	iii
Índice Geral	iv
Índice de Abreviaturas	vi
Lista de Tabelas	vii
INTRODUÇÃO	1
Objetivos do estudo	2
MÉTODO	5
I - Participantes	5
II - Instrumentos	6
1 - T.A.T./S.C.O.R.S.	6
2 - M.C.M.I.-III	15
III - Procedimentos	18
Procedimentos de cotação do S.C.O.R.S.	19
RESULTADOS	21
DISCUSSÃO	33
I - Discussão dos Resultados	33
II - Conclusões	48
Referências	50
ANEXOS	55

Anexo A - Autorização do Conselho de Ética para a realização do

projeto de investigação_____	55
Anexo B - Consentimento Informado (Grupo Clínico)_____	56
Anexo C - Consentimento Informado (Grupo Normativo)_____	57
Anexo D - Médias entre as cotações do T.A.T. pelo S.C.O.R.S._____	58
Anexo E - Correlação entre as cotações do T.A.T. pelo S.C.O.R.S._____	60
Anexo F - Coeficientes de Alpha de Cronbach de cada escala de cotação do S.C.O.R.S. na totalidade dos cartões_____	66
Anexo G - Valores de coeficiente de correlação de Pearson entre as escalas do S.C.O.R.S._____	67
Anexo H - Enquadramento teórico _____	68
Anexo I – Outputs da estatística no SPSS_____	(em CD)

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

3BM - 3 Boy/Man

C.R.P - Complexidade da Representação das Pessoas

D.S.M - Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders

E.G.I.A. - Experiência e Gestão dos Impulsos Agressivos

I.E.R. - Investimento Emocional nas Relações

I.C.S. - Identidade e Coerência do Self

M.C.M.I.-III - Millon Clinical Multiaxial Inventory-III

13MF - 13 Male/Female

PREV - Prevalência

Q.A.R. - Qualidade Afetiva das Relações

S.C.O.R.S. - Social Cognition and Object Relations Scale

S.P.S.S. - Statistical Package for the Social Sciences

T.A.T. - Thematic Apperception Test

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Estatística descritiva demográfica da amostra	6
Tabela 2: Estatística descritiva das médias das cotações nas escalas do S.C.O.R.S. na amostra total	21
Tabela 3: Estatística comparativa entre as médias das cotações nas escalas do S.C.O.R.S. nos dois grupos	21
Tabela 4: Estatística comparativa entre as médias das cotações nos cartões do T.A.T. nos dois grupos	22
Tabela 5: Estatística descritiva dos resultados obtidos nas escalas dos Padrões da Personalidade na amostra total no M.C.M.I.-III	22
Tabela 6: Estatística comparativa dos padrões de personalidade no M.C.M.I.-III entre os 2 grupos	24
Tabela 7: Correlação entre Padrões da Personalidade e as escalas do S.C.O.R.S.	25
Tabela 8: Correlação entre as escalas do S.C.O.R.S. e o Cluster A das Perturbações da Personalidade	26
Tabela 9: Correlação entre as escalas do S.C.O.R.S. e o Cluster B das Perturbações da Personalidade	27
Tabela 10: Correlação entre as escalas do S.C.O.R.S. e o Cluster C das Perturbações da Personalidade	27
Tabela 11: Estatística descritiva dos valores obtidos em cada cartão do	

T.A.T., em cada escala do S.C.O.R.S.	28
Tabela 12: Correlação entre cada uma das escalas do S.C.O.R.S. e os cartões do T.A.T.	29
Tabela 13: Correlação entre os cartões do T.A.T. e os Padrões de Personalidade no M.C.M.I.-III	30
Tabela 14: Correlação entre os cartões do T.A.T. e o Cluster A	31
Tabela 15: Correlação entre os cartões do T.A.T. e o Cluster B	31
Tabela 16: Correlação entre os cartões do T.A.T. e o Cluster C	32

INTRODUÇÃO

A teoria psicanalítica, com a sua perspectiva desenvolvimentista, tem dado um valioso contributo para classificação das Perturbações da Personalidade, focando os seus conceitos no desenvolvimento psicológico da criança, isto é, nos seus aspetos afetivos e cognitivos do mundo interpessoal, através da relação e do desenvolvimento emocional com os cuidadores (Diguier, Pelletier, Hébert, Descôteaux, Rousseau & Daoust, 2004). Com o progresso do desenvolvimento saudável, as representações objetais vão-se tornando cada vez mais diferenciadas, integradas e precisas. As representações variam de imagens perceptivas dos objetos imediatamente presentes no campo perceptivo, a evoluções simbólicas de realidades ausentes (Ackerman, Clemence, Weatherill & Hilsenroth, 1999).

As principais contribuições das teorias psicanalíticas reportam-se aos modelos das *relações de objeto*. Para compreender o diagnóstico psicanalítico, temos de compreender a teoria psicanalítica, desde o corpo teórico da metapsicologia freudiana, com o modelo pulsional, passando pelo modelo relacional de Klein, Winnicott, Fairbairn, Mahler e outros como Kernberg, com a sua teoria integrativa.

O D.S.M. (2006) é a principal referência na classificação das Perturbações da Personalidade, estando estas distribuídas por três Clusters, dando ênfase ao comportamento observável, centrado na sintomatologia decorrente de uma adoção de uma abordagem supostamente "a-teórica". Contudo, vários autores questionam a validade da avaliação da perturbação baseada no D.S.M. (Westen & Arkowitz-Westen, 1998; Westen, 1991a; Ackerman et al., 1999; Achenbach, 2001; Achenbach, Krukowski, Dumensi & Ivanova, 2005).

Têm surgido vários instrumentos de avaliação diagnóstica derivados de um modelo integrado de psicopatologia e da personalidade, em concordância com o modelo multiaxial do D.S.M., nomeadamente o Inventário Clínico Multiaxial de Millon (M.C.M.I.-III), baseado no funcionamento psicológico e não no conteúdo mental (Millon, 2007).

Nas últimas décadas, assiste-se a um crescente desenvolvimento de instrumentos destinados a avaliar as Perturbações da Personalidade, havendo uma cada vez maior interdependência entre as áreas da personalidade e psicopatologia e a um reconhecimento das Perturbações da Personalidade como entidades diagnósticas distintas. Tal tem levado ao

desenvolvimento de novas abordagens diagnósticas, nomeadamente através de provas projetivas com vista a uma maior diferenciação dos vários tipos de patologia de caráter, que possibilitem uma melhor intervenção terapêutica (Ackerman et al., 1999; Blatt, 2004).

A pesquisa psicodiagnóstica no campo da personalidade, focada nos componentes cognitivos e afetivos das relações de objeto, tem provado ser valiosa na avaliação das Perturbações da Personalidade no geral (Ackerman et al., 1999; Fischer-Kern et al., 2010).

Com base na observação clínica, Westen e seus colaboradores (1991b) têm vindo a desenvolver uma série de medidas para o diagnóstico das Perturbações da Personalidade, incluindo aspetos como as dificuldades em representar as pessoas de um modo complexo e em investir emocionalmente em relacionamentos interpessoais, provando a utilidade na utilização da Prova Projetiva T.A.T. (*Thematic Apperception Test*). Para a avaliação destes aspetos, basearam-se em dimensões relevantes das relações de objeto e cognição social, através do seu sistema de cotação S.C.O.R.S. (*Social Cognitions and Object Relations Scale*).

Esta prova projetiva permite aceder a uma compreensão do funcionamento mental a partir da análise de como os fenómenos mentais se transformam no sentido de conduzir à construção de resultados - as narrativas do T.A.T. (Delgado, 2009). A partir da sua interpretação, pode-se enquadrar essa informação num diagnóstico da estrutura da personalidade.

Dadas as características e relação com as teorias de inspiração psicanalítica, as provas projetivas facilitam uma construção do conhecimento sobre os processos mentais subjacentes às diferentes estruturas da personalidade. Pretende-se, através de um teste projetivo, aceder à estrutura psicológica inerente a cada uma das Perturbações da Personalidade, compreendendo melhor o essencial do psiquismo a partir da génese da personalidade e da *relação de objeto*.

Objetivos do Estudo

O sistema de cotação S.C.O.R.S. permite aos clínicos ver para além da apresentação manifesta do paciente e avaliar facetas dinâmicas do funcionamento da personalidade. Uma das características únicas do S.C.O.R.S. é a capacidade para avaliar vários níveis do funcionamento da personalidade independentemente e não assumir que, se uma área do funcionamento está debilitada, todas as áreas do funcionamento vão estar igualmente debilitadas (Ackerman et al., 1999).

No presente estudo pretendeu-se verificar se as cotações médias de três cotadores (cotação convergente) obtidas nas escalas do S.C.O.R.S., nos cartões do T.A.T., eram superiores

no Grupo Normativo em relação ao Grupo Clínico e, tendo em conta que a amostra do estudo era composta por população clínica, bem como por população dita "normal", esperava-se também que os resultados obtidos nas escalas de padrões da personalidade do M.C.M.I.-III fossem superiores no Grupo Clínico em relação ao Grupo Normativo, isto é, indicadores da existência de maior Perturbação da Personalidade.

Pretendia-se, ainda, verificar se os resultados nas escalas de cotação do T.A.T. obtidas pelo S.C.O.R.S. eram concordantes com os resultados obtidos nas escalas dos padrões da Personalidade no M.C.M.I.-III e, por sua vez, com os critérios classificativos das Perturbações da Personalidade estabelecidos pelo D.S.M.-IV-TR (2006). Ou seja, procurou-se analisar se existiam correlações significativas entre a média obtida no total de cada uma das escalas do S.C.O.R.S. e os resultados nos padrões de personalidade e, mais especificamente, com cada um dos Clusters.

Sendo o T.A.T. uma fonte de informação excelente para avaliar as relações de objeto, uma vez que é pedido aos sujeitos que exponham as suas representações objetais internas para construir personagens e interações em resposta a uma situação interpessoal ambígua explícita nos cartões (Cramer, 1999), procurou averiguar-se se existiam cartões do T.A.T. melhor correlacionados com cada uma das escalas do S.C.O.R.S., isto é, de acordo com o conteúdo latente de cada cartão, bem como se existia algum cartão do T.A.T. que, com as cotações pelo S.C.O.R.S., revelasse maior correlação com os diferentes padrões de personalidade específicos de cada Cluster.

Procurou-se avaliar se existia correlação entre cada uma das escalas do S.C.O.R.S. e os cartões do T.A.T., bem como entre estes e os Padrões da Personalidade obtidos pelo M.C.M.I.-III.

Esperávamos que, combinar estas duas diferentes formas de classificação das Perturbações da Personalidade de acordo com os critérios definidos pela D.S.M.-IV-TR, nomeadamente através do M.C.M.I.-III e com a cotação do T.A.T. pelo S.C.O.R.S., pudesse ser frutífero. Esta combinação de instrumentos possibilitaria uma exploração complementar do estilo de relação de objeto subjacente a cada uma das Perturbações da Personalidade, enriquecendo e melhorando a informação que se pode obter com cada um dos instrumentos separadamente.

Ambos os instrumentos podem fornecer contributos importantes para a clarificação, classificação, compreensão e intervenção terapêuticas, servindo os dados obtidos para confirmação recíproca.

Articulando os resultados obtidos nos diferentes métodos de classificação, procurou estabelecer-se, com base num enfoque psicodinâmico, uma ligação entre a clínica e a investigação, com vista a um melhor conhecimento do funcionamento mental das pessoas com Perturbação da Personalidade, com o objetivo de contribuir para uma intervenção e prognósticos terapêuticos mais específicos.

Procurou-se que os resultados obtidos neste estudo descritivo exploratório possam contribuir para uma especificação mais rigorosa do diagnóstico dos diferentes tipos de personalidade, bem como o seu grau de gravidade, contribuindo assim para o estabelecimento de um mais adequado plano de intervenção terapêutica e conseqüente prognóstico mais favorável.

MÉTODO

I – Participantes

A amostra do estudo foi formada por dois grupos: 1) Grupo Clínico constituído por utentes em internamento parcial no Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Norte (Hospital de Santa Maria), perfazendo um total de 20 participantes; 2) O grupo de controlo (Grupo Normativo) teve, tanto quanto possível, características demográficas equivalentes às do Grupo Clínico, sendo composta por 20 sujeitos, tendo sido excluídos indivíduos com história de perturbação psicológica/psiquiátrica presente ou no passado.

Da observação da Tabela 1 apura-se que o Grupo Clínico foi constituído por cinco indivíduos do sexo masculino e quinze do sexo feminino, com uma média de idades de 39,55 anos, sendo 45% solteiros, 20% casados ou em união de facto e 35% separados ou divorciados. Quanto aos anos de escolaridade completados, varia entre 5 e 19 anos, tendo a maioria 10 a 14 anos de escolaridade completada.

O grupo de controlo (Grupo Normativo) foi constituído por três indivíduos do sexo masculino e dezassete do sexo feminino, com uma média de idades de 35,30 anos, sendo 60% solteiros, 25% casados ou em união de facto e 15% separados ou divorciados. Quanto aos anos de escolaridade completados, varia entre 5 e 19 anos, tendo a maioria 15 a 19 anos de escolaridade completada.

A amostra do grupo clínico atrás descrita foi não probabilística, isto é, intencional, não se sabendo à partida qual o diagnóstico, tendo-se apenas como referência a necessidade de internamento em Hospital de Dia, sendo heterogénea em relação ao diagnóstico ou tipo de estrutura da personalidade. A amostra foi sequencial, por conveniência do investigador, isto é, os participantes foram avaliados à medida que iam sendo integrados no Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Norte (Hospital de Santa Maria), local onde o investigador se encontrava a fazer Estágio Académico.

A população do grupo normativo anteriormente descrita constituiu uma amostra por conveniência, por não ser representativa da população, sendo a sua participação voluntária e

referenciada a partir de conhecidos do investigador. Foi constituída por emparelhamento em relação à idade, género e nível de escolaridade.

Tabela 1: Estatística descritiva demográfica da amostra

Variáveis Demográficas	Grupo					
	Grupo Clínico		Normativo		Total	
	Frequências		Frequências			
	<i>n</i> (20)	%	<i>n</i> (20)	%	<i>n</i> (40)	%
Sexo						
Masculino	5	25	3	15	8	20
Feminino	15	75	17	85	32	80
Idade						
21-30	5	25	9	45	14	35
31-40	6	30	4	20	10	25
41-50	5	25	4	20	9	23
51-60	4	20	3	15	7	18
Situação Conjugal						
Solteiro	9	45	12	60	21	53
Casado/União de Facto	4	20	5	25	9	23
Divorciado/Separado	7	35	3	15	10	25
Escolaridade Completada						
5 a 9	4	20	1	5	5	13
10 a 14	13	65	8	40	21	53
15 a 19	3	15	11	55	14	35

II - Instrumentos

Esta investigação teve como ferramentas de avaliação o T.A.T. com a cotação pelo S.C.O.R.S. e o M.C.M.I.-III.

1 - T.A.T./S.C.O.R.S.

A prova projetiva - *Thematic Apperception Test* (T.A.T.) - é constituída por 31 cartões, criada em 1935 por Henry Murray. Utiliza imagens de situações ambíguas e algumas paisagens pouco estruturadas, suscetíveis de terem várias interpretações, sobre as quais é solicitado ao sujeito que conte uma história para cada cartão. Essas histórias devem referir o que conduziu à situação representada, o que está a acontecer no momento apresentado, o que as personagens pensam e

sentem e qual o desfecho da história. Um dos cartões é totalmente branco. Segundo Murray (1973) a prova era administrada em dois momentos distintos, com a duração de cerca de uma hora cada série, a adultos homens e mulheres, bem como a rapazes e raparigas com idades superiores a dez anos.

Os cartões partem de situações mais estruturadas para outras menos estruturadas. Os dez primeiros são mais figurativos e representam personagens sexuadas e os outros não reenviam para objetos concretos bem definidos.

Apesar de o teste ter sido desenvolvido de forma aos cartões corresponderem ao sujeito testado em sexo e idade, qualquer dos cartões pode ser usado com qualquer pessoa. A maior parte dos aplicadores escolhe um conjunto de aproximadamente dez cartões, só utilizando os considerados mais úteis, que creem mais adaptados à história e à situação do indivíduo, encorajando-o, assim, a expressar os seus conflitos e problemáticas.

Shentoub (1983), para cada cartão, defendeu a existência de um *conteúdo manifesto* representado pelos principais elementos presentes (personagens, objetos, etc.) e de um *conteúdo latente* suscetível de facilitar o acesso a um certo nível de problemática.

Construir uma história é uma ação de organização e não apenas um ato de imaginação. O material é, ao mesmo tempo, figurativo e ambíguo. Algumas situações facilitam a desorganização, regressão e reorganização. Se a história relatada surge integrada, significa que o sujeito é capaz de tratar diferentes problemáticas sem se desorganizar. O importante não é a presença desta ou daquela problemática, mas a forma como esta é elaborada pelo sujeito, sem ficar desorganizado ou demasiado constrangido pelos imperativos da objetividade, que será referenciado através das suas respostas. Presta-se a uma análise objetiva de tipo perceptivo, que conduz à descrição do material manifesto e também a uma interpretação subjetiva, de tipo projetivo, que traduzem as significações latentes atribuídas ao estímulo.

O T.A.T. é um instrumento capaz de identificar as principais características dinâmicas do funcionamento mental do indivíduo que são mobilizadas quando este está numa situação particular, que consiste em imaginar uma história a partir da realidade (imagem do cartão). Trata-se de um processo psico-emocional em que o sujeito vai dar indicação de como ele tende a adaptar-se às situações de conflito. Através da sua técnica de passagem, de análise e de interpretação rigorosas, garante-se fiabilidade científica que nos permite compreender a realidade psíquica humana, tendo em conta todas as suas variações possíveis (Delgado, 2009).

Westen (1991a, 1991b, 1995, 1997) apoiou-se no T.A.T. para avaliar o nível do desenvolvimento das relações de objeto, bem como da distorção das mesmas. De acordo com a sua perspectiva, é pedido aos sujeitos que se apoiem nas suas representações internas dos objetos para construir personagens e interações em resposta a uma situação interpessoal ambígua retratada no cartão (Westen et al., 1998).

De acordo com o manual mais recente de treino de cotação do S.C.O.R.S. (Hilsenroth, Stein & Pinsker, 2004), para fins de investigação, é sugerida a utilização de apenas os seguintes cartões: 1, 2, 3BM, 4 e 13MF, que se descrevem a seguir:

Cartão 1

- **Material manifesto:** este cartão representa um rapaz, com a cabeça entre as mãos, olhando para um violino colocado diante dele.
- **Solicitações latentes:** o cartão remete para a identificação com um indivíduo jovem, numa situação de imaturidade funcional, que se encontra confrontado com um objeto que pode ser considerado como um objeto de adulto. A percepção do jovem deve remeter para uma representação humana inteira (identificação definida) e o violino deve ser identificado como um objeto não atingido na sua identidade, isto é, não partido, não estragado.
- Se tanto a criança como o objeto são percebidos na sua integridade, existe capacidade do sujeito se situar inteiro face a um objeto inteiro. Poderá ainda remeter para uma impotência atual da criança, mas que será ultrapassada no futuro através de um processo identificatório. O objeto (violino) poderá ser investido como objeto de desejo, suscetível de aportar satisfação e, portanto, suficientemente investido.
- Neste cartão poderá surgir problemática narcísica em que a luta antidepressiva domina, com afirmação de onipotência, como negação da impotência, ou, pelo contrário, evidenciar insuficiência do investimento em si, surgindo assim afetos depressivos.

Cartão 2

- **Material manifesto:** este cartão representa uma cena passada no campo, com três personagens. No primeiro plano, uma rapariga segura uns livros, no segundo plano, um homem com um cavalo e uma mulher encostada a uma árvore, que pode ser percebida

como estando grávida. Ao nível do conteúdo manifesto não existe diferença de gerações evidente entre as três personagens e a diferença dos sexos está claramente representada.

- **Solicitações latentes:** a relação triangular figurada é suscetível de reativar o conflito edipiano. Quando a identidade é estável, existe uma efetiva diferenciação entre as três personagens, podendo cada uma delas ser apreendida como possuindo qualquer coisa: os livros, o cavalo, a gravidez.
- Por vezes, o conflito não se desenrola em termos triangulares mas joga-se numa relação dual em que a rapariga está numa situação de dependência, relativamente ao casal de camponeses que figuram o casal parental, englobando uma espécie de entidade única.
- O reconhecimento do laço que une o casal do segundo plano é sustentado por fantasmas da cena primitiva, mais ou menos elaborados, sendo a rapariga portadora de desejos libidinais em relação ao homem e de movimentos agressivos em relação à mulher, isto é, o desejo libidinal pelo pai e rivalidade com a mãe.
- Quando a problemática é narcísica ou (anti)depressiva é revivida a problemática da perda, sendo difícil a elaboração do conflito edipiano. No contexto psicótico os laços entre as personagens são maciçamente atacados, o que pode ser associado a fantasmas da cena primitiva, destrutivos e mortíferos.

Cartão 3 BM

- **Material manifesto:** representa um indivíduo cujo sexo e idade são indeterminados e está caído junto a um banco. No canto esquerdo, encontra-se um pequeno objeto, por vezes difícil de identificar, mas é frequentemente visto como um revólver.
- **Solicitações latentes:** o cartão reenvia a uma problemática de perda de objeto e testa a questão da elaboração da posição depressiva (a postura da personagem traduz essencialmente a depressão).
- Põe à prova a representação narcísica de si próprio e mobiliza processos identificatórios, uma vez que a personagem é representada de modo relativamente vago quanto à identidade sexual. Quando há elaboração depressiva, os afetos depressivos são reconhecidos e associados a uma representação de perda de objeto. Se os afetos depressivos não são reconhecidos, a recusa da depressão constitui uma defesa de tipo

maníaco. Poderá surgir um primeiro momento de depressão, mas projetado no futuro um possível trabalho de luto.

- Nas organizações neuróticas os afetos depressivos são reconhecidos e a representação da perda do objeto é associada à ambivalência face ao objeto. A depressão é então dominada pelo sentimento de culpa e o temor inconsciente do castigo.
- No funcionamento narcísico a perda do objeto é sentida em termos de ferida narcísica. A depressão é então dominada por sentimentos de vergonha e de inferioridade. Nestas modalidades de representações de relações, o objeto não é investido num movimento relacional objetal, mas é percebido como um duplo narcísico, com uma procura permanente de ganhos para o narcisismo próprio do sujeito.
- Nas organizações psicóticas é a representação unitária da imagem de si que falha, o que se traduz pela perceção de deformações corporais na personagem. Aparecem temas de destruição ou ainda temas paranoides ou paranóicos. No primeiro caso, a agressividade maciçamente voltada contra si, num movimento destrutivo, não permite a manutenção da identidade na sua integridade e, no segundo caso, há projeção da agressividade para o exterior, o objeto externo torna-se persecutório. O relato pode tornar-se caótico, à semelhança da representação que o sujeito pode ter do seu corpo e de si próprio.

Cartão 4

- **Material manifesto:** um casal, uma mulher junto de um homem que a afasta. A diferença de sexos é claramente representada, mas não há diferença de gerações.
- **Solicitações latente:** remetem para o conflito pulsional no seio de uma relação heterossexual, na medida em que cada um dos protagonistas pode ser portador de movimentos pulsionais diferentes, agressividade e/ou libido. O dualismo pulsional está fortemente representado neste cartão. É frequente a instabilidade nas identificações: por vezes, o homem é percebido como potente e forte e a mulher frágil e dependente, enquanto noutros casos a situação inverte-se e é uma mulher dominadora, castradora que se confronta com um homem fraco e submisso.
- O duplo movimento pulsional é esperado mas é importante que haja uma ligação possível entre a agressividade e a libido, isto é, ambivalência na relação.

- A presença de uma terceira personagem (no alto à esquerda) pode remeter para a situação edipiana fantasmática, reativando a rivalidade das duas mulheres pelo homem.
- Está assim presente a dupla conflitualidade da problemática edipiana: atração pela personagem do sexo oposto e rivalidade com a personagem do mesmo sexo.

Cartão 13 MF

- **Material manifesto:** representa, no primeiro plano, um homem de pé com o braço diante do rosto e, no segundo plano, uma mulher deitada, com o peito desnudado. Esta cena solícita, de forma intensa, os movimentos pulsionais sexuais e agressivos.
- **Solicitações latentes:** Remetem para a expressão da sexualidade e agressividade no casal. São esperadas grandes quantidades de energia pulsional (representações e afetos maciços). Podem surgir temas de culpabilidade e remorso, relacionados com expressão da sexualidade e da agressividade, mostrando a oscilação entre o desejo, a libertação pulsional e a defesa em termos do interdito e da culpabilidade. Mostra o conflito intrapsíquico. Por vezes só a agressividade é expressa ou só o aspeto sexual da relação. Este cartão põe à prova as capacidades de ligação dos movimentos pulsionais agressivos aos movimentos libidinais.

A última versão do S.C.O.R.S. (Social Cognition and Object Relations Scale) para cotação do T.A.T. (Westen, 2002), é composta por oito variáveis: Complexidade da Representação das Pessoas (Complexidade - C.R.P.); Qualidade Afetiva das Representações (Afeto - Q.A.R.); Investimento Emocional nas Relações (Relações - I.E.R.); Investimento Emocional em Valores e Standards Morais (Valores Morais - I.E.V.S.M.); Compreensão da Causalidade Social (Causalidade - C.C.S.); Experiência e Gestão dos Impulsos Agressivos (Agressividade - E.G.I.A.); Autoestima - A.E.; e Identidade e Coerência do Self (Identidade - I.C.S.). Na versão mais recente, a variável original de Relações-Valores Morais foi dividida em duas variáveis distintas: Relações e Valores Morais. Para além disso, a última versão inclui a adição das variáveis: Agressividade, Autoestima e Identidade. Cada variável, na última versão, é cotada numa escala de 7 pontos variando de 1 (patológico) a 7 (saudável). Cotações mais baixas (ex.: 1 e 2) indicam a presença de respostas mais patológicas, enquanto que cotações mais altas (ex.: 6 e 7) indicam respostas saudáveis.

Neste estudo utilizaram-se apenas cinco das oito escalas, tendo sido escolhidas, por conveniência do tema a tratar, as seguintes escalas que se descrevem:

A) Complexidade da representação das pessoas (C.R.P.)

A escala avalia em que medida o sujeito diferencia claramente as suas perspectivas das dos outros; vê o "self" e os outros como tendo disposições estáveis, duradouras e multidimensionais; e vê o self e os outros como seres "psicológicos" com motivos complexos e experiência subjetiva. Avalia a capacidade de integrar os atributos positivos e negativos do self e dos outros, bem como a riqueza da representação.

Nos níveis mais elevados, o sujeito vê as pessoas de forma complexa, fazendo inferências elaboradas sobre os seus estados mentais, motivações, pontos de vista e processos inconscientes. As pessoas são vistas como tendo sentimentos e disposições conflituais, e como expressando diferentes aspetos das suas personalidades em diferentes situações. É capaz de integrar tanto as boas como as más características do self e dos outros.

Em níveis mais intermédios, o sujeito tem uma compreensão superficial dos processos psicológicos e da experiência subjetiva das outras pessoas, não sendo muito claro o que a pessoa poderia fazer "fora da personagem" ou experienciar conflitos psicológicos. As narrativas são, por norma, curtas e simplistas e com elaboração mínima dos estados internos das personagens.

Aos níveis mais baixos, o sujeito vê as pessoas delimitadas, separadas do self e umas das outras, mas há uma falha na elaboração dos estados subjetivos, motivos e características duradouras das pessoas. No nível mais baixo, as narrativas são extremamente distorcidas ou perturbadas, havendo confusão de pensamentos, sentimentos ou atributos do self e dos outros e falta de diferenciação entre personagens, confusão de limites e de pontos de vista.

B) Qualidade afetiva das representações (Q.A.R.)

Esta escala mede a qualidade afetiva das representações das pessoas e das relações e a forma como as descreve. Tenta avaliar o que o sujeito espera do mundo, e particularmente do mundo das pessoas, se a expectativa face a relações significativas é a de profunda malevolência e dor esmagadora, ou vê as interações sociais como basicamente benéficas e enriquecedoras.

Ao nível mais elevado, a pessoa tem uma gama de representações objetivas afetivamente carregadas/esquemas pessoais e expectativas interpessoais. As pessoas são vistas como capazes de amar e ser amadas, de cuidar e serem cuidadas, em que o resultado da avaliação da interação social vai do negativo ao neutro e até misto.

Num nível mais intermédio, a pessoa vê o mundo, e particularmente o mundo das pessoas, como hostil, inconstante, vazio e distante, mas não de forma esmagadora. A pessoa pode sentir-se tremendamente sozinha. As pessoas podem ser experienciadas como desagradáveis ou indiferentes, mas não principalmente com uma ameaça à sua existência.

Nos níveis mais baixos, o mundo social é visto como tremendamente ameaçador e/ou experiencia a vida como esmagadoramente inconstante e dolorosa. As pessoas são vistas como abandonicas, abusivas, destrutivas dos outros ou do próprio sem razão, para além de com malícia ou com indiferença. As pessoas são muitas vezes classificadas como vítimas e abusadoras. À luz desta escala, nos níveis mais baixos, as narrativas são rígidas e sem tonalidades. As personagens poderão surgir todas boas ou todas más, assumindo papéis todos bons ou todos maus.

C) Investimento emocional nas relações (I.E.R.)

Esta escala identifica o nível de comprometimento e de partilha emocional nas relações e avalia em que medida os outros são tratados como fins em vez de meios, os acontecimentos são vistos para além da necessidade de gratificação, os padrões morais são desenvolvidos e considerados e as relações são experienciadas como significativas e com empenho.

Ao nível mais elevado, a pessoa tende a ter relações profundas, relações de comprometimento com partilha mútua, intimidade emocional, interdependência e respeito, conectividade positiva e apreciação dos outros. A pessoa demonstra também sentimentos convencionais de amizade, carinho, amor e empatia, estando interessada no desenvolvimento e na felicidade tanto do próprio como dos outros e tenta atingir individualidade autónoma no contexto de envolvimento real com os outros. Os conflitos entre pessoas com interesses conflituais legítimos são compreendidos como requerendo um compromisso. Não ocorre a experiência interna de fragmentação ou aniquilamento, sendo possível tolerar estados temporários de regressão e de estabilização com adequada recuperação.

Ao nível intermédio, a pessoa tem em consideração as necessidades e desejos de outros significativos nas tomadas de decisões. Agradar a outras pessoas, ser gostado e comportar-se de acordo com os padrões das autoridades respeitadas são objetivos importantes que muitas vezes se sobrepõem ao próprio interesse. As relações são valorizadas mas podem não ser muito profundas.

Nos níveis mais baixos, a pessoa tem um sentido claro de conflitos potenciais entre as necessidades e desejos do próprio e dos outros, embora o objetivo principal continue a ser a

satisfação dos seus próprios desejos. Embora a pessoa possa ter vínculos, o investimento nas outras pessoas permanece claramente secundário ao autointeresse. No nível mais baixo, a pessoa está principalmente preocupada e vê o bem e o mal em termos da sua própria gratificação (e espera que os outros também o façam). As pessoas são vistas como existindo na relação consigo, sendo tratadas como ferramentas para atingir os interesses do sujeito; como espelhos ou audiências para as suas exibições; ou como impedimentos às suas gratificações.

Poderá existir confusão entre pensamentos e sentimentos interiores com o que vem do exterior. A regulação dos afetos pode ser difícil. Poderá expressar incerteza sobre a sua natureza básica, incluindo ser homem ou mulher, bom ou mau, ou poderá haver uma preocupação com temas e conflitos da fase que Freud chamou anal e Mahler denominou separação-individuação. A luta entre o desamparo infantil e a afirmação agressiva de direitos. A identidade parece frágil e as defesas primitivas (como a negação, a clivagem e a identificação projetiva) dominaram os esforços para resolver os problemas.

D) Experiência e gestão de impulsos agressivos (E.G.I.A.)

Esta escala avalia a capacidade da pessoa controlar e expressar apropriadamente os seus impulsos agressivos.

Ao nível mais elevado existe uma expressão da raiva e agressividade adequadas, mas também poderá haver, num nível mais baixo, uma negação da agressividade ou defesa dela, evitando-se claramente os confrontos.

A um nível médio/baixo, a pessoa denigre-se ou é fisicamente agressiva para consigo mesma, não se defendendo nem se protegendo do abuso dos outros. No último nível, há pouco controlo da agressividade e dos impulsos, havendo agressividade física, destrutividade e sadismo nas narrativas.

E) Identidade e coerência do self (I.C.S.)

Esta escala avalia o nível de fragmentação e integração do self.

Ao nível mais alto, a pessoa sente-se integrada, com ambições e objetivos a longo prazo, em que a identidade e autodefinição não são preocupação maior. À medida que se desce até aos níveis mais baixos, a visão e sentimentos sobre o self flutuam amplamente e de forma imprevisível, havendo um sentido de self instável. Ao nível mais baixo, há um sentido de self fragmentado e múltiplas personalidades.

2 - M.C.M.I.-III

Este Inventário de autorrelato é composto por 175 itens, que se completam em aproximadamente 20 a 30 minutos, minimizando a resistência e o cansaço dos avaliados. A idade mínima para a sua aplicação é 18 anos de idade e a escolaridade mínima recomendada é a obrigatória. A correção é feita de forma informática, a partir da aferição feita à população espanhola.

As elevações de configurações das escalas podem usar-se para sugerir diagnósticos específicos e concretos de pacientes e dinâmicas clínicas, assim como hipóteses comprováveis acerca do historial social e do comportamento atual.

As escalas deste inventário agrupam-se em categorias de personalidade e de psicopatologia para refletir a distinção feita pelo D.S.M., entre o Eixo II e o Eixo I. Distingue, mediante escalas diferentes, as categorias da personalidade mais duradouras dos pacientes (Eixo II) e as perturbações clínicas agudas que apresentam (Eixo I), distinção esta considerada de grande utilidade para os que desenvolvem as provas psicológicas e para os clínicos. Assim, os perfis baseados nas 24 escalas clínicas podem interpretar-se para esclarecer a interação entre os padrões caracterológicos de longa duração e os sintomas clínicos distintivos que se manifestam num determinado momento.

A partir da análise do perfil dessas escalas clínicas, no seu conjunto, podem fazer-se interpretações mais dinâmicas e compreensivas das relações entre sintomatologia, comportamento, relacionamento interpessoal e estrutura da personalidade.

As escalas dentro de cada eixo agrupam-se também de acordo com o nível de gravidade da psicopatologia. As escalas Esquizotípica, Limite e Paranoide, representam níveis mais graves da personalidade patológica e estão separadas das 11 escalas básicas da personalidade, que são: Esquizoide, Evitativa, Depressiva, Dependente, Histriónica, Narcísica, Antissocial, Agressivo/Sádica, Obsessivo-Compulsiva, Masochista e Autodestrutiva. Da mesma forma, as síndromes clínicas de gravidade moderada (Perturbação da Ansiedade, Somatoforme, Bipolar, Distímica, Dependência de Álcool, de Substâncias e Perturbação de Stress Pós-Traumático), estão separadas e avaliam-se de forma independente das síndromes clínicas graves (Perturbação do Pensamento, Depressão Major e Perturbação Delirante) que presumivelmente têm uma natureza mais psicótica.

As pontuações diretas do M.C.M.I.-III, depois de calculadas, são convertidas em pontuações de prevalência (PREV), através de procedimento informático, diferindo segundo o género (tabela para homens e tabela para mulheres). Não há nenhuma transformação para PREV da escala V (Validade), porque se utiliza diretamente o valor da pontuação direta. O ponto de corte é PREV=75. Existem ainda ajustes das pontuações de prevalência:

- Ajuste de sinceridade (Escala X – Sinceridade); Não há ajuste se a pontuação direta estiver entre 61 e 123;
- Ajuste de ansiedade/depressão – aplica-se a cinco escalas mais frequentemente afetadas pela agitação emocional (Evitativa – 2A; Depressiva – 2B; Autodestrutiva – 8B; Esquizotípica – S e Limite – C);
- Ajuste de internamento hospitalar: alguns pacientes hospitalizados recentemente, tendem a negar a gravidade do seu estado emocional atual. Este ajuste vai aumentar a pontuação PREV nas escalas da Perturbação do Pensamento (SS), na Depressão Major (CC) e na Perturbação Delirante (PP);
- Ajuste por negação/queixas: alguns estilos de personalidade, em especial o Histriónico (Escala 4), o Narcísico (Escala 5) e o Compulsivo (Escala 7), caracterizam-se por estarem na defensiva e tendem a produzir perfis menos acentuados. Se uma destas escalas é a mais alta dos padrões clínicos da personalidade (Escala 1 a 8B), aumenta-se em 8 pontos as pontuações PREV dessa escala.

São condições de invalidação da prova:

1. Não estar identificado o sexo do paciente;
2. A idade ser inferior a 18 anos;
3. Ter deixado 12 ou mais itens sem resposta, ou se respondeu às duas alternativas;
4. Se respondeu verdadeiro a 2 ou 3 itens da escala de validade (Itens 65, 110 e 157);
5. A pontuação direta da Escala X (Sinceridade) é inferior a 34 ou superior a 178. Estas pontuações extremas indicam que o examinando pode ter exagerado ou minimizado determinados sintomas significativos;
6. Se não houver nenhuma pontuação PREV nas escalas de padrões clínicos da personalidade (1 a 8B) maior que 59.

As hipóteses diagnósticas baseadas no M.C.M.I.-III dão-se geralmente quando as pontuações PREV das escalas da personalidade são superiores a 75, neste caso, apontam-se traços da personalidade e quando são superiores a 85 indicam perturbação mais marcada, corresponde ao valor clinicamente julgado de prevalência na personalidade ou sintoma clinicamente saliente.

É importante avaliar a veracidade da resposta dada no M.C.M.I.-III, podendo os indivíduos apresentarem-se com traços socialmente desejáveis e pessoalmente atrativos e outros tentarem aparecer alterados, diminuindo a sua defesa psíquica e exagerando a angústia e vulnerabilidade emocional.

Esta tendência à “desejabilidade” e à “alteração” registam-se em pacientes com várias Perturbações da Personalidade, embora existam certos tipos de personalidade que habitualmente se esforçam por ocultar ou acentuar os seus traços caracterológicos e os seus estados emocionais mais problemáticos. Alguns negam depressivamente a presença de dificuldades psicológicas tanto em si mesmos como nos outros, outros procuram benefícios psicológicos mediante a queixa, isto é, mostrando mais dificuldades psicológicas do que as que têm na realidade.

Com a finalidade de resolver estes problemas, desenvolveram-se índices corretores: 1) Índice de Sinceridade; 2) Índice de Desejabilidade Social; 3) Índice de Alteração; 4) Índice de Validade.

- 1) Índice de Sinceridade (Escala X): pode revelar se o paciente está a ser sincero e franco, ou se, pelo contrário, está reticente e reservado. Uma pontuação <35 na Escala X é indício de reserva a indecisão geral, ou clara aversão a ser franco relativamente aos problemas e sentimentos psicológicos. Pontuação > 75 sugere facilidade de abertura para falar das suas dificuldades emocionais;
- 2) Índice de Desejabilidade Social (Escala Y): indicia inclinação para o paciente se mostrar socialmente atrativo e emocionalmente ajustado;
- 3) Índice de Alteração (Escala Z): reflete a tendência oposta à Escala Y. Tendência a auto depreciar-se ou auto desvalorizar-se;
- 4) Índice de Validade (Escala V): 2 ou mais pontos – protocolo inválido; 1 ponto – validade questionável; 0 pontos – protocolo válido.

Interpretação dos perfis:

A análise do perfil deve ser feita em quatro etapas, tendo em consideração as escalas básicas da personalidade, as escalas de personalidade patológica, os sintomas clínicos de gravidade moderada e os sintomas clínicos de maior gravidade, que constituem a avaliação global da aplicação.

- Começa por se analisar os Índices de Validade;
- Analisam-se as elevações relativas das três escalas da perturbação grave da personalidade (Esquizotípica, Estado-Limite e Paranoide) para verificar o caráter do padrão dominante;
- Devem integrar-se os perfis das escalas básicas da personalidade com as de perturbações de personalidade patológica, para efetuar uma síntese mais completa da estrutura básica da personalidade da pessoa, bem como o nível e o caráter das características patológicas;
- Depois, analisam-se os sintomas clínicos de gravidade moderada e também os sintomas clínicos graves (Eixo I).

III - Procedimentos

No âmbito da investigação para Tese de Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, no ISPA – Instituto Universitário, após aceitação do tema pelo orientador desta Instituição – Professor Doutor Nuno Torres – e pela Dra. Teresa Fialho, Psicóloga orientadora do estágio académico, do Hospital de Dia, do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Norte (Hospital de Santa Maria) realizou-se um estudo com pacientes do referido Hospital de Dia, tendo sido concedida autorização pela Diretora do Serviço, Professora Doutora Luísa Figueira e pelo Conselho de Ética dessa instituição (Anexo A), sendo assegurado que este estudo não fosse pôr em causa aspetos éticos essenciais, nomeadamente a relação entre o paciente e respetivos técnicos.

De modo a uniformizar o processo de recolha da informação dos dois grupos, foi estabelecido o modo de administração dos instrumentos, procedendo-se ao registo dos dados demográficos (sexo, idade, situação conjugal e escolaridade), à gravação áudio das narrativas dos cinco cartões do T.A.T. (1, 2, 3BM, 4 e 13MF), tendo-se pedido a cada sujeito que contasse uma história, com início, meio e fim e que, para cada uma delas, dissesse o que as personagens estavam a pensar, a sentir e a fazer. Por fim, procedeu-se ao autopreenchimento da folha de protocolo do M.C.M.I.-III, o que foi feito maioritariamente numa só sessão e por esta ordem, sempre na

presença do investigador, em ambiente de total privacidade e sempre após o esclarecimento necessário à assinatura do Consentimento Informado, quer para o Grupo Clínico, quer para o Grupo Normativo (Anexos B e C).

Na análise estatística dos dados relativos às duas provas, utilizou-se o programa informático S.P.S.S. 20.

Procedimentos de cotação do S.C.O.R.S.

Para garantir o anonimato dos protocolos de ambos os grupos e para maior fidelidade de interpretação e cotação das narrativas do T.A.T., estas foram gravadas e posteriormente transcritas, sendo atribuído um código numérico a cada protocolo, permitindo uma organização por ordem crescente de cada um deles. Posteriormente, a sua cotação foi feita por três cotadores independentes, sendo um deles o investigador (A), o outro um colega (B) e o terceiro o orientador desta investigação (C), desconhecendo-se a que grupo pertencia cada protocolo, sendo depois feita a média dessas cotações por cartões e por escalas, tal como se pode ver nas tabelas em anexo (Anexo D). Encontrou-se um valor convergente que foi utilizado no estudo.

Calculou-se também o coeficiente de correlação de Pearson (Anexo E) para se verificar o nível de concordância intercotadores (convergência). Analisando os quadros em anexo, verificaram-se correlações estatisticamente significativas entre as cotações obtidas pelo menos por dois dos cotadores, em todos os cartões do T.A.T., em todas as escalas do S.C.O.R.S., à exceção da I.C.S. que apenas apresentou correlações nos cartões 1, 2, e 13MF.

A fiabilidade e validade do S.C.O.R.S. para cotação das narrativas do T.A.T. têm sido demonstradas em vários estudos anteriores que investigaram as relações de objeto numa vasta gama de condições psicológicas (Westen et al, 1991, 1997, 1998).

A consistência interna (*Alpha de Cronbach*) varia consoante o número de respostas ao T.A.T. e consoante a população em estudo. Ao longo das últimas décadas, Westen e seus colaboradores (1990, 1991a, 1991b, 1998, 2002) têm obtido valores de consistência interna entre .59 a .98 em populações clínicas, onde foram utilizados cinco a sete cartões (1, 2, 3BM, 4, 13MF, 15 e 18GF).

Para se avaliar a fidelidade e consistência interna das escalas de cotação do S.C.O.R.S. nos diferentes cartões, obteve-se o Alpha de Cronbach de cada escala em todos os cartões, tal como indicado na Tabela em anexo (Anexo F). De uma forma geral, verificou-se que valores de

consistência interna (Alpha de Cronbach) das cinco escalas variam entre .61 (consistência média) e .82 (consistência alta).

A fim de se averiguar se as escalas de cotação do S.C.O.R.S. estavam correlacionadas entre si, achou-se o coeficiente de correlação de Pearson (Anexo G). Tal como se pode verificar na Tabela em anexo, houve correlações significativamente positivas entre a escala C.R.P. com a I.E.R. e I.C.S., entre a escala Q.A.R. e as I.E.R. e E.G.I.A., bem como entre a escala I.E.R. e I.C.S..

Compararam-se, seguidamente, os valores obtidos nos dois grupos para se verificar se o grupo normativo pontuou níveis mais elevados do que o grupo clínico.

Os mesmos participantes responderam ao M.C.M.I.-III com o intuito de se apurar os tipos de Perturbação da Personalidade existentes nessa população, pelo que se cotaram os 11 padrões de personalidade (7 de gravidade moderada e 3 de gravidade severa). Posteriormente, compararam-se os valores obtidos nos dois grupos para verificar se o grupo clínico obtinha valores mais elevados do que o grupo normativo, isto é, se existiria perturbação moderada ou grave no grupo clínico.

Utilizando-se os resultados obtidos na cotação do T.A.T. pelo S.C.O.R.S., na totalidade dos participantes, procurou-se verificar a existência de correlações significativas entre o valor total obtido em cada uma das cinco escalas e os padrões da Perturbação da Personalidade e mais especificamente em cada Cluster através dos resultados do M.C.M.I.-III.

Procurou verificar-se a existência de cartões do T.A.T. melhor correlacionados com cada uma das escalas do S.C.O.R.S., isto é, de acordo com o conteúdo latente de cada cartão.

Avaliou-se ainda a existência de correlações significativas entre os cartões do T.A.T., com as cotações pelo S.C.O.R.S., e os diferentes padrões de personalidade, nomeadamente com os mais específicos de cada Cluster.

RESULTADOS

Na primeira fase, com vista a descrever e a caracterizar a amostra em estudo, foi feita uma análise descritiva dos dados demográficos dos dois grupos da amostra, como foi apresentado na Tabela 1. Seguidamente procedeu-se à análise e cotação das narrativas dos cinco cartões do T.A.T., por três cotadores independentes, de acordo com as cinco escalas de cotação pelo método S.C.O.R.S., pelo que foi feita uma convergência entre os valores obtidos por cada um dos cotadores e feita uma média entre esses, para se encontrarem os valores convergentes que foram utilizados no estudo (Anexo D).

Procedeu-se à descrição na amostra total dos valores da média, o desvio padrão e a amplitude (valores mínimos e máximos) obtidos nas escalas de cotação do S.C.O.R.S., tal como indicado na Tabela 2, tendo-se posteriormente comparado os mesmos valores obtidos no Grupo Clínico e no Grupo Normativo (Tabela 3).

Tabela 2: Estatística descritiva das médias das cotações nas escalas do S.C.O.R.S. na amostra total

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
S_C.R.P.	1.00	5.20	2.60	0.76
S_Q.A.R.	1.27	4.53	2.85	0.59
S_I.E.R.	1.27	3.53	2.21	0.46
S_E.G.I.A.	2.13	4.47	3.78	0.49
S_I.C.S.	3.50	5.90	5.01	0.40

Tabela 3: Estatística comparativa entre as médias das cotações nas escalas do S.C.O.R.S. nos dois grupos

	Mínimo		Máximo		Média		Desvio Padrão		F	P
	Grupo Clínico	Grupo Normativo								
C.R.P.	1.00	1.67	4.18	5.20	2.30	2.84	0.59	0.81	5.53	0.02
Q.A.R.	1.27	1.87	3.60	4.53	2.69	2.95	0.53	0.60	2.08	0.16
I.E.R.	1.27	1.60	2.73	3.20	2.06	2.30	0.33	0.45	3.57	0.07
E.G.I.A.	2.13	2.93	4.47	4.40	3.70	3.88	0.61	0.35	1.29	0.26
I.C.S.	3.50	4.80	5.50	5.90	4.84	5.14	0.45	0.24	6.45	0.02
TOTAL	2.60	3.02	3.95	4.11	3.12	3.42	0.31	0.29	10.01	0.003

De forma a averiguar se havia diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, fez-se uma análise de variância (ANOVA) com um fator (população). Analisando a Tabela 3, pode observar-se a existência de uma diferença muito significativa nos dois grupos na escala C.R.P. ($F(1, 38)=5.53, p=.02$), tendo o Grupo Normativo fornecido narrativas em que as personagens eram representadas com mais complexidade sendo, por isso, narrativas mais ricas ao nível da caracterização das personagens. A população dita "normal" revelou, nas suas narrativas, ter identidades melhor estruturadas e "selves" mais coesos (I.C.S.), tal como está apresentado na mesma tabela ($F(1, 38)=6.45, p=.02$). Podem ainda observar-se diferenças marginalmente significativas na escala I.E.R. entre grupos ($F(1, 38)=3.57, p=.07$), significando que os indivíduos do Grupo Normativo têm melhor capacidade em investir emocionalmente nas suas relações.

Em suma, o Grupo Normativo obteve resultados significativamente mais elevados do que o Grupo Clínico na totalidade das escalas do S.C.O.R.S..

Tabela 4: Estatística comparativa entre as médias das cotações nos cartões do T.A.T. nos dois grupos

	Mínimo		Máximo		Média		Desvio Padrão		F	P
	Grupo Clínico	Grupo Normativo								
Cartão 1	2,12	2,45	4,21	4,5	3,1	3,43	0,44	0,51	4,5	0,04
Cartão 2	2,64	2,92	3,64	4,64	3,17	3,5	0,26	0,46	7,5	0,01
Cartão 3	2,36	2,64	3,64	3,92	2,85	3,14	0,35	0,35	6,7	0,01
Cartão 4	2,36	2,67	3,86	4,45	3,27	3,41	0,45	0,48	0,9	0,35
Cartão 5	2	2,36	3,86	4,08	2,88	3,08	0,58	0,45	1,5	0,23
Totais	2,6	3,02	3,95	4,11	3,12	3,42	0,31	0,29	10	0,003

Tal como se pode observar na Tabela 4, após uma análise de variância (ANOVA) com um fator, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, nos primeiros três cartões do T.A.T., tendo o Grupo Normativo obtido valores superiores relativamente ao Grupo Clínico.

Verificou-se, assim, que a diferença dos valores obtidos entre o Grupo Normativo e o Grupo Controlo, favorável ao primeiro, é estatisticamente significativa na totalidade das cotações nos cartões do T.A.T. ($F(1, 38)=10.01, p=.003$) sendo isto indicativo de que este grupo demonstra relações de objeto mais evoluídas e, assim, personalidades mais estruturadas e não patológicas.

Para a classificação do padrão de personalidade de gravidade moderada ou de maior gravidade, fez-se uma avaliação através do M.C.M.I.-III, que está adequado à classificação pelo D.S.M.-IV-TR.

Dos perfis obtidos pela aferição espanhola do M.C.M.I.-III utilizaram-se as pontuações diretas das oito escalas que caracterizam Padrões Clínicos da Personalidade de Gravidade Moderada (Esquizoide, Evitativa, Dependente, Histriónica, Narcísica, Antissocial, Obsessivo-Compulsiva, e Passivo/Agressiva) e três escalas da Padrões de Patologia Grave da Personalidade (Esquizotípica, Borderline e Paranoide).

Fez-se a descrição na amostra total em relação à média, o desvio padrão e a amplitude (valores mínimos e máximos) obtidos nas escalas dos padrões da personalidade de gravidade moderada e de maior gravidade (Tabela 5). Seguidamente compararam-se os mesmos valores obtidos no Grupo Clínico e no Grupo Normativo (Tabela 6).

Tabela 5: Estatística descritiva dos resultados obtidos nas escalas dos Padrões da Personalidade na amostra total no M.C.M.I.-III

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Esquizoide 1	0	20	8.65	5.85
Evitativa 2A	0	21	9.38	7.55
Dependente 3	0	23	8.25	6.18
Histriónica 4	2	23	11.80	6.64
Narcísica 5	1	24	12.45	4.65
Antissocial 6A	1	18	7.60	4.22
Obs-Compuls. 7	3	21	13.28	3.40

Pass/Agr 8A	0	25	10.63	5.91
Esquizotípica S	0	22	7.00	6.89
Borderline C	0	23	9.50	6.90
Paranoide P	0	22	7.63	5.88

Na análise dos valores médios obtidos na amostra total, verificou-se que as escalas com pontuação média superior a dez (ponto de corte entre o normal e o patológico) são as seguintes: Perturbação Histriónica; Narcísica; Obsessivo-Compulsiva; e Passivo/Agressiva, significando que, em média, houve mais participantes com estas perturbações.

Tabela 6: Estatística comparativa dos padrões de personalidade no M.C.M.I.-III entre os 2 grupos

	Mínimo		Máximo		Média		Desvio Padrão		<i>F</i>	<i>P</i>
	Grupo Clínico	Grupo Normativo								
Esquizoide 1	2	0	20	17	12.30	5.00	5.61	3.95	25.24	0.000
Evitativa 2A	0	0	21	14	14.00	4.75	6.97	4.84	23.74	0.000
Dependente 3	1	0	23	18	11.65	4.85	5.69	4.65	17.14	0.000
Histriónica 4	2	3	22	23	8.00	15.60	5.28	5.67	19.24	0.000
Narcísica 5	1	6	24	20	11.15	13.75	5.11	3.82	3.32	0.076
Antissocial 6A	1	1	18	14	7.95	7.25	4.66	3.81	0.27	0.606
Compulsiva 7	4	3	21	19	14.00	12.55	4.65	4.12	1.09	0.303
Pass/Agr 8A	1	0	25	16	13.15	8.10	5.82	4.93	8.76	0.005
Esquizotípica S	0	0	22	16	10.80	3.20	6.96	4.32	17.22	0.000
Borderline C	2	0	23	20	13.40	5.60	6.19	5.24	18.53	0.000
Paranoide P	2	0	22	16	10.35	4.90	5.91	4.52	10.75	0.002

Procedendo-se a uma análise de variância (ANOVA), verificou-se que houve diferenças muito significativas entre o Grupo Clínico e o Grupo Normativo na maioria das escalas dos padrões de personalidade de gravidade moderada, bem como no de maior gravidade, tendo o Grupo Clínico obtido valores bastante superiores aos do Grupo Normativo, com exceção da escala da Perturbação da Personalidade Histriónica na qual o Grupo Normativo pontua mais do que o Grupo Clínico (Tabela 6).

Utilizando-se a amostra total, procedeu-se à correlação entre os resultados obtidos na cotação do T.A.T. pelo S.C.O.R.S. e os obtidos nas escalas da Personalidade do M.C.M.I.-III (Tabela 7).

Tabela 7: Correlação entre Padrões da Personalidade e as escalas do S.C.O.R.S.

	C.R.P.	Q.A.R.	I.E.R.	E.G.I.A.	I.C.S.	TOTAL
Esquizoide 1	- 0.240	- 0.294*	- 0.071	- 0.164	- 0.155	- 0.314*
Evitativa 2A	- 0.233	- 0.176	- 0.057	- 0.002	- 0.047	- 0.193
Dependente 3	- 0.167	- 0.207	- 0.001	0.109	- 0.032	- 0.123
Histriónica 4	0.162	0.095	- 0.049	0.051	- 0.005	0.109
Narcísica 5	- 0.001	- 0.001	- 0.305*	- 0.117	- 0.256	- 0.212
Antissocial 6A	- 0.123	- 0.123	- 0.251	- 0.305*	- 0.042	- 0.320*
Obs-Compul. 7	- 0.115	- 0.115	0.172	0.380**	- 0.039	0.131
Passivo/Agres 8A	- 0.286*	- 0.294*	- 0.248	- 0.330*	- 0.111	- 0.418**
Esquizotípica S	- 0.389**	- 0.239	- 0.224	- 0.224	- 0.247	- 0.395*
Borderline C	- 0.269*	- 0.252	- 0.163	- 0.163	- 0.048	- 0.311*
Paranoide P	- 0.441**	- 0.268*	- 0.276*	- 0.276*	- 0.263	- 0.460**

Resultados de acordo com o r de *Pearson* (*p < 0,05; **p < 0,01)

Verificou-se a existência de uma correlação negativamente significativa entre a escala C.R.P. e os seguintes padrões de personalidade: Passivo/Agressiva, Esquizotípica, Borderline e Paranoide.

Relativamente à escala Q.A.R., houve correlações negativamente significativas com os seguintes padrões de personalidade: Esquizoide, Passivo/Agressiva e Paranoide, bem como uma correlação negativa e marginalmente significativa com o padrão de personalidade Borderline.

Também a escala I.E.R. demonstrou correlações negativamente significativas com os padrões Narcísico e Paranoide da personalidade e correlações marginais e negativamente significativas com os padrões Antissocial e Passivo/Agressivo da personalidade.

Apurou-se ainda uma correlação negativamente significativa entre a escala E.G.I.A. e os padrões de personalidade Antissocial, Passivo/Agressiva, Paranoide e uma correlação positiva significativa com o padrão de personalidade Obsessivo-Compulsivo.

Em síntese, todas as escalas apresentaram correlação significativa com a Perturbação Paranoide da Personalidade, ainda que marginalmente com a escala I.C.S.. Também a Perturbação da Personalidade Passivo/Agressiva está negativamente correlacionada com todas as escalas à exceção da I.C.S.. Relativamente à totalidade dos valores obtidos no T.A.T. pelo S.C.O.R.S.,

verificaram-se correlações negativamente significativas com os padrões Esquizoide, Antissocial, Passivo/Agressivo, Esquizotípico, Borderline e Paranoide.

Seguidamente fez-se a correlação por Clusters classificativos das Perturbações da Personalidade com as mesmas escalas do S.C.O.R.S.. O Cluster A é composto pelos padrões Esquizotípico, Paranoide e Esquizoide da personalidade; o Cluster B é composto pelos padrões Histriónico, Borderline, Antissocial e Narcísico; sendo o Cluster C composto por padrões Dependente, Evitativo, Obsessivo-Compulsivo e Passivo/Agressiva.

Tabela 8: Correlação entre as escalas do S.C.O.R.S. e o Cluster A das Perturbações da Personalidade

	C.R.P.	Q.A.R.	I.E.R.	E.G.I.A.	I.C.S.	TOTAL
Esquizotípica	- 0.389**	- 0.239	- 0.224	- 0.075	- 0.247	- 0.395*
Paranoide	- 0.441**	- 0.268*	- 0.276*	- 0.123	- 0.263	- 0.460**
Esquizoide	- 0.240	- 0.294*	- 0.071	- 0.164	- 0.155	- 0.314*

Resultados de acordo com o r de *Pearson* (*p < 0,05; **p < 0,01)

Analisando a Tabela 8, pode observar-se que a escala C.R.P. foi muito sensível ao padrão da personalidade Esquizotípico, tendo estes indivíduos demonstrado menor complexidade na representação das pessoas, sendo a correlação negativamente muito significativa. O padrão Esquizoide está negativamente correlacionado com a escala Q.A.R., significando a existência de qualidades afetivas negativas. Relativamente ao padrão da personalidade Paranoide, verificou-se uma correlação negativamente significativa com todas as escalas, à exceção da E.G.I.A., em que as narrativas destes sujeitos se distinguem pelas descrições das relações pouco complexas, com pouco investimento emocional e qualidades afetivas mais negativas, notando-se também que estes indivíduos demonstraram identidades instáveis e "selvas" pouco coerentes.

Em síntese, verificou-se que as perturbações da personalidade incluídas neste Cluster estão significativa e negativamente correlacionadas com a totalidade dos valores obtidos em todas as escalas do S.C.O.R.S..

Nos padrões de Personalidade do Cluster B verificou-se que a Perturbação da Personalidade Borderline está negativamente correlacionada com as escalas C.R.P. e Q.A.R., refletindo representações pouco complexas das pessoas e qualidades afetivas negativas das relações. A Perturbação da Personalidade Antissocial demonstrou correlações negativamente significativas com as escalas Q.A.R., I.E.R. e E.G.I.A., ou seja, os indivíduos diagnosticados com esta perturbação demonstraram qualidades afetivas negativas e pouco investimento emocional nas

relações, bem como pouca capacidade de gestão dos seus impulsos agressivos. A Perturbação da Personalidade Narcísica revelou estar negativa e significativamente correlacionada com as escalas I.E.R. e I.C.S., significando que estes indivíduos demonstraram pouco investimento emocional nas relações, bem como uma identidade e coerência do *self* frágeis.

Também as Perturbações da Personalidade Borderline e Antissocial revelaram estar correlacionadas com a cotação total das escalas do S.C.O.R.S. (Tabela 9).

Tabela 9: Correlação entre as escalas do S.C.O.R.S. e o Cluster B das Perturbações da Personalidade

	C.R.P.	Q.A.R.	I.E.R.	E.G.I.A.	I.C.S.	TOTAL
Borderline	- 0.269*	- 0.252	- 0.163	- 0.168	- 0.048	- 0.311*
Antissocial	- 0.123	- 0.291*	- 0.251	- 0.305*	- 0.042	- 0.320*
Histriónica	0.162	0.095	- 0.049	0.051	- 0.005	0.109
Narcísica	- 0.001	- 0.12	- 0.305*	- 0.117	- 0.256	- 0.212

Resultados de acordo com o r de Pearson (*p < 0,05; **p < 0,01)

Procedeu-se à análise da correlação entre os resultados obtidos nas cotações do S.C.O.R.S. com as perturbações da personalidade do Cluster B (Tabela 10).

Tabela 10: Correlação entre as escalas do S.C.O.R.S. e o Cluster C das Perturbações da Personalidade

	C.R.P.	Q.A.R.	I.E.R.	E.G.I.A.	I.C.S.	TOTAL
Dependente	-0.167	- 0.207	- 0.001	0.109	- 0.032	- 0.123
Evitativa	- 0.233	- 0.176	- 0.057	- 0.002	- 0.047	- 0.193
Obsessivo-Compulsiva	- 0.115	0.106	0.172	0.380**	- 0.039	0.131
Passivo/Agress	- 0.286*	- 0.294*	- 0.248	- 0.330*	- 0.111	- 0.418**

Resultados de acordo com o r de Pearson (*p < 0,05; **p < 0,01)

Concluiu-se, assim, que os indivíduos com Perturbação da Personalidade Obsessivo-Compulsiva demonstraram maior capacidade de gerir e controlar os seus impulsos agressivos. Já os indivíduos com Perturbação da Personalidade Passivo/Agressiva demonstraram fraca complexidade na representação das pessoas, qualidades afetivas das relações mais negativas, menor investimento emocional nas relações e insuficiente capacidade de gestão e controlo dos

impulsos agressivos. Esta Perturbação da Personalidade também demonstrou estar negativamente correlacionada com a totalidade das escalas do S.C.O.R.S..

A partir da pontuação convergente dos 3 cotadores, procurou-se a existência de cartões do T.A.T. mais especificamente correlacionado com cada escala do S.C.O.R.S.. Fez-se a descrição dos valores totais obtidos em cada cartão do T.A.T., nas cinco escalas de cotação do S.C.O.R.S., em relação à média, o desvio padrão e a amplitude (valores mínimos e máximos), tal como indicado na Tabela 11.

Tabela 11: Estatística descritiva dos valores obtidos em cada cartão do T.A.T., em cada escala do S.C.O.R.S.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	F	Sig.
C.R.P.						
Cartão 1	1,33	4,83	2,67	0,83	1,85	,185
Cartão 2	1,00	5,67	2,56	0,86	2,93	,095
Cartão 3BM	2,00	5,00	2,61	0,72	4,20	,048
Cartão 4	1,00	5,67	2,56	0,98	4,05	,052
Cartão 13MF	2,00	6,00	2,50	0,79	0,18	,676
Total	1,00	5,20	2,58	0,76	5,53	,024
Q.A.R.						
Cartão 1	1,33	5,00	3,02	0,83	2,95	,094
Cartão 2	1,67	4,33	3,17	0,64	2,77	,104
Cartão 3BM	1,00	4,00	2,43	0,58	5,78	,021
Cartão 4	1,00	5,33	2,97	0,91	0,12	,735
Cartão 13MF	1,00	4,67	2,53	0,87	0,57	,454
Total	1,27	4,53	2,82	0,58	2,08	,158
I.E.R.						
Cartão 1	1,00	3,67	2,06	0,65	1,97	,169
Cartão 2	1,00	4,00	2,29	0,67	6,17	,018
Cartão 3BM	1,33	2,67	1,94	0,40	1,55	,221
Cartão 4	1,33	3,67	2,39	0,61	0,03	,875
Cartão 13MF	1,33	4,00	2,22	0,55	1,69	,202
Total	1,27	3,20	2,18	0,41	3,57	,067
E.G.I.A.						
Cartão 1	2,00	5,00	3,93	0,55	0,35	,556
Cartão 2	2,67	4,33	3,97	0,33	1,34	,254
Cartão 3BM	2,33	5,00	3,63	0,58	2,26	,141
Cartão 4	1,00	5,67	4,17	0,92	0,19	,670
Cartão 13MF	1,00	4,67	3,24	1,19	0,46	,502

Total	2,13	4,47	3,79	0,49	1,29	,264
I.C.S.						
Cartão 1	2,50	7,00	5,13	0,68	7,83	,008
Cartão 2	3,50	7,00	5,10	0,65	4,09	,051
Cartão 3BM	4,00	6,50	4,90	0,43	2,40	,130
Cartão 4	4,00	5,50	4,94	0,31	3,70	,062
Cartão 13MF	3,00	5,50	4,90	0,43	0,60	,443
Total	3,50	5,90	4,99	0,39	6,45	,015
T.A.T.						
Cartão 1	2,21	4,5	3,27	0,50	4,54	,040
Cartão 2	2,64	4,64	3,34	0,41	7,52	,009
Cartão 3BM	2,36	3,92	3,00	0,37	6,66	,014
Cartão 4	2,36	4,45	3,34	0,47	0,90	,349
Cartão 13MF	2,00	4,08	2,98	0,51	1,50	,228
Total	2,60	4,11	3,27	0,33	10,01	,003

Achou-se o coeficiente de correlação de Pearson na amostra total, entre cada uma das escalas do S.C.O.R.S. e os resultados totais obtidos em cada cartão do T.A.T. (Tabela 12).

Tabela 12: Correlação entre cada uma das escalas do S.C.O.R.S. e os cartões do T.A.T.

	C.R.P.	Q.A.R.	I.E.R.	E.G.I.A.	I.C.S.
Cartão 1	0,478**	0,627**	0,770**	0,350*	0,545**
Cartão 2	0,724**	0,399**	0,777**	0,012	0,661**
Cartão 3BM	0,417**	0,537**	0,663**	0,308*	0,382**
Cartão 4	0,097	0,678**	0,709**	0,453**	0,311*
Cartão 13MF	0,174	0,574**	0,347*	0,693**	0,151

Verificou-se a existência de correlações entre os conteúdos latentes dos cartões do T.A.T. e as escalas de cotação do S.C.O.R.S., tendo-se apurado que os cartões 1 e 3BM estão positiva e significativamente correlacionados com todas as escalas do S.C.O.R.S.. O segundo e quarto cartão revelaram-se também positiva e significativamente correlacionados com todas as escalas, à exceção da E.G.I.A. e da C.R.P., respetivamente. O último cartão (13MF) está correlacionado com a maioria das escalas, à exceção das C.R.P. e I.C.S..

Procurou-se também averiguar, através das cotações do S.C.O.R.S., se haveria algum cartão do T.A.T. que demonstrasse maior correlação com os resultados obtidos no M.C.M.I.-III

(Tabela 13) e depois mais especificamente com cada Cluster de Perturbação da Personalidade (Tabelas 14, 15 e 16).

Tabela 13: Correlação entre os cartões do T.A.T. e os Padrões de Personalidade no M.C.M.I.-III

	Cartão 1	Cartão 2	Cartão 3BM	Cartão 4	Cartão 13MF
Esquizoide 1	-0.111	-0.199	-0.133	-0.123	-0,317*
Evitativa 2A	0.010	-0.165	-0.026	-0.033	-0.156
Dependente 3	-0.004	-0.193	-0.039	0.042	0.055
Histriónica 4	-0.131	0.062	0.027	-0.041	0.307*
Narcísica 5	-0.295*	-0.199	-0.162	-0.242	-0.102
Antissocial 6A	-0.197	-0.156	-0.226	-0.314*	-0.310*
Obs. Compulsiva 7	0.039	0.088	0.093	0.207	0.272*
Passivo/Agres 8A	-0.156	-0.244	-0.192	-0.301*	-0.299*
Esquizotípica S	-0.167	-0.367*	-0.091	-0.158	-0.217
Borderline C	-0.171	-0.194	-0.245	-0.132	-0.135
Paranoide P	-0.235	-0.421**	-0.162	-0.179	-0.256

Tal como se pode verificar na Tabela 13, todos os cartões do T.A.T., demonstraram correlações significativas com alguns padrões de personalidade, à exceção do cartão 3BM, em que a correlação é apenas marginalmente significativa com a Perturbação Borderline.

No primeiro cartão, verificou-se uma correlação negativamente significativa com o padrão da personalidade Narcísico; o segundo cartão demonstrou estar negativa e significativamente correlacionado com os padrões da personalidade Esquizotípico e Paranoide. O quarto cartão demonstrou correlações negativamente significativas com os padrões da personalidade Antissocial e o Passivo/Agressiva e marginalmente significativa com o Narcísico. Já o último cartão (13BM) demonstrou estar negativamente correlacionado com o padrão da personalidade Esquizoide, Antissocial, Passivo/Agressivo e marginalmente com o Paranoide, bem como positivamente correlacionado com o padrão da personalidade Histriónico e Obsessivo-Compulsivo.

Tabela 14: Correlação entre os cartões do T.A.T. e o Cluster A

	Esquizoide 1	Esquizotípica S	Paranoide P
Cartão 1	-0.111	-0.167	-0.235
Cartão 2	-0.199	-0.367*	-0.421**
Cartão 3BM	-0.133	-0.091	-0.162
Cartão 4	-0.123	-0.158	-0.179
Cartão 13MF	-0,371*	-0.217	-0.256

Tal como se pode verificar na Tabela 14, o cartão 2 demonstrou uma forte correlação com dois dos padrões de personalidade do Cluster A (Esquizotípica e Paranoide), ou seja, os indivíduos com estas Perturbações da Personalidade tiveram mais dificuldade em aceder de forma adequada aos conteúdos latentes deste cartão, tal como se verificou no cartão 13MF que se apresentou negativamente correlacionado com o padrão da personalidade Esquizoide e marginalmente correlacionado com o padrão da personalidade Paranoide.

Tabela 15: Correlação entre os cartões do T.A.T. e o Cluster B

	Histriónica	Narcísica	Antissocial	Borderline
Cartão 1	-0.131	-0.295*	-0.197	-0.171
Cartão 2	0.062	-0.199	-0.156	-0.194
Cartão 3BM	0.027	-0.162	-0.226	-0.245
Cartão 4	-0.041	-0.242	-0.314*	-0.132
Cartão 13MF	0.307*	-0.102	-0.310*	-0.135

Neste Cluster, o padrão de personalidade Histriónico demonstrou estar positivamente correlacionado com o cartão 13MF, tendo estes indivíduos conseguido aceder de forma adequada aos conteúdos latentes deste cartão. Já os indivíduos com padrões de personalidade Narcísicos demonstraram dificuldades em aceder aos conteúdos latentes do primeiro cartão, ou fizeram-no de forma desadequada. O padrão de personalidade Antissocial revelou estar negativamente correlacionado com os cartões 4 e 13MF, significando que estes indivíduos não acederam de forma adequada aos conteúdos latentes destes dois.

Tabela 16: Correlação entre os cartões do T.A.T. e o Cluster C

	Evitativa	Dependente	Obs.Compulsiva	Passivo/Agressivo
Cartão 1	0.01	-0.004	0.039	-0.156
Cartão 2	-0.165	-0.193	0.088	-0.244
Cartão 3BM	-0.026	-0.039	0.093	-0.192
Cartão 4	-0.033	0.042	0.207	-0.301*
Cartão 13MF	-0.156	0.055	0.272*	-0.299*

No Cluster C verificou-se que o padrão de personalidade Obsessivo-Compulsivo está positivamente correlacionado com o cartão 13MF, o que significa que estes indivíduos forneceram narrativas adequadas e facilmente acederam aos conteúdos latentes deste cartão. Já o padrão de personalidade Passivo/Agressiva demonstrou correlações negativamente significativas com os cartões 4 e 13MF, refletindo uma dificuldade ou desadequação no acesso aos conteúdos latentes destes dois cartões.

Segue-se a discussão dos resultados referentes às análises estatísticas levadas a cabo com base nos dados recolhidos, organizados de acordo com os objetivos do estudo.

DISCUSSÃO

I - Discussão dos Resultados

Procurou fazer-se uma síntese e apreciação críticas dos resultados, confrontando-os entre si e com o enquadramento teórico orientador do estudo (Anexo H), tentando realçar o seu resultado e implicações, organizando-se de forma sequencial de modo a dar resposta aos objetivos formulados.

Após obtenção dos valores de convergência entre os três cotadores das narrativas do T.A.T. pelo S.C.O.R.S. na população total (Grupo Clínico e Grupo Normativo), procedeu-se à análise dos resultados. Como foi referido anteriormente, verificou-se que os valores obtidos na totalidade das escalas no Grupo Normativo são superiores aos do Grupo Clínico, com uma diferença muito significativa nas escalas C.R.P. e I.C.S. o que é coerente com as conceções teóricas mais relevantes (ver Tabela 4).

A natureza da relação de objeto determina o nível de representação e de organização da identidade e coerência do self, estando as relações de objeto e o desenvolvimento das representações em constante interação (Blatt, 2004). Estas representações estruturam-se na infância, emergindo da relação afetiva entre o cuidador e a criança e, por sua vez, organizam as experiências futuras dessa relação, levando a níveis mais evoluídos do desenvolvimento, de acordo com o nível de diferenciação que tem sido atingido e a qualidade da relação com o objeto (Dorr & Gard, 1983).

As propriedades ou qualidades separadas são integradas numa representação do objeto total e esta representação integrada torna-se cada vez mais diversa, integrada, conceptual e abstrata (Blatt, 2004). Isto pressupõe que haja um desenvolvimento das representações caracterizado pela crescente diferenciação, na qual os pontos de vista do self e dos outros são gradualmente mais distintos (Jacobson, 1964). Pressupõe-se também que em estádios mais primitivos haja uma clivagem das representações das pessoas que incluem tanto atributos negativos como positivos. Em estádios mais evoluídos do desenvolvimento já há uma capacidade em integrar representações mais complexas, ambivalentes ou multivalentes (Westen, 2002).

Esta integração pode requerer a resolução de características aparentemente contraditórias do objeto, sendo o objeto representado como uma identidade totalmente independente com características, funções, valores e sentimentos específicos e duradouros, em que apenas alguns são

relevantes em qualquer relação ou situação imediata (Segal, 1975). As representações objetais neste nível têm maior estabilidade e continuidade; o contacto com o objeto real deixa de ser necessário para manter esta representação.

Blatt (2004) refere que o nível do desenvolvimento das representações do objeto nas relações com outros significativos é um aspeto integral de um sentido de self maduro e eficaz (Dorr et al., 1983). Deficiências na capacidade de representação objetal são associadas com uma necessidade intensa de contacto próximo com os outros, desregulação do afeto e um sentido de self comprometido. O desenvolvimento das relações de objeto está, portanto, relacionado com o grau de identificação do Ego com o objeto e com as estratégias para lidar com as suas relações.

O desenvolvimento de representações internas dos cuidadores evolui simultaneamente com o desenvolvimento das representações internas do self e dos outros, em fases hierárquicas, influenciando as perceções, expectativas e comportamentos das crianças (McWilliams, 2004).

Nos estádios mais evoluídos o Ego está integrado, minimamente estável, a pessoa tem um sentido de si como um indivíduo coeso e estável em interação com outros que são experienciados como possuindo as mesmas qualidades.

Na realidade, com o progresso do desenvolvimento psicológico, as representações objetais vão-se tornando cada vez mais diferenciadas, integradas e precisas. Podemos concluir que, na globalidade, todas as escalas do S.C.O.R.S. avaliam, de facto, o nível de desenvolvimento e as representações objetais, diferenciando o nível mais evoluído, integrado, preciso, estável e simbólico nos dois grupos, correspondendo, assim, no grupo normativo a resultados mais evoluídos do desenvolvimento psicológico.

Como foi referido, analisaram-se e compararam-se os resultados obtidos nas escalas da personalidade do M.C.M.I.-III nos dois grupos verificando-se que no Grupo Clínico os valores eram superiores aos do Grupo Normativo, indicando maior Perturbação da Personalidade (ver Tabela 6). Apuraram-se diferenças muito significativas entre os dois grupos na maioria das escalas dos padrões de personalidade de gravidade moderada, bem como no de maior gravidade, tendo o Grupo Clínico obtido valores significativamente superiores aos do Grupo Normativo, com exceção da escala da Perturbação da Personalidade Histriónica, em que o Grupo Normativo obtém valores significativamente mais elevados do que o Grupo Clínico.

A qualidade do "mundo objetal" (Jacobson, 1964) ou do "mundo representacional" (Sandler & Rosenblatt, 1962) de uma pessoa - ou seja, a totalidade das representações sociais - é

um aspeto central da estrutura da personalidade e para o funcionamento interpessoal. Assim, procurou-se averiguar se haveria alguma escala do S.C.O.R.S. mais significativamente correlacionada com os diversos padrões de personalidade obtidos no M.C.M.I.-III na totalidade da amostra, tendo-se apurado uma correlação negativamente significativa entre o S.C.O.R.S. e as Perturbações Esquizoide, Antissocial, Passivo/Agressiva, Esquizotípica, Borderline e Paranoide (Tabela 7).

Verificou-se que os indivíduos diagnosticados com Perturbação da Personalidade Passivo/Agressiva, juntamente com os diagnosticados com os três padrões de patologia grave da personalidade (Esquizotípica, Borderline e Paranoide), demonstraram menor complexidade nas representações das pessoas, tendo sido estas vistas de uma forma clivada, podendo ser predominantemente boas ou predominantemente más, não se verificando características duradouras e consistentes. Por exemplo "Aqui é um menino que está triste, a pensar se vai tocar violino, é só." (cartão 1).

Os indivíduos com Perturbação da Personalidade Esquizoide, Passivo/Agressiva, Borderline ou Paranoide, demonstraram qualidades afetivas das relações predominantemente negativas, em que as suas expectativas face ao mundo e aos outros eram muito pessimistas e negativistas. Alguns dos exemplos, no cartão 3, que vão neste sentido foram: "(...) Ela foi abandonada, está em desespero total e está a pensar acabar com a própria vida."; "(...) violência psicológica e física (...)"; e "(...) Abandono...desprezo...sem esperança. Um sem abrigo (...)". De acordo com McWilliams (2005), pode considerar-se que as pessoas diagnosticadas como Esquizoides ou Borderline têm um défice do desenvolvimento que não as deixou capazes de ter uma vivência consistente de si mesmas e dos outros.

As pessoas com Perturbação Narcísica, Antissocial, Passivo/Agressiva ou Paranoide forneceram narrativas com pouco investimento emocional nas relações, onde as interações e vínculos entre personagens eram pobres, fracos ou inexistentes, sendo o principal objetivo a satisfação dos seus próprios desejos. A prioridade é a satisfação das suas necessidades, funcionando como que num sistema fechado.

Especificando melhor as correlações do S.C.O.R.S. com cada um dos três Clusters da Personalidade, verificou-se que ocorreram correlações negativamente significativas das escalas da C.R.P., Q.A.R. e I.E.R. e marginalmente com a I.C.S. com as três Perturbações da Personalidade incluídas no Cluster A (Perturbação Esquizotípica, Paranoide e Esquizoide) (ver Tabela 8). De facto, as pessoas cujo diagnóstico esteja incluído neste Cluster são indivíduos isolados

socialmente, emocionalmente frios, pouco expressivos, distantes e muito desconfiados, estando propensos a desenvolver síndromes psicóticas (D.S.M.-IV-TR, 2006). Estas pessoas apresentam perturbações muito precoces nas relações com os outros que originam uma falha em se relacionar com um Eu total face a outro total (McWilliams, 2005).

Sendo a escala C.R.P. a que avalia, nos níveis mais elevados, a forma como o sujeito diferencia claramente as suas perspectivas das dos outros, vê o self e os outros como tendo disposições estáveis, duradouras e multidimensionais, vê os outros como seres “psicológicos”, com motivos complexos e experiência subjetiva e avalia a capacidade de integrar os atributos positivos e negativos do self e dos outros, bem como a riqueza da representação (Westen, 1990), compreende-se que nas narrativas do T.A.T. os indivíduos incluídos na Cluster A, nomeadamente a perturbação Esquizotípica e Paranoide, obtenham valores muito baixos, pela dificuldade de elaboração dos estados subjetivos, dos motivos e características duradouras das pessoas. Nestes casos as narrativas são distorcidas ou perturbadas, havendo confusão de pensamentos, sentimentos ou atributos do self e dos outros e falta de diferenciação entre personagens, confusão de limites e de pontos de vista. Surge como exemplo: "(...) parece que ela está a ler-lhe os pensamentos (...)" (cartão 4).

Os indivíduos com Perturbação Esquizotípica tendem a sentir desconforto nos relacionamentos íntimos e evidenciam distorções cognitivas ou da perceção e interpessoais. São excessivamente ansiosos frente aos outros e mantêm-se isolados. Ainda que apresentem características menos intensas do que na esquizofrenia, têm também dificuldades de comunicação (Millon, 2007). Estas características foram visíveis nas suas narrativas caóticas cujas descrições das interações foram no sentido de ver as pessoas como não empáticas e estranhas, havendo pouca elaboração dos seus estados afetivos e relacionais, sendo isto justificável pelo padrão cognitivo autista que os leva a "misturar" a comunicação social com irrelevâncias e discurso circunstancial. São também indivíduos que tendem a preferir a privacidade e o isolamento, devido à sua hipersensibilidade, ansiedade e desconfiança face aos outros e por terem medo de experimentar afetos por outras pessoas (McWilliams, 2004). Revelaram-se pouco eficientes no domínio das tensões e com tendência ao isolamento social.

As representações mentais (ou objetais) são fundamentais, sendo tanto conscientes como inconscientes e estando carregadas de afetos e imagens sobre o self, sobre os outros e sobre as relações entre o self e os outros, que derivam de experiências interpessoais, bem como de fantasias sobre essas mesmas experiências (Westen, 1991a).

Uma dimensão importante das representações subjacentes ao funcionamento interpessoal é o tom afetivo do paradigma das relações. A escala Q.A.R. mede a qualidade ou tom afetivo das representações das pessoas e das relações, tendo como objetivo avaliar o que o sujeito espera do mundo e, particularmente, do mundo das pessoas e suas interações (Westen, 1991b). Os indivíduos incluídos no Cluster A, nomeadamente as Perturbações Paranoídes e Esquizoídes, vêem o mundo como ameaçador, hostil, inconstante e vazio. Os indivíduos com perturbação Paranoide, tendem a ser desconfiados, de modo que as intenções dos outros são interpretadas como malévolas, projetando nos outros os sentimentos de desconfiança e raiva (Millon, 2007), o que foi corroborado na cotação das suas narrativas pela Q.A.R.. Por exemplo: "(...) o jovem é vítima de exploração (...)" (cartão 1); já no cartão 4 obteve-se "(...) ele abandono-a, arranhou outra (...)"; "(...) a grávida vai cuidar do filho vivendo miseravelmente. Pode ser que o bebé morra (...)" (cartão 2); ainda "Uma senhora visivelmente inconsciente e deprimida (...) acabou de perder o emprego e está grávida (...) vai ter que fazer um aborto" (cartão 3).

Os indivíduos com Perturbação da Personalidade Esquizoide não sentem necessidade de se relacionarem, pois não obtêm satisfação com os relacionamentos, demonstram pouco interesse "humano" e têm medo da intimidade e proximidade (Millon, 2007). Forneceram narrativas que demonstraram que estes indivíduos veem o mundo social como ameaçador, vazio e distante levando-os a sentirem-se tremendamente sozinhos e a excluírem-se da vinculação afetiva e da realidade envolvente (Westen, 1990).

Os indivíduos com Perturbação da Personalidade Esquizoide, tal como já foi descrito, demonstram pouco interesse e uma certa "desadequação" face ao mundo interpessoal. As experiências interpessoais e afetivas foram descritas como uma questão de factos ou de maneira abstrata, impessoal e mecânica, o que pode ser explicado por falhas empáticas dos cuidadores primários destes indivíduos em bebés, nos seus primeiros anos, em que os objetos parciais não chegaram a ficar integrados e a pessoa mantém-se com medo de um objeto retentor, malévolos e abandonónico que a pode deixar desamparada, vazia, profundamente sozinha e abandonada (Westen, 1990).

Assim, estes indivíduos são predominantemente introvertidos, despreocupados, indiferentes e apáticos. As pessoas podem ser experienciadas como desagradáveis ou indiferentes, mas não como uma ameaça à sua existência, não abusivas, ao contrário do que é experienciado pelos indivíduos diagnosticados com Perturbação Paranoide. Apresenta-se este exemplo, no cartão 4: "(...) Não há interação entre os dois, não há ligação. Os olhos dele vão para esta direção e os dela vão para ali. Os olhares não se encontram."

Os indivíduos com Perturbação Paranoide tendem a ser desconfiados, de modo que as intenções dos outros são interpretadas como malévolas, projetando nos outros os sentimentos de desconfiança e raiva (Millon, 2007). Têm, à partida, expectativas afetivas diferenciadas das relações e bastante negativas. Na escala Q.A.R. revelaram tendência a ver as pessoas como abandonadas, excessivamente negligentes, abusivas ou destrutivas, sendo as interações entre personagens predominantemente hostis (Westen, 1991b). Verificou-se ainda uma certa inconstância na vivência e experienciação dos afetos. Tendo em conta que o mecanismo de defesa predominante é a projeção, torna-se compreensível a forma ativa como repudiaram os traços emotivos pessoais indesejáveis que atribuem aos outros, sendo hipersensíveis face a estes (Millon, 2007; McWilliams, 2004).

A Perturbação Paranoide também está negativa e significativamente correlacionada com a escala I.E.R.. Sendo o investimento emocional a atribuição de um afeto a uma representação e evidenciando extrema desconfiança face ao mundo envolvente, interpretando as intenções e interações como malévolas, estas características foram explícitas nas suas narrativas. Alguns dos mecanismos de defesa são a intelectualização e a fantasia, em que as suas experiências interpessoais e afetivas são descritas como uma questão de factos ou de maneira abstrata, impessoal e mecânica (Millon, 2007). O facto de serem pessoalmente provocadores e desconfiados, projetando massivamente nos outros, faz com que a perceção e expectativa face às interações sociais sejam, de certa forma, distorcidas.

Quanto à correlação entre os resultados obtidos nas escalas do M.C.M.I.-III nos padrões de personalidade do Cluster B (perturbação Histriónica, Antissocial, Borderline e Narcísica) e os valores médios nas escalas do S.C.O.R.S., verifica-se a existência de uma correlação negativamente significativa entre a Perturbação Borderline e a escala C.R.P. e marginalmente com a Q.A.R.. Também a Perturbação Antissocial está correlacionada significativa e negativamente com as escalas Q.A.R. e E.G.I.A., e marginalmente com a I.E.R.. A Perturbação Narcísica está negativa e significativamente correlacionada com a escala I.E.R. e marginalmente com a I.C.S. (Tabela 9).

As pessoas diagnosticadas com Perturbação da Personalidade do Cluster B são consideradas manipuladoras, rebeldes, com tendência a quebrar regras e rotinas, impulsivas, dramáticas, sedutoras, imprevisíveis, com escassa tolerância à frustração (Millon, 2007). Geralmente, a sua sintomatologia afeta mais as pessoas com quem se relacionam do que o próprio indivíduo.

O que distingue a Perturbação da Personalidade Borderline das outras patologias graves (Esquizotípica e Paranoide) é a instabilidade dos seus afetos, sendo mais clara a instabilidade e labilidade do humor (Millon, 2007). Tendo em conta a tendência para reagirem de forma dramática ao medo da separação e isolamento, fez todo o sentido que as suas narrativas no T.A.T. tivessem tido cotações baixas na escala C.R.P. dada a pouca diferenciação das suas perspetivas das dos outros e as disposições instáveis, com uma visão dos outros pouco subjetiva, revelando dificuldade de integração dos atributos positivos e negativos do self e dos outros e pobreza das representações.

As tonalidades afetivas das suas narrativas foram negativas, marcadas por expectativas de abandono e rejeição por parte dos outros. As interações entre personagens foram predominantemente hostis e desagradáveis, sendo vistas como abandonicas, podendo ser, ou não, abusivas e destrutivas. Um exemplo que demonstra a forma dramática como reagem ao medo da separação e isolamento foi: "(...) não tem ninguém a quem recorrer. Não sabe se há-de acabar com a própria vida." (cartão 3). Foi também curioso confirmar a utilização de defesas tão primitivas como a clivagem dos afetos e a identificação projetiva e como demonstraram constante medo de ameaça da perda do objeto (McWilliams, 2004). Considerando que a escala Q.A.R. contempla a valência afetiva do mundo das pessoas, verificou-se uma forte associação entre o que a escala procura e o que o M.C.M.I.-III revela nesta patologia.

Os indivíduos com Perturbação da Personalidade Antissocial são indivíduos que, um pouco à semelhança da Perturbação Borderline, têm tendência a ver o mundo e as pessoas com malevolência. Frequentemente manipulam quem os rodeia para benefício próprio e enaltecem-se à custa de denegrir o outro, sem consideração e com indiferença face ao sofrimento alheio (Millon, 2007). Demonstram falta de sinceridade emocional, defeitos de consciência, falta de empatia e de afetos (exceto raiva e inveja e controlo onipotente), egocentrismo e grandiosidade (McWilliams, 2004). As escalas Q.A.R. corroboram as características deste tipo de Perturbação da Personalidade, que refletem uma falha empática por parte dos seus cuidadores primários enquanto crianças. Mantêm-se com medo de um objeto malévol e abandonico que os pode deixar sozinhos e desamparados.

Os valores obtidos na escala E.G.I.A. corroboram os valores obtidos na Perturbação Antissocial no que respeita à descrição do conteúdo desta escala do M.C.M.I.-III, que inclui instabilidade, irritabilidade e impulsividade nos relacionamentos interpessoais e nos afetos, com forte sentimento de vazio, marcada rigidez na apreciação da realidade, sendo os relacionamentos tempestuosos e intensos, existindo frequentes comportamentos manipuladores e autodestrutivos.

Apresentando, ainda, comportamentos precipitados e impulsivos que desencadeiam explosões repentinas, compreende-se o nível de agressividade e falta de controlo revelado nas suas narrativas do T.A.T.. Exemplo: "(...) Ele é uma pessoa que gosta de fazer mal ao corpo...não é muito violento, gosta de cortar partes do corpo, gosta que ela sofra, gosta de a ver sofrer (...)" (cartão 13MF).

Nos cartões em que apenas uma personagem está representada, a forma de expressão desta agressividade foi também bastante evidente, mas desta vez era voltada para o próprio, pois muitos recorrem à automutilação e têm pensamentos suicidas. Esta viragem da agressividade para si próprios está também relacionada com a forma com lidam com a perspectiva de abandono, rejeição e solidão (Westen, 1990). Por exemplo: "É um miserável drogado, que está desesperado porque já nem tem forças para ir procurar a droga. Decidiu que o melhor é suicidar-se. Está a tentar arranjar forças para dar um tiro nos miolos." (cartão 3MF).

Também estes indivíduos manifestam comportamento impulsivo e imprudente, com constantes passagens ao ato, relatando frequentemente nas suas narrativas do T.A.T. vários cenários conflituosos. Embora haja semelhanças entre as narrativas destes indivíduos e as dos indivíduos com Perturbação da Personalidade Borderline, os seus relatos foram mais cruéis afetivamente, evidenciando um défice na compaixão e empatia humana e ausência de remorsos e culpa face ao seu comportamento.

Embora não se tenha verificado correlação significativa entre a Perturbação Histriónica em qualquer das escalas de cotação pelo S.C.O.R.S., curiosamente, nesta escala do M.C.M.I.-III, os participantes do Grupo Normativo obtiveram uma pontuação mais elevada do que os do Grupo Clínico.

Quanto à Perturbação Narcísica, verificou-se que, tal como na Perturbação Histriónica, a população normativa apresenta valores mais altos do que a população clínica, ainda que a diferença não seja muito significativa. Apurou-se, no entanto, uma correlação negativamente significativa com a escala I.E.R. e marginalmente com a I.C.S.. Esta perturbação inclui sentimentos de superioridade, de arrogância e grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia, julgando os outros com desprezo e superioridade. Apresentam grande sensibilidade à crítica, ao julgamento e às derrotas. Como por exemplo: "Temos aqui um marinheiro que acabou de matar uma prostituta porque ela gozou com ele (...)" (Cartão 13MF).

A escala E.G.I.A. vem corroborar as características da Perturbação da Personalidade Antissocial descritas no M.C.M.I.-III e, portanto, de acordo como D.S.M.-IV-TR, no que respeita

à dificuldade em controlar e expressar apropriadamente os impulsos agressivos, podendo ser fisicamente agressivos, não se defendendo nem se protegendo do abuso dos outros, podendo haver agressividade física, destrutividade e sadismo nas narrativas, por exemplo: "Um casal que está sempre a discutir (...) odeiam-se mas não conseguem separar-se. Precisam do conflito, da guerra, da violência. Não sabem viver de outra maneira." (cartão 4).

Sendo a escala I.E.R. a que identifica o nível de comprometimento, com partilha mútua, intimidade emocional, interdependência e respeito e apreciação dos outros, verificou-se não haver demonstração de sentimentos convencionais de amizade, carinho, amor e empatia. A pessoa vê o bem e o mal em termos da sua própria gratificação (narcísica), em que os outros são valorizados pelas suas componentes gratificantes, securizantes e benéficas.

Nos processos de identificação desenvolve-se uma progressão infantil de uma assimilação total para fases de discriminação e reflexão cada vez maiores, aproximando-se por fim, de um processo de identificação maduro em que o objeto é apreciado como um outro complexo e diferenciado, cujas qualidades são sujeitas a uma apropriação que parece mais seletiva e voluntária (McWilliams, 2004). Considera-se que nesta perturbação o self é instável ou mesmo fragmentado, o que é concordante com o que avalia a escala I.C.S.. A identidade parece frágil, havendo pouca integração do self.

Em síntese, quer a perturbação Borderline, quer a Antissocial apresentam correlações negativas e significativamente com os valores totais das escalas do S.C.O.R.S..

As pessoas com Perturbações da Personalidade incluídas no Cluster C (Perturbação da Personalidade Dependente, Evitativa, Obsessivo-Compulsiva e Passivo/Agressiva) são vistas como medrosas, ansiosas, frágeis, dependentes, fóbicas e com tendência a serem submissas, organizadas e obedientes. Ao contrário do Cluster B, evitam quebrar regras e rotinas e os seus traços de rigidez prejudicam mais o próprio do que os outros.

Quanto às Perturbações da Personalidade do Cluster C, apurou-se uma correlação positiva e muito significativa entre a E.G.I.A. e a Perturbação da Personalidade Obsessivo-Compulsiva (Tabela 10). Já a Perturbação da Personalidade Passivo/Agressiva demonstrou estar negativamente correlacionada com todas as escalas, à exceção da escala I.C.S..

A única correlação positiva significativa ocorreu entre a Perturbação Obsessivo-Compulsiva e a escala E.G.I.A.. Esta Perturbação é caracterizada pela excessiva necessidade de controlo, de organização, perfeccionismo, rigidez e inflexibilidade face à mudança, reagindo com

perturbação perante a rutura da rotina, evidenciando ansiedade na tomada de decisões e ambivalência, bem como dificuldade em manter relacionamentos interpessoais positivos e saudáveis, aparentando frieza emocional. Apurou-se uma adequada expressão e controlo dos impulsos agressivos, também devido à sua tendência em isolar os afetos através da racionalização e intelectualização (McWilliams, 2004).

Deste modo, na escala E.G.I.A. obtém valores mais elevados com base em narrativas marcadas por comportamentos prudentes, controlados e perfeccionistas. Notou-se também o característico humor sério e tenso com alguma falta de alegria, pois apenas os afetos e atitudes que são socialmente aprovados são acessíveis à consciência.

Por outro lado, há que ter em conta que, por de trás desta frente de "apropriação" e restrição como forma de manter o controlo, é intensa a raiva e os sentimentos opostos que ocasionalmente quebram o seu controlo (Millon, 2007). Assim, mantém-se latente o seu mecanismo de defesa de formação reativa em que os conflitos pessoais e sociais são defensivamente negados, mantendo assim o controlo (McWilliams, 2004).

A Perturbação Passivo/Agressiva está negativamente correlacionada com as escalas C.R.P., Q.A.R., I.E.R. e E.G.I.A.. As suas características de insegurança face às mudanças, expressão de raiva e agressividade, o não aceitar o controlo externo, exibindo ambivalência constante, assim como irritabilidade, oscilando entre a dependência e o desejo de autoafirmação, foram corroboradas pelas escalas referidas. Nas suas narrativas, foi visível a luta destes indivíduos entre seguir os reforços oferecidos pelos outros e os seus próprios desejos e necessidades, pelo que esta luta representa uma incapacidade para resolver conflitos. Dado que são, por norma, negativistas e pessimistas, veem os acontecimentos positivos com descrédito, bem como as possibilidades futuras. Por vezes, expressam desdém pelas experiências de sucesso dos outros (Millon, 2007).

O facto da escala E.G.I.A. estar negativamente correlacionada com a Perturbação da Personalidade Passivo/Agressiva e positivamente correlacionada com a Perturbação Obsessivo-Compulsiva explica-se pelas características opostas destas duas Perturbações no que respeita ao controlo dos impulsos.

Tal como referido anteriormente, a partir da pontuação convergente entre os três cotadores, procurou-se a existência de correlações entre os conteúdos manifestos e latentes dos cartões do T.A.T. e as escalas de cotação do S.C.O.R.S.. Verificou-se que os cartões 1 e 3BM estão correlacionados com todas as escalas do S.C.O.R.S.. O segundo e quarto cartão revelaram-se

também correlacionados com todas as escalas, à exceção da E.G.I.A. e C.R.P., respetivamente. O último cartão (13MF) está também correlacionado com a maioria das escalas, sendo exceção as escalas C.R.P. e I.C.S. (Tabela 12).

Através do primeiro cartão avaliou-se se, tanto a criança como o objeto, eram percebidos na sua integridade, se o sujeito revelava capacidade de se situar inteiro face a um objeto inteiro, correspondendo ao que a escala C.R.P. procura medir. Por outras palavras, pretendeu avaliar-se o sentido de integridade do sujeito, bem como em que medida este diferenciava claramente as suas perspetivas das dos outros e as analisava de forma complexa. Apurou-se também a qualidade afetiva das representações das pessoas e as expectativas do sujeito face ao mundo, às pessoas e às interações entre estas.

Este cartão poderá remeter para uma impotência atual da criança, mas que será ultrapassada no futuro através de um processo identificatório, identificação esta que também é medida e avaliada pela escala da identidade e coerência do self. O objeto (violino) poderá ser investido como objeto de desejo, suscetível de aportar satisfação e, portanto, suficientemente investido. Deste modo, a correlação com a escala I.E.R. é perfeitamente adequada, tendo em conta que, havendo um objeto de investimento, consegue ver-se em que medida este é tratado como um fim em vez de um meio e se os acontecimentos são vistos para além da necessidade de gratificação (narcísica).

Neste cartão poderá surgir problemática narcísica em que a luta antidepressiva domina, com afirmação de onipotência, como negação da impotência, ou, pelo contrário, evidenciar insuficiência do investimento em si, surgindo assim afetos depressivos. Desta forma, através da escala E.G.I.A., averiguou-se a maneira como o indivíduo lidou com os impulsos agressivos - se vira essa agressividade para si próprio, se evitava lidar com a agressividade, negando-a ou se, por outro lado, conseguia expressá-la e afirmar-se adequadamente.

No segundo cartão, a relação triangular figurada é suscetível de reativar o conflito edipiano. Quando a identidade é estável e o self coeso, existe uma efetiva diferenciação entre as três personagens, podendo cada uma delas ser apreendida como possuindo qualquer coisa: os livros, o cavalo, a gravidez. Ao nível da complexidade da representação das pessoas, pretendeu-se averiguar se os outros são vistos de forma complexa e como tendo qualidades duradouras. Relativamente à identidade e coerência do self, avaliou-se os limites do self, em que, nos registos mais evoluídos, os outros são vistos como delimitados e separados do self (bem como uns dos

outros), ou se, por outro lado, há uma falha na capacidade de reconhecer o outro como algo diferente, o que ocorre nos níveis mais arcaicos do desenvolvimento psicológico.

Por vezes, o conflito não se desenrola em termos triangulares mas joga-se numa relação dual em que a rapariga está numa situação de dependência, relativamente ao casal de camponeses que figuram o casal parental, englobando uma espécie de entidade única. Aqui avalia-se a "dimensão" da indiferenciação do casal, podendo pôr-se em causa os limites do self e do outro.

O reconhecimento do laço que une o casal do segundo plano é sustentado por fantasmas da cena primitiva, mais ou menos elaborados, sendo a rapariga portadora de desejos libidinais em relação ao homem e de movimentos agressivos em relação à mulher, isto é, o desejo libidinal pelo pai e rivalidade com a mãe. É, então, interessante a forma como o sujeito reconhece os elementos perceptivos e os qualifica, ou seja, as qualidades afetivas e relacionais que lhes atribui.

Quando a problemática é narcísica ou antidepressiva é revivida a problemática da perda sendo difícil a elaboração do conflito edipiano. No contexto psicótico os laços entre as personagens são maciçamente atacados, o que pode ser associado a fantasmas da cena primitiva, destrutivos e mortíferos, evidenciando-se assim qualidades afetivas bastante negativas.

O terceiro cartão reenvia a uma problemática de perda de objeto e põe a questão da elaboração da posição depressiva, tendo em conta a postura da personagem. Põe à prova a representação narcísica de si próprio e mobiliza processos identificatórios, uma vez que a personagem é representada de modo relativamente vago quanto à identidade sexual. Este cartão capta assim questões básicas da identidade e coerência do self, sendo muito útil no que toca à verificação da flutuação e instabilidade do self. Juntamente com a escala que avalia a complexidade da representação das pessoas, este cartão tem grande potencial para captar questões básicas da identidade e identificação.

Quando há elaboração depressiva, os afetos depressivos são reconhecidos e associados a uma representação de perda de objeto. Se os afetos depressivos não são reconhecidos, a recusa da depressão constitui uma defesa de tipo maníaco. Poderá surgir um primeiro momento de depressão, mas projetado no futuro um possível trabalho de luto.

Nas organizações neuróticas os afetos depressivos são reconhecidos e a representação da perda do objeto é associada à ambivalência face ao objeto. A depressão é então dominada pelo sentimento de culpa e o temor inconsciente do castigo, observando-se assim qualidades afetivas mistas.

No funcionamento narcísico a perda do objeto é sentida em termos de ferida narcísica. A depressão é então dominada por sentimentos de vergonha e de inferioridade, em que a qualidade afetiva das representações já é mais negativa. Nestas modalidades de representações de relações, o objeto não é investido num movimento relacional objetual, mas é percebido como um duplo narcísico, com uma procura permanente de ganhos para o narcisismo próprio do sujeito, que estão correlacionados com a forma como este investe emocionalmente nos outros.

Nas organizações psicóticas é a representação unitária da imagem de si que falha, o que se traduz pela percepção de deformações corporais na personagem, pondo em causa a identidade e coerência do self, bem como a complexidade das representações das pessoas. Aparecem temas de destruição ou ainda temas paranoides ou paranóicos que refletem uma desadequada experiencição e gestão dos impulsos agressivos. No primeiro caso, a agressividade maciçamente voltada contra si, num movimento destrutivo, em que há uma falha por parte do sujeito em se defender, não há possibilidade de manutenção da identidade na sua integridade e, no segundo caso, há projeção da agressividade para o exterior, em que o objeto externo se torna persecutório e ameaçador. Nestes casos, as qualidades afetivas e expectativas face ao mundo vão também ser extremamente negativas. O relato pode tornar-se caótico, à semelhança da representação que o sujeito pode ter do seu corpo e de si próprio.

O quarto cartão remete para o conflito pulsional no seio de uma relação heterossexual, na medida em que cada um dos protagonistas pode ser portador de movimentos pulsionais diferentes, agressividade e/ou libido, dando espaço tanto a qualidades afetivas positivas como negativas. O dualismo pulsional está fortemente representado neste cartão. É frequente a instabilidade nas identificações: por vezes, o homem é percebido como potente e forte e a mulher frágil e dependente, enquanto noutros casos a situação inverte-se e é uma mulher dominadora, castradora que se confronta com um homem fraco e submisso. Há então espaço para se averiguar a identidade do sujeito e coerência (ou instabilidade) do self.

O duplo movimento pulsional é esperado mas é importante que haja uma ligação possível entre a agressividade e a libido, isto é, ambivalência na relação bem como no investimento emocional nas personagens.

A presença de uma terceira personagem (no alto à esquerda) pode remeter para a situação edipiana fantasmática, reativando a rivalidade das duas mulheres pelo homem, podendo potenciar situações que permitem a avaliação do modo como o sujeito experiencia e gere os impulsos

agressivos. Está assim presente a dupla conflitualidade da problemática edípica: atração pela personagem do sexo oposto e rivalidade com a personagem do mesmo sexo.

As solicitações latentes do cartão 13MF remetem para a expressão da sexualidade e agressividade no casal, podendo o investimento emocional nas relações ser variável. São esperadas grandes quantidades de energia pulsional (representações e afetos maciços). Podem surgir temas de culpabilidade e remorso, relacionados com expressão da sexualidade e da agressividade, mostrando a oscilação entre o desejo, a libertação pulsional e a defesa em termos do interdito e da culpabilidade, sendo uma ótima oportunidade para explorar a qualidade afetiva das representações, consoante o investimento feito em cada personagem. Mostra o conflito intrapsíquico. Por vezes, só a agressividade ou o aspeto sexual da relação são expressos. Este cartão põe à prova as capacidades de ligação dos movimentos pulsionais agressivos aos movimentos libidinais e, quando surgem temas agressivos, pode avaliar-se se estes são, ou não, bem geridos e experienciados pelo sujeito.

Procurou-se a existência de algum cartão do T.A.T. que, com as cotações pelo S.C.O.R.S., demonstrasse maior correlação com os diferentes padrões de personalidade específicos de cada Cluster, tendo-se apurado que a maioria dos cartões estavam significativamente correlacionado com pelo menos um dos padrões de personalidade. Apenas as perturbações Evitativa e Dependente não demonstraram correlação com nenhum dos cartões (Tabela 13).

Analisando-se mais especificamente por Clusters, verificou-se que no Cluster A, que inclui as perturbações caracterizadas pela excentricidade e bizarria do comportamento, estas características revelaram-se mais significativamente nos cartões 2 e 13MF (Tabela 14). Ambos os cartões reativam a expressão tanto da sexualidade, como da agressividade, tendo os indivíduos com perturbações incluídas neste Cluster demonstrado pouca eficiência no domínio das tensões. O facto de as correlações serem negativamente significativas, significa que estes sujeitos tiveram dificuldade em aceder de forma adequada aos conteúdos latentes a que os cartões remetem.

Notou-se, por parte dos sujeitos diagnosticados com Perturbação da Personalidade Esquizoide, bem como com Perturbação da Personalidade Paranoide, dificuldade em aceder à triangulação não tendo posto as personagens em relação umas com as outras, ou não as tendo diferenciado efetivamente - os laços entre as personagens são assim maciçamente atacados.

Tanto os indivíduos com Perturbação Esquizoide como Paranoide demonstraram uma incapacidade de ligar os movimentos pulsionais agressivos aos libidinais no cartão 13MF. Quando confrontados com as grandes quantidades de energia pulsional e afetos maciços que o cartão

potência, estes indivíduos desorganizaram-se internamente. Verificou-se assim que estas personalidades têm um superego mínimo, sendo as suas identificações primitivas e projetivas, em que as defesas são organizadas em torno da clivagem de representações do self e do objeto.

Os indivíduos incluídos no Cluster B, que engloba a Perturbação da Personalidade Histriónica, Narcísica, Antissocial e Borderline, com base na sua tendência para o comportamento dramático, emotivo e instável, relativamente ao cartão 1, que remete para a identificação e para a representação humana inteira, surge a problemática narcísica em que a luta antidepressiva domina com uma afirmação de onipotência que reflete a negação desta. Isto foi bastante visível nas narrativas dos indivíduos diagnosticados com Perturbação da Personalidade Narcísica. Demonstraram também instabilidade nas identificações no cartão 4, que remete para um dualismo pulsional com o qual demonstraram dificuldade em lidar (Tabela 15).

Relativamente ao cartão 3BM, que reenvia para a problemática da perda de objeto e, por consequência, testa a elaboração da posição depressiva, houve dificuldade por parte dos indivíduos com Perturbação da Personalidade Borderline em conseguir elaborá-la. Nesta patologia, toda a perda é experienciada como resultado da própria destrutividade e como retaliação por ódios passados. Desta forma, apareceram temas de destruição e agressividade maciçamente voltadas contra o próprio, num movimento destrutivo que não permite a manutenção da identidade na sua integridade.

Se o mundo é visto numa perspetiva evoluída, isto é, mais edípica, haverá maior suscetibilidade a conflitos relativos à sexualidade, agressividade e/ou dependência, no contexto geral da constância do objeto, nas apreciações de complexidade próprias e dos outros, havendo tolerância à ambivalência, existindo um forte sentimento de si mesmo. Deste modo, no cartão 13MF, os sujeitos diagnosticados com Perturbação da Personalidade Histriónica foram os únicos que conseguiram exprimir de forma adequada tanto a sexualidade como a agressividade no casal, tendo conseguido ter uma vivência consistente de si mesmos e dos outros, tal como é presumido existir no modelo neurótico edípico dominado pelo conflito.

O Cluster C inclui as personalidades caracterizadas pela ansiedade e o medo, como a Perturbação da Personalidade Evitante, Dependente, Obsessivo-Compulsiva e Passivo/Agressiva. Neste Cluster, apenas as Perturbações da Personalidade Obsessivo-Compulsiva e Passivo/Agressiva demonstraram correlações significativas com dois dos cartões do T.A.T.. As pessoas com o diagnóstico de Perturbação da Personalidade Obsessivo-Compulsiva revelaram, nas suas narrativas ao cartão 13MF, um superego bem integrado, rígido e punitivo, apresentando

uma correlação negativamente significativa com o resultado obtido nesse cartão, ao contrário dos indivíduos com o diagnóstico de Perturbação da Personalidade Passivo/Agressiva que revelaram um déficit de integração do superego, pelo que, neste caso, a correlação é negativamente significativa com o cartão 13MF (Tabela 16).

II – Conclusões

Analisando os resultados obtidos na presente investigação, verificou-se a existência de relativa homogeneidade de cotações por três cotadores independentes. De acordo com os Padrões da Personalidade obtidos no M.C.M.I.-III e, em concordância com os resultados das cotações do T.A.T/S.C.O.R.S., foi notória a diferença entre os valores obtidos entre o Grupo Clínico e o Grupo Normativo, na grande maioria das escalas nas duas provas, apresentando o primeiro grupo valores mais elevados no M.C.M.I.-III e mais baixos no S.C.O.R.S., sendo estes indicadores de níveis de organização da personalidade mais arcaicos. É curioso notar que no Padrão Histriónico da Personalidade do M.C.M.I.-III, o Grupo Normativo obteve resultados mais elevados do que o Grupo Clínico, correspondendo este padrão ao nível da estrutura da personalidade mais evoluído.

Verificou-se que a totalidade dos padrões graves da personalidade, apurados pelo M.C.M.I.-III, está significativamente correlacionada com a totalidade das escalas do S.C.O.R.S., correspondendo aos níveis de organização da personalidade mais arcaicos. Também alguns padrões da personalidade de gravidade moderada, tal como Esquizoide, Antissocial e Passivo/Agressivo, demonstraram correlações significativas com o valor total obtido no S.C.O.R.S..

A grande maioria das narrativas fornecidas nos cinco cartões do T.A.T. e a especificidade de grande parte das escalas avaliativas do S.C.O.R.S. estão muito significativamente intercorrelacionadas. Ou seja, através das escalas do S.C.O.R.S. consegue-se apurar a validade e fiabilidade deste sistema de cotação, conjugando-o com o material fornecido pelas narrativas em cada cartão do T.A.T..

Apurou-se, ainda, que o cartão 13MF foi o que se apresentou correlacionado com mais Perturbações da Personalidade. Por outras palavras, este foi o cartão mais sensível a determinadas Perturbações da Personalidade.

Os resultados do presente estudo sugerem que a prova projetiva T.A.T., com a cotação pelo sistema S.C.O.R.S., baseado na teoria psicanalítica, nomeadamente no modelo das relações

de objeto, revela ser um instrumento que dá um contributo valioso na análise das dinâmicas do funcionamento mental, permitindo, a partir desta informação, aceder à estrutura e organização psicológica inerente a cada padrão da personalidade, contribuindo assim para a classificação das Perturbações da Personalidade expressas no D.S.M.. A combinação destes dois instrumentos avaliativos das Perturbações da Personalidade potencia a informação que se pode obter com cada um dos instrumentos separadamente.

É de realçar que, dado o escasso número de participantes em qualquer dos grupos (apenas 20), não se podem extrapolar estes valores para outra população que não esta, pois basta um dos participantes pontuar bastante numa escala para a média obtida alterar o valor dessa escala, presumindo-se ser esse o caso nas duas escalas onde a pontuação é mais elevada no grupo clínico do que no grupo normativo.

Em trabalhos futuros, poderá proceder-se à análise dos resultados das correlações entre os valores obtidos pelo S.C.O.R.S. e as Perturbações da Personalidade, considerando os níveis de maior ou menor gravidade da perturbação, tal como definidos por Kernberg, e não só com as características das personalidades que permitem a inclusão em qualquer um dos três Clusters.

Seria enriquecedora a utilização de outros cartões do T.A.T. em estudos com a utilização da metodologia do sistema S.C.O.R.S. e em populações clínicas com maior número de pacientes de cada tipo de Perturbação da Personalidade.

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. (2001). Challenges and benefits of assessment, diagnosis, and taxonomy for Clinical Practice. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(3), pp. 269-271.
- Achenbach, T., Krukowski, R., Dumenci, L. & Ivanova, M. (2005). Assessment of adult psychopathology: Meta-analyses and implications of cross-informant correlations. *Psychological Bulletin*, 131(3), pp. 361-382.
- Ackerman, S., Clemence, A., Weatherill, R. & Hilsenroth, M. (1999). Use of the T.A.T. in the assessment of D.S.M.-IV Cluster B personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 73, pp. 422-448.
- American Psychiatric Association (2006). *D.S.M.-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Blatt, S. (2004). Experiences of depression: Theoretical, clinical and research perspectives. *American Psychological Association*, 13, pp. 125-148.
- Bychowski, G. (1953). The problem of latent psychosis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, pp. 484-503.
- Celes, L., Alves, K. & Santos, A. (2008). Uma concepção psicanalítica da personalidade: Teoria das relações objectais de Fairbairn. *Psicologia em Estudo*, 13(1), pp. 53-61.
- Chagnon, J. (2009). Os estados-limite nos trabalhos psicanalíticos franceses. *Psicologia USP*, 20(2), pp.173-192.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. Arlington, U.S: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Cramer, P. (1999). Future directions for the Thematic Apperception Test. *Journal of Personality Assessment*, 72(1), pp. 74-92.
- Debray, Q. & Nollet, D. (2004). *As personalidades patológicas*. Lisboa: Climepsi.

- Delgado, L. (2009). Para um racional bioniano de interpretação dos dados projetivos. *Análise Psicológica*, 1(XXVII), pp. 109-113.
- Diguer, L., Pelletier, S., Hébert, É., Descôteaux, J., Rousseau, J-P. & Daoust, J-P. (2004). Personality organizations, psychiatric severity, and self and object representations. *Psychoanalytic Psychology*, 21(2), pp. 259-275.
- Dorr, D. & Gard, B. (1983). Understanding and treating Borderline personality organization. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20(4), pp. 397-404.
- Fairbairn, R. (1980). *Estudos psicanalíticos de personalidade*. Lisboa: Editorial Vega.
- Fischer-Kern, M., et al. (2010). The relationship between personality organization, reflective functioning, and psychiatric classification in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 27(4), pp. 395-409.
- Freud, S. (1997). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Lisboa: Imago.
- Greenberg, J. & Mitchell, S. (2003). *Relações de objeto na teoria psicanalítica*. Lisboa: Climepsi.
- Hibbard, S., Porcerelli, J., Kamoo, R., Schwartz, M. & Abell, S. (2010). Defense and object relational maturity on Thematic Apperception Test scales indicate levels of personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 92(3), pp. 241-253.
- Hilsenroth, M., Stein, M. & Pinsker, J. (2004). *Social cognition and object relations scale: Global Rating Method (SCORS-G)*. Unpublished manuscript, The Derner Institute of Advanced Psychological Studies, Adelphi University, Garden City, New York.
- Jacobson, E. (1964). The self and the object world. *Psychoanalytic Study of the Child*, 9 : 75-127.
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, pp. 641-685.
- Kernberg, O. F. (2006a). *Agressividade, narcisismo e auto-destrutividade na relação psicoterapêutica*. Lisboa: Climepsi.
- Kernberg, O. F. (2006b). Identity: Recent findings and clinical implications. *Psychoanalytic Quarterly*, 75(4), pp. 969-1004.

- Kernberg, O. F. & Michels, R. (2009). Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(5), pp. 505-508.
- Klein, M. (1964). *Vida emocional dos civilizados*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Klein, M. & Riviere, J. (1975). *Amor, ódio e reparação*. São Paulo: Imago Editora.
- Knight, R. P. (1953). Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17, pp. 1-12.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1976). *Vocabulário de psicanálise*. Lisboa: Moraes Editores.
- Mahler, M. (1971). A study of the separation-individuation process. *The Psychoanalytic Study of the Child*, pp. 403-424.
- Mahler, M. (1976). *Psychose infantile*. Paris: Payot.
- McWilliams, N. (2004). *Formulação psicodinâmica dos casos*. Lisboa: Climepsi.
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico psicanalítico*. Lisboa: Climepsi.
- Michael, R. (1976). Borderline personality organization: The need for a new theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24(4), pp. 831-953.
- Mijolla, A. & Mijolla-Mellor, S. (2002). *Psicanálise*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Millon, T. (2007). *Inventário clínico multiaxial de Millon-III*. Madrid: Tea Ediciones.
- Murray, H. (1973). *Teste de Apercepção Temática*. São Paulo: Editora Mestre Jou.
- Rettew, D. C., Lynch, A. D., Achenbach, T. M., Dumenci, L. & Ivanova, M. Y. (2009). Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18(3), pp. 169-184.
- Ribeiro, L. (2010). Limitações na avaliação de perturbação de personalidade: Aspectos conceptuais e metodológicos. *Análise Psicológica*, 4(28), pp. 651-663.

- Rocha, H., Sousa, H., Alchieri, J., Sales, E. & Alencar, J. (2011). Estudos de adaptação do Millon Clinical Multiaxial Inventory-III para avaliação de aspectos psicopatológicos da personalidade no Brasil. *Jornal Brasileiro Psiquiátrico*, 60(1), pp. 34-39.
- Sandler, J. & Rosenblatt, B. (1962). The concept of the representational world. *Psychoanalytic Study of the Child*, 17, pp. 128-145.
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.
- Shedler, J. & Westen, D. (2004). Dimensions of personality pathology: An alternative to the five factor model. *American Journal of Psychiatry*, 161, pp. 1743–1754.
- Shentoub, V. (1983). Teste de apercepção temática (T.A.T): Teoria e método. *Análise Psicológica*, 1(IV), pp. 23-30.
- Shentoub, V. et al. (1999). *Manual de utilização do T.A.T*. Lisboa: Climepsi Editores
- Westen, D. (1990). Towards a Revised Theory of Borderline Object Relations: Contributions of Empirical Research. *International Journal of Psycho-Analysis*, 71, pp. 661-694.
- Westen, D. (1991a). Clinical assessment of object relations using the T.A.T.. *Journal of Personality Assessment*, 51(1), pp. 56-74.
- Westen, D. (1991b). Social cognition and object relations. *Psychological Bulletin*, 109(3), pp. 429-455.
- Westen, D. (1995). “*Social cognition and object relations scale: Q-sort for projective stories (SCORS-Q)*”; Unpublished manuscript; Department of Psychiatry, The Cambridge Hospital and Harvard Medical School, Cambridge, MA.
- Westen, D. (1997). Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: Implications for research and the evolution of axis II. *American Journal of Psychiatry*, 154, pp. 895-903.
- Westen, D. (2002). Social cognition and object relations scale (SCORS): Manual for coding T.A.T. data; Unpublished manuscript; Department of Psychology, University of Michigan.
- Westen, D., & Arkowitz-Western, L. (1998). Limitations of axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 155, pp. 1767-1771.

Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.

Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry*, 51, pp. 225-245.

Zimmerman, M. & Coryell, W. H. (1990). Diagnosing personality disorders in the community: A comparison of self-report and interview measures. *Archives of General Psychiatry*, 47, p. 527-531.

ANEXO A

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE. EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
Pólo de Valente

Exma. Senhora
Dra. Sara Jorge
Av. do Uruguai, 32 - 4º B
1500 - 614 LISBOA

Refª PCA - 09.MAR.2012 - 0173

Assunto: Projecto de Investigação "Perturbação Estado-Limite da Personalidade: Concordância entre diferentes metodologias classificativas".

Tenho o prazer de informar V. Exa. que o projecto de investigação em epígrafe foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHLN, e autorizado pelo Conselho de Administração em 8 de Março de 2012.

Com os melhores cumprimentos, 

O Presidente do Conselho de Administração


Prof. Dr. J. A. Correia da Cunha

/MC

CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 - Fax: 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215

www.chln.pt

1

ANEXO B

CONSENTIMENTO INFORMADO

A prova para a qual peço a sua colaboração, surge no âmbito de uma investigação para uma Tese de Mestrado, na Área da Psicologia Clínica, cujo objetivo é compreender o funcionamento mental do utente que frequenta o Hospital de Dia.

Não existem respostas certas ou erradas. Todo o processamento de dados, bem como toda a informação colhida são anónimos e confidenciais. Pretende-se ainda a sua autorização para gravação áudio das suas respostas à prova que lhe vou apresentar.

Se por qualquer motivo, durante o decorrer da resposta às questões quiser desistir, será livre de o fazer, sem que haja qualquer prejuízo para si.

Se após a leitura deste documento permanecer alguma dúvida relacionada com o procedimento deste estudo, poderá pedir esclarecimento junto do investigador.

Após sentir-se totalmente esclarecido e disposto a colaborar neste estudo, agradecemos que escreva o seu nome, a data e assine como prova de concordância.

O participante

Nome: _____

Data: __/__/____

Os nossos agradecimentos pela colaboração

O Investigador

Nome: Sara Jorge Abel Ramos

Assinatura: _____

ANEXO C

CONSENTIMENTO INFORMADO

A prova para a qual peço a sua colaboração, surge no âmbito de uma investigação para uma Tese de Mestrado, na Área da Psicologia Clínica, cujo objetivo é compreender o funcionamento mental da população geral sem psicopatologia.

Não existem respostas certas ou erradas. Todo o processamento de dados, bem como toda a informação colhida são anónimos e confidenciais. Pretende-se ainda a sua autorização para gravação áudio das suas respostas à prova que lhe vou apresentar.

Se por qualquer motivo, durante o decorrer da resposta às questões quiser desistir, será livre de o fazer, sem que haja qualquer prejuízo para si.

Se após a leitura deste documento permanecer alguma dúvida relacionada com o procedimento deste estudo, poderá pedir esclarecimento junto do investigador.

Após sentir-se totalmente esclarecido e disposto a colaborar neste estudo, agradecemos que escreva o seu nome, a data e assine como prova de concordância.

O participante

Nome: _____

Data: __/__/____

Os nossos agradecimentos pela colaboração

O Investigador

Nome: Sara Jorge Abel Ramos

Assinatura: _____

ANEXO D

Médias entre as cotações

Cartão 1	Cotador A	Cotador B	Cotador C	Média
CRP	2.46	2.75	2.84	3.03
QAR	3.20	3.23	2.68	2.67
IER	2.15	2.28	1.88	2.10
EGIA	4.00	3.98	3.82	3.93
ICS	5.18	5.11	X	5.14
TOTAL	3.40	3.43	X	3.37

Cartão 2	Cotador A	Cotador B	Cotador C	Médias
CRP	2.35	2.73	2.79	3.19
QAR	3.20	3.50	2.88	2.60
IER	2.29	2.40	2.28	2.32
EGIA	3.93	3.95	4.10	3.99
ICS	5.10	5.19	X	5.14
TOTAL	3.37	3.51	X	3.45

Cartão 3BM	Cotador A	Cotador B	Cotador C	Médias
CRP	2.58	2.65	2.64	2.62
QAR	3.35	2.55	2.45	2.45
IER	2.03	2.03	1.80	1.95
EGIA	3.73	3.43	3.72	3.63
ICS	4.83	5.00	X	4.91
TOTAL	3.13	3.10	X	3.11

Cartão 4	Cotador A	Cotador B	Cotador C	Médias
CRP	2.66	2.83	2.58	2.60
QAR	3.01	3.25	2.85	3.03
IER	2.30	2.60	2.48	2.46
EGIA	4.05	3.88	4.55	4.16
ICS	5.03	4.91	X	4.96
TOTAL	3.39	3.45	X	3.44

Cartão 13MF	Cotador A	Cotador B	Cotador C	Médias
CRP	2.60	2.50	2.66	2.49
QAR	2.53	2.60	2.47	2.53
IER	2.19	2.35	2.20	2.24
EGIA	3.20	2.95	3.45	3.20
ICS	4.88	4.92	X	4.90
TOTAL	3.06	3.10	X	3.07

Escalas	Cotador A	Cotador B	Cotador C	Médias
CRP	2.54	2.66	2.69	2.63
QAR	2.85	3.08	2.67	2.87
IER	2.20	2.30	2.13	2.21
EGIA	3.81	3.61	3.93	3.78
ICS	5.05	5.01	X	X
TOTAL	3.27	3.39	X	X

ANEXO E

Correlação entre as cotações nos cartões do TAT pelo SCORS

Cartão 1	A_CRP	B_CRP	C_CRP	A_QAR	B_QAR	C_QAR	A_IER	B_IER	C_IER	A_EGIA	B_EGIA	C_EGIA	A_ICS	B_ICS
A_CRP	1													
B_CRP	0,727**	1												
C_CRP	0,453**	0,378*	1											
A_QAR	0,157	0,201	0,257	1										
B_QAR	-0,041	-0,083	0,362*	0,642**	1									
C_QAR	0,212	0,165	0,587**	0,419**	0,571**	1								
A_IER	0,336*	0,325*	0,453**	0,509**	0,442**	0,327*	1							
B_IER	0,532**	0,718**	0,540**	0,376**	0,178	0,338*	0,573**	1						
C_IER	0,490**	0,465**	0,633**	0,203	0,139	0,494**	0,497**	0,558**	1					
A_EGIA	-0,351*	-0,310*	0,17	0,235	0,314*	0,096	0,306*	0,042	0	1				
B_EGIA	-0,420**	0	0	0,350*	0,248	0,152	0,269*	-0,01	0,473**	0,492**	1			
C_EGIA	-0,332*	-0,142	0,265	0,282*	0,317*	0,451**	0,312*	0,103	0,173	0,382**	0,382**	1		
A_ICS	0,304*	0,209	0,414*	0,357*	0,141	0,177	0,318*	0,266*	0,087	0,087	0,022	-0,065	1	
B_ICS	0,628**	0,461**	0,592**	0,205	0,156	0,288*	0,498**	0,561**	0,543**	0	-0,218	-0,044	0,479**	1

Resultados de acordo com o r de Pearson (*p < 0,05; **p < 0,01)

Cartão 2	CRP_A	CRP_B	CRP_C	QAR_A	QAR_B	QAR_C	IER_A	IER_B	IER_C	EGIA_A	EGIA_B	EGIA_C	ICS_A	ICS_B
CRP_A	1													
CRP_B	0,586**	1												
CRP_C	0,407*	0,379*	1											
QAR_A	-0,11	-0,027	0,199	1										
QAR_B	-0,335*	-0,365*	-0,144	0,482**	1									
QAR_C	-0,217	-0,002	0,489**	0,320*	0,177	1								
IER_A	0,449**	0,207	0,443**	0,478**	0,265*	0,173	1							
IER_B	0,394*	0,544**	0,514**	0,217	-0,152	0,278*	0,479**	1						
IER_C	0,157	0,189	0,594**	0,193	0,019	0,464**	0,438**	0,527**	1					
EGIA_A	-0,17	-0,123	-0,296*	0,293*	0,472**	-0,093	0,198	0,017	-0,143	1				
EGIA_B	-0,246	0,093	-0,296*	0,300*	0,368**	0,054	0,117	0,26	-0,173	0,609**	1			
EGIA_C	-0,017	0,142	0,149	0,257	0	0,284*	0,310*	0,117	0,181	-0,058	0,018	1		
ICS_A	0,303*	0,499**	0,517**	0,256	0,075	0,162	0,487**	0,507**	0,428**	0,019	0,014	0,094	1	
ICS_B	0,479**	0,287	0,493**	0,181	0,186	0,203	0,610**	0,279*	0,491**	-0,043	-0,161	0,322*	0,370**	1

Resultados de acordo com o r de Pearson (*p < 0,05; **p < 0,01)

Cartão 3	CRP_A	CRP_B	CRP_C	QAR_A	QAR_B	QAR_C	IER_A	IER_B	IER_C	EGIA_A	EGIA_B	EGIA_C	ICS_A	ICS_B
CRP_A	1													
CRP_B	0,613**	1												
CRP_C	0,178	0,15	1											
QAR_A	-0,420**	-0,455**	0,29	1										
QAR_B	-0,058	-0,053	0,504**	0,466**	1									
QAR_C	-0,104	-0,001	0,679**	0,23	0,349*	1								
IER_A	-0,032	-0,174	0,327*	0,280*	0,185	0,340*	1							
IER_B	0,115	0,246	-0,162	-0,041	0,065	-0,045	0,346*	1						
IER_C	-0,033	-0,117	0,469**	0,255	0,254	0,535**	0,295*	-0,087	1					
EGIA_A	0,479**	0,602**	0,295	-0,199	0,246	-0,001	0,013	0,026	0,024	1				
EGIA_B	-0,176	0,07	0,124	0,286*	0,515**	0,259	0,184	0,354*	0,107	0,295*	1			
EGIA_C	-0,446**	-0,216	0,393*	0,323*	0,323*	0,344*	0,236	0,135	0,267*	-0,03	0,376**	1		
ICS_A	0,577**	0,178	0,064	-0,025	0,217	0,006	0,283*	0,284*	0,152	0,258	0,052	-0,161	1	
ICS_B	0,403*	0,05	0,201	0	0,205	0,14	0	-0,473**	0,23	0,066	-0,290*	-0,224	0,184	1

Resultados de acordo com o r de Pearson (*p < 0,05; **p < 0,01)

Cartão 4	CRP_A	CRP_B	CRP_C	QAR_A	QAR_B	QAR_C	IER_A	IER_B	IER_C	EGIA_A	EGIA_B	EGIA_C	ICS_A	ICS_B
CRP_A	1													
CRP_B	0,903**	1												
CRP_C	0,288	0,331	1											
QAR_A	-0,438**	-0,392*	-0,158	1										
QAR_B	-0,430**	-0,429**	-0,266	0,761**	1									
QAR_C	-0,186	-0,122	0,046	0,623**	0,562**	1								
IER_A	-0,169	-0,184	0,068	0,785**	0,641**	0,498**	1							
IER_B	0,139	0,204	0,205	0,526**	0,276*	0,325*	0,538**	1						
IER_C	-0,179	-0,049	0,286	0,478**	0,458**	0,727**	0,448**	0,345*	1					
EGIA_A	-0,340*	-0,249	-0,012	0,370**	0,449**	0,372**	0,284*	0,113	0,367**	1				
EGIA_B	-0,424**	-0,421**	-0,303*	0,325*	0,440**	0,287*	0,154	0	0,309*	0,784**	1			
EGIA_C	-0,468**	-0,258	0,059	0,103	0,176	0,367**	0,023	0,177	0,377**	0,525**	0,406**	1		
ICS_A	0,292	0,297	0,269	0,310*	0,154	0,355*	0,573**	0,508**	0,292*	-0,002	-0,146	0,017	1	
ICS_B	0,385*	0,371*	0,267	-0,113	-0,054	0,115	0,057	-0,106	0,046	-0,224	-0,414**	-0,136	0,011	1

Resultados de acordo com o r de Pearson (*p < 0,05; **p < 0,01)

Cartão 5	CRP_A	CRP_B	CRP_C	QAR_A	QAR_B	QAR_C	IER_A	IER_B	IER_C	EGIA_A	EGIA_B	EGIA_C	ICS_A	ICS_B
CRP_A	1													
CRP_B	0,618**	1												
CRP_C	0,289	0,324	1											
QAR_A	-0,291	-0,186	0,048	1										
QAR_B	-0,239	-0,224	-0,087	0,736**	1									
QAR_C	-0,095	-0,083	0,152	0,464**	0,479**	1								
IER_A	0,197	-0,052	0,005	0,316*	0,358*	0,089	1							
IER_B	-0,081	0,011	0,144	0,302*	0,096	0,248	0,194	1						
IER_C	0,047	-0,284	0,079	0,242	0,232	0,624**	0,283*	0,158	1					
EGIA_A	-0,268	-0,251	0,303	0,688**	0,564**	0,337*	0,238	0,181	0,053	1				
EGIA_B	-0,162	-0,188	0,196	0,583**	0,671**	0,238	0,202	0,159	0,107	0,637**	1			
EGIA_C	-0,232	-0,183	0,356*	0,555**	0,422**	0,421**	0,158	0,259	0,114	0,705**	0,550**	1		
ICS_A	0,05	-0,281	-0,18	-0,044	0	0,128	0,185	0,036	0,212	-0,085	-0,289*	-0,2	1	
ICS_B	0,088	0,076	-0,003	0,098	0,147	0,106	0,143	-0,186	-0,033	0,255	-0,193	-0,074	0,280*	1

Resultados de acordo com o r de Pearson (*p < 0,05; **p < 0,01)

Tabela 4: Correlação entre as cotações dos cotadores nas cinco escalas

Escalas	CRP_A	CRP_B	CRP_C	QAR_A	QAR_B	QAR_C	IER_A	IER_B	IER_C	EGIA_A	EGIA_B	EGIA_C	ICS_A	ICS_B
CRP_A	1													
CRP_B	0,800**	1												
CRP_C	0,439**	0,542**	1											
QAR_A	-0,474**	-0,23	0,051	1										
QAR_B	-0,425**	-0,215	-0,009	0,803**	1									
QAR_C	-0,132	0,116	0,372**	0,473**	0,512**	1								
IER_A	0,179	0,164	0,374**	0,458**	0,478**	0,435**	1							
IER_B	0,266	0,528**	0,465**	0,315*	0,131	0,341*	0,508**	1						
IER_C	0,082	0,212	0,536**	0,310*	0,247	0,688**	0,529**	0,436**	1					
EGIA_A	-0,246	0,082	0,124	0,350*	0,533**	0,258	0,126	-0,049	0,118	1				
EGIA_B	-0,456**	-0,095	-0,079	0,440**	0,470**	0,206	0,07	0,22	0,039	0,689**	1			
EGIA_C	-0,384*	0,017	0,087	0,397**	0,365*	0,551**	0,112	0,231	0,344*	0,463**	0,468**	1		
ICS_A	0,390*	0,283	0,439**	0,074	0,135	0,255	0,595**	0,402**	0,324*	-0,115	-0,266*	-0,069	1	
ICS_B	0,506**	0,387*	0,477**	-0,007	0,15	0,274*	0,386**	0,129	0,377**	0,002	-0,428**	-0,11	0,442**	1

Resultados de acordo com o r de Pearson (*p < 0,05; **p < 0,01)

ANEXO F

Coefficientes de Alpha de Cronbach de cada escala de cotação do SCORS na totalidade dos cartões

	Cartão 1	Cartão 2	Cartão 3BM	Cartão 4	Cartão 13MF	Alfa Total
CRP	0,75	0,74	0,63	0,76	0,67	0,82
QAR	0,77	0,59	0,59	0,84	0,79	0,8
IER	0,73	0,73	0,35	0,67	0,45	0,71
EGIA	0,63	0,25	0,4	0,74	0,83	0,75
ICS	0,65	0,52	0,27	0,02	0,37	0,61
SCORS	0,83	0,8	0,66	0,68	0,75	0,81

ANEXO G

Valores de coeficiente de correlação de Pearson entre as escalas do SCORS

Escalas	CRP	QAR	IER	EGIA	ICS
CRP	1				
QAR	-0,028	1			
IER	0,482**	0,568**	1		
EGIA	-0,172	0,565**	0,228	1	
ICS	0,613**	0,227	0,747**	-0,073	1

Resultados de acordo com o r de *Pearson* (*p < 0,05; **p < 0,01)

ANEXO H

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A conceptualização psicanalítica clássica abordou o estudo do caráter ou personalidade de duas formas muito diferentes, cada uma delas resultante de um modelo teórico sobre o desenvolvimento individual. Na época da *teoria pulsional*, de Freud, foi feita uma tentativa para compreender a personalidade na base da fixação (em que fase do seu desenvolvimento precoce é que a pessoa está psicologicamente fixada?) (McWilliams, 2005).

No contexto da teoria da pulsão de Freud (1997), todas as facetas da personalidade e da psicopatologia são entendidas essencialmente como uma função, um derivado das pulsões e das suas transformações (modelo estrutura/pulsão). Os teóricos das relações de objeto formulam uma alternativa consistente à teoria da pulsão. Em Freud, o “objeto” é o objeto libidinal e o objeto da pulsão de agressão.

Mais tarde, com o desenvolvimento da *psicologia do ego*, o caráter passou a ser concebido como manifestação do funcionamento de determinados estilos de defesa (quais as formas a que esta pessoa tipicamente recorre para evitar a ansiedade?). Esta segunda maneira de compreender o caráter não estava em conflito com a primeira; fornecia um conjunto de ideias e de metáforas diferentes para compreender o que se queria significar quando se referia um tipo de personalidade, e acrescentou aos conceitos da teoria pulsional certas hipóteses sobre como cada um de nós desenvolve padrões defensivos e adaptativos característicos (Greenberg & Mitchell, 2003).

Por seu lado, a teoria das relações de objeto tem o objetivo de apreender os mecanismos mais originais da constituição do ego, destacando a decisiva importância das primitivas relações de objeto em substituição da influência dos impulsos libidinais.

Na história da psicanálise, as relações de objeto e a sexualidade não se integram na teoria e no tratamento, e a importância conferida a um desses aspetos tende a excluir o outro (Celes, Alves & Santos, 2008).

As teorias psicanalíticas têm, de facto, oferecido uma importante contribuição na área das perturbações de personalidade fornecendo uma série de conceitos que estão praticamente ausentes noutras abordagens da avaliação da personalidade (ex.: interpretação do significado dos

sintomas; processos defensivos; análise do presente à luz de eventos passados (Westen, 1990). Além disso, estas teorias consideram uma série de relações relevantes como as verificadas entre diferentes traços patológicos de personalidade, comportamento observável e estrutura psíquica subjacente, diferenças comportamentais à medida que estas mudam no tempo, a motivação dos comportamentos e a estrutura psíquica (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006).

A psicologia psicanalítica e do desenvolvimento aborda o desenvolvimento da representação do objeto, mas atribui importância diferente às dimensões afetivas e cognitivas no desenvolvimento do conceito de objeto (Blatt, 2004).

Os teóricos do desenvolvimento de orientação psicanalítica e os investigadores da vinculação têm estudado o processo do desenvolvimento com foco na maneira como a criança desenvolve esquemas afetivo-cognitivos do mundo interpessoal (conceitos do self e dos outros) em estados de desequilíbrio, especialmente nas relações com os cuidadores (Blatt, 2004; Diguier et al., 2004).

Estes esquemas são estabelecidos nas interações interpessoais ao longo do ciclo da vida, tendo início nas experiências mais precoces do bebê nas relações de cuidados prestados pela mãe (Diguier et al., 2004). São estabelecidos à medida que a criança cresce e experiencia diversas exigências desenvolvimentais.

O progresso no desenvolvimento de representações objetivas – a conquista de representações mais precisas, estáveis, diferenciadas, integradas e simbólicas – é o resultado de sequências desenvolvimentais complexas (Ackerman et al., 1999).

As representações emergem inicialmente com a relação entre a mãe e o bebê, nas experiências repetidas de frustração e gratificação com um objeto que pode ser consistente ou inconsistente, satisfazendo ou não as necessidades. No primeiro caso, surgem representações positivas, no segundo caso, negativas. Estádios mais tardios de representação emergem das interações cada vez mais diferenciadas entre os pais e o bebê. A natureza das relações de objeto determina o nível de representações e o estabelecimento de representações mais diferenciadas e estáveis e proporciona uma nova organização de experiências interpessoais (Hibbard, Porcerelli, Kamoo, Schwartz & Abell, 2010). As relações de objeto e o desenvolvimento das representações estão em constante interação. As representações emergem da relação afetiva entre o cuidador e a criança e, por sua vez, organizam as experiências futuras dessa relação, levando ao nível seguinte do desenvolvimento, tal como o nível de diferenciação que tem sido atingido e a qualidade da relação com o objeto (Dorr et al., 1983).

Sem alguma representação do objeto, pode haver pouco investimento emocional, e sem investimento emocional, é provável que haja pouco progresso no desenvolvimento da representação (Hibbard et al., 2010). Os dois processos desenvolvem-se simultaneamente numa transação complexa.

Com o desenvolvimento, as contradições aparentes entre partes das propriedades e características, bem como experiências diferentes com o objeto, são resolvidas. As propriedades ou qualidades separadas são integradas numa representação do objeto total e esta representação integrada torna-se cada vez mais diversa, integrada, conceptual e abstrata (Blatt, 2004).

Neste nível mais avançado, as representações conceptuais integram formas e estruturas internas com aspetos mais manifestos do objeto. Esta integração pode requerer a resolução de características aparentemente contraditórias do objeto. Este objeto é representado como uma identidade totalmente independente com características, funções, valores e sentimentos específicos e duradouros, em que apenas alguns são relevantes em qualquer relação ou situação imediata (Segal, 1975). As representações objetais neste nível têm maior estabilidade e continuidade; o contacto com o objeto real deixa de ser necessário para manter esta representação.

As representações mentais de relações de cuidados construtivas entre a mãe e o bebé facilitam o desenvolvimento psicológico porque permitem ao indivíduo manter um nível de integração, mesmo quando as fontes usuais de ambiente construtivo e apoio interpessoal não estão disponíveis. Ao longo da vida, as representações permitem ao indivíduo experienciar separações sem as interrupções profundas que são frequentemente associadas com separações precoces, privação sensorial ou perda. O nível do desenvolvimento das representações do objeto nas relações com outros significativos é um aspeto integral de um sentido de self maduro e eficaz (Dorr et al., 1983). Deficiências na capacidade de representação objetal são associadas com uma necessidade intensa de contacto próximo com os outros, desregulação do afeto e sentido de self comprometido (Blatt, 2004).

Teoria das Relações de Objeto

A expressão “relação de objeto” refere-se às interações dos indivíduos com outras pessoas externas ou internas (reais ou imaginárias) e às relações entre os seus mundos objetais interno e externo (Segal, 1975; Klein, 1964; Diguier et al., 2004).

Das principais contribuições oferecidas até ao momento no âmbito das teorias de inspiração psicanalítica, destacam-se as oriundas de modelos das Relações de Objeto. Estas teorias têm a sua origem em M. Klein e W. R. Fairbairn, baseando-se na relação que o sujeito estabelece com o outro, mas também com o objeto interno, isto é, com o objeto introjetado.

M. Klein (1964) baseia a sua teoria na existência de acontecimentos intrapsíquicos enfatizando a importância das relações com a mãe ocorridas no primeiro ano de vida. Postula a existência de duas fases iniciais do desenvolvimento psíquico da criança. O estágio mais primitivo a que chama posição esquizoparanoide (que ocorre nos primeiros três a quatro meses de vida) e o estágio posterior a que chama posição depressiva (na segunda metade do primeiro ano de vida), consideradas subdivisões da fase oral segundo Freud.

Tal como a conceção kleiniana, a fairbairniana também é radical e paradigmática em relação ao abandono do papel da pulsão sexual na estruturação psíquica, defendendo que esta última resulta das relações do ego com o objeto.

Na base da teoria da personalidade em Fairbairn (1980) estão as descrições dos fatores esquizoides da personalidade na vida psíquica rudimentar da criança. Considera que na psicogénese do Ego estão as aproximações entre os processos do Ego rudimentar da criança e os do esquizoide que seriam: a) tendência à orientação para um objeto parcial; b) domínio do receber sobre o dar na atitude libidinal; c) tendência à incorporação e à internalização do objeto; d) sobrevalorização dos estados opostos de plenitude e vazio.

O desenvolvimento das relações de objeto está, portanto, relacionado com o grau de identificação do Ego com o objeto e com as estratégias para lidar com as suas relações. A dinâmica da personalidade depende da qualidade das relações de objeto primitivas, o que leva à consideração de que os conflitos orais estão subjacentes a todos os estados clínicos (Blatt, 2004).

Para Klein & Riviere (1975), o desenvolvimento libidinal está intimamente relacionado com a pulsão da criança para conhecer. Consideravam, inicialmente, que o interesse da criança pelo conteúdo do interior do corpo da mãe era motivado pelo prazer e pelo conhecimento; posteriormente, encaravam o motivo como possessão, controlo e destruição, sendo o objetivo dominante o apoderar-se do conteúdo do corpo da mãe. A natureza do Complexo de Édipo era, para estas autoras, a luta pelo poder e destruição e o medo da retaliação. A defesa é inicialmente dirigida contra os impulsos destrutivos e depois contra os impulsos libidinais. A criança sente ansiedade e culpa, não devido ao desejo do prazer sensual, mas devido às fantasias agressivas que acompanham os impulsos libidinais. A vida emocional da criança centra-se em torno da

ansiedade paranoide, provocada pelo medo da retaliação. A criança procura afastar os perigos dos maus objetos, quer internos, quer externos, mantendo as respectivas imagens separadas e isoladas do Eu e dos bons objetos.

Klein et al. (1975) denominaram “posição esquizoparanoide” a organização da experiência do bebê que envolve a separação dos bons objetos e dos bons sentimentos, dos maus objetos e dos maus sentimentos.

O conceito de “identificação projetiva” foi desenvolvido para descrever extensões da clivagem na qual partes do Ego são separadas do resto do Eu e são projetadas para dentro dos objetos (Segal, 1975).

Dos três aos seis meses da criança, esta desenvolve a capacidade para interiorizar objetos totais (por oposição aos objetos parciais e clivados) o que precipita uma mudança profunda no foco da vida psíquica da criança. Nessa altura, a criança é capaz de integrar as anteriores percepções clivadas da mãe, de perceber que há apenas uma mãe com boas e más características. Designa por “ansiedade depressiva” o medo relativo ao destino do objeto total que a criança receia ter destruído (Klein, 1964). Enquanto a ansiedade paranoide envolve um medo da destruição do Eu a partir do exterior, a ansiedade depressiva envolve receios relativos ao destino de outros, quer dentro quer fora, face à destruição fantasiada inconscientemente, criada pela própria agressividade da criança. Em consequência da sua raiva face à frustração oral, a criança imagina o seu mundo cruel/despovoado e o seu interior esvaziado. A criança procura então proceder à reparação da mãe, através das fantasias inconscientes e comportamentos reparadores - procura colocar a sua onnipotência inconscientemente fantasiada ao serviço do amor e da reparação.

Klein sugere que a ansiedade depressiva nunca é completamente ultrapassada: o destino dos objetos do indivíduo face aos seus próprios sentimentos conflituosos permanece como preocupação central ao longo de toda a vida (Segal, 1975). Toda a perda é experienciada como resultado da própria destrutividade e como retaliação por ofensas e ódios passados. A posição depressiva infantil é a posição central no desenvolvimento da criança.

Outro conceito importante de Klein (cit. por Mijolla & Mijolla-Mellor, 2002) respeita à “inveja” sendo o ódio dirigido em relação aos bons objetos, e a destruição consequência da inveja. A destruição é descarregada nos maus objetos e os bons objetos são protegidos pela clivagem. Na posição esquizoparanoide, as relações de amor, tal como as de ódio, são mantidas separadas umas das outras e na posição depressiva, as relações amorosas e odiosas são unificadas.

Klein (cit. por Segal, 1975) concebe a vida como uma luta entre a integração criada, por um lado, pelo amor e reparação e, por outro lado, pela clivagem, desintegração e destruição criadas pela inveja intensa e pelo ódio. Considera os maus objetos como derivados internamente, isto é, como surgindo dos próprios impulsos da criança, e os bons objetos como sendo absorvidos do exterior, do efeito benéfico da ação dos cuidadores. Faz derivar os bons objetos do exterior e os maus objetos do interior, considerando que a psicopatologia tem origem em fontes constitucionais internas, desvalorizando a importância da ansiedade, da ambivalência e da patologia do caráter dos pais.

Klein (1964) considera que não existe impulso, ansiedade ou processo mental que não envolva objetos externos e internos; isto é, as relações de objeto estão no centro da vida emocional. A sua descrição das relações de objeto precoces fornece ferramentas para compreender as psicodinâmicas das crianças mais velhas e dos adultos, quer descrevam ou não com rigor os primeiros meses da experiência do bebê.

Também Fairbairn (1980) estabelece uma mudança do modelo clássico de estrutura/pulsão, para um modelo relacional/estrutural. Considera que a libido não é a procura de prazer, mas a procura do objeto sendo o impulso inseparável da estrutura. Defende que o objeto é formado desde o começo no impulso, sendo este um meio para alcançar o seu verdadeiro fim – a relação com o outro. O bebê está, desde o princípio, orientado para os outros e essa procura de relação tem raízes adaptativas na sobrevivência biológica. O comportamento e a experiência humana resultam, fundamentalmente, da procura e da manutenção de contactos com outros. Nesta conceção, a psicopatologia não provem de conflitos relativos aos impulsos à procura de prazer, mas é reflexo de perturbações e interferências nas relações com os outros (Celes et al., 2008).

Nos primeiros meses de vida, a boca torna-se a “zona” mais destacada, dado que é a parte do corpo da criança mais ajustada, através da adaptação para a sobrevivência, tanto para contactar com o seio, como para ter com ele trocas de prazer. Utiliza a sua boca ao serviço da procura do seio (Fairbairn, 1980).

Se o mundo é visto numa perspectiva mais evoluída (edipiana), haverá maior suscetibilidade a conflitos com a sexualidade, agressão e/ou dependência, no contexto geral da constância do objeto, nas apreciações de complexidade próprias e dos outros, uma tolerância à ambivalência, a capacidade de sentir remorso e responsabilidade. Os relacionamentos com os

outros são marcados pelos afetos, consideração e apreciação da sua complexidade. Há um forte sentimento de si mesmo.

O aspeto crucial da maturidade saudável é a capacidade de mutualidade íntima e rica com outras pessoas. A genitalidade oferece o meio mais apropriado para essa troca. O que é fundamental é a capacidade para a intimidade, sendo a possibilidade de um verdadeiro funcionamento genital uma consequência dessa capacidade para relacionamento íntimo e para a reciprocidade.

As zonas fornecem vários meios através das quais a libido se relaciona com os objetos. Quanto maior for a interferência e privação nas relações com os seus objetos naturais, isto é, pessoas reais, maior será a necessidade do Ego de estabelecer relações com objetos internos.

Para Fairbairn (1980) a psicologia é o estudo das relações do indivíduo com os seus objetos e a psicopatologia é o estudo das relações do Ego com os seus objetos interiorizados. Na sua teoria, os objetos internos são, por definição, estruturas psicopatológicas.

A agressividade constitui uma reação à frustração do alvo motivacional primário – o esforço pelo contacto com objetos. Deste modo, a agressividade não é natural, mas um derivado secundário da ausência de relações de objeto satisfatórias.

Acrescenta que o desenvolvimento emocional humano passa por vários estádios. Tal como acontece com o conceito de Klein de “posições” e, em contraste com a teoria clássica dos estádios psicosexuais, os de Fairbairn não são baseados numa maturação de zonas corporais de proeminência sequencial, mas na maturação de diferentes modos de relação com os outros. Considera que esta sequência se compõe por três estádios gerais: sendo o primeiro período o de dependência infantil, seguindo-se uma fase de transição e, por fim, um estádio de maturidade que designou por “dependência madura” (Greenberg et al., 2003). O elemento chave de transição no estádio intermédio é o processo de separação.

No primeiro estádio a experiência é de fusão com a mãe, não existindo qualquer pensamento de diferenciação do corpo materno, o qual constitui o seu meio integral e a totalidade do mundo da sua experiência. Fairbairn (1980) denomina “identificação primária” o modo de relação pelo qual a criança nesta altura experimenta o contacto com os outros e define-a como o investimento de um objeto que não foi ainda diferenciado do sujeito que faz o investimento. A tendência para se fundir com a mãe deriva do facto de a sua sobrevivência depender da presença da mãe e dos seus cuidados.

O pleno desenvolvimento da saúde emocional é designado por “estádio da dependência madura”. Na maturidade, a dependência é condicional, isto é, existe nos adultos saudáveis uma interdependência uns dos outros, baseada na capacidade para estabelecer relações cooperativas com objetos diferenciados. Fairbairn (1980) não considera que a genitalidade seja a base para a intimidade adulta, mas sim um canal para a sua expressão.

A fase de transição estabelece a ligação entre relações com objetos baseadas na dependência infantil e relações com objetos baseada na dependência madura. Implica uma renúncia a vínculos compulsivos em relação a objetos, baseados na identificação primária e na fusão, em favor de relações baseadas na diferenciação e na troca (Greenberg et al., 2003). O grande medo reside na separação e perda total de objetos. A ansiedade sobre a separação é excessivamente grande. O conflito central de toda a fase de transição é, por isso, o conflito nuclear, subjacente a toda a psicopatologia; situa-se entre a tendência do desenvolvimento para a dependência madura e para relações mais ricas e a relutância regressiva em abandonar a dependência infantil e os vínculos a objetos indiferenciados, devido ao medo da perda de qualquer contacto (Celes et al., 2008).

Se as relações entre o Ego unitário e integral e os objetos reais externos são satisfatórias, o Ego permanece integral e intacto. Se essas relações não são satisfatórias, o Ego estabelece relações com objetos internos compensatórios (McWilliams, 2004). A clivagem do Ego é uma consequência do aumento do número de objetos internos e é o apego do Ego aos seus objetos internos a causa da fragmentação do Ego original, integral.

Fairbairn considera que a criança tem três experiências diferentes da mãe: a mãe satisfatória, a mãe sedutora e a mãe que frustra. À medida que a relação original com a mãe externa, real, se torna insatisfatória é interiorizada. O resultado não é uma única relação interna, mas três, correspondendo às três características da relação externa com a mãe. Três objetos externos são separados: o objeto ideal (os aspetos satisfatórios da mãe); o objeto que excita (os aspetos prometedores e atrativos da mãe); e o objeto que rejeita (os aspetos da privação, recusa, da mãe) (Celes et al., 2008).

Um princípio essencial no sistema estrutural de Fairbairn é o de que o Ego e o objeto são inseparáveis. A clivagem tripartida do Ego com os seus objetos correspondentes resulta das primeiras lutas da criança para manter boas relações com a mãe e persiste ao longo de toda a vida. Para Fairbairn, a relação com o pai limita-se a recapitular a relação inicial com a mãe. A

criança procura a relação de objeto com o pai, baseada, também, na dependência infantil (Greenberg et al., 2003).

O que a criança necessita é de um contacto emocional com ambos os cuidadores e o que realmente interfere com isso é a relativa indisponibilidade dos cuidadores e a própria hostilidade consequente da criança em relação às suas próprias necessidades.

A privação parental está na raiz de todas as dificuldades na vida. Todas as formas de psicopatologia são defesas contra ansiedades e conflitos orais, de natureza quer esquizoide quer depressiva, e que se centram, respetivamente, num medo do próprio amor, ou da própria raiva.

Fairbairn (cit. por Greenberg et al., 2003) mantém as perspetivas de Klein de que existem duas fases distintas durante a infância, com dois tipos de lutas dinâmicas separadas e que resultam em duas formas de psicopatologia distintas.

Na descrição que faz da fase oral precoce, considera que a questão central não é a agressividade e o ódio, mas a dependência intensa e o amor frustrado. Na sua teoria, as fixações orais precoces e tardias conduzem, respetivamente, a caracteres esquizoide e depressivos. As dinâmicas esquizoide centram-se numa clivagem do próprio Eu, enquanto as dinâmicas depressivas se situam na ambivalência e na culpa. Os vínculos a maus objetos constituem o núcleo do recalcado e estão subjacentes a toda a psicopatologia (Fairbairn, 1980).

Para Winnicott (1969) a mãe traz o mundo até ao bebé e esta função desempenha um papel complexo e crucial no desenvolvimento. Quando a mãe é capaz de estar em ressonância com as vontades e necessidades do bebé, este fica em sintonia com as suas próprias funções e impulsos, que se tornam a base para o desenvolvimento progressivo do sentido do Eu. Sugere que é muito importante para a mãe não só moldar o mundo à medida das necessidades do bebé, mas também, disponibilizar uma presença não exigente quando a criança não está a fazer exigências ou a experienciar necessidades, o que possibilita o desenvolvimento da capacidade de estar só.

Este autor refere que deficiências nos cuidados maternos, mais especificamente a falha em fornecer um meio ambiental perfeito e a sua retirada gradual, debilitam o desenvolvimento da criança (Greenberg et al., 2003).

Winnicott contribuiu significativamente para a compreensão das relações de objeto, utilizando o conceito de “relação de objeto transicional” (Michael, 1976). Considera que a formação de “objetos transicionais” faz parte do desenvolvimento da pessoa. A dimensão mais

importante dos fenômenos transicionais não são os próprios objetos, mas a natureza da relação com os objetos no processo do desenvolvimento situado entre a onipotência alucinatória e o reconhecimento da realidade objetiva (Winnicott, 1975).

O bebê passa de um estado de onipotência ilusória no qual sente que cria e controla todos os aspectos do mundo em que vive, até um estado de percepção objetiva, no qual o bebê aceita os limites dos seus poderes e toma consciência da existência independente dos outros.

Quando um objeto não está sob o controle onipotente ilusório, nem faz parte da realidade objetiva, trata-se da experiência transicional. O objeto transicional nem está sob o controle mágico nem fora do controle. A experiência transicional situa-se entre a criatividade primária e a percepção subjetiva baseada no teste da realidade (Winnicott, 1975). Os objetos transicionais ajudam o bebê a negociar a mudança gradual da experiência de si mesmo como centro do mundo totalmente subjetivo, para o sentido de si mesmo como uma pessoa entre outras pessoas.

Winnicott afirma que não existe algo como um bebê mas sim uma díade mãe-bebê que se cuida. O conceito de unidade mãe-bebê implica que o núcleo do ser não começa no indivíduo, mas sim na situação total, isto é, no campo relacional entre a criança e os que cuidam dela. Este autor estabelece as relações de objeto numa base autônoma e separada dos processos pulsionais (Greenberg et al., 2003). As relações de objeto mais primitivas consistem em interações entre necessidades desenvolvimentais do bebê e cuidados maternos oferecidos pela mãe, inteiramente distintos da gratificação pulsional.

O bebê precisa de satisfações maternas que definem a “mãe suficientemente boa” e que incluem: uma facilitação responsiva relativamente às suas necessidades e gestos, um meio *holding* (sustinente), não intrusivo e que espelha integralmente os estados de inquietude, o respeito pelos objetos transicionais, a sobrevivência e não retaliação relativamente aos aspectos destrutivos do uso do objeto. Assim, o fator necessário e suficiente à saúde mental é a provisão parental adequada – “mãe suficientemente boa” (Winnicott, 1969).

Este autor define psicose como uma doença decorrente da deficiência do meio. Toda a psicopatologia envolve incapacidade no funcionamento do Eu e é, por definição, um produto de deficiência parental. Sugere que a regressão não constitui um retorno a pontos de fixação libidinal ou zonas erógenas específicas. A regressão representa um retorno ao ponto no qual o meio fracassou em relação à criança. Assim, na visão de Winnicott do modelo relacional/estrutural, a regressão constitui uma procura de experiências relacionais em falta.

A mãe tem que sobreviver aos estados de excitação e tem que conter ("hold") a situação interna para que o bebé possa perceber que a destrutividade dos seus desejos e fantasias inconscientes não é onipotente. A mãe tem de dar ao bebé a possibilidade de se aproximar da mãe e de a consolar. Se a reparação for possível, a culpa que a criança sente pela sua ação destrutiva é tolerada e emerge no bebé a capacidade para se preocupar.

Winnicott (1975) descreve a angústia depressiva como surgindo da interpretação da mãe – ambiente que sustem (holds) o bebé – nos estados de quietude com a mãe objeto (que é vítima das apropriações ávidas do bebé nos estados de excitação).

Este autor efetua uma tripartição na distinção entre as categorias da perturbação mental:

- Perturbações pré-Eu (psicóticas, esquizoides, casos-limite e falsos Eus) – uma disfunção nas relações de objeto mais primitivas, mais precoces;
- Perturbações depressivas – dificuldades em aspetos do mundo interno que envolvem conflitos entre amor e ódio, como M. Klein as caracterizou;
- Perturbações da pessoa global (neuroses) – conflitos edípicos tal como caracterizados por Freud.

A ansiedade com origem na fase simbiótica é uma ansiedade de destruição - o terror de que o self possa ser aniquilado, que deixe de existir. Corresponde à esquizofrenia. No adulto é o medo de intimidade.

A ansiedade com origem na fase da separação-individuação é a ansiedade de separação típica da organização Borderline. Esta ansiedade estimula inevitavelmente as memórias inconscientes das assustadoras separações da infância. A ansiedade de separação também ameaça o self com o espectro da dissolução embora de um tipo menos radical do que a ansiedade de destruição (McWilliams, 2004). Na ausência da pessoa a quem se está vinculado, sente o vazio, o que pode conduzir a explosões de hostilidade.

A ansiedade com origem na fase edípiana é a ansiedade superegóica ou edípiana que implica medo de punição por medo de desejos sexuais, agressivos ou dependentes, inaceitáveis (McWilliams, 2004). Não há ameaça à perceção da realidade e identidade do self, mas poderá estar comprometido o sentimento de se ser suficientemente bom. Apesar de ter origem após a consolidação do sentimento do self, a ansiedade de nível edípiano pode ser bastante intensa, dado que as fantasias edípianas implicam, geralmente ideias de morte e retaliação.

O medo do poder dos instintos é uma preocupação natural na fase inicial e simbiótica do desenvolvimento, quando dominam as fantasias onnipotentes. A ansiedade-sinal surge quando a criança tem autonomia e capacidade de apelar à memória; a ansiedade superegógica reflete as conquistas da fase edipiana.

À medida que se desenvolve, a criança torna-se capaz de diferenciar entre cólera, medo, tristeza e sofrimento geral, chegando depois à consciência dos vários graus e tonalidades de cada um. Esta capacidade, cada vez mais alargada e bem sintonizada de discriminar e rotular estados de sentimento, continua através da vida, à medida que nos tornamos mais precisos na nomeação das nossas emoções para nós próprios e para os outros e na rotulação precisa das emoções e a nomeação dos afetos. Os afetos devidamente expressos e compreendidos traduzem um maior desenvolvimento psicológico. A ansiedade constitui o núcleo do afeto patogénico. Na depressão o self parece diminuído (McWilliams, 2004).

Mahler (1971) investigou as primeiras relações de objeto das crianças a partir do estudo da psicopatologia grave da infância. Os conceitos de psicose autista e simbiótica referem-se a uma perturbação na qual existe a dificuldade em estabelecer relação com as figuras que cuidam, sendo incapaz de sair dessas relações.

Considera que a fase autística normal ocorre durante as primeiras semanas de vida, em que o bebé funciona como um sistema fechado, com considerável alheamento da realidade externa. O bebé está apenas disposto à satisfação das suas necessidades, com vista à redução da tensão, funcionando de acordo com o princípio da realização alucinatória do desejo (Mahler, 1976). A sequência de frustração e de gratificação tanto pode ser real como alucinatória.

Na fase simbiótica normal o bebé, com três ou quatro semanas, começa a mostrar maior sensibilidade à estimulação externa tendo uma vaga consciência da mãe como objeto externo. Na perspetiva do bebé, não há diferenciação entre os dois indivíduos que fazem parte da unidade simbiótica, comporta-se como se ele e a mãe fossem um sistema unitário, onnipotente.

Na perspetiva das relações de objeto, a fase autística é “anobjetal”, a fase simbiótica é pré-objetal, ambas as fases situam-se na época do narcisismo primário de Freud (Greenberg et al., 2003).

Dos quatro ou cinco meses até aos dez meses, na subfase de diferenciação, ocorre a fase da separação-individação iniciando-se com o processo a que Mahler (cit. por Mijolla et al., 2002) denomina “incubação”, que vai permitir uma discriminação sensorial entre Eu e objeto. Na

posterior subfase de diferenciação, a capacidade estabelecida para distinguir a mãe face a outros possibilita a discriminação consistente entre objetos externos. O principal indicador desta capacidade recentemente adquirida é o aparecimento, aos 6 meses, da angústia face a estranhos.

A subfase de prática é a segunda subfase de separação-individuação e está dividida em dois períodos: a prática inicial e a subfase de prática propriamente dita. O período de prática inicial começa cerca dos 10 meses de idade, com o início da capacidade de gatinhar.

O bebé começa a ser capaz de se distanciar da mãe, embora a mãe seja ainda tratada como uma espécie de “base de refúgio”, a que se pode retornar para “recarga emocional” (Mahler, 1976). Nesta fase, os interesses da criança viram-se para os objetos inanimados do mundo, podendo um deles transformar-se no objeto transicional, no sentido que Winnicott lhe atribui.

No período inicial de prática ocorrem três desenvolvimentos cruciais ao estabelecimento de separação e de individuação. Há um aumento na diferenciação corporal em relação à mãe, que decorre da capacidade para se distanciar fisicamente dela (Mahler, 1971).

A subfase da prática propriamente dita, é caracterizada pela mesma autora como o período de ocorrência do “nascimento psicológico”, coincidindo com o início da locomoção vertical. Corresponde ao narcisismo (secundário) e ao amor objetal. Começa a aceitação de outros adultos para além da sua mãe. A mãe tem de renunciar à posse da criança para que o desenvolvimento possa prosseguir satisfatoriamente.

A subfase de aproximação tem início com a constatação por parte da criança de que a mãe é verdadeiramente uma pessoa separada, uma pessoa que não estará sempre disponível para a ajudar a lidar com o seu mundo alargado. A crise de aproximação ou de restabelecimento de relações amigáveis vai desde cerca dos 18 meses até aos 24 meses de idade. É uma altura difícil e a forma segundo a qual a criança resolve as suas intensas lutas determina muitas das características do desenvolvimento posterior da personalidade.

Trata-se da consolidação da sua separação e individuação, em que experiencia necessidade de recusar a ajuda que vem do exterior, ainda que dela necessite. Surge então um quadro comportamental no qual um estado de necessidade e de colagem intensa em relação à mãe alterna com uma igualmente intensa negatividade e luta com ela. Trata-se de um período ambivalente, devido às más reações afetivas em relação à mãe que alternam com períodos de intensa carência e poderosos desejos de separação (Mahler, 1976).

A resolução com sucesso de crises de aproximação, que conclui o conflito entre a necessidade da mãe e a necessidade de separação e de individuação é, segundo Mahler, a exigência do desenvolvimento central para que não se instale uma psicopatologia grave. Mahler (cit. por Mijolla et al., 2002), realça que, quer a clivagem de boas e más representações da mãe quer a ameaça dela que caracterizam a crise de aproximação, também tipificam as reações transferenciais posteriores dos doentes com patologia-limite. Atravessar com sucesso este período torna-se, assim, para as psicopatologias mais graves, o que a resolução do Complexo de Édipo era na compreensão etiológica de Freud relativamente à neurose.

A fase de constância do objeto libidinal começa pelos 2 anos de vida e está normalmente consolidada por volta dos 3 anos. A criança tem de alcançar um sentido da sua própria individualidade, tanto com um sentido do outro como uma presença interna, investido positivamente. Tal permite-lhe um funcionamento adequado na ausência de outra pessoa, uma capacidade que implica o alcançar da separação intrapsíquica (Greenberg et al., 2003).

A constância do objeto libidinal pressupõe a unificação de boas e más representações de objeto tanto como a fusão das pulsões libidinal e agressiva com as quais estão investidas. A sua conclusão com sucesso marca o estabelecimento firme das relações Eu-outro estáveis.

A separação e a individuação são processos desenvolvimentais complementares mas distintos. A separação refere-se à emergência de fusão simbiótica com a mãe, enquanto a individuação consiste nas aquisições que marcam o assumir pela criança das suas próprias características individuais. Na perspetiva de Mahler (cit. por Greenberg et al., 2003), a capacidade da mãe para “se mover com” a criança é um determinante da formação do caráter e do desenvolvimento patológico que é tão importante como as pulsões, suas vicissitudes e a maturação do Ego.

Kernberg (cit. por Mijolla et al., 2002) é o único psicanalista americano que caracteriza a sua própria obra como uma “teoria das relações de objeto” mas rejeita a pretensão de que a teoria das relações de objeto constitui uma teoria geral da mente, alternativa à metapsicologia clássica.

Kernberg (1967) iniciou as suas investigações com doentes gravemente perturbados, isto é, com o que designava “perturbações de caráter de nível inferior”, incluindo as personalidades narcísicas e estado-limite. Refere que as configurações relacionais destas pessoas refletem três componentes: uma imagem do objeto, uma imagem do Eu e uma coloração afetiva determinada pela pulsão derivada ativa à data da interação. Juntas, estes três elementos compõem o que

Kernberg designa “sistema de interiorização“. Constituem a “matéria-prima” com a qual são constituídas as vivências e eventualmente, a estrutura psíquica.

Os sistemas de interiorização são de três tipos e cada um reflete a situação normal num estágio do desenvolvimento específico. A primeira e mais primitiva forma de interiorização é denominada de “introjeção”. Representa a internalização das imagens do Eu e do objeto menos diferenciadas, menos organizadas, no contexto de coloração afetiva mais violenta, menos modulada (Kernberg & Michels, 2009).

A introjeção não é apenas um derivado dos impulsos orais, libidinais e agressivos. A introjeção conduz a uma “projeção de ligação externa” com a percepção de estados afetivos primitivos que representam derivados pulsionais. O nível seguinte de internalização designado “identificação” ocorre quando a criança é capaz de apreciar o papel desempenhado por si e pelo objeto em interações significativas.

O nível mais maduro de internalização, designado por “identificação do Ego”, refere-se a toda a organização de identificações e introjeções sob o princípio orientador da função de síntese do Ego (Clarkin et al., 2006). Os componentes, neste caso, são uma concepção consistente do mundo do objeto, um sentido que se consolida do Eu como uma organização contínua e um reconhecimento mútuo desta consistência por parte da criança e dos que dela cuidam. Este nível constitui uma organização e integração dos processos mais primitivos de internalização global.

O desenvolvimento de representações internas dos cuidadores evolui simultaneamente com o desenvolvimento das representações internas do self e essas representações do self e dos outros evoluem em fases hierárquicas, influenciando as percepções, expectativas e comportamentos das crianças (McWilliams, 2004).

À medida que o processo de internalização vai amadurecendo, de uma imitação até aos esforços discriminativos, subjetivamente voluntários, para assumir características específicas da personalidade de outra pessoa, esses mecanismos vão sendo menos introjetivos e mais deliberadamente identificatórios. As internalizações, quando são desadaptativas, representam a sua natureza pré-verbal e automática.

Ao considerar os fatores que predisõem as pessoas para o desenvolvimento da patologia estado-limite, Kernberg (1967) refere-se à presença de uma preponderância de introjeções negativas que podem provir quer das frustrações precoces graves, quer de uma intensidade constitucional da pulsão agressiva.

Em contradição com as teorias do modelo estrutura/pulsão e de acordo com os teóricos do modelo relacional/estrutural, Kernberg (2006a) considera que o homem é, por natureza, um ser social. Rejeita também o conceito de narcisismo primário, defendendo que no primeiro estágio de indiferenciação existe um objeto “externo” presente, embora a sua representação esteja fundida com a representação do Eu, isto é, considera que o homem é psicologicamente relacionado com o objeto, desde a fase de desenvolvimento mais precoce. Deste modo, o objeto precede a nível temporal a pulsão, divorciando o conceito de objeto das suas raízes na teoria pulsional.

Kernberg (cit. por Greenberg et al., 2003) elimina a distinção teórica entre estruturas psíquicas e representações mentais. Os conteúdos do id não são mais dados biológicos mas são configurações de autorrepresentações e de representações do objeto. O Eu tem um estatuto de uma estrutura psíquica supra-ordenada em relação ao Ego. Os afetos, e não as pulsões, constituem as forças motivacionais primárias e mais precoces. A libido e a agressividade desenvolvem-se a partir dos estados afetivos de amor e de ódio já dirigidos para objeto.

Na opinião de Kernberg (1967), a teoria psicanalítica das relações de objeto representa um quadro integrativo, sendo o seu objetivo construir este quadro através de uma tentativa de integrar a teoria das relações de objeto com a teoria psicanalítica dos instintos e uma abordagem contemporânea da psicologia do Ego.

A sua teoria integrativa oferece três razões para considerar que a aliança teórica da teoria das relações de objeto com a teoria freudiana é mais vantajosa do que nenhuma aliança de todo. Em primeiro lugar, defende que a teoria das relações de objeto enfatiza a singularidade de cada indivíduo; em segundo, que esta teoria representa uma síntese de uma metapsicologia psicanalítica mais impessoal, da psicologia e psicopatologia individual, e da transcendência do desenvolvimento psicológico e biológico do homem; por fim, que a teoria psicanalítica das relações de objeto liga a psicanálise como ciência a uma filosofia humana do homem (Clarkin et al., 2006).

Na sua reformulação não pretende eliminar a teoria das pulsões instintivas, mas sim integrar a teoria da relação de objeto com a metapsicologia freudiana. De facto, pode-se dizer que atacar a metapsicologia freudiana é atacar a teoria da pulsão instintiva de Freud. Freud estava interessado em desenvolver uma teoria que explicasse o comportamento e como tal formulou a sua teoria (ou metapsicologia) com base em abordagens dinâmicas, económicas e estruturais.

O modelo pulsional e o modelo relacional apontam para diferentes aspetos como determinantes de dificuldades psicopatológicas da vida. A forma segundo a qual um observador psicanalítico vê o doente, a forma como descreve as lutas deste, os tipos de categorias de diagnóstico em que o coloca – são todas contingentes dos pressupostos teóricos prévios do observador em relação aos constituintes básicos da experiência humana, ou seja, do seu compromisso em relação a um modelo teórico.

Diagnóstico de Psicopatologia

Para compreender o diagnóstico psicanalítico, temos de compreender a teoria psicanalítica. Para Freud (1997), a dificuldade subjacente aos sintomas manifestos é um conflito derivado/pulsional intenso. A pulsão, vivenciada como impulso desejante, entra em conflito com as exigências da realidade tal como surgem mediadas pelo Ego e pelo Superego. A psicopatologia neurótica nos adultos é considerada como um derivado de uma neurose infantil baseada nos conflitos do período edípico. Esses conflitos pressupõem pelo menos um Ego integrado, minimamente estável, em que a pessoa tem um sentido de si como um indivíduo coeso e estável em interação com outros que são experienciados como possuindo as mesmas qualidades.

As pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, como esquizoides, casos-limite ou narcísicas são consideradas como tendo em comum um défice do desenvolvimento que não as deixou capazes de ter uma vivência consistente de si mesmas e dos outros tal como é presumido existir no clássico neurótico edípico dominado pelo conflito. Estas pessoas apresentam perturbações muito precoces nas relações com outros que originaram a falha em se relacionar (mesmo de forma conflitual) como um Eu total face a outro total. Considera-se, assim, uma psicopatologia assente nas perturbações nas relações precoces do indivíduo (McWilliams, 2005).

Os psicanalistas americanos tendem a encarar estas pessoas na categoria de “narcisismo”, e os britânicos nas “perturbações esquizoides da personalidade”. Narcisismo, para Kernberg (cit. por Michael, 1976), implica uma vicissitude específica da pulsão e relembra a teoria da libido. É o Ego ou o Eu que é clivado nas relações de objeto precoces. O termo “esquizoide” tende a ser empregue no diagnóstico dos partidários dos modelos relacionais defendendo que as relações de objeto, como fatores patogénicos, transcendem o impacto das pulsões (Fairbairn, 1980), enquanto que o termo “narcisismo” tende a ser empregue no diagnóstico por aqueles que defendem o modelo pulsional.

Para Fairbairn (cit. por Celes et al., 2008), os neuróticos edípicos não existem de acordo com o modelo relacional. Defende que todos os neuróticos e psicóticos têm origem na matriz de

relações da criança e dos que dela cuidam. Os fenómenos esquizoides estão assim na origem de toda a psicopatologia.

Os teóricos do modelo pulsional mantêm o conceito de neuroses edípicas explicado como uma função do conflito.

Kernberg (cit. por Diguier et al., 2004) tenta integrar as duas perspetivas da psicopatologia, fazendo a distinção entre perturbações de carácter “mais graves” e “menos graves”. Conserva o conceito edípico, ao mesmo tempo que integra contributos oriundos dos teóricos do modelo relacional. As perturbações “menos graves” correspondem às neuroses edípicas clássicas e são definidas pela dependência do indivíduo em relação ao recalçamento como operação defensiva primária. A capacidade para recalcar pressupõe a existência de um Ego integrado e de um Eu consistente, total, que se relaciona com outros consistentes e totais.

As perturbações “mais graves” são caracterizadas pela dependência primária de técnicas defensivas organizadas em torno da clivagem de representações do Eu e do objeto. Nestes indivíduos não se desenvolveu um Eu consistente em relação com outros consistentes, ocorreu uma falha do desenvolvimento. Este autor não substitui a categoria diagnóstica de neurose edípica por uma categoria derivada das dificuldades nas relações de objeto precoces. As perturbações “menos graves” suplementam e não substituem o quadro inicial (Kernberg, 2006b).

A mesma pessoa é vista na perspetiva de Freud como estando em luta com conflitos subjacentes relativos a impulsos sexuais e agressivos, que dão origem a sintomas manifestos. Fairbairn vê a mesma pessoa em luta com conflitos universais e subjacentes, relativos à vinculação e alianças a outros significativos primitivos e que dão origem aos mesmos sintomas. Kernberg vê a mesma pessoa da mesma forma que Freud, mas com uma outra história de vida psicológica, como tendo chegado às suas lutas edípicas correntes pela transformação e consolidação de relações de objeto precoces (Greenberg et al., 2003).

Kernberg (cit. por Debray & Nollet, 2004) distinguiu as personalidades de nível superior (Histérica, Obsessivo-Compulsiva, Depressivo-Masochista) cujo Superego é bem integrado, rígido e punitivo, as personalidades de nível intermédio (Passivo/Agressiva, Sadomasochista) com défice de integração do Superego e as personalidades de nível inferior (Paranoides, Narcísica e Falso-Self) nas quais a organização do Superego é mínima e as identificações são primitivas e projetivas.

Definição do conceito de Perturbações da Personalidade

Kernberg (1967) define Perturbação da Personalidade como um conjunto de traços de caráter anormais ou patológicos de intensidade suficiente para produzir perturbação significativa na área intrapsíquica e/ou interpessoal. Assim, a Perturbação da Personalidade parece ser caracterizada por um desvio de longa duração em relação a um dado padrão cultural, desvio este que é generalizado a vários domínios do funcionamento e leva a dificuldades no relacionamento consigo mesmo e com os outros. A Perturbação da Personalidade constitui uma base a partir da qual surgem outras perturbações menos duradouras, ou seja, cria um certo grau de vulnerabilidade a patologias como a depressão e a ansiedade.

O D.S.M.-IV-TR (2006) considera os seguintes critérios gerais de diagnóstico para Perturbação da Personalidade:

A. Padrão duradouro de experiência interna e comportamento que se desvia marcadamente do esperado na cultura da pessoa. Este padrão é expresso em 2 (ou mais) das seguintes áreas:

- 1) Cognição (formas de percepção e interpretação de si próprio, dos outros e dos acontecimentos);
- 2) Afetividade (variedade, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional);
- 3) Funcionamento interpessoal;
- 4) Controlo dos impulsos.

B. O padrão duradouro é inflexível e global numa grande variedade de situações pessoais e sociais.

C. O padrão origina sofrimento clinicamente significativo ou deficiência na vida social, profissional ou noutras áreas importantes de funcionamento.

D. O padrão é estável, de longa duração e o seu começo ocorreu o mais tardar na adolescência ou no início da idade adulta.

E. O padrão persistente não é melhor explicado como manifestação ou consequência de outra perturbação mental.

F. O padrão não é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, abuso de drogas, medicamentos) ou a um estado físico geral (por exemplo, traumatismo craniano).

O D.S.M. tem sido a referência principal na avaliação das Perturbações da Personalidade. Na última versão do manual – D.S.M.-IV-TR (2006) – as Perturbações da Personalidade aparecem descritas em 10 categorias, divididas em três grupos baseados em semelhanças descritivas.

O primeiro (Cluster A) inclui as perturbações caracterizadas pela excentricidade e bizarria do comportamento, tal como a Perturbação Paranoide, Esquizoide e Esquizotípica. O segundo grupo (Cluster B) engloba a Perturbação da Personalidade Histriónica, Narcísica, Antissocial e Borderline, com base na sua tendência para o comportamento dramático, emotivo e instável. O último grupo (Cluster C) inclui as personalidades caracterizadas pela ansiedade e o medo, como a Perturbação da Personalidade Evitante, Dependente e Obsessivo-Compulsiva. Este sistema de agrupamento, apesar de útil em algumas situações de investigação e ensino, tem sérias limitações e não foi consistentemente validado. Além disso, as pessoas frequentemente apresentam comorbidade de Perturbações da Personalidade de diferentes tipos.

A ênfase no comportamento observável pode ser vista como decorrente da adoção de uma abordagem supostamente “a-teórica” no D.S.M.. Esta abordagem, centrada na sintomatologia, pretende, precisamente, permanecer tão fiel aos dados observáveis quanto possível, de modo a minimizar a inferência e evitar a teorização.

Ao contrário dos sintomas presentes nas perturbações do Eixo I, os critérios de Perturbação da Personalidade devem ser baseados numa perspetiva longitudinal do modo como os indivíduos agem em diferentes situações e de como percebem e interagem com um ambiente em constante mudança. Na realidade, apenas uma minoria dos critérios de Perturbação da Personalidade corresponde a comportamentos específicos e pontuais (Zimmerman, 1994; Achenbach et al., 2005). Apesar de ser difícil avaliar através de medidas baseadas no D.S.M., o carácter persistente e duradouro dos traços de personalidade patológicos é um aspeto importante que tem sido negligenciado ao utilizar-se um sistema que se baseia, apenas no funcionamento da personalidade atual (Kernberg, 2006b; Fischer-Kern et al., 2010).

Para além do desenvolvimento teórico orientado para a compreensão do Eixo II, a própria área da Perturbação da Personalidade desfruta agora de um interesse científico mundial (Millon, 2007), devido à importância que se tem dado a estas síndromes, como componentes significativas das perturbações mentais. Esse interesse reflete o renascimento das teorias da personalidade e da sua evolução que começou nos finais dos anos 70 e 80 e que continua até hoje.

Métodos classificativos das Perturbações da Personalidade

Nas últimas décadas, tem havido um aumento acentuado da produção de instrumentos destinados a avaliar as Perturbações da Personalidade, designadamente ao nível das dimensões e traços de personalidade não adaptativos, relevantes para o estudo da patologia da personalidade (Ribeiro, 2010).

Assiste-se não só a uma maior interdependência entre as áreas da personalidade e da psicopatologia, mas também a um reconhecimento cada vez maior do papel de traços de personalidade duradouros no desenvolvimento de tipos específicos de psicopatologia (Fischer-Kern et al., 2010). Tem havido um reconhecimento unânime das perturbações de personalidade como entidades diagnósticas distintas.

Também a ênfase na representação mental tem tido um grande impacto na avaliação da personalidade. O reconhecimento da sua centralidade na organização da personalidade e da psicopatologia tem levado ao desenvolvimento de novas abordagens de avaliação das respostas a técnicas projetivas, tal como o Rorschach e o T.A.T., bem como relatos de memórias antigas e de sonhos (Blatt, 2004; Westen et al., 1998; Ackerman et al., 1999). Contudo, a avaliação com métodos projetivos é, muitas vezes, muito trabalhosa em termos de recolha de informação e transformação das repostas em variáveis quantitativas.

O D.S.M. tem sido a principal referência na classificação das Perturbações da Personalidade, ainda que tenha sido apenas a partir de 1980 que estas têm a sua própria secção no Eixo II desse manual. O D.S.M. tem sido considerado um instrumento potencialmente valioso para a investigação, tendo suscitado o desenvolvimento de instrumentos construídos especificamente para avaliar os critérios do Eixo II explicitados no manual, instrumentos estes que têm contribuído de alguma forma para aumentar a fidelidade na avaliação das Perturbações da Personalidade (Zimmerman & Coryell, 1990; Zimmerman, 1994). As Perturbações da Personalidade são difíceis de avaliar e os principais instrumentos baseados nas categorias e critérios do D.S.M.-IV apresentam problemas psicométricos que podem limitar a sua utilização (Fischer-Kern et al., 2010; Rettew, Lynch, Achenbach, Dumenci & Ivanova, 2009).

Têm-se verificado poucas associações entre diagnósticos estabelecidos de acordo com diversos instrumentos utilizados para avaliar perturbações de personalidade, o que suscita problemas de validade. Estes problemas parecem ser particularmente graves na utilização de medidas de autorrelato (Westen et al., 1998; Shedler & Westen, 2004) verificando-se um nível baixo de concordância com as entrevistas semiestruturadas (Zimmerman et al., 1990; Zimmerman, 1994).

Existem ainda dificuldades de concordância utilizando o mesmo instrumento em dois momentos distintos (falta de fidelidade teste-reteste) o que é visto como bastante problemático, dado que as Perturbações da Personalidade são, por definição, perturbações contínuas e duradouras (Shedler et al., 2004).

A possibilidade de diferenciar os vários tipos de patologia de caráter iria permitir aos clínicos tomar decisões mais apropriadas relativamente à escolha de estratégias de tratamento para indivíduos diagnosticados com uma Perturbação da Personalidade do Eixo II (Achenbach, 2001; Achenbach et al., 2005; Fischer-Kern et al., 2010). A identificação de variáveis relacionadas com o funcionamento da personalidade poderá proporcionar informação útil relativamente a características importantes para a compreensão da patologia de caráter (Ackerman et al., 1999).

Diversos autores (Westen, 1997; Westen et al., 1998) têm posto em questão a validade da avaliação de Perturbação da Personalidade baseada no D.S.M. afirmando que esse método diverge demasiado dos procedimentos que os clínicos utilizam para as diagnosticar.

Em primeiro lugar, tem sido demonstrado que os profissionais não diagnosticam de acordo com o número absoluto de critérios requeridos para o diagnóstico de Perturbação da Personalidade, verificando-se que no D.S.M. era dado um peso igual a cada um dos critérios de diagnóstico (Ribeiro, 2010). Contudo, na última revisão – D.S.M.-IV-TR – os itens em cada conjunto de critérios encontram-se ordenados por importância decrescente para o diagnóstico específico de cada Perturbação da Personalidade. Existe, na prática clínica, uma propensão para diagnosticar os sujeitos com base no nível de gravidade dos sintomas.

Em segundo lugar, os critérios do D.S.M. não têm em conta aspetos positivos da personalidade, que podem contribuir para a decisão de não atribuir um diagnóstico de Perturbação da Personalidade em certos casos. Existe, portanto, uma negligência dos aspetos mais saudáveis do funcionamento do indivíduo (Shedler et al., 2004; Westen et al., 1998).

Finalmente, a avaliação dos clínicos baseia-se no comportamento e nas atitudes que os indivíduos demonstram durante as entrevistas (Zimmerman et al., 1990; Fischer-Kern et al., 2010; Rettew et al., 2009). Este julgamento fundamenta-se em inferências sobre as narrativas que os pacientes fornecem acerca das suas vidas e relacionamentos e no comportamento que estes exibem relativamente ao clínico (Westen, 1997; Achenbach et al., 2005).

Existe ainda uma divergência entre o diagnóstico baseado no número absoluto de sintomas apresentados e o baseado no funcionamento interpessoal, observado aquando da

decisão do diagnóstico (Ribeiro, 2010). Apesar do D.S.M. considerar o grau de “perturbação psicossocial” decorrente da presença de sintomatologia, a ênfase é colocada no número de sintomas positivos (ex.: impulsividade), e são estes que são decisivos na distinção entre a personalidade normal e patológica.

Verifica-se, assim, que os métodos de avaliação atuais não valorizam suficientemente a ideia de que a Perturbação da Personalidade se refere a um funcionamento patológico a longo prazo, não privilegiando uma perspectiva do desenvolvimento que contemple o modo como os indivíduos agem em diferentes situações ao longo do tempo (Shelder et al., 2004).

Apesar de através de uma simples entrevista, por vezes, ser possível fazer o diagnóstico, é frequentemente necessário realizar várias entrevistas espaçadas no tempo. Muitas vezes, o diagnóstico da situação pode complicar-se pelo facto de as características que definem uma Perturbação da Personalidade não serem consideradas problemáticas pela pessoa (por exemplo, os traços são muitas vezes egossintónicos). Para solucionar esta dificuldade, poderá ser útil recolher informação suplementar junto de outras pessoas (Achenbach et al., 2005).

Também a utilização do formato de autorrelato, que negligencia aspetos não conscientes e material afetivo que o paciente é incapaz de apreender, alguns autores dizem mesmo que as entrevistas adaptadas ao D.S.M. são apenas questionários de autorrelato administrados por um entrevistador (Westen et al., 1998; Achenbach, 2001; Fischer-Kern et al., 2010).

Existe uma certa ausência de concordância entre os diversos instrumentos, especialmente entre os questionários de autorrelato e as entrevistas, o que parece sugerir uma falta de validade de constructo (Ribeiro, 2010).

A abordagem diagnóstica utilizada no D.S.M.-IV-TR representa a perspectiva categorial na qual as Perturbações da Personalidade apresentam síndromes clínicas qualitativamente distintas. Uma alternativa a esta abordagem categorial é a perspectiva dimensional, na qual as Perturbações da Personalidade representam variantes desadaptativas de traços de personalidade que se confundem, impercetivelmente, com a normalidade e entre si (Kernberg, 2006a).

Tem havido muitas tentativas para identificar as dimensões mais fundamentais nas quais se baseia a totalidade do funcionamento da personalidade normal e patológica.

Os avanços nas investigações das teorias da personalidade têm permitido uma emergência de instrumentos de avaliação diagnóstica derivados de um modelo integrado de psicopatologia e da personalidade em concordância com o modelo multiaxial do D.S.M.. Surge assim o Inventário

Multiaxial de Millon (M.C.M.I.-III) onde foi otimizada a correspondência entre os seus itens e os critérios do D.S.M.-IV, já tendo sido publicados mais de 400 artigos de investigação que empregam o M.C.M.I. como instrumento principal de avaliação, o que levou a realizar várias melhorias importantes na sua estrutura (Millon, 2007; Rocha, Sousa, Alchieri, Sales & Alencar, 2011).

Este inventário foi desenvolvido com o objetivo de diferenciar onze Padrões Clínicos da Personalidade (Eixo II) que descrevem níveis de gravidade moderada (Esquizoide, Evitativa, Depressiva, Dependente, Histriónica, Narcísica, Antissocial, Agressivo-Sádica, Obsessivo-Compulsiva, Masochista e Autodestrutiva) e três de Patologias Graves da Personalidade (Esquizotípica, Limite e Paranoide), para além de sete escalas de Síndromes Clínicas de gravidade moderada (Perturbação da Ansiedade, Somatoforme, Bipolar, Distímica, Dependência de Álcool, de Substâncias e Perturbação de Stress Pós-Traumático) e três de Síndromes Clínicas Graves (Perturbação do Pensamento, Depressão Major e Perturbação Delirante). Este inventário avalia, assim, catorze padrões básicos de Perturbações da Personalidade.

As vantagens da utilização deste inventário, em relação a outros, incluem a relativa brevidade da sua aplicação, a sua base teórica, o formato multiaxial e a sua construção mediante três etapas de validação, o uso de pontuação de prevalência e a sua profundidade interpretativa.

O modelo classificativo utilizado por Millon (2007) é concordante com o D.S.M.-IV e avalia as disfunções da personalidade, desde as menos graves às mais graves e integra também as perturbações mentais do Eixo I.

Para Millon (2007) as Perturbações da Personalidade são constructos avaliativos que derivam de tarefas fundamentais que os indivíduos enfrentam, isto é, luta por existir e sobreviver (prazer/dor), o esforço para se adaptar ao meio e o adaptar o meio a si mesmo (passivo/ativo) e a estratégias do indivíduo para investir de forma reprodutiva nos familiares ou descendentes face a uma inversão na própria replicação pessoal (os outros/o próprio).

Estas três polaridades transcendem qualquer escola concreta ou perspetiva tradicional sobre a personalidade. As perturbações do Eixo II já não se consideram como derivados de um único nível de dados clínicos, seja comportamental, fenomenológico, intrapsíquico ou biofísico (isto é, dentro de uma das quatro abordagens tradicionais da ciência psicológica). Em vez disso, considera-se que as Perturbações da Personalidade refletem-se em toda a matriz da pessoa e expressam-se em vários domínios clínicos.

Os modos de validação dos diagnósticos não são simples. Pretendendo manter-se "ateóricos", os nosologistas pouco consideram as circunstâncias com poder etiológico. Os critérios utilizados pelos diferentes instrumentos, nomeadamente o M.C.M.I.-III são muito heterogêneos; têm em conta comportamentos, atitudes, reações, sentimentos, ideias, pensamentos, sem que apelem a acontecimentos de vida, circunstâncias familiares, traumatismos ou situações sociais em particular (Debray et al., 2004). São critérios que têm como base o funcionamento psicológico e não o conteúdo mental.

O papel da avaliação da personalidade por provas psicológicas tem sido afirmado desde cedo. Rapaport et al., 1977 cit. por Chagnon (2009) confirmaram, nestes pacientes, uma boa realização na WAIS, sendo este um instrumento muito estruturado, e pior realização nas provas menos estruturadas, como seja o Rorschach.

Como complemento a um diagnóstico e meio de teste da hipótese de Kernberg de que defesas de baixo nível caracterizam o funcionamento no estado-limite em comparação com a estrutura neurótica, Lerner (1980) cit. por Chagnon (2009) desenvolveu um manual de cotação para as defesas comuns no estado-limite (clivagem, idealização, desvalorização, onipotência, identificação projetiva e projeção). Através da análise do tipo de relação de objeto pode classificar-se o nível/tipo de estrutura/organização da personalidade (Kernberg, 2006b; Shedler et al., 2004).

Dentro do paradigma das teorias das Relações de Objeto, e baseando-se mais uma vez na observação clínica, Westen (1991a) desenvolveu uma série de medidas de dimensões de relações de objeto e cognição social relevantes para o diagnóstico de Perturbação da Personalidade, incluindo aspetos tal como dificuldades em representar as pessoas de um modo complexo e a incapacidade de investir emocionalmente em relacionamentos interpessoais.

Embora teóricos e clínicos falem muitas vezes de níveis de relações de objeto como um fenómeno unitário, de desenvolvimento imaturo a maduro, na verdade, o termo 'relações de objeto' inclui um número de diferentes funções e estruturas, tais como as formas de representação das pessoas nas relações; desejos interpessoais, afetos e conflitos; formas de atribuição de causalidade social; capacidade de investimento em relações, etc. (Westen, 1991b).

Provas Projetivas na Avaliação de Perturbações da Personalidade

Em 1953, Bychowski enfatizou a importância do Rorschach para detetar "exposição esquizofrénica". Em 1953, Knight afirmou a importância de incluir estímulos estruturados e não

estruturados na avaliação de pacientes com organização da personalidade estado-limite. Kernberg (1967), de forma semelhante, afirmou que a detecção do processo primário do pensamento através do uso de provas projetivas faz dos testes psicológicos instrumentos sofisticados indispensáveis para o diagnóstico. Nestes pacientes verifica-se um funcionamento adequado nos testes muito estruturados e uma fraca realização nas provas projetivas, especialmente no Rorschach, apurando-se, nomeadamente, relações de objeto malévolas, disforia, escassa tolerância ao stress e labilidade emocional.

Chagnon (2009) adianta que os avanços teórico-clínicos originados do trabalho feito com os estado-limite constituíram um novo paradigma e contribuíram para a renovação da psicanálise e para a revisão de critérios diagnósticos elaborados a partir de técnicas projetivas.

Tem sido escassa a utilização do Thematic Apperception Test (T.A.T.) na avaliação das Perturbações da Personalidade do Eixo II. As teorias das relações de objeto têm como objetivo compreender o funcionamento intrapsíquico, pondo-se o foco na construção subjetiva dos objetos da relação primária que, consoante o contexto sociocultural do sujeito, poderá determinar a construção da sua personalidade.

Nas últimas décadas, Westen e seus colaboradores têm vindo a provar a utilidade na utilização da Prova Projetiva T.A.T. na avaliação das dimensões das relações de objeto e das cognições sociais, através do seu sistema de cotação S.C.O.R.S. (Social Cognitions and Object Relations Scale). Os resultados dos seus estudos têm sugerido a importância da distinção de diversas dimensões interdependentes e cognitivo-afetivas das relações de objeto através das narrativas do T.A.T. (Westen, 1991a, 1991b, 1995).

Esta prova tem-se demonstrado excelente na avaliação do tipo de relação de objeto e cognição social destas perturbações, por se focar no funcionamento interpessoal, pois o estímulo é inequivocamente social e os sujeitos irão provavelmente dar detalhes suficientes na descrição das personagens e das relações, bem como proporcionar acesso considerável aos padrões cognitivos e afetivo-motivacionais relacionados com o funcionamento interpessoal em relacionamentos íntimos (Westen, 1990, 1991a, 2002; Westen et al., 1998).

Sendo a representação um processo inconsciente, é desencadeado quando o sujeito é posto perante a intimação de imaginar a partir do estímulo. O afeto é inseparável da representação e esta é dotada de uma quantidade e de uma qualidade (Ackerman et al., 1999; Westen, 2002). O afeto e a representação têm entre si relações recíprocas: a representação desperta o afeto, e o afeto mobilizado procura uma representação. A defesa exerce-se não só

contra as representações, mas também contra o afeto que as acompanha. O afeto também é uma forma de memória, ele é um dos traços mnésicos.

Referindo-se às técnicas projetivas, Delgado (2009, p. 111) afirma "talvez até fosse mais correto designá-las técnicas ou provas de percepção e pensamento, na medida em que estas são provas constituídas por estímulos perceptivos aos quais o sujeito é convidado a produzir pensamentos mais ou menos articulados entre si"¹.

No T.A.T. dois grandes registos problemáticos são solicitados pelos vários cartões, a identidade e a identificação (não sendo independentes um do outro) e a relação de objeto (Shentoub et al., 1999).

A identidade é um processo psíquico fundamental, pela qual o indivíduo acede a uma representação da sua continuidade de existir (no tempo e no espaço). A construção da identidade apoia-se numa imagem do corpo relativamente sólida e na eficiência dos processos de individualização e de diferenciação em relação ao outro e ao meio. A identificação é o processo psicológico pelo qual o indivíduo assimila um aspeto, uma propriedade do outro e se transforma total ou parcialmente sobre o modelo desse outro.

A personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações. Uma vez atingida a identidade, a constituição das referências identificatórias supõe o reconhecimento da diferença de sexos e de gerações correlativo do Édipo.

Na análise do T.A.T. avalia-se se existe a estabilidade da identidade, se as pessoas são diferenciadas umas em relação às outras e se as identificações são claramente colocadas e as referências sexuais estão claramente estabelecidas.

A relação de objeto é a segunda categoria problemática, intimamente articulada com a primeira, que remete para as modalidades de representações das relações. Sendo a relação de objeto "o modo de relação do sujeito com o seu mundo, relação que é o resultado complexo e total de uma determinada organização da personalidade, de uma apreensão mais ou menos fantasmática dos objetos e de certos tipos privilegiados de defesa" (Laplanche & Pontalis, 1976, p. 576).

As propostas de interpretação do T.A.T. inscrevem-se na dupla perspetiva: representação de si, de acordo com os eixos de identidade e identificação e a representação das relações (Shentoub et al., 1999).

Dadas as características e relação com as teorias de inspiração psicanalítica, esta prova projetiva facilita uma construção de conhecimento sobre os processos mentais que especificam o funcionamento mental de um sujeito segundo os diferentes quadros psicopatológicos desde o mais arcaico ao mais evoluído, isto é, do funcionamento mental inerente às Perturbações da Personalidade do Cluster A, até à ausência da patologia, passando pelos níveis intermédios da organização da personalidade.

Ao nível mais arcaico, isto é, no registo psicótico, o sujeito capta a realidade em função da sua própria percepção, da sua vivência. Uma vez que a vivência é a da fragmentação, a realidade também é vista como fragmentada. A relação com a realidade é alterada com a presença de elementos bizarros, estranhos ou, então, não há reconhecimento dos elementos, podendo ocorrer falsas percepções ou percepções alucinatórias, não existindo diferenciação entre o que o sujeito encontra na realidade e o que ele projeta nela. As defesas fundamentais são a projeção e a denegação da realidade, ocorrendo a eminência de destruição, por exemplo, com temas de morte em cartões onde a agressividade não é suposto existir.

As qualidades relacionais podem aparecer de uma forma mais contida, no caso da Perturbação Obsessivo-Compulsiva ou de uma forma mais lábil e dramática na Perturbação Histriónica.

No registo limite não há diferenciação clara entre o sujeito e o objeto pela necessidade de se preservar como sujeito, não tendo capacidade de reconhecer o outro como algo diferente. Existe um esboço de individualização, mas esta é muito dolorosa e frágil. Conseguiram-se algumas aquisições (contato com a realidade, reconhecimento do outro, reconhecimento do próprio, mas a um nível rudimentar) e outras não foram adquiridas. Enquanto na psicose o outro é confundido, na perturbação limite o outro é afastado, não é considerado.

Nos registos mais evoluídos é estabelecida a relação com a realidade externa. O sujeito reconhece os elementos que lhe são propostos, existindo uma clara diferenciação entre o sujeito e o objeto. O sujeito reconhece os elementos percetivos e qualifica-os, ou seja, atribui às personagens qualidades relacionais. Coloca as personagens numa cena, ou seja, as várias personagens desempenham um papel conflituado e essa conflitualidade pode ser agressiva ou libidinal. Pressupõe um nível de aquisição identificatória bastante evoluído que pode conter os próprios movimentos conflituais, com passagem de um ao outro. Mesmo que haja um cenário mais intenso, há sempre retorno e não há destruição.

Esta investigação pretendeu avaliar a vantagem da utilização da Prova Projetiva do T.A.T. no acesso ao tipo de relação de objeto, ao funcionamento afetivo-emocional e interpessoal característicos de cada tipo de Perturbação da Personalidade obtido a partir do Inventário Multiaxial de Millon, que é concordante com a D.S.M.-IV (2004).