

Visão de Si Reflectida pela Visão dos Outros **Estudo comparativo entre patologia da personalidade e personalidade saudável**

Helena Maria Amaral do Espírito Santo
Instituto Superior Miguel Torga
José Luís Pio de Abreu
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Serviço de Psiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra
Instituto Superior Miguel Torga

Resumo

A ideia de que a pessoa com Distúrbio de Personalidade não se vê como os outros a vêem está arraigada entre os profissionais de saúde mental. Neste artigo são apresentados os resultados principais de um estudo de investigação com o objectivo de questionar essa ideia. Este trabalho consistiu na comparação das correlações das várias escalas do Adjective Check List (ACL) entre a auto e hetero-descrição num grupo de 21 sujeitos diagnosticados com Patologia da Personalidade e noutro com 22 sujeitos sem esse diagnóstico. Os resultados apontam para uma melhor adequação entre as auto-descrições e hetero-descrições nos indivíduos com distúrbio de personalidade, o que contraria aquela ideia.

Abstract

The present investigation examined the idea that people with Personality Disorders (P.D.) doesn't see himself as others see them. This study compared correlations of the different scales of Adjective Check List (ACL) between self-description and hetero-description in 21 P.D. patients and 22 patients of group control (with other disorders than depression or psychosis). P.D. patients showed a greater significant correlation between self and hetero-description than the controls. These findings suggest that P.D. patients guess more accurately the perceptions that others make about themselves. Some desiderata for future research on these findings are raised.

INTRODUÇÃO

Desde que Pinel, em 1801, separou clinicamente a “Manie sans délire” e Pritchard, em 1837, descreveu a “Insanidade Moral, diversos autores procuraram definir, caracterizar e explicar a então chamada “psicopatia”. Mais tarde, Kurt Schneider alargaria este conceito a quadros não necessariamente anti-sociais, estabelecendo o grupo dos “Distúrbios da Personalidade” com o sentido aproximado que as classificações actuais lhe concedem. O distúrbio da personalidade (D.P.) consiste em traços de personalidade inflexíveis, mal-adaptativos e duradouros que causam problemas no funcionamento social e ocupacional (World Health Organization, 1978; Millon, 1981; Tyrer *et al.*, 1988; American Psychiatric Association, 1994). A delimitação do conceito tem sido difícil, como o atesta a diversidade de definições. Podemos encontrar, no entanto, a ideia em comum de que o distúrbio da personalidade afecta negativamente os relacionamentos, implicando que aquele que sofre não é necessariamente aquele que está perturbado (Schneider, 1950; Tyrer *et al.*, 1988; Vaillant e Perry, 1980; American Psychiatric Association, 1994).

A focalização dos D.P. sobre o relacionamento interpessoal transporta esta patologia para o plano psicossocial, tanto nos seus efeitos como nas suas causas (Safran e Segal, 1990; Safran e Mcmain, 1992; Andrews, 1991; Guidano e Liotti, 1983). Segundo Perry e Vaillant (1985, p. 1353), o Distúrbio de Personalidade é uma “maneira de fazer tréguas dolorosas com pessoas com as quais não se pode viver com, nem sem elas (...) os Distúrbios de Personalidade são os modos de lidar com pessoas [que para eles são] insuportáveis”. O comportamento destas pessoas incomoda consistentemente os outros; não se adaptam aos agentes de *stress* ou exigências do mundo exterior, tentando, antes, que o mundo se adapte a eles. Afectam profundamente os outros na distinção entre o “meu” e “teu”, com uma capacidade peculiar de controlar os outros e de lhes

causar sofrimento. Resultam daí *ciclos viciosos* em que as relações interpessoais, já de si precárias, mais se degradam. Como consequência, os comportamentos da parte dos outros vão, provavelmente, manter o seu problema.

Por um lado, o jogo interaccional parece ter, de facto, um papel importante na confirmação da nossa identidade (Sartre, 1934; Merleau-Ponty, 1988; Mahoney, 1991; Tice, 1992), e, assim, no desenvolvimento de um D.P. Por outro lado, o ser humano orienta a sua percepção através de corpos de conhecimentos— *esquemas* —, relativamente coesos e estáveis, que se formaram da organização de reacções e experiências passadas (Beck e Freeman, 1990). De acordo com Kelly (1963), diante das pessoas e das coisas, temos à partida hipóteses e expectativas que constituem os quadros da nossa percepção e exploração do mundo pessoal. Para Guidano e Liotti (1983) a necessidade de regularidade predispõe-nos para a atenção selectiva a determinados acontecimentos e para a expectativa de que os objectos se comportem dentro de possibilidades limitadas. Assim, os esquemas de interacções definem as nossas relações mútuas: ao anteciparmos comportamentos por parte dos outros, passamos a responder com reacções específicas, desencadeando nos outros também um comportamento específico; o retorno desse comportamento vem confirmar as nossas expectativas, gerando *ciclos interpessoais cognitivos* (Safran, Segal, 1990). Para Andrews (1991), o nosso envolvimento em processos que desencadeiam respostas previsíveis nos outros é uma forma de confirmarmos a noção de nós próprios.

Se a interacção for fechada e patológica, dela resulta um padrão de comportamento rígido, cujos primórdios se podem remeter à infância. Segundo Sullivan (1956) e Bowlby (1990) no decorrer da relação precoce Eu-Outro Significativo desenvolvem-se *modelos de funcionamento de interacções* ou, na terminologia de Safran e colaboradores (Safran, Segal, 1990; Safran, Mcmain, 1992), *esquemas interpessoais*. Para Young (1990), as experiências perturbadoras precoces com os agentes de socialização estão na base da formação de “temas extremamente estáveis e duradouros”, ou *esquemas mal-adaptativos precoces*, relativos ao próprio e às relações com os outros, envolvendo afectos disruptivos com níveis altos de intensidade. Em consequência destes esquemas disfuncionais, as pessoas com D.P. apresentam uma rigidez nas suas expectativas sobre o comportamento dos outros, com uma noção bastante limitada sobre a forma como deverão manter relações. O leque de comportamentos interaccionais que daí resulta é, assim, muito restrito e rígido (Safran, Segal, 1990). Entretanto, a gama de comportamentos daqueles que se relacionam de perto com a pessoa afectada na sua personalidade torna-se também muito restrita. Resulta assim que o Mundo interpessoal da pessoa com patologia da personalidade é de uma grande redundância, em que as possibilidades de feedback correctivo ou desconfirmativo são muito reduzidas. Ao longo do tempo, a manutenção destes ciclos viciosos estrutura uma identidade patológica. O Eu, que é a unidade dessa integração, reúne estas acções circulares numa personalidade patológica.

Apesar desta restrição de comportamentos, a pessoa com D.P. é descrita na literatura (Mann, *et al.*, 1981; Millon, 1984; Perry e Vaillant, 1985) como falhando sistematicamente em ver-se como os outros a vêem. No entanto, esta opinião não tem sido investigada, e as razões explanadas anteriormente permitiriam suportar a hipótese contrária. Assim, o presente estudo tem o objectivo de elucidar esta questão. Nele se confrontam as auto-descrições com as descrições dos outros, em indivíduos com D.P. e sem D.P. Num segundo passo confrontam-se ainda as descrições dos outros com a percepção que o próprio indivíduo tem dessas descrições. Como

dados adicionais, foram ainda inspeccionadas as médias de cada escala, resultante da auto e hetero-descrição, confrontando o grupo experimental com o grupo de controlo.

MATERIAL E MÉTODOS

Amostras

A população em estudo resultou, numa fase preliminar, da casuística de seis clínicos experientes (4 psiquiatras e 2 psicólogos) a trabalhar nos serviços de Psiquiatria dos H.U.C., os quais nos referiram os seus doentes, tanto do próprio serviço, como da sua actividade privada. Numa primeira fase, os clínicos, garantida a confidencialidade do estudo e obtida a permissão do doente, forneciam-nos a sua identidade, bem como a indicação de se existia ou não distúrbio de personalidade. Os critérios de selecção dos sujeitos eram os seguintes: (1) 10 horas ou mais de contacto directo com o clínico no ano anterior; (2) capacidade para preencher escalas; (3) no mínimo 18 anos de idade; (4) sem sintomas de psicose activa, ou desorientação provocada por drogas ou síndrome de abstinência.

Numa segunda fase contactaram-se os sujeitos, aos quais se aplicou o *Beck Depressive Inventory* (BDI) para despiste de sintomatologia depressiva, e o *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI-III) para detecção e diagnóstico de perturbação de personalidade. Obtidos estes diagnósticos, seleccionaram-se, em primeiro lugar, os indivíduos claramente portadores de perturbações da personalidade. Destes, retiraram-se da amostra os sujeitos que excediam dois indivíduos com cada tipo de perturbação da personalidade ou que apresentavam valores do BDI superiores a 9,39. A amostra experimental ficou assim constituída por 20 sujeitos (2 com D.P. borderline; 2 evitantes, 2 paranóides, 2 auto-defensivos, 2 dependentes, 2 narcísicos, 2 passivo-agressivos, 2 compulsivos, 2 histriónicos, 1 esquizotípico e 1 esquizóide).

A amostra de controlo foi escolhida entre os sujeitos que, sofrendo eventualmente de alguma patologia do eixo I, não estavam, contudo, deprimidos (BDI), não se apresentavam psicóticos nem desorientados e não sofriam de patologia da personalidade, tanto de acordo com o julgamento clínico, como pela aplicação do MCMI-III. A selecção dos indivíduos para esta amostra (num total de 23) obedeceu aos critérios de emparelhamento de dados demográficos e culturais com a amostra experimental.

Numa terceira fase pediu-se a cada um dos elementos das amostras que descrevessem a sua maneira de ser através de uma lista de 300 adjectivos (*Adjective Check List* - ACL). Alguns dos participantes preencheram a escala em contexto clínico e outros em suas casas. Em caso de dúvidas podiam solicitar esclarecimentos. Após este preenchimento, procurou-se um informador — pessoa que fizesse parte das relações íntimas do sujeito¹ — que descrevesse o doente através da mesma lista de adjectivos. Foi também pedido que não mostrassem as suas escalas aos indivíduos descritos.

Finalmente, os sujeitos das amostras preenchiam de novo o ACL de forma a procurar “adivinhar” o que o seu companheiro tinha descrito de si. Para garantirmos que não consultavam as escalas uns dos outros, chamou-se a atenção para o aspecto lúdico e revelador que este exercício poderia ter e dissemos que depois de preenchidos iriam ler um dos outros. Para

¹ Escolhemos companheiros e esposos. Esta escolha prendeu-se com a homogeneidade de tratamento dos dados, mas principalmente com a ideia de Young (1990) de que é principalmente nas nossas relações amorosas que são desencadeados os esquemas mal-adaptativos precoces.

aumentarmos a adesão à tarefa colocámo-nos ao dispor para lhes darmos os resultados computadorizados. O conjunto de sujeitos ficou assim constituído por 43 elementos, divididos em duas amostras (20 com D.P. e 23 sem D.P.) equiparáveis nos dados demográficos, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos (Idade média: 32,83; D. P.: 13,96), 23 eram do sexo feminino e 20 do sexo masculino. Residiam, em maior número, no concelho de Coimbra e possuíam uma escolaridade do nível liceal completo. A tabela I mostra as características demográficas das amostras.

TABELA I. Características gerais da amostra

<i>Características</i>	<i>Grupo experimental</i>		<i>Grupo controlo</i>	
	<i>(n = 20)</i>	<i>%</i>	<i>(n = 23)</i>	<i>%</i>
<i>Sexo</i>				
Masculino	9	45	11	48
Feminino	11	55	12	52
<i>Estado Civil</i>				
Solteiro	7	35	10	43
Casado	12	60	13	57
Divorciado	1	5	0	0
<i>Nível Educacional</i>				
Superior	7	35	5	22
Secundário	11	55	14	61
Elementar	2	10	4	17

Descrição dos Instrumentos

Classificação do Avaliador

Os avaliadores clínicos, depois de completarem a lista de critérios da DSM-IV que correspondiam aos indivíduos em questão, deram também a sua impressão diagnóstica sobre a existência de D.P. nos doentes numa escala de 10 pontos: 1=não corresponde; 5=traço de personalidade, não causando ou tendo causado sofrimento ao sujeito e/ou problema no funcionamento ocupacional; 10=distúrbio de personalidade ou traço de personalidade que causa ou causou sofrimento ao sujeito e/ou problema no funcionamento ocupacional.

BDI (Beck Depressive Inventory)

Para medir a gravidade dos sintomas depressivos, utilizou-se o Beck Depressive Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh, 1961; adaptado por Vaz Serra e Pio de Abreu, 1973 e recomendações de Kendall, *et al.*, 1987). É um inventário de auto-resposta constituído por 21 itens. Na versão portuguesa, considera-se que o indivíduo está deprimido a partir de 12 pontos.

MCMI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory)

Procurámos um instrumento de avaliação que complementasse o diagnóstico clínico. Para tal, usámos o MCMI-III (*Millon Clinical Multiaxial Inventory*, Millon, 1994) que, num estudo anterior, adaptámos para a população portuguesa. Na versão portuguesa, ela revela uma boa capacidade para identificar doentes com D.P. (sensibilidade = 93%); uma especificidade alta (91%), uma grande validade e um bom poder de diagnóstico (92%). Para além da determinação de D.P.,

ele revela o diagnóstico específico, incluindo as seguintes escalas: Padrões Clínicos de Personalidade (esquizóide, evitante, depressivo; dependente; histriónico; narcísico; anti-social; agressivo; compulsivo; passivo-agressivo; auto-defensivo); Patologia Grave de Personalidade (esquizotípico; borderline; paranóide).

Adjective Check-List (ACL)

Usámos o *Adjective Check-List (ACL)* (Gough e Heilbrun, 1965) como medida fornecedora de um indicador comum de comparação entre a avaliação do indivíduo feita por si próprio e feita por outra pessoa significativa. É uma lista de 300 adjectivos, dos quais se assinalam os que se achar que melhor descrevem o sujeito. As respostas dão origem a 9 escalas empíricas (Nº de adjectivos assinalados, Defensividade, Adjectivos favoráveis, Adjectivos desfavoráveis, Capacidade pessoal de adaptação, Auto-confiança, Auto-controlo, Realização pessoal) e 15 escalas racionais que representam as necessidades de Murray (Labilidade, Persistência, Intra-percepção, Afiliação, Exibicionismo, Agressividade, Carência afectiva, Subserviência, Dominação, Capacidade organizativa, Solicitudade, Heterossexualidade, Autonomia, Desejo de mudança, Inferiorização). O ACL é um instrumento altamente versátil que tem sido usado para uma vasta gama de objectivos. Foi originalmente desenvolvido como método para capturar as impressões de observadores de pessoas envolvidas em interacções grupais. Tem também sido empregue para avaliar a personalidade (Gough, Heilbrun, 1965).

Procedimento

Tanto a avaliação dos clínicos, como o BDI e o MCMI-III, foram usados para definir as amostras, como indicado anteriormente. O centro da nossa investigação residiu na análise da descrição dos sujeitos, através do ACL, tanto por si próprios como pelos seus companheiros, e ainda na tentativa de os primeiros “adivinharem” as descrições dos segundos.

Inicialmente, os dados brutos obtidos no ACL foram transformados através de um programa informático (ACL, Veríssimo, 1988) que os convertia nas 24 escalas. A conversão nas 24 escalas foi realizada para os dois grupos em três aplicações: auto-descrição, descrição pelo outro e descrição do outro adivinhada pelo próprio. Foram calculadas as médias, bem como os valores de t , das pontuações de cada escala do ACL na hetero-descrição em cada um dos grupos. Depois calculámos as correlações de Pearson dos valores de cada escala entre (1) relações auto — hetero-descrição e (2) hetero-descrição — hetero-descrição adivinhada nos dois grupos. Foi comparada ainda a frequência de correlações significativas/não significativas entre grupo experimental e de controlo através do χ^2 para 2x2 casas. Todos estes cálculos foram realizados através do programa STATISTICA™ (Statsoft, 1994) num Power PC G3, modelo iMac.

RESULTADOS

Correlações entre a Auto-Descrição e a Hetero-Descrição

Os resultados da comparação entre grupo experimental e grupo de controlo são apresentados na tabela II. A comparação é realizada através da comparação das frequências de correlações entre auto-descrição e hetero-descrição.

TABELA II. Correlações para cada dimensão do ACL entre a auto-descrição e a hetero-descrição para os grupos experimental e de controlo. A comparação das frequências das correlações significativas entre os dois grupos é feita através do χ^2 para 2x2 casas.

<i>Dimensões</i>	<i>Grupo experimental</i>		<i>Grupo de controlo</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Nº Adjectivos favoráveis	0,2739	0,243	0,3239	0,132
Nº Adjectivos desfavoráveis	0,3775	0,101	0,1717	0,433
Auto-confiança	0,3164	0,174	0,1883	0,390
Auto-controlo	0,7622	0,000	0,1662	0,449
Labilidade	0,5665	0,009	0,0723	0,741
Adaptação pessoal	0,7028	0,001	0,4975	0,016
Realização pessoal	0,6979	0,001	0,1809	0,409
Dominação	0,3305	0,155	0,0228	0,918
Perseverança	0,5523	0,012	0,1967	0,368
Capacidade organizativa	0,6762	0,001	0,1402	0,524
Intracepção	0,6227	0,003	0,3089	0,151
Altruismo	0,7047	0,001	0,2474	0,255
Afiliação	0,6460	0,002	0,4905	0,017
Heterossexualidade	0,5387	0,014	0,5403	0,008
Exibicionismo	0,5904	0,006	0,4687	0,024
Autonomia	0,5549	0,011	0,1200	0,585
Agressividade	0,7441	0,000	0,0869	0,694
Desejo de mudança	0,4010	0,080	0,3730	0,080
Dependência	0,6686	0,001	0,0660	0,765
Auto-depreciação	0,4503	0,046	0,0475	0,829
Deferência	0,4607	0,041	0,3466	0,105
Pessimismo	0,4965	0,026	0,5120	0,013
Nº de correlações significativas	17*		5	
Nº de correlações não significativas	5		17	

* $\chi^2 = 13,091$ (1 g.l.); $p < 0,001$

Encontrámos 17 correlações significativas no grupo experimental, contra 5 no grupo de controlo. O valor do $\chi^2 = 13,091$ indica que o número de correlações significativas é maior no grupo experimental do que no de controlo, de uma forma altamente significativa ($p < 0,001$). Verifica-se ainda nesta tabela II que existem 7 correlações altamente significativas ($p < 0,001$) no grupo experimental, enquanto no de controlo não existe nenhuma. Por outras palavras, a hetero-descrição condiz com a auto-descrição, mais no grupo experimental (com D.P.) do que no grupo de controlo.

Correlações entre as Hetero-Descrições e as Hetero-Descrições Adivinhadas

Os resultados do confronto entre grupo experimental e grupo de controlo são apresentados na tabela III. O confronto é realizada através da comparação das frequências de correlações entre hetero-descrição e descrição do outro adivinhada pelo próprio.

TABELA III. Correlações para cada dimensão do ACL entre a hetero-descrição e a hetero-descrição adivinhada pelo próprio para os grupos experimental e de controlo. A comparação das frequências das correlações significativas entre os dois grupos é feita através do χ^2 para 2x2 casas.

<i>Dimensões</i>	<i>Grupo experimental</i>		<i>Grupo de controlo</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Nº Adjectivos favoráveis	0,4369	0,054	0,6395	0,001
Nº Adjectivos desfavoráveis	0,7185	0,000	0,0456	0,836
Auto-confiança	0,6071	0,005	0,3213	0,135
Auto-controlo	0,6979	0,001	0,4555	0,029
Labilidade	0,3827	0,096	0,0749	0,973
Adaptação pessoal	0,6449	0,002	0,5359	0,008
Realização pessoal	0,5657	0,009	0,2241	0,304
Dominação	0,5720	0,008	0,3981	0,060
Perseverança	0,8255	0,000	0,0871	0,693
Capacidade organizativa	0,9029	0,000	0,0718	0,745
Intracção	0,5665	0,009	0,2338	0,283
Altruísmo	0,5885	0,006	0,5165	0,012
Afiliação	0,7496	0,000	0,6215	0,002
Heterossexualidade	0,6706	0,001	0,5983	0,003
Exibicionismo	0,7762	0,000	0,5035	0,014
Autonomia	0,7018	0,001	0,2758	0,203
Agressividade	0,6512	0,002	0,2115	0,333
Desejo de mudança	0,7677	0,000	0,2786	0,198
Dependência	0,7268	0,000	0,4651	0,025
Auto-depreciação	0,6132	0,004	0,3698	0,082
Deferência	0,5560	0,011	0,0614	0,781
Pessimismo	0,6559	0,002	0,3788	0,075
Nº de correlações significativas	20*		8	
Nº de correlações não significativas	2		14	

* $\chi^2 = 14,142$ (1 g.l.); $p < 0,001$

Podemos ver também na tabela III que o número de correlações significativas é maior no grupo experimental (20) do que no controlo (8) de uma forma altamente significativa, tal como nos é revelado pelo valor do $\chi^2 = 14,142$ ($p < 0,001$). Salientam-se ainda 10 correlações altamente significativas ($p < 0,001$) no grupo experimental, que não aparecem no grupo de controlo. Também aqui se verificam mais similaridades no grupo com patologia da personalidade do que no grupo de controlo.

Médias das Escalas Descritivas em cada um dos Grupos

Embora o ACL não seja desenhado para avaliar os distúrbios de personalidade, nem se possa esperar que estes distúrbios no seu conjunto impliquem diferenças em escalas específicas, procedeu-se ao cálculo das médias dessas escalas, em cada grupo, e no que diz respeito à hetero-avaliação, a fim de controlar a fidedignidade do estudo. Os resultados deste cálculo mostraram que, na sua maioria, as médias não apresentam diferenças significativas. Contudo, o grupo com D.P. mostrou uma média superior nas escalas de agressividade e dependência. Por sua vez, o

grupo de controlo apresentava médias significativamente superiores nas escalas de intracepção e afiliação. Estes dados são coerentes com o que se poderia esperar em cada grupo e atestam a validade das descrições. No mesmo sentido, mas sem implicar diferenças significativas, apontam as médias dos adjectivos favoráveis, maior no grupo de controlo do que no grupo experimental e desfavoráveis, maior no grupo com D.P. do que no grupo de controlo. Também como será de esperar, já que se trata de vários tipos de D.P., os desvios padrões são genericamente superiores no grupo experimental do que no grupo de controlo (Cf. tabela IV).

TABELA IV
Médias e desvios-padrão das escalas descritivas da hetero-avaliação para os grupos experimental e de controlo

<i>Escalas do ACL</i>	<i>Grupo experimental</i>		<i>Grupo de controlo</i>		Teste-t
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Nº adjectivos assinalados	34.1	9.37	34.2	8.80	0.05*
Defensividade	37.7	10.09	41.4	6.30	1.45
Adjectivos favoráveis	36.0	10.69	40.3	9.50	1.39
Adjectivos desfavoráveis	57.1	3.98	51.3	8.94	- 1.64
Auto-controlo	44.6	8.54	48.0	9.17	1.28
Auto-confiança	44.8	10.03	47.1	8.89	0.82
Labilidade	43.9	8.70	43.5	6.35	- 0.17
Adaptação pessoal	39.2	10.63	44.9	8.83	1.89
Realização	43.7	9.35	46.7	7.29	1.16
Dominância	41.3	11.75	46.3	9.52	1.53
Perseverança	43.2	12.12	48.1	6.72	1.65
Ordem/organização	46.2	11.26	50.0	8.43	1.27
Intracepção	39.8	7.30	46.5	9.14	2.64*
Altruismo	41.7	9.70	45.9	7.12	1.62
Afiliação	32.2	11.80	40.6	8.64	2.67*
Heterossexualidade	38.4	12.25	39.0	9.19	0.17
Exibicionismo	46.9	12.08	45.9	11.26	- 0.31
Autonomia	46.9	8.14	45.5	7.87	- 0.56
Agressividade	54.7	9.96	49.0	6.69	- 2.22*
Desejo de mudança	45.8	11.75	39.3	8.23	- 2.12*
Dependência	62.2	13.86	49.5	10.20	- 3.46*
Auto-depreciação	60.6	14.71	53.5	10.39	- 1.83
Deferência	49.1	10.56	49.9	8.29	0.28
Pessimismo	56.1	8.88	56.4	9.29	0.10

* P< 0.005

Nas escalas de auto-avaliação, os resultados não são muito diferentes, com a excepção de menor consideração do desejo de mudança pelos doentes. O grupo de controlo, por sua vez, valoriza, mais do que os doentes, as escalas de ordem/organização e perseverança. (Cf. Tab. V)

TABELA V
Médias e desvios-padrão das escalas descritivas da auto-avaliação para os grupos experimental e de controlo

<i>Escalas do ACL</i>	<i>Grupo experimental</i>		<i>Grupo de controlo</i>		<i>Teste-t</i>
	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	
Nº adjectivos assinalados	39.7	12.86	38.0	10.96	- 0.47
Defensividade	36.7	8.92	41.0	8.54	1.61
Adjectivos favoráveis	35.4	10.32	39.5	7.76	1.47
Adjectivos desfavoráveis	57.4	11.53	53.1	8.84	- 1.37
Auto-controlo	43.1	9.46	43.4	8.13	0.09
Auto-confiança	45.6	9.45	48.9	8.17	1.22
Labilidade	44.1	11.86	41.1	7.47	- 0.98
Adaptação pessoal	41.2	9.43	46.0	7.88	1.84
Realização	41.9	7.28	44.6	7.60	1.16
Dominância	38.9	9.93	42.2	9.02	1.13
Perseverança	41.9	9.83	48.5	6.99	2.51*
Ordem/organização	46.2	10.38	51.9	6.41	2.17*
Intraceção	41.6	8.61	44.4	6.06	1.21
Altruismo	41.8	8.87	46.1	8.10	1.65
Afiliação	32.5	10.57	37.4	11.65	1.45
Heterossexualidade	38.1	11.86	38.7	8.69	0.18
Exibicionismo	44.8	12.60	42.7	12.08	- 0.55
Autonomia	46.8	8.04	44.5	7.77	- 0.98
Agressividade	52.7	8.33	47.9	7.68	- 1.95
Desejo de mudança	46.1	13.50	42.7	9.50	- 0.95
Dependência	63.2	11.99	54.9	7.84	- 2.69
Auto-depreciação	65.3	11.60	58.6	11.81	- 1.86
Deferência	50.4	10.12	48.9	7.36	- 0.56
Pessimismo	58.0	7.97	56.6	8.97	- 0.53

* $P < 0.005$

DISCUSSÃO

O presente estudo tinha como objectivo verificar a suposta — mas contestável — opinião de que os indivíduos com D.P. não se conhecem a si próprios do modo como os outros os conhecem. Os resultados são concludentes, mas no sentido contrário: em 17 de 22 itens, a descrição dos indivíduos com distúrbio de personalidade correlaciona-se significativamente com a descrição dos outros, enquanto que os indivíduos sem distúrbio de personalidade apresenta esta correlação apenas em 5 das 22 escalas do ACL. Os resultados são ainda mais impressionantes quando o grupo experimental tenta adivinhar a hetero-descrição, acertando em 20 escalas, contra 8 dos indivíduos sem distúrbio. Por outras palavras, o distúrbio de personalidade coloca os seus portadores numa situação de maior transparência, tanto para si como para os outros.

De facto, os pressupostos teóricos aduzidos na introdução permitiriam suspeitar estes resultados: os indivíduos com D.P. têm comportamentos redundantes e inflexíveis (Safran, Segal, 1990), sendo portanto mais previsíveis. Que esta previsibilidade facilite uma descrição mais certa por parte dos outros, não é surpreendente. Novidade, porém, é o facto de eles próprios concordarem com tais descrições. A consequência prática é que não é pelo melhor auto-

conhecimento que eles se modificam, daí a dificuldade de tratamento pelas psicoterapias que o promovem (Young, 1990).

Os nossos resultados também colocam questões sobre o que é uma personalidade saudável. No fim de contas, estes indivíduos são mais imprevisíveis, e têm uma noção de si próprios diferente daquela que os outros descrevem (Tabela II). Nem tão pouco acertam quando tentam adivinhar o que os outros dizem deles (Tabela III). Por outras palavras, os indivíduos saudáveis são menos "transparentes" e, poderíamos supor, menos sinceros. Embora esta ideia fira o senso comum, ela podia ser suspeitada pela demonstração de que as pessoas saudáveis, em comparação com os deprimidos, distorcem mais a realidade no sentido de favorecer a auto-imagem (Alloy e Abramson, 1979; Miller e Ross, 1975).

Por outro lado, aponta-se cada vez mais que um dos requisitos da saúde mental é a flexibilidade dos comportamentos. A personalidade saudável é multifacetada e múltipla no seu leque de experiências e expressões (Elster, 1985; Hilgard, 1977; Markus e Nurius, 1986; Mahoney, 1991). Numa sociedade em que os papéis sociais são cada vez mais numerosos, obrigando as pessoas a deslocarem-se de contexto para contexto, cada um deles com as suas próprias regras; um funcionamento igual a si próprio acarretaria uma grande dificuldade de adaptação. Respeitar os contextos, não os contaminando, ainda que à custa da sinceridade, pode ser actualmente uma regra de sobrevivência. O risco é perder a identidade para uma multiplicidade extremizada. Esta é, todavia, uma questão em aberto na literatura psicológica contemporânea. Fernando Pessoa é capaz de ser dos melhores exemplos da flexibilidade levada à multiplicidade. Cada estilo poético de cada um dos seus heterónimos transmite claramente como uma mesma pessoa pode viver vidas diferentes, ter experiências emocionais diferentes que elabora diferentemente e ao qual não é alheio sofrimento mental (Mahoney, 1991). Outra vantagem de uma relativa opacidade no relacionamento saudável com os outros, é o de não alimentar "profecias auto-realizáveis" (Watzlawick, 1991), "Ciclos interpessoais cognitivos" (Safran e Segal, 1990) ou a "Validação das expectativas por falácias" (Kelly, 1963). De facto, os comportamentos interpessoais adaptam-se e determinam-se reciprocamente: Um comportamento demasiado previsível cria no outro uma expectativa (e comportamento respondente) mais limitada, acabando cada um dos interlocutores por empobrecer o leque de comportamentos ao seu dispor, ou seja, entrar em patologia.

Todas estas conclusões poderiam, no entanto, ser contestadas pela crítica à metodologia empregue. Apesar dos sucessivos critérios da DSM, a concordância diagnóstica entre os clínicos no que respeita ao D.P. é baixa (Asch, 1949; Schmitt e Fonda, 1956; Kreitman, 1961; Ziegler, Phillips, 1961; Beck, 1996; Rosenhan, 1973). No nosso trabalho usou-se um critério adicional, baseado na auto-avaliação através do MCMI-III. Tanto a selecção da amostra experimental, como de controlo, se baseou na ausência ou presença de ambos os critérios, eliminando assim os casos duvidosos. Adicionalmente, o estudo não incidiu em diagnósticos específicos, mas na generalidade dos D.P., chegando a eliminar os diagnósticos repetidos, bem como aqueles que apresentavam concomitantemente vários diagnósticos de D.P. Deste modo podemos excluir uma menor fidedignidade do diagnóstico ou o enviezamento no sentido de uma perturbação específica. Na verdade, os maiores problemas de delimitação parecem pôr-se entre os diferentes D.P. do que no seu grupo como um todo. Será necessária investigação adicional para explorar se as várias conclusões se confirmam em patologias individuais.

Finalmente pode contestar-se a validade de uma metodologia baseada nas correlações entre a auto-descrição e hetero-descrição. Esta metodologia, adequada às relações interpessoais, tem

sido recentemente utilizada (Ruvolo e Fabin, 1999). Uma questão que permanece é saber até que ponto as descrições das pessoas próximas dos doentes são feitas em conformidade com as suas próprias descrições, na expectativa de que estes as venham a conhecer. Embora na aplicação dos testes se tenha prevenido essa possibilidade (e, na maior parte dos casos, acabou por não existir realmente tal confrontação *a posteriori*), essa possibilidade permanece. No entanto, a existência de mais adjectivos desfavoráveis entre as hetero-descrições dos doentes, e favoráveis na hetero-descrição das personalidades saudáveis, contrariam essa possibilidade. Do mesmo modo, a proeminência das escalas de agressividade, desejo de mudança e dependência nos doentes e da intraceção e afiliação nos saudáveis, atesta a fidedignidade das hetero-descrições. Se, neste sentido, o ACL poderá ser ou não útil para o estudo das perturbações da personalidade, fica para investigação futura.

Outra questão que se mantém é saber se a escolha, como informador, de parceiro numa relação amorosa não altera o sentido que demos às nossas conclusões sobre os resultados; especialmente quando o sujeito tenta adivinhar o modo como o outro o descreve (tabela III). As pessoas podem escolher parceiros que tenham características semelhantes às suas. Young (1995), por exemplo, diz que as pessoas com D.P. tendem a escolher companheiros que vão interagir de uma forma semelhante às pessoas que estiveram presentes nas relações precoces. Assim, o “enviezamento” na escolha do companheiro pode, por si, explicar as maiores concordâncias entre as auto e hetero-descrições pelo outro e adivinhadas no grupo de doentes. Por outro lado, um estudo de Ruvolo e Fabin (1999) encontrou evidências de que uma maior intimidade emocional leva a que as pessoas percepcionem as características de vinculação dos seus parceiros de modo mais semelhante às suas do que são na realidade. Young (1995) também sugere que nas relações amorosas se desencadeiam os esquemas mal-adaptativos precoces. Este factor conduzirá a maior “intimidade emocional”? Se a resposta for positiva, então este é outro factor possível de explicação dos nossos resultados.

Em resumo, os resultados apontam para o facto de que a auto-descrição dos indivíduos com distúrbio de personalidade se correlaciona significativamente com a descrição dos outros e, para além disso, o grupo experimental adivinha mais certamente a percepção que o seu parceiro faz de si do que o grupo de controlo. Estes resultados vêm, assim, abalar a construção teórica de que o sujeito com D.P. falha em ver-se como os o vêem.

BIBLIOGRAFIA

- ALLOY, L., ABRAMSON, L. (1979). Judgement of contingency in depressed and nondepressed students: sadder but wiser? *J. of Exp. Psychology: general*, 108, p. 441-485.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*, Washington, Autor, 4ª edição, pp. 629-634.
- ANDREWS, J. D. W. (1991). *The Active Self in Psychotherapy: an integration of therapeutic styles*, Boston, Allyn & Bacon.
- ASCH, P. (1949). The reliability of psychiatric diagnoses, *Journal of Abnormal & Social Psychology*, 41, p. 272.
- BECK, A. T., FREEMAN, A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, N. Y., Guilford Press, pp. 3-57.
- BECK, A. T. (1996)., Reliability of psychiatric diagnoses.; I. A critique of systematic studies, *American Journal of Psychiatry*, 119, pp. 210-216.
- BOWLBY, J. (1990). *Formação e Rompimento de Laços Afectivos*, 2ª ed., S. Paulo, Ed. Martins Fontes.
- ELSTER, J. (1985). *The Multiple Self*, Cambridge, Cambridge Univ. Press.

- GOUGH, H. G., HEILBRUN, A. B. (1965). *The Adjective Checklist Manual*, Palo Alto, Consulting Psychologist Press.
- GUIDANO, V. F., LIOTTI, G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders*, Nova Iorque, Guilford Press.
- HILGARD, E.R. (1977). *Divided Consciousness: multiples controls in human thought and action*, Nova Iorque, Wiley.
- JOYCE-MONIZ, L. (1993). *Psicopatologia do Desenvolvimento do Adolescente e do Adulto*, Lisboa, McGraw-Hill.
- KELLY, G. A. (1963). *A Theory of Personality. The Psychology of Personal Constructs*, Nova Iorque, W. W. Norton & Company.
- KENDALL, P.C., HOLLON, S.D., BECK, A.T., HAMMEN, C.L., INGRAM, R.E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory, *Cognitive Ther. & Res.*, 11, pp. 289-299.
- KREITMAN, N., *et alii*, (1961). Reliability of psychiatric diagnosis, *Journal of Mental Science*, 107, pp. 876-908.
- MANN, A. H., JENKINS, R., CUTTING, J. C., COWEN, P. J. (1981). The development and use of a standardized assessment of abnormal personality, preliminary communication. *Psychological Medicine*, 11, p. 839-847.
- MARKUS, H., NURIUS, P. (1986). Possible selves, *American Psychologist*, 41, pp. 954-969
- MAHONEY, M. J. (1991). *Human Change Processes*, Nova Iorque, Basic Books.
- MERLEAU-PONTY, M. (1988). *Merleau-Ponty à la Sorbonne, résumé de cours 1949-1952*, Paris, Cynara.
- MILLER, D. T., ROSS, M. (1975). Self-serving biases in attribution of causality: fact or fiction? *Psychological Bulletin*, 82, p. 1161-1173.
- MILLON, T. (1981). *Disorders of Personality*, Nova Iorque, John Wiley & Sons.
- MILLON, T. (1994). *Manual for the Millon Clinical Mutiaxial Inventory-III, (MCMI-III)*, Minneapolis, National Computer Systems.
- MILLON, T. (1984). On the Renaissance of Personality Assessment and Personality Theory, *Journal of Personality Assessment*, 48, 5, p. 450-466.
- MINSKY, M. (1986). *The Society of Mind*, Nova Iorque, Simon & Schuster, pp. 39-48, 54-59.
- PERRY, J. C., VAILLANT, G. (1985). Personality Disorders, in H. KAPLAN, B. SADDOCK, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins, pp.1352-1364.
- PINEL, P. (1801). *A treatise on Insanity*, (trad. de D. D. Davis, Nova Iorque, Hafner, 1962).
- PIO ABREU, J. L. (1993). *O Comportamento como Sistema de Dados (a acção, a interacção e a comunicação dos sistemas abertos)*, Coimbra, Lilly.
- ROSENHAN, D. (1973). On being sane in insane places, *Science*, 179, pp. 250-258.
- RUTTER, M. (1981). *Maternal Deprivation Reassessed*, 2ª ed., Londres, Penguin Books.
- RUVOLO, A.P., FABIN, L.A. (1999). Two of a kind: perceptions of own and partner's attachment characteristics, *J. of Personal Relationships*, 6, pp. 57-79.
- SAFRAN, J. D., McMAIN, S. (1992). A cognitive-interpersonal approach to the treatment of personality disorders, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6, 1, pp. 59-68.
- SAFRAN, J. D., SEGAL, Z. V. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*, Nova Iorque, Basic Books, pp. 42-76.
- SARTRE, J. P. (1934). *La Transcendence de l' Ego et la Conscience de Soi e Connaissance de Soi*, Paris, P.U.F. (trad. portuguesa, *A Transcendência do Ego e Consciência de Si e Conhecimento de Si*, Lisboa, Ed. Colibri, 1994.)
- SCHMITT, H., FONDA, C. (1956). The reliability of psychiatric diagnosis: a new look, *Journal of Abnormal & Social Psychology*, 52, p. 262.
- SCHNEIDER, K. (1950). *Die Psychopathischen personlichkeiten*, Viena, Franz Deuticke, 3ª ed. (Trad Francesa, *Les Personnalités Psychopathiques*, Paris, P.U.F., 1955, p. 3-56).
- SULLIVAN, H. S. (1956). *Clinical Studies in Psychiatry*, Nova Iorque, W.W. Norton.
- TICE, D. M. (1992). Self-concept and self presentation: the looking glass self is also a magnifying glass, *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 3, pp. 435-454.
- TYRER, P., CASEY, P., FERGUSON, B. (1991). Personality disorder in perspective, *British Journal of Psychiatry*, 159, pp. 463-471.
- VAILLANT, G. E., PERRY, J. C. (1980). Personality disorders, in H. I. KAPLAN e B. J. SADOCK, *Comprehensive Textbook of Psychiatry-III*, vol. II, Baltimore, Williams & Wilkins, pp. 1562-1591.
- VAZ SERRA, A., PIO ABREU, J. L. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I. — Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos, *Coimbra Médica*, 20, pp. 623-644.

- WATZLAWICK, P. (1991). *A Realidade é Real?*, Lisboa, Relógio de Água.
- YOUNG, J. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders, a Schema-focused Approach*, Sarasota, Professional Resource Exchange, Inc.
- YOUNG, J. (1995). *Terapia Focada nos Esquemas*, Comunicação apresentada num curso de formação ministrado em Coimbra.
- ZIGLER, E., PHILLIPS, L. (1961). Psychiatric diagnosis and symptomatology, *Journal of Abnormal & Social Psychology*, 631, p. 69