

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

CAROLINA RHEINGANTZ SCAINI

**MECANISMOS DE DEFESA IMATUROS COMO PREDITOR DE PIOR
RESPOSTA AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM DEPRESSÃO MAIOR
E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE DO CLUSTER B COMÓRBIDO**

Pelotas

2021

CAROLINA RHEINGANTZ SCAINI

**MECANISMOS DE DEFESA IMATUROS COMO PREDITOR DE PIOR
RESPOSTA AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM DEPRESSÃO MAIOR
E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE DO CLUSTER B COMÓRBIDO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

Pelotas

2021

Ficha Catalográfica

S278m Scaini, Carolina Rheingantz

Título: Mecanismos de defesa imaturos como preditor de pior resposta ao tratamento de pacientes com depressão maior e transtorno de personalidade do cluster B comórbido / Carolina Rheingantz Scaini. – Pelotas: UCPEL, 2021.

107 f.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas. - Pelotas, BR-RS, 2021.

Orientador: Ricardo Azevedo da Silva.

Coorientador: Igor Soares Vieira.

1. Depressão. 2. Sintomas depressivos. 3. Transtorno de personalidade. 4. Mecanismo de defesa. I. Silva, Ricardo Azevedo da. II. Título.

Bibliotecária responsável: Cristiane de Freitas Chim CRB 10/1233

**MECANISMOS DE DEFESA IMATUROS COMO PREDITOR DE PIOR
RESPOSTA AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM DEPRESSÃO
MAIOR E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE DO CLUSTER B
COMÓRBIDO**

Conceito final: _____

Aprovado em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr^a. Thaíse Campos Mondin

Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza

Orientador Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

Agradecimento

Agradeço ao meu orientador, Ricardo Silva, por o todo trabalho que foi construído em conjunto. Pela leveza e segurança na condução de todos os processos, desde a supervisão, pesquisa até a docência. Agradeço por todo o aprendizado e oportunidades proporcionadas ao longo destes anos. Pelo carinho e confiança depositada em mim e no meu trabalho. Por me ensinar a viver com leveza e seriedade tanto a psicanálise, quanto a pesquisa. Por ser um modelo de profissional que sustenta os seus princípios e valores. Com certeza, nossas conversas e momentos de reflexões em sala de aula ficarão registrados com carinho em minha memória. Fostes muito importante na minha caminhada. Obrigada por tudo!

Ao Igor Soares, por me co-orientar ao longo desse processo. Agradeço pela disponibilidade, carinho e pelas orientações nos horários mais inoportunos apesar do cansaço diário. Pelos momentos de trocas e risadas que nos aproximaram para além da co-orientação.

Aos professores, Luciano Dias de Mattos e Luciana Quevedo, por aceitarem a tarefa de avaliar esse trabalho e de enriqueceram o estudo, possibilitando sua conclusão. Luciano, agradeço pela disponibilidade nos momentos-chaves e pela ajuda sempre efetiva. Os encontros contigo são muito enriquecedores.

À todos os professores, alunos de graduação e pós-graduação do PPG em Saúde e Comportamento envolvidos nesta pesquisa.

À minha família, por todo o apoio e incentivo ao longo da minha trajetória. O carinho que vocês possuem pela pesquisa e pela docência me inspiraram para chegar até aqui. À minha mãe, Maria Gabriela, por me ensinar a importância de levarmos a nossa essência a todos os âmbitos da vida, independente das circunstâncias. Ao meu pai, Carlos James, por sempre me encorajar a seguir com persistência e honestidade em busca do que almejo. Ao meu irmão, João Luís, por me ensinar a enxergar o mundo de forma mais expansiva e a respeitar as singularidades presentes em cada um de nós. Por ensinar a importância de conciliar a ciência e a arte. À minha segunda mãe, Paula Pereira, por ser tão presente e por me apoiar em todas as escolhas.

Ao meu namorado, Iago Aguiar, por acreditar e torcer por mim de forma incansável. Por ser meu parceiro em todos os momentos e proporcionar leveza ao meu dia a dia. O teu suporte foi imprescindível. Às minhas amigas e grandes incentivadoras,

por sempre me encorajarem e darem forças para continuar, ao lembrarem o sentido por trás das tarefas que exerço.

Nada do que foi construído seria possível se não fosse pelos momentos de trocas com cada um de vocês. Foi muito gratificante estar permeada de amigos, colegas e profissionais pelos quais sinto enorme carinho e admiração. O afeto foi o que me possibilitou tolerar a angústia do desconhecido e ansiar pelo novo. Foi o que me impulsionou e viabilizou minha caminhada a partir do que faz sentido. Trabalhar com pesquisa é viver um constante encontro e desencontro com o desconhecido e com o novo. Vocês tornaram esse processo mais seguro e instigante. Agradeço por ter sido possível experienciar o mestrado desta forma e com este sentido.

A todos que participaram da minha trajetória, muito obrigada!

RESUMO

Objetivo: Avaliar o impacto dos mecanismos de defesa no *baseline* sobre os sintomas depressivos ao final de psicoterapia breve e seis meses de acompanhamento entre pacientes deprimidos com e sem transtornos de personalidade (TPs) do Cluster B.

Métodos: Trata-se de um estudo quase-experimental aninhado em um ensaio clínico randomizado, que incluiu uma amostra clínica de adultos (18–60 anos) com diagnóstico de transtorno depressivo maior (TDM) através da *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Para avaliar os TPs foi utilizado o *Millon Clinical Multiaxial Inventory III*. Os mecanismos de defesa foram analisados através do *Defense Style Questionnaire 40* e a intensidade dos sintomas depressivos foi medida pelo Inventário de Depressão de Beck. Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS 22.0. Para comparar os escores das defesas no *baseline* entre os pacientes com e sem TPS do *Cluster B* foi utilizado o Teste T. Para avaliar a associação entre os escores das defesas no *baseline* e dos sintomas depressivos após intervenção e seis meses de acompanhamento foi utilizada a correlação de *Pearson*. A análise ajustada foi realizada por regressão linear.

Resultados: A amostra final foi composta por 177 pacientes com diagnóstico de TDM, dos quais 39,5% apresentavam TPs do Cluster B. A pontuação média das defesas imaturas no *baseline* entre os pacientes com TPs do Cluster B foi significativamente maior quando comparado aos indivíduos sem TPs ($p = 0,003$). Os resultados mostraram que somente entre os pacientes com TPs, as defesas imaturas no *baseline* previram a persistência de sintomas depressivos após intervenção (adj. $R^2 = 0,501$; $\beta = 0,530$; $p < 0,001$) e seis meses de acompanhamento (adj. $R^2 = 0,335$; $\beta = 0,516$; $p < 0,001$).

Conclusão: Os dados apontam que o maior uso de defesas imaturas entre os pacientes deprimidos com TPs do Cluster B pode predizer pior resposta a psicoterapia breve. Este estudo mostrou a importância da análise das defesas imaturas no *baseline* para auxiliar na avaliação diagnóstica e prognóstica, ao fornecer indicativos sobre a possibilidade de existir TP comórbido, além de contribuir para a identificação de indivíduos com maior risco de apresentar pior resultado terapêutico, e assim, auxiliar na escolha de intervenções mais adequadas desde o contato inicial com o paciente.

Palavras-chave: depressão, sintomas depressivos, transtorno de personalidade, mecanismos de defesa.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the impact of defense mechanisms at baseline on depressive symptoms at the end of brief psychotherapy and at six-month follow-up among depressed patients with and without Cluster B personality disorders (PDs). **Methods:** This quasi-experimental study nested in a randomized clinical trial included a clinical sample of adults (18–60 years) diagnosed with major depressive disorder by the Mini International Neuropsychiatric Interview. The Millon Clinical Multiaxial Inventory III was used to assess the PDs. Defense mechanisms were analyzed using the Defense Style Questionnaire 40 and the intensity of depressive symptoms was measured by the Beck Depression Inventory. Data was analyzed using SPSS 22.0. The T-test was applied to compare the mechanism defense scores among depressed patients with and without Cluster B PDs. Pearson's correlation was used to evaluate the association between defense scores at baseline and depressive symptoms after intervention and at six-month follow-up. The adjusted analysis was performed by linear regression. **Results:** The final sample consisted of 177 patients diagnosed with MDD, and among these, 39.5% had Cluster B PDs. The mean score of immature defenses at baseline among patients with PDs was significantly higher when compared to individuals without PDs ($p = 0.003$). The results showed that, in patients with Cluster B PDs, the immature defenses at baseline predicted the persistence of depressive symptoms after intervention (adj. $r^2 = 0.501$; $\beta = 0.530$; $p < 0.001$) and at six-month follow-up (adj. $r^2 = 0.335$; $\beta = 0.516$; $p < 0.001$). **Conclusion:** The data has shown that only among depressed individuals with Cluster B PDs, the immature defenses were predictors of worse response to brief psychotherapy. This study has demonstrated the relevance of the analysis of immature defense mechanisms at baseline to aid in the diagnosis and prognosis, as it not only provides indications of a possible comorbid PD, but also contributes to the identification of patients at higher risk of worse therapeutic results, and consequently, ensures the most effective clinical management.

Keywords: depression, depressive symptoms, personality disorder, defense mechanisms

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Estratégias de busca.....	24
Quadro 2. Variável dependente e a forma como será analisada.....	35
Quadro 3. Variáveis independentes e a forma como serão analisadas.....	35

LISTA DE TABELAS

Table S1. Sociodemographic and clinical characteristics among depressed patients with and without Cluster B PDs (n = 177)	69
Table S2. Correlation between defense mechanisms at baseline and depressive symptoms after the intervention and after six months of follow-up between depressed patients with and without Cluster B PDs (n = 177)	70

LISTA DE FIGURAS

Figure	S1.	Patient	flow
chart.....			71
Figure S2.	Linear regression between the immature defense mechanisms and depressive symptoms: (a) post intervention; (b) six-month follow-up.....		
			72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP - Classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CNPQ- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DSQ-40- *Defense Style Questionnaire*

DSM-III- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th edition*

DSM-IV- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition*

DSM-5- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition*

FAPERBS - Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul

MCMI- *Millon Clinical Multiaxial Inventory*

OMS- Organização Mundial da Saúde

SPSS - *Statistical Program for Social Sciences*

SEDP - Psicoterapia Dinâmica Suportivo-expressiva

TP- Transtorno de personalidade

TCC- Psicoterapia Cognitivo Comportamental

TDM- Transtorno Depressivo Maior

UBS– Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
PARTE I. PROJETO DE PESQUISA.....	16
1. IDENTIFICAÇÃO.....	17
2. INTRODUÇÃO.....	20
3. OBJETIVOS.....	22
3.1. Geral.....	22
3.2. Específicos.....	22
4. HIPÓTESES.....	23
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	24
6. MÉTODO.....	30
6.1. Delineamento.....	30
6.2. Participantes, processo de amostragem e cálculo do tamanho da amostra.....	30
6.3. Critérios inclusão.....	31
6.4. Critérios exclusão.....	31
6.5. Randomização e modelos de psicoterapia do ensaio clínico randomizado.....	31
6.6. Procedimentos e Instrumentos.....	32
6.7. Análise de dados.....	35
6.8. Aspectos Éticos.....	36
6.9. Cronograma.....	37
6.10. Orçamento.....	37
7. REFERÊNCIAS.....	37
MODIFICAÇÕES ENTRE O PROJETO DE PESQUISA E O ARTIGO.....	46
PARTE II. ARTIGO CIENTÍFICO.....	47
PARTE III. CONCLUSÃO / CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73

APÊNDICES	74
APÊNDICE A	74
APÊNDICE B	77
ANEXOS	80
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80
ANEXO B - Contrato Terapêutico – Psicoterapia Suportivo-Expressiva	82
ANEXO C - Contrato Terapêutico – Psicoterapia Cognitivo-Comportamental	84
ANEXO D – Carta de aprovação no Comitê de Ética	86
ANEXO E – Instrumentos	89

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação aborda as defesas imaturas de pacientes deprimidos com TPs do Cluster B como preditoras de resposta terapêutica após psicoterapia breve e seis meses de acompanhamento.

A estrutura deste volume está dividida em três partes:

A **parte I** refere-se ao Projeto de pesquisa, intitulado “Estilos de defesa como preditor de resposta ao tratamento de pacientes deprimidos com transtorno de personalidade: um estudo de acompanhamento de seis meses”, subdividido em resumo, identificação, introdução, objetivos, hipóteses, revisão de literatura, metodologia e referências. Nesta versão estão inclusas as alterações provenientes do processo de qualificação que teve como banca avaliadora o Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza e a Prof^ª. Dr^ª. Luciana de Ávila Quevedo.

A **parte II** refere-se ao Artigo produzido a partir das análises e discussões dos resultados da pesquisa, intitulado “*Immature defense mechanisms predict worse psychotherapy response in major depressive patients with comorbid cluster-b personality disorder*”. Vale salientar que o artigo está sob as normas do *Brazilian Journal of Psychiatry*, onde foi aprovado com sugestões menores e se encontra em revisão final.

A **parte III** engloba as conclusões e considerações finais, que objetivam integrar os principais resultados encontrados no artigo, a fim de apresentar uma conclusão que responda aos objetivos e hipóteses propostos nesta dissertação.

PARTE I. PROJETO DE PESQUISA

ESTILOS DE DEFESA COMO PREDITOR DE RESPOSTA AO TRATAMENTO
DE PACIENTES DEPRIMIDOS COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE:
UM ESTUDO DE ACOMPANHAMENTO DE SEIS MESES

1. IDENTIFICAÇÃO

Título: Estilos de defesa como preditor de resposta ao tratamento de pacientes deprimidos com transtorno de personalidade: um estudo de acompanhamento de seis meses

Mestranda: Carolina Rheingantz Scaini

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

Coorientador: Prof. Dr. Igor Soares Vieira

Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

Curso: Mestrado em Saúde e Comportamento

Linha de Pesquisa: Transtorno de humor

Data: Novembro de 2021

RESUMO

Introdução: A depressão é uma das principais causas de incapacitação em todo o mundo. Entretanto, grande parte dos pacientes deprimidos não recebe o tratamento adequado e não apresenta a melhora clínica esperada. Dentre os motivos, encontra-se a não identificação de transtornos de personalidade comórbido e do uso predominante de defesas imaturas. **Objetivo:** Avaliar o impacto dos estilos de defesas no *baseline* sobre os sintomas depressivos ao final da psicoterapia e seis meses de acompanhamento, entre pacientes deprimidos com e sem transtornos de personalidade. **Métodos:** Estudo quase-experimental aninhado a um ensaio clínico randomizado, com adultos que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental da Universidade Católica de Pelotas. Para avaliar os transtornos de personalidade foi utilizado o *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (MCMI-III) e para avaliar o transtorno depressivo maior o Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (MINI Plus). A severidade dos sintomas depressivos foi medida através do *Beck Depression Inventory* (BDI-II) e as defesas pelo *Defense Style Questionnaire* (DSQ-40). As variáveis sociodemográficas foram avaliadas a partir de um questionário elaborado pela equipe de pesquisa. Os dados serão analisados no programa estatístico SPSS 22.0. Para avaliar a correlação entre os escores das defesas no *baseline* e dos sintomas depressivos após intervenção e seis meses de acompanhamento, será utilizada a correlação de *Pearson/Spearman*. Enquanto, para a análise ajustada será realizada uma Regressão Linear. **Resultados esperados:** Espera-se encontrar entre os pacientes deprimidos com transtorno de personalidade, um maior predomínio de defesas imaturas iniciais associado a maior persistência de sintomatologia depressiva após intervenção e seis meses de acompanhamento.

Palavras-chave: depressão, sintomas depressivos, transtorno de personalidade, mecanismos de defesa.

ABSTRACT

Introduction: Depression is a major cause of disability worldwide. Despite this, most patients with this disorder do not receive adequate treatment and do not show clinical improvement. Among the reasons, there is the non-identification of comorbidity with personality disorder and the predominant use of maladaptive defenses. **Objective:** To evaluate the impact of defensive styles at baseline on depressive symptoms at the end of psychotherapy and at six months of follow-up among depressed patients with and without personality disorders. **Methods:** A quasi-experimental study nested within a randomized clinical trial with adults who underwent psychotherapy at the Research and Extension Clinic in Mental Health at the Catholic University of Pelotas. To assess personality disorders, the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) was used, and to assess major depressive disorder, the Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (MINI Plus). The severity of depressive symptoms was measured using the Beck Depression Inventory (BDI-II) and defenses using the Defense Style Questionnaire (DSQ-40). Sociodemographic variables were assessed using a questionnaire prepared by the research team. **Expected results:** It is expected to find in patients with personality disorders a greater predominance of the style of initial immature defenses associated with greater persistence of depressive symptoms in the post-intervention and six months of follow-up.

Keywords: depression, depressive symptoms, personality disorder, defense mechanisms.

2. INTRODUÇÃO

O transtorno depressivo maior (TDM), comumente chamado de depressão, é considerado uma das principais causas de incapacitação em esfera global e acomete cerca de 300 milhões de pessoas no mundo (1). Sabe-se que uma das comorbidades mais comuns entre os pacientes deprimidos é o transtorno de personalidade (TP) (2,3), que pode agravar ainda mais a depressão e ser um fator de risco para complicações no tratamento (4–7).

Os TPs se caracterizam por apresentarem um padrão mal adaptativo de funcionamento da personalidade, que interfere na capacidade do indivíduo de lidar com emoções, relações interpessoais e de se adaptar ao ambiente em que está inserido, acarretando em sofrimento e prejuízos significativos (8,9). Evidências na literatura apontam que 38% a 80% dos pacientes deprimidos apresentam TPs (3,10–13). A alta prevalência dessa comorbidade é um grave problema de saúde pública, pois está associada a um maior risco de tentativas de suicídio entre os pacientes deprimidos (14) e ao dobro de chances de pior resultado terapêutico (5), ocasionando um uso excessivo de serviços de saúde por parte desses indivíduos e altas taxas de morbimortalidade (15–17).

O diagnóstico incorreto e a negligência dos profissionais em relação a essa comorbidade, estão entre os motivos que contribuem para cerca de 75% dos pacientes deprimidos não receberem o tratamento adequado e não obterem a melhora esperada (18). Diante dessa situação, torna-se fundamental identificar preditores de resposta terapêutica, que possam auxiliar na avaliação inicial e no manejo clínico mais adequado desses pacientes (19,20).

Encontra-se na literatura que os estilos defensivos são algumas das variáveis associadas ao desfecho terapêutico (20–22). As defesas se caracterizam por proteger o indivíduo contra um excesso de ansiedade e se diferem segundo seu grau de maturidade, podendo ser organizadas em defesas maduras, neuróticas e imaturas (25).

Investigações apontam que os pacientes deprimidos fazem maior uso de defesas imaturas (26,27). Entretanto, o uso predominante de defesas primitivas está associado ao agravamento de sintomas depressivos (22,28–31), pior adesão aos tratamentos (25), maior risco de abandono precoce (27,32), além de pior resultado terapêutico em termos de menor redução de sintomas (20,21).

Quando se trata de pacientes deprimidos com TPs, essa situação pode se agravar ainda mais, visto que existe um uso predominante e ainda mais rígido de defesas

imaturas em pacientes com comorbidades (33,34). Sendo assim, acredita-se que a menor redução de sintomas e o pior resultado terapêutico observado entre os pacientes deprimidos com TPs, esteja relacionado ao maior predomínio de defesas imaturas nessa comorbidade.

No entanto, não foram encontrados estudos que avaliem as defesas como preditoras de desfecho terapêutico comparando grupos de pacientes deprimidos com e sem TPs. Também não foram encontradas pesquisas que analisassem o impacto das defesas sobre os sintomas depressivos após meses de acompanhamento entre essa amostra clínica de indivíduos deprimidos com e sem TPs.

Os prejuízos decorrentes dessa comorbidade, assim como a alta prevalência de pacientes que não apresentam melhora clínica, demanda a continuidade de trabalhos voltados aos preditores de resposta ao tratamento, e a análise das defesas pode ser uma abordagem promissora (20,22). Entende-se que uma melhor compreensão do impacto das defesas na resposta terapêutica pode contribuir para a identificação de pacientes com maior risco de apresentar pior resultado terapêutico e auxiliar na escolha de intervenções que se adequem às reais condições do paciente, evitando a submissão destes a tratamentos ineficazes. Sendo assim, o objetivo deste estudo será avaliar o impacto dos estilos de defesas no *baseline* sobre os sintomas depressivos ao final da psicoterapia e seis meses de acompanhamento, entre pacientes deprimidos com e sem TP comórbido.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

- Avaliar o impacto dos estilos de defesas (DSQ-40) no *baseline* sobre os sintomas depressivos (BDI) ao final da psicoterapia e seis meses de acompanhamento, entre pacientes deprimidos com e sem TP.

3.2. Específicos

- Comparar os escores iniciais de estilos de defesa entre os pacientes que abandonaram e completaram o tratamento;
- Avaliar os escores iniciais de estilos de defesa comparando os pacientes que apresentam TP dos pacientes que não possuem comorbidade com TP;
- Correlacionar os escores iniciais de estilos de defesas com os escores finais de sintomas depressivos no pós-intervenção e seis meses de acompanhamento.

4. HIPÓTESES

- Nos pacientes deprimidos com TP, o maior uso de defesas imaturas no *baseline* será preditor de maior persistência de sintomas depressivos após psicoterapia e seis meses de acompanhamento, comparado aos pacientes deprimidos sem TP;
- Os pacientes que abandonaram a psicoterapia terão maiores escores iniciais de defesas imaturas;
- Os pacientes com TP terão maiores escores iniciais de defesas imaturas quando comparado aos pacientes sem TP comórbido;
- Nos pacientes com TP, os maiores escores iniciais de defesas imaturas serão associados a maior persistência de sintomatologia depressiva no pós-intervenção e seis meses de acompanhamento.

5. REVISÃO DE LITERATURA

DESCRITORES	PUBMED	PsycINFO	SCIELO
“depression” AND “personality disorder”	1557	160	127
"personality disorders" AND "defense mechanisms"	69	9	6
"depressive disorder" AND "defense mechanisms"	107	4	5
"defense mechanisms" AND “depressive symptoms”	141	79	1
"depression" OR "depressive disorder" AND "personality disorders" AND "defense mechanisms"	14	5226	2

5.1. Quadro 1. Estratégias de busca

5.2. Corpo da revisão

Foram utilizadas como estratégias de busca as bases de dados: PUBMED, PsycINFO e SCIELO, com os seguintes descritores: “*depression*”, “*depressive disorder*”, “*personality disorder*”, “*personality disorders*”, “*defense mechanisms*” e “*depressive symptoms*”. Para a realização das buscas nas três bases de dados foi utilizado o filtro do tempo: “últimos 10 anos”. No PsycINFO, os resultados foram desconexos com o objetivo do estudo, portanto, procurou-se filtrar ainda mais a busca, utilizando o filtro de faixa etária: “idade adulta (18 anos ou mais)”. Foram encontrados aproximadamente 7.507 resultados através das três bases de dados (Quadro 1). A partir dos resultados, realizou-se a exclusão das duplicatas, análise dos títulos, resumos e foram selecionados os estudos que se aproximaram dos objetivos da pesquisa para a leitura na íntegra, resultando em 73 publicações. Posteriormente, a leitura dos artigos relevantes para o estudo resultou em 26 publicações.

5.3. Transtorno de personalidade: caracterização

A personalidade é um dos conceitos mais importantes da psicologia e tem tido cada vez mais espaço entre as pesquisas (35,36). Nas últimas décadas, pôde-se observar um considerável progresso, tanto na definição do seu construto, como em sua

mensuração (37). De forma geral, a personalidade pode ser compreendida como um padrão persistente do funcionamento de cada indivíduo, que abrange tanto aspectos biológicos, quanto pensamentos, sentimentos, comportamentos e maneiras de se relacionar (38,8).

Por muito tempo, a avaliação da personalidade careceu de uma teoria que possibilitasse avaliar seus aspectos saudáveis e patológicos (39). Diante dessa demanda, Theodore Millon, elaborou um modelo teórico integrativo: *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI), que considera os aspectos que constituem a personalidade, a partir de um *continuum* entre o saudável e patológico (40). A personalidade saudável caracteriza-se por ser um padrão de funcionamento que lida de forma adaptativa com as demandas do dia a dia (40). No polo patológico, o funcionamento da personalidade acarreta em maior dificuldade de lidar com emoções e implica em respostas mal adaptativas ao ambiente (40). Quando esse padrão de personalidade leva ao sofrimento e prejuízos significativos ao indivíduo, pode-se considerar um transtorno de personalidade (TP) (40).

De modo geral, os TPs podem ser caracterizados por três pontos: instabilidade emocional diante de situações estressantes, falta de flexibilidade em se adaptar às adversidades da vida e repetição de comportamentos patológicos (8,41). Segundo o DSM-5, o TP pode ser compreendido como um padrão persistente de experiência interna e de comportamento, que se desvia de forma acentuada das expectativas culturais, leva a sofrimento ou prejuízos e se desenvolve na adolescência ou início da fase adulta (9).

Estudos apontam dificuldades inerentes a este transtorno, ao constatarem que os indivíduos com TPs apresentam sérios prejuízos nas relações interpessoais (42,43), na vida profissional (44,45) e pior qualidade de vida (46). Também foi observado que os pacientes com este transtorno, possuem uma expectativa de vida de duas décadas a menos do que a população geral (47). Dentre as razões, estão as dificuldades de terem adesão aos tratamentos e de interagirem com o sistema de saúde (47,48), além do suicídio consumado (30-40%) (49). Esses dados são reforçados por estudos que observaram que os pacientes com TPs fazem um uso excessivo de serviços de saúde, sendo um dos fatores associados ao impacto econômico considerável existente em alguns destes serviços (50).

5.4. Transtornos de personalidade e estilos de defesa

O campo de avaliação da personalidade é amplamente informado por estudos sobre mecanismos de defesas, visto que representam os principais componentes da estrutura da personalidade e auxiliam na compreensão de seus aspectos psicodinâmicos (3,51). As defesas do ego são mecanismos inconscientes que se desenvolvem desde a infância e buscam proteger o indivíduo contra um excesso de ansiedade, a fim de preservar ao máximo o equilíbrio psíquico (52).

Os estilos de defesas podem ser ordenados em um *continuum*, diferindo no grau de maturidade, sendo organizadas em defesas maduras, neuróticas e imaturas (51). As defesas maduras implicam em maior capacidade de adaptação à realidade, possibilitam afastar sentimentos ameaçadores sem distorcê-la. As defesas neuróticas ocorrem quando os conflitos não são tratados pelo indivíduo de forma clara e consciente, resultando em excesso ansiedade e menos controle da situação (23). As defesas imaturas se caracterizam por manter os estressores e afetos desagradáveis ou inaceitáveis fora da consciência, através da alteração severa do conteúdo mental doloroso, distorção de si mesmo e da realidade externa (51).

Existe um padrão de defesas que tende a ser mais utilizado por cada indivíduo, que se integra aos estilos individuais de personalidade e ao modo com que cada indivíduo tende a lidar com as situações, podendo em diferentes momentos haver um maior ou menor predomínio de defesas maduras, neuróticas ou imaturas (53). A saúde mental está relacionada à capacidade de usar uma variedade de defesas, sobretudo as defesas maduras, de forma flexível, auxiliando na redução da ansiedade e contribuindo em um melhor ajustamento psicológico (53,54).

Assim, o uso predominante e rígido de defesas imaturas é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de diferentes transtornos (29,55). Nesse sentido, foi encontrado uma base consistente de investigações que apontaram que o predomínio de defesas imaturas está associado não apenas com o desenvolvimento (26), mas com o agravamento de TPs (56,57,26,58,36,23).

Pesquisadores também observaram que existem defesas individuais associadas a cada tipo de TP que auxiliam no diagnóstico (59–62), além de nortear as intervenções verbais do terapeuta que podem se direcionar às defesas predominantes de cada TP (34,36), reduzindo as defesas geradoras de sofrimento e agravamento dos transtornos (36). Desse modo, encontra-se na literatura que a identificação do uso predominante de defesas imaturas fornece indicativos importantes para a possibilidade

de existir um TP, além de auxiliar na avaliação da gravidade do funcionamento patológico da personalidade (3,23,26).

5.5. Depressão, estilos de defesa e psicoterapias

Segundo o DSM-5, o transtorno depressivo maior (TDM) caracteriza-se pelo predomínio de humor deprimido ou perda de interesse/prazer em quase todas as atividades, por um período mínimo de duas semanas (9). Outros sintomas consistem em perda de apetite, alterações no sono, energia diminuída, dificuldades de concentração, e, em casos mais graves, risco de suicídio (9,18).

Na maioria dos países, a prevalência de depressão ao longo da vida varia entre 8% a 12%. No Brasil, a prevalência do transtorno em amostras de base populacional é de 17 a 20%, enquanto em amostras clínicas é de 22% a 47% (63–65). Pesquisadores apontam que a alta prevalência de depressão evidencia a necessidade da identificação de fatores associados a este transtorno (65).

Sendo assim, estudos observaram que a depressão está significativamente associada ao uso predominante de defesas imaturas (34,66–69). Mais especificamente, verificou-se relação entre transtorno depressivo e defesas imaturas de projeção, desvalorização (34), agressão passiva, isolamento e somatização (APÊNDICE A) (70).

Pesquisadores também exploraram se através da análise das defesas seria possível avaliar a intensidade dos sintomas depressivos. Foi encontrada uma base consistente de estudos apontando que os pacientes deprimidos que faziam uso predominante de defesas imaturas, foram os que apresentaram maior gravidade dos sintomas depressivos (28,29,31,34,66). Tais dados são reforçados por pesquisas que observaram um aumento das defesas maduras correlacionado a uma redução dos sintomas depressivos após tratamento de TCC breve (71) e terapia psicodinâmica (29,31). Assim, os autores sugerem que as defesas estão fortemente relacionadas a gravidade da psicopatologia do indivíduo (29,31,71).

Além disso, sabe-se que os pacientes com transtornos mais graves costumam ter pior adesão ao tratamento (72), e que a prevalência de abandono terapêutico é alta em pacientes deprimidos (17,5%) (73). Sendo assim, estudos avaliaram se o estilo defensivo poderia ser considerado preditor de abandono precoce. Duas investigações observaram que aqueles pacientes que abandonaram o tratamento, apresentavam maiores escores iniciais de defesas imaturas. Em ambos estudos, as defesas imaturas foram preditoras significativas de abandono terapêutico (27,32). O uso excessivo de

defesas imaturas reflete a tendência de alguns pacientes distorcerem a experiência com o terapeuta, terem dificuldade de compreender as intervenções, apresentarem prejuízos na aliança terapêutica e terem maior dificuldade em tolerar às ansiedades da fase inicial do tratamento, contribuindo para o abandono precoce (27,32).

Por outro lado, uma pesquisa encontrou resultados contrários. O predomínio de defesas imaturas não apresentou associação significativa com interrupção do tratamento (74). Foram encontrados poucos estudos na literatura que avaliaram as defesas como preditoras de abandono precoce e que os achados ainda são inconsistentes, sendo um indício de que o tema deve ser mais investigado.

Apesar disso, a maior parte das pesquisas encontradas sugere que a avaliação inicial das defesas imaturas pode auxiliar na identificação de pacientes com maior gravidade de sintomas depressivos (28,29,31,34,66) e com maior risco de abandono precoce (27,32), contribuindo na escolha de intervenções mais eficazes, assim como no planejamento de técnicas preventivas em relação ao abandono terapêutico.

5.6. Depressão com TP comórbido, estilos de defesa e psicoterapias

A maioria das evidências aponta que a depressão e o TP se sobrepõem em suas psicopatologias, prejudicando o resultado de cada transtorno (2,75–77). Dentre as pesquisas, uma meta-análise de estudos de coortes observou que traços patológicos da personalidade estão associados ao desenvolvimento de sintomas depressivos, assim como os sintomas depressivos estão associados ao agravamento dos traços patológicos da personalidade (78).

Apesar de existirem evidências de que a presença de TP em pacientes deprimidos não afeta o sucesso do tratamento para depressão (79,42,3), a maioria das pesquisas indica que os pacientes com essa comorbidade apresentam pior resultado terapêutico em termos de menor remissão de sintomas (6,18,76,80–82). Esses dados corroboram com um estudo de meta-análise (5).

Pesquisas evidenciam a severidade dessa comorbidade, ao demonstrarem que pacientes deprimidos com TP apresentam maior gravidade dos sintomas depressivos (7,42,77), início precoce da depressão, mais episódios recorrentes (7), pior resposta ao antidepressivo (83), mais tentativas de suicídio (14) e necessitam de mais tempo de tratamento (6,80), comparado aos pacientes deprimidos sem essa comorbidade.

Estudos apontam que o predomínio de defesas imaturas é um dos fatores associados a essa comorbidade e aos sérios prejuízos decorrentes da coexistência destes

transtornos (26). Yuan *et al.* (2002), indicam que existe um perfil de defesa diferente nos pacientes com comorbidade, comparado as defesas de pacientes que possuem apenas depressão (33). Os autores sugerem que, da mesma forma que os transtornos coexistem entre si, as defesas imaturas atreladas a cada psicopatologia se sobrepõem umas às outras, podendo haver um predomínio e rigidez ainda maior das defesas imaturas tratando-se de comorbidades.

Segundo Vaillant (1994), o uso excessivo de defesas imaturas é preocupante, pois interfere na vida do indivíduo em diversos aspectos (25). As defesas imaturas, além de estarem associadas a maior gravidade do quadro clínico (28,29,31,34,66), prejuízos nas relações interpessoais (53,84,85), dificuldades na vida profissional (84) e pior qualidade de vida (66,69,86), também afetam a forma com que os pacientes lidam com a sua doença (25) e estão associadas a maior risco tentativas de suicídio (28).

Sabe-se que as dificuldades e prejuízos destacados acima tendem a ser encontrados nos indivíduos com TP (42–46). Assim, estudos indicam que a maior gravidade do quadro clínico e as inúmeras complicações observadas nos pacientes com TP, devem-se, sobretudo, ao uso excessivo de defesas imaturas (33,36,53). Sendo assim, pode-se pensar que o predomínio de defesas imaturas, também poderia estar relacionado ao pior resultado terapêutico frequentemente observado nos pacientes com essa comorbidade.

Nesse sentido, pesquisadores avaliaram se os estilos defensivos utilizados pelo paciente seria capaz de prever desfecho terapêutico. Em duas pesquisas de Van, *et al.* (2009) e de Babl, *et al.* (2019), que avaliaram pacientes deprimidos através de terapia psicodinâmica breve e TCC breve, foi encontrado que as defesas maduras foram preditoras de maior remissão de sintomas (21,22), enquanto o predomínio de defesas imaturas foi associado ao pior resultado terapêutico (21).

No estudo de Laaksonen, *et al.* (2014), foram avaliados pacientes com transtornos de humor, sobretudo de ansiedade (48%), através de terapia focada em solução (n=97), psicodinâmica de curto prazo (n=101) e psicodinâmica de longo prazo (n=128). Observou-se que o predomínio de defesas imaturas no *baseline* foi preditor de pior desfecho terapêutico em psicoterapias breves. Mais especificamente, os pacientes com maiores escores iniciais de defesas imaturas apresentaram maior redução dos sintomas na terapia de longo prazo, enquanto aqueles com menores escores iniciais de defesas imaturas apresentaram redução mais rápida de sintomas em terapias breves. Os

autores sugerem que o predomínio do estilo defensivo pode diferenciar a adequação de psicoterapias de curto e longo prazo (20).

Por outro lado, dois estudos mostraram resultados contrários, ao observarem que o estilo defensivo inicial não foi preditor significativo de resultado terapêutico de terapias psicodinâmicas breves (Hersoug *et al.*, 2002; Kronström, *et al.*, 2009) (87,88). Apesar de existirem resultados controversos e serem necessários mais estudos a fim de melhorar a consistência desses dados, a maioria das pesquisas observou que os estilos defensivos podem prever de resultado terapêutico.

No entanto, não foram encontradas pesquisas que analisassem o impacto das defesas sobre a persistência da sintomatologia depressiva após meses de acompanhamento. Além disso, não foram observados estudos que avaliassem o impacto das defesas sobre o desfecho terapêutico comparando pacientes deprimidos com e sem TP, a fim de avaliar se o pior resultado frequentemente observado no tratamento dessa comorbidade se deve ao maior uso de defesas imaturas. Caso esta hipótese seja confirmada, esses dados poderão auxiliar na identificação de pacientes com maior risco de apresentar pior resultado terapêutico, possibilitando uma melhor avaliação tanto diagnóstica, quanto prognóstica e, assim, contribuir na escolha de intervenções mais eficazes, minimizando riscos de resultados malsucedidos.

6. MÉTODO

6.1. Delineamento

Trata-se de um estudo quase-experimental aninhado a um ensaio clínico randomizado intitulado: “Processo terapêutico, fatores psicossociais e biológicos em dois modelos de psicoterapia para depressão”.

6.2. Participantes, processo de amostragem e cálculo do tamanho da amostra

A amostra será composta por adultos de 18 a 60 anos de idade, que realizaram tratamento psicoterapêutico no ensaio clínico realizado no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL).

Os participantes do ensaio clínico foram recrutados de julho de 2012 a dezembro de 2015. O processo de amostragem foi realizado por conveniência. A amostra foi selecionada com divulgação do ensaio clínico em meios de comunicação e nos serviços de saúde do município, tais como: CAPS, UBS, ambulatorios e hospitais, a fim de captar o maior número de participantes. Os potenciais participantes foram indivíduos que procuraram voluntariamente o ambulatório, após tomarem conhecimento sobre a pesquisa na mídia ou terem sido encaminhados pelos profissionais de saúde mental do município.

A coleta de dados ao qual este projeto está vinculado já foi realizada, portanto, será efetuado o cálculo de poder da amostra posteriormente junto à elaboração do artigo.

6.3. Critérios inclusão

Pacientes que fizeram parte da amostra do estudo maior, no qual foram elegíveis participantes entre 18 e 60 anos de idade, diagnosticados com depressão maior pela equipe do estudo através da *Mini International Neuropsychiatric Interview Plus* (MINI Plus).

6.4. Critérios exclusão

Serão excluídos os participantes que não completaram os instrumentos do estudo maior. No qual foram excluídos os indivíduos que estavam em tratamento psicoterapêutico ou farmacológico em outro local, que apresentaram risco de suicídio, faziam uso abusivo de alguma substância psicoativa e nos casos em que o diagnóstico de depressão era secundário a outra patologia.

6.5. Randomização e modelos de intervenção do ensaio clínico maior

Os indivíduos que preencheram os critérios de elegibilidade para o estudo maior foram randomizados entre dois modelos de intervenção breve: Psicoterapia Cognitiva Comportamental (TCC) e Psicoterapia Dinâmica Suportivo-expressiva de tempo limitado (SEDP). Para este fim, foram colocados em um envelope pardo 60 etiquetas de cada modelo de psicoterapia, logo após foi sorteado uma etiqueta para cada paciente incluído. O pesquisador encarregado pela randomização não participou do processo de avaliação ou de intervenção psicoterapêutica. A equipe responsável pela avaliação do *baseline* e pós-intervenção foi cega quanto ao modelo de intervenção aplicado.

A SEDP trata-se de um modelo estruturado a partir da proposição de Lester Luborsky (89). Baseia-se na análise do padrão central de relações que cada pessoa segue ao conduzir seus relacionamentos e é formulado a partir de suas narrativas de interação com outras pessoas. As técnicas utilizadas são suportivas e expressivas. No estudo maior, os atendimentos com esse modelo de intervenção foram realizados em 16 sessões.

Enquanto que, a TCC compõe-se de 14 sessões estruturadas de acordo com a proposta de Aaron Beck (90). Em geral, cada sessão do presente modelo psicoterapêutico segue um roteiro que se inicia pela checagem do humor do paciente, seguida de uma retomada da sessão anterior, estabelecimento da agenda da sessão, revisão das tarefas de casa, discussão dos itens da agenda, estabelecimento da tarefa de casa, resumo final e devolução.

Para o presente projeto, pretende-se agrupar os participantes de ambos os modelos de intervenção, buscando obter maior poder estatístico das variáveis estudadas. Em estudos anteriores com dados do mesmo ensaio clínico, foi verificada a efetividade de ambos modelos de psicoterapia breve no tratamento dos sintomas depressivos, evidenciado em marcadores bioquímicos, independente da presença de TP (91).

6.6. Procedimentos e Instrumentos

6.6.1. Instrumentos:

Beck Depression Inventory (BDI-II): O instrumento original (92) e a versão validada para o Brasil apresentam bons coeficientes de validade e fidedignidade (93). O BDI-II é composto de 21 itens que objetivam avaliar a intensidade da depressão em amostras populacionais e clínicas. Cada item consiste em quatro com os critérios do DSM-IV (94). A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, que constitui uma medida da intensidade dos sintomas depressivos. Quanto maior a pontuação, maior a sintomatologia depressiva.

Defense Style Questionnaire (DSQ-40): O DSQ é um questionário de autorresposta, que busca identificar o estilo característico de como as pessoas - consciente ou inconscientemente - lidam com o conflito, baseado na ideia de que os indivíduos conseguem fazer comentários precisos sobre seu comportamento. Andrews, Singh e Bond (1993) (95), reorganizaram o instrumento em 40 perguntas relacionadas às defesas descritas no DSM-III-R. Quatro delas estão relacionadas ao fator maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão), quatro estão

relacionados ao fator neurótico (anulação, pseudo-altruísmo, idealização e formação reativa) e 12 ao fator imaturo (projeção, agressão passiva, *acting out*, isolamento, desvalorização, fantasia autista, negação, deslocamento, dissociação, clivagem, racionalização e somatização). O DSQ-40 pode fornecer escores para as 20 defesas individuais e para os três fatores (maduro, neurótico e imaturo). Os escores das defesas individuais são calculados pela média dos dois itens de cada mecanismo de defesa dado e os escores dos fatores são calculados pelos escores médios das defesas que pertencem a cada fator. Cada item é avaliado em uma escala de 1 a 9, na qual 1 indica "discordo totalmente" e 9 indica "concordo totalmente". Quando aplicado para o ensaio clínico, o DSQ-40 apresentava consistência interna das defesas e dos fatores, já havia sido adaptado para o Brasil e estava em processo de validação (96,97).

Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III): A avaliação de transtornos de personalidade foi realizada através do MCMI-III, um dos instrumentos mais utilizados para avaliação de transtornos de personalidade (40). O MCMI-III foi desenvolvido seguindo as atualizações do DSM-IV (94). A versão original apresentou bons coeficientes de consistência interna e validade (40) e a versão brasileira estava em processo de validação quando aplicado para o ensaio clínico (98). Esse instrumento objetiva avaliar indivíduos com idade ≥ 18 anos, que estejam sendo avaliados e/ou tratados em contextos de saúde mental. O MCMI-III é constituído por 28 escalas que mensuram aspectos específicos do teste. Dentre elas, 4 escalas são de verificação, que indicam se há uma tentativa de produzir uma impressão extremamente positiva ou negativa: Escala de Divulgação, Escala de Desejabilidade, Escala de Valorização Negativa e a Escala de Validade. Somente as escalas de Validade e Divulgação podem invalidar o instrumento. As outras 24 escalas avaliam 14 transtornos de personalidade e 10 síndromes clínicas. As escalas do MCMI-III foram padronizadas como pontuações da taxa básica (BR) que pode variar de 0 a 115. É composto de 175 afirmativas, às quais o indivíduo deve responder como “verdadeiro” ou “falso”. A prevalência mínima que indica presença de Transtorno da Personalidade (TP) é 85%, podendo este ser: Esquizóide, Evitativo, Depressivo, Dependente, Histriônico, Narcisista, Antissocial, Sádico, Compulsivo, Negativista, Masoquista, Esquizotípico, *Borderline* e Paranóide (APÊNDICE B).

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI Plus): Foi utilizada a MINI Plus para avaliar a presença de diagnóstico de TDM. Uma entrevista

diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios do DSM-IV e da CID-10 (94). Essa entrevista foi adaptada para o contexto brasileiro e representa uma alternativa adequada para a avaliação de pacientes, de acordo com critérios internacionais, tanto no meio clínico como em estudos epidemiológicos (99).

Variáveis sociodemográficas: As variáveis sexo, idade, cor da pele e escolaridade foram obtidas através de um questionário elaborado pela equipe de pesquisa.

Classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP): A ABEP baseia a classificação econômica na acumulação de bens materiais e na escolaridade do chefe da família. Essa classificação enquadra as pessoas em classes (A, B, C, D ou E), a partir dos escores alcançados. A letra “A” refere-se à classe social mais alta e a “E” a classe social mais baixa (100).

6.6.2. Coleta de dados

A coleta dos dados do estudo maior foi realizada em avaliações individuais no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental, onde também foi realizada a psicoterapia. Os dados foram coletados por psicólogos alunos do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel. Os entrevistadores foram devidamente treinados para o uso dos instrumentos, os mesmos receberam supervisões semanais de todos os casos atendidos, por professores com formação em psicologia, com ampla experiência em diagnósticos de transtornos mentais, assim como dos modelos de psicoterapia propostos.

Para a coleta dos dados foram utilizados tablet PCs. Os dados permaneceram armazenados nos tablet PCs durante todo o processo de coleta, e foram realizadas cópias de segurança em Pen Drives, no serviço de armazenamento seguro online (*Cloud Storage*) do Google Drive, assim como no Notebook, onde será realizada a análise. O aplicativo Open Data Kit Collect 1.1.7 foi utilizado para interpretar os questionários no formato *extensible markup language* (XML) e gravar os dados coletados em pacotes XML individuais para cada sujeito que participou.

As variáveis socioeconômicas, transtornos de humor e TPs foram obtidas na avaliação de entrada para o estudo. Enquanto as variáveis mecanismos de defesa e sintomas depressivos foram obtidas na primeira sessão de psicoterapia breve para TDM.

Para o presente projeto, serão incluídas as variáveis que foram coletadas na avaliação de entrada para o ensaio clínico, além das variáveis obtidas na primeira sessão de psicoterapia, no pós-intervenção e seis meses de acompanhamento.

6.6.3. Quadro 2. Variável dependente e a forma como será analisada

Variável dependente	Tipo de variável
Severidade dos sintomas depressivos	Quantitativa Contínua

6.6.4. Quadro 3. Variáveis independentes e a forma como serão analisadas

Variáveis independentes	Tipo de variável
Transtorno de personalidade	Qualitativa Dicotômica
Mecanismo de defesa	Quantitativa Contínua
Sexo	Qualitativa Dicotômica
Idade	Quantitativa Contínua
Escolaridade	Quantitativa Contínua
Classificação econômica	Qualitativa Ordinal
Modelo de psicoterapia	Qualitativa dicotômica

6.7. Análise de dados

Os dados foram codificados e duplamente digitados no programa EpiData 3.1. Para análise estatística será utilizado o software SPSS 22.0. Na análise univariada os dados descritivos das variáveis sexo, cor da pele, nível socioeconômico e transtorno de personalidade serão apresentados como frequência absoluta e relativa, enquanto das variáveis idade, escolaridade, mecanismos de defesa e sintomas depressivos serão apresentados em média e desvio-padrão. Na análise bivariada serão utilizados o teste do χ^2 e o teste T de *Student/Mann Whitney* para testar diferenças entre os que abandonaram e concluíram o tratamento. A distribuição dos dados será testada usando o teste de *Shapiro-Wilk*. Para investigar a gravidade dos sintomas depressivos

comparando o *baseline*, pós-intervenção e acompanhamento de seis meses, será utilizado o teste T de *Student* para amostras emparelhadas ou o respectivo teste não paramétrico, teste de *Wilcoxon*. A correlação de *Pearson/Spearman* será usada para avaliar a correlação entre os escores do DSQ no *baseline* e do BDI no pós-intervenção e seis meses de acompanhamento. Se adequado (distribuição simétrica), será realizada Regressão Linear, onde todas as variáveis que apresentarem $p < 0,20$ serão levadas para análise multivariada para controle dos possíveis fatores de confusão.

6.8. Aspectos Éticos

O projeto maior foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, obtendo aprovação mediante o protocolo de número 02855312.6.0000.5339. No protocolo de pesquisa ao qual este estudo está aninhado foram respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução Nº 196 de 10 de Outubro de 1996. Os participantes receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e assinaram um termo de “Consentimento Livre e Esclarecido”. Foi assegurado o direito à confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não possam ser identificados. Os indivíduos que apresentaram algum transtorno associado à depressão, risco de suicídio e/ou uso abusivo de substâncias psicoativas tanto na avaliação inicial, como no decorrer do processo terapêutico e após intervenção, foram encaminhados para os serviços de saúde mental mais adequado do município.

6.8.1. Riscos

Tratando-se dos procedimentos envolvidos na coleta de dados do ensaio maior, os riscos aos participantes estariam relacionados ao possível desconforto ocasionado ao responder os questionamentos realizados durante as entrevistas. O presente projeto não oferecerá risco adicional aos participantes, visto que será realizado a partir de um banco de dados já construído.

6.8.2. Benefícios

Quanto aos benefícios referentes ao estudo maior, os participantes receberam diagnóstico clínico especializado, além do encaminhamento, quando adequado, para os

serviços de saúde mental do município ou para o tratamento proposto pelo ensaio clínico. Os benefícios referentes ao presente projeto consistem na produção de conhecimento, que tem por objetivo contribuir com a comunidade científica, profissionais de saúde e com a população. Espera-se, a partir da análise das defesas, possibilitar melhores estratégias de avaliação e manejo clínico dos indivíduos deprimidos com TP. Compreender as defesas como preditoras de desfecho terapêutico pode possibilitar um melhor diagnóstico e prognóstico, além de auxiliar em escolhas de intervenções mais precisas, proporcionando um impacto direto no tratamento mais adequado desses pacientes.

6.9. Cronograma

	2020											2021										
	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
Revisão da literatura																						
Elaboração do projeto																						
Qualificação do projeto																						
Análise dos dados																						
Redação do artigo																						
Defesa																						

6.9.1. Orçamento

O estudo maior foi financiado pelo CNPQ e FAPERGS. Todo o projeto foi contemplado com o valor total de R\$ 16.260,00. Este projeto não irá gerar custos além dos gastos do projeto maior.

7. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Depression [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Morey LC, Shea MT, Markowitz JC, Stout RL, Hopwood CJ, Gunderson JG, et al. State effects of major depression on the assessment of personality and personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2010;167(5):528–35.

3. Kavanagh BE, Williams LJ, Berk M, Turner A, Jackson HJ, Mohebbi M, et al. Personality disorder and functioning in major depressive disorder: a nested study within a randomized controlled trial. *Braz J Psychiatry*. 2019;42(1):14–21.
4. De Bolle F, Rolland J-P, Decuyper M, Bagby RM. Does Personality Disorder Co-Morbidity Impact Treatment Outcome for Patients with Major Depression?: A Multi-Level Analysis. *Journal of Personality Disorders*. 1º de fevereiro de 2011;25(1):1–15.
5. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T, Mulder R, Kool S, Dekker J, et al. Influence of personality on the outcome of treatment in depression: systematic review and meta-analysis. *J Pers Disord*. agosto de 2014;28(4):577–93.
6. Riihimäki K, Vuorilehto M, Isometsä E. Borderline personality disorder among primary care depressive patients: A five-year study. *J affect disord*. fevereiro de 2014;155:303–6.
7. Noteboom A, Beekman ATF, Vogelzangs N, Penninx BWJH. Personality and social support as predictors of first and recurrent episodes of depression. *Journal of Affective Disorders*. 15 de janeiro de 2016;190:156–61.
8. Millon T, Millon, Carrie, Meagher, Sarah, Ramnath, Rowena. Millon, T., *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*, 2a ed. 2004. Elsevier España; 2004. 630 p.
9. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5*. Artmed; 2013.
10. Unger T, Hoffmann S, Köhler S, Mackert A, Fydrich T. Personality disorders and outcome of inpatient treatment for depression: a 1-year prospective follow-up study. *J Pers Disord*. outubro de 2013;27(5):636–51.
11. Williams R, Farquharson L, Rhodes E, Dang M, Fitzpatrick N, Quirk A, et al. Impact of co-morbid personality disorder on quality of inpatient mental health services for people with anxiety and depression. *Personal Ment Health*. novembro de 2020;14(4):336–49.
12. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. outubro de 2005;62(10):1097–106.
13. Fava GA, Tomba E, Brakemeier E-L, Carrozzino D, Cosci F, Eöry A, et al. Mental Pain as a Transdiagnostic Patient-Reported Outcome Measure. *Psychother Psychosom*. 2019;88(6):341–9.
14. Jylhä P, Rosenström T, Mantere O, Suominen K, Melartin T, Vuorilehto M, et al. Personality disorders and suicide attempts in unipolar and bipolar mood disorders. *J Affect Disord*. 15 de janeiro de 2016;190:632–9.
15. Mazer, Macedo, Juruena MF. Personality disorders. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 4 de fevereiro de 2017;50(supl.1):85–97.

16. Razzouk D, Razzouk D. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. dezembro de 2016;25(4):845–8.
17. Cailhol L, Riedi G, Mathur A, Czapla P, Charpentier S, Genestal M, et al. [Should hospitalization be required after the emergency discharge of patients with borderline personality disorder who have attempted suicide (FRENCH CRISIS cohort)?]. *Encephale*. setembro de 2014;40(4):289–94.
18. World Health Organization. Depression - Key facts. [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
19. Bagby RM, Quilty LC, Ryder AC. Personality and Depression. *Can J Psychiatry*. 1º de janeiro de 2008;53(1):14–25.
20. Laaksonen MA, Sirkiä C, Knekt P, Lindfors O. Self-reported immature defense style as a predictor of outcome in short-term and long-term psychotherapy. *Brain Behav*. julho de 2014;4(4):495–503.
21. Van H, Dekker J, Peen J, Abraham R, Schoevers R. Predictive Value of Self-Reported and Observer-Rated Defense Style in Depression Treatment | *American Journal of Psychotherapy* [Internet]. 2009. Disponível em: <https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.psychotherapy.2009.63.1.25>
22. Babl A, et al. Disentangling within- and between-patient effects of defensive functioning on psychotherapy outcome using mixed models - PubMed [Internet]. 2019 [citado 6 de setembro de 2020]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31722650/>
23. Carvalho L, Reis A, Pianowski G. Investigating Correlations Between Defence Mechanisms and Pathological Personality Characteristics. *Revista Colombiana de Psiquiatria*. outubro de 2019;48(4):232–43.
24. (FREUD, 1893-1899) [Internet]. [citado 1º de junho de 2020]. Disponível em: <https://www.pep-web.org/document.php?id=se.003.0000a>
25. Vaillant GE. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*. 1994;103(1):44–50.
26. Strandholm T, Kiviruusu O, Karlsson L, Miettunen J, Marttunen M. Defense Mechanisms in Adolescence as Predictors of Adult Personality Disorders. *J Nerv Ment Dis*. maio de 2016;204(5):349–54.
27. Mullen LS, Blanco C, Vaughan SC, Vaughan R, Roose SP. Defense mechanisms and personality in depression. *Depression and Anxiety*. 1999;10(4):168–74.
28. Corruble E, Bronnec M, Falissard B, Hardy P. Defense styles in depressed suicide attempters. *Psychiatry Clin Neurosci*. junho de 2004;58(3):285–8.

29. Bond M, Perry JC. Long-Term Changes in Defense Styles With Psychodynamic Psychotherapy for Depressive, Anxiety, and Personality Disorders. *AJP*. 1º de setembro de 2004;161(9):1665–71.
30. Hyphantis T, Almyroudi A, Paika V, Degner LF, Carvalho AF, Pavlidis N. Anxiety, depression and defense mechanisms associated with treatment decisional preferences and quality of life in non-metastatic breast cancer: a 1-year prospective study. *Psychooncology*. novembro de 2013;22(11):2470–7.
31. Perry JC, Bond M. Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and five-year outcome. *Am J Psychiatry*. setembro de 2012;169(9):916–25.
32. Fitzpatrick T. Primitive Defenses and Unilateral Termination of Psychotherapy: Are the Lerner Defense Scales Useful in Predicting Premature Termination in Psychotherapy? 2014;116.
33. Yuan Y, Bao Zhang X, Qin Wu A. Defense mechanisms in chinese patients with comorbid anxiety and depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. abril de 2002;190(4):265–7.
34. Colovic O, Lecic Tosevski D, Perunicic Mladenovic I, Milosavljevic M, Munjiza A. Defense Mechanisms in “Pure” Anxiety and “Pure” Depressive Disorders. *J Nerv Ment Dis*. outubro de 2016;204(10):746–51.
35. Marcus DK, Ruscio J, Lilienfeld SO, Hughes KT. Converging Evidence for the Latent Structure of Antisocial Personality Disorder: Consistency of Taxometric and Latent Class Analyses. *Criminal Justice and Behavior*. março de 2008;35(3):284–93.
36. Granieri A, La Marca L, Mannino G, Giunta S, Guglielmucci F, Schimmenti A. The Relationship between Defense Patterns and DSM-5 Maladaptive Personality Domains. *Front Psychol*. 2017;8:1926.
37. Sousa HKC de, Rocha HRRP da, Alchieri JC. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III: tradução e adaptação semântica dos itens para o Brasil. *Aletheia*. dezembro de 2011;(35–36):168–78.
38. Barrios Herrera N, Sánchez Betancourt L, Salamanca Camargo Y. Patrones de personalidad patológica y estrategias de afrontamiento en estudiantes de psicología. *Psychol*. 1º de julho de 2013;7(2):45–53.
39. Rocha HRRP da, Sousa HKC de, Alchieri JC, Sales E de A, Alencar JCN de. Estudos de adaptação do Millon Clinical Multiaxial Inventory-III para avaliação de aspectos psicopatológicos da personalidade no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2011;60(1):34–9.
40. Millon T, Millon C, Davis R, Grossman S. *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*. 1994.

41. Dan Jankowski. A Beginner's Guide to the MCMI-III [Internet]. <https://www.apa.org>. 2002 [citado 9 de junho de 2020]. Disponível em: <https://www.apa.org/pubs/books/431670A>
42. Koppers D, Kool M, Van H, Driessen E, Peen J, Dekker J. The effect of comorbid personality disorder on depression outcome after short-term psychotherapy in a randomised clinical trial. *BJPsych Open* [Internet]. 16 de julho de 2019;5(4). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6646965/>
43. Horowitz LM, Wilson KR. Interpersonal Motives and Personality Disorders. In: *Handbook of personology and psychopathology*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 2005. p. 495–510.
44. Smith TL, Benjamin LS. The functional impairment associated with personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. março de 2002;15(2):135–41.
45. Hengartner MP, Müller M, Rodgers S, Rössler W, Ajdacic-Gross V. Occupational functioning and work impairment in association with personality disorder trait-scores. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. fevereiro de 2014;49(2):327–35.
46. Crempien C, Grez M, Valdés C, López MJ, de la Parra G, Krause M. Role of Personality Functioning in the Quality of Life of Patients with Depression. *J Nerv Ment Dis*. 2017;205(9):705–13.
47. Fok ML-Y, Hayes RD, Chang C-K, Stewart R, Callard FJ, Moran P. Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *J Psychosom Res*. agosto de 2012;73(2):104–7.
48. Tanesi PHV, Yazigi L, Fiore ML de M, Pitta JC do N. Adesão ao tratamento clínico no transtorno de personalidade borderline. *Estudos de Psicologia (Natal)*. abril de 2007;12(1):71–8.
49. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *The Lancet*. 18 de abril de 2009;373(9672):1372–81.
50. Soeteman DI, Hakkaart-van Roijen L, Verheul R, Busschbach JJV. The economic burden of personality disorders in mental health care. *J Clin Psychiatry*. fevereiro de 2008;69(2):259–65.
51. Vaillant GE. Theoretical Hierarchy of Adaptive Ego Mechanisms: A 30-Year Follow-up of 30 Men Selected for Psychological Health. *Arch Gen Psychiatry*. 1971;24(2):107–18.
52. Cramer P. Seven Pillars of Defense Mechanism Theory. *Social and Personality Psychology Compass*. 2008;2(5):1963–81.
53. McWilliams N. Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process [Internet]. New York: Guilford Publications; 2011 [citado 10 de junho de 2020]. Disponível em: <http://site.ebrary.com/id/10483587>

54. Drapeau M, de Roten Y, Blake E, Beretta V, Strack M, Körner A, et al. Defensive flexibility and its relation to symptom severity, depression, and anxiety. *J Nerv Ment Dis.* janeiro de 2011;199(1):38–41.
55. Zanarini MC. Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2009;120(5):373–7.
56. Sinha BK, Watson DC. Predicting personality disorder traits with the Defense Style Questionnaire in a normal sample. *J Pers Disord.* 1999;13(3):281–6.
57. Monteiro JF. A personalidade e mecanismos de defesa : um estudo exploratório e correlacional. 2012 [citado 10 de junho de 2020]; Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/8187>
58. Di Giuseppe M, Gennaro A, Lingiardi V, Perry JC. The Role of Defense Mechanisms in Emerging Personality Disorders in Clinical Adolescents. *Psychiatry.* 2019;82(2):128–42.
59. Zanarini M, Weingeroff J, Frankenburg F. Defense Mechanisms Associated With Borderline Personality Disorder. *Journal of personality disorders.* 1º de maio de 2009;23:113–21.
60. Perry JC, Presniak MD, Olson TR. Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. *Psychiatry.* 2013;76(1):32–52.
61. Berman SMW, McCann JT. Defense Mechanisms and Personality Disorders: An Empirical Test of Millon’s Theory. *Journal of Personality Assessment.* 1º de fevereiro de 1995;64(1):132–44.
62. Furnham A. Lay understandings of defence mechanisms: the role of personality traits and gender. *Psychol Health Med.* 2012;17(6):723–34.
63. Andrade LH, Wang Y-P, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, et al. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLOS ONE.* 14 de fevereiro de 2012;7(2):e31879.
64. Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDMD, Tomasi E, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo).* 2012;39(6):194–7.
65. Munhoz TN. Prevalência e fatores associados à depressão em adultos: estudo de base populacional. 2012;136.
66. Martino G, Caputo A, Bellone F, Quattropiani MC, Vicario CM. Going Beyond the Visible in Type 2 Diabetes Mellitus: Defense Mechanisms and Their Associations With Depression and Health-Related Quality of Life. *Front Psychol [Internet].* 2020 [citado 1º de junho de 2020];11. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.00267/full>

67. Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L, et al. Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Braz J Psychiatry*. setembro de 2006;28(3):179–83.
68. Olson TR, Presniak MD, MacGregor MW. Differentiation of depression and anxiety groups using defense mechanisms. *J Nerv Ment Dis*. novembro de 2009;197(11):834–40.
69. Aguiar RW de. Qualidade de vida e mecanismos de defesa em pacientes femininas com fibromialgia com ou sem depressão. 2008 [citado 13 de junho de 2020]; Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/14063>
70. Waqas A, Rehman A, Malik A, Muhammad U, Khan S, Mahmood N. Association of Ego Defense Mechanisms with Academic Performance, Anxiety and Depression in Medical Students: A Mixed Methods Study. *Cureus*. 30 de setembro de 2015;7(9):e337.
71. Babl A, Grosse Holtforth M, Perry JC, Schneider N, Dommann E, Heer S, et al. Comparison and change of defense mechanisms over the course of psychotherapy in patients with depression or anxiety disorder: Evidence from a randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 01 de 2019;252:212–20.
72. Zimmermann D, Rubel J, Page AC, Lutz W. Therapist Effects on and Predictors of Non-Consensual Dropout in Psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2017;24(2):312–21.
73. Cooper AA, Conklin LR. Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clin Psychol Rev*. agosto de 2015;40:57–65.
74. Hauck S, Kruel L, Sordi A, Sbardellotto G, Cervieri A, Moschetti L, et al. Factors related to early dropout in psychoanalytic psychotherapy. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. dezembro de 2007;29(3):265–7.
75. Gunderson JG, Stout RL, Shea MT, Grilo CM, Markowitz JC, Morey LC, et al. Interactions of borderline personality disorder and mood disorders over 10 years. *J Clin Psychiatry*. agosto de 2014;75(8):829–34.
76. Young M. Treatment-Resistant Depression: The Importance of Identifying and Treating Co-occurring Personality Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. junho de 2018;41(2):249–61.
77. Köhling J, Ehrenthal JC, Levy KN, Schauenburg H, Dinger U. Quality and severity of depression in borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. abril de 2015;37:13–25.
78. Hakulinen C, Elovainio M, Pulkki-Råback L, Virtanen M, Kivimäki M, Jokela M. Personality and depressive symptoms: individual participant meta-analysis of 10 cohort studies. *Depress Anxiety*. julho de 2015;32(7):461–70.

79. Bédard M, Russell JJ, Myhr G. Impact of personality psychopathology on outcome in short-term cognitive-behavioral therapy for Axis I disorders. *Psychiatry Res.* 15 de dezembro de 2015;230(2):524–30.
80. Levenson JC, Wallace ML, Fournier JC, Rucci P, Frank E. The role of personality pathology in depression treatment outcome with psychotherapy and pharmacotherapy. *J Consult Clin Psychol.* outubro de 2012;80(5):719–29.
81. Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, Skodol AE, Shea MT, McGlashan TH, et al. Major Depressive Disorder and Borderline Personality Disorder Revisited: Longitudinal Interactions. *J Clin Psychiatry.* 16 de agosto de 2004;65(8):1049–56.
82. Bateman A, Fonagy P. Borderline Personality Disorder and Mood Disorders: Mentalizing as a Framework for Integrated Treatment. *J Clin Psychol.* agosto de 2015;71(8):792–804.
83. Pfohl B, Stangl D, Zimmerman M. The implications of DSM-III personality disorders for patients with major depression. *Journal of Affective Disorders.* 1º de dezembro de 1984;7(3):309–18.
84. Silva BCM da. *Psicodinâmica e qualidade de vida do médico: um estudo transversal em Botucatu-SP.* 2013.
85. Zeigler-Hill V, Pratt D. Defense Styles and the Interpersonal Circumplex: The Interpersonal Nature of Psychological Defense [Internet]. ResearchGate. 2006 [citado 16 de julho de 2020]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/237781598_Defense_Styles_and_the_Interpersonal_Circumplex_The_Interpersonal_Nature_of_Psychological_Defense
86. Hong Zhang. Correlation of life events and psychological defense mechanism of depression patients with their sickness-- 《China Journal of Modern Medicine》 2010 年 09 期 [Internet]. 2010 [citado 13 de junho de 2020]. Disponível em: http://en.cnki.com.cn/Article_en/CJFDTotat-ZXDY201009020.htm
87. Kronström K, Salminen JK, Hietala J, Kajander J, Vahlberg T, Markkula J, et al. Does defense style or psychological mindedness predict treatment response in major depression? *Depress Anxiety.* 2009;26(7):689–95.
88. Hersoug AG, Sexton HC, Høglend P. Contribution of Defensive Functioning to the Quality of Working Alliance and Psychotherapy Outcome. *APT.* 1º de outubro de 2002;56(4):539–54.
89. Luborsky L, Mark D, Hole AV, Popp C, Goldsmith B, Cacciola J. Supportive-expressive dynamic psychotherapy of depression: A time-limited version. In: *Dynamic therapies for psychiatric disorders (Axis I).* New York, NY, US: Basic Books; 1995. p. 13–42.
90. Beck AT, Shaw BF, Emery G. *Terapia Cognitiva da Depressão.* Artmed; 1997.
91. Alves GDG da S, Silva R. *Efetividade terapêutica, personalidade marcadores bioquímicos em dois modelos de psicoterapia breve para depressão.* 2016.

92. Beck, Steer,, Brown. Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) | Iniciativa de Saúde Masculina [Internet]. 1996 [citado 29 de junho de 2020]. Disponível em: <https://www.brown.edu/academics/public-health/research/mens-health-initiative/bdiii>
93. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2012;34(4):389–94.
94. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV [Internet]. American Psychiatric Association; 2013. Disponível em: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
95. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1993;181(4):246–56.
96. Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, et al. Versão em português do Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. *Brazilian Journal of Psychiatry*. dezembro de 2004;26(4):255–8.
97. Blaya C. Tradução, adaptação e validação do Defensive Style Questionnaire. 2005;190.
98. Sousa HKC de, Rocha HRRP da, Alchieri JC. Evidências de validade convergente do Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. *Psicologia: teoria e prática*. 2012;14(3):88–100.
99. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Brazilian Journal of Psychiatry*. setembro de 2000;22(3):106–15.
100. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Dados com base no Levantamento Socioeconômico. [Internet]. 2003 [citado 14 de agosto de 2020]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
101. Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD. Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review. *J Affect Disord*. 12 de abril de 1996;37(2–3):157–70.
102. Williams R, Farquharson L, Rhodes E, Dang M, Fitzpatrick N, Quirk A, et al. Impact of co-morbid personality disorder on quality of inpatient mental health services for people with anxiety and depression. *Personal Ment Health*. 19 de maio de 2020;
103. Mergui J, Raveh D, Gropp C, Golmard J-L, Jaworowski S. Prevalence and characteristics of cluster B personality disorder in a consultation-liaison psychiatry practice. *Int J Psychiatry Clin Pract*. março de 2015;19(1):65–70.

104. McWilliams N. *Psychoanalytic Diagnosis, Second Edition: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. Edição: 2. The Guilford Press; 2011. 449 p.
105. Babl A, Grosse Holtforth M, Perry JC, Schneider N, Dommann E, Heer S, et al. Comparison and change of defense mechanisms over the course of psychotherapy in patients with depression or anxiety disorder: Evidence from a randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 1º de junho de 2019;252:212–20.

MODIFICAÇÕES ENTRE O PROJETO DE PESQUISA E O ARTIGO

Ao longo da pesquisa foram necessários alguns ajustes em relação à proposta inicial do projeto apresentado anteriormente. A amostra do projeto de pesquisa contemplava pacientes deprimidos com ou sem Transtornos de Personalidade (TPs). No artigo, optamos por delimitar nossa amostra a pacientes deprimidos com ou sem TPs do Cluster B, visando uma análise mais precisa.

Vale ressaltar que cada Cluster afeta o paciente de forma distinta em termos de gravidade de sintomatologia depressiva, assim como em outros aspectos psicossociais. Além disso, sabe-se que existe um padrão de defesas distinto de acordo com cada TP, que está associado ao seu funcionamento psicodinâmico. Tais evidências reforçam a importância de avaliar um único grupo de TPs com características semelhantes, sem generalizar seus efeitos a todos os TPs. Assim, optou-se pelo Cluster B devido a tendência de apresentar maior gravidade de sintomas depressivos, pior resposta terapêutica, além de maior dificuldade no manejo clínico. Desse modo, avaliar especificamente este grupo de transtorno possibilitou uma compreensão mais efetiva do real impacto das defesas de pacientes deprimidos com TPs do Cluster B sobre a resposta terapêutica.

PARTE II. ARTIGO CIENTÍFICO

Immature defense mechanisms predict worse psychotherapy response in major depressive patients with comorbid cluster-b personality disorder

Short Title: Immature defense in depressed patients

Carolina Rheingantz Scaini^a, Igor Soares Vieira, PhD^a, Rosiene Machado, PhD^a, Taiane de Azevedo Cardoso, PhD^{a,d}, Thaise Mondin, PhD^{a,c}, Luciano Souza, PhD^a, Mariane Lopez Molina, PhD^{a,b}, Karen Jansen, PhD^a, Ricardo Azevedo da Silva, PhD^a

^a Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

^b Faculdade Anhanguera do Rio Grande, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil

^c Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis, Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

^d Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences, McMaster University, Hamilton (ON), Canada

* Corresponding author

Ricardo Azevedo da Silva

Postgraduate Program in Health and Behavior (UCPel) - Centro, St. Gonçalves Chaves, 373, 424 C;

Zip-code 96015-560, Pelotas, RS, Brazil.

Email: ricardo.silva@ucpel.edu.br | Phone.: +55 53 991100198

*Artigo submetido e aprovado com correções menores no
Brazilian Journal of Psychiatry.*

ABSTRACT

Objective: To evaluate the impact of defense mechanisms at baseline on depressive symptoms at the end of brief psychotherapies and after six-month follow-up among depressed patients with and without Cluster B personality disorders (PDs).

Methods: This quasi-experimental study nested within randomized clinical trial included a clinical sample of adults (18–60 years) diagnosed with major depressive disorder (MDD) using the Mini International Neuropsychiatric Interview. The Millon Clinical Multiaxial Inventory III was applied to assess PD, the Defense Style Questionnaire 40 was used to analyze defenses, and the Beck Depression Inventory was used to measure the severity of depressive symptoms. Adjusted analysis was performed by linear regression.

Results: The final sample was consisted of 177 patients diagnosed with MDD, of which 39.5% had Cluster B PD. Only for those with PD, the immature defenses at baseline significantly predicted the persistence of depressive symptoms at post-intervention (adj. $r^2=0.501$; $\beta=0.530$; $p<0.001$) and at six-month follow-up (adj. $r^2=0.335$; $\beta=0.516$; $p<0.001$).

Conclusion: In depressed patients with PD Cluster B, the immature defenses were predictors of worse responses to brief therapies. The assessment of immature defenses at baseline can help identify patients at greater risk of presenting the worst therapeutic result and enable more appropriate treatment choices.

Keywords: Major depressive disorder. Depressive symptoms. Personality disorder. Defense mechanisms.

INTRODUCTION

Major Depressive Disorder (MDD), commonly known as depression, is among the main causes of incapacitation worldwide, affecting approximately 265 million people.¹ One of the most common comorbidities among depressed patients is personality disorder (PD), present in 38% to 85% of this population.²⁻⁷ PD is characterized as being a maladaptive pattern of personality functioning, which causes suffering and significant losses for the individual.⁸ The high prevalence of this comorbidity is a major public health problem, since it not only affects the treatment outcomes for the depression by doubling the risk of worse therapeutic responses,⁹ but

also increases twice the chances of suicide attempts and is associated with high mortality.¹⁰⁻¹²

PDs can be grouped into three clusters (A, B and C), according to their similar characteristics.¹³ Cluster B presents as central characteristics of being more dramatic, emotional, or erratic, and includes antisocial, histrionic, narcissistic, and borderline PDs.⁸ Previous studies have indicated that depressed patients with cluster B PDs respond differently to depression treatment, highlighting the need to assess this group of disorders separately.^{14, 15} The choice of cluster B is justified because these disorders present poorer therapeutic responses, with 71% lower remission of depressive symptoms after treatment for depression.¹⁶ In addition, these patients have a life expectancy of two decades less than the general population,^{17, 18} since cluster B PDs have been associated with high rates of self-harm, suicide, and emergency hospitalizations,¹² leading to overuse of healthcare services⁶ and greater difficulties in clinical management.^{11, 12}

One of the main components of the personality structure is the defense mechanisms, which help to understand its psychodynamic aspects.¹⁹ Defenses are unconscious mechanisms, characterized by protecting the individual against excessive anxiety from internal or external threats, preserving the maximum psychic balance.²⁰ They can be organized into mature, neurotic and immature defenses, according to the degree of maturity.²¹ Mature defenses are defined by a greater ability to adapt to reality, make it possible to move away threatening feelings, without distorting it.¹⁹ Neurotic defenses occur when conflicts are treated through an excess of anxiety and there is less control of the situation. Immature defenses keep painful affections out of consciousness through severe changes of oneself and of external reality.²²

Previous studies have reported that individuals who make greater use of immature defenses tend to exhibit more pathological personality traits,²³ worsening of depressive symptoms,^{24, 25} increased risk of suicide attempts,²⁶ impairments in interpersonal relationships,^{27, 28} in addition less adherence to treatments^{22, 29} and worst therapeutic response.³⁰ Although there is evidence that MDD coexisting with PDs, especially cluster B PDs, is associated with worse outcomes in the treatment of depression, the effect of the defense mechanisms underlying this therapeutic response is little known.¹⁵ A better understanding of the impact of defenses on the therapeutic response of individuals with Cluster B PDs may assist in the baseline assessment and contribute to the most adequate clinical management of these patients. Therefore, the

objective of this study was to evaluate the impact of the defense mechanisms at baseline on depressive symptoms at the end of brief psychotherapies and after six-month follow-up, among depressed patients with and without cluster B PDs.

METHODS

Study design and participants

This quasi-experimental study nested within a randomized clinical trial included adults (aged 18-60 years) diagnosed with MDD according to the Structured Clinical Interview for DSM-IV - Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (MINI Plus).¹³ From July 2012 to June 2015, the participants were recruited through advertisements in local community health centers and psychosocial assistance centers. This convenience sample included participants who voluntarily sought out the clinic, after learning about the research in the media or having been referred by mental health professionals. Those patients who were in current psychiatric or psychological treatment, at risk of suicide or who met the criteria for psychoactive substance abuse were excluded from the study.

We assessed 917 individuals for inclusion in the study. A total of 665 individuals did not meet the inclusion criteria. Therefore, the final sample consisted of 252 individuals, who were randomized between two models of brief psychotherapy: cognitive behavioral therapy (CBT) or the short-term psychodynamic psychotherapy (STPP).³¹ The CBT proposes that distorted or dysfunctional thinking, which influences mood and behavior, is common to all psychological disorders.³² For the STPP, we used a protocol proposed by Lester Luborsky's theory, the Time-limited Supportive Expressive Dynamic Psychotherapy.³¹ This model is based on the analysis of the central pattern of relationships followed by each person when conducting their interactions with others. The two main techniques used are supportive (developed by the therapist to create a positive, helpful, and empathic relationship with the patient) and expressive (used by the therapist to help the patient to express, to understand, and to change problems).

A researcher who was not involved in the assessment process or the psychotherapeutic interventions performed the randomization, raffling papers in a manila envelope to determine which psychotherapy model each participant would be allocated to. Thus, the team responsible for the baseline, post-intervention and six-

month of follow-up assessments was blind to the applied intervention model. Both interventions included seven 1-hour weekly sessions at the Hospital Universitario São Francisco de Paula, Pelotas, Brazil. Psychologists with clinical practice conducted the psychotherapy sessions. The therapists received two months of training in weekly 2-hour meetings. Posteriorly, were then supervised by two professionals in the field, with extensive experience in diagnosing mental disorders.

In our previous study with the same clinical trial data, the effectiveness of both models of psychotherapy in the treatment of depressive symptoms was verified in biochemical markers, regardless of the presence of PD.³³ Moreover, some other evidence suggests that either CBT or STPP has proven efficacy in the remission of MDD depressive symptoms.^{34, 35} Therefore, in the present study, the participants in both intervention models were grouped to obtain a higher statistical power for the studied the variables.

Posteriorly, a total of 75 individuals were excluded from the study: 10 did not start the treatment, 5 did not complete the Beck Depression Inventory-II (BDI), 42 did not complete the Defense Style Questionnaire (DSQ), and 18 did not complete the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III). Thus, 177 individuals started the treatment and, since 58 abandoned treatment and 7 either presented risk of suicide during treatment or used psychiatric medication, 112 concluded the psychotherapy. Also, 12 individuals were lost to follow-up due to change of address or telephone. Therefore, thus 93 patients went through a six-month follow-up after treatment, as shown in Figure S1.

Measures

The socioeconomic variables, mood disorders and PDs data were collected at baseline assessment of the study. In addition, we analyzed the scores of the defense mechanisms at baseline and the scores of depressive symptoms assessed at baseline, post-treatment and after six-month follow-up. The participants were interviewed to collect sociodemographic data (sex, age, education, skin color). Economic status was assessed using the Brazilian National Economic Index based on the Principal Component Analysis that included the 2000 Brazilian census.³⁶ This instrument is based on the accumulation of material goods and the education level of the head of the household, and it places the individuals into A, B, C, D and E socio-economic classes.

MDD was evaluated using the Mini-International Neuropsychiatric Interview-Plus (MINI-Plus). This instrument is a structural diagnostic interview designed for clinical practice.³⁷ It represents an appropriate alternative for patient evaluation, according to international criteria, in both clinical and epidemiological studies.³⁷ The Beck Depression Inventory-II (BDI) was used to detect depressive symptoms.³² Composed of 21 items that aim to assess the intensity of depression in populations and clinics. It is measure that assesses frequency and severity of depressive symptoms experienced by individuals. This is an instrument with good validity and reliability coefficients.³⁸ The BDI-II provides a unidimensional score. The original instrument demonstrated an excellent internal consistency, ranging from 0.91 to 0.93.³⁹ The Brazilian version of the BDI-II also showed excellent internal consistency ($\alpha=0.93$).³⁸ Many researchers also utilized the BDI-II to evaluate samples of outpatients, similar to the one in our study.⁴⁰⁻⁴²

The MCMI-III was used to assess PDs,⁴³ following the DSM-IV criteria.⁸ It consists of 175 statements, to which the individual must respond as "true" or "false". The MCMI-III scales can vary from 0 to 115, where the minimum prevalence that indicates the presence of PD is 85%. The PD patients included in this study were only those with Cluster B PDs (Antisocial, Histrionic, Narcissistic and Borderline). In the original version, internal consistency of the scales ranged from a minimum of 0.66 (Compulsive scale) to a maximum of 0.99 (Major Depressive Disorders).⁴³ In the Brazilian version of the MCMI-III, the Cronbach's alpha coefficients ranged from 0.54 to 0.87.⁴⁴ This instrument was also utilized by other studies that evaluate samples of depression outpatients.⁴⁵⁻⁴⁷

The Defense Style Questionnaire 40 (DSQ), proposed by Bond et al. (1983), was used to assess the defense mechanisms. This questionnaire is answered by the participant and seeks to identify the characteristic style of how they deal with conflict. Andrews et al. (1993) reorganized the instrument into 40 questions related to the defenses of the DSM-III.^{48, 49} Four of the defenses are related to the mature factor (sublimation, humor, anticipation, and suppression), four to the neurotic factor (undoing, pseudo-altruism, idealization and reaction formation) and twelve to the immature factor (projection, passive-aggression, acting-out, isolation, devaluation, "autistic fantasy", denial, displacement, dissociation, splitting, rationalization and somatization). Each item presents a 9-point Likert scale with responses ranging from 1 (strongly disagree) to 9 (strongly agree). The higher the score, the more predominant the defense mechanism

is. The scores of the factors are calculated by the average scores of the defenses that belong to each factor. The version adapted for Brazil has demonstrated good evidence of reliability.⁵⁰ It was evaluated with Cronbach's alpha coefficients of 0.68 for the mature style, 0.71 for the neurotic style, and 0.77 for the immature style. Test-retest reliability analysis determined coefficients of 0.68 for the mature style, 0.71 for the neurotic style, and 0.81 for the immature style. For the present study, reliability was estimated in terms of internal consistency using Cronbach's alpha with results of $\alpha = 0.58$, for the mature style; $\alpha = 0.84$, for the immature style, and $\alpha = 0.69$, for the neurotic style. Other studies with samples of depressed patients also made use of this instrument.⁵¹⁻⁵³

Statistical analysis

After the assessment instruments had been encoded at baseline, post-intervention, and after six-month follow-up, the data was double-entered into Epi-Info 6.04d software, with a subsequent data consistency check using the VALIDATE command. Statistical analysis was performed using the SPSS 22.0. The chi-squared test and the t-test were used to evaluate whether the sociodemographic and clinical characteristics of the sample were homogeneously distributed between the intervention models.

Hierarchical linear regression analyses were used to evaluate the association between the depressive symptoms and the immature defense mechanisms. The following covariates were sequentially entered in each analysis: gender, age, depressive symptoms at baseline and intervention model. Variables were required not to exceed variance inflation factor (VIF) values above 10. Outliers were also explored by applying the casewise diagnostics (more than three standard deviations below or above the mean). Also, we controlled all significant autocorrelation terms in the initial regression models and examined the Durbin-Watson statistic in the final adjusted models to determine the non-significance of first-order autocorrelation of the regression residuals. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

Ethical considerations

The project was approved by the Research Ethics Committee of the UCPEL (#46/2012). All patients were informed about the study objectives by the researchers and agreed to participate by signing an informed consent form.

RESULTS

Baseline data

The study sample consisted of 177 patients diagnosed with MDD. Among the patients, 77 (39.5%) had Cluster B PDs, while 100 (51.3%) had only MDD. The mean age was 35.66 ± 11.58 years, the majority were female (81.9%), had white skin color (81.4%), and had 9 or more years of study (74.6 %). As for the socioeconomic class, the majority belonged to classes C, D, or E (54.8%) (Table S1).

There was no significant difference between the intervention models regarding sociodemographic variables, depressive symptoms and DSQ subscales ($p > 0.05$). Comparisons at baseline were performed between individuals who dropped out and those who continued treatment. No significant differences were found in depressive symptoms, $t(75) = 0.772$; $p = 0.443$; DSQ-mature, $t(75) = -1.47$; $p = 0.145$; DSQ-neurotic $t(75) = 0.24$; $p = 0.811$; and DSQ-immature defense styles $t(75) = -0.762$; $p = 0.449$.

Considering the total sample, the mean severity of depressive symptoms was 32.16 ± 10.56 , with 11.3% ($n = 20$) of the patients presenting mild depression, 28.2% ($n=50$) presenting moderate depression and 60.5% ($n = 107$) presenting severe depression. Regarding defensive styles at baseline, the mean score for mature defenses was 4.52 ± 1.28 points, for neurotic defenses, 4.64 ± 1.19 , and for immature defenses, 4.30 ± 0.94 points.

The mean scores of neurotic defenses among depressed patients who had Cluster B PDs and those who had only depression was 4.85 ± 1.11 and 4.48 ± 1.23 points, respectively, this difference being statistically significant ($p = 0.042$). Likewise, the mean score of immature defenses at baseline among Cluster B PD patients was 4.53 ± 0.92 points, whereas in patients who had only depression it was 4.11 ± 0.93 points, with a statistically significant difference between both groups ($p = 0.003$) (Table S1).

Post-intervention and follow-up data

The results of the analysis of variables using pairwise comparison with Bonferroni correction showed significant improvement in depressive symptoms from baseline to post-intervention (mean diff = 12.72; SE = 1.79; $p < 0.001$) and from baseline to six-month follow-up (mean diff = 14.80; SE = 1.93; $p < 0.001$) assessments. However, there was no significant difference in depressive symptoms between post-intervention and six-month follow-up ($p = 0.811$) assessments (data not shown).

There was a significant improvement in DSQ-mature defense style from baseline to post-intervention (mean diff = -0.587; SE = 0.19; $p < 0.0013$), and from baseline to six-month follow-up (mean diff = -0.86; SE = 0.233; $p = 0.003$) assessments. However, it was not significantly different between the post-intervention and the six-month follow-up ($p = 0.611$) assessments. Moreover, DSQ-neurotic defense style was not significantly different between baseline, post-intervention and six-month follow-up ($p = 1.000$) assessments, nor between post-intervention and six-month follow-up ($p = 0.928$) assessments. Similarly, DSQ-immature defense style was not significantly different between baseline, post-intervention and six-month follow-up ($p > 0.05$) assessments, nor between post-intervention and six-month follow-up ($p = 1.000$) assessments (data not shown).

Table 2 shows the correlation between the scores of defense styles at baseline and depressive symptoms post-intervention and after six months follow-up. As for depressed patients without Cluster B PDs, no defense style factor showed statistically significant correlation with the persistence of depressive symptoms after the intervention. However, for those depressed patients with Cluster B PDs, only immature defenses showed statistically significant positive correlation with the persistence of depressive symptoms, both post-intervention ($r = 0.505$; $p < 0.001$) and after six months follow-up ($r = 0.54$; $p < 0.001$) (Table S2).

Figure S2 shows the linear regression between the immature defense mechanisms at baseline and depressive symptoms after psychotherapy. At post-intervention, after adjustments for age ($\beta = 0.106$; $p = 0.472$), gender ($\beta = 0.065$; $p = 0.649$), treatment conditions ($\beta = -0.041$; $p = 0.777$) and depressive symptoms at baseline ($\beta = 0.588$; $p < 0.001$), the DSQ-immature defense style at baseline significantly predicted the persistence of depressive symptoms (adj. $r^2 = 0.501$; $\beta = 0.530$; $p < 0.001$) only in patients with PD. Similarly, at six-month follow-up, after adjustments for age ($\beta = -0.010$; $p = 0.940$), gender ($\beta = 0.199$; $p = 0.115$), treatment

conditions ($\beta = 0.060$; $p = 0.635$) and depressive symptoms at baseline ($\beta = 0.407$; $p < 0.001$), the DSQ-immature defense style at baseline also significantly predicted the persistence of depressive symptoms (adj. $r^2 = 0.335$; $\beta = 0.516$; $p < 0.001$) only in patients with PD.

DISCUSSION

This study sought to expand knowledge about the impact of immature defenses of patients with PD (Cluster B) on depression after brief psychotherapies. The hypothesis that only in depressed PD patients the immature defenses at baseline would be associated with the persistence of depressive symptoms was confirmed, in both post-intervention and six-month of follow-up, even when adjusted for socio-demographic, clinical characteristics and type of psychotherapy.

Two previous studies that evaluated defenses at baseline as predictors of therapeutic outcome in patients with comorbid PD presented controversial results.^{30, 54} Contrary to our study, the research by Hersoug et al⁵⁴ observed that the use of immature defenses was not associated with the worst therapeutic result of patients with comorbid PD. It is assumed that this result was due both to the sample heterogeneity and the limited size ($n = 43$), as well as the way the defenses were analyzed, as the mature, neurotic, and immature defenses were grouped, not allowing the observation of the real impact of primitive defenses in response to treatment. However, the research carried out by Laaksonen et al³⁰ presented results that corroborate with our study, when observing that the use of immature defenses at baseline was a predictor of worse results in brief psychotherapies of patients with comorbid PD.

Our study also observed a significantly greater use of immature defenses in depressed patients with Cluster B PDs compared to those depressed patients without PDs. This result corroborates with one research that observed that there is a different defense profile in depressed patients with comorbidities, compared to those with only depression.⁵⁵ In the same way in comorbidities, that disorders coexist with each other and aggravate each other,⁵⁶⁻⁵⁸ the immature defenses linked to each psychopathology may overlap one other. Cluster B PDs patients make massive use of image-distorting defenses, such as splitting, omnipotence, denial, or externalizing defenses, such as excessive acting out,⁵⁹ while patients who have depression use more internalizing defenses, such as passive aggression, isolation, somatization⁶⁰ and projection.⁶¹ The

coexistence of these defenses may be associated with significantly greater use of immature defenses of depressed patients with cluster B PD in our study, compared to those without PD.

Thus, the results showed that one of the main factors responsible for the worst therapeutic response of patients with cluster B PD was this higher predominance of immature defenses, corroborating our initial hypothesis. Several characteristics of the predominant use of primitive defenses may contribute to this worse outcome in brief therapies, considering that immature defenses are related to greater experience distortion with the therapist, greater difficulty in understanding interventions, impairments in therapeutic alliance,^{29, 30} greater impulsivity and risk behaviors,^{12, 19, 26} leading to worse adherence to treatment.^{62, 63} In addition, studies show that patients who make predominant use of immature defenses tend to be more resistant to changes,^{19, 25, 54} demonstrating that long-term therapy can be more effective than short-term therapies.³⁰ Long-term therapies allow greater adaptive changes in defense mechanisms, which are necessary to achieve improvements in pathological aspects of personality,^{25, 64} and therefore, can bring more benefits to patients with cluster B PDs.⁶⁴

Furthermore, it is noteworthy that previous research has sought to explain other reasons for the lower remission of depressive symptoms in patients with cluster B. According to Jacob et al⁶⁵, cluster B patients have genetic variants that play a significant role in altering the results of mood disorders. These authors investigated an allelic variation of monoamine oxidase A (MAOA) activity, which was associated with the presence of cluster B PD.⁶⁵ These biological factors suggest an important difference in how cluster B patients physiologically process stressors and respond to interventions, which may explain the worst therapeutic outcomes of these patients.⁵⁷ Another explanation is that the childhood traumatic experiences that these patients usually suffer,^{19, 66} can lead to impairments in therapeutic alliance and therefore, on the treatment outcomes.^{19, 67, 68} Complementing as previous findings, other studies suggest that cluster B patients exhibit interpersonal chronic stress,⁶⁹ which in turn has been associated with greater severity of depressive symptoms.⁶⁹ Thus, the present study reveals a new possibility: the immature defenses of depressed patients with cluster B PD as predictors of low reduction of depressive symptoms.

Regarding the depressed patients without PD, the studies that have evaluated the defense mechanisms as predictors of therapeutic response^{70, 71} showed results that corroborate those obtained in our study. Interestingly, in the studies by Kronström and

Salminen⁷⁰, which included patients with mild MDD, in those by Van Henricus and Dekker⁷¹, with moderate MDD, as well as in our study, which treated patients with severe MDD, the immature defenses were not predictors of worse therapeutic outcomes in patients with MDD. One explanation for this finding is that a lower use of immature defenses observed in depressed patients without PD may be more flexible to the adaptive changes that occur during treatment,^{25, 72} causing a decrease in the impact of immature defenses at baseline and enabling better therapeutic response. This finding may be one of the reasons that clarify the best therapeutic outcome of depressed patients without PD compared to those with PD, as observed in a meta-analysis.⁹

It is noteworthy that in studies that evaluated defenses as predictors of therapeutic outcomes,^{30, 54, 70, 71} groups of depressed patients with PD were not evaluated compared to groups of depressed individuals without PD, just as the cluster B was not evaluated separately. It is known that there is an uneven effect of the defenses in each psychopathology,⁷³ and therefore it is necessary to evaluate them separately in each group of disorders. Nowadays, many disorders are defined according to their defenses.⁶³ Thus, the present study was the first to analyze immature defenses as predictors of therapeutic outcome in a group of depressed patients with Cluster B PDs, compared to depressed patients without Cluster B PDs.

Some limitations should be considered in understanding the results of the present study. First, the impact of the immature defenses of patients with Cluster B PDs on the outcome of long-term therapies has not been analyzed. Therefore, it is not known to what extent the immature defenses may also be considered predictors of outcomes in long-term therapies with these patients. Another limitation is that the convenience sample in our study, which did not allow generalizing of these results to patients without MDD. However, this feature can be considered a strong point in our findings, since it is valid for patients with MDD, as well as for those with comorbid PD. Another strong point is related to the methodology, as it is nested within randomized clinical trial. In addition, the assessments have been made by professionals trained for this purpose, giving high validity to the diagnostic process.

In conclusion, some points should be considered: First, a significantly higher predominance of immature defenses was observed in depressed patients with Cluster B PDs compared to depressed patients without cluster B PDs. Second, in patients diagnosed with depression without PD, the immature defenses were not predictors of worse therapeutic outcomes. Finally, only in depressed patients with Cluster B PDs the

immature defenses were significant predictors of worse therapeutic response in terms of persistence of depressive symptoms at post-intervention and six-month follow-up. These findings suggest the importance of assessing immature defenses at baseline to assist in the identification of patients who are at greater risk of having a worse therapeutic outcome, allowing for the choice of more appropriate interventions, and avoiding ineffective treatments. Thus, further studies are needed to corroborate our findings on the negative impact of immature defenses of depressed patients with PDs (Cluster B) on the response to brief therapies. Other studies that analyze the effect of the immature defenses of these patients with Cluster B PDs on long-term therapies may also be relevant.

REFERENCES

1. World Health Organization. Depression - Key facts [Internet]. 2020 [Cited 2021 August 13]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Kavanagh BE, Williams LJ, Berk M, Turner A, Jackson HJ, Mohebbi M, et al. Personality disorder and functioning in major depressive disorder: a nested study within a randomized controlled trial. *Braz J Psychiatry*. 2020;42:14-21.
3. Unger T, Hoffmann S, Köhler S, Mackert A, Fydrich T. Personality disorders and outcome of inpatient treatment for depression: a 1-year prospective follow-up study. *J Pers Disord*. 2013;27:636-51.
4. Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD. Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review. *J Affect Disord*. 1996;37:157-70.
5. Williams R, Farquharson L, Rhodes E, Dang M, Fitzpatrick N, Quirk A, et al. Impact of co-morbid personality disorder on quality of inpatient mental health services for people with anxiety and depression. *Personal Ment Health*. 2020;14:336-49.
6. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:1097-106.
7. Fava GA, Tomba E, Brakemeier EL, Carrozzino D, Cosci F, Eöry A, et al. Mental Pain as a Transdiagnostic Patient-Reported Outcome Measure. *Psychother Psychosom*. 2019;88:341-9.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
9. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T, Mulder R, Kool S, Dekker J, et al. Influence of personality on the outcome of treatment in depression: systematic review and meta-analysis. *J Personal Disord*. 2014;28:577-93.
10. Cailhol L, Riedi G, Mathur A, Czapla P, Charpentier S, Genestal M, et al. [Should hospitalization be required after the emergency discharge of patients with borderline personality disorder who have attempted suicide (FRENCH CRISIS cohort)?]. *L'Encephale*. 2014;40:289-94.
11. Mazer AK, Macedo BBD, Juruena MF. Personality disorders. *Medicina*. 2017;50:85-97.

12. Mergui J, Raveh D, Gropp C, Golmard JL, Jaworowski S. Prevalence and characteristics of cluster B personality disorder in a consultation-liaison psychiatry practice. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2015;19:65-70.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV.* 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
14. Candrian M, Schwartz F, Farabaugh A, Perlis RH, Ehlert U, Fava M. Personality disorders and perceived stress in major depressive disorder. *Psychiatry Res.* 2008;160:184-91.
15. Iacoviello BM, Alloy LB, Abramson LY, Whitehouse WG, Hogan ME. The role of cluster B and C personality disturbance in the course of depression: a prospective study. *J Pers Disord.* 2007;21:371-83.
16. George MP, Garrison GM, Merten Z, Heredia D, Jr., Gonzales C, Angstman KB. Impact of Personality Disorder Cluster on Depression Outcomes Within Collaborative Care Management Model of Care. *J Prim Care Community Health.* 2018;9:2150132718776877.
17. Fok ML, Hayes RD, Chang CK, Stewart R, Callard FJ, Moran P. Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *J Psychosom Res.* 2012;73:104-7.
18. Sansone RA, Sansone LA. Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innov Clin Neurosci.* 2013;10:39-43.9.
19. McWilliams N. *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*, 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011.
20. Freud A. *The ego and the mechanisms of defence.* 1st ed. London: Karnac and the Institute of Psycho-Analysis; 1966.
21. Vaillant GE. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: a 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Arch Gen Psychiatry.* 1971;24:107-18.
22. Vaillant GE. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *J Abnorm Psychol.* 1994;103:44-50.
23. Strandholm T, Kiviruusu O, Karlsson L, Miettunen J, Marttunen M. Defense Mechanisms in Adolescence as Predictors of Adult Personality Disorders. *J Nerv Ment Dis.* 2016;204:349-54.
24. Babl A, Grosse Holtforth M, Perry JC, Schneider N, Dommann E, Heer S, et al. Comparison and change of defense mechanisms over the course of psychotherapy

- in patients with depression or anxiety disorder: Evidence from a randomized controlled trial. *J Affect Disord.* 2019;252:212-20.
25. Perry JC, Bond M. Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and five-year outcome. *Am J Psychiatry.* 2012;169:916-25.
 26. Corruble E, Bronnec M, Falissard B, Hardy P. Defense styles in depressed suicide attempters. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2004;58:285-8.
 27. Silva BCM. Psicodinâmica e qualidade de vida do médico: um estudo transversal em Botucatu-SP [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.
 28. Zeigler-Hill V, Pratt D. Defense Styles and the Interpersonal Circumplex: The Interpersonal Nature of Psychological Defense. *J Psychiatry*; 2006.
 29. Fitzpatrick T. Primitive defenses and unilateral termination of psychotherapy: Are the lerner defense scales useful in predicting premature termination in psychotherapy? [dissertation]. Pittsburgh: Duquesne University; 2014..
 30. Laaksonen MA, Sirkiä C, Knekt P, Lindfors O. Self-reported immature defense style as a predictor of outcome in short-term and long-term psychotherapy. *Brain Behav.* 2014;4:495-503.
 31. Luborsky L, Mark D, Hole AV, Popp C, Goldsmith B, Cacciola J. Supportive-expressive dynamic psychotherapy of depression: A time-limited version. *Dynamic therapies for psychiatric disorders.* New York: Basic Books; 1995.
 32. Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. *Manual for the Beck Depression Inventory-II.* 2nd ed. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
 33. Alves GDGS. Efetividade terapêutica, personalidade marcadores bioquímicos em dois modelos de psicoterapia breve para depressão [dissertation]. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas; 2016.
 34. Cuijpers P, Berking M, Andersson G, Quigley L, Kleiboer A, Dobson KS. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Can J Psychiatry.* 2013;58:376-85.
 35. Lopes RT, Gonçalves MM, Machado PP, Sinai D, Bento T, Salgado J. Narrative therapy vs. cognitive-behavioral therapy for moderate depression: empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychother Res.* 2014;24:662-74.
 36. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Dados com base no Levantamento Socioeconômico [Internet]. 2021. [Cited by 2021 July 13]. <https://www.abep.org/criterio-brasil37>.

37. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2000;22:106-15.
38. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Braz J Psychiatry*. 2012;34:389-94.
39. Sprinkle SD, Lurie D, Insko SL, Atkinson G, Jones GL, Logan AR, et al. Criterion validity, severity cut scores, and test-retest reliability of the Beck Depression Inventory-II in a university counseling center sample. *J Couns Psychol*. 2002;49:381.
40. Wang J, Wu X, Lai W, Long E, Zhang X, Li W, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017;7:e017173.
41. Nasstasia Y, Baker AL, Lewin TJ, Halpin SA, Hides L, Kelly BJ, et al. Differential treatment effects of an integrated motivational interviewing and exercise intervention on depressive symptom profiles and associated factors: A randomised controlled cross-over trial among youth with major depression. *J Affect Disord*. 2019;259:413-23.
42. Freedland KE, Carney RM, Rich MW, Steinmeyer BC, Rubin EH. Cognitive Behavior Therapy for Depression and Self-Care in Heart Failure Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2015;175:1773-82.
43. Millon T, Davis R, Millon C. MCMI-III. Manual Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. 2nd ed. Minneapolis : National Computer Systems; 1994.
44. Magalhaes CL, Magalhaes ES, Noblitt R, Lewis J. Development and reliability of a Brazilian Portuguese version of the MCMI-III. *Psychol Rep*. 2012;110:991-1001.
45. Saulsman LM. Depression, anxiety, and the MCMI-III: construct validity and diagnostic efficiency. *J Pers Assess*. 2011;93:76-83.
46. Schweitzer I, Tuckwell V, Maguire K, Tiller J. Personality pathology, depression and HPA axis functioning. *Hum Psychopharmacol*. 2001;16:303-8.
47. Craigie MA, Saulsman LM, Lampard AM. MCMI-III personality complexity and depression treatment outcome following group-based cognitive-behavioral therapy. *J Clin Psychol*. 2007;63:1153-70.

48. Pichot P. DSM-III: the 3d edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders from the American Psychiatric Association. *Rev Neurol.* 1986;142:489-99.
49. Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, et al. [Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study]. *Braz J Psychiatry.* 2004;26:255-8.
50. Dreher CB. Tradução, adaptação e validação do Defensive Style Questinnnaire (DSQ-40) para o português brasileiro [dissertation]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
51. Perry JC, Banon E, Bond M. Change in Defense Mechanisms and Depression in a Pilot Study of Antidepressive Medications Plus 20 Sessions of Psychotherapy for Recurrent Major Depression. *J Nerv Ment Dis.* 2020;208:261-8.
52. Kramer U, de Roten Y, Perry JC, Despland JN. Change in defense mechanisms and coping patterns during the course of 2-year-long psychotherapy and psychoanalysis for recurrent depression: a pilot study of a randomized controlled trial. *J Nerv Ment Dis.* 2013;201:614-20.
53. Tabakci AS, Yildirim EA, Erkiran M, Aksoy UM, Sahan HE, Tuna O, et al. Temperament, Character, and Defense Mechanism Changes With Treatment in Depression: A 9-Month Naturalistic Follow-up. *J Nerv Ment Dis.* 2020;208:403-12.
54. Hersoug AG, Høglend P, Gabbard GO, Lorentzen S. The combined predictive effect of patient characteristics and alliance on long-term dynamic and interpersonal functioning after dynamic psychotherapy. *Clin Psychol Psychother.* 2013;20:297-307.
55. Yuan Y, Zhang XB, Wu AQ. Defense mechanisms in Chinese patients with comorbid anxiety and depression. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190:265-7.
56. Gunderson JG, Stout RL, Shea MT, Grilo CM, Markowitz JC, Morey LC, et al. Interactions of borderline personality disorder and mood disorders over 10 years. *J Clin Psychiatry.* 2014;75:829-34.
57. Young M. Treatment-Resistant Depression: The Importance of Identifying and Treating Co-occurring Personality Disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2018;41:249-61.
58. Köhling J, Ehrental JC, Levy KN, Schauenburg H, Dinger U. Quality and severity of depression in borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2015;37:13-25.

59. Perry JC, Presniak MD, Olson TR. Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. *Psychiatry*. 2013;76:32-52.
60. Waqas A, Rehman A, Malik A, Muhammad U, Khan S, Mahmood N. Association of Ego Defense Mechanisms with Academic Performance, Anxiety and Depression in Medical Students: A Mixed Methods Study. *Cureus*. 2015;7:e337.
61. Colovic O, Lecic Tosevski D, Perunicic Mladenovic I, Milosavljevic M, Munjiza A. Defense Mechanisms in "Pure" Anxiety and "Pure" Depressive Disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204:746-51.
62. Akram F, Naz MA. Ego defense mechanisms, medication adherence and self-management of the patients with type 2 diabetes. *J Pak Med Assoc*. 2021;71:624-8.
63. Gabbard, GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2014.
64. Lindfors O, Knekt P, Heinonen E, Härkänen T, Virtala E. The effectiveness of short- and long-term psychotherapy on personality functioning during a 5-year follow-up. *J Affect Disord*. 2015;173:31-8.
65. Jacob CP, Müller J, Schmidt M, Hohenberger K, Gutknecht L, Reif A, et al. Cluster B personality disorders are associated with allelic variation of monoamine oxidase A activity. *NPP*. 2005;30:1711-8.
66. Zhang T, Chow A, Wang L, Dai Y, Xiao Z. Role of childhood traumatic experience in personality disorders in China. *Compr Psychiatry*. 2012;53:829-36.
67. Baier AL, Kline AC, Feeny NC. Therapeutic alliance as a mediator of change: A systematic review and evaluation of research. *Clin Psychol Rev*. 2020;82:101921.
68. Bender DS. The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *J Psychiatr Pract*. 2005;11:73-87.
69. Daley SE, Hammen C, Burge D, Davila J, Paley B, Lindberg N, et al. Depression and Axis II symptomatology in an adolescent community sample: concurrent and longitudinal associations. *J Pers Disord*. 1999;13:47-59.
70. Kronström K, Salminen JK, Hietala J, Kajander J, Vahlberg T, Markkula J, et al. Does defense style or psychological mindedness predict treatment response in major depression? *Depress Anxiety*. 2009;26:689-95.
71. Van Henricus L, Dekker J, Peen J, Abraham RE, Schoevers R. Predictive value of self-reported and observer-rated defense style in depression treatment. *Am J Psychother*. 2009;63:25-39.

72. Babl A, Berger T, Grosse Holtforth M, Taubner S, Caspar F, Gómez Penedo JM. Disentangling within- and between-patient effects of defensive functioning on psychotherapy outcome using mixed models. *Psychother Res.* 2020;30:1088-100.
73. Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L, et al. Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Braz J Psychiatry.* 2006;28:179-83.

FIGURE LEGEND

Figure S1. Patient flow chart.

Figure S2. Linear regression between the immature defense mechanisms and depressive symptoms: (a) post intervention; (b) six-month follow-up.

TABLES

Table S1. Sociodemographic and clinical characteristics among depressed patients with and without Cluster B PDs (n = 177).

Variables	Sample Characteristics	With Cluster B PDs	Without Cluster B PDs	p-value
Age (years) [*]	35.66 ± 11.58	33.78 ± 10.57	37.11 ± 12.15	0.058
Sex [#]				0.449
Female	145 (81.9)	65 (84.4)	80 (80)	
Male	32 (18.1)	12 (15.6)	20 (20)	
Skin Color [#]				0.890
White	144 (81.4)	63 (81.8)	81 (81)	
No White	33 (18.6)	14 (18.2)	19 (19)	
Education [#]				0.883
up to 8 years of studies	45 (25.4)	20 (26)	25 (25)	
9 years or more of study	132 (74.6)	57 (74)	75 (75)	
Socioeconomic status [#]				0.952
A or B	80 (45.2)	35 (45.5)	45 (45)	
C, D or E	97 (54.8)	42 (54.5)	55 (55)	
BDI [*]	32.16 ± 10.56	33.72 ± 11.40	30.97 ± 9.77	0.085
DSQ [*]				
Matures	4.52 ± 1.28	4.53 ± 1.38	4.51 ± 1.20	0.916
Neurotics	4.64 ± 1.19	4.85 ± 1.11	4.48 ± 1.23	0.042
Immature	4.30 ± 0.94	4.53 ± 0.92	4.11 ± 0.93	0.003

Legend: Beck Depression Inventory-II (BDI); Defense Style Questionnaire (DSQ); ^{*}Student's t-test;

[#]Chi-squared test (X²)

Table S2. Correlation between defense mechanisms at baseline and depressive symptoms after the intervention and after six months of follow-up between depressed patients with and without Cluster B PDs (n = 177).

DSQ	WITHOUT CLUSTER B PDs				WITH CLUSTER B PDs			
	Post-intervention		Six-month follow-up		Post-intervention		Six-month follow-up	
	r	p-value	r	p-value	r	p-value	r	p-value
DSQ <i>mature</i>	-0.028	0.834	-0.300	0.612	-0.136	0.391	-0.167	0.253
DSQ <i>neurotic</i>	-0.186	0.154	-0.168	0.168	0.201	0.202	0.008	0.956
DSQ <i>immature</i>	0.073	0.580	0.016	0.898	0.505	<0.001	0.54	<0.001

Legend: Defense Style Questionnaire (DSQ); DSQ measures were used at baseline

FIGURES

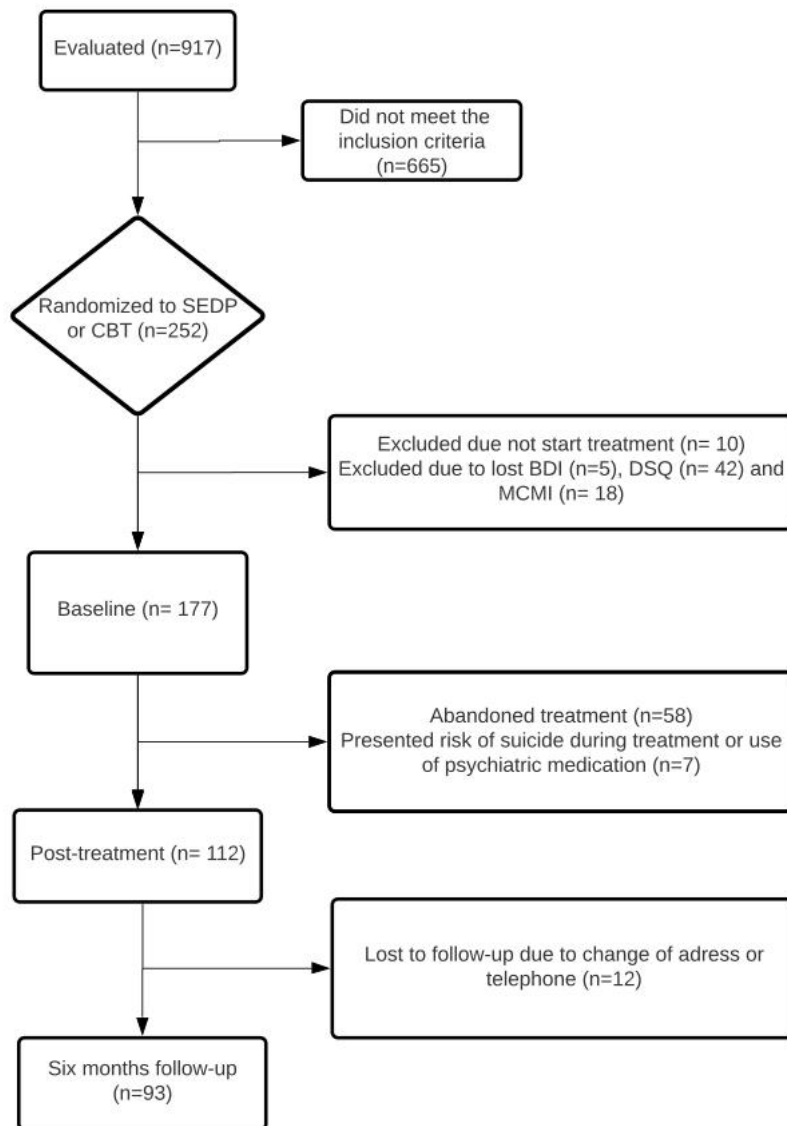


Figure S1. Patient flow chart.

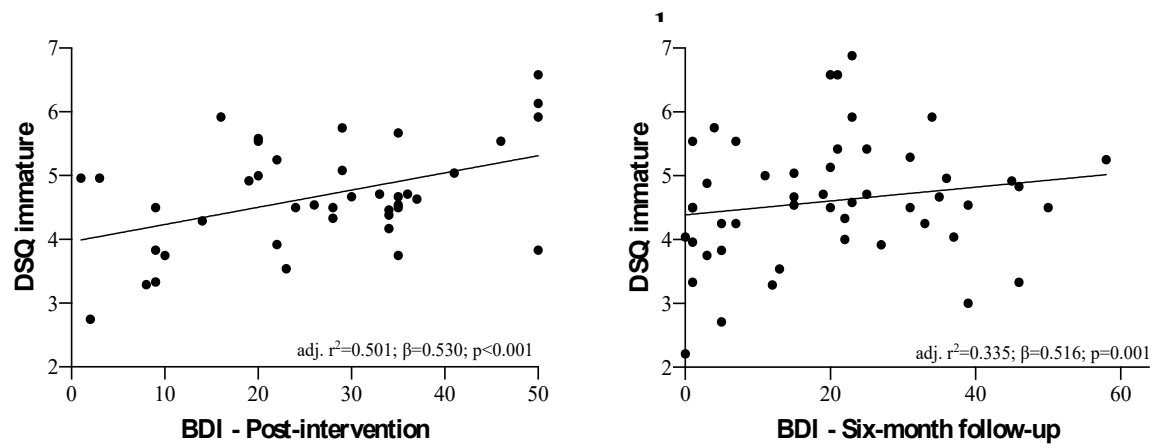


Figure S2. Linear regression between the immature defense mechanisms and depressive symptoms: (a) post intervention; (b) six-month follow-up.

PARTE III. CONCLUSÃO / CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação mostrou que a análise das defesas do paciente no processo inicial de avaliação pode ser útil para um diagnóstico e prognóstico mais adequado. Os achados do estudo apontam que o maior uso de defesas imaturas no *baseline*, além de fornecer um indicativo de TP comórbido, também prediz pior resposta terapêutica. Os resultados mostraram que os pacientes com TPs do Cluster B fizeram uso significativamente maior de defesas imaturas no *baseline* quando comparado aos pacientes sem TPs. Além disso, somente entre os indivíduos com TPs, o maior uso de defesas imaturas foi preditor de maior gravidade do quadro clínico do paciente em termos de persistência dos sintomas depressivos, tanto após psicoterapia breve, quanto aos seis meses de acompanhamento. Contrariamente, entre os pacientes sem TPs, o menor uso de defesas imaturas no *baseline* não foi associado ao pior resultado terapêutico. Desse modo, a partir do estudo foi possível confirmar a hipótese de que o maior uso de defesas imaturas entre os pacientes deprimidos com TPs do Cluster B, é uma das variáveis associadas a pior resposta terapêutica observada no tratamento desses indivíduos com comorbidade.

Almeja-se que este estudo possa contribuir para a conscientização dos profissionais de saúde sobre a importância da análise das defesas no *baseline*, como uma abordagem promissora para auxiliar em melhores estratégias de avaliação inicial e, assim, contribuir na escolha de intervenções que se adequem as reais condições clínicas dos pacientes. Espera-se que os resultados da presente dissertação possam auxiliar para a prevenção de tratamentos malsucedidos e, conseqüentemente, para a redução do uso excessivo de serviços de saúde por parte desses indivíduos. Pretende-se ainda contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas com essa temática, a fim de melhorar o manejo clínico desde o contato inicial com o paciente.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Glossário de mecanismos de defesa (DSQ-40) (95)

Defesas maduras

Sublimação – Obter gratificação de impulsos e retenção de metas, mas alterando uma meta ou objeto socialmente reprovável para um socialmente aceito. Permite que os instintos sejam canalizados ao invés de bloqueados ou reprimidos. Os sentimentos são reconhecidos, modificados e voltados em direção a um objeto ou meta significativos e uma pequena satisfação instintiva ocorre.

Humor – Usar humor para expressar abertamente sentimentos e pensamentos sem desconforto ou imobilização pessoal e sem produzir um efeito desagradável nos outros. Permite que a pessoa tolere e ainda assim focalize o que é terrível demais para ser suportado.

Antecipação – Antecipar realisticamente algum desconforto futuro. É voltado a uma meta e implica em um planejamento cuidadoso, preocupação ou antecipação afetiva, porém realista, de resultados calamitosos e potencialmente assustadores.

Supressão – O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos/externos, evitando deliberadamente pensar em problemas, desejos, sentimentos ou experiências perturbadoras.

Defesas neuróticas

Anulação – Lidar com o conflito emocional, estressores internos ou externos, mediante palavras ou comportamentos destinados a negar ou corrigir simbolicamente pensamentos, sentimentos ou ações inaceitáveis. O pensamento geralmente é onipotente e não está relacionado com a realidade.

Pseudoaltruísmo – O indivíduo ajuda o outro com o propósito de sentir-se (a si próprio) gratificado.

Idealização – Lidar com o conflito emocional, estressores internos ou externos, atribuindo a outros, qualidades positivas exageradas.

Formação reativa – Transformar um impulso ou sentimento inaceitáveis em seu oposto.

Defesas imaturas

Projeção - Atribuir os próprios sentimentos e desejos a uma outra pessoa devido a esses sentimentos internos serem intoleráveis ou dolorosos.

Agressão passiva – Expressar agressividade em relação a outros indiretamente através de passividade, masoquismo, e voltar-se contra si mesmo.

Acting out – Expressar um desejo ou impulso inconsciente através da ação, evitando tomar consciência de um afeto concomitante.

Isolamento – Dissociar ou separar uma ideia do afeto que a acompanha, e que é reprimido.

Desvalorização – Lidar com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo qualidades exageradamente negativas a si mesmo ou a outros.

Fantasia – Existe uma retirada para o mundo interno, o indivíduo lida com o conflito emocional, estressores internos ou externos, recorrendo às suas fantasias e devaneios, de forma a substituir relacionamentos, situações de caráter interpessoal ou resolução de problemas.

Negação – Evitar a percepção de algum aspecto doloroso da realidade, negando dados sensoriais. A negação abole a realidade externa.

Deslocamento – Mudar uma emoção, catexia de impulso de uma ideia ou objeto, para outro que se assemelha ao original em algum aspecto ou qualidade. Permite a representação simbólica da ideia ou objeto original por outro que evoca menos angústia. É comum em fobias.

Dissociação – Modificar temporária, mas drasticamente, o caráter de uma pessoa ou o próprio sentimento de identidade pessoal, para evitar angústia. Estados de fuga da realidade e reações de conversão histérica são exemplos de dissociação.

Cisão – Lidar com estressores internos ou externos cindindo em estados afetivos opostos, não consegue integrar as qualidades positivas e negativas, próprias ou dos outros, em imagens coerentes.

Racionalização – Oferecer explicações racionais em uma tentativa de justificar atitudes, crenças ou comportamentos que podem, de outro modo, ser inaceitáveis.

Somatização – Converter derivados psíquicos em sintomas corporais (reagir com manifestações somáticas ao invés de psíquicas).

APÊNDICE B

Glossário de transtornos de personalidade (MCMI) (40)

TP esquizoide - refere-se a um padrão de reações que, podem ser entendidas como uma ausência de necessidade de se relacionar, procuram passar despercebidos entre as pessoas.

TP esquizotípico - se refere a excentricidade, estranheza e mistério, de modo a sentir um desconforto agudo em relacionamentos íntimos, assim como exibe distorções cognitivas ou da percepção e comportamentos excêntricos.

TP paranoide - indivíduos que questionam toda e qualquer mensagem que lhes é passada, com desconfiança e suspeitas, de modo a interpretar as intenções alheias como maldosas, temor de que os outros lhes tomem vantagem.

TP antissocial - caracterizado por exibir desconsideração e violação dos direitos alheios e de regras e leis sociais. Manipulação dos outros para ganho pessoal.

TP *borderline* - se refere a instabilidade e impulsividade nos relacionamentos interpessoais, autoimagem e afetos.

TP histriônico - um padrão de emocionalidade intensa e busca de atenção em excesso. Usam constantemente sua aparência física, agindo de forma inadequadamente sedutora ou provocadora, para chamar a atenção dos outros. São facilmente influenciados pelos outros ou pelas circunstâncias.

TP narcisista - um padrão de grandiosidade aparente, necessidade de admiração e falta de empatia. Autoestima desregulada e frágil subjacente.

TP evitativo - se caracteriza por um funcionamento de inibição social e sentimento de inadequação com sensibilidade exagerada à possibilidade de críticas, desaprovação e humilhação.

TP dependente - um funcionamento de submissão e aderência ao outro, devido a uma necessidade excessiva de proteção e cuidados, de modo a se preocupar demasiadamente em errar e decepcionar as pessoas ao redor.

TP compulsivo - refere-se à preocupação com organização, perfeccionismo e controle, para evitar falhas, sem haver culpa.

TP sádico - busca causar sofrimento nos outros e obtém prazer a partir disso.

TP masoquista- busca por obstáculos na própria vida, de modo a procurar por sofrimento e necessitando falhar.

TP negativista - se caracteriza por insegurança frente às mudanças, não aceita controle externo e são contrários aos outros, exibindo ambivalência constante, assim como teimosia, irritabilidade e contrariedade.

TP depressivo - se refere a um humor triste, com frequentes autocríticas, se culpabilidade e visão de si como inadequado e inútil.

TP esquizoide - refere-se a um padrão de reações que, podem ser entendidas como uma ausência de necessidade de se relacionar, procuram passar despercebidos entre as pessoas.

TP esquizotípico - se refere a excentricidade, estranheza e mistério, de modo a sentir um desconforto agudo em relacionamentos íntimos, assim como exibe distorções cognitivas ou da percepção e comportamentos excêntricos.

TP paranoide - indivíduos que questionam toda e qualquer mensagem que lhes é passada, com desconfiança e suspeitas, de modo a interpretar as intenções alheias como maldosas, temor de que os outros lhes tomem vantagem.

TP antissocial - caracterizado por exibir desconsideração e violação dos direitos alheios e de regras e leis sociais. Manipulação dos outros para ganho pessoal.

TP *borderline* - se refere a instabilidade e impulsividade nos relacionamentos interpessoais, autoimagem e afetos.

TP histriônico - um padrão de emocionalidade intensa e busca de atenção em excesso. Usam constantemente sua aparência física, agindo de forma inadequadamente sedutora ou provocadora, para chamar a atenção dos outros. São facilmente influenciados pelos outros ou pelas circunstâncias.

TP narcisista - um padrão de grandiosidade aparente, necessidade de admiração e falta de empatia. Autoestima desregulada e frágil subjacente.

TP evitativo - se caracteriza por um funcionamento de inibição social e sentimento de inadequação com sensibilidade exagerada à possibilidade de críticas, desaprovação e humilhação.

TP dependente - um funcionamento de submissão e aderência ao outro, devido a uma necessidade excessiva de proteção e cuidados, de modo a se preocupar demasiadamente em errar e decepcionar as pessoas ao redor.

TP compulsivo - refere-se à preocupação com organização, perfeccionismo e controle, para evitar falhas, sem haver culpa.

TP sádico - busca causar sofrimento nos outros e obtém prazer a partir disso.

TP masoquista- busca por obstáculos na própria vida, de modo a procurar por sofrimento e necessitando falhar.

TP negativista - se caracteriza por insegurança frente às mudanças, não aceita controle externo e são contrários aos outros, exibindo ambivalência constante, assim como teimosia, irritabilidade e contrariedade.

TP depressivo - se refere a um humor triste, com frequentes autocríticas, se culpabilidade e visão de si como inadequado e inútil.

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações sobre o estudo ao participante

Esta folha informativa tem o objetivo de fornecer a informação suficiente para quem considerar participar neste estudo. Ela não elimina a necessidade do pesquisador de explicar, e se necessário, ampliar as informações nela contidas.

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que você possa ter.

Qual é o objetivo da pesquisa?

Conhecer aspectos da saúde e da funcionalidade da população que procura o Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental da UCPel. Havendo inicialmente uma avaliação psicológica que investigará a presença de transtornos mentais. Para medir possíveis alterações bioquímicas, será coletado sangue das pessoas com indicativo do transtorno. Assim, será possível entender melhor modificações de algumas substâncias durante alguma alteração emocional importante.

Como o estudo será realizado?

Será realizada uma avaliação psicológica e uma coleta de sangue do seu braço, na qual serão retirados 10 ml de sangue, o que não compromete a sua saúde. Esta coleta será realizada por pesquisadores da área da saúde devidamente treinados para tal função. Caso positivo para algum transtorno mental, será realizado encaminhado adequado.

Caso esteja em sofrimento psíquico e não preencha os critérios de inclusão no estudo, será encaminhado para o serviço de saúde apropriado.

Quais são os riscos em participar?

Os riscos ao participar são mínimos, a coleta de sangue pode causar mal-estar passageiro ou mancha roxa no local. O procedimento será feito com material esterilizado e descartável por profissionais da área da saúde. A coleta será feita para que sejam analisadas algumas substâncias que poderão estar alteradas em função da presença de transtornos mentais.

Item importante!

Você tem a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem fornecer um motivo, assim como pedir maiores informações sobre o estudo e o procedimento a ser feito. Isto de

maneira alguma irá influenciar na qualidade de seu atendimento neste local.

O que eu ganho com este estudo?

Você pode se beneficiar pelo tratamento proposto pela equipe de pesquisa que lhe é oferecido sem custo nenhum e de forma rápida, caso este seja o tratamento mais adequado. Sua colaboração neste estudo pode ajudar a aumentar o conhecimento científico sobre fatores relacionados aos transtornos, que poderão eventualmente beneficiar você ou outras pessoas. Ao saber melhor quais substâncias estão relacionadas à melhora do transtorno, um tratamento médico mais direcionado pode ser esperado no futuro.

Quais são os meus direitos?

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em jornais científicos ou submetidos à autoridade de saúde competente, mas você não será identificado por nome. Sua participação neste estudo é voluntária.

DECLARAÇÃO:

Eu,declaro que:

1. Concordo total e voluntariamente em fazer parte deste estudo.
2. Recebi uma explicação completa do objetivo do estudo, dos procedimentos envolvidos e o que se espera de mim. O pesquisador me explicou os possíveis problemas que podem surgir em consequência da minha participação neste estudo.
3. Inforei o pesquisador sobre medicamentos que estou tomando.
4. Concordo em cooperar inteiramente com o pesquisador supervisor.
5. Estou ciente de que tenho total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento e que esta desistência não irá, de forma alguma, afetar meu tratamento ou administração médica futura.
6. Estou ciente de que a informação nos meus registros médicos é essencial para a avaliação dos resultados do estudo. Concordo em liberar esta informação sob o entendimento de que ela será tratada confidencialmente.
7. Estou ciente de que não serei referido por nome em qualquer relatório relacionado a este estudo. Da minha parte, não devo restringir, de forma alguma, os resultados que possam surgir neste estudo.

Nome completo do paciente: _____

Assinatura do Paciente: _____

Data: __ / __ / ____

Assinatura do Pesquisador: _____

Para maiores informações entre em contato com Mariane Lopez pelos telefones: 81133404 / 84023356 / 91385835 / 21288404

Coordenador do projeto: Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento
Universidade Católica de Pelotas - Fone: 21288404 - 81180444

ANEXO B - Contrato Terapêutico – Psicoterapia Suportivo-Expressiva

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

CONTRATO TERAPÊUTICO

Este tratamento conta com 16 sessões semanais as quais terão duração de 50 minutos realizadas na Clínica Psicológica da Universidade Católica de Pelotas. É importante o esclarecimento de algumas regras, citadas abaixo, para que o tratamento seja desenvolvido da melhor forma possível.

1) **CONFIDENCIALIDADE** – **a)** Todas as informações fornecidas pelo paciente serão confidenciais. Será mantida em sigilo absoluto a identidade do mesmo, inclusive em caso de supervisões. Além disso, apenas o grupo de pesquisa participa de tais supervisões. Em casos onde seja identificado risco de suicídio ou risco quanto a outras pessoas (agressão, homicídio), o sigilo poderá ser quebrado através do contato com a família ou responsáveis. **b)** Todas as sessões serão gravadas, com consentimento do paciente. Porém, somente o terapeuta e o grupo de pesquisa terão acesso ao conteúdo das gravações e serão tomados todos os cuidados necessários para preservar o sigilo quanto a identidade do paciente e o que é falado na sessão.

2) **ASSISTÊNCIA** – É importante a presença em todas as sessões. O serviço é gratuito. Caso não seja possível o comparecimento, justificar com antecedência e comparecer a “sessão extra” a ser agendada em outro horário. O paciente que tiver 2 faltas consecutivas ou 3 faltas alternadas ao longo do tratamento será desligado do processo terapêutico.

3) **PONTUALIDADE** – É fundamental para o andamento adequado das sessões.

4) **RESPEITO** – Não existirá nenhum julgamento ou preconceito com relação às opiniões, atitudes e comportamentos, as quais serão acolhidas com total respeito por terapeutas.

5) **PARTICIPAÇÃO** – **a)** No decorrer do processo terapêutico, terão sessões específicas em que o paciente responderá alguns instrumentos. O paciente será avisado com antecedência pelo terapeuta sobre qual será a sessão em que ocorrerão estes questionamentos, para que o mesmo se organize para ficar mais tempo na Clínica Psicológica. Ou seja, nesses casos o tempo de sessão poderá aumentar para aproximadamente 1h30. O terapeuta não terá acesso

aos instrumentos que falem sobre ele, sendo de fundamental importância a sua sinceridade ao respondê-los. **b)** Haverão sessões específicas em que será solicitado ao paciente que compareça pela manhã para fazer a coleta de sangue. Os riscos dessa coleta são mínimos, como descrito no termo de consentimento. Além disso, todos os cuidados para preservação do sigilo quanto ao material biológico serão tomados. O paciente será avisado com antecedência dessas sessões e será instruído quanto a qualquer solicitação (por exemplo: jejum).

6) AVALIAÇÕES PSICOLÓGICAS – Além da avaliação psicológica realizada na primeira sessão e ao longo das 16 sessões, terão duas avaliações que serão realizadas aos seis e doze meses após concluído o tratamento.

7) AUTONOMIA – A sua participação neste estudo é voluntária e você pode desistir do tratamento em qualquer momento. Porém, mesmo nesse caso, por se tratar de um estudo de acompanhamento, entraremos em contato para realizarmos as avaliações psicológicas.

Eu, _____ declaro que fui esclarecido(a) sobre o tratamento e os itens do contrato terapêutico acima e aceito participar do estudo de forma voluntária.

Nome completo do paciente: _____

Assinatura do Paciente: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do pesquisador: _____

Para maiores informações entrar em contato com Giovanna Silva pelo telefone 81249333.

Coordenador do projeto: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento

Universidade Católica de Pelotas

Fone: 21288404 - 91330050

ANEXO C - Contrato Terapêutico – Psicoterapia Cognitivo-Comportamental

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

CONTRATO TERAPÊUTICO

Este tratamento conta com 14 sessões semanais as quais terão duração de 50 minutos realizadas na Clínica Psicológica da Universidade Católica de Pelotas. É importante o esclarecimento de algumas regras, citadas abaixo, para que o tratamento seja desenvolvido da melhor forma possível.

1) **CONFIDENCIALIDADE** – **a)** Todas as informações fornecidas pelo paciente serão confidenciais. Será mantida em sigilo absoluto a identidade do mesmo, inclusive em caso de supervisões. Além disso, apenas o grupo de pesquisa participa de tais supervisões. Em casos onde seja identificado risco de suicídio ou risco quanto a outras pessoas (agressão, homicídio), o sigilo poderá ser quebrado através do contato com a família ou responsáveis. **b)** Todas as sessões serão gravadas, com consentimento do paciente. Porém, somente o terapeuta e o grupo de pesquisa terão acesso ao conteúdo das gravações e serão tomados todos os cuidados necessários para preservar o sigilo quanto a identidade do paciente e o que é falado na sessão.

2) **ASSISTÊNCIA** – É importante a presença em todas as sessões. O serviço é gratuito. Caso não seja possível o comparecimento, justificar com antecedência e comparecer a “sessão extra” a ser agendada em outro horário. O paciente que tiver 2 faltas consecutivas ou 3 faltas alternadas ao longo do tratamento será desligado do processo terapêutico.

3) **PONTUALIDADE** – É fundamental para o andamento adequado das sessões.

4) **RESPEITO** – Não existirá nenhum julgamento ou preconceito com relação às opiniões, atitudes e comportamentos, as quais serão acolhidas com total respeito por terapeutas.

5) **PARTICIPAÇÃO** – **a)** No decorrer do processo terapêutico, terão sessões específicas em que o paciente responderá alguns instrumentos. O paciente será avisado com antecedência pelo terapeuta sobre qual será a sessão em que ocorrerão estes questionamentos, para que o mesmo se organize para ficar mais tempo na Clínica Psicológica. Ou seja, nesses casos o tempo de sessão poderá aumentar para aproximadamente 1h30. O terapeuta não terá acesso

aos instrumentos que falem sobre ele, sendo de fundamental importância a sua sinceridade ao respondê-los. Por favor, faça sempre as tarefas e leituras pedidas pelo terapeuta. Isto ajudará, e muito, o entendimento daquilo que será debatido no momento da sessão. **b)** Haverão sessões específicas em que será solicitado ao paciente que compareça pela manhã para fazer a coleta de sangue. Os riscos dessa coleta são mínimos, como descrito no termo de consentimento. Além disso, todos os cuidados para preservação do sigilo quanto ao material biológico serão tomados. O paciente será avisado com antecedência dessas sessões e será instruído quanto a qualquer solicitação (por exemplo: jejum).

6) AVALIAÇÕES PSICOLÓGICAS – Além da avaliação psicológica realizada na primeira sessão e ao longo das 14 sessões, terão duas avaliações que serão realizadas aos seis e doze meses após concluído o tratamento.

7) AUTONOMIA – A sua participação neste estudo é voluntária e você pode desistir do tratamento em qualquer momento. Porém, mesmo nesse caso, por se tratar de um estudo de acompanhamento, entraremos em contato para realizarmos as avaliações psicológicas.

Eu, _____ declaro que fui esclarecido(a) sobre o tratamento e os itens do contrato terapêutico acima e aceito participar do estudo de forma voluntária.

Nome completo do paciente: _____

Assinatura do Paciente: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do pesquisador: _____

Para maiores informações entrar em contato com Giovanna Silva pelo telefone 81249333.
Coordenador do projeto: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento
Universidade Católica de Pelotas
Fone: 21288404 – 91330050

ANEXO D – Carta de aprovação no Comitê de Ética

PROJETO DE PESQUISA

Título: PROCESSO TERAPÊUTICO EM PSICOTERAPIAS PARA DEPRESSÃO

Área Temática:

Pesquisador: RICARDO AZEVEDO DA SILVA

Versão: 1

Instituição: SOCIEDADE PELOTENSE DE ASSISTENCIA
E CULTURA (SPAC)

CAAE: 02855312.6.0000.5339

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 66006

Data da Relatoria: 19/07/2012

Apresentação do Projeto:

A depressão é um importante foco das políticas públicas de saúde, tendo em vista a elevada prevalência na população geral e os prejuízos à qualidade de vida e capacidade produtiva dos indivíduos. Estudos mostram extensa redução da qualidade de vida, com incapacidades, disfunções e prejuízos na vida do indivíduo e de seus familiares. Este projeto insere-se no esforço que vem sendo realizado para elaborar e investigar estratégias de tratamento psicológico sem ignorar os aspectos fisiopatológicos envolvidos nos transtornos de humor visando a aplicabilidade dos modelos de intervenção no serviço público de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar a eficácia e efetividade dos modelos de intervenção propostos para a remissão de sintomas depressivos, a regulação das alterações neuroquímicas e do ritmo biológico e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes; Verificar a integração genética-resiliência sobre a remissão de sintomas depressivos e a regulação das alterações neuroquímicas. Com isso, o projeto propõe a observação de características sócio-demográficas, psicológicas e genéticas associadas ao abandono terapêutico e ao insucesso das intervenções. Como resultado destas observações, busca-se compreender o impacto de aspectos da personalidade, estilo defensivo e aliança terapêutica na eficácia e efetividade dos modelos de intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco refere-se a piora ou recorrência do quadro depressivo.

E termos institucionais o benefício consiste nas melhorias do modelo de atenção psicossocial dos portadores de depressão. Em relação a formação profissional da equipe o projeto permitirá a observação mais acurada sobre parâmetros psicológicos e biológicos da depressão que trará subsídios para elencar um conjunto mínimo de habilidades e conhecimentos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é de grande relevância científica e social por abordar um importante foco das políticas públicas de saúde, que é a Depressão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto satisfaz todos os itens necessários na proposta de um projeto de pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo.

PELOTAS, 02 de Agosto de 2012

Assinado por:
VILSON JOSE LEFFA

ANEXO E – Instrumentos

Questionário com variáveis sociodemográficas e **Classificação da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEPE)**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO
AMBULATÓRIO DE PESQUISA E EXTENSÃO EM SAÚDE MENTAL

- 1- Número do entrevistador: _____
- 2- REC do entrevistado: _____
- 3- Qual o seu gênero? (0) Feminino (1) Masculino
- 4- Qual a data do seu nascimento? ____/____/____
- 5- Quantos anos completos o (a) Sr (a) tem? _____
- 6- Qual a sua raça? (0) Branca (1) Não branca
- 7- Tu estás estudando (ou estudaste) este ano? (0) não (1) sim
- 8- Tu já estudaste na escola alguma vez? (0) não (1) sim
- 9- Em que série tu estás? _____ De que grau? _____
- 10- Até que série completaste (foste aprovado)? _____ De que grau? _____
- 11- Alguma vez tu trabalhaste recebendo dinheiro ou alguma coisa em troca?
(0) não (1) sim
- 12- Que idade tu tinhas na primeira vez em que trabalhaste recebendo dinheiro ou alguma coisa em troca? _____
- 13- Estás trabalhando atualmente? (0) não (1) sim
- 14- Você é casado (a), namora ou possui um companheiro (a)? (0) não (1) sim
- 15- Se sim, ele (a) mora na mesma casa que você? (0) não (1) sim

ABEP 2012

14- Qual a escolaridade do chefe da família? _____

15 - Em sua casa tem...?

- a) Televisão em cores () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais
- b) Rádio () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais
- c) Banheiro () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais
- d) Automóvel () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais
- e) Empregada mensalista () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais
- f) Aspirador de pó () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais
- g) Máquina de lavar () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais
- h) Vídeo cassete e/ou DVD () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais
- i) Geladeira () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais
- j). Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) () 0 () 1
() 2 () 3 () 4 ou mais

M.I.N.I. PLUS +

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM-IV-TR

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.L. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim
Correção: Cláudio Drews Jr.

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

M.I.N.I. Plus 5.0.0 (Março, 2010)

-1-

Inventário de Depressão de Beck II (BDI – II)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, a que melhor descrever o modo como você tem se sentido **nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje**. Escolha uma afirmação em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha aquela que tiver o número mais alto neste grupo.

Tristeza

- (0) Não me sinto triste.
- (1) Eu me sinto triste grande parte do tempo.
- (2) Estou triste o tempo todo.
- (3) Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.

Pessimismo

- (0) Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.
- (1) Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.
- (2) Não espero que as coisas dêem certo para mim.
- (3) Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.

Fracasso passado

- (0) Não me sinto um(a) fracassado(a).
- (1) Tenho fracassado mais do que deveria.
- (2) Quando penso no passado vejo muitos fracassos.
- (3) Sinto que como pessoa sou um fracasso total.

Perda de prazer

- (0) Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas que eu gosto.
- (1) Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.
- (2) Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.
- (3) Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.

Sentimentos de culpa

- (0) Não me sinto particularmente culpado(a).
- (1) Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que eu fiz e/ou que deveria ter feito.
- (2) Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.

(3) Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.

Sentimentos de punição

(0) Não sinto que estou sendo punido(a).

(1) Sinto que posso ser punido(a).

(2) Eu acho que serei punido(a).

(3) Sinto que estou sendo punido(a).

Auto-estima

(0) Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).

(1) Perdi a confiança em mim mesmo(a).

(2) Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).

(3) Não gosto de mim.

Autocrítica

(0) Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.

(1) Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.

(2) Eu me critico por todos os meus erros.

(3) Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.

Pensamentos ou desejos suicidas

(0) Não tenho nenhum pensamento de me matar.

(1) Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.

(2) Gostaria de me matar.

(3) Eu me mataria se tivesse oportunidade.

Choro

(0) Não choro mais do que chorava antes.

(1) Choro mais agora do que costumava chorar.

(2) Choro por qualquer coisinha.

(3) Sinto vontade de chorar, mas não consigo.

Agitação

(0) Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.

(1) Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.

(2) Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).

(3) Estão tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.

Perda de interesse

(0) Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.

(1) Estou menos interessado(a) pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.

(2) Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.

(3) É difícil me interessar por alguma coisa.

Indecisão

(0) Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.

(1) Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.

(2) Tenho muito mais dificuldades em tomar decisões agora do que antes.

(3) Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.

Desvalorização

(0) Não me sinto sem valor.

(1) Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.

(2) Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.

(3) Eu me sinto completamente sem valor.

Falta de energia

(0) Tenho tanta energia hoje como sempre tive.

(1) Tenho menos energia do que costumava ter.

(2) Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.

(3) Não tenho energia suficiente para nada.

Alterações no padrão de sono

(0) Não percebi nenhuma mudança no meu sono.

(1a) Durmo um pouco mais do que o habitual.

(1b) Durmo um pouco menos do que o habitual.

(2a) Durmo muito mais do que o habitual.

(2b) Durmo muito menos do que o habitual.

(3a) Durmo a maior parte do dia

(3b) Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

Irritabilidade

- (0) Não estou mais irritado(a) do que o habitual.
- (1) Estou mais irritado(a) do que o habitual.
- (2) Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.
- (3) Fico irritado(a) o tempo todo.

Alterações de apetite

- (0) Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.
- (1a) Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.
- (1b) Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.
- (2a) Meu apetite está muito menor do que antes.
- (2b) Meu apetite está muito maior do que antes.
- (3a) Não tenho nenhum apetite.
- (3b) Quero comer o tempo todo.

Dificuldade de concentração

- (0) Posso me concentrar tão bem quanto antes.
- (1) Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.
- (2) É muito difícil para mim manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
- (3) Eu acho que não consigo me concentrar em nada.

Cansaço ou fadiga

- (0) Não estou mais cansado(a) ou fadigado(a) do que o habitual.
- (1) Fico cansado(a) ou fadigado(a) mais facilmente do que o habitual.
- (2) Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer as muitas das coisas que costuma fazer.
- (3) Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

Perda de interesse por sexo

- (0) Não notei nenhuma mudança recente no meu interesse por sexo.
- (1) Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.
- (2) Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.
- (3) Perdi completamente o interesse por sexo.

Defense Style Questionnaire (DSQ-40)

Nome: _____

Idade: _____ Prontuário: _____

Este questionário consiste de 40 afirmativas relacionadas a como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa e assinale sua resposta, de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5 indicaria que você nem concorda e nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente e um escore de 9 que você concorda fortemente.

1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros, e se isto é tirado de mim, eu ficaria deprimido.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

2. Eu sou capaz de manter um problema fora da minha cabeça até que eu tenha tempo para lidar com ele.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas como pintura e marcenaria.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo facilmente.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

6. As pessoas tendem a me tratar mal.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que esta pessoa seja

ajudada do que punida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

9. Eu ignoro o perigo como se eu fosse o super-homem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

10. Eu me orgulho da minha capacidade de saber colocar as pessoas no seu devido lugar.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

11. Eu frequentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

13. Eu sou uma pessoa muito inibida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

15. Eu tenho talentos especiais que me permitem levar a vida sem problemas.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

18. Eu não tenho medo de nada.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

20. Eu fico muito agressivo quando fico magoado.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

22. Tanto quanto eu sei, as pessoas são boas ou más.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

24. Eu conheço alguém que pode fazer tudo e que é absolutamente correto e justo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

26. Eu frequentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

27. Eu fico com dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

28. Eu frequentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito irritado.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

33. Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

34. Frequentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

35. Se eu puder saber com antecedência que vou ficar triste mais adiante, eu poderei

lidar melhor com a situação.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

37. Frequentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

38. Me manter muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu procuraria alguém que tivesse tido o mesmo problema.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

Inventário Clínico Multiaxial de Millon (III)

MCMI-III

INSTRUÇÕES

1. As páginas seguintes contêm diversas afirmações que as pessoas utilizam para se descreverem e que o/a ajudarão a caracterizar os seus sentimentos e atitudes. Procure ser o mais sincero/a possível nas suas escolhas.
2. Não se preocupe se algumas das frases lhe parecerem pouco comuns. Elas estão incluídas no questionário para descreverem pessoas com problemas muito variados. Quando concordar com a afirmação ou considerar que ela o/a descreve, marque V (Verdadeiro). Se discordar da afirmação ou considerar que ela não o/a descreve marque F (Falso). Tente responder a todas as afirmações mesmo que não esteja muito seguro da sua escolha. Se pensou suficientemente bem, e mesmo assim não se conseguir decidir, marque F.
3. Não há limite de tempo para preencher este questionário, mas é preferível que responda o mais rapidamente que lhe seja possível.
4. Os resultados deste questionário são estritamente confidenciais.

1.	Ultimamente, sinto-me sem forças, mesmo logo de manhã.	V	F
2.	Dou grande valor às normas e às regras porque são um bom guia.	V	F
3.	Gosto de fazer tantas coisas diferentes que não sei por onde começar.	V	F
4.	Sinto-me quase sempre fraco/a.	V	F
5.	Sei que sou uma pessoa superior às outras e por isso não me preocupo com o que pensam.	V	F
6.	As pessoas nunca apreciaram suficientemente as coisas que tenho feito.	V	F
7.	Se a minha família me obriga ou pressiona é provável que me zangue e resista a fazer o que eles querem.	V	F
8.	As pessoas riem-se de mim nas minhas costas, comentam a minha aparência e o que faço.	V	F
9.	Frequentemente critico as pessoas que me aborrecem.	V	F
10.	Raramente exteriorizo as poucas emoções que tenho.	V	F
11.	Tenho dificuldade em manter o equilíbrio quando ando.	V	F
12.	Mostro fácil e rapidamente as minhas emoções.	V	F
13.	A minha dependência de drogas causou-me bastantes problemas no passado.	V	F
14.	Algumas vezes posso ser bastante duro/a e mesquinho/a com a minha família.	V	F
15.	As coisas que me correm bem não duram muito tempo.	V	F
16.	Sou uma pessoa muito agradável e submissa.	V	F
17.	Quando era adolescente tive muitos problemas na escola por causa do meu mau comportamento.	V	F
18.	Tenho medo de me aproximar muito de outra pessoa porque posso acabar por ser ridicularizado/a ou envergonhado/a.	V	F
19.	Parece que escolho amigos que acabam por me tratar mal.	V	F
20.	Desde crianças que tenho pensamentos tristes em grande parte da minha vida.	V	F
21.	Gosto de namoriscar com pessoas do sexo oposto.	V	F
POR FAVOR, CONTINUE NA PÁGINA SEGUINTE			

22.	Sou uma pessoa muito instável e continuamente mudo de opiniões e sentimentos.	V	F
23.	Beber álcool nunca me causou problemas sérios no trabalho.	V	F
24.	Desde há alguns anos que me sinto um fracassado/a.	V	F
25.	Com frequência, sinto-me culpado/a sem razão.	V	F
26.	Os outros invejam as minhas capacidades.	V	F
27.	Quando posso escolher, prefiro fazer as coisas sozinho/a.	V	F
28.	Penso que o comportamento da minha família devia ser estritamente controlado.	V	F
29.	As pessoas normalmente pensam que sou reservado/a e sério/a.	V	F
30.	Ultimamente, comecei a sentir desejo de atirar e partir coisas.	V	F
31.	Acho que sou uma pessoa especial que precisa de uma atenção especial dos outros.	V	F
32.	Estou sempre a procurar fazer novos amigos.	V	F
33.	Se alguém me criticasse por cometer um erro, rapidamente lhe apontaria os seus próprios erros.	V	F
34.	Ultimamente tenho os “nervos à flor da pele”.	V	F
35.	Frequentemente deixo de fazer coisas porque tenho medo de não as fazer bem.	V	F
36.	Muitas vezes, expresso a minha raiva e o meu mau humor, mas depois sinto-me terrivelmente culpado/a por isso.	V	F
37.	Muitas vezes, perco a capacidade de sentir sensações em partes do meu corpo.	V	F
38.	Faço o que quero sem me preocupar com as consequências que isso tenha para os outros.	V	F
39.	Tomar as chamadas “drogas ilegais” pode ser indesejável e nocivo, mas reconheço que precisei delas no passado.	V	F
40.	Sou uma pessoa inibida e medrosa.	V	F
41.	Tenho feito muitas coisas estúpidas, por impulso, que acabaram por me causar grandes problemas.	V	F
	POR FAVOR, CONTINUE NA PÁGINA SEGUINTE		

42.	Nunca perdoo um insulto, nem esqueço uma situação embaraçosa que alguém me tenha causado.	V	F
43.	Frequentemente sinto-me triste ou tenso/a depois de me ter ocorrido algum acontecimento bom.	V	F
44.	Sinto-me muito triste e deprimido/a a maior parte do tempo.	V	F
45.	Faço sempre o possível para agradar às pessoas, mesmo quando não gosto delas.	V	F
46.	Sempre tive menos interesse pelo sexo do que a maioria das pessoas.	V	F
47.	Tenho sempre tendência a culpar-me quando as coisas correm mal.	V	F
48.	Há muito tempo que decidi que o melhor é ter pouco a ver com as pessoas.	V	F
49.	Desde criança que sempre tive de estar atento/a às pessoas que tentavam enganar-me.	V	F
50.	Não suporto as pessoas “sabichonas” que sabem tudo e pensam que podem fazer qualquer coisa melhor do que eu.	V	F
51.	Quando as coisas são aborrecidas gosto de provocar algo interessante ou divertido.	V	F
52.	Tenho um problema com o álcool que nos tem criado problemas, a mim e à minha família.	V	F
53.	O castigo nunca me impediu de fazer o que queria.	V	F
54.	Muitas vezes sinto-me muito alegre e animado/a, sem nenhum motivo aparente.	V	F
55.	Nas últimas semanas senti-me exausto/a e esgotado/a, sem nenhum motivo especial.	V	F
56.	Ultimamente tenho-me sentido muito culpado/a, porque já não consigo fazer nada bem feito.	V	F
57.	Considero-me uma pessoa muito sociável e extrovertida.	V	F
58.	Nas últimas semanas fiquei muito nervoso/a.	V	F
59.	Controlo muito bem o meu dinheiro para estar preparada em caso de necessidade.	V	F
60.	Simplesmente, não tive a sorte que os outros tiveram na vida.	V	F
	POR FAVOR, CONTINUE NA PÁGINA SEGUINTE		

61.	Algumas ideias andam às voltas na minha cabeça sem parar, e não consigo esquecê-las	V	F
62.	Nos últimos dois anos tenho-me sentido muito desanimado/a e triste com a vida.	V	F
63.	Durante anos muita gente tem vindo a espiar a minha vida privada.	V	F
64.	Não sei porquê, mas às vezes digo coisas cruéis para fazer os outros sofrer.	V	F
65.	No último ano viajei no oceano Atlântico mais de trinta vezes.	V	F
66.	No passado, o hábito de abusar de drogas levou-me a faltar ao trabalho.	V	F
67.	Tenho muitas ideias avançadas para os tempos actuais.	V	F
68.	Ultimamente tenho de pensar nas coisas vezes sem conta, sem nenhum motivo.	V	F
69.	Evito a maioria das situações sociais porque acho que as pessoas vão criticar-me ou “rebaixar-me”.	V	F
70.	Muitas vezes penso que não mereço as coisas boas que me acontecem.	V	F
71.	Quando estou sozinho/a sinto, frequentemente, a presença de alguém perto que não pode ser visto.	V	F
72.	Sinto-me desorientado/a, sem objectivos e sem saber para onde vai a minha vida.	V	F
73.	Frequentemente, permito que os outros tomem decisões importantes por mim.	V	F
74.	Não consigo dormir, e levanto-me tão cansado/a como quando me deito.	V	F
75.	Ultimamente tenho suado muito e sinto-me muito tenso/a.	V	F
76.	Tenho tido pensamentos estranhos dos quais gostaria de me ver livre.	V	F
77.	Tenho muitas dificuldades para controlar o impulso de beber em excesso.	V	F
78.	Mesmo quando estou acordado/a parece que não noto as pessoas que me rodeiam.	V	F
79.	Estou frequentemente irritado/a e mal-humorado/a.	V	F
80.	Tenho facilidade em fazer muitos amigos.	V	F
81.	Tenho vergonha de alguns dos abusos que sofri quando era jovem.	V	F
POR FAVOR, CONTINUE NA PÁGINA SEGUINTE			

82.	Tento sempre ter a certeza de que o meu trabalho está bem planeado e organizado.	V	F
83.	O meu humor parece mudar de um dia para o outro.	V	F
84.	Tenho falta de confiança em mim mesmo/a.	V	F
85.	Não culpo ninguém que se aproveite de quem o permita.	V	F
86.	Ultimamente tenho-me sentido muito triste e melancólico/a e não consigo sair desse estado.	V	F
87.	Muitas vezes, aborreço-me com as pessoas que fazem as coisas devagar.	V	F
88.	Nunca me isolo quando estou numa festa ou reunião.	V	F
89.	Estou atento/a à minha família para saber em quem posso ou não confiar.	V	F
90.	Por vezes, sinto-me confuso/a e preocupado/a quando as pessoas são simpáticas comigo.	V	F
91.	O consumo das chamadas drogas ilegais tem-me causado discussões familiares.	V	F
92.	Estou sozinho/a a maior parte do tempo e prefiro assim.	V	F
93.	Alguns membros da minha família dizem que sou egoísta e só penso em mim próprio/a.	V	F
94.	As pessoas podem fazer-me mudar de ideias facilmente, mesmo quando penso que já tomei uma decisão.	V	F
95.	Com frequência, as pessoas irritam-se comigo quando lhes dou ordens.	V	F
96.	No passado, as pessoas diziam que eu era demasiado/a interessado/a e que me entusiasmava por demasiadas coisas.	V	F
97.	Acredito no ditado popular “deitar cedo e cedo erguer, dá saúde e faz crescer”.	V	F
98.	Os meus sentimentos em relação às pessoas importantes da minha vida oscilam, muitas vezes, entre o amor e o ódio.	V	F
99.	Quando estou numa reunião social, em grupo, quase sempre, me sinto tenso/a e contido/a.	V	F
100.	Penso que não sou diferente dos meus pais e que, até certo ponto, me tenha transformado num/a alcoólico/a.	V	F
POR FAVOR, CONTINUE NA PÁGINA SEGUINTE			

101.	Acho que não assumo as responsabilidades familiares tão seriamente como devia.	V	F
102.	Desde criança que tenho vindo a perder o contacto com a realidade.	V	F
103.	Há pessoas mal intencionadas que tentam, com frequência, aproveitar-se daquilo que faço ou penso.	V	F
104.	Não posso experienciar muito prazer porque não acredito merecê-lo.	V	F
105.	Tenho pouco interesse em fazer amigos.	V	F
106.	Houve períodos da minha vida em que estava tão contente e em que usei tanta energia que depois me senti muito desanimado/a.	V	F
107.	Perdi completamente o apetite e a maioria das noites tenho dificuldades em dormir.	V	F
108.	Preocupo-me muito que me deixem sozinho/a e que tenha de cuidar de mim mesmo/a.	V	F
109.	A recordação de uma experiência muito perturbadora do meu passado continua presente nos meus pensamentos.	V	F
110.	No ano passado apareci na capa de várias revistas.	V	F
111.	Parece que perdi o interesse na maioria das coisas em que tinha prazer, como o sexo.	V	F
112.	Desde muito jovem que tenho estado abatido/a e triste na minha vida.	V	F
113.	Tive problemas com a lei várias vezes.	V	F
114.	Uma boa forma de evitar erros é manter uma rotina para fazer as coisas.	V	F
115.	Frequentemente as pessoas culpam-me de coisas que não fiz.	V	F
116.	Tive que ser realmente duro com algumas pessoas para as manter afastadas.	V	F
117.	As pessoas pensam que, às vezes, falo de coisas estranhas e diferentes.	V	F
118.	Tem havido vezes em que não posso passar o dia sem tomar drogas.	V	F
119.	As pessoas têm tentado fazer-me acreditar que estou doido/a.	V	F
120.	Faria algo desesperado para impedir que uma pessoa que gosto me abandonasse.	V	F
121.	Tenho ingerido compulsivamente alimentos, algumas vezes por semana.	V	F
POR FAVOR, CONTINUE NA PÁGINA SEGUINTE			

122.	Parece que desperdiço as boas oportunidades que se cruzam no meu caminho.	V	F
123.	Tem-me sido sempre difícil deixar de me sentir deprimido/a e triste.	V	F
124.	Quando estou sozinho/a e longe de casa frequentemente começo a sentir-me tenso/a e entro em pânico.	V	F
125.	Às vezes as pessoas aborrecem-se comigo porque dizem que falo muito ou demasiado rápido para elas.	V	F
126.	Hoje, a maioria das pessoas com sucesso, têm sido sortudas ou desonestas.	V	F
127.	Não me relaciono com outras pessoas a não ser que esteja seguro/a de que vou gostar delas.	V	F
128.	Sinto-me profundamente deprimido/a, sem nenhuma razão aparente.	V	F
129.	Passados anos, continuo a ter pesadelos com um acontecimento que senti como uma ameaça real para a minha vida.	V	F
130.	Já não tenho energia para me concentrar nas minhas actividades diárias.	V	F
131.	Beber álcool ajuda-me quando me sinto deprimido/a.	V	F
132.	Odeio pensar em algumas das formas como fui abusado/a quando era criança.	V	F
133.	Mesmo em alturas favoráveis continuo sempre com medo que as coisas possam correr mal.	V	F
134.	Algumas vezes, quando as coisas começam a correr mal na minha vida, sinto-me como se estivesse louco ou fora da realidade.	V	F
135.	Estar sozinho/a, sem a ajuda de alguém próximo de quem possa depender, é algo que me assusta realmente.	V	F
136.	Acho que gastei mais dinheiro do que devia comprando "drogas ilegais".	V	F
137.	Confirmo sempre que conclui o meu trabalho antes de uma pausa para uma actividade de lazer.	V	F
138.	Noto que as pessoas falam de mim quando passo por elas.	V	F
139.	Invento muito bem desculpas quando me meto em problemas.	V	F
140.	Acho que há uma conspiração contra mim.	V	F
141.	Sinto que a maioria das pessoas têm uma má opinião sobre mim.	V	F
	POR FAVOR, CONTINUE NA PÁGINA SEGUINTE		

142.	Frequentemente sinto que não há nada dentro de mim, como se estivesse vazio e oco.	V	F
143.	Algumas vezes, depois de comer, provoico o vômito.	V	F
144.	Acho que me esforço muito para conseguir que os outros admirem as coisas que faço ou digo.	V	F
145.	Passo a vida a preocupar-me com coisas insignificantes.	V	F
146.	Questiono-me sempre sobre a verdadeira razão pela qual as pessoas são especialmente agradáveis comigo.	V	F
147.	Alguns pensamentos surgem repetitivamente na minha mente.	V	F
148.	São poucas as coisas que me dão prazer na vida.	V	F
149.	Sinto-me com medo e tenho dificuldade em conciliar o sono devido a recordações dolorosas, sobre um acontecimento passado, que surgem repetitivamente na minha cabeça.	V	F
150.	Pensar no futuro, no início de cada dia faz-me sentir terrivelmente deprimido/a.	V	F
151.	Nunca me consegui libertar da sensação de que não tenho valor para os outros.	V	F
152.	Tenho problemas com a bebida que tenho tentado resolver sem sucesso.	V	F
153.	Alguém tem tentado controlar a minha mente.	V	F
154.	Tentei suicidar-me.	V	F
155.	Estou disposto/a a passar fome e a ficar ainda mais magro/a do que estou.	V	F
156.	Não compreendo porque é que algumas pessoas me sorriem.	V	F
157.	Não vi nenhum carro nos últimos dez anos.	V	F
158.	Fico muito tenso/a com as pessoas que não conheço bem, porque podem querer fazer-me mal.	V	F
159.	Alguém teria que ser muito excepcional, para compreender as minhas capacidades especiais.	V	F
160.	Actualmente, a minha vida continua afectada por "imagens mentais" de algo terrível que me aconteceu.	V	F
	POR FAVOR, CONTINUE NA PÁGINA SEGUINTE		

161.	Parece que crio situações com outras pessoas, nas quais acabo magoado/a ou me sinto rejeitado/a.	V	F
162.	Frequentemente, perco-me nos meus pensamentos e esqueço-me do que está a acontecer em meu redor.	V	F
163.	As pessoas dizem que sou magro/a, mas acho que as minhas coxas e o meu rabo são muito grandes.	V	F
164.	Existem acontecimentos terríveis, do meu passado, surgem repetitivamente para me perseguir nos meus pensamentos e sonhos.	V	F
165.	Não tenho amigos íntimos além da minha família.	V	F
166.	Quase sempre actuo rapidamente e não penso nas coisas tanto como devia.	V	F
167.	Tenho muito cuidado em manter a privacidade da minha vida, de forma, a que ninguém possa aproveitar-se de mim.	V	F
168.	Frequentemente, oiço coisas com tanta clareza, que isso me incomoda.	V	F
169.	Estou sempre disposto/a a ceder numa rixa ou desacordo porque receio o aborrecimento ou a rejeição dos outros.	V	F
170.	Repito certos comportamentos, uma e outra vez, algumas vezes para reduzir a minha ansiedade e outras para evitar que algo de mau me aconteça.	V	F
171.	Recentemente, tenho pensado muito a sério em isolar-me.	V	F
172.	Os outros dizem que sou uma pessoa muito formal e moral.	V	F
173.	Ainda me aterrorizo quando penso experiência traumática que vivenciei há alguns anos.	V	F
174.	Apesar de ter medo de fazer amizades gostaria de ter mais do que as que tenho.	V	F
175.	Algumas pessoas supostamente minhas amigas gostariam de me prejudicar.	V	F

Confirme, por favor, se não deixou nenhuma resposta por responder.

OBRIGADO