

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

---

**PEDRO VIEIRA DA SILVA MAGALHÃES**

**IMPACTO DO ESTILO DEFENSIVO NA  
PSICOTERAPIA BREVE DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

---

PELOTAS

2006

**PEDRO VIEIRA DA SILVA MAGALHÃES**

**IMPACTO DO ESTILO DEFENSIVO NA  
PSICOTERAPIA BREVE DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Dissertação apresentada ao curso de pós-graduação  
em Saúde e Comportamento da Universidade  
Católica de Pelotas como requisito parcial à  
obtenção do título de Mestre

Orientador: Prof Dr Ricardo Tavares Pinheiro

**PELOTAS**

**2006**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

---

Pelotas, 25 de setembro de 2006

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer às pessoas que contribuíram para que este trabalho pudesse ser completo.

Em primeiro lugar, ao meu orientador, o Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro por ter proporcionado um ambiente de crescimento e discussão de idéias durante minha passagem pelo programa. Este espaço permitiu que eu enxergasse melhor as direções daqui para a frente.

Aos meus queridos colegas, Augusto Duarte Faria, Camila Moreira Osório e Renata Mendes Muenzer. Sem a companhia deles, não teria sido possível chegar aqui.

Aos professores Paulo Luís Rosa Sousa e Ricardo Azevedo da Silva, pelo carinho e riqueza de suas contribuições. Também à Flávia Jonas, sem a qual o caos seguramente teria prevalecido em nossos documentos e nossas cabeças.

A toda a equipe da pesquisa, pelo envolvimento e dedicação. Este trabalho não teria existido sem Caroline Reinhardt, Daniele Mesquita, Danielle Tavares, Isane Cardoso, Ivelissa da Silva, Karen Jansen, Luciana Quevedo e Russélia Godoy.

Às Dr.<sup>as</sup> Gisele Gus Manfro e Carolina Blaya, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela postura absolutamente científica em sua presteza em partilhar informações.

À minha família e, claro, à Cibele, por acreditarem tão fortemente no meu trabalho que nem me dão a chance de hesitar.

Finalmente, um agradecimento especial a todos aqueles que, podendo ser um obstáculo, não o foram.

## LISTA DE TABELAS, QUADROS E ILUSTRAÇÕES

Quadro. Características dos estudos clínicos que investigaram o impacto do estilo defensivo na aliança terapêutica.....	5
Tabela 1. Características de base das pacientes incluídas no estudo.....	14
Tabela 2. Definição do estilo defensivo predominante baseada nas medianas dos escores dos estilos defensivos e relação bivariada com as variáveis de desfecho.....	17
Figura 1. Escores iniciais do fator imaturo do Defense Style Questionnaire (DSQ) categorizados em 6 grupos e média final do Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) e Beck Anxiety Inventory (BAI).....	15
Figura 2. Evolução da aliança terapêutica (Working Alliance Inventory) e estilo defensivo imaturo (Defense Style Questionnaire) dicotomizado.....	16
Figura 3. Estilo defensivo predominante e possíveis desfechos ao final do tratamento.....	18

## LISTA DE ABREVIATURAS

ANOVA – Análise de variância

ANCOVA – Análise de co-variância

BAI – *Beck Anxiety Inventory*

BDI – *Beck Depression Inventory*

DPP – Depressão pós-parto

DSQ – *Defense Style Questionnaire*

EPDS – *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

IC – Intervalo de confiança

MINI – *Mini-International Neuropsychiatric Interview*

OR – *Odds ratio*

TCC – Terapia cognitivo-comportamental

TCR – Terapia construtivista-relacional

WAI – *Working Alliance Inventory*

## SUMÁRIO\*

LISTA DE TABELAS, QUADROS E ILUSTRAÇÕES.....	v
LISTA DE ABREVIATURAS.....	vi
RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	x
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Sobre a depressão pós-parto e seu tratamento psicoterapêutico	
1.2. Seleção diferencial de tratamento	
1.3. Mecanismos de defesa	
1.4. A aliança terapêutica: importância e relação com os mecanismos de defesa	
1.5. Objetivos	
2. MÉTODO.....	7
2.1. Participantes	
2.2. Instrumentos	
2.3. Procedimento	
2.4. Intervenção	
2.5. Análise estatística	

---

\* Documento redigido em acordo com as normas para elaboração de documentos científicos da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT)

3. RESULTADOS.....	13
3.1. Características da amostra	
3.2. Mecanismos de defesa e variáveis pré-tratamento	
3.3. Mecanismos de defesa e desfecho	
3.4. Mecanismos de defesa e aliança terapêutica	
3.5. Mudança nos estilos defensivos	
3.6. Uma hierarquia para os estilos defensivos?	
4. DISCUSSÃO.....	19
5. CONCLUSÕES.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
ANEXOS.....	29
ARTIGO “Impact of defense style on brief psychotherapy of postpartum depression”.....	74

MAGALHÃES, Pedro Vieira da Silva. Impacto do estilo defensivo na psicoterapia breve da depressão pós-parto. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comportamento). Universidade Católica de Pelotas.

## RESUMO

**OBJETIVO:** Avaliar o impacto dos estilos defensivos no desfecho da psicoterapia breve da depressão pós-parto e a relação dos mesmos com a aliança terapêutica. **MÉTODO:** Ensaio clínico randomizado, comparando a eficácia de duas intervenções breves para depressão pós-parto. Investigaram-se os mecanismos de defesa e aliança terapêutica mediante o Defense Style Questionnaire e o Working Alliance Inventory. O desfecho principal foi o score na Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ao final de 7 sessões. Também foram avaliados sintomas ansiosos e permanência em tratamento. **RESULTADOS:** Foram incluídas 59 pacientes; 46 completaram todas as sessões e 65,4% responderam ao tratamento (EPDS<10). Não houve correlação entre os estilos defensivos e os domínios da aliança em qualquer sessão. O uso intenso de defesas imaturas esteve relacionado à manutenção de sintomas depressivos e ansiosos ao final do tratamento, mesmo quando controlados para paridade e classe social. Os resultados tenderam a confirmar uma hierarquia que vai de um estilo imaturo a um estilo maduro. **CONCLUSÕES:** Uso intenso de defesas imaturas indicou mau prognóstico em psicoterapia breve, independentemente da aliança terapêutica, reforçando a possibilidade que sejam variáveis importantes para seleção sistemática para tratamento.

**Palavras chave:** mecanismos de defesa, depressão pós-parto, psicoterapia breve, aliança terapêutica, prognóstico.

MAGALHÃES, Pedro Vieira da Silva. Impact of defense style on brief psychotherapy of postpartum depression. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comportamento). Universidade Católica de Pelotas.

### ABSTRACT

**OBJECTIVE:** In this study, we evaluated the impact of defense style on outcome and its relation to the therapeutic alliance. **METHOD:** Women with postpartum depression were allocated to a brief psychotherapeutic intervention. To evaluate defense style and the alliance, the Defense Style Questionnaire and the Working Alliance Inventory were employed. The main outcome was the final score on the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS); anxiety and retention in treatment were also evaluated **RESULTS:** 59 patients were included; forty-six completed the therapy and 65.4% responded (EPDS<10). Intense use of immature defenses was related to the maintenance of depression and anxiety at endpoint, even when controlled for parity and social class. Results tended to confirm a hierarchy of defense styles. There were no significant correlations with the alliance measures at any sessions. **CONCLUSIONS:** Intense use of immature defenses was a factor of poor prognosis in psychotherapy, independently of the alliance, which strengthens their status as important variables for treatment selection.

**Keywords:** defense mechanisms, postpartum depression, cognitive psychotherapy, therapeutic alliance, prognosis.

# I. INTRODUÇÃO

## *1.1. Sobre a depressão pós-parto e seu tratamento psicoterapêutico*

Mulheres em idade fértil têm alto risco para depressão maior. Durante o período perinatal, especialmente, a depressão pode ter consequências devastadoras não somente para a mulher, como para toda a sua família (Gaynes et al, 2005). A depressão pós-parto (DPP) é freqüente em nosso meio, ocorrendo em aproximadamente 20% das mulheres (Moraes et al, 2006). Além disso, parceiros de mulheres com DPP têm risco elevado de sofrer episódio depressivo (Pinheiro et al, 2006), e há prejuízo no crescimento da criança, especialmente em países em desenvolvimento (Patel et al, 2004).

Embora os antidepressivos possam ser eficazes na DPP, existem preocupações em relação a seu uso devido a transmissão pelo leite materno e possíveis efeitos tóxicos no desenvolvimento (Weissman et al, 2004). Além disso, em estudos qualitativos, as puérperas têm preferido tratamentos psicossociais (Boath et al, 2004; Oates et al, 2004).

Ensaio clínico randomizado recente investigaram a eficácia de diversos modelos terapêuticos, geralmente breves, na DPP, incluindo a terapia cognitivo-comportamental, a psicoterapia interpessoal e diversas formas de terapias de apoio. Estes estudos tem sido consistentes em apontar maior eficácia das psicoterapias quando comparadas com cuidados de rotina em atenção primária (Stuart et al, 2003; Ricardo T. Pinheiro, comunicação pessoal\*).

## *1.2. Seleção diferencial de tratamento*

Atualmente, há confiança que as psicoterapias em geral sejam melhores que nenhuma intervenção para transtornos psiquiátricos (Kopta et al, 1999; Robinson et al, 1990). Assim, a

---

\* Baseado em resultados não publicados de meta-análise de ensaios clínicos randomizados de psicoterapias para depressão pós-parto. Apresentada no Programa de Pós-Graduação da Universidade Ramon Llull em março de 2006.

questão em estudos de desfecho em psicoterapia passou a se relacionar a uma seleção sistemática de tratamento, ou seja, que terapias, em que condições e para quais pacientes têm máxima eficácia. Beutler e Clarkin (1990) propõem quatro classes diretamente relevantes à seleção de tratamento: contexto, variáveis da relação paciente-terapeuta, estratégias e técnicas de tratamento, e variáveis predisponentes do paciente. Estas últimas são aquelas características do paciente e seu meio no momento em que entram em tratamento. Podem ser agrupadas, por sua vez, em três classes: diagnóstico, características pessoais e circunstâncias externas.

Assim, algumas características pessoais do paciente vêm-se apresentando como relevantes ao prognóstico do tratamento em revisões sistemáticas. No caso da terapia cognitiva da depressão, elevada gravidade de sintomas, cronicidade, número prévio de episódios, baixa idade e altos níveis de atitudes disfuncionais são preditores de resposta pobre ao tratamento (Hamilton, 2004). Em psicoterapias psicodinâmicas, qualidade das relações objetais, motivação para a mudança e inclinação psicológica foram preditoras do desfecho (Valbak, 2004).

### *1.3. Mecanismos de defesa*

Presentemente, há renovada atenção ao estudo científico dos mecanismos de defesa (Cramer, 2000). Isso possivelmente se deve ao desenvolvimento de novos métodos de aferição (por medidas auto-aplicáveis, avaliação de entrevistas clínicas, narrativas e métodos projetivos), bem como à demonstração de uma organização hierárquica de estilos defensivos (Vaillant, 1994).

A concepção de mecanismos de defesa já estava presente nos primeiros artigos de Sigmund Freud, nos quais ele descrevia uma operação mental (a repressão) que mantinha pensamentos e afetos dolorosos fora da consciência (Freud, 1893; Freud, 1937). A maioria dos mecanismos de defesa discutidos no momento foram descritos por Freud e sua filha em um período de 40 anos. O termo mecanismo de defesa se refere a uma operação mental que ocorre

fora da consciência e tem a função de proteger o indivíduo de ansiedade excessiva. A proteção do *self* – ou auto-estima – tem sido vista como uma outra função (Cramer, 1998). Ainda que incipiente, pesquisa neurobiológica sobre defesas específicas tem surgido nos últimos anos; um exemplo é a ativação cerebral diferencial produzida por experiência, deslocamento ou negação de ansiedade revelada em estudo de neuro-imagem (Gottschalk et al, 2001).

O estilo defensivo tem sido visto como variável importante de mudança no processo terapêutico, especialmente nas terapias dinâmicas. Poucos estudos até o momento, no entanto, avaliaram quantitativamente a mudança no estilo defensivo durante psicoterapia da depressão e o impacto em seu desfecho; todos avaliaram o efeito de terapias dinâmicas (Bond & Perry, 2004; Hoglend & Perry, 1998; Perry, 2001; Piper et al, 1985). É possível, entretanto, que o estilo defensivo seja relevante para a seleção de tratamento independentemente da orientação teórica, ou seja, que o uso de diferentes defesas guie o uso de diferentes intervenções (Bond, 2004); a possibilidade de as terapias dinâmicas terem um efeito diferente na alteração dos mecanismos de defesa em relação a outras terapias tem sido colocada como uma questão crucial (Bond & Perry, 2004). Além disso, há dados emergentes relacionando o uso intenso de mecanismos de defesa a término prematuro da terapia e baixa adesão a vários tratamentos médicos, o que pode ter implicações para qualquer profissional de saúde (Cramer, 2000).

#### *1.4. A aliança terapêutica: importância e relação com os mecanismos de defesa*

O conceito atual de aliança terapêutica (ou de trabalho) vem da valorização dos aspectos reais da relação terapêutica, em oposição à transferência (Horvath, 2000). Enquanto suas origens são psicodinâmicas (Greenson, 1965; Zetzel, 1956), a aliança passou por reformulações e atualmente é entendida como importante fator comum a psicoterapias de diversas orientações teóricas, como psicodinâmica, interpessoal, cognitiva, eclética, experiencial e comportamental

(Corbella & Botella, 2003; Horvath & Luborsky, 1993). Esse entendimento se deve em grande parte ao desenvolvimento pan-teórico da aliança por Bordin (1994). O modelo de Bordin enfatiza a colaboração entre paciente e terapeuta para alcançar mudanças mutuamente compreendidas. Essa formulação incorpora um entendimento mútuo sobre objetivos de mudança e as tarefas necessárias para alcançá-la, assim como o estabelecimento de vínculos necessários para manter o trabalho conjunto.

Esse aporte de Bordin tem sido uma referência geral para o desenvolvimento de medidas e estudos empíricos sobre o impacto da aliança no desfecho das psicoterapias. Dessa maneira, a aliança tem emergido como um preditor robusto de desfecho para diferentes populações de pacientes, diagnósticos clínicos e tratamentos (Horvath, 2000). Em uma meta-análise que incluiu 20 estudos, o tamanho de efeito da aliança sobre o desfecho foi 0,26, o que foi fortemente significativo (Horvath & Greenberg, 1991). O entendimento atual, portanto, é que a aliança terapêutica é um fator comum em psicoterapia, essencial para a efetuação de mudança. Especificamente na depressão pós-parto, entretanto, não pudemos localizar qualquer relato sobre o efeito da aliança no desfecho do tratamento.

Avaliando a relação entre desfecho e processo, uma possibilidade é que o estilo defensivo influencie na formação ou desenvolvimento da aliança terapêutica. Autores escrevendo desde um ponto de vista psicanalítico têm enfatizado a necessidade de um grau de maturidade no funcionamento egóico para o desenvolvimento de uma aliança consistente (Zetzel, 1956). Tal idéia também parece estar presente na definição original de Greenson (1965), no qual uma aliança de trabalho seria formada essencialmente entre o ego racional do paciente e o ego do analista; pacientes que não conseguissem separar um ego “razoável e observador” não conseguiriam manter uma relação de trabalho. Mais recentemente, a capacidade de formar uma aliança terapêutica vem sendo entendida como uma qualidade que o paciente traz para a terapia

(Luborsky, 1994). Desse modo, a qualidade de relações atuais e anteriores do paciente se correlacionam com a capacidade de desenvolver uma aliança adequada (Horvath, 2000). Também, a percepção do terapeuta por parte do paciente tem sido mais fortemente correlacionada com o desfecho em terapia que o comportamento deste (Horvath & Luborsky, 1993).

**Quadro.** Características dos estudos clínicos que investigaram o impacto do estilo defensivo na aliança terapêutica

Estudo	n	Desenho	Defesa	Aliança	Defesa x aliança
Despland et al (2001)	12	Pacientes ambulatoriais em “investigação” dinâmica Inclusão: ansiedade, depressão e personalidade	DMRS <sup>b</sup>	HAQ <sup>a</sup>	Pacientes divididos em 3 grupos conforme aliança. Não houve diferença em relação a utilização de mecanismos de defesa entre grupos
Hersoug et al (2002)	43	Pacientes ambulatoriais em psicoterapia dinâmica Inclusão : ansiedade, depressão e personalidade	DSQ-88 <sup>c</sup>	WAI <sup>d</sup>	Correlação entre WAI total e uso geral de funcionamento defensivo não significativa
Bond e Perry (2004)	53	Pacientes ambulatoriais em psicoterapia dinâmica Inclusão : ansiedade, depressão e personalidade	DSQ-88 <sup>c</sup>	CALPAS <sup>e</sup>	CALPAS inicial correlacionada com estilos defensivos

<sup>a</sup> Helping Alliance Questionnaire, <sup>b</sup> Defense Mechanisms Rating Scale, <sup>c</sup> Defense Style Questionnaire, <sup>d</sup> Working Alliance Inventory, <sup>e</sup> California Psychotherapy Alliance Scales, <sup>f</sup> Defensive Functioning Scale.

A relação entre estilo defensivo e aliança terapêutica foi diretamente avaliada em poucos estudos clínicos (Quadro; Bond & Perry, 2004; Despland et al, 2001; Hersoug et al, 2002). Em

apenas um desses estudos houve associação significativa (Bond & Perry, 2004). Limitações comuns a estes estudos, que poderiam explicar os diferentes resultados, foram baixo poder estatístico para detectar associações moderadas e o uso de diferentes instrumentos para medir a aliança e estilo defensivo. Há, portanto, incerteza quanto ao papel do uso de mecanismos de defesa no desenvolvimento da aliança terapêutica.

### *1.5. Objetivos*

#### 1 Geral

Descrever o impacto dos estilos defensivos no tratamento psicoterápico de mulheres com depressão pós-parto.

#### 2 Específicos

1. Avaliar o impacto dos mecanismos de defesa no desfecho do tratamento.
2. Relacionar o estilo defensivo no começo do tratamento à evolução da aliança terapêutica, tanto por parte do paciente quanto do terapeuta.
3. Descrever a evolução dos estilos defensivos durante as psicoterapias cognitivo-comportamental e construtivista-relacional.

## 2. MÉTODO

### *2.1. Participantes*

Foram incluídas neste estudo mulheres com mais de 18 anos, residentes na zona urbana de Pelotas. Para rastreamento de depressão, foi utilizada a versão validada para o português do Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Santos et al, 1999), com 10 como ponto de corte. Critérios de exclusão foram depressão grave (BDI>29; Gorenstein et al, 1996), sintomas psicóticos, história de transtorno bipolar e risco de suicídio, já que nesses casos entende-se haver necessidade de intervenção farmacológica (Altshuler et al, 2001). Risco de suicídio foi avaliado pela seção de suicídio da Mini-International Psychiatric Interview (MINI; Amorim, 2000). Além disso, mulheres que já utilizavam antidepressivo ou estabilizador de humor também foram excluídas.

Para reforçar a validade externa do estudo, o recrutamento ocorreu das seguintes formas: (1) busca ativa de participantes através de rastreamento nas maternidades de Pelotas; (2) conscientização da comunidade através de palestras, reportagens em meios de comunicação e reuniões com líderes comunitários; (3) conscientização dos médicos em contato com tais pacientes através de palestras e reuniões (em consultórios médicos, ambulatórios especializados e serviços de atenção primária). Estes métodos têm se mostrado os mais efetivos no recrutamento de mulheres com DPP (Peindl & Wisner, 2003). O questionário inicial era aplicado às mulheres entre 30 e 120 dias após o parto.

Para inclusão no estudo, as pacientes assinaram o termo de consentimento pós-informado, de acordo com as normas da Resolução No. 196 do CONEP - Ministério da Saúde, resguardando assim confidencialidade, garantia de receber o tratamento mais adequado, direito de informação, direito de desistência do tratamento e todos os demais itens dessa resolução. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas.

## *2.2. Instrumentos*

### *2.2.1. Defense Style Questionnaire*

O Defense Style Questionnaire (DSQ) foi desenvolvido por Bond e cols como uma medida de auto-relato com a finalidade de avaliar derivados conscientes de mecanismos de defesa. O uso de instrumento de auto-relato para avaliar mecanismos, por definição, inconscientes, é baseado nos pressupostos: (1) é possível tomar conhecimento dos resultados das operações defensivas e (2) o uso habitual de qualquer defesa deixa marcas no sistema de crenças e atitudes do indivíduo e, portanto, o endosso de tais crenças ou atitudes pode ser tomado como um indicador do uso habitual dessas defesas (Andrews et al, 1993).

A versão de 40 itens do DSQ (Andrews et al, 1993), na sua versão validada para o português (Blaya et al, 2004; Blaya et al, 2006), foi utilizada para avaliar os estilos defensivos. O DSQ é um questionário que consiste de 40 questões e avalia 20 defesas, sendo cada mecanismo representado por 2 itens. Cada item é pontuado em uma escala de 1 a 9, sendo 1 “discordo completamente” e 9 “concordo completamente”. Além das defesas individuais, o DSQ fornece os escores para três estilos defensivos: maduro, neurótico e imaturo (Blaya et al, 2003).

O DSQ-40 tem características psicométricas conhecidas na nossa população. Em estudo de validação, foram extraídos 3 fatores muito similares à versão original através de análise fatorial exploratória. O instrumento discriminou pacientes psiquiátricos de controles sem doenças de eixo-I (Blaya et al, 2006).

### *2.2.2. Working Alliance Inventory*

A aliança terapêutica foi avaliada pela versão portuguesa do Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989; Machado & Horvath, 1999), nas versões para o cliente e terapeuta. O WAI avalia três componentes, vínculo, tarefa e objetivo, de acordo com o modelo de

Bordin (1994). O WAI tem sido amplamente utilizado como uma variável de processo, e é relacionado de forma robusta ao desfecho em psicoterapia (Horvath & Symonds, 1991).

### *2.2.3. Medidas de desfecho*

O EPDS, além de ser utilizado como indicativo de sintomatologia depressiva relevante, foi utilizado neste estudo como principal medida de desfecho. O EPDS tem características psicométricas conhecidas na nossa população e o ponto de corte 10 tem eficiência global de 83% (Santos et al, 1999). Seu uso como desfecho em estudos clínicos tem sido encorajado (Matthey, 2004). Ainda utilizamos a proposta de Matthey (2004) que uma mudança de 4 pontos no EPDS seja clinicamente relevante para caracterizar aquelas pacientes que tiveram uma resposta negativa, ou seja, pioraram durante a terapia.

Preocupação crescente com sintomas ansiosos no pós-parto (Matthey et al, 2003) nos levou a utilizar como variável de desfecho secundário o Beck Anxiety Inventory (BAI).

## *2.3 Procedimento*

Em uma entrevista inicial, as mulheres forneceram dados quanto a variáveis sócio-econômicas, variáveis relacionadas a gestação, parto e amamentação. Neste momento, também foram aplicados o EPDS, o BAI e o DSQ.

As pacientes foram, então, randomizadas a receber 7 sessões de terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou uma terapia construtivista especialmente manualizada para este estudo (ver abaixo). A randomização realizou-se a partir de uma central onde havia envelopes pardos lacrados numerados externamente pela ordem de chegada ao serviço e internamente continham o número relativo ao sorteio que determina o seu número de protocolo do estudo e o conseqüente modelo de intervenção.

Após a primeira, quarta e sétima sessão, terapeuta e paciente preencheram o WAI. Ao final, o EPDS, o BAI e o DSQ foram reaplicados por um avaliador cego aos resultados da primeira aplicação. O recrutamento estendeu-se de dezembro de 2004 a junho de 2006.

#### *2.4. Intervenção*

As pacientes foram randomizadas a receber 7 sessões, de frequência semanal, de uma de duas intervenções psicoterapêuticas: terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou terapia construtivista-relacional (TCR). As quatro terapeutas, acadêmicas do último ano do curso de psicologia, foram treinadas nos dois modelos em um estudo piloto realizado no segundo semestre de 2003. Ambas as intervenções foram conduzidas de acordo com manuais; para checar a adesão das terapeutas, reuniões semanais com os investigadores principais foram realizadas. A experiência dos terapeutas não tem se demonstrado uma variável de impacto significativo no desfecho da psicoterapia da depressão (Robinson et al, 1990).

A TCC compõe-se de sessões estruturadas de acordo com a proposta de Beck. Cada sessão seguiu um roteiro iniciado pela checagem do humor da paciente, uma ponte com a 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 feedback. A TCR, em contraste com a TCC, adota uma epistemologia construtivista; assim, tende a avaliar e facilitar mudanças em construtos e narrativas pessoais, dar mais ênfase nas relações de apego significativas e seu objetivo é mais criativo que corretivo (Neimayer, 1993). Diferentemente das terapias mais racionalistas, não há um combate às idéias disfuncionais através de confrontações, e sim uma orientação do discurso em direção à narratividade e reflexão, o que poderia causar menor resistência (Galarce, 2003). Neste estudo, por sua vez, o terapeuta trabalha especialmente com o papel de mãe, sentimentos ambivalentes de invalidação deste papel, tomada de consciência e

mudança de comportamento através de técnicas preestabelecidas e planificação de tarefas diárias. Ambas as terapias têm em comum, entretanto, noções sobre uma aliança terapêutica colaborativa.

### *2.5. Análise estatística*

A distribuição das características de base da amostra foi avaliada por análise univariada de frequências e médias. Realizaram-se análises bivariadas para verificar a associação dos estilos defensivos iniciais e variáveis demográficas (idade, paridade, viver com o pai da criança e nível sócio-econômico), tratamento prévio e gravidade da doença (EPDS e BAI iniciais), com o objetivo de evitar confusão na análise final. Análise de variância (ANOVA) de uma via foi utilizada para comparar médias, e correlação para duas variáveis contínuas. Testes t pareados foram utilizados para comparar variáveis ao início e ao final do tratamento.

O efeito dos estilos defensivos no desfecho (WAI, EPDS final, BAI final, abandono de terapia) também foi avaliado nas análises bivariadas. Na tentativa de encontrar limiares clinicamente importantes para os estilos defensivos, a amostra foi dividida em 6 grupos.

Para a averiguação de uma relação linear entre o uso de mecanismos de defesa e EPDS ao final do tratamento foi realizada análise de co-variância (ANCOVA), controlada por variáveis correlacionadas com o estilo defensivo. Os estilos defensivos categorizados foram analisados com possíveis fatores de confusão por regressão logística. Neste modelo, foram testados como desfecho resposta ao tratamento (EPDS<10), abandono e o desfecho composto de resposta versus não resposta ou abandono.

Em relação à aliança terapêutica, o efeito dos mecanismos de defesa sobre a evolução da aliança foi inicialmente avaliado através de correlação. Foi realizada ainda uma ANOVA de medidas repetidas, em que os três momentos da aliança foram entrados e os mecanismos foram

testados como fatores.

Finalmente, em uma análise *post hoc*, testamos o efeito de uma hierarquia para os estilos defensivos no resultado do tratamento. Assim, o uso de mecanismos neuróticos ou maduros só influenciaria a terapia quando fossem eliminadas aquelas pacientes que utilizassem o estilo imaturo excessivamente. Para todas as análises foi utilizado teste bicaudal para o valor de p. As análises foram conduzidas no programa SPSS for windows.

### 3. RESULTADOS

#### *3.1. Características da amostra*

Foram incluídas 59 pacientes. A média de idade foi de 27 anos ( $\pm 6,59$ ). Dessas, 44,1% pertenciam às classes B ou C; o restante pertencia às classes D ou E. Vinte pacientes eram primíparas; todas haviam feito pelo menos uma consulta de pré-natal. A gestação fora planejada por 28,8% das mulheres; 67,8% morava com o pai da criança. Dezesete pacientes (28,8%) relataram tratamento psiquiátrico prévio e 50,8% relataram história familiar de qualquer doença psiquiátrica. As médias na EPDS e no BAI foram, respectivamente, 12,66 ( $\pm 5,02$ ) e 17,17 ( $\pm 11,8$ ). Para nenhum dos três estilos defensivos, o desvio foi mais que o dobro do seu erro padrão, indicando a possibilidade de uma distribuição normal destas variáveis.

Trinta mulheres foram randomizadas para o grupo TCC e 29 para o grupo TCR. Os grupos foram de forma geral comparáveis (Tabela 1). Dessas, 13 não completaram todas as sessões de psicoterapia; de 7 destas não foi possível obter dados de desfecho. Das restantes, 65,4% responderam ao tratamento (EPDS $<10$ ). Houve redução significativa ao final do tratamento nos escores do EPDS ( $t=5,19$ ,  $p<0,001$ ) e do BAI ( $t=3,46$ ,  $p=0,001$ ).

#### *3.2. Mecanismos de defesa e variáveis pré-tratamento*

A análise de correlação entre os estilos defensivos e idade materna, EPDS e BAI inicial mostrou correlação entre o fator neurótico do DSQ e BAI inicial ( $r=0,268$ ,  $p=0,044$ ) e entre o fator maduro e EPDS inicial ( $r=-0,319$ ,  $p=0,016$ ). Primíparas utilizavam mecanismos de defesa imaturos ( $F=6,73$ ,  $p=0,012$ ) e maduros ( $F=4,48$ ,  $p=0,039$ ) menos intensamente que múltiparas. Houve uma relação linear inversa entre classe social e a intensidade do uso de mecanismos imaturos ( $F=6,15$ ,  $p=0,016$ ). As pacientes com história de tratamento psiquiátrico prévio tiveram escore maior no estilo maduro ( $F=5,63$ ,  $p=0,021$ ). Viver ou não com o pai da criança e história familiar de doença

psiquiátrica não estiveram relacionados aos mecanismos de defesa.

Tabela I. Características de base das pacientes incluídas no estudo

Característica	Terapia cognitivo-comportamental (n=30)	Terapia construtivista relacional (n=29)
Idade (média ± DP)	26,73 (7,09)	27,00 (6,15)
<u>Classe social (%)</u>		
Classe B	3,3	13,8
Classe C	50	37,9
Classe D	30	34,5
Classe E	16,7	13,8
Tratamento prévio (%)	33,3	24,1
História familiar de doença psiquiátrica (%)	46,7	55,2
EPDS <sup>a</sup> inicial (média ± DP)	12,97 (5,01)	12,34 (5,09)
BAI <sup>b</sup> inicial (média ± DP)	19,63 (13,40)	14,62 (9,46)
Primiparidade (%)	23,3	44,8
Vive com o pai da criança (%)	76,7	58,6
<u>DSQ<sup>c</sup> inicial</u>		
Fator imaturo	109,55 (27,68)	104,86 (28,50)
Fator neurótico	45,38 (12,42)	44,04 (10,29)
Fator maduro	57,10 (14,81)	51,96 (12,74)

<sup>a</sup>Edinburgh Postnatal Depression Scale, <sup>b</sup> Beck Anxiety Inventory, <sup>c</sup> Defense Style Questionnaire

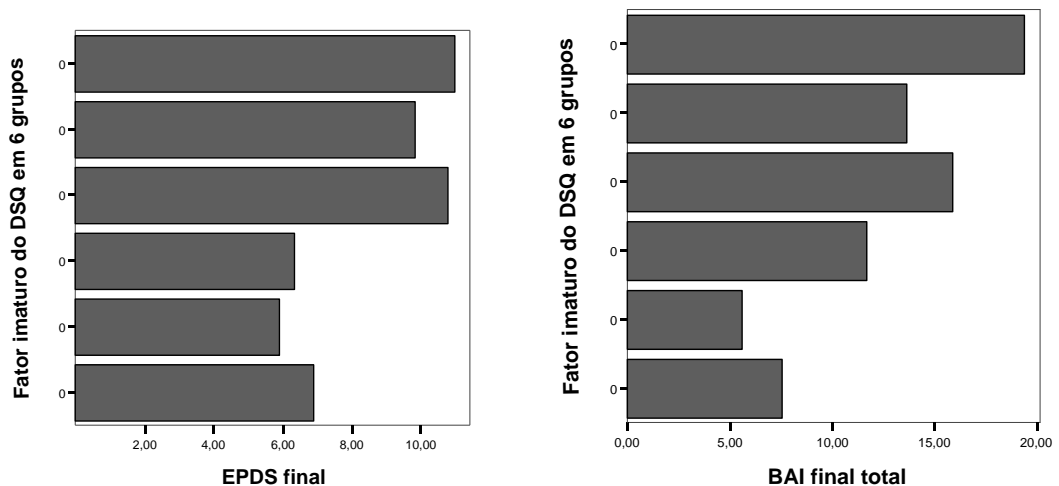
### 3.3. Mecanismos de defesa e desfecho

Houve correlação entre a intensidade no uso de mecanismos de defesa imaturos e o EPDS final ( $r=0,286$ ,  $p=0,044$ ) e BAI final ( $r=0,378$ ,  $p=0,007$ ). Não houve correlação entre os outros estilos e as variáveis de desfecho ( $p>0,15$  para todas).

A seguir, utilizamos análise de co-variância (ANCOVA) para verificar se o efeito do estilo

defensivo imaturo não foi confundido pelas associações iniciais com classe social e paridade. O modelo utilizado pouco modificou a relação entre mecanismos imaturos e EPDS final ( $F=3,76$ ,  $p=0,059$ ) e BAI ( $F=7,29$ ,  $p=0,01$ ).

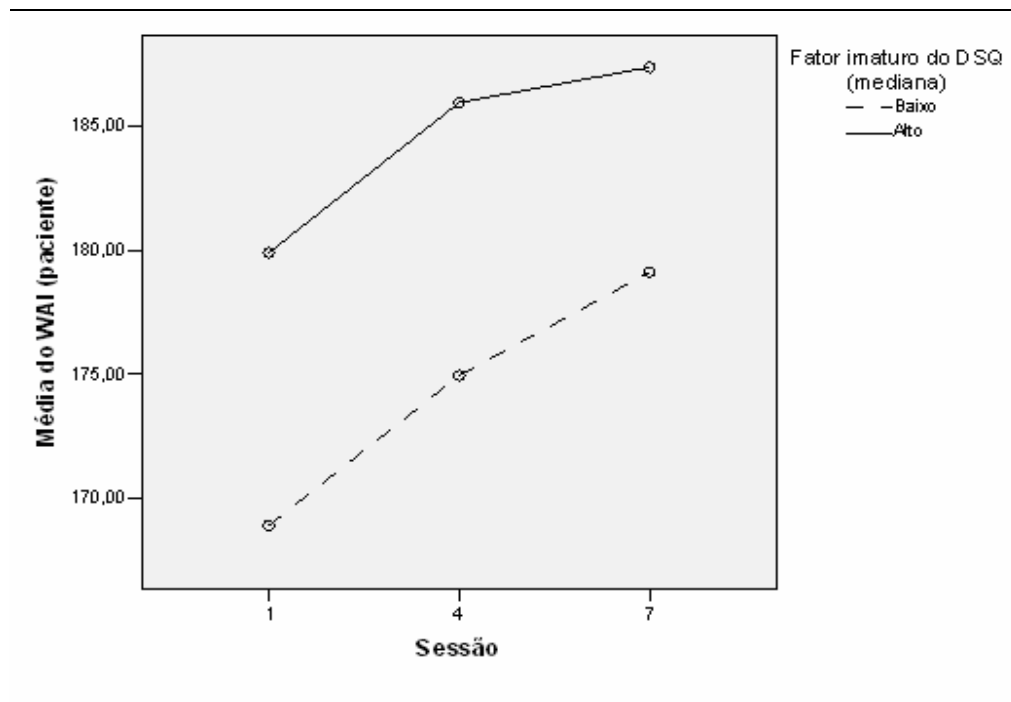
Figura 1. Escores iniciais do fator imaturo do Defense Style Questionnaire (DSQ) categorizados em 6 grupos e média final do Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) e Beck Anxiety Inventory (BAI)



Após analisar gráficos com a relação entre os mecanismos imaturos divididos em 6 grupos e o EPDS e BAI final (Figura 1), a mediana pareceu o ponto mais apropriado para categorização (alto/baixo uso de mecanismos de defesa). Estes grupos foram utilizados para examinar o impacto do estilo defensivo na resposta ao tratamento ( $EPDS < 10$ ). Na análise bivariada, o risco de não resposta foi 6,64 vezes maior para o grupo acima da mediana, comparado com o grupo abaixo da mediana (IC95% 1,83 – 24,08,  $p=0,008$ ). Uma regressão logística múltipla, controlado para paridade e classe social, confirmou o resultado (OR=7,97, IC95% 1,89 – 33,70,  $p=0,005$ ). Cinco

pacientes pioraram significativamente durante o tratamento; todas se encontravam no grupo com alto uso de mecanismos imaturos ( $p=0,012$ ).

Figura 2. Evolução da aliança terapêutica (Working Alliance Inventory) e estilo defensivo imaturo (Defense Style Questionnaire) dicotomizado



O impacto do alto uso de mecanismos de defesa no abandono precoce de tratamento também foi examinado. Aquelas que abandonaram o tratamento tinham score mais alto no fator imaturo ( $F=6,47$ ,  $p=0,014$ ), mas não nos fatores neurótico ( $p=0,69$ ) ou maduro ( $p=0,52$ ). Ainda, para o desfecho composto de não resposta ou abandono, o alto uso de mecanismos de defesa, controlado para paridade e classe social, esteve associado com risco excessivo ( $OR=5,18$ ,  $IC95\%$  1,54 – 17,39,  $p=0,008$ ).

### 3.4. Mecanismos de defesa e aliança terapêutica

Já na análise bivariada inicial não houve qualquer correlação entre os estilos defensivos e os domínios da aliança em qualquer sessão ( $p > 0,05$  para as 54 correlações). Também testamos o efeito dos mecanismos de defesa imaturos dicotomizados na evolução da aliança terapêutica em uma ANOVA de medidas repetidas. Na aliança total do paciente houve uma tendência de evolução com o tempo ( $F=11,78$ ,  $p < 0,001$ ), mas não houve interação com estilo defensivo ( $F=0,361$ ,  $p=0,70$ ; Figura 2); já na aliança total do terapeuta, não houve efeito nem de tempo ( $F=1,88$ ,  $p=0,16$ ) nem de mecanismos de defesa ( $F=0,14$ ,  $p=0,87$ ).

Tabela 2. Definição do estilo defensivo predominante baseada nas medianas dos escores dos estilos defensivos e relação bivariada com as variáveis de desfecho

Estilo defensivo predominante	Escore imaturo	Escore neurótico	Escore maduro	EPDS final	BAI final	Abandono
Imaturo	▲	▲ ou ▼	▲ ou ▼	10,59	16,41	32,1%
Neurótico/ maduro baixo	▼	▲	▼	11,75	18,50	25%
Neurótico/ maduro alto	▼	▲	▲	5,50	11,25	25%
Baixas defesas	▼	▼	▼	6,75	5,25	15,4%
Maduro	▼	▼	▲	3,50*	5,88*	0**

\* $p < 0,01$  para linearidade, \*\*  $p = 0,05$  para tendência linear

### 3.5. Mudança nos estilos defensivos

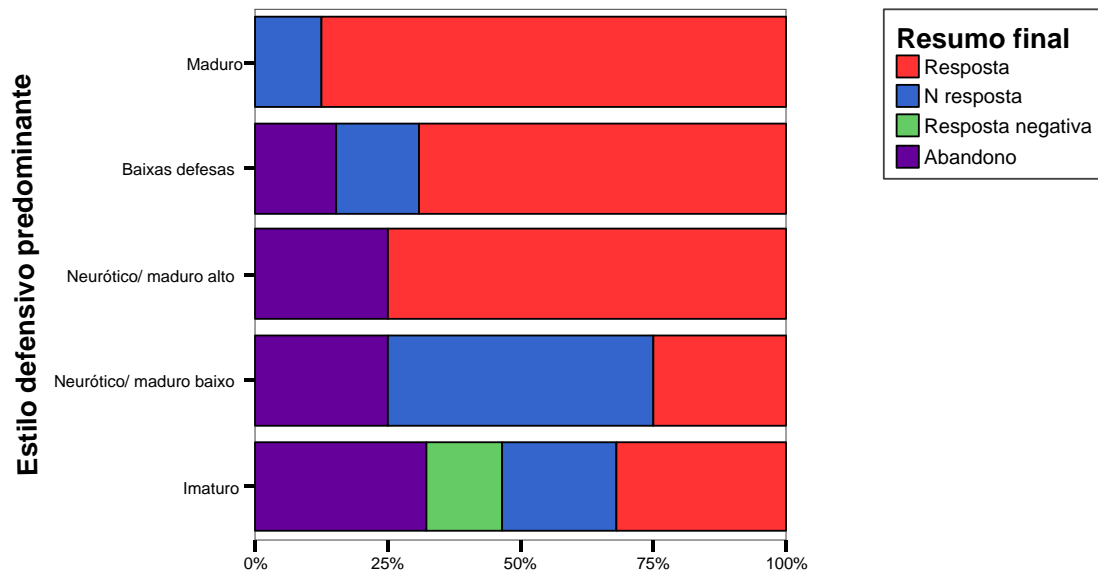
Houve mudança significativa apenas no estilo imaturo ( $t=2,56$ ,  $p=0,014$ ). O modelo de tratamento empregado não teve interação com a mudança nos estilos imaturos ( $F=1,85$ ,  $p=0,18$ ). A mudança no estilo imaturo também não se correlacionou com EPDS ou BAI ao final da terapia

( $p > 0,35$ ).

### 3.6. Uma hierarquia para os estilos defensivos?

Baseados em grupos divididos pelas medianas dos três estilos, criou-se 5 categorias para o uso de mecanismos de defesa (Quadro 3). Os resultados tenderam a confirmar uma hierarquia que vai de um estilo imaturo a um estilo maduro; a Figura 3 mostra, resumidamente, os possíveis desfechos durante as psicoterapias.

**Figura 3.** Estilo defensivo predominante e possíveis desfechos ao final do tratamento



#### 4. DISCUSSÃO

Neste estudo, o uso intenso de mecanismos de defesa imaturos teve impacto clinicamente relevante no resultado da psicoterapia breve de mulheres com sintomas depressivos no pós-parto. Mesmo com taxas de resposta e abandono (aproximadamente 65% e 20%, respectivamente) similares a outros ensaios clínicos nesta população (Milgrom et al, 2005; O'Hara et al, 2000), finalização satisfatória foi cada vez mais incomum em direção ao grupo de pacientes com um estilo defensivo predominantemente imaturo. Este efeito das defesas imaturas na manutenção de sintomas também foi relatado em um estudo longitudinal em que mulheres com DPP foram acompanhadas até 12 meses após o parto (McMahon et al, 2005).

Em concordância com estes resultados, evidência proveniente de estudos clínicos parece convergir ao apontar o estilo defensivo como um fator predisponente, embora não imutável, a maus desfechos nas psicoterapias. O único outro relato que localizamos do impacto do uso de mecanismos de defesa no desfecho de psicoterapia que não fosse psicodinâmica provém de um estudo em 32 pacientes com transtorno de pânico resistente à medicação (Heldt et al, 2003). Após 12 sessões de terapia cognitiva em grupo, o uso de defesas neuróticas e imaturas foi associado a menor chance de remissão de sintomas.

Mesmo em relação a psicoterapias de base dinâmica, há poucos relatos sobre a relação entre estilo defensivo e desfecho. Bond e Perry (2004) demonstraram uma mudança em direção a estilos mais adaptativos em 53 pacientes em psicoterapia dinâmica prolongada. A mudança predisse melhora em sintomas neste estudo, mas o estilo defensivo não foi associado a abandono de terapia. No estudo de Perry (2001), entretanto, pacientes com transtorno de personalidade que abandonaram uma psicoterapia dinâmica faziam uso mais intenso de defesas. Também Piper e cols (1985) avaliaram o impacto do estilo defensivo no desfecho de terapia dinâmica de pacientes "neuróticos". A intensidade do uso de defesas foi associada ao desfecho, o que foi

interpretado como possível resistência à terapia. Em Hoglend e Perry (1998), a intensidade do uso das defesas previu o desfecho do tratamento usual (que envolvia psicoterapia) da depressão.

Há dúvida em relação à possibilidade de terapias que não abordam diretamente o estilo defensivo o altere (Bond & Perry, 2004). Nesta amostra, houve diminuição no uso de mecanismos imaturos, mas esta diminuição não se correlacionou com o desfecho; desconhecemos outros estudos que tenham avaliado o efeito da terapia cognitiva da depressão nesta variável. Embora haja necessidade de estudar diretamente a questão, é possível que o uso de técnicas específicas seja necessário quando o objetivo é modificar o estilo defensivo significativamente.

O estudo simultâneo de processo e desfecho em psicoterapia é desejável, já que pesquisa de desfecho não é informativa em relação a que fatores ou variáveis são responsáveis pelos resultados (Garfield, 1990). Neste estudo, a hipótese *a priori* que os mecanismos de defesa prejudiquem o processo terapêutico distorcendo a aliança terapêutica não foi confirmada em nenhum momento da terapia. Isso já havia ocorrido em outros estudos (Despland et al, 2001; Hersoug et al, 2002). O impacto do uso excessivo de defesas imaturas no desfecho se deu independentemente deste relevante fator comum; ainda é necessário entender como os mecanismos de defesa afetam o processo terapêutico, já que há falta de estudos que relacionem processo e desfecho neste ponto.

Deve-se ressaltar que os desfechos em psicoterapia dependem da interação de múltiplas variáveis, do paciente, terapeuta, circunstância do tratamento, relação entre eles, entre outras. A designação de tratamento, obviamente, não deve levar em conta apenas as características pessoais do paciente, mas também contexto de tratamento, compatibilidade pessoal do paciente e terapeuta e estratégias e técnicas de tratamento (Beutler & Clarkin, 1990). Há, por exemplo, evidência preliminar que terapeutas ajustem suas intervenções ao nível defensivo do paciente, utilizando mais apoio em pacientes mais defensivos (Hersoug et al, 2004). Tal flexibilidade na

técnica poderia explicar a dificuldade em encontrar diferenças na formação da aliança dependentes do estilo defensivo do paciente.

Possivelmente a principal limitação deste estudo seja a dificuldade em extrapolar os achados, mesmo que expressivos, para outras populações e circunstâncias de tratamento. A replicação destes resultados em outras populações e settings de tratamento, portanto, é necessária. Embora a ausência de uma entrevista estruturada possa ser vista como uma limitação, a ausência de critérios mais rígidos de inclusão não tem demonstrado impacto importante no desfecho das psicoterapias em geral (Robinson et al, 1990), e da depressão pós-parto em especial (Ricardo T. Pinheiro, comunicação pessoal). A inclusão no estudo de pacientes com psicopatologia mais complexa, também pode ser vista como aumentando sua validade externa.

Limitações do DSQ, um instrumento de auto-relato, em avaliar mecanismos de defesa inconscientes também têm sido apontadas (Blaya et al, 2006). Tanto os métodos baseados em auto-relato quanto aqueles baseados em observação, entretanto, têm desvantagens. Mesmo assim, consideramos necessária a confirmação destes resultados com outros métodos para aferição do estilo defensivo.

Além de reforçar a idéia de que o uso intenso de mecanismos de defesa imaturos seja um fator de mau prognóstico em psicoterapia, este estudo levanta a possibilidade que sejam variáveis importantes na seleção de tratamento. No modelo psicodinâmico, já havia a idéia que a técnica deveria ser modificada com esses pacientes; é possível que o mesmo seja preciso para uma psicoterapia cognitiva eficaz. Ainda que a única evidência de melhora estável venha de estudo que utilizava psicoterapia psicodinâmica de longa duração (Bond & Perry, 2004), a hipótese que tais pacientes necessitem uma abordagem centrada nas defesas deve ser estudada empiricamente.

## 5. CONCLUSÕES

O uso intenso de defesas imaturas teve impacto negativo clinicamente relevante no desfecho deste estudo. Isto ocorreu tanto em relação à manutenção de sintomas depressivos e ansiosos, quanto à retenção em tratamento. Contrariamente à nossa hipótese inicial, entretanto, tal impacto não foi mediado por distorções na aliança terapêutica.

Os resultados deste estudo estão em concordância com dados provenientes de diversos *settings* de tratamento, desenhos e populações clínicas ao indicar um mau prognóstico para aqueles pacientes que mais se utilizam de defesas imaturas. Dentro de uma filosofia de seleção sistemática de tratamento, entretanto, ainda é necessário esclarecer em investigações futuras se, em tais pacientes, o uso de técnica centrada nas defesas é necessário para melhor desfecho.

## REFERÊNCIAS

- Altshuler LL, Cohen LS, Moline ML, Kahn DA, Carpenter D, Docherty JP, Ross RW. Treatment of depression in women: a summary of the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract.* 2001; 7(3):185-208.
- Amorim P. Mini international neuropsychiatric interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22(3):106-115.
- Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis.* 1993; 181(4):246-56.
- Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *BMJ.* 1997 29;314(7085):932-6.
- Beutler LE, Clarkin JF. Systematic treatment selection. New York: Brunner/ Mazel; 1990.
- Blaya C, Kipper L, Perez Filho JB, Manfro GG. Mecanismos de defesa: uso do Defensive Style Questionnaire. *Revista Brasileira de Psicoterapia* 2003;5(1):67-80.
- Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, Manfro GG. Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(4):255-8.
- Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Bond M, Manfro GG. Brazilian-Portuguese version of the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychotherapy Research* (in press).
- Boath E, Bradley E, Heinshaw C. Women's views of antidepressants in the treatment of postnatal depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 25(3-4): 221-33, 2004.

- Bond M. Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harv Rev Psychiatry*. 2004;12(5):263-78.
- Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(9):1665-71.
- Bordin ES. Theory and research on the therapeutic working alliance: new directions. In: Horvath AO & Luborsky (eds). *The Working Alliance: Theory, Research and Practice*. New York: John Wiley & sons; 1994.
- Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. *Br J Psychiatry*. 2003;182:412-9.
- Corbella S, Botella L. La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*. 2003; 19(2):205-221.
- Cramer P. Defensiveness and defense mechanisms. *J Pers*. 1998; 66(6):879-894.
- Cramer P. Defense mechanisms in psychology today. Further processes for adaptation. *Am Psychol*. 2000; 55(6):637-46.
- Despland J, Roten Y, Despars J, Stigler M, Perry JC. Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *J Psychother Pract Res*. 2001;10: 155-164.
- Freud A. *Ego and the mechanisms of defense*. London: Hogarth Press; 1937.
- Freud S. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1893.

- Galarce E. Psicología narrativa: una revisión de sus aspectos teóricos y sus alcances terapéuticos. *Las Tesinas de Belgrano* 2003;85:2-25.
- Garfield SL. Issues and methods in psychotherapy process research. *J Consult Clin Psychol.* 1990;58(3):273-80.
- Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res.* 1996; 29: 453-457.
- Gottschalk LA, Fronczek J, Abel L, Buchsbaum MS, Fallon JH. The cerebral neurobiology of anxiety, anxiety displacement, and anxiety denial. *Psychother Psychosom* 2001;70:17-24.
- Greenson RR. The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly* 1965;155-181.
- Hamilton KE, Dobson KS. Cognitive therapy of depression: pretreatment patient predictors of outcome. *Clin Psychol Rev.* 2002;22(6):875-93.
- Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Maltz S, Isolan L, Hirakata VN, Otto MW. Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. *Psychother Psychosom.* 2003;72(1):43-8.
- Hersoug AG, Sexton HC, Hoglend P. Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *Am J Psychother.* 2002;56: 539-552.
- Hersoug AG, Hoglend P, Bogwald K. Is there an optimal adjustment of interpretation to the patients' level of defensive functioning? *Am J Psychother* 2004; 58(3):349-361.
- Hoglend P, Perry JC. Defensive functioning predicts improvement in major depressive episodes. *J Nerv Ment Dis.* 1998;186(4):238-43.

- Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology* 1989;36 (2): 223-233.
- Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy – a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology* 1991; 38 (2):139-149.
- Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1993;61(4):561-573.
- Horvath AO. Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: the Working Alliance Inventory perspective. In: Horvath AO & Luborsky (eds). *The Working Alliance: Theory, Research and Practice*. New York: John Wiley & sons; 1994.
- Horvath AO. The therapeutic relationship: from transference to alliance. *J Clin Psychol* 2000; 56:163-173.
- Kopta SM, Lueger RJ, Saunders SM, Howard KI. Individual psychotherapy outcome and process research: challenges leading to greater turmoil or a positive transition? *Annu Rev Psychol*. 1999;50:441-69.
- Luborsky L. Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: factors explaining the predictive success. In: Horvath AO & Luborsky (eds). *The Working Alliance: Theory, Research and Practice*. New York: John Wiley & sons; 1994.
- Machado PP, Horvath AO. Inventário da aliança terapêutica. In: Simões MR (Ed). *Testes e provas psicológicas em Portugal*. Braga: Apport-Sho; 1999.
- Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *J Affect Disord*. 2003;74(2):139-47.
- Matthey S. Calculating clinically significant change in postnatal depression studies using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Affect Disord*. 2004;78(3):269-72.

- McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *J Affect Disord.* 2005;84(1):15-24.
- Milgrom J, Negri LM, Gemmill AW, McNeil M, Martin PR. A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *Br J Clin Psychol.* 2005;44(Pt 4):529-42.
- Moraes I, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PL, Faria AD. Prevalence of postpartum depression and associated factors. *Rev Saude Publica.* 2006;40(1): 65-70, 2006.
- Neimeyer RA. An appraisal of constructivist psychotherapies. *J Consult Clin Psychol.* 1993;61(2):221-34.
- O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57(11):1039-45.
- Oates MR, Cox JL, Neema S, Asten P, Gangeaud-Freudenthal N, Figueiredo B, Gorman LL, Hacking S, Hirst E, Kammerer MH, Klier CM, Seneviratne G, Smith M, Sutter-Dallay AL, Valoriani V, Wickberg B, Yoshida K; TCS-PND Group. Postnatal depression across countries and cultures: a qualitative study. *Br J Psychiatry* 2004;46:s10-6.
- Patel V, Rahman A, Jacob KS, Hughes M. Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. *BMJ.* 2004 3;328(7443):820-3.
- Peindl KS, Wisner KL. Successful recruitment strategies for women in postpartum mental health trials. *J Psychiatr Res.* 2003;37(2):117-25.
- Perry JC. A pilot study of defenses in adults with personality disorders entering psychotherapy. *J Nerv Ment Dis.* 2001;189(10):651-60.

- Pinheiro RT, Magalhaes PV, Horta BL, Pinheiro KA, da Silva RA, Pinto RH. Is paternal postpartum depression associated with maternal postpartum depression? Population-based study in Brazil. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113(3):230-2.
- Piper WE, de Carufel FL, Szkrumelak N. Patient predictors of process and outcome in short-term individual psychotherapy. *J Nerv Ment Dis.* 1985;173(12):726-33.
- Robinson LA, Berman JS, Neimeyer RA. Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol Bull.* 1990;108(1):30-49.
- Santos MF, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clin.* 1999;26(2):90-5.
- Stuart S, O'Hara MW, Gorman LL. The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2003;6: s57-s69.
- Vaillant GE. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *J Abnorm Psychol.* 1994;103(1):44-50.
- Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ, Bentler S, Donohue M, Ellingrod VL, Wisner KL. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. *Am J Psychiatry* 161(6): 1066-78, 2004.
- Valbak K. Suitability for psychoanalytic psychotherapy: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;109(3):164-78.
- Zetzel ER. Current concepts of transference. *Int J Psychoanal.* 1956;37: 369-376.

**ANEXO 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido**

## ANEXO 01. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**À Senhora:** \_\_\_\_\_

A Depressão pós-parto (ou tristeza pós-parto) se caracteriza por perda de energia, humor depressivo, dificuldade para dormir e distúrbio do sono. Sendo assim, o seu tratamento é muito importante devido a repercussão no desenvolvimento de sua criança e no relacionamento desta com a senhora. A pesquisa que estamos lhe convidando a participar visa avaliar a efetividade de um modelo de tratamento psicoterapêutico para Depressão pós-parto. Para isto, contamos com a sua participação, e a seguir levamos ao seu conhecimento outras informações referentes a pesquisa:

- I. Os modelos de intervenção poderão trazer benefícios para o desenvolvimento de seu filho, para o bem-estar da família e para inserção mais rápida da senhora em suas atividades.
- II. O abandono de seu tratamento pode se tornar um risco para a senhora e seu bebê devido a fragilidade deste momento.
- III. A sua participação na pesquisa será inicialmente de nove encontros, sendo dois para a aplicação de questionários e sete para o tratamento psicoterápico.
- IV. Após seis meses do tratamento, marcaremos um novo encontro com a senhora para nova aplicação de questionários.
- V. Durante todo acompanhamento, a senhora terá acesso a todo e qualquer tipo de esclarecimento sobre seu tratamento e quanto aos objetivos deste estudo.
- VI. A senhora poderá interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento, e se desejar, será encaminhada para tratamento no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).
- VII. A senhora não terá nenhuma despesa ao participar do estudo, pois lhe será fornecido vale-transporte para o seu deslocamento até o local onde será atendida e para retornar a sua casa.
- VIII. Os dados fornecidos pela senhora durante o seu acompanhamento serão utilizados posteriormente para análise e produção científica, contudo, a equipe envolvida na pesquisa garante que a sua identidade permanecerá em sigilo visando manter a sua privacidade e a de sua família.
- IX. Caso ocorra algum dano a sua saúde, causado pelo nosso tratamento, nos responsabilizaremos em encaminhá-la à resolução necessária.

**DECLARAÇÃO DA CLIENTE**

Eu \_\_\_\_\_ declaro que após tomar conhecimento destas informações, aceito participar da presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida com a equipe da pesquisa.

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR**

Eu \_\_\_\_\_ declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição da cliente para esclarecer as suas dúvidas. A cliente compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL: PROF. DR. RICARDO TAVARES PINHEIRO  
TELEFONE PARA CONTATO: 32848104

Pelotas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

*ANEXO 2 – Defense Style Questionnaire*

## DSQ-40 – versão em português brasileiro

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

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 plenamente.

**1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isso, eu fico deprimido.**

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

**2. Eu consigo não me preocupar com um problema 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 ou trabalho em madeira.**

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 com bastante facilidade.**

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 essa pessoa seja ajudada ao invés de 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 costumo ignorar 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 reduzir as pessoas aos seus devidos lugares.**

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

**11. Eu freqüentemente 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 qualidades 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 francamente agressivo quando me sinto 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, ou 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 é capaz de fazer qualquer coisa e é absolutamente justo e imparcial.**

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 freqüentemente 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 sinto 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 freqüentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito brabo.**

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. Freqüentemente 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 prever 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. Freqüentemente 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. Manter-me 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 me aproximaria de pessoas que tivessem 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

*ANEXO 3 – Edinburgh Postnatal Depression Scale*

## ANEXO 03. EDIMBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

Nos últimos sete dias:

1. *Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.*  
 0 ( ) Como eu sempre fiz.  
 1 ( ) Não tanto quanto antes.  
 2 ( ) Sem dúvida menos que antes.  
 3 ( ) De jeito nenhum.
2. *Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia.*  
 0 ( ) Como sempre senti.  
 1 ( ) Talvez menos do que antes.  
 2 ( ) Com certeza menos.  
 3 ( ) De jeito nenhum.
3. *Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.*  
 3 ( ) Sim, na maioria das vezes.  
 2 ( ) Sim, algumas vezes.  
 1 ( ) Não muitas vezes.  
 0 ( ) Não, nenhuma vez.
4. *Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.*  
 0 ( ) Não, de maneira alguma.  
 1 ( ) Pouquíssimas vezes.  
 2 ( ) Sim, algumas vezes.  
 3 ( ) Sim, muitas vezes.
5. *Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.*  
 3 ( ) Sim, muitas vezes.  
 2 ( ) Sim, algumas vezes.  
 1 ( ) Não muitas vezes.  
 0 ( ) Não, nenhuma vez.
6. *Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.*  
 3 ( ) Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.  
 2 ( ) Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.  
 1 ( ) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.  
 0 ( ) Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.
7. *Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.*  
 3 ( ) Sim, na maioria das vezes.  
 2 ( ) Sim, algumas vezes.  
 1 ( ) Não muitas vezes.  
 0 ( ) Não, nenhuma vez.
8. *Eu tenho me sentido triste ou arrasada.*  
 3 ( ) Sim, na maioria das vezes.  
 2 ( ) Sim, muitas vezes.  
 1 ( ) Não muitas vezes.  
 0 ( ) Não, de jeito nenhum.
9. *Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.*  
 3 ( ) Sim, quase todo o tempo.  
 2 ( ) Sim, muitas vezes.  
 1 ( ) De vez em quando.  
 0 ( ) Não, nenhuma vez.
10. *A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.*  
 3 ( ) Sim, muitas vezes, ultimamente.  
 2 ( ) Algumas vezes nos últimos dias.  
 1 ( ) Pouquíssimas vezes, ultimamente.  
 0 ( ) Nenhuma vez.

ESCORE TOTAL: \_\_\_\_\_

*ANEXO 4 – Beck Anxiety Inventory*

## ANEXO 04. BECK ANXIETY INVENTORY (BAI)

Abaixo está uma lista de sintomas comuns na ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodada por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	<i>Absolutamente não</i>	<i>Levemente</i> Não me incomodou muito	<i>Moderadamente</i> Foi muito desagradável mas pude suportar	<i>Gravemente</i> Difícil de suportar
1. Dormência ou formigamentos				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão / desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

*ANEXO 5 – Beck Depression Inventory*

## ANEXO 05. BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você se sentiu na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

0 Não me sinto triste.

1 Eu me sinto triste

2 Estou triste o tempo todo e não consigo sair disto.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.

2 Acho que nada tenho a esperar.

3 Acho o futuro sem esperança e tenho impressão de que as coisas não podem melhorar.

0 Não me sinto um fracasso.

1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.

2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.

3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.

2 Não encontro um prazer real em mais nada.

3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

0 Não me sinto especialmente culpado.

1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.

2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.

3 Eu me sinto sempre culpado.

0 Não acho que esteja sendo punido.

1 Acho que posso ser punido.

2 Creio que vou ser punido.

3 Acho que estou sendo punido.

0 Não me sinto decepcionado comigo.

1 Estou decepcionado comigo mesmo.

2 Estou enojado de mim.

3 Eu me odeio.

0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.

1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.

2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.

3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.

1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.

2 Gostaria de me matar.

3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

0 Não choro mais que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava.

2 Agora, choro o tempo todo.

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira.

0 Não sou mais irritado agora do que já fui.

1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.

2 Agora, me sinto irritado o tempo todo.

3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.

0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.

1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.

2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.

3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.

0 Tomo decisões tão bem quanto antes.

1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.

2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.

3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.

0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.

1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.

2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.

3 Acredito que pareço feio.

0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.

1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.

2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.

3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

0 Consigo dormir tão bem quanto antes.

1 Não durmo tão bem como costumava.

2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo que o habitualmente e acho difícil voltar a dormir.

3 Acordo várias horas mais cedo que costumava e não consigo voltar a dormir.

0 Não fico mais cansado que o habitual.

1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.

2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.

3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

0 O meu apetite não está pior do que o habitual.

1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.

2 Meu apetite é muito pior agora.

3 Absolutamente não tenho mais apetite.

0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.

1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.

2 Perdi mais do que 5 quilos.

3 Perdi mais do que 7 quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_.

- 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
- 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
- 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
- 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

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

Some os pontos que obtivestes nestas questões: \_\_\_\_\_.

*ANEXO 6 – Working Alliance Inventory*

ANEXO 06. WORKING ALLIANCE INVENTORY – VERSÃO PACIENTE (WAI-C)

Inventário de Aliança Terapêutica

Versão P

Instruções

Nas páginas seguintes você encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir acerca do seu terapeuta.

Abaixo de cada afirmação existe uma escala de sete pontos:

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente

Por exemplo: Se a afirmação descrever o modo como se sente (ou pensa) *sempre* faça um círculo no número 7; se *nunca* faça um círculo no número 1. Use os outros números para descrever variações entre estes dois extremos.

Este questionário é CONFIDENCIAL

Responda rapidamente, suas primeiras impressões são as mais importantes.  
(POR FAVOR NÃO SE ESQUEÇA DE RESPONDER A **TODOS** OS ITENS)

Obrigado por sua colaboração.

© A. O. Horvath, 1981, 1984

Versão autorizada para Língua Portuguesa: Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu

---

1. Sinto-me desconfortável com o(a) meu(a) terapeuta.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

---

2. O(a) meu(a) terapeuta e eu estamos de acordo acerca das coisas que são necessárias fazer em terapia para ajudar a melhorar a minha situação

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

---

3. Estou preocupado(a) com o resultado destas sessões.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

---

4. O que eu faço na terapia permite-me ver o meu problema de novas formas.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

---

5. Eu e o(a) meu(a) terapeuta compreendemo-nos mutuamente.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

---

6. O(a) meu(a) terapeuta percebe, com clareza, quais são os meus objetivos.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

---

7. Acho confuso o que estou fazendo em terapia.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

---

8. Acho que o(a) meu(a) terapeuta gosta de mim.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

---

9. Gostaria que o(a) meu(a) terapeuta e eu pudéssemos deixar claro a finalidade das nossas sessões.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

---

10. Discordo do meu(a) terapeuta acerca dos objetivos da terapia.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente
11. Acredito que o tempo que passo com o(a) meu(a) terapeuta não é utilizado de um modo eficaz.					

1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente
------------	----------------	---------------------	---------------	---------------------	---------------------------

12. O(a) meu(a) terapeuta não percebe aquilo que tento conseguir com a terapia.					
---	--	--	--	--	--

1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente
------------	----------------	---------------------	---------------	---------------------	---------------------------

13. Está claro para mim quais as minhas responsabilidades na terapia.					
---	--	--	--	--	--

1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente
------------	----------------	---------------------	---------------	---------------------	---------------------------

14. Os objetivos destas sessões são importantes para mim.					
---	--	--	--	--	--

1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente
------------	----------------	---------------------	---------------	---------------------	---------------------------

15. Acho que o que eu e o(a) meu(a) terapeuta fazemos em terapia não está relacionado com as minhas preocupações.					
---	--	--	--	--	--

1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente
------------	----------------	---------------------	---------------	---------------------	---------------------------

16. Sinto que aquilo que faço em terapia me ajudará a atingir as mudanças que desejo.					
---	--	--	--	--	--

1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente
------------	----------------	---------------------	---------------	---------------------	---------------------------

17. Acredito que meu(a) terapeuta está genuinamente preocupado com o meu bem-estar.					
---	--	--	--	--	--

1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente
------------	----------------	---------------------	---------------	---------------------	---------------------------

18. Está claro para mim o que o(a) meu(a) terapeuta quer que eu faça nestas sessões.					
--	--	--	--	--	--

1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente
------------	----------------	---------------------	---------------	---------------------	---------------------------

19. O(a) meu(a) terapeuta e eu respeitamo-nos mutuamente.					
---	--	--	--	--	--

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

20. Sinto que o(a) meu(a) terapeuta não é totalmente honesto(a) acerca daquilo que sente em relação a mim.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

21. Tenho confiança na capacidade de meu(a) terapeuta para me ajudar.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

22. O(a) meu(a) terapeuta e eu trabalhamos para alcançar objetivos que foram mutuamente acordados.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

23. Sinto que o(a) meu(a) terapeuta me aprecia.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

24. Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante eu trabalhar.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

25. Como resultado destas sessões torna-se mais claro para mim como será possível eu mudar.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

26. O(a) meu(a) terapeuta e eu confiamos um no outro.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

27. O(a) meu(a) terapeuta e eu temos idéias diferentes acerca de quais são os meus problemas.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

28. A minha relação com o(a) meu(a) terapeuta é muito importante para mim.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

29. Sinto que se disser ou fizer algo errado, o(a) meu(a) terapeuta deixará de trabalhar comigo.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

30. O(a) meu(a) terapeuta e eu colaboramos na definição dos objetivos da minha terapia.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

31. Estou frustrado(a) com as coisas que faço em terapia.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

32. Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para mim.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

33. As coisas que o(a) meu(a) terapeuta me pede para fazer não fazem sentido.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

34. Não sei o que esperar como resultado da minha terapia.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

35. Acredito que o modo como estamos trabalhando com o meu problema é correto.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

36. Sinto que o(a) meu(a) terapeuta se preocupa comigo mesmo quando faço coisas que não aprova.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

## ANEXO 05. WORKING ALLIANCE INVENTORY – VERSÃO TERAPEUTA (WAI-T)

## Versão T

## Instruções

Nas páginas seguintes você encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir acerca do seu cliente.

Abaixo de cada afirmação existe uma escala de sete pontos:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

Por exemplo: Se a afirmação descrever o modo como se sente (ou pensa) *sempre* faça um círculo no número 7; se *nunca* faça um círculo no número 1. Use os outros números para descrever variações entre estes dois extremos.

Este questionário é CONFIDENCIAL

Responda rapidamente, suas primeiras impressões são as mais importantes.  
(POR FAVOR NÃO SE ESQUEÇA DE RESPONDER A **TODOS** OS ITENS)

Obrigado por sua colaboração.

© A. O. Horvath, 1981, 1984

Versão autorizada para Língua Portuguesa: Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu

1. Sinto-me desconfortável com o(a) meu(a) cliente.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

2. O(a) meu(a) cliente e eu estamos de acordo acerca das coisas que são necessárias fazer em terapia para ajudar a melhorar a sua situação

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

3. Tenho algumas preocupações acerca do resultado destas sessões.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

4. O(a) meu(a) cliente e eu temos confiança na utilidade das nossas atividades em terapia.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

5. Sinto que compreendo realmente o(a) meu(a) cliente.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

6. O(a) meu(a) cliente e eu temos uma percepção comum acerca dos seus objetivos.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

7. O(a) meu(a) cliente acha confuso o que estamos fazendo em terapia.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

8. Acho que o(a) meu(a) cliente gosta de mim.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

9. Sinto a necessidade de explicar a finalidade das nossas sessões.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

10. O(a) meu(a) cliente e eu discordamos acerca dos objetivos destas sessões.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

11. Acredito que o tempo que passo com o(a) meu(a) cliente não é utilizado de um modo eficaz.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

12. Tenho dúvidas acerca daquilo que tentamos conseguir com a terapia.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

13. Sou claro e explícito acerca das responsabilidades do(a) meu(a) cliente na terapia.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

14. Os objetivos destas sessões são importantes para o(a) meu(a) cliente.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

15. Acho que o que eu e o(a) meu(a) cliente fazemos em terapia não está relacionado com as suas preocupações.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

16. Sinto que aquilo que fazemos em terapia ajudará o(a) meu(a) cliente a atingir as mudanças que deseja.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

17. Estou genuinamente preocupado com o bem-estar do(a) meu(a) cliente.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

18. Sou claro acerca do que espero que o(a) meu(a) cliente faça nestas sessões.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

19. O(a) meu(a) cliente e eu respeitamo-nos mutuamente.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

20. Sinto que não sou totalmente honesto acerca daquilo que sinto em relação ao(à) meu(a) cliente.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

21. Tenho confiança na minha capacidade de ajudar o(a) meu(a) cliente.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

22. O(a) meu(a) cliente e eu trabalhamos para alcançar objetivos que foram mutuamente acordados.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

23. Aprecio o(a) meu(a) cliente como pessoa.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

---

24. Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante o(a) meu(a) cliente trabalhar.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

---

25. Como resultado destas sessões torna-se mais claro para o(a) meu(a) cliente como será possível ele(a) mudar.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

---

26. O(a) meu(a) cliente e eu confiamos um no outro.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

---

27. O(a) meu(a) cliente e eu temos idéias diferentes acerca de quais são os seus problemas.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

---

28. A minha relação com o(a) meu(a) cliente é importante para ele(a).

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

---

29. Sinto que o(a) meu(a) cliente tem medo de que se disser ou fizer algo errado, eu deixe de trabalhar com ele(a).

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

---

30. O(a) meu(a) cliente e eu colaboramos na definição dos objetivos destas sessões.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

---

31. O(a) meu(a) cliente está frustrado(a) com as coisas que eu peço para ele(a) fazer em terapia.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente

---

32. Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para o(a) meu(a) cliente.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente
33. As coisas que fazemos em terapia não fazem muito sentido para o(a) meu(a) cliente.					
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente
34. O(a) meu(a) cliente não sabe o que esperar como resultado da terapia.					
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente
35. O(a) meu(a) cliente acredita que o modo como estamos trabalhando com o seu problema é correto.					
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente
36. Eu respeito o(a) meu(a) cliente mesmo quando faz coisas que eu não aprovo.					
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente

ARTIGO SUBMETIDO A PUBLICAÇÃO NO  
*JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE*

**Title:** Impact of defense style on brief psychotherapy of postpartum depression

**Running head:** Defense style and psychotherapy of PPD

**Authors:** Pedro Vieira da Silva Magalhães<sup>1</sup>, M.D., M.Sc.; Ricardo Tavares Pinheiro<sup>1</sup>, M.D., Ph.D.; Augusto Duarte Faria, Psyc., M.Sc.; Camila Moreira Osório, Psyc., M.Sc.; Ricardo Azevedo da Silva<sup>1</sup>, Psyc, Ph.D., Luis Botella, Psyc, Ph.D.<sup>2</sup>

Journal section: Brief report

Word count: 1754 (without references)

\*Contact author:

Pedro Vieira da Silva Magalhães

Mestrado em Saúde e Comportamento

Universidade Católica de Pelotas

Rua Almirante Barroso 1202

Centro, CEP 96010-280

Pelotas, RS

Brasil

Tel: (55 53) 3284-8104

E-mail: [maga@ufpel.tche.br](mailto:maga@ufpel.tche.br)

---

<sup>1</sup> Master's Programme in Health and Behaviour, Catholic University of Pelotas

<sup>2</sup> Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona

\* Work conducted with no funding sources external to the Catholic University of Pelotas. We thank Professor Gisele Gus Manfro and Dr. Carolina Blaya for gracefully sharing unpublished data on the DSQ validation.

## **Impact of defense style on brief psychotherapy of postpartum depression**

### **Running head: Defense Style and brief psychotherapy of PPD**

Defense style is one variable that could influence treatment selection in psychotherapy. In this study, we evaluated the impact of defense style on outcome and its relation to the therapeutic alliance. Women with postpartum depression were allocated to a brief psychotherapeutic intervention. To evaluate defense style and the alliance, the Defense Style Questionnaire and the Working Alliance Inventory were employed. The main outcome was the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) score at endpoint; anxiety and retention in treatment were also evaluated. Fifty-nine patients were included; forty-six completed the therapy and 65.4% responded (EPDS<10). Intense use of immature defenses was related to persistence of depression and anxiety symptoms at endpoint, even when controlled for potential confounders. Results tended to confirm a hierarchy of defense styles, independently of the alliance. Clinicians should be aware of possible differential responses to brief psychotherapies related to defense style.

**Keywords:** defense mechanisms, therapeutic alliance, psychotherapy, postpartum depression, outcome.

## INTRODUCTION

Personal characteristics are among patient variables theoretically relevant for treatment selection in psychotherapy (Beutler & Clarkin, 1990). Recent systematic reviews have shown some patient characteristics to consistently affect psychotherapy outcome. In cognitive therapy of depression, high initial symptom severity, level of dysfunctional attitudes, chronicity and number of previous episodes all predicted poor treatment response (Hamilton & Dobson, 2002); in psychodynamic therapies, quality of object relations, motivation for change and psychological mindedness were related to outcome (Valbak, 2004).

Defense style (DS) is one patient variable that might influence treatment choice. With the availability of validated measures, renewed interest in defenses has taken place. Emergent data have related DS and dropping-out of a number of medical treatments, making it relevant for health professionals in general (Cramer, 2000). Empirical studies have shown that defenses can be organized in a hierarchy of psychopathology (Vaillant, 1994), maladaptive defenses being associated with mental illness (Bond, 2004). Nevertheless, few clinical studies have evaluated the effect of DS on psychotherapy. Initial DS has been related to outcome in most (Hoglund & Perry, 1998; Perry, 2001; Piper et al., 1985), but not all (Hersoug et al., 2002) studies; mostly dynamic therapies have been probed. As initial style was also related to outcome in one trial of cognitive therapy for panic disorder (Heldt et al., 2003), DS may be relevant regardless of theoretical orientation (Bond, 2004).

Relating treatment outcome to process research, one possibility is that defenses affect the formation or development of the therapeutic alliance, a common factor considered essential for change in psychotherapy (Horvath, 2000). Early alliance formulations had already pointed out the necessity of a degree of “ego maturity” for the development of a consistent alliance (Zetzel, 1956). The hypothesis that intense use of immature defenses creates vulnerabilities for alliance ruptures (Bond, 2004) has not been clearly confirmed in

the few studies that evaluated the relation of defenses and alliance (Bond & Perry, 2004; Despland et al., 2001, Hersoug et al., 2002).

The objective in this report of a clinical investigation of brief psychotherapy for women with postpartum depression (PPD) is to evaluate the effect of defenses on therapy outcome; additionally, we tested the hypothesis that this impact would be mediated by the therapeutic alliance. Women with PPD are a relevant group for psychotherapy research, since potentially harmful antidepressant effects on newborns (Weissman et al., 2004) are avoided by effective psychotherapy (Magalhaes & Pinheiro, 2006). Moreover, in a recent longitudinal investigation, use of immature defenses was related to maintenance of depressive symptoms 12 months after childbirth (McMahon et al., 2005).

## METHODS

Women over 18 years old, between 30-120 days postpartum could be included. The validated Portuguese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Santos et al., 1999), with a cut-off point of 10, was used for screening. Exclusion criteria were severe depression, psychotic symptoms, bipolar disorder and suicide risk. Depression severity was evaluated with the Beck Depression Inventory (BDI; Gorenstein et al., 1996) and suicide risk with the suicide section of the Mini-International Psychiatric Interview (MINI; Amorim, 2000). Other criteria were assessed with a clinical interview during intake.

Following Peindl & Wisner (2003), we employed diverse methods for recruitment. In addition to enrolling patients from primary care physicians, psychiatrists and psychologists, we screened postpartum women from one public hospital for PPD symptoms. The study was approved by the ethics committee of Santa Casa de Misericórdia de Pelotas. Excluded patients were forwarded to psychiatric care and follow-up. Recruitment extended from December 2004 to May 2006.

The 40-item version of the Defense Style Questionnaire (DSQ), a self-reported instrument developed by Bond and colleagues, was employed to assess DS (Andrews et al., 1993). The DSQ has recently been validated for the Portuguese language (Blaya et al., 2004; Blaya et al., 2007), and evaluates 20 distinct defenses, grouped in 3 styles (mature, neurotic and immature). To evaluate the therapeutic alliance, the Portuguese version of the Working Alliance Inventory (Horvath, 1989; Machado & Horvath, 1999) was administered to patient and therapist. The WAI measures three dimensions of the alliance (bond, task and goal), after Bordin's theoretical model.

The EPDS was the main outcome measure in this study; its use in clinical studies has been recently encouraged (Matthey, 2004). Additionally, as there is growing awareness of anxiety symptoms in this period (Matthey et al., 2003), the Beck Anxiety Inventory (BAI) was a secondary outcome.

In the screening interview, women provided data regarding socio-economic variables and completed the EPDS, DSQ and BAI, which were repeated at endpoint. Patient and therapist completed the WAI after the first, fourth and seventh sessions. After inclusion, women were randomized to 7 sessions of either cognitive therapy or a constructivist psychotherapy. Therapists were senior psychology undergraduates, trained in both interventions in a pilot study. Interventions were conducted according to manuals designed for this study. Weekly meetings with study coordinators were held to check therapist adherence.

Constructivist psychotherapies differ from standard cognitive therapy in that they tend to be less confrontational regarding dysfunctional ideas and more oriented toward change in personal narratives (Galarce, 2003). Notwithstanding theoretical and technical dissimilarities, in this report, the 2 groups are combined, as neither therapy directly approaches defense mechanisms and both emphasize the importance of a collaborative alliance (comparative efficacy results will appear in a separate report) (Neimeyer, 1993).

In addition to bivariate analyses to check the association of DS with other patient variables, multivariate analyses were used to control for confounding. To evaluate the impact of defense style in the endpoint EPDS and in categorical variables, we used, respectively, analysis of co-variance (ANCOVA) and multiple logistical regression.

## RESULTS

Fifty-nine patients were included (Table 1 for baseline). From the first two included in the study, initial DSQ was not completed; endpoint data from 6 of the 13 patients who did not complete all sessions was obtained. Of these 50 patients who provided efficacy data, 65.4% had a treatment response ( $EPDS < 10$ ). There were significant reductions from baseline to endpoint in both EPDS ( $t=5.19, p < 0.001$ ) and BAI ( $t=3.46, p=0.001$ ) scores. Multiparity ( $F=6.73, p=0.012$ ) and lower social class ( $F=6.15, p=0.016$ ) were associated with higher initial immature DS. Initial neurotic style was correlated with baseline BAI ( $r=0.268, p=0.044$ ) and initial mature style was correlated with baseline EPDS ( $r=-0.319, p=0.016$ ).

Initial immature DS was positively correlated with both endpoint EPDS ( $r=0.286, p=0.044$ ) and BAI ( $r=0.378, p=0.007$ ). The other styles were not correlated with outcome variables. With social class and parity as co-variables, there was little difference in the ANCOVA model in the impact of immature style on endpoint EPDS ( $F=3.76, p=0.059$ ) and BAI ( $F=7.29, p=0.01$ ). Patients who dropped-out also had a higher score in the immature factor than patients who completed all treatment sessions ( $F=6.47, p=0.014$ ).

Immature scores were dichotomized by the median into high/ low groups to perform the response ( $EPDS < 10$ ) analysis. After controlling for parity and social class, high use of immature defenses was a risk for not responding to treatment ( $OR=7.97, IC95\% 1.89 - 33.70, p=0.005$ ).

Significant change from baseline to endpoint occurred only in immature DS ( $t=2.56, p=0.014$ ); this change did not correlate with change in EPDS ( $p=0.34$ ) or BAI ( $p=0.93$ ) scores. DS was not correlated with alliance scales in any session ( $p > 0.05$  for the 54 tests); we did not, therefore, proceed with further mediation analysis.

As only the immature style had an effect on efficacy measures, we tested the *post hoc* hypothesis of a categorical hierarchy of defenses by dichotomizing the sample by the median of the three styles. First, we separated those patients that scored above the median on the

immature scale (which we termed immature style; n=28). The remaining patients were grouped according to the other styles: a high neurotic / low mature style (n=4); a high neurotic/ high mature style (n=4); a low defenses style (low neurotic/ low mature; n=13) and a mature style (low neurotic/ high mature; n=8). This exploratory analysis corroborated the proposed hierarchy, as outcomes were poorer for the less mature groups (Table).

## DISCUSSION

In this study, which showed typical response and drop-out rates for this population (about 65% and 20%, respectively) (Milgrom et al., 2005; O'Hara et al., 2000), intense use of immature defenses had a clinically relevant impact on the outcome of brief psychotherapy for women with depressive symptoms in the postpartum; satisfactory outcomes were uncommon for those using more intensively maladaptive defenses.

Clinical studies suggest that DS may be an important, although not immutable, prognostic variable in psychotherapy. Bond and Perry (2004) have shown a change towards more adaptive use of defenses related to symptom improvement in patients undergoing long-term dynamic therapy. This association was not observed in the present study. Although it is essential to assess directly this question – i.e., in a trial comparing dynamic to other therapeutic model, approaching defense mechanisms may be necessary if defensive change related to improvement is intended.

Simultaneous study of process and outcome research is desirable, as outcome research is not informative regarding which variables are responsible for change (Garfield, 1990). Our hypothesis that use of immature defenses influence therapy outcome via the therapeutic alliance was not confirmed, and the impact of defenses was independent of this essential common factor. Clinical studies in this matter have yielded conflicting results, and it is important to understand how DS exerts its effect in therapy.

It must be emphasized that therapy outcome depends on the interaction of multiple variables; when selecting treatment, clinicians do not take into account only patient's characteristics (Beutler & Clarkin, 1990). There is, for instance, preliminary evidence that therapists adjust their interventions to the patient's defensive level (Hersoug et al., 2004). Such flexibilities in technique could explain the difficulties in uncovering differences in alliance formation related to DS. Limited capacity of inclusion, and the consequent power limitations, was responsible for our narrow testing of interaction hypotheses in this report.

Shortcomings of the DSQ in evaluating unconscious defenses have been pointed out, as self-reports could be intentionally or unintentionally biased (Cramer, 2000); we consider the confirmation of our results with other rating methods necessary. Also, structured interviews were not employed in this study. Although this is acknowledged as a limitation, the use of less rigid inclusion criteria has not had significant impact on the outcome of psychotherapy for depression (Robinson et al., 1990); broader inclusion of patients could also be conceived as augmenting the study's external validity.

### Conclusions

Although still in need for replication in broader populations and settings, defense mechanisms have been repeatedly associated with response and drop-out rates in diverse therapies. When devising a therapeutic strategy, clinicians should be aware of possible differential responses to brief psychotherapies related to defense style.

## REFERENCES

- Amorim P. Mini international neuropsychiatric interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22(3):106-115.
- Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis.* 1993; 181(4):246-56.
- Beutler LE, Clarkin JF. *Systematic treatment selection.* New York: Brunner/ Mazel; 1990.
- Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, Manfro GG. Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(4):255-8.
- Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Bond M, Manfro GG. Brazilian-Portuguese version of the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychotherapy Research* 2007 (in press).
- Bond M. Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harv Rev Psychiatry.* 2004;12(5):263-78.
- Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Am J Psychiatry.* 2004; 161(9):1665-71.
- Cramer P. Defense mechanisms in psychology today. Further processes for adaptation. *Am Psychol.* 2000; 55(6):637-46.
- Despland J, Roten Y, Despars J, Stigler M, Perry JC. Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *J Psychother Pract Res.* 2001;10: 155-

164.

- Galarce E. Psicología narrativa: una revisión de sus aspectos teóricos y sus alcances terapéuticos. *Las Tesinas de Belgrano* 2003;85:2-25.
- Garfield SL. Issues and methods in psychotherapy process research. *J Consult Clin Psychol.* 1990;58(3):273-80.
- Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res.* 1996; 29: 453-457.
- Hamilton KE, Dobson KS. Cognitive therapy of depression: pretreatment patient predictors of outcome. *Clin Psychol Rev.* 2002;22(6):875-93.
- Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Maltz S, Isolan L, Hirakata VN, Otto MW. Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. *Psychother Psychosom.* 2003;72(1):43-8.
- Hersoug AG, Sexton HC, Hoglend P. Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *Am J Psychother.* 2002;56: 539-552.
- Hersoug AG, Hoglend P, Bogwald K. Is there an optimal adjustment of interpretation to the patients' level of defensive functioning? *Am J Psychother* 2004; 58(3):349-361.
- Hoglend P, Perry JC. Defensive functioning predicts improvement in major depressive episodes. *J Nerv Ment Dis.* 1998;186(4):238-43.
- Horvath AO. The therapeutic relationship: from transference to alliance. *J Clin Psychol* 2000; 56:163-173.
- Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology* 1989;36 (2): 223-233.

- Machado PP, Horvath AO. Inventário da aliança terapêutica. In: Simões MR (Ed). Testes e provas psicológicas em Portugal. Braga: Apport-Sho; 1999.
- Magalhaes PV, Pinheiro RT. Pharmacological treatment of postpartum depression. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(1):75-6.
- Matthey S. Calculating clinically significant change in postnatal depression studies using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Affect Disord*. 2004;78(3):269-72.
- Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *J Affect Disord*. 2003;74(2):139-47.
- McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *J Affect Disord*. 2005;84(1):15-24.
- Milgrom J, Negri LM, Gemmill AW, McNeil M, Martin PR. A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *Br J Clin Psychol*. 2005;44(Pt 4):529-42.
- Neimeyer RA. An appraisal of constructivist psychotherapies. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61(2):221-34.
- O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(11):1039-45.
- Peindl KS, Wisner KL. Successful recruitment strategies for women in postpartum mental health trials. *J Psychiatr Res*. 2003;37(2):117-25.
- Perry JC. A pilot study of defenses in adults with personality disorders entering psychotherapy. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189(10):651-60.
- Piper WE, de Carufel FL, Szkrumelak N. Patient predictors of process and outcome in short-term individual psychotherapy. *J Nerv Ment Dis*. 1985;173(12):726-33.

- Robinson LA, Berman JS, Neimeyer RA. Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol Bull.* 1990;108(1):30-49.
- Santos MF, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clin.* 1999;26(2):90-5.
- Valbak K. Suitability for psychoanalytic psychotherapy: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;109(3):164-78.
- Vaillant GE. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *J Abnorm Psychol.* 1994;103(1):44-50.
- Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ, Bantler S, Donohue M, Ellingrod VL, Wisner KL. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. *Am J Psychiatry* 161(6): 1066-78, 2004.
- Zetzel ER. Current concepts of transference. *Int J Psychoanal.* 1956;37: 369-376.

Table 1. Sample baseline characteristics

Characteristic	
Mean age (SD)	27 (6.59)
Social class*	
B or C (higher)	44.1%
D or E (lower)	55.9%
Primiparity	33.9%
Lives with father	67.8%
Planned pregnancy	28.8%
Previous psychiatric treatment	28.8%
Family history of psychiatric illness	50.8%
Mean EPDS** (SD)	12.66 (5.02)
Mean BAI*** (SD)	17.17 (11.8)
Defense Style Questionnaire	
Mean immature style (SD)	4.87 (1.27)
Mean neurotic style (SD)	5.59 (1.41)
Mean mature style (SD)	5.46 (1.42)

\*Using criteria from the Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME)

\*\* Edinburgh Postnatal Depression Scale

\*\*\* Beck Anxiety Inventory

Table 2. Association of defense styles with outcome.

Style	Endpoint EPDS (mean)	Endpoint BAI(mean)	Drop-outs
<i>Immature</i>	10.59*	16.41**	32.1%***
<i>Neurotic/low mature</i>	11.75	18.50	25%
<i>Neurotic/high mature</i>	5.50	11.25	25%
<i>Low defenses</i>	6.75	5.25	15.4%
<i>Mature</i>	3.50	5.88	0%

\*p=0.001 for linearity

\*\*p=0.002 for linearity

\*\*\*p=0.051 for linear to linear association