



ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**DEFENSE MECHANISM RATING SCALES:
UMA REVISÃO DE ESTUDOS EMPÍRICOS**

CARLO ANTÓNIO RIBEIRO PATRÃO

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Clínica

2014

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutor António Pazo Pires, apresentada no ISPA – Instituto Universitário, para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006, publicado em Diário da Republica, 2ª série, de 26 de Setembro, 2006.

Índice

Artigo de Revisão de Literatura	1
Resumo	2
Abstract	3
Introdução	4
Defesas e Psicopatologia	5
Perturbações da Personalidade	5
Perturbações de Humor e Severidade Sintomática.....	7
Psicoterapia e Mudanças no Funcionamento Defensivo	9
Psicoterapia Breve Dinâmica	9
Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica.....	11
Psicanálise	13
Defesas, Interpretação e Relação Terapêutica	14
Interpretação.....	14
Aliança Terapêutica.....	16
Defesas e Conflito Dinâmico	17
Limites e Inovações	18
Conclusão	19
Referências.....	20
Artigo de Empírico.....	27
ANEXOS	28
Anexo A	29
Anexo B.....	30

Artigo de Revisão de Literatura

Defense Mechanism Rating Scales: Uma revisão de estudos empíricos

Resumo

Objetivo: O Defense Mechanism Rating Scale (DMRS) (Perry, 1990) é um instrumento de avaliação de mecanismos de defesa (MDs) amplamente utilizado na investigação empírica de processos psicoterapêuticos. O presente artigo pretende colmatar a ausência de uma revisão aos estudos de MDs que utilizam o DMRS. **Método:** Realizaram-se pesquisas sistemáticas nas bases electrónicas: PsycInfo, PsycARTICLES, PEP, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Academic Search Complete, ISI, Wiley Online Library e Ovid pelos termos *Defense Mechanism Rating Scale** e *Overall Defensive Functioning*. Uma pesquisa adicional foi realizada a partir da bibliografia dos artigos recolhidos. **Resultados:** Foram seleccionados 55 estudos empíricos que utilizaram o DMRS na avaliação de MDs em investigações com diferentes metodologias e objetivos. **Conclusões:** O DMRS é um instrumento robusto na identificação de MDs em psicoterapia suportando empiricamente várias teorias psicanalíticas sobre a relação entre o funcionamento defensivo e as perturbações da personalidade e do humor, a interpretação, a aliança terapêutica, os diferentes tipos de psicoterapia e o conflito intapsíquico.

Palavras-Chave: defense mechanism rating scale, mecanismos de defesa, overall defensive functioning, revisão empírica,

Abstract

Purpose: The Defense Mechanism Rating Scale (DMRS) (Perry, 1990) was developed to help clinicians identify defense mechanisms in the psychotherapeutic context. DMRS is one of the main empirical scales used to evaluate defense mechanisms, yet no empirical reviews have been conducted to study the scope of this instrument. **Method:** Relevant literature was identified via electronic searches using the search terms *Defense Mechanism Rating Scale** and *Overall Defensive Functioning* in the following databases: PsycInfo, PsycARTICLES, PEP, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Academic Search Complete, ISI, Wiley Online Library and Ovid. An additional search was conducted to examine the bibliographies of all collected articles. **Results:** 55 empirical studies using the DMRS were selected in various psychotherapeutic modalities and with different methodologies. **Conclusions:** The DMRS is a robust instrument of defense mechanism assessment. The findings of the DMRS support several psychoanalytic theories about the relationship between defensive functioning and the subjects of personality and affective disorders, interpretation and therapeutic alliance, conflict, and the different types of psychotherapy.

Keywords: defense mechanism rating scale, defense mechanism, overall defensive functioning, empirical review

Introdução

Actualmente verifica-se um interesse crescente no estudo de processos em psicoterapia psicanalítica e uma mudança do foco de investigação da eficácia psicoterapêutica (*outcome studies*) para os processos que tornam uma psicoterapia eficaz (*process studies*) (Hinshelwood, 2013). Neste contexto, os mecanismos de defesa (MDs) um dos conceitos pilares e mais estáveis da teoria psicanalítica (Kernberg, 2004; Lingardi, Gazzillo & Waldron, 2010) têm sido alvo de um renovado interesse tornando-se cada vez mais acessíveis à investigação empírica (Perry et al., 1998; Perry, Beck, Constantinidès & Foley, 2009; Skodol & Perry, 1993). Como exemplo, a última edição do *Journal of Clinical Psychology: In Session* de Maio de 2014 é inteiramente dedicada à apreciação clínica de MDs utilizando o *Defense Mechanism Rating Scale* (DMRS). O DMRS, 5ª versão (Perry, 1990a) tem sido amplamente utilizado na avaliação de MDs via juízes externos (Soultonian, Dardennes, Mouchabac, & Guelfi, 2005), sendo útil quer na investigação de processos quer na de produtos psicoterapêuticos (Perry & Ianni, 1998) revelando propriedades psicométricas robustas (Perry, 2001; Perry & Henry, 2004). Na sua versão actual, o DMRS apresenta a definição de 28 MDs, organizados hierarquicamente em 7 níveis de crescente adaptabilidade (ver Anexo A). O DMRS apresenta uma medida sumária de adaptação defensiva geral, o *Overall Defensive Functioning* (ODF).

O presente artigo tem como objectivo realizar a primeira revisão dos estudos de MDs com o DMRS. Dado tratar-se de uma primeira revisão aos estudos do DMRS optou-se por um método com parâmetros de elegibilidade abrangentes incluindo investigações que usam o sistema qualitativo e quantitativo do DMRS, com diferentes *designs* de investigação e objetivos. Embora a publicação oficial do DMRS datar de 1990, consideraram-se elegíveis artigos do autor com versões preliminares e não publicadas do instrumento (Perry & Cooper, 1986, 1989). A língua inglesa não foi critério de exclusividade. Efetuaram-se pesquisas eletrónicas sistemáticas pelos termos *defense mechanism rating scale** e *overall defensive functioning* nas bases eletrónicas: PsycInfo, PsycArticles, PEP, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Academic Search Complete, Wiley Online Library e Ovid. Em adição, fez-se uma pesquisa manual a partir da bibliografia dos artigos seleccionados. No final, indentificaram-se 55 artigos de investigação¹ que utilizaram o DMRS como instrumento de avaliação de MDs.

¹ Os artigos seleccionados encontram-se identificados na secção Referências com o símbolo (*). No Anexo B, encontra-se a Tabela de Estudos Empíricos com o resumo de cada artigo.

A estrutura da presente revisão empírica segue uma lógica sequencial paralela às sucessivas áreas de interesse de aplicação do DMRS que evoluíram de uma perspectiva macro como a relação entre MDs e a distinção de grupos nosográficos, aos perfis de mudança de defesas em psicoterapia até ao estudo de microfenómenos dinâmicos como a intervenção terapêutica, a aliança e o conflito psicanalítico.

Defesas e Psicopatologia

A questão central no estudo de MDs em psicopatologia tem-se baseado na procura de correlações significativas entre defesas ou constelações defensivas e os vários tipos de perturbação da personalidade e do humor (Bond, 2004; Bowins, 2010; Cramer, 1999, 2006; Vaillant, 1994; Vaillant & McCullough, 1998). Empiricamente têm sido encontradas associações significativas da presença de determinados MDs em diagnósticos específicos.

Perturbações da Personalidade

Perry, Presniak e Olson (2013), numa revisão de literatura aos principais escritos teóricos e empíricos sobre mecanismos de defesa e perturbações de personalidade, sintetizaram os grupos de defesas que, canonicamente, são atribuídas à perturbação da personalidade esquizotípica (PEP), borderline (PBP), anti-social (PAP) e narcisística (PNP). As descrições teóricas e os resultados empíricos recolhidos na revisão de literatura foram comparados num estudo a partir de entrevistas clínicas semi-estruturadas a uma amostra de 107 pacientes psiquiátricos, através do DMRS. Verificou-se que dentro das quatro perturbações de personalidade analisadas: são usados todos os MDs do espectro DMRS, mesmo que em pequenas proporções e há uma proporção elevada de defesas do nível defensivo imaturo em todas as perturbações da personalidade. Neste estudo, cada perturbação da personalidade poderia ser melhor identificada pela constelação de MDs que apresentava. Por via de análises de regressão estatística, constatou-se que as propriedades psicodinâmicas da PBP eram explicadas em 37.9% de variância pelo nível defensivo, localizando-se com precisão uma forte ligação entre funcionamento defensivo e o tipo de perturbação da personalidade.

Perry e Cooper (1986) ao usarem o método de cotação qualitativa do DMRS alcançaram conclusões semelhantes na avaliação do funcionamento defensivo em PBP, PAS e bipolar do tipo II numa amostra de 81 pacientes. Neste estudo, os resultados indicaram que, embora o nível defensivo não discriminasse significativamente os diferentes diagnósticos, existiam padrões defensivos

específicos associados a cada diagnóstico. A PBP revelou estar significativamente associada a defesas de ação e a defesas de distorção de imagem, enquanto a PAP estava correlacionada com o recurso a defesas de distorção de imagem menor e de evitamento e a perturbação bipolar do tipo II a uma maior correlação com defesas mais adaptativas como as defesas obsessivas. Em fase de follow-up, Perry e Cooper (1989) verificaram que as defesas de ação na PBP eram preditoras de um maior nível sintomático, maior tendência a abuso de substâncias e um funcionamento global e social comprometido. Perry (2001) ao estudar um subgrupo de pacientes com PBP ($n=6$, ODF=4.07) constatou que apresentavam um ODF médio significativamente inferior aos pacientes com perturbação de personalidade não-borderline ($n=5$, ODF=4.62). Esta diferença deveu-se, essencialmente, ao maior uso de defesas de ação por parte dos pacientes com PBP. Kramer, de Roten, Perry e Despland (2013) encontraram resultados semelhantes quando comparam pacientes com PBP a grupos de controlo.

Perry e Perry (2004) estudaram o funcionamento defensivo em pacientes com PNP, tendo encontrado correlações positivas com as defesas de onipotência, desvalorização e fantasia autística e uma associação negativa com a defesa recalcamento. Perry e Presniak (2013) encontraram resultados semelhantes num estudo de caso com um paciente com PNP, referindo que este arranjo defensivo permite ao paciente deflectir o conflito a favor de uma imagem grandiosa do *self* (Perry & Presniak, 2013) convertendo o medo de abandono num movimento ativo de desligamento na relação com o outro (Bromberg, 1979, 1983).

Lingiardi et al. (1999) estudaram associação entre MDs e várias perturbações da personalidade. A perturbação histriónica da personalidade revelou estar associada quer a defesas narcísicas (nível 4, idealização e onipotência) quer a defesas borderline (nível 2, clivagem). Na PAP, verificou-se o uso preferencial das defesas de projeção e intelectualização. A interação destas duas defesas nesta perturbação da personalidade é, para os autores, a pedra angular na compreensão da manutenção de características antissociais como a agressividade, a irritabilidade e o obívio das normas sociais que são reguladas pela intelectualização (defesa obsessiva) que minimiza e torna banal a importância dada a experiências negativas.

A teoria clínica psicanalítica e os resultados empíricos são concordantes ao indicarem que defesas de nível hierárquico baixo estão associadas a perturbações de personalidade específicas e que o funcionamento defensivo geral destes pacientes é mais arcaico do que aquele encontrado em pessoas neuróticas-saudáveis (Perry & Bond, 2005). A relação entre defesas imaturas e perturbações de personalidade apresenta implicações clínicas imediatas que deverão aceder ao cuidado do terapeuta

desde o início do processo psicoterapêutico (Kramer, de Roten, Perry & Despland, 2013; Kernberg, 2004; Perry, 2001). Um funcionamento defensivo imaturo ancorado em defesas de ação, como o caso dos pacientes com PBP, requer do terapeuta uma especial atenção às fragilidades psicodinâmicas do paciente: desde a dificuldade inicial de mobilização de defesas como a auto-observação ou mecanismos de autorreparação (Perry, 2001), à maior probabilidade de *dropout* associada a defesas como a desvalorização (Lingiardi et al., 1999), às voláteis rupturas na aliança terapêutica e aos períodos de regressão correlacionados com o uso de defesas de distorção de imagem major (Perry & Henry, 2004), ou às reações contratransferências provocadas pela defesa de agressão-passiva ou *acting-out* (Perry & Bond, 2005).

Perturbações de Humor e Severidade Sintomática

A investigação empírica de MDs no domínio das perturbações de humor tem procurado responder às seguintes questões: qual o valor de diagnóstico dos MDs na distinção entre diferentes perturbações de humor, entre não-pacientes e outras perturbações (Sharma & Sinha, 2010); qual a associação entre a severidade sintomática, as perturbações de humor e os MDs; e qual o efeito da severidade sintomática nas perturbações de humor e no melhoramento do funcionamento defensivo do paciente em psicoterapia (Perry & Bond, 2012). Vários estudos têm demonstrado que os padrões defensivos de pacientes com patologias do Eixo I se encontram associados de forma hierárquica com o nível severidade sintomática da perturbação (Mullen et al. 1999; Perry & Bond, 2012). Embora existam evidências empíricas que apontam para uma correlação mais robusta entre MDs e o constructo de personalidade do que MDs e perturbações de humor (Tauschke, Helmes, & Merskey, 1991), o nível de adaptabilidade da resposta defensiva constitui-se como um importante mediador na relação entre eventos de *stress* e os episódios que precipitam a resposta sintomática nas perturbações de humor (Høglend & Perry, 1998; Perry, 1990b).

Numa amostra de pacientes com perturbações de personalidade e perturbações de humor, Perry & Cooper (1986) verificaram, que os pacientes com diagnóstico de perturbação bipolar do tipo II apresentavam um funcionamento defensivo mais adaptado em comparação com a PBP e PAP. Na perturbação bipolar do tipo II, os pacientes recorriam essencialmente a defesas obsessivas, como a intelectualização, o isolamento do afeto e a anulação, que permitem ao paciente distanciar-se do sentimento, mas mantendo a consciência dos eventos e a sua ideia intactas. Este funcionamento defensivo representa uma inovação em termos de funcionalidade e adaptabilidade social quando

comparado ao funcionamento defensivo das perturbações de personalidade. Kramer (2010) ao comparar a perturbação bipolar do tipo I a um grupo de controlo sem sintomatologia verificou que o ODF destes pacientes era significativamente mais reduzido (pacientes=3.91; grupo controlo=4.81) havendo um predomínio de defesas narcísicas, de desvalorização, borderline e de ação. Kramer, de Roten, Perry e Despland (2009), numa amostra mais alargada de pacientes com perturbação bipolar do tipo I ($n=30$), determinaram o conjunto de 5 de MDs que marcam a especificidade do funcionamento defensivo nesta perturbação: o acting out, a identificação projetiva, a clivagem da imagem dos outros, a racionalização e a onnipotência. O uso de defesas imaturas revelou-se estar ligado ao nível de severidade sintomática, especialmente no que diz respeito a sintomas maníacos. De igual forma, Høglend e Perry (1998) conseguiram identificar um grupo específico de defesas associadas a pacientes com quadros depressivos major que partilhavam de um mesmo grupo de 8 MDs imaturos (agressão passiva, acting out, hipocondria/rejeição de ajuda, identificação projetiva, clivagem da imagem de si e dos outros, projeção e desvalorização).

Sharma e Sinha (2010) exploraram a relação entre a severidade sintomática (Beck Depression Inventory e Young's Maniac Rating Scale) e MDs em pacientes com mania bipolar, depressão bipolar e depressão unipolar. Encontraram diferenças significativas entre os três grupos de diagnóstico no que diz respeito ao uso de defesas específicas. Quanto maior o nível de severidade sintomática encontrada (por ordem crescente: depressão unipolar, depressão bipolar e mania bipolar) menor foi o nível hierárquico de defesas usadas. Em específico, os MDs de negação e de nível narcísico apresentaram uma maior correlação com a severidade de sintomas maníacos. Estes resultados vão ao encontro da teoria clínica que tem identificado a negação e as defesas narcísicas como características da mania, funcionando como uma linha primária de placagem a angústias agudas de morte e de desintegração (Hamilton, 2006). No mesmo sentido, Høglend e Perry (1998), numa amostra de 106 pacientes, constituída maioritariamente por diagnósticos depressivos, verificaram igualmente que o ODF se correlaciona com o nível de severidade sintomática dos pacientes.

No estudo de Bloch, Shear, Markowitz, Leon & Perry (1993), o DMRS foi utilizado para comparar o funcionamento defensivo de 22 pacientes com perturbação distímica e 22 pacientes com perturbação de pânico. Embora, ambos os grupos apresentem um funcionamento ancorado em defesas imaturas, os pacientes distímicos pontuaram mais expressivamente nas defesas de nível narcísico, de evitamento e de ação. Nestas duas perturbações os MDs permitem distinguir a forma como os pacientes lidam com a díade culpa/agressividade. Se nos pacientes distímicos a culpa é primariamente dirigida

ao *self* e gerida por via de defesas imaturas, na perturbação de pânico a agressividade é negada ou deslocada para o objeto menos ameaçador (Olson, Presniak e MacGregor, 2009).

Por fim, Drapeau, et al. (2011) estudou a associação entre a flexibilidade defensiva e severidade sintomática em pacientes com depressão e ansiedade. Esta investigação revelou que pacientes com maior ansiedade e severidade sintomática possuem uma maior flexibilidade defensiva. Este resultado, embora pareça contraintuitivo, indica que respostas defensivas mais adaptadas têm como linha de base um repertório mais estável e definido de MDs.

Psicoterapia e Mudanças no Funcionamento Defensivo

Uma das características específicas do estudo de MDs em psicoterapia reside no facto das defesas assumirem uma igual significância quer como processos (mecanismos psicológicos em ação) quer como produtos psicoterapêuticos (Perry, Kardos, Paganom, 1993; Perry & Henry, 2004). Desta forma, é possível, via DMRS, identificar o funcionamento defensivo do paciente a partir de uma momentânea anomalia do estado mental, como um ato falhado (Perry, 2014) até à medida geral de adaptabilidade das suas defesas (Perry & Metzger, 2014). O estudo de mudança de MDs em psicoterapia tem-se centrado, essencialmente, em psicoterapias breves dinâmicas, psicoterapias de inspiração psicanalítica e psicanálise.

Psicoterapia Breve Dinâmica

Kramer, de Roten, Michel e Despland (2009) realizaram um estudo com uma amostra de 32 pacientes com perturbação de adaptação a frequentarem uma psicoterapia breve dinâmica (40 sessões em média). Foram avaliadas duas sessões pertencentes ao início e meio do processo psicoterapêutico como o intuito de se verificar se mudanças na medida de ODF eram preditoras de mudanças na sintomatologia geral dos pacientes (GSI). Constatou-se que a sintomatologia não era afetada pelo ODF mas sim pela medida de coping (OCF, Coping Action Patterns) ao início e meio do tratamento. O valor do ODF manteve-se constante nas primeiras 20 sessões avaliadas, sendo um curto espaço de tempo de terapia para se verificarem mudanças significativas no funcionamento defensivo. Em psicoterapias de longo-prazo, Perry (2001) reportou poucas mudanças no ODF, entre os 6 meses e 1 ano, em amostras com perturbações de personalidade e uma mudança moderada em amostras heterogéneas.

O estudo das mudanças do funcionamento defensivo tem sido por várias vezes realizado dentro de uma das modalidades de psicoterapia breve dinâmica designada de investigação psicodinâmica

breve (IPD) descrita por Gilliéron (1998). A IPD é constituída por 4 sessões e tem como objetivo principal formular uma hipótese psicodinâmica acerca do funcionamento e necessidades psicoterapêuticas do paciente. Neste contexto, Drapeau, de Roten, Perry e Despland (2003) estudaram uma amostra de 61 pacientes em IPD na sua maioria com perturbações de humor (62.3%), ansiedade (36.1%) e com perturbação de personalidade do Cluster C (38%). Ao longo das 4 sessões, o valor de ODF e a proporção de defesas do nível obsessivo aumentou acompanhado de uma diminuição da proporção de defesas do nível narcísico. Em particular, o recurso à intelectualização aumentou, acompanhado de uma diminuição de defesas de desvalorização e idealização. Não foram registadas mudanças nas defesas adaptativas de nível 7. Dado se tratar de uma modalidade ultrabreve, as mudanças operadas no funcionamento defensivo poderão indicar apenas flutuações melhor explicadas pelas mudanças inerentes ao próprio processo psicoterapêutico (Drapeau, de Roten, Perry & Despland, 2003). A partir da mesma amostra, Poenaru, Lüthi-Faivre, Moiroud e Robert-Tissot (2011) realizaram um estudo de caso com uma paciente em situação de crise, colocando em evidência o rápido melhoramento do seu funcionamento defensivo num tempo reduzido de sessões. Verificou-se uma mudança de ODF de 4.07 na primeira sessão para 5.24 na última sessão e uma substituição das defesas narcísicas por defesas maduras. Porém, apesar de existirem flutuações imediatas no funcionamento defensivo, estas poderão ser mudanças-estado ligadas à resolução de momentos de crise e sem estabilidade temporal.

Num estudo que pretendeu averiguar as diferenças na mudança do funcionamento defensivo ao longo de uma psicoterapia breve dinâmica ($n=25$) e de uma psicoterapia cognitiva comportamental ($n=23$) verificou-se um aumento significativo do ODF em ambas as psicoterapias (Johansen, Krebs Svartberg, Stiles & Holen, 2011). As mudanças no ODF foram preditores de melhorias sintomáticas (SCL-90-R) desde a fase pré-tratamento até ao final dos 2 anos de psicoterapia. Em ambas as psicoterapias registou-se um aumento do uso de defesas adaptativas e uma diminuição de defesas pouco adaptativas. Porém, não se registaram diferenças entre os valores de ODF entre as duas modalidades psicoterapêuticas. Estes resultados encontram-se em concordância com a meta-análise de Leichsenring (2001) a estudos que comparam estes dois tipos de psicoterapia onde também não se verificaram diferenças significativas na melhoria dos pacientes.

Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica

Lingiardi, Gazzillo e Waldron (2010) procuraram estudar a convergência entre uma análise qualitativa e quantitativa do processo psicoterapêutico de uma paciente sem perturbações clínicas significativas, em psicoterapia de inspiração psicanalítica durante 2 anos (240 sessões). Para tal, compararam os resultados empíricos obtidos via DMRS com a formulação psicanalítica do terapeuta. No início da psicoterapia, a paciente apresentou um ODF de nível neurótico (5.05), com prevalência de defesas de intelectualização e de deslocamento. Após um ano de psicoterapia o valor de ODF registou o maior aumento identificado ao longo da terapia (5.60), colocando o funcionamento defensivo da paciente no limite inferior das defesas nível obsessivo com uma maior prevalência de defesas de auto-observação, intelectualização e anulação. Para este período, o terapeuta identifica a aquisição de uma maior consciência na paciente acerca dos seus padrões de relacionamento, do seu significado psicológico e das suas relações com vivências infantis. No final do segundo ano de psicoterapia a paciente registava um novo aumento do valor de ODF (5.65) continuando a usar como defesas predominantes a auto-observação (24%) e a intelectualização (22%). Este período coincide com as descrições clínicas de uma maior aceitação acerca das suas fantasias sexuais, permitindo a redirecção do foco analítico sobre os seus conflitos sexuais. A paciente, neste período, também é descrita como sendo capaz de elaborar auto-observações pertinentes acerca de si própria, de explorar com maior profundidade o seu passado e de usar o humor quando se descreve.

Num estudo de caso apresentado por Perry (2001), foram estudadas as mudanças do funcionamento defensivo de um paciente com critérios de diagnóstico para perturbação passivo-agressiva da personalidade e traços obsessivo-compulsivos e de autoderrota que completou uma PIP com duração de 4 anos. O ODF médio do paciente no início da psicoterapia era de 4.63 (± 0.47), diminuindo durante o primeiro e segundo ano de psicoterapia, 4.33 (± 0.65) e 4.5 (± 0.47) respetivamente. Este período correspondeu a uma intensa exploração de padrões disfuncionais e de episódios de vida significativos. No final do terceiro ano, o ODF registou um aumento para 4.70 (± 0.29) e na terminação da psicoterapia apresentou o valor mais elevado 4.93 (± 0.13). Perry (2001) descreve o paciente na fase de terminação psicoterapêutica com um funcionamento compósito entre o neurótico-saudável e a perturbação da personalidade. Na fase de follow-up, 6 anos após o fim do processo psicoterapêutico, registou-se, numa entrevista clínica, um ODF de 5.8 que corresponde a um funcionamento neurótico-saudável médio. As diferentes flutuações nos valores médios de ODF sugerem uma mudança

defensiva degrau-a-degrau (*stepwise*) (Perry & Bond, 2012), isto é, com a diminuição do funcionamento defensivo associado à perturbação da personalidade, as defesas imaturas dão lugar às defesas neuróticas de nível intermédio possibilitando, posteriormente, o incremento de defesas maduras próprias de um funcionamento neurótico-saudável (Perry, 2001).

No mesmo sentido, Perry e Bond (2012) estudaram as mudanças no funcionamento defensivo de uma amostra heterogénea de 21 pacientes em psicoterapia de inspiração psicanalítica por um período de médio de 2.5 anos. Verificou-se, igualmente uma mudança defensiva degrau-a-degrau em que a diminuição do uso de defesas imaturas deu lugar a um aumento do uso de defesas neuróticas e adaptativas. A hipótese colocada por Perry e Bond (2012) de que as defesas evoluem num modelo degrau-a-degrau é apenas parcialmente verificado, dado que a diminuição de defesas imaturas provoca um aumento simultâneo quer das defesas neuróticas quer das adaptativas. Assim, defesas imaturas podem mudar diretamente para defesas mais adaptativas.

A partir da mesma amostra de pacientes Perry, Beck Constantinidès e Foley (2009) selecionaram 4 ilustrações clínicas com diferentes diagnósticos para estudarem o processo de mudança do funcionamento defensivo em psicoterapia. Verificaram que a melhoria do ODF ao longo da terapia é transversal a diferentes tipos de perturbações e é acompanhada por uma progressiva diminuição da variabilidade das defesas usadas. Cada perturbação apresentou o seu padrão de mudança específico de acordo com a sua severidade: na depressão major o nível defensivo retornou ao nível neurótico em meses; na depressão major recorrente o ODF estabilizou passado 16 meses; na perturbação borderline/narcísica da personalidade houve uma mudança significativa passado 2 anos; e na perturbação borderline/dependente da personalidade com co-morbilidade a 8 perturbações do Eixo I, as defesas normalizaram passado 13 anos de psicoterapia.

Em perturbações mais severas, como as perturbações da inteligência (QI entre 45 e 65) estudadas por Newman e Beail (2010), as mudanças no nível defensivo não foram detetadas, verificando-se valores de ODF entre 1.5 e 5.8. Contudo, Newman e Beail (2010) alertam para a necessidade de se validar o DMRS para este tipo de perturbações, uma vez que foram encontrados problemas na definição de algumas defesas. Por exemplo, a defesa madura de afiliação confundiu-se com a elevada necessidade de dependência do outro que é característica desta perturbação.

Psicanálise

Embora exista um crescente corpo empírico sobre mudanças do funcionamento defensivo em psicoterapias de longo-prazo, apenas dois estudos o realizaram em contexto de psicanálise (Presniak, Olson, Porcerelli & Dauphin, 2010; Roy, Perry, Luborsky, & Banon, 2009).

A investigação de Presniak et al. (2010) é o primeiro estudo de caso sistemático sobre a mudança de defesas ao longo de um tratamento psicanalítico a utilizar o DMRS. Esta investigação assenta na revisitação de transcrições de sessões de psicanálise de um paciente de 50 anos de idade com diagnóstico de perturbação evitante da personalidade, primeiro estudadas por Porcerelli, Dauphin, Ablon, Leitman e Bambery (2007). A psicanálise decorreu 4 vezes por semana nos primeiros 4 anos e 3 vezes por semana no último ano, perfazendo um total de 5 anos. Presniak et al. (2010) apuraram um aumento significativo do ODF do paciente entre o início da terapia (4.60) e o follow-up (5.61), acompanhado de um aumento do uso de defesas adaptativas de 18.5% no início para 46.4% no follow-up. Verificaram-se momentos de regressão do ODF médio nos primeiros 2 anos de terapia, seguido de uma progressiva reconstrução defensiva mais adaptativa. Para além disso, verificou-se uma redução significativa no uso de defesas de evitamento que no início da terapia correspondia a um proporção de 30.4 % das defesas totais usadas decrescendo na fase de follow-up para 10.7%. No último ano verificou-se, igualmente, uma regressão do valor de ODF marcado pela descida das defesas adaptativas e pelo um aumento das defesas de desvalorização. Este fenómeno regressivo associado à terminação do processo psicanalítico e da relação terapêutica era esperado e encontra-se bem documentado na literatura (Schlesinger, 2014).

O estudo de Roy et al. (2009) teve como principal objetivo investigar as mudanças no funcionamento defensivo de uma amostra de 17 pacientes da Penn Psychoanalytic Treatment Collection (Luborsky et al., 2001) que tinham completado um processo de psicanálise entre 1972 e 1976. Foram avaliadas 4 sessões a 10% do ponto de conclusão da terapia, mais 4 sessões a 90% do ponto de conclusão. Os pacientes receberam em média 4 sessões por durante uma média de 3 anos de psicanálise. Verificou-se um aumento significativo do ODF (4.95 a 5.10) em 71% dos pacientes. Esta mudança foi coincidente com a melhoria registada em 76% dos pacientes em medidas de adaptabilidade e de funcionamento geral (Luborsky et al., 2001). No final da psicanálise, os pacientes demonstraram tendencialmente uma menor frequência no uso de defesas imaturas e uma maior frequência de defesas adaptativas. Roy et al. (2009) referem que, embora, os resultados sejam

encorajadores há necessidade de replicação do estudo com uma amostra maior e com grupos de controlo aleatorizados.

Defesas, Interpretação e Relação Terapêutica

Numa revisão sistemática a potenciais mecanismos de mudança psicoterapêutica em perturbações da personalidade, Forster, Berthollier e Rawlinson (2014) identificaram que as intervenções do terapeuta, a aliança terapêutica e a resolução de rupturas de aliança são os mecanismos de mudança mais robustos, independentemente do tipo de terapia. Os autores apontaram, no entanto, para a carência de estudos experimentais que suportem as interpretações de defesas como mecanismo de mudança. Neste sentido, iremos rever os estudos existentes que correlacionam a medidas de ODF com intervenções e dinâmicas relacionadas com a relação terapêutica.

Interpretação

Em psicoterapia psicodinâmica o tópico da interpretação continua a ser um dos mais centrais (Drapeau et al., 2008; Lingardi, 2013), mas também um dos mais complexos (Perry, 2014). Uma revisão de literatura a 15 trabalhos de referência sobre interpretação de defesas reuniu 74 temas/hipóteses sobre diferentes abordagens clínicas a ter em conta quando se interpretam defesas (Olson, Perry, Janzen, Petraglia & Presniak, 2011). Por exemplo, para Fenichel (1945) as defesas seriam o processo psicanalítico mais próximo à compreensão do paciente e deveriam ser interpretadas primeiro.

Tendo como pano de fundo o estudo naturalístico *Norwegian Multicenter Study on Process and Outcome of Psychotherapy*, vários investigadores têm-se debruçado sobre os estudos da interpretação de defesas. Os principais resultados obtidos têm revelado que: pacientes com maior proporção de defesas mal adaptativas apresentam uma aliança terapêutica mais pobre e suscitaram um maior número de interpretações (Hersoug, Bøgwald & Høgland, 2003); características pessoais dos terapeutas como bons cuidados parentais precoces e a qualidade dos objectos internos tem impacto na forma como usam a interpretação influenciando a melhoria do funcionamento defensivo dos pacientes (Hersoug, 2004); existe uma associação positiva entre a proporção de interpretações realizada e a diminuição de defesas maladaptativas no final da terapia e uma associação no sentido oposto com a

proporção de intervenções suportativas (Hersoug, Bøgwald & Høglend, 2005); as interpretações de defesas mais comuns estão relacionadas com a identificação do sentimento presente ou com os métodos usados pelo paciente para a diminuição de afeto (Hersoug, Bøgwald & Høglend, 2005).

No âmbito dos estudos sobre a precisão da interpretação de defesas têm sido apresentadas metodologias e resultados distintos. Despland, et al. (2001) introduziram a medida Rácio de Ajustamento (RA) que permite avaliar a precisão da interpretação através do quociente entre o valor de ODF e a pontuação atribuída ao tipo de intervenção do terapeuta (de 1 = suportativa a 7 = expressiva) sumariada pela medida ESIL do PIRS. Despland, et al. (2001) concluíram que uma maior frequência de interpretações era favorável a uma maior aliança terapêutica quando o funcionamento defensivo do paciente é mais adaptativo, enquanto as intervenções suportativas tinham um efeito na direção oposta. De uma forma geral, o RA foi preditor de mudanças na aliança terapêutica. Hersoug, Høglend e Bøgwald (2004) replicaram o estudo de Despland et al. (2001) com uma amostra maior ($n = 39$) obtendo resultados contrários dado que os terapeutas que não ajustaram a sua intervenção ao nível defensivo dos pacientes desenvolveram uma maior aliança terapêutica. Já Di Riso, et al. (2011) constataram que sempre que o terapeuta usa uma intervenção demasiado expressiva, a qualidade da aliança terapêutica sofre negativamente. No mesmo sentido, Junod, de Roten, Martinez, Drapeau e Despland (2005) encontraram uma associação positiva entre a precisão da interpretação de defesas e a aliança terapêutica, na qual pacientes que receberam interpretações mais ajustadas ou superiores ao seu nível defensivo reportaram sentir-se mais ajudados do que os pacientes que receberam interpretações dirigidas a um nível defensivo inferior.

Stigler, de Roten, Drapeau e Despland (2007) introduzem uma nova dimensão ao estudo da precisão da interpretação de defesas com o DMRS. Os autores consideram que a qualidade dinâmica da interpretação é melhor enquadrada quando se avalia o rácio de ajustamento da interpretação em conjunto com uma medida de congruência do conteúdo da interpretação ao conflito dinâmico do paciente. Deste modo, Stigler et al. (2007) verificaram que a interpretação de defesas apenas produz impacto psicoterapêutico na melhoria da aliança terapêutica e de problemas interpessoais quando associadas à interpretação de conflito.

Os estudos que focam a relação entre interpretação e defesas a partir de medidas gerais de avaliação têm encontrado resultados nem sempre concordantes. Neste sentido, o estudo de Drapeau et al. (2008) pretendeu analisar as micro-interações entre terapeuta e paciente através de uma *LAG sequential analysis*, verificando que existem sequências padrão de intervenções do terapeuta. Foi

encontrado que, por norma, as interpretações eram antecedidas de estratégias de suporte ou de reforço do trabalho terapêutico, no entanto, não se verificaram associações entre sequências de interpretações específicas e melhoria do funcionamento defensivo do paciente. Perry, Petraglia, Olson, Presniak & Metzger (2012), ao estudarem a precisão da interpretação em sessões individuais verificaram que a precisão da interpretação estava correlacionada com mudanças defensivas imediatas.

Aliança Terapêutica

A aliança terapêutica constitui-se como uma das variáveis mais robustas na explicação de resultados psicoterapêuticos (Elvins & Green, 2008; Horvath & Luborsky, 1993). Vaillant (1992) refere que defesas como a racionalização, a intelectualização ou a formação reativa podem afetar a capacidade do sujeito de se envolver na atividade de autoexploração comprometendo a aliança terapêutica.

Michel, Kramer e de Roten (2011) estudaram as evoluções da aliança terapêutica num estudo de caso em psicoterapia breve dinâmica, verificando uma que os períodos clínicos mais regressivos eram acompanhados do uso de defesas imaturas e de uma polarização maternal da transferência provocando rupturas na aliança terapêutica. Num outro estudo, Kramer, de Roten, Michel e Despland (2009) colocaram a hipótese de que os padrões de construção de aliança terapêutica, na primeira metade de uma PBD, constituem-se como uma variável moderadora de mudança em MDs e de coping. Contudo, não foram encontrados efeitos significativos entre a aliança e o ODF. Os autores referem que esta associação poderá ser apenas manifestada na segunda metade do processo psicoterapêutico. No mesmo sentido, Kramer, Despland, Michel, Drapeau e de Roten (2010) não encontraram qualquer efeito de interação entre o nível ODF e o nível de aliança terapêutica em pacientes em PBD. Também no estudo de Hersoug, Sexton & Høglend (2002) se verificou que os níveis de ODF pré-psicoterapia não foram preditores da qualidade da aliança terapêutica nem dos produtos psicoterapêuticos como a sintomatologia. Pacientes com um ODF mais elevado não desenvolveram uma melhor aliança terapêutica do que os pacientes com menor ODF. Em continuidade, Siefert, Hilsenroth, Weinberger, Blagys & Ackerman (2006) não encontraram resultados significativos entre o efeito do funcionamento defensivo do paciente e o estabelecimento da aliança terapêutica. Outros estudos têm encontrado relações significativas entre o nível de funcionamento defensivo inicial e a aliança terapêutica com instrumentos de autopreenchimento como o DSQ (Ambresin, de Roten, Drapeau & Despland, 2007; Bond & Perry, 2004; Reid, 1998). Siefert et al. (2006) sugerem que poderão existir defesas específicas,

como a idealização ou a desvalorização, que afetam a aliança terapêutica e cuja presença não se traduz no ODF do DMRS. Ou, a aliança terapêutica poderá mesmo estabelecer-se de forma independente às defesas do paciente. Bond (2004) acrescenta que a existência de resultados discrepantes pode estar ligada aos diferentes instrumentos utilizados na medição desta variável.

Defesas e Conflito Dinâmico

O primeiro estudo preliminar sobre a relação entre o funcionamento defensivo e o conflito dinâmico foi publicado em 1986 por Perry e Cooper. Os autores pretendiam determinar se o funcionamento defensivo e os conflitos identificados na PBP eram capazes de a distinguir das perturbações vizinhas (Perturbação Antissocial e Bipolar tipo II). A partir da análise a entrevistas foram compilados os principais conflitos presentes na amostra, construindo-se a partir daí uma escala de 11 conflitos dinâmicos básicos (Psychodynamic Conflict Rating Scale). Verificou-se que a PBP apresentava uma associação forte com o conflito de separação-abandono e com o conflito de expressão de necessidades e raiva. Perry e Cooper (1986) notam que a PBP pode ser melhor diferenciada das restantes perturbações pela presença destes dois conflitos em associação com o recurso predominante a defesas de ação. Perry e Presniak (2013) num estudo de caso com um paciente com PNP identificam como principais conflitos o medo de ser rejeitado pelos outros e o ressentimento de ser contrariado pelos outros. O desejo por autoestima é manifestado através de defesas de distorção de imagem minor, a associado a defesas obsessivas e de evitamento. A associação entre estes conflitos e este registo defensivo constituiu-se como a pedra de toque das interpretações do terapeuta, verificando-se, no final de 2.5 anos de psicoterapia, um aumento significativo do seu funcionamento defensivo.

O estudo que em maior detalhe explora a relação entre defesas e conflitos foi elaborado por de Roten, Drapeau, Stigler & Despland (2004), tendo por base amostra de 60 pacientes com diagnósticos múltiplos. Foram cotadas as primeiras três sessões psicoterapêuticas de cada paciente com o CCRT e DMRS. Como resultado, verificou-se existirem associações entre MDs maduros e um maior desejo de *ser amado* e de *ajudar os outros* e um menor desejo de *autoafirmação* e *independência*; entre MDs de nível neurótico e o conflito de *oposição*; entre o MDs de nível defensivo intermédio e imaturo e conflitos relacionados com *ver os outros de forma menos positiva* e *maiores dificuldades interpessoais*. Pacientes com uma maior proporção de defesas imaturas tendem a ver os outros de forma menos positiva (disponíveis ou compreensivos) e mais negativa via rejeição e oposição, resultando numa maior dificuldade em estabelecer relações interpessoais.

Limites e Inovações

Desde as suas primeiras versões na década de 1980 que o DMRS foi sendo utilizado em vários domínios da psicopatologia e psicoterapia psicanalítica. As quase três décadas de existência do DMRS coincidiram em grande parte com o desenvolvimento da investigação de processos em psicanálise observado nos últimos 50 anos (Hinshelwood, 2013; Perry et al. 2012). Daí que a recente vaga de investigação de processos ainda se debata com limitações metodológicas e se procure adaptar ao novo *padrão de ouro* (Petraglia, 2011, p. 43) da investigação clínica. Os estudos com o DMRS têm, por isso, apresentado várias limitações como: a inexistência de grupos de controlo (Roy et al., 2009); a não aleatorização da amostra por níveis de intervenção ou por níveis defensivos (Despland et al., 2001); o tamanho reduzido de amostras que impossibilitam o uso de medidas estatísticas mais robustas (Forster, Berthollier & Rawlinson, 2014); amostras heterogêneas em relação ao tipo de pacientes e tratamentos recebidos (Perry & Henry, 2004); número de sessões analisadas reduzido, em média menos de 12 por ano (Lingiardi, Gazzillo & Waldron, 2010; Presniak et al., 2010) e a predominância de estudo naturalístico e observacionais não experimentais (Despland et al., 2001).

Nos últimos anos, os estudos com o DMRS começaram a habitar novas áreas de investigação fora do estudo de processos e produtos em psicoterapia. Segundo Perry et al. (2012), esta é uma oportunidade de se conhecerem novos mecanismos causais associados aos MDs dando uma maior coerência ao corpo teórico existente. Neste sentido, vários estudos satélite têm procurado conhecer o funcionamento defensivo em diversas áreas como na síndrome de fadiga crónica (Saltzstein, Wyshak, Hubbuch & Perry, 1998), em pacientes pedófilos (Drapeau, Beretta, de Roten, Körner e Despland, 2008; Drapeau & Brunet, 2003), em adolescentes sem-abrigo com experiências de maus-tratos (Mounier & Andujo, 2003) em pacientes oncológicos (Gulke et al., 2001), em clínicos de oncologia (Bernard, de Roten, Despland & Stiefel, 2010; Favre et al., 2007), em terapeutas com sentimentos de desligamento (Ulberg, Svein, Hersoug, Dahl & Høglend, 2014), em perceções de mudança (Beretta et al., 2005) na capacidade de elaboração verbal do afeto (Lecours, Bouchard, St-Amand & Perry, 2000) e na criatividade e criação artística (Metzger, 2014). Para além de novas áreas de interesse de utilização do DMRS, existem em curso investigações com o objectivo de introduzirem inovações ao instrumento como uma escala de defesas psicóticas (Berney, de Roten, Beretta, Kramer & Despland, 2014), uma versão para a avaliação de MDs em clínicos (DMRS-C) (Despland et al., 2009), assim como uma versão Q-Sort do DMRS (Di Giuseppe, Perry, Petraglia, Janzen & Lingiardi, 2014).

Conclusão

O conhecimento psicanalítico assenta numa perspetiva de unicidade e subjetividade inerente à relação terapêutica (Hinshelwood, 2013). Este primado pela experiência humana tem, até recentemente, desencorajado a investigação empírica no domínio da psicoterapia psicanalítica por não existirem instrumentos, com um grau satisfatório de sofisticação, capazes de avaliar processos e de operacionalizar mecanismos de mudança em psicanálise (Kernberg, 2004).

Neste sentido, o desenvolvimento do DMRS tem ajudado os investigadores a suportarem empiricamente alguns dos corolários *mainstream* que a teoria clínica de tradição psicanalítica possuiu acerca do funcionamento de MDs (Perry et al., 2012). A operacionalização de MDs proposta por Perry (1990) permitiu uma mudança de paradigmas na identificação de defesas, passando-se de um modelo de elevada inferência associada à psicanálise clássica para um modelo mais fenomenológico e de reduzida inferência clínica (Lingiardi et al., 1999).

Após a revisão dos estudos de MDs proporcionada pelo DMRS, é possível sintetizar os principais pressupostos teóricos suportados pela investigação empírica: (a) diferentes tipos de psicopatologia apresentam diferentes perfis defensivos; (b) o funcionamento defensivo melhora ao longo da psicoterapia por fases (*stepwise*); (c) as mudanças são mais visíveis em psicoterapias de longo prazo a partir dos 6 meses e com maior significância a partir de 1 ano; (d) cada perturbação possui um ritmo de mudança específico de acordo com o seu nível de severidade sintomática; (e) as mudanças no funcionamento defensivo são preditoras de medidas de melhoramento sintomático e de funcionamento/adaptabilidade geral; (f) a interpretação e o ajustamento da interpretação ao nível defensivo do paciente tem impacto na melhoria do funcionamento defensivo e influencia a aliança terapêutica; (g) o nível de severidade do conflito intrapsíquico está associado ao nível de adaptabilidade dos MDs.

A agenda de investigação do DMRS tende, neste momento, a incidir cada vez mais nos mecanismos de mudança que ocorrem momento-a-momento (Perry et al., 2012). Após a fase de investigação com base em medidas sumárias gerais revista neste artigo, torna-se importante obter evidências de mudança precisas entre as sessões psicoterapêuticas e entre o material pré-intervenção e pós-intervenção possibilitando o isolamento fino dos fatores que promovem uma maior melhoria no paciente.

Referências

- Ackerman, S. & Hilsenroth, M. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171-185.
- Ambresin, G., de Roten, Y., Drapeau, M. & Despland, J. (2007). Early change in maladaptive defence style and development of the therapeutic alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(2), 89-95.
- *Beretta, V., de Roten, Y., Drapeau, M., Kramer, U., Favre, N., & Despland, J. (2005). Clinical significance and patients' perceived change in four sessions of brief psychodynamic intervention: Characteristics of early responders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78(3), 347-362.
- *Bernard, M., de Roten, Y., Despland, J., & Stiefel, F. (2010). Communication skills training and clinicians' defenses in oncology: An exploratory, controlled study. *Psycho-Oncology*, 19(2), 209-215.
- *Bernard, M., Stiefel, F., de Roten, Y., & Despland, N. (2010). Déplacement, rationalisation et intellectualisation: Une évaluation des principaux mécanismes de défense des soignants en oncologie. *Psycho-Oncologie*, 4(1), 47-50.
- *Berney, S., de Roten, Y., Beretta, V., Kramer, U. & Despland, N. (2014). Identifying psychotic defenses in a clinical interview. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 428–439.
- *Bloch, A., Shear, M., Markowitz, J., Leon, A. & Perry, C. (1993). An empirical study of defense mechanisms in dysthymia. *American Journal of Psychiatry*, 150(8), 1194.
- Bond, M. (2004). Empirical studies of defense style: Relationships with psychopathology and change. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(5), 263-278.
- Bond, M., & Perry, J. (2004). Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1665-1671.
- Bowins, B. (2010). Personality disorders: A dimensional defense mechanism approach. *American Journal of Psychotherapy*, 64(2), 153-169.
- Bromberg, P. (1979). The use of detachment in narcissistic and borderline conditions. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 7(4), 593-600.
- Bromberg, P. (1983). The mirror and the mask: On narcissism and psychoanalytic growth. *Contemporary Psychoanalysis*, 19, 359-387.
- Cramer, P. (1999). Personality, personality disorders, and defense mechanisms. *Journal of Personality*, 67(3), 535-554.

- Cramer, P. (2006). *Protecting the self: Defense mechanisms in action*. New York, NY: Guilford Publications.
- *de Roten, Y., Drapeau, M., Stigler, M., & Despland, J. (2004). Yet another look at the CCRT: The relation between core conflictual relationship themes and defensive functioning. *Psychotherapy Research, 14*(2), 252-260.
- *Despland, J., Bernard, M., Favre, N., Drapeau, M., de Roten, Y., & Stiefel, F. (2009). Clinicians' defences: An empirical study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 82*(1), 73-81.
- *Despland, J., de Roten, Y., Despars, J., Stigler, M. & Perry, C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10*, 155-164.
- *Di Giuseppe, M., Perry, J., Petraglia, J., Janzen, J. & Lingiardi, V. (2014). Development of a q-sort version of the defense mechanism rating scales (DMRS-Q) for clinical use. *Journal of Clinical Psychology, 70*, 452–465.
- *Di Riso, D., Colli, A., Chessa, D., Marogna, C., Condino, V., Lis, A., Lingiardi, V. & Mannarini, S. (2011). A supportive approach in psychodynamic-oriented psychotherapy: An empirically supported single case study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 14*(1), 49-89.
- *Drapeau, M., & Brunet, L. (2003). Réflexions suite à une recherche qualitative sur le traitement des agresseurs sexuels pédophiles. *Psychothérapies, 23*(2), 89-95.
- *Drapeau, M., Beretta, V., de Roten, Y., Körner, A., & Despland, J. (2008). Defense styles of pedophilic offenders. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology, 52*(2), 185-195.
- *Drapeau, M., de Roten, Y., Beretta, V., Blake, E., Körner, A., & Despland, J. (2008). Therapist technique and patient defensive functioning in ultra-brief psychodynamic psychotherapy: A lag sequential analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 15*(4), 247-255.
- *Drapeau, M., de Roten, Y., Blake, E., Beretta, V., Strack, M., Körner, A., & Despland, J. (2011). Defensive flexibility and its relation to symptom severity, depression, and anxiety. *Journal of Nervous and Mental Disease, 199*(1), 38-41.
- *Drapeau, M., de Roten, Y., Perry, J., & Despland, J. (2003). A study of stability and change in defense mechanisms during a brief psychodynamic investigation. *Journal of Nervous and Mental Disease, 191*(8), 496-502.
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1167-1187.
- *Favre, N., Despland, J., de Roten, Y., Drapeau, M., Bernard, M. & Stiefel, F. (2007). Psychodynamic aspects of communication skills training: A pilot study. *Supportive Care in Cancer, 15*(3), 333-337.

- Fenichel, D. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.
- Forster, C., Berthollier, N., & Rawlinson, D. (2014). A systematic review of potential mechanisms of change in psychotherapeutic interventions for personality disorder. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 4(133).
- Gilliéron, E. (1998). *Manual de psicoterapias breves*. Lisboa: Climepsi.
- *Gulke, N., Bailer, H., Tschuschke, V., Bunjes, D., Arnold, R., Denzinger, R., & Kächele, H. (2001). Defence mechanisms in patients with leukaemia undergoing bone marrow transplantation. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3(3), 5-18.
- Hamilton, J. (2006). The critical effect of object loss in the development of episodic manic illness. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 34(2), 333-348.
- *Hersoug, A. (2004). Assessment of therapists' and patients' personality: Relationship to therapeutic technique and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 83(3), 191-200.
- *Hersoug, A., Bøgwald, K., & Høglend, P. (2003). Are patient and therapist characteristics associated with the use of defense interpretation in brief dynamic psychotherapy? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(4), 209-219.
- *Hersoug, A., Bøgwald, K., & Høglend, P. (2005). Changes of defensive functioning: Does interpretation contribute to change?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(4), 288-296.
- *Hersoug, A., Høglend, P., & Bøgwald, K. (2004). Is there an optimal adjustment of interpretation to the patients' level of defensive functioning?. *American Journal of Psychotherapy*, 58(3), 349-361.
- *Hersoug, A., Sexton, H. & Høglend, P. (2002). Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *American Journal of Psychotherapy*, 56(4), 539.
- Hinshelwood, R. (2013). *Research on the couch: single-case studies, subjectivity and scientific knowledge*. New York, NY: Routledge.
- *Høglend, P., & Perry, J. (1998). Defensive functioning predicts improvement in major depressive episodes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(4), 238-243.
- Horvath, A., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573. doi:10.1037/0022-006X.61.4.561
- *Johansen, P., Krebs, T., Svartberg, M., Stiles, T., & Holen, A. (2011). Change in defense mechanisms during short-term dynamic and cognitive therapy in patients with cluster C personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(9), 712-715.
- *Junod, O., de Roten, Y., Martinez, E., Drapeau, M., & Despland, J. (2005). How to address patients' defences: A pilot study of the accuracy of defence interpretations and alliance. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 78(4), 419-430.

- Kernberg, O. (2004). *Contemporary controversies in psychoanalytic: Theory, technique, and their applications*. New Haven, CT: Yale University Press.
- *Kramer, U. (2010). Defence and coping in bipolar affective disorder: Stability and change of adaptational processes. *British Journal of Clinical Psychology*, *49*(3), 291-306.
- *Kramer, U., de Roten, Y., Michel, L., & Despland, J. (2009). Early change in defence mechanisms and coping in short-term dynamic psychotherapy: Relations with symptoms and alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *16*(5), 408-417.
- *Kramer, U., de Roten, Y., Perry, J. C., & Despland, J. (2009). Specificities of defense mechanisms in bipolar affective disorder: Relations with symptoms and therapeutic alliance. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *197*, 675–681.
- *Kramer, U., de Roten, Y., Perry, J., & Despland, J. (2013). Beyond splitting: Observer-rated defense mechanisms in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*, *30*(1), 3-15.
- *Kramer, U., Despland, J., Michel, L., Drapeau, M., & de Roten, Y. (2010). Change in defense mechanisms and coping over the course of short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *66*(12), 1232-1241.
- *Lecours, S., Bouchard, M., St-Amand, P., & Perry, J. (2000). Assessing verbal elaboration of affect in psychotherapy: A preliminary report and single case study. *Psychotherapy Research*, *10*(1), 47-56.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, *21*(3), 401-419.
- Lingiardi, V. (2013). Trying to be useful: Three different interventions for one therapeutic stance. *Psychotherapy*, *50*(3), 413-418.
- *Lingiardi, V., Gazzillo, F., & Waldron, S. (2010). An empirically supported psychoanalysis: The case of Giovanna. *Psychoanalytic Psychology*, *27*(2), 190-218.
- *Lingiardi, V., Lonati, C., Delucchi, F., Fossati, A., Vanzulli, L., & Maffei, C. (1999). Defense mechanisms and personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *187*(4), 224-228.
- Luborsky, L., Stuart, J., Friedman, S., Diguier, L., Seligman, D. A., Bucci, W., Pulver, S., Krause, E., Ermold, J., Davison, W., Woody, G. & Mergenthaler, E. (2001). The penn psychoanalytic treatment collection: A set of complete and recorded psychoanalyses as a research resource. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *49*(1), 217-234.
- *Metzger, J. (2014). Adaptive defense mechanisms: Function and transcendence. *Journal of Clinical Psychology*, *70*, 478–488.
- *Michel, L., Kramer, U., & de Roten, Y. (2011). Alliance evolutions over the course of short-term dynamic psychotherapy: A case study. *Counselling & Psychotherapy Research*, *11*(1), 43-54.

- *Mounier, C., & Andujo, E. (2003). Defensive functioning of homeless youth in relation to experiences of child maltreatment and cumulative victimization. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1187.
- Mullen, L., Blanco, C., Vaughan, S., Vaughan, R., & Roose, S. (1999). Defense mechanisms and personality in depression. *Depression & Anxiety*, 10(4), 168-174.
- *Newman, D. & Beail, N. (2010). An exploratory study of the defence mechanisms used in psychotherapy by adults who have intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(7), 579-583.
- Olson, T., Presniak, M., & MacGregor, M. (2009). Differentiation of depression and anxiety groups using defense mechanisms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(11), 834-840.
- Perry J., Kardos, M., & Pagano C. (1993). The study of defenses in psychotherapy using the defense mechanism rating scales (DMRS). In U. Hentschel, G. Smith, W. Ehlers, J. Draguns (Eds), *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology* (pp 122–132). New York: Springer.
- Perry, J. & Bond, M. (2005). Defensive functioning. In J. Oldham, A. E. Skodol, & D. Bender (Eds.), *The american psychiatric publishing textbook of personality disorders* (pp. 523–540). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Perry, J. & Henry, M. (2004). Studying defense mechanisms in psychotherapy using the defense mechanism rating scales. In U. Hentschek, G. Smith, J.G. Draguns, W. Ethlers (Eds.), *Defense mechanisms. Theoretical, research and clinical perspectives* (pp.165-192). Amsterdam: Elsevier.
- *Perry, J. & Høglend, P. (1998). Convergent and discriminant validity of overall defensive functioning. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 186, 529-535.
- Perry, J., Hoglend, P., Shear, K., Vaillant, G., Horowitz, M., Kardos, M., & Dagan, D. (1998). Field trial of a diagnostic axis for defense mechanisms for DSM-IV. *Journal of Personality Disorders*, 12(1), 56-68.
- Perry, J. & Metzger, J. (2014). Introduction to “defense mechanism in psychotherapy”. *Journal of Clinical Psychology*, 70(4), 405.
- *Perry, J. & Perry, J. (2004). Conflicts, defenses and the stability of narcissistic personality features. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 67(4), 310-330.
- Perry, J. (1990a). *Defense mechanism rating scales*. (5th ed.). Boston: The Cambridge Hospital.
- Perry, J. (1990b). Psychological defense mechanisms and the study of affective and anxiety disorders. In J. D. Maser & R. C. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 545–562). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- *Perry, J. (2001). A pilot study of defenses in adults with personality disorders entering psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(10), 651-660.
- *Perry, J. (2014). Anomalies and specific functions in the clinical identification of defense mechanisms. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 406–418.

- *Perry, J., & Bond, M. (2012). Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and five-year outcome. *American Journal of Psychiatry*, *169*(9), 916-925.
- *Perry, J., & Cooper, S. (1986). A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *34*, 863-893.
- *Perry, J., & Cooper, S. (1989). An empirical study of defense mechanisms: I. Clinical interview and life vignette ratings. *Archives of General Psychiatry*, *46*(5), 444-452.
- Perry, J., & Ianni, F. (1998). Observer-rated measures of defense mechanisms. *Journal of Personality*, *66*(6), 993-1024.
- *Perry, J., Petraglia, J., Olson, T., Presniak, M. & Metzger, A. (2012). Accuracy of defense interpretation in three character types. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kachele (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence* (pp. 417-447). Totowa, NJ: Humana Press.
- *Perry, J., & Presniak, M. (2013). Conflicts and defenses in narcissistic personality disorder. In J. S. Ogrodniczuk (Ed.), *Understanding and treating pathological narcissism* (pp. 147-166). Washington, DC US: American Psychological Association.
- *Perry, J., Beck, S., Constantinidès, P., & Foley, J. (2009). Studying change in defensive functioning in psychotherapy using the defense mechanism rating scales: Four hypotheses, four cases. In R. A. Levy, J. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. 121-153). Totowa, NJ US: Humana Press.
- *Perry, J., Presniak, M., & Olson, T. (2013). Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, *76*(1), 32-52.
- Petraglia, J. (2011). Supportive psychotherapy and defense mechanisms: A comment on the case of Matilde. *Research in psychotherapy: Psychopathology, process and outcome*, *14*(2), 43-51.
- *Poenaru, L., Lüthi-Faivre, F., Moiroud, P. & Robert-Tissot, C. (2011). Évolution des mécanismes de défense au cours d'un traitement bref psychanalytique. Une étude de cas. *Annales Médico-Psychologiques*, *169*(8), 503-509.
- Porcerelli, J., Dauphin, V., Ablon, J., Leitman, S., & Bambery, M. (2007). Psychoanalysis with avoidant personality disorder: A systematic case study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *44*(1), 1-13.
- Presniak, M., Olson, T., & Macgregor, M. (2010). The role of defense mechanisms in borderline and antisocial personalities. *Journal of Personality Assessment*, *92*(2), 137-145.
- *Presniak, M., Olson, T., Porcerelli, J., & Dauphin, V. (2010). Changes in defensive functioning in a case of avoidant personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *47*(1), 134-139.

- Reid, S. (1998). The impact of client defensive functioning on the working alliance. *Dissertation Abstracts International*, A, 58.
- *Roy, C., Perry, J., Luborsky, L., & Banon, E. (2009). Changes in defensive functioning in completed psychoanalyses: The Penn psychoanalytic treatment collection. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(2), 399-415.
- *Saltzstein, B., Wyshak, G., Hubbach, T., Perry, J. (1998). A naturalistic study of chronic fatigue syndrome among women in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 20, 307-316.
- Schlesinger, H. (2014). *Endings and beginnings: On terminating psychotherapy and psychoanalysis* (2nd ed.). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- *Sharma, P., & Sinha, U. (2010). Defense mechanisms in mania, bipolar depression and unipolar depression. *Psychological Studies*, 55(3), 239-247.
- Skodol, A. & Perry, J. (1993). Should an axis for defense mechanisms be included in DSM-IV?. *Comprehensive Psychiatry*, 34(2), 108-119.
- *Siefert, J., Hilsenroth, J., Weinberger, J., Blagys, D. & Ackerman, J. (2006). The relationship of patient defensive functioning and alliance with therapist technique during short-term psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(1), 20-33.
- Soultanian, C., Dardennes, R., Mouchabac, S., & Guelfi, J. (2005). L'évaluation normalisée et clinique des mécanismes de défense: revue critique de 6 outils quantitatifs. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(12), 792-801.
- * Stigler, M., de Roten, Y., Drapeau, M., & Despland, J. (2007). Process research in psychodynamic psychotherapy: A combined measure for accuracy and conflictuality of interpretations. *Schweizer Archiv Für Neurologie Und Psychiatrie*, 158(5), 225-232.
- Tauschke, E., Helmes, E., & Merskey, H. (1991). Evidence that defence mechanisms are more related to personality than to symptoms. *British Journal of Medical Psychology*, 64(2), 137-146.
- * Ulberg, R., Svein, A., Hersoug, A., Dahl, H. & Høglend, P. (2014). The effects of the therapist's disengaged feelings on the in-session process in psychodynamic psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 70(5), 440-451.
- Vaillant, G. (1992). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Vaillant, G. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 44-50.
- Vaillant, G., & McCullough, L. (1998). The role of ego mechanisms of defense in the diagnosis of personality disorders. In J. W. Barron (Ed.), *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders* (pp. 139-158). American Psychological Association.

Artigo de Empírico

(Por motivos de sigilo não será apresentada esta secção)

ANEXOS

Anexo A

Tabela 1 Hierarquia de adaptação do DMRS: Níveis de defesa e defesas individuais (Perry & Henry, 2004)

I. Maduras	7. Nível mais adaptado	afiliação, altruísmo, antecipação, humor, autoafirmação, auto-observação, sublimação, supressão.
II. Neuróticas	6. Obsessivas	isolamento dos afetos, intelectualização, anulação.
	5. Neuróticas a) histéricas b) outras	a) recalçamento, dissociação; b) formação reativa, deslocamento.
III. Imaturas	4. Nível narcísico	desvalorização*, idealização* onipotência.
	3. Nível de evitamento	negação, projecção, racionalização, fantasia autística**.
	2. Nível borderline	clivagem do objecto, clivagem do ego, identificação projectiva
	1. Defesas de acção	agir (<i>acting-out</i>), hipocondria, agressão passiva.

*Para a maioria dos fins, a desvalorização e a idealização estão divididas em duas defesas cada, p.e. desvalorização da imagem de si e desvalorização da imagem do outro.

** Embora não sendo uma defesa de evitamento, a fantasia autística é pontuada neste nível.

Anexo B

Tabela 2 Estudos Empíricos com o DMRS

Estudo	Participantes	Tratamento	Método	Instrumentos	Resultados
Berney, de Roten, Beretta, Kramer & Despland (2014)	80 pacientes c/ Disgnósticos múltiplos, de P. Personalidd	Psicoterapia de inspiração psicanalítica	<i>Ilustração de Casos Clínicos</i> Entrevistas de orientação dinâmica, 50 minutos, gravação áudio	Defense Mechanism Rating Scale (DMRS) Psychotic DMRS (P-DMRS)	É possível cotar episódio defensivos psicóticos discretos; as defesas psicóticas coexistem com defesas de outros níveis defensivos; O uso do P-DMRS com o DMRS permite uma visão mais precisa do funcionamento defensivo e uma maior inteligibilidade do funcionamento psicótico.
Objetivo: Identificar e criar uma escala de defesas psicóticas a partir de verbatim clínico.					
Metzger (2014)	Mulher, 40 anos	Psicoterapia de inspiração psicanalítica	<i>Ilustração de Casos Clínicos</i> Entrevista	DMRS Relationship Anecdote Paradigm (RAP)	Ajudar os pacientes a transformarem defesas imaturas em maduras permite cultivar a autenticidade e fortalecer o contacto emocional na aliança terapêutica. As defesas maduras facilitam manter “em mente” quer a ideia quer o afeto. Defesas Maduras como forma de criação artística.
Objetivo: Revisão do uso de defesas maduras em psicoterapia através de vinhetas clínicas.					
Perry (2014)	Homem, 28 anos, Depressão	Psicoterapia Cognitivo-Comp., 15 sessões	<i>Ilustração de Caso Clínico</i> Duas Entrevistas RAP e Entrevista não estruturada com clínico experiente.	DMRS RAP	Defesas são indicadores de que o paciente se encontra face a um stressor, ansiedade ou conflito significativo; Os níveis defensivos relacionam-se com a severidade do problema percebido; Anomalias do estado mental denunciam a presença de MDs; As defesas
Objetivo: Estudo de anomalias da expressão do afeto, comport., discurso					

e conteúdo e relação com MDs em terapia.

informam o clínico sobre: afeto, ideia, comportamento, imagem de si, motivo, objeto, relação; A Arte Clínica de abordar defesas.

<p>Di Giuseppe, Perry, Petraglia, Janzen & Lingiardi (2014)</p> <p>Objetivo: Estudar a validade convergente entre o DMRS-Q e o DMRS num estudo de caso.</p>	<p>1 Paciente, M. Depressão Major (DSM-IV)</p>	<p>Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica 3 anos (117 sessões)</p>	<p><i>Estudo de caso</i> 4 sessões (5, 6) e após 2.5 anos (105, 107)</p>	<p>DMRS DMRS-Q <i>Sort</i></p>	<p>Convergência elevada entre o DMRS e DMRS-Q. Inovação da versão Q: sumário qualitativo (DPN) das respostas defensivas mais características da pessoa face a conflitos e stressores.</p>
<p>Ulberg, Svein, Hersoug, Dahl & Høglend (2014)</p> <p>Objetivo: Estudar o efeito dos sentimentos de desligamento do terapeuta.</p>	<p>1. Lisa, 35 anos; 2. Anna, 31 anos</p> <p>Ambas com dificuldades de relacionament o interpessoal. Casos retirados da amostra <i>First Exp. Study of Transf. Interpret.</i></p>	<p>Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica</p> <p>1 x semana 45 minutos 1 ano (max. 40 sessões)</p>	<p>2 grupos: PIP c/ baixo ou moderado uso de intervenção na transferência e s/ intervenção na transf. Sessões gravadas. 1 terapeuta. Produtos avaliados em entrevista pré e pós terapia. Análise de 2 casos. Análise um segmento de uma sessão a meio da terapia.</p>	<p><i>Produtos:</i> Psychodynamic Functioning Scales (PFS); Global Assessment of Functioning Scale (GAF);</p> <p><i>Processos:</i> DMRS PIRS Feeling word Checklist-58 Transference Work Scale (TWS) Structural analysis of social behavior (SASB)</p>	<p>Caso 1, Contra-transferência positiva. MDs: acting out, racionalização, desvalorização, anulação, intelectualização, afiliação, auto-observação, assertividade. Terapeuta suportativo, interpretou as defesas.</p> <p>Caso 2, Contra-transferência (raiva, vergonha, desamparo). MDs deslocamento, anulação e intelectualização. Não responde às interpretações da defesa de forma a aprofundar a relação.</p> <p>Pacientes mais defensivos poderão evocar maior sentims. de desligamento. Estratégias de evitamento de sentims negativos por parte do terapeuta tendem a limitar a sua intervenção. Importância</p>

do terapeuta usar a contra-transferência negativa como modo de exploração da relação com o paciente.

Perry & Presniak (2013)	Mr. F. P. Narcísica da Personalidd	Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica	<i>Estudo de Caso</i> Terapia= 2.5 anos (125 sessões) Avaliação feita na sessão 26	DMRS Psychodynamic Conflict Rating Scale (PCRS)	Foram identificados 70 MDs na sessão. Distorção de imagem Menor (30%); Obsessivos (24%), Evitamento (20%), outros neurótico (11%) e maduros (7%). No fim da terapia, o funcionamento defensivo encontra-se no nível neurótico.
Objectivo: Identificar as defesas da P. Narcísica e conflitos associados.					
Perry, Presniak & Olson (2013)	107 pacientes P. Esquizotípica (PEP), Borderline (PBP), Antisocial (PAP) e Narcísica (PNP) (DSM-IV)	S/ tratamento.	Estudo parte de uma investigação longitudinal (1980). Entrevistas semi-estruturadas. Gravação vídeo.	DMRS	Todos os MDs foram utilizados dentro das PP, com predomínio das constelações: PEP – projeção, desvalorização, clivagem e negação; PBP – clivagem, recalcamento foi identificado como MD principal ao contrário da literatura (Kernberg), o uso de defesas obsessivas, intelectualização e isolamento não foi esperado; PNP – Clivagem da imagem de si e desvalorização congruente com a literatura; PAP – onnipotência, desvalorização e idealização e defesas de evitamento como a negação, racionalização e intelectualização.
Objectivo: Identificar os MDs associados a cada perturbação da personalidade. Comparar com a literatura existente.					

<p>Kramer, de Roten, Perry & Despland (2013)</p> <p>Objectivo: Estudar o funcionamento defensivo na PBP em comparação com g. controlo.</p>	<p>25 Pacientes, P. Borderline da Personalidade (DSM.IV)</p> <p><i>Grupo de Controlo:</i> 25, s/ sintomas psiquiátricos</p>	<p>Psiquiatria (Pacientes Externos)</p>	<p><i>Estudo Experimental</i> Entrevista Dinâmica (50 min.), Grav. Áudio</p>	<p>DMRS Outcome Questionnaire (OQ-45.2)</p>	<p>Pacientes com PBP usam mais defesas imaturas. Defesas de ação, borderline, evitamento e narcísicas. ODF da PBP encontra-se no limite inferior das defesas de evitamento; no grupo de controlo no limite superior das defesas narcísicas. 1 ponto de diferença na escala de adaptabilidade.</p>
<p>Perry & Bond (2012)</p> <p>Objectivo: Estudar a mudança do ODF; Relação de MD com sintomas;</p>	<p>21 Pacientes, Ansiedade, Depressão ou outra Perturbação</p>	<p>Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica (min. 3 anos)</p>	<p>Sessões 3,5 e 7 + 3 sessões aos 6 meses +2 sessões aos 2.5 anos</p>	<p>DMRS, SCL-90-R, Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation–Adapted</p>	<p>O uso de defesas imaturas de ação diminuiu e as mais adaptativas aumentaram ao longo de 2.5 anos. O modelo de defesas <i>step by step</i> é apenas parcial. MD imaturos tendem a diminuir e os maduros aumentam, indicando que defesas imaturas podem transitar diretamente para maduras. Fatores adversos da história de vida e Perturb. do Eixo I e II e abuso sexual predizem uma evolução defensiva mais lenta. Aumento das defesas obsessivas está associado a um melhor funcionamento. Aumento das defesas maduras está associado a redução sintomática.</p>
<p>Di Riso, Colli, Chessa, Marogna, Condino, Lis, Lingiard & Mannarini (2011)</p> <p>Objectivo: Estudar processos e produtos em</p>	<p>Mulher, 20 anos; Estudante Perturbação de Pânico (DSM); Traços de Obsessivo-compulsivo;</p>	<p>Psicoterapia de Suporte de Inspiração Psicanalítica 2 anos</p>	<p><i>Estudo de caso:</i> 56 sessões; 28 sessões áudio, transcritas; 5 momentos de avaliação.</p>	<p><i>Produtos:</i> SWAP-200; SCL-90-R; GAF</p> <p><i>Processos:</i> DMRS; PIRS; Collaborative</p>	<p>O terapeuta usou técnicas de suporte e expressivas. Suporte foi mais frequente no início da terapia. No meio da terapia, técnicas mais expressivas. A aliança terapêutica teve uma evolução em U. MDs predominantes: maduros, obsessivos e de evitamento. Os MDs mais imaturos diminuíram ao longo da terapia. Com a diminuição das defesas</p>

psicoterapia de apoio.	Pertur. Narcísica Personalidade (PMD)			Interactions Scale (CIS).	obsessivas, houve um maior contacto e exploração das emoções (SWAP-200).
Drapeau, de Roten, Blake, Beretta, Strack, Körner & Despland (2011)	62 pacientes 29.3 anos Diag. Múltiplos: Humor, Ansiedade, Alimentação, Sexual e Abuso de Substâncias (DSM-IV)	Psicoterapia (s/ especificação)	1ª sessão transcrita. Os pacientes foram entrevistados no 1º momento de procura de ajuda. O HAMD-21 e HAMA-21 foi aplicado a 40 pacientes.	DMRS SCL-90 Social Adjustment Self-rated Scale HAMD-21 HAMA-21	Associação entre baixo ODF e alta severidade sintomática (GSI). Relação positiva entre GSI e flexibilidade. Maior flexibilidade defensiva está ligada a uma maior ansiedade mas não a maior depressão ou adaptab. social. Resultado teoricamente contraintuitivo. Pacientes mais ansiosos tendem a procurar por mais defesas capazes de conter a ansiedade, daí serem mais “flexíveis”. Importância do conceito de dispersão de defesas e revisão do conceito de “sucesso” e “insucesso” defensivo.
Johansen, Krebs Svartberg, Stiles & Holen (2011)	48 pacientes Cluster C (DSM-IV)	Psicoterapia Breve Dinâmica; (N=23) Psicoterapia Cognitiva (N=25)	Pacientes atribuídos aos 2 tipos de terapia aleatoriamente. 40 sessões; 1x semana; 2 momentos de avaliação: pré-tratamento e sessão 36.	DMRS Global Severity Index (GSI) SCL-90-R	ODF melhor ao longo das duas psicoterapias foi preditor de redução sintomática desde o início do tratamento até ao follow-up. Em ambas terapias o uso de defesas maladaptativas diminuiu e aumentou o uso de defesas maduras. Não foram encontradas diferenças significativas entre as duas terapias em termos de mudança de ODF ou de níveis defensivos.
Objectivo: Estudar se a flexibilidade defensiva está relacionada com melhoria do estado mental.					
Objectivo: Estudar se a mudança no ODF prediz mudança sintomática em pacientes Cluster C; mudança maior do ODF em PBD do que TCC.					

Michel, Kramer & de Roten (2011)	1 Mulher, Estudante de PhD; S/ diagnóstico psiquiátrico	Psicoterapia breve dinâmica	<i>Estudo de Caso</i> Transcrição de sessões; Descrição e divisão de fases terapêuticas pelo terapeuta.	DMRS Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) Helping Alliance questionnaire (HAQ-II); Transference Dimensions Monitoring (TDM)	MDs mais regressivos estão associados a uma polarização maternal da transferência. O terapeuta não examina os MDs detalhadamente durante a sessão mas constrói intuitivamente uma Gestalt do funcionamento defensivo do paciente. É com esta Gestalt que o terapeuta trabalha e com a qual interage em termos de contra-transferência.
Objectivo: Estudar a evolução da aliança terapêutica sessão a sessão; rupturas e resoluções.					
Poenaru, Lüthi-Faivre, Moiroud & Robert-Tissot (2011)	1, Viviane 30 anos, Situação de crise.	Psicoterapia breve dinâmica (5 sessões)	<i>Estudo de caso</i> 5 sessões face-a-face, 1x semana, 50-60 minutos. 3 momentos de avaliação (sessões 1, 3 e 5) Reg. Áudio.	DMRS	Melhoria do ODF ao longo das sessões. Recurso a defesas narcísicas no início da terapia e diminuição para valores mínimos na sessão 5. As defesas narcísicas foram substituídas pelo uso de MDs obsessivos.
Objectivo: Estudar a mudança de MDs em PBD.					
Bernard, de Roten, Despland & Stiefel (2010)	113 Clínicos de oncologia THC= 57 Sem THC= 43	Treino de habilidades comunicacionais (THC)	<i>Estudo Experimental</i> Clínicos com THC; Cada clínico fez uma entrevista gravada de 15 min.; Grupo de controlo clínicos sem THC;	DMRS-C (adaptação) Defense Mechanism Rating Scale for Clinicians	Grande variabilidade de MDs usados. MDs mais usados: deslocamento, intelectualização e racionalização. Não houve diferenças significativas nos dois grupos (devido ao DMRS-C ou ao treino?). Aumento do ODF em clínicos com func. defensivo elevado pré-THC, tendem a articular melhor a empatia/rel. terap. mantendo-se em contacto com os seus sentim/s e necessidades.
Objectivo: Estudar o funcionamento defensivo de clínicos de oncologia antes e depois de THC					
Bernard, Stiefel, de Roten & Despland (2010)	113 (62 enfermeiros 51 médicos de oncologia)	-	Entrevistas de roleplaying com pacientes (3 atores) sobre vários cenários	DMRS	Grande número e variedade de defesas em 15 min. de entrevista. Aponta para o nível de <i>stress</i> associado a este tipo de intervenção. As 3 defesas mais utilizadas pelos técnicos: racionalização,
Objectivo:					

Avaliar os MDs mais usados por técnicos oncológicos.			oncológicos, tratamentos e consequências. 15 min. Grav. vídeo. Transcrição		deslocamento e intelectualização - representam mais de metade das defesas observadas. Os médicos usam mais a intelectualização e os enfermeiros o deslocamento.
Kramer (2010) Objectivo: Estudar a estabilidade e mudança de MDs e coping em situações de crise em pacientes bipolares.	18 pacientes c/ Perturbação Afetiva Bipolar (PAB) (DSM-IV-R)	Internamento. Psicoterapia de Suporte não especificada. Medicação	<i>Experimental</i> Grupo de controlo s/ sintomatologia Entrev. Dinâmica 2 momentos de avaliação c/ 3 meses de diferença.	DMRS Coping Action Patterns (CAP) SCL-90-R Bech-Rafaelson Mania Scale (BRM) Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)	Limitadas e não significativas correlações entre MDs e mecanismo de coping; Mais MDs imaturos associados à PAB em comparação com o grupo de controlo. Não se verifica o mesmo padrão com o coping. Sugere que o coping será mais situacional e independente do diagnóstico. ODF mantem-se estável ao longo da terapia.
Kramer, Despland, Michel, Drapeau & de Roten (2010) Objectivo: Estudar relação entre MDs, coping e aliança. Se coping ou defesas pedizem sintoma.	32 Pacientes com Perturbação de adaptação (DSM-IV), M=24 anos	Psicoterapia Breve Dinâmica 1 ano.	Gravações Áudio; 1 sessão aleatória retirada de 3 momentos (início, meio e fim)	DMRS Coping Action Patterns (CAP, medida: OCF) SCL-90-R Helping Alliance Questionnaire (HAq-I)	ODF aumentou ao longo da terapia. OCF manteve-se estável. Regressão defensiva no meio da terapia. Apesar da melhoria sintomática 1 ano de terapia não revelou mudanças profundas. A medida ODF sozinha é um bom preditor de produtos terapêuticos. Não se verifica com OCF.
Lingiardi, Gazzillo & Waldron (2010) Objectivo: Avaliar as mudanças nas	Giovanna, Mulher, 28 anos, Perturbação de Personalidade Sem Outra	Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica, 2 anos	<i>Estudo de Caso</i> 4 sessões áudio em 5 momentos de terapia; de 6-6 meses p/ APS e DMRS; 12-12 p/ SWAP-200	DMRS SWAP-200 Analytic Process Scales (APS)	A convergência de resultados entre o SWAP-200, APS e DMRS permite uma leitura clínica mais profunda da paciente e dos processos psicoterapêuticos.

defesas empírica e qualitativamente. Analisar a convergência entre as 2 modalidades.

Especificação (DSM-IV-TR)

<p>Newman & Beail (2010)</p> <p>Objetivo: Estudar o uso defesas em pacientes com P. da Inteligência.</p>	<p>6 Mulheres, 2 Homens, 20-40 anos, Perturb. da Inteligência (PI), QI de 45 a 65</p>	<p>Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica</p>	<p>Gravação Áudio de Sessões terapêuticas nº 1, 4 e 8</p>	<p>DMRS</p>	<p>Pacientes com PI tendem a usar mais frequentemente MDs imaturos, embora tenham sido registado o recurso a 24 dos 28 MDs do DMRS. Tendência a usarem MDs de um nível específico. Limitação no reduzido período temporal entre os momentos de avaliação dos MDs.</p>
<p>Presniak, Olson, Porcerelli & Dauphin (2010)</p> <p>Objetivo: Estudar a mudança defensiva ao longo de uma psicanálise a um paciente c/ P. da Person. Evitante.</p>	<p>Homem, 50 anos, P. Evitante da Pers.(PEP), Fobia Específica (DSM-IV)</p>	<p>Psicanálise (4x semana) 5 anos</p>	<p><i>Estudo de Caso</i> 25 Sessões Áudio; 4 início + 4 de 12-12 meses + 1 follow-up</p>	<p>DMRS</p>	<p>Fantasia Autística é umas das defesas principais da PEP. Houve um declínio de apenas 3,6% do seu uso. O uso de defesas de evitamento era de 30,4%, diminuindo para 10,7% no follow-up. Regressão do ODF no início da terapia e maior uso da Fantasia. Reemergência dos sintomas antes do término da terapia. Melhoria no follow-up.</p>
<p>Sharma & Sinha (2010)</p> <p>Objetivo: Verificar se há \neq's nos MDs usados pelos 3 diagnost. Se</p>	<p>30 Pacientes externos c/ diagnósticos de Mania, Depressão e Bipolar (DSM-IV-R)</p>	<p>Psiquiatria</p>	<p>2 Entrevistas Dinâmicas no mesmo dia; 3 grupos: I Bipolar Maníaco; II Bipolar/Depressivo</p>	<p>DMRS TAT Beck Depression Inventory (BDI) Young's Manic Rating Scale (YMRS)</p>	<p>Os 3 grupos têm diferentes constelações de MDs. O grupo I usa mais negação e menos MDs neuróticos, borderline e narcísicos do que o II. O grupo II usa mais MDs neuróticos do que o grupo maníaco e mais negação e MDs de ação e borderline. O grupo depressivo usou</p>

há \neq 's nos ODFs e se há relação entre ODF e severidade sintomática.

III Depressão Major

mais identificação, MDs de nível neurótico e maduras. Há diferenças na adaptabilidade das defesas entre grupos, o III recorre a MDs mais maduros. Severidade de sintomas Maníacos está associada a MDs como a negação, e de nível narcísico.

Despland, Bernard, Favre, Drapeau, de Roten & Stiefel (2009)	20 (7 médicos e 13 enfermagem) M=17 H=3	Treino de habilidades comunicacionais (THC)	Clínicos fizeram 2 entrevistas no início do THC e 6 meses depois. Pacientes/roleplaying por atores profis.	DMRS-C (adaptação para clínicos)	Boas propriedades psicométricas. As três defesas mais usadas (56%) foram: o deslocamento, intelectualização e racionalização. As defesas de nível neurótico permitem um maior distanciamento face ao conteúdo emocional do paciente. As defesas dos clínicos podem atingir mudanças após treino de THC. ODF aumentou após treino.
Objectivo: Estudar o funcionamento defensivo de clínicos de oncologia antes e depois de THC					
Kramer, de Roten, Michel & Despland (2009)	32 pacientes P. Adaptação (DSM-IV) 24 anos	Psicoterapia Breve Dinâmica (PBD) (40 sessões)	DMRS e CAP cotado de 2 sessões aleatórias, de 2 momentos: início entre sessão 2-5 e meio entre 12-15; Sessões Gravadas.	DMRS Coping Action Patterns (CAP) Helping Alliance Quest. (HAq-I) SCL-90-R	Defesas e coping não se encontram associadas, são dois processos distintos. Aumento de aliança terapêutica teve um efeito positivo no OCF e vice-versa, não se verificando relação entre aliança e ODF. Pacientes com boa aliança terap. no início da terapia beneficiam de uma rápida adaptação geral à realidade. OCF está associada a melhoria sintomática no início da terapia, não há relação com o ODF.
Objectivo: Estudar quais são os preditores de mudança em PBD.					

<p>Kramer, de Roten, Perry & Despland (2009)</p> <p>Objectivo: Estudar a especifici/defensiva em pacientes Bipolares. Qual relação com sintomas e aliança terapêutica.</p>	<p>30 pacientes Diagn. Perturbação Bipolar I (DSM-IV)</p> <p>30 Grupo de controlo</p>	<p>Entrevista Clínica Dinâmica (50 min.)</p>	<p>DMRS SCL-90-R Bech-Rafaelson Mania Scale (BRMS) Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) Working Alliance Inventory (WAI)</p>	<p>Pacientes com P.Bipolar I apresentam uma baixo ODF, um baixo nível de defesas maduras e neuróticas e elevado uso de defesas imaturas. Existem defesas específicas da PBipolar: acting out, identificação projectiva, clivagem do objecto, racionalização e onnipotência. Deslocamento é o único MD neurótico usado por estes pacientes.</p>	
<p>Perry, Beck, Constantinidès & Foley (2009)</p> <p>Objectivo: Identificar marcadores de progresso e <i>outcome</i> para 4 TCC através de MDs.</p>	<p>4 Pacientes Depressão Maj. P.Borderline/ Narcísica P. Dependente</p>	<p>Terapia Cognit.Comp. (TCC)</p>	<p><i>Estudo de Caso</i> 4 casos clínicos c/ diferentes terapias, tempo e diagnóst. Teste de 4 Hipóteses.</p>	<p>DMRS Hamilton Rating Scale for Depression-17 (HRSD-17) BDI</p>	<p>H1: ODF dos 4 pacientes melhorou; H2: Há mudança nos MDs seguindo o modelo hierárquico (<i>stepwise</i>). A hierarquia não muda toda simultaneamente. H3: Ainda não é claro quais as características (do paciente e intervenção) contribuem para uma maior mudança no ODF. H4: Aumento do ODF está associado a melhoramento sintomático.</p>
<p>Roy, Perry, Luborsky, & Banon (2009)</p> <p>Objectivo: Estudar a mudança defensiva ao longo do processo psicanalítico.</p>	<p>17 pacientes (Penn Collection), 33.6 anos;</p>	<p>Psicanálise 141 a 1,162 sessões 4x semana 8 meses a 6 anos</p>	<p>149 sessões transcritas; 2 momentos de avaliação; perto da sessão 46 e da 623</p>	<p>DMRS</p>	<p>Os 17 pacientes melhoraram o ODF. Maior uso de MDs maduros e menor uso de MDs imaturos no final da terapia. Não se verificaram mudanças significativas nas defesas de nível neurótico.</p>

<p>Drapeau, Beretta, de Roten, Koerner & Despland (2008)</p> <p>Objectivo: Avaliar o funcionamento defensivo de pacientes pedófilos</p>	<p>20 Pedófilos (DSM-IV) 25 a 46 anos 20 Grupo de Controlo</p>	<p>Sentença 2 anos (mínimo) de tratamento especializado. M= 45 meses</p>	<p>Entrevistas. Grupo controlo: pacientes externos sem sintomatologia grave.</p>	<p>DMRS</p>	<p>ODF dos pacientes pedófilos é significativamente inferior ao grupo de controlo. Menor uso de MDs de nível obsessivo mas mais MDs imaturos como dissociação, deslocamento, negação, fantasia autística, clivagem do objeto, identificação projetiva, acting out e passividade-agressão.</p>
--	--	--	--	-------------	---

<p>Drapeau, de Roten, Beretta, Blake, Koerner & Despland (2008)</p> <p>Objectivo: Estudar a associação entre a intervenção do terapeuta e o funcionam. defensivo do paciente. Verificar se há intervenções organizadas.</p>	<p>32 pacientes H=15, M=17 Diagn. Múltipls P. Humor, Ansiedade</p>	<p>Brief Psychodynamic Intervention (BPI)</p>	<p>Avaliação pré terapia. BPI (5 sessões). Padrões de comportamento e sequências analisadas pelo Lag Sequential Analysis (LSA)</p>	<p>DMRS SCL-90-R Hamilton Depression Scale Hamilton Anxiety Scale</p>	<p>LSA revelou 6 padrões de intervenção do T. O T. precede a interpretação com uma estratégia suportativa ou de melhora/ da relação de trabalho. Existem sequências no nível de funcionamento defensivo do paciente. Não há relação entre as sequências de intervenção e mudança do nível defensivo e vice-versa.</p>
--	--	---	--	---	---

<p>Favre, Despland, de Roten, Drapeau, Bernard & Stiefel (2007)</p> <p>Objectivo: Estudar MDs de clínicos em consultas de oncologia.</p>	<p>10 (3 médicos e 7 enfermeiros de oncologia) 39.3 anos</p>	<p>Treino de habilidades comunicacionais (THC)</p>	<p><i>Est. Exploratório</i> THC em 2 dias. Novo THC após 6 meses. Entrev. grav. escolhidas aleator/ para o estudo. Adenda ao DMRS a técnicos (DMRS-T).</p>	<p>DMRS-T</p>	<p>A aplicabilidade e validade do DMRS-T foi confirmada, as características psicométricas são equivalentes ao DMRS. MDs frequentemente identificados: nível obsessivo (intelectualização e anulação) e neurótico (reação formativa, negação e racionalização). São observadas mudanças após THC. ODF aumentou significativamente após o THC.</p>
---	--	--	--	---------------	--

Stigler, de Roten Drapeau & Despland (2007)	29 Pacientes M= 29,4 anos Múltiplos Diag.	Brief Psychodynamic Intervention (BPI) (4 sessões)	Sessões gravadas Nº interpretação por sessão= 6.4 Precisão da interpret p/ comparação do CCRT do P. e do T. Medição do tipo de conflito abordado na interpretação.	DMRS Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) PIRS; HAq QER (Question. de satisfação do paciente); SCL-90-R.	Nem a precisão nem a conflitualidade da interpretação em si mesmos tiveram impacto tiveram impacto na sintomatologia, na adaptação social ou no estabelecimento de aliança t. Um valor elevado, mas não significativo, de ODF estava associado com menor precisão da interpretação. O valor elevado do ODF deve-se ao uso da intelectualização que compromete também compromete a relação com o T. Futuro estudo que tipo de pacientes respondem melhor a uma interpretação de conflito ou de precisão.
Siefert, Hilsenroth, Weinberger, Blagys & Ackerman (2006)	44 pacientes H=18; M=26 31 anos Diagn. Múltiplos.	Psicoterapia Breve Dinâmica	Entrev. Clínica semi-estruturada, Grav. Áudio, 2 horas. Sessão de Feedback. Encaminhamento. PBD, média de 23 sessões; 6 meses de duração.	DMRS Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS; medidas: PI – Psychodynamic- Interpersonal; CB Cognitive- Behavioral) Combined Alliance Short Form – Patient Version (CASFP)	Não há relação significativa entre o funciona/ defensivo e aliança terap. Relação entre ODF e PI: pacientes com MDs maladaptat. recebem mais PI na fase inicial da terapia. Principalmente, pacientes que usam mais MDs de ação. ODF baixo é também preditor do uso de um maior nº de técnicas terapêuticas. Relação entre ODF e CB: Pacientes c/ ODF elevado no início da terapia, o terapeuta tende a iniciar menos tópicos de discussão e foca-se mais em emcrnaças irracionais paciente.

Beretta, de Roten, Drapeau, Kramer, Favre & Despland (2005)	70 pacientes (40 M, 30 H); 29.65 anos; Múltiplos diagnósticos	Psicoterapia Breve Dinâmica	Gravação de sessões (vídeo e áudio); Momentos: início e 3 em 3 ms. Follow-up: 3ms e 6ms	DMRS; IIP-C; SAS-SR SCL-90 Investigation Competence Scale (ICS)	Pacientes com RCC (mudança clínica) positiva apresentaram um funcionamento defensivo mais maduro. Os resultados mantiveram-se no follow-up.
Objectivo:	Estudar a percepção de mudança na perspectiva do paciente e terapeuta				
Hersoug, Bøggwald & Høglend (2005)	38 Pacientes 44 anos	Psicoterapia Breve Dinâmica	Estudo naturalístico parte do NMSPOP (1995); Entrevista clínica + Psychodynamic Functioning Scale (PFS).	DMRS PIRS	Pacientes que receberam mais interpretações usaram menos MDs imaturos no fim da terapia. Pacientes que receberam intervenção suportativa permaneceram com proporção maior de MDs imaturos. Houve um aumento de MD maduros mas nem a interpretação nem o suporte contribuíram. Interpretação apenas afetou os MDs imaturos. Melhoría no meio da terapia após melhoria sintomática. Níveis inferiores de defesas, como as de ação diminuem mais rápido (antes do meio da terapia) que os níveis superiores.
Objectivo:	Estudar se a interpretação do terapeuta influencia o desenvolvimento do funcionamento defensivo.				
Junod, de Roten, Martinez, Drapeau, & Despland (2005)	15 pacientes M=26 anos Diag. Múlti: P. Depressiva, Ansiedade, Adaptação (DSM-IV)	Brief Psychodynamic Intervention (BPI) 4 terapeutas treinados	BPI: 5 sessões, foram cotadas as sessões 2 e 3. Precisão de interpretação (TAD)	DMRS PIRS Helping Alliance questionnaire-I (HAq-1)	O terapeuta (T.) interpreta com precisão o nível MD usado pelo paciente (P.) ou um nível mais adaptativo c/ elevada aliança. Ps sentiram-se + ajudados c/ Ts. que interpretaram dentro do seu nível defensivo. Os Ps menos ajudados tiveram Ts cuja interpretação se dirigiu a níveis abaixo dos usados.
Objectivo:	Estudar a precisão das interpretações das defesas.				

Hersoug (2004)	39 Pacientes 35.6 anos; Diag. Múltiplos DSM-IV	Psicoterapia Breve Dinâmica Máx. de 40 sessões.	Amostra retirada do estudo NMSOP (1995).	DMRS PBI Dinamic Relationships (Dyn Rel.); Dyn Intrapsyc; Introjects (SASB Intrex); DQS; WAI; PIRS	Terapeutas com experiências de cuidados parentais +’s apresentam menor uso de interpretação. Maior introjecção negativa é corresponde a uma maior proporção de interpretação usada. Bons cuidados parentais e menos introjectos negativos estão relacionados positivamente com a interpretação e explicam 5% da variância em no uso de MDs maladaptativos. As características pré-tratamento dos pacientes não foram preditoras de interpretação.
Hersoug, Høglend & Bøgwald (2004)	39 Pacientes 35.6 anos; Diag. Múltiplos DSM-IV	Psicoterapia Breve Dinâmica Máx. de 40 sessões.	Amostra retirada do estudo NMSOP (1995).	DMRS Adjustment Ratio of interpretation (AR) AR= ESIL/ODF ESIL= Expressive Supportative Intervention Level (retirado de PIRS) AR optimal=1 Working Alliance Inventory (WAI) SCL-90-R	Uso da interpretação pelos terapeutas foi inferior ao nível óptimo esperado. Terapeutas tiveram um AR estável no início e meio da terapia. Houve diferentes evoluções de aliança tendo em conta o AR ser optimal ou baixo. Contrário às expectativas AR baixo está associado a uma melhor qualidade da aliança. Resultados contrários a Despland et al. (2001). Intervenções mais suportativas a pacientes com um ODF elevado resultou num a maior aliança t. Não foram encontradas evidências de que o AR=1, interpretação ao nível das defesas melhorasse a aliança.
Perry & Perry (2004)	107 Pacientes PCRS= 55 ISR= 64 DMRS= 107	S/ tratamento.	Amostra retirada de um estudo longitudinal de personalidades Borderline (1980- 1988). Análise de	DMRS Psychodynamic Conflict Rating Scales (PCRS) Interpersonal Styles of Relating (ISR)	Verificou-se que as Pert. Narcísica (PNP) usam 3 dos MDs esperados: omnipotência, desvalorização e fantasia autística. Não foi encontrada validação empírica para a hipótese teórica das defesas de Intelec., Racional. e Idealiz. Há associação positiva, não esperada,

Narcísica da Personalidade.			Entrevistas Clínicas.		entre PNP e projeção e associação negativa com arecalçamento.
de Roten, Drapeau, Stigler & Despland (2004)	60 pacientes M=37, H=23 29.1 anos Diagn. Múltips.	Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica	Transcrições de sessões. Avaliadores independentes. 240 sessões	DMRS Core conflictual Relationship themes (CCRT medidas: W, RO) SCL-90-R	Cluster W - MDs maduros estão relacionados com maior desejo de “ser amado” e de “ajudar os outros” e menor desejo de autoafirmação e independência. Pacientes com nível def. neurótico apresentam correlações com “oposição”. Clusters ROs e RSs - MDs imaturos e intermédios estão relacionados com “ver os outros de forma menos + ” e maiores dificuldades interpessoais. Conduz a um menor autocontrolo e maior oposição.
Objectivo: Estudar se existe correção entre o CCRT e o funcionamento defensivo. Verificar se as observações são congruentes com a teoria.					
Drapeau & Brunet (2003)	24 pacientes Pedófilos	Tratamento especializado em contexto prisional Terapia de inspiração C.C.	Entrevista semi-estruturada	DMRS Fear & Wish List CCRT	Estudo qualitativo, salientam o recurso a MD imaturos, com destaque à projeção.
Objectivo: Estudar o funcionamento defensivo em pedófilos.					
Drapeau, de Roten, Perry & Despland (2003)	61 pacientes Diagn. Múltiplos 62.3% Humor 36.1% Ansdd	Brief Psychodynamic Investigation (BPI)	Avaliação das 4 sessões da BPI; Terapeutas Experientes	DMRS SCL-90-R	Houve mudanças significativas: o valor de ODF e a proporção de defesas do nível obsessivo aumentou acompanhado de uma diminuição da proporção de defesas do nível narcísico. Aumentou o recurso à intelectualização e diminuíram as defesas de desvalorização e idealização diminuíram. Não houve mudanças nas defesas de nível 7.
Objectivo: Estudar a evolução das defesas ao longo de uma BPI.					

Hersoug, Bøggwald & Høglend (2003)	38 Pacientes 7 Terapeutas Experientes (4-10 anos)	Psicoterapia Breve Dinâmica M= 35 sessões	Média de 35 sessões Estudo naturalístico parte do NMSPOP (1995)	PIRS DMRS Dynamic Relationships (DynRel) Working Alliance Inventory (WAI)	Há diferenças significativas no uso da interpretação em cada terapeuta. Pacientes com defesas mal adaptativas suscitaram um maior nº de interpretações em todos os terapeutas. A qualidade da aliança de trabalho é inversamente proporcional ao número de interpretações. Há um maior nº de interpretações na fase intermédia da terapia. Terapeutas mais experientes usam mais a interpretação.
Objectivo: Estudar se as características do terapeuta e paciente influenciam a interpretação de MDs.					
Mounier & Andujo (2003)	22 jovens sem abrigo 16-19 anos	Sem tratamento. Casa de abrigo.	Entrevista sobre experiências de vitimização (maus-tratos infantis, violência doméstica e de rua) e estratégias de coping cotadas de 0 a 5.	DMRS	O recurso a todos os níveis defensivos torna-se comum face a experiências de vitimização. Há desenvolvimento de defesas maduras e imaturas face aos stressores. Experiências cumulativas de vitimização não são preditoras de um baixo ODF.
Objectivo: Estudar o funcionamento defensivo numa população sem abrigo.					
Hersoug, Sexton & Høglend (2002)	38 pacientes 35.7 anos	Psicoterapia Breve Dinâmica Max. 40 sessões M= 32 sessões	Estudo naturalístico parte do NMSPOP (1995) Sessões transcritas 4 Momentos de Avaliação: 1, 7, 17 e última sessão,	<i>Preditores:</i> DMRS DSQ <i>Produtos:</i> SCL-90-R Inventory of Interpersonal Problems (IIP) Ways of Coping Checklist (WCCL)	DMRS e DQS não foram preditores de nenhum produto; ODF melhorou com a terapia, o DQS-ODF manteve-se durante a terapia. Houve melhoramento em todas as variáveis exceto no IIP. Os sintomas mudaram no início (até à sessão 20) e o ODF apenas após a sessão 16, seguindo o modelo de mudança terapêutica. Um nível defensivo maduro não foi preditor de um melhor funcionamento global, nem menores sinais de perturbação de
Objectivo: Estudar a mudança de MDs e a sua relação com a aliança e sintomas após PBD	Diagn. Múltiplos: P. Ansiedade; e de Personal.				

				Global Assessment Scale (GAS) Working Alliance Inventory (WAI)	personalidade, ao contrário da literatura (Perry, 2001)
Despland, de Roten, Despars, Stigler & Perry (2001) Objetivo: Estudar a influência do funcionamento defensivo e da interpretação na aliança terapêutica.	12 pacientes 28.5 anos Perturbações de Ansiedade, Personalidade ou Depressiva	Brief Psychodynamic Investigation (BPI) (4 sessões); 10 pacientes prosseguiram p/ Psicoterapia	<i>Naturalístico e Observação</i> BPI, 4 sessões de avaliação para Psicoterapia psicanalítica. Avaliação das variáveis a cada sessão.	DMRS PIRS Helping Alliance Questionnaire (HAQ-1)	A medida de aliança terapêutica aumentou para cada sessão. 3 padrões de mudança: I) aliança alta e estável; II) melhoramento progressivo e III) baixa e estável. O ODF inicial não está relacionado com a medida de aliança. Com ODF baixo é possível criar aliança. Intervenção do terapeuta influencia + a aliança. Para um ODF elevado uma intervenção mais exploratória permite fortalecer a aliança terapêutica.
Grulke, Bailer, Tschuschke, Bunjes, Arnold, Denzinger, & Kächele (2001) Objetivo: Avaliar o funcionamento defensivo de paciente oncológicos pré-intervenção médica.	58 pacientes 36 anos média (M=39, F=19)	Tratamento oncológico	Entrevista antes de operação de transplante de medula óssea. Amostra recolhida entre 1990-94.	DMRS SCL-90-R	Em média os pacientes usaram 8 dos 21 MDs. Os MDs mais usados foram a intelectualização (96.6%), minimização (86.2%), racionalização (81.0%) e isolamento do afeto (75.9%). Nenhum paciente usou dissociação. ODF não se relaciona com idade, sexo, educação ou estado da doença. O uso de defesas imaturas poderá ser adaptativo em condições de doença extrema e dado os requisitos regressivos do setting clínico.
Perry (2001) Objetivo: Estudar defesas e a sua estabilidade em	14 pacientes 12 pacientes (80%) Depres. 12 c/ P Person 7 Borderline	Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica	Momentos de avaliação: 5 primeiras sessões; + estudo de caso.	DMRS GAF Social Adjustment Scale (SAS).	O nº de defesas em cada sessões oscila de acordo com situações específicas ligadas à sessão (eventos recentes, humor, tópicos a discutir, etc); Embora exista um repertório de defesas estável.

pacientes com PPB e depressão no início de terapia. 3 Narcísica 3 Passiva Agr. 3Obc.-Comp.

Pacientes com PBP usam mais defesas imaturas (49.3%) e neuróticas (40.8%) e 9.9% de defesas maduras. PBP tiveram um ODF mais baixo do que os pacientes sem Perturbação de Personalidade. Elevado ODF estava associado a uma maior retenção terepeutica após um ano. Drop-out está associado a defesas de desvalorização, e defesas de ação.

<p>Lecours, Bouchard, St-Amand & Perry (2000)</p> <p>Objectivo: Estudar a mudança e relação entre as escalas de defesa e GEVA.</p>	<p>Mulher, 44 anos; PP Evitante e Dependente (DSM-IV)</p>	<p>Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica</p>	<p><i>Estudo de Caso</i> Gravação Áudio de 14 sessões</p>	<p>DMRS Grille de l'Elaboration Verbale de l'Affect (GEVA); Sub-escala Verbal Expression of Affect (VEA)</p>	<p>O nível defensivo e a expressão verbal de afeto são dois fenómenos independentes. O afeto negativo foi acompanhado de aumento de expressão do canal verbal, menor espontaneidade e maior uso de defesas de evitamento.</p>
<p>Lingiardi, Lonati, Delucchi, Fossati, Vanzulli & Maffei (1999)</p> <p>Obectivo: Estudar a associação entre MDs e perturbações da personalidade.</p>	<p>50 pacientes</p>	<p>Pré-Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica 2x semana</p>	<p>Entrevista clínica antes de ser iniciado o processo psicot. 1 momento de avaliação</p>	<p>DMRS SCID-II SCL-90</p>	<p>Encontrada relação entre um funcionamento defensivo imaturo (defesas de borderline e ação) e perturbações da personalidade Cluster B. Níveis defensivos mais adaptativos encontrados emdo Cluster C. Pacientes histriónicos com dois tipos de defesas: Histriónicos-narcísicos (defesas de nível médio) e Histriónicos-borderline (nível mais imaturo). P. Antisocial correlacion com a defesa Projecção e Intelectualização. P. Obsessiva ligada a defesas do nível Narcísico.</p>

Høglend & Perry (1998)	37 pacientes M=21, H=13 Depressão	Acompanha/ psiquiátrico.	2 Entrevistas Clínicas: início de tratamento e após 6 meses.	DMRS SCLR-90 GAF	ODF é um forte preditor do funcionamento global (GAF) do paciente após 6 meses. Foi confirmada a presença de um grupo de 8 mecanismos de defesa específicos em pacientes com depressão que apresentaram menor melhoramento: agressão-passiva, acting out, rejeição de ajuda, identificação projetiva, clivagem da imagem de si e dos outros. Os pacientes que melhoraram mais apresentaram com maior recorrência o MD de auto-observação.
Perry & Høglend (1998)	106 pacientes Diagnósticos múltiplos: >50% Depressão e Distímia	Acompanha/ Psiquiátrico. Pacientes internos e ambulatorios.	Entrevista clínica (50 minutos);	DMRS DSQ GAF SCL-90-R	Verificou-se uma associação moderada entre o ODF e o nível de funcionamento (GAF) dos pacientes; A correlação entre DSQ e DMRS foi de pequena a moderada;
Saltzstein, Wyshak, Hubbuch & Perry (1998)	15 Mulheres, Síndrome de Fadiga Crônica (SFC)	Cuidados Primários	Entrevistas Clínicas Semi-Estruturadas adaptadas de Kleinman Illness Narratives	DMRS BDI; Sickness Impact Profile;	As pacientes com SFC usam MDs do nível obsessivo, maduro, neurótico e de distorção de imagem de si. Esta constelação sugere que as pacientes minimizam os seus sentimentos e continuam com tarefas exigentes, ignorando os sinais afetivos de <i>distress</i> . As defesas obsessivas contribuem para a manutenção da situação de <i>stress</i> .
Objetivo: Estudar se o funcionamento defensivo poderá ser um melhor preditor da evolução de quadros depressivos.					
Objetivo: Rrelação entre ODF e psicopata., sintomas e adapt. ≠'s entre as medidas DMRS e DSQ.					
Objetivo: Estudar o funcionamento defensivo de pacientes com SFC.					

<p>Bloch, Shear, Markowitz, Leon & Perry (1993)</p>	<p>44 pacientes 22 c/ Distímia 22 c/ P.Pânico</p>	<p>Acompanha/ Psiquiátrico.</p>	<p>Entrevista clínica de inspiração dinâmica; 50 minutos; Gravação vídeo.</p>	<p>DMRS</p>	<p>Pacientes distímicos pontuaram significativamente mais no nível defensivo narcísico, de evitamento e de acção; e nos MDs de desvalorização, projeção, agressão-passiva e hipocondria como esperado. E acting out e identificação projectiva. Os pacientes distímicos favorecem o uso de defesas que apontam para o conflito sem o confrontarem directamente. Pacientes com p. de pânico tendem a delimitar o conflito por sentimentos de culpa, afecto negativo e assertividade.</p>
<p>Objetivo: Estudar o func/ defensivo em pacientes distímicos em comparação com pert. de pânico.</p>					
<p>Perry & Cooper (1989)</p>	<p>81 pacientes P. Borderline P. Anti-social P. Bipolar</p>	<p>Pacientes em ambulatório.</p>	<p>Estudo naturalístico Fase 1 – Entrevista c/ grav. de vídeo Fase 2 – Início do 2º e 3º ano de follow-up nova entrevista.</p>	<p>DMRS Diagnostic interview Schedule</p>	<p>Defesas imaturas, principalmente defesas de acção, estão correlacionadas com maior severidade de sintomas, Defesas de acção estão correlacionadas com maior abuso de substância e desvalorização do álcool. Todos os MDs imaturos estão correlacionado com menor funcionamento global, excepto fantasia autística.</p>
<p>Objectivo: Estudar a relação entre MDs, sintomas e funcionamento global.</p>					
<p>Perry & Cooper (1986)</p>	<p>81 pacientes P. Borderline P. Anti-social P. Bipolar</p>	<p>Pacientes em ambulatório.</p>	<p>Entrevista Clínica Dinâmica. Grav. Vídeo</p>	<p>DMRS Diagnostic interview Schedule Psychodynamic Conflict Rating Scales (PCRS)</p>	<p>Existem diferenças entre o tipo de defesas usadas pela P. borderline e narcísica. P. Borderline e antissocial apresentam diferentes padrões de defesas imaturas: borderline usam mais defesas de acção e Antissocial, usam mais defesas de desvalorização. Separação-abandono é o conflito que se relaciona melhor com P. Borderline.</p>
<p>Objectivo: Estudar as diferenças no func. defensivo na PBP, PAP e P. Bipolar.</p>					

