

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria  
Dissertação de Mestrado

**Tradução, adaptação e validação do Defensive Style Questionnaire  
(DSQ-40) para o português brasileiro**

Carolina Blaya

Orientadora: Prof. Dra. Gisele Gus Manfro

Abril/2005

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria  
Dissertação de Mestrado

**Tradução, adaptação e validação do Defensive Style Questionnaire  
(DSQ-40) para o português brasileiro**

Carolina Blaya

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psiquiatria.

Orientadora: Prof. Dra. Gisele Gus Manfro

Porto Alegre, 8 de abril de 2005.

## Catalogação-na-Publicação

B645 Blaya, Carolina  
Tradução, adaptação e validação do Defensive Style  
Questionnaire (DSQ 40) para o português brasileiro / Carolina  
Blaya. - 2005.  
190 f.

Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.  
Orientadora: Dra. Gisele Gus Manfro

1. Mecanismos de defesa 2. Ego 3. Questionários 4. Psicometria  
5. Reprodutibilidade de Resultados I. Manfro, Gisele Gus II.  
Título

CDD 150.195  
NLM WM 193

(Bibliotecária responsável: Elise Maria Di Domenico Coser - CRB-10/1577)

Aos meus pais Liane Blaya e  
José Blaya Perez Filho (*in memoriam*),

## **Agradecimentos**

À minha orientadora, Dra. Gisele Gus Manfro, pelo apoio, dedicação, amizade e disponibilidade permanente;

Aos colaboradores Elizeth Heldt, Rodrigo Blaya, Marina Dornelles, Luciano Isolan e Letícia Kipper pela contribuição nas diversas etapas do trabalho;

Ao FIPE do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ao CAPES (Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior) e à FAPERGS (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul), pelo apoio financeiro;

Aos meus pais, José e Liane, pelo amor, dedicação e incentivo, que tornaram possíveis não só a realização desse trabalho, mas toda minha formação;

Ao meu namorado, Rodrigo Dreher, pelo companherismo e por sempre acreditar na minha capacidade.

## Sumário

Lista de figuras.....	8
Lista de tabelas.....	9
Lista de abreviaturas .....	11
Apresentação Parcial dos Resultados.....	13
Resumo.....	14
Summary.....	16
1 Introdução.....	18
1.1 Os mecanismos de defesa: conceito e classificação.....	18
1.2 Avaliação dos mecanismos de defesa: o <i>Defensive Style Questionnaire</i> .....	24
1.3 Validação de um instrumento .....	27
1.4 Estudos de Validação do DSQ .....	30
1.5 Tradução e validação do DSQ para outras culturas .....	31
1.6 Relação entre Mecanismos de Defesa e Diagnóstico Psiquiátrico.....	35
1.7 Mecanismos de Defesa e evolução clínica .....	40
2 Hipóteses.....	43
3 Objetivos.....	44
4 Considerações Éticas.....	45
5 Referências Bibliográficas.....	46
6 Artigos.....	55
Artigo 1.....	56
Artigo 2 (Versão em Inglês).....	80
Artigo 2 (Versão em português).....	90
Artigo 3 (Versão em Inglês).....	100
Artigo 3 (Versão em português).....	137
Apêndice A: Glossário de Mecanismos de Defesa do DSQ .....	175
Apêndice B: Termo de Consentimento Informado para Pacientes .....	179
Apêndice C: Termo de Consentimento Informado para Pacientes em Psicoterapia.....	180

Apêndice D: Consentimento Informado para Controles .....	181
Apêndice E: Questionário Dados Gerais .....	182
Apêndice F: DSQ-40 – Versão em português brasileiro .....	183
Apêndice G: Diagnósticos do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) .....	190

## Lista de figuras

<b>Figura número</b>	<b>Página</b>
Introdução	
Figura 1. Processo de tradução e validação de um instrumento.....	29
Artigo 2 (versão em Inglês)	
Figure 1. Methodology steps in the translation, transcultural adaptation and content validity of Brazilian Portuguese version of Defensive Style Questionnaire 40 (DSQ-40).....	89
Artigo 2 (versão em português)	
Figura 1 - Etapas metodológicas na tradução, adaptação transcultural e validação de conteúdo da versão em português do Brasil do <i>Defensive Style Questionnaire 40 (DSQ-40)</i> .....	99
Artigo 3 (versão em Inglês)	
Figure 1. Correlation between DSQ and clinical evaluation of defense level.....	136
Artigo 3 (versão em Português)	
Figura 1. Correlação entre DSQ e avaliação clínica Segundo DFS.....	172

## Lista de tabelas

<b>Tabela número</b>	<b>Página</b>
Artigo 1	
Tabela 1. Estudos que avaliaram mecanismos de defesa com uso do DSQ .....	77
Artigo 3 (versão em Inglês)	
Table 1. Sociodemographic and clinical data for the sample.....	126
Artigo 3 (versão em Inglês)	
Table 2. Total variance explained by exploratory factor analysis.....	127
Artigo 3 (versão em Inglês)	
Table 3. Factor loading for each mechanism on each factor of the Brazilian-Portuguese version of DSQ-40 according to Exploratory Factor Analysis and Final Communalities according to Confirmatory Factor Analysis.....	128
Artigo 3 (versão em Inglês)	
Table 4. Test retest reliability.....	130
Artigo 3 (versão em Inglês)	
Table 5. Mean differences between patients and control group on Defenses Mechanisms.....	131
Artigo 3 (versão em Inglês)	
Table 6. Effect size differences between patients and control group on defenses mechanisms.....	133

Artigo 3 (versão em Inglês)	
Table 7. Correlation between personality disorder traits and defense mechanisms.....	135
Artigo 3 (versão em português)	
Tabela 1. Dados sociodemográficos e clínicos da amostra.....	162
Artigo 3 (versão em português)	
Tabela 2. Variância total variance explicada pela análise exploratória.....	163
Artigo 3 (versão em português)	
Tabela 3. Análise fatorial da versão em português do DSQ-40 de acordo com a análise factorial exploratória e Communalities finais de acordo com a análise factorial confirmatória.....	164
Artigo 3 (versão em português)	
Tabela 4. Confiabilidade Teste-reteste.....	166
Artigo 3 (versão em português)	
Tabela 5. Diferenças de médias entre pacientes e controles nos mecanismos de defesa.....	167
Artigo 3 (versão em português)	
Tabela 6. Diferenças de tamanho de efeito entre pacientes e grupo controle nos mecanismos de defesa.....	170
Artigo 3 (versão em português)	
Tabela 7. Correlação entre traço de tanstorno de personalidade e mecanismos de defesa.....	171

### Lista de abreviaturas

AFC	Análise Fatorial Confirmatória
ANOVA	Análise de Variância
APA	American Psychiatry Association
CAPES	Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior
CFM	Confirmatory factor analysis
CGI	Impressão Clínica Global
De	Transtorno Depressivo
DFS	Escala de Funcionamento Defensivo
DMRS	Defense Mechanism Rating Scale
DMTm	Defense Mechanism Test
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSQ	Defensive Style Questionnaire
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul
FIPE	Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos
FS	Fobia social (Transtorno de Ansiedade Social)
GPPG	Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
ICM	Instituto Cyro Martins
$M \pm DP$	Média $\pm$ Desvio Padrão
$M \pm SD$	Mean $\pm$ Standard Deviation

MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
MMPI	Inventário Multifásico Minesota de Personalidade
OCD	Obsessive-compulsive disorder
Pan	Panico
PDQ	Personality Diagnostic Questionnaire
Rev Bras Psiquiatr	Revista Brasileira de Psiquiatria
SP	Social Phobia (Social Anxiety Disorder)
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo

### **Apresentação Parcial dos Resultados**

Blaya C, Kipper L, Blaya Perez Filho J, Manfro GG. Mecanismos de defesa: uso do Defensive Style Questionnaire. Revista Brasileira de Psicoterapia 2003; 5(1): 67-80.

Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, Manfro GG. Brazilian Portuguese version of the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) for defenses mechanisms measure: a preliminary study. Rev Bras Psiquiatr 2004; 26 (4): 255-8.

Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Manfro GG. Versão em português do Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: estudo de validação e constructo. Pôster. XXII Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica e II Encontro Ibero-Americano de qualidade de vida, Porto Alegre, 2004.

Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Bond M, Manfro GG. Versão em português do Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: estudo de validação e constructo. Pôster. XII Congresso brasileiro de Psiquiatria, Salvador, 2004.

## Resumo

O estudo dos mecanismos de defesa do ego tem servido como indicativo do modo típico de um indivíduo lidar com os conflitos. Os mecanismos de defesa podem ser agrupados em três fatores alocados de forma hierárquica: fatores maduros, neuróticos e imaturos. Bond desenvolveu um questionário objetivo e auto-aplicável, o *Defensive Style Questionnaire* – DSQ, que visa identificar os derivados conscientes dos mecanismos de defesa. O objetivo desse estudo é o de descrever o processo de tradução do *Defensive Style Questionnaire* (DSQ-40) versão em português e avaliar a confiabilidade, validade de conteúdo de constructo dessa versão do instrumento. Métodos: A primeira versão da escala foi apresentada para cinco indivíduos, com graus diferentes de escolaridade, que efetuaram pequenos ajustes de linguagem. Posteriormente, a escala foi apresentada para três “experts”, que avaliaram a validade de conteúdo do instrumento. A versão final foi retraduzida e apresentada para o autor do instrumento original que aceitou essa versão do DSQ-40. Posteriormente foi avaliada a confiabilidade e validade da versão em português do Defensive Style Questionnaire (DSQ-40). A amostra constituiu-se de 339 indivíduos. Uma subamostra (n=75) foi avaliada também pelo MMPI, e outra subamostra (n=66) foi também avaliada pelo DFS (Escala de Funcionamento Defensivo). Resultados: Houve necessidade de pequenos ajustes no vocabulário em oito questões e modificações na linguagem em quatro questões, resultando na versão final do instrumento. A média de correlação dos “experts” com cada defesa foi de 89%, e dos fatores maduros, imaturos e neuróticos foi de 100%. A

análise fatorial do instrumento forneceu uma distribuição das defesas semelhante ao instrumento original. A avaliação teste-reteste demonstrou boa correlação intraclasse em todos os fatores. O uso de defesas imaturas e neuróticas foi maior entre os pacientes que os controles ( $p < 0,05$ ). Houve correlação entre o nível defensivo de acordo com o DFS ( $p = 0,006$ ) e MMPI ( $p = 0,004$ ) e as defesas imaturas. Conclusões: A adaptação do DSQ-40 por diferentes indivíduos com diferentes graus de escolaridade e pelo grupo de experts possibilitou o ajuste à realidade sociocultural brasileira. Os dados do presente estudo indicam que a versão em português do DSQ-40 possui características psicométricas que permite o seu uso na nossa cultura.

**Descritores:** Mecanismos de defesa; Tradução; processo; português; DSQ-40; Adaptação; Validade de conteúdo, Validade de constructo, Confiabilidade.

## Summary

Defensive mechanisms may represent how individuals react to conflict. The defense mechanisms can be grouped into three factors: mature, neurotic and immature. Bond has developed an objective and self-applicable instrument, the Defensive Style Questionnaire – DSQ, that identifies conscious derivatives from defensive mechanisms. The aim of this study is to describe the translation and validation process of the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) into Brazilian Portuguese version. Method: The first version of the scale was presented to five individuals with different years of study for language adaptation. Afterwards the instrument was presented to three experts that evaluated the content validation. The final version was back-translated and accepted by the original author. Then the reliability and validity of the Brazilian-Portuguese version of the DSQ-40 was analyzed. The sample was composed of 339 individuals who answered the DSQ-40. A sub-sample (n=75) was also evaluated by the MMPI and another sub-sample (n=66) was also evaluated by the DFS (Defensive Functioning Scale). Results: Vocabulary adjustments were needed in 8 items and language adaptation in 4 items in order to render the final DSQ-40 Brazilian Portuguese version. The mean of experts correct allocation to each defenses was 89%, and to mature, neurotic and immature factors was 100%. The factor analysis yielded a similar distribution to that of the original instrument. The test-retest evaluation showed sufficient intra-class correlation for all factors. Patients used more immature and neurotic defenses than controls ( $p < 0.05$ ).

There was a correlation between DFS ( $p=0.006$ ) and MMPI ( $p=0.004$ ) measures and immature defenses. Conclusion: The adaptation of DSQ-40 by different individuals and the group of experts enable the necessary adjustment to the Brazilian socio-cultural reality. The Brazilian-Portuguese version of the DSQ-40 has psychometrical features that allow the use of this instrument in our culture.

**Key words:** DSQ-40, Validation, Defense mechanisms, Construct, Brazilian, Reliability, Construct validity, Translation, Process

## **1 Introdução**

### **1.1 Os mecanismos de defesa: conceito e classificação**

O estudo dos mecanismos de defesa do ego, um conceito derivado da teoria psicanalítica, tem servido como indicativo do modo típico de um indivíduo lidar com os conflitos e como parâmetro para como se organiza a personalidade. A importância dos mecanismos de defesa do ego foi reconhecida pelos manuais de diagnóstico a ponto de tornar-se o primeiro conceito psicanalítico a ser usado pelo DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) com a proposta de um eixo para futuros estudos (1).

Os mecanismos de defesa funcionam em um nível inconsciente para manter a homeostase e afastar conflitos da consciência. Tais conflitos podem ser de origem intrapsíquica, interpessoal ou de estressores ambientais. Anna Freud (2) refere que o ego não se defende somente contra impulsos instintivos e seus derivados, mas também contra os afetos associados a tais impulsos. Para lidar com esses afetos, raramente os mecanismos são usados de forma isolada. É o conjunto de mecanismos que o ego tem a sua disposição o que determina sua maior riqueza e maturidade. Dessa forma, o que varia no estabelecimento de uma patologia é a predominância de determinado tipo de mecanismo e o nível quantitativo em que está sendo empregado (3).

Os mecanismos de defesa foram primeiramente descritos por Sigmund Freud (4) quando investigava métodos de “disfarce” usados pelo ego. Freud identificou a existência de diversos mecanismos de defesa, mas focalizou sua atenção predominantemente no estudo do mecanismo da repressão.

De acordo com a teoria estrutural de Freud, o aspecto inconsciente do ego contém os mecanismos de defesa necessários para se contrapor às pulsões e impulsos do id (como sexualidade, agressividade, etc.). No mundo intrapsíquico, de um lado os impulsos do id buscam constantemente gratificação e, de outro, o ego precisa harmonizar esses impulsos com as exigências da realidade externa e com as proibições e as expectativas do superego. Esse conflito produz ansiedade, descrita como ansiedade sinalizadora, que assinala para o ego que algum impulso inaceitável e amedrontador está querendo se expressar, necessitando de um mecanismo de defesa que mantenha inconsciente esse impulso (5).

Os mecanismos de defesa são, então, processos mentais utilizados pelo ego em nível inconsciente contra as demandas instintivas do id (3). São definidos como mecanismos psicológicos que medeiam os desejos, necessidades e impulsos individuais de um lado, e proibições e realidade externa no outro (6). Anna Freud, em seu trabalho intitulado “O Ego e os Mecanismos de Defesa” (2), aprofundou o estudo dos mecanismos de defesa, caracterizando que todas as pessoas, normais ou neuróticas, utilizam um repertório característico de mecanismos de defesa.

O DSM-IV (7) define os mecanismos de defesa, ou “formas de manejo”, como processos psicológicos automáticos que protegem o indivíduo contra a

ansiedade e a conscientização quanto a perigos ou estressores internos ou externos.

Os mecanismos de defesa são classicamente classificados de acordo com o grau de maturidade relacionado ao funcionamento defensivo. Diz-se que se o ego é um ego capaz e maduro, lançará mão de mecanismos de defesa mais adaptativos para controlar o impulso do id, ajustando-se adequadamente ao mundo externo e à realidade. Quando o ego ainda é um ego imaturo, frágil ou incapaz, os mecanismos de defesa observados são menos adaptativos, podendo-se utilizar recursos para defesa e para controlar a ansiedade e outros estados afetivos que podem ser considerados patológicos. Raramente os mecanismos são empregados de forma isolada; em geral, muitos são usados em conjunto. Em determinadas patologias, observa-se uma predominância de vários tipos de mecanismos de defesa, indicando a forma predominante do indivíduo lidar com os conflitos, afetos e emoções (3, 8, 9). O significado clínico do uso dos mecanismos de defesa do ego não implica necessariamente um funcionamento patológico, uma vez que envolve também funções de características adaptativas e protetoras. Em cada fase do desenvolvimento, componentes específicos dos impulsos evocam defesas características do ego, esperando-se que no desenvolvimento normal o indivíduo evolua do uso de defesas mais imaturas até o uso de defesas mais maduras (9-11).

Os mecanismos de defesa relacionam-se com o grau de maturidade e saúde dos indivíduos e com sua adaptação à vida adulta (12). Vaillant realizou estudos de seguimento, em um período de 30 anos, de homens saudáveis e através de entrevistas clínicas avaliou o funcionamento defensivo desses

indivíduos ao longo do tempo (12, 13). Os resultados desses estudos sugeriram que a maioria dos mecanismos de defesa, embora descritos inicialmente em populações patológicas, podem ser observados em algum grau em populações de adultos considerados normais. Para alguns indivíduos, uma constelação fixa de mecanismos defensivos persistiu por décadas e, para outros, a escolha de mecanismos defensivos pareceu evoluir paralelamente a uma adaptação de vida madura.

O estudo dos mecanismos de defesa é de difícil acesso. Estão identificadas quatro formas de se tornarem acessíveis: (1) pelo método clínico; (2) por técnicas projetivas; (3) por técnicas percepto-genéticas e (4) por questionários auto-aplicáveis (14). A avaliação clínica, apesar de ser o método mais confiável, é um método caro e está sujeita ao viés do avaliador, além de variar de acordo com seu referencial teórico (15). Os instrumentos auto-aplicáveis, como o *Defensive Style Questionnaire* (DSQ), trouxeram controvérsias quanto à capacidade de determinar mecanismos inconscientes. Esses instrumentos são de uso mais simples e econômico e correlacionam-se moderadamente com a avaliação clínica dos mecanismos (16).

Além da dificuldade de examinar os mecanismos de defesa, existem diferentes sistemas classificatórios que tornam a pesquisa nessa área ainda mais confusa. Vaillant (13) identifica, pelo menos, vinte mecanismos de defesa descritos por Anna Freud (2). Outros autores (15) identificaram até quarenta mecanismos na literatura. Vaillant (12, 13) agrupou as defesas de forma hierárquica de acordo com o grau de maturidade associado a cada defesa, resultando em defesas maduras (ou adaptativas), neuróticas e imaturas (ou mal-

adaptativas). O DSM-IV (7) define vinte e sete defesas, que também estão alocadas em um continuum, resultando em sete níveis defensivos .

As defesas maduras são as defesas consideradas adaptativas, pois conseguem maximizar a gratificação do impulso e permitem o conhecimento consciente dos sentimentos, idéias e suas conseqüências. Esses mecanismos envolvem um balanço adequado entre manter a idéia e o afeto na mente, enquanto simultaneamente atenua-se o conflito. Esse nível de funcionamento defensivo indica uma adaptação mais favorável no manejo de estressores (7, 11, 12). Segundo Vaillant (11), são as defesas que têm um caráter transformador, uma vez que “fazem o melhor com uma má situação”. Costumam surgir na adolescência, como conseqüência do desenvolvimento normal do indivíduo e são comuns em indivíduos adultos saudáveis. As defesas comumente classificadas dentro dessa categoria são: sublimação, altruísmo, supressão, antecipação, humor, dentre outras (17).

No nível de funcionamento das defesas neuróticas (formação de compromisso), o indivíduo mantém as idéias, sentimentos, recordações, desejos ou temores, considerados potencialmente ameaçadores, fora da consciência (7). São defesas que alteram afetos, sentimentos internos ou expressão dos instintos, fazendo com que o indivíduo pareça estar sempre às voltas com suas preocupações pessoais e seus problemas insolúveis. As defesas neuróticas são comuns em indivíduos sadios, a partir dos três anos de idade até a idade adulta. Também manifestam-se freqüentemente nos distúrbios neuróticos ou em situações de ansiedade aguda nos adultos (12). Dentro dessa categoria estão as

defesas: anulação, deslocamento, dissociação, formação reativa, intelectualização, isolamento do afeto, repressão, racionalização (17).

As defesas imaturas (também subdivididas em defesas narcisistas por alguns autores) são as defesas que envolvem uma maior distorção na imagem de si mesmo, ou de outros, podendo ser empregadas para regular a auto-estima. Caracterizam-se por manter os estressores, impulsos, idéias, afetos ou responsabilidades desagradáveis ou inaceitáveis fora da consciência, fazendo ou não uma atribuição incorreta desses a causas externas (7). Têm uma tendência a serem usadas por pessoas que se sentem ameaçadas pela intimidade interpessoal ou que se comportam de forma socialmente indesejável. São defesas consideradas normais em crianças de mais tenra idade, e entre os três e 16 anos. Nos adultos, podem também ser usadas em indivíduos com transtornos de personalidade ou transtornos afetivos. Podem persistir em “detenções” do desenvolvimento ou retornar em condições de estresse severo no adulto (12). Nessa categoria estão as defesas: negação, projeção, comportamento passivo-agressivo, regressão, fantasia, somatização, hipocondria, atuação, desvalorização, entre outras (17).

## 1.2 Avaliação dos mecanismos de defesa: o *Defensive Style Questionnaire*

Após os trabalhos de Vaillant, alguns autores procuraram estudar como avaliar, de forma mais sistemática e padronizada, os mecanismos de defesa. Na tentativa de desenvolver um método experimental para o estudo dos mecanismos de defesa, tanto Vaillant como outros autores usaram entrevistas psiquiátricas em combinação com outras medidas, tais como testes psicológicos, questionários e relatos autobiográficos. Vaillant salientou que o julgamento clínico requerido nos seus estudos limitou a objetividade dos dados e a confiabilidade das avaliações, pois medir fenômenos intrapsíquicos, que são freqüentemente inconscientes, é bastante desafiador (10).

Bond e cols. desenvolveram um instrumento auto-aplicável para avaliar os derivativos conscientes dos mecanismos de defesa, com a intenção de evidenciar manifestações de um estilo característico do sujeito de lidar com o conflito, consciente ou inconsciente, baseado na suposição de que as pessoas podem comentar acuradamente sobre seu comportamento “à distância”. O desenvolvimento do *Defensive Style Questionnaire* (DSQ) está baseado na premissa de que as pessoas são suficientemente cientes (ou conscientes) da maneira como respondem a situações de conflito e estresse, provendo informação que pode ser classificada como evidência de tipos de funcionamento defensivo (18, 19).

O termo mecanismo de defesa é, então, nos estudos, usado para descrever não apenas um processo intrapsíquico inconsciente, mas também

manifestações desses na forma de comportamentos que são, consciente ou inconscientemente, designados para conciliar impulsos internos com as demandas externas.

Com base nesses pressupostos, foram criadas sentenças para refletir comportamentos sugestivos de diversos mecanismos de defesa. Essas sentenças inicialmente foram submetidas a um teste inicial de “face validity”, consultando dois psicólogos e um psiquiatra (dois dos quais eram psicanalistas), independentemente, para associar cada sentença ao seu mecanismo correspondente. Somente as sentenças em que todos concordaram formaram a versão do questionário inicial, que continha 97 itens. Após outras comparações e correlações com outros instrumentos, foram mantidos 67 itens em uma versão preliminar do instrumento (19).

Subseqüentemente, o DSQ foi revisado e transformado numa versão com 88 itens, onde 78 questões correspondiam a 24 defesas específicas (18). Uma vez que as defesas que derivavam do DSQ-88 não correspondiam aos mecanismos descritos pelo DSM-III-R, Andrews e cols. (8) reorganizaram o DSQ em 72 questões relacionadas às 20 defesas descritas pelo DSM-III-R. A repressão foi excluída, pois, apesar de ser um mecanismo central para essa teoria, é por definição inacessível; a intelectualização também foi excluída e foi incluída antecipação entre os mecanismos maduros. As 20 defesas foram então agrupadas em três fatores: maduros, imaturos e neuróticos. Entretanto o DSQ-72 apresentava dois problemas: alguns itens mediam sintomas de ansiedade, possibilitando a mensuração de estado e não de traço, e as defesas eram desigualmente representadas, algumas por dez itens e outras por apenas um.

As defesas representadas por mais itens apresentavam maior consistência interna, assim como o seu fator correspondente.

Foi então criado o DSQ-40, com cada uma das vinte defesas representadas por dois itens. O DSQ-40 foi comparado ao DSQ-72 e apresenta semelhante consistência interna das defesas e dos fatores. O coeficiente alfa dos fatores maduro, imaturo e neurótico é moderado a alto e comparável nas duas versões da escala. Entretanto, a versão DSQ-40, além de ser representada de uma forma mais equânime, é de mais fácil aplicação e exige menos tempo (20).

O *Defensive Style Questionnaire* (DSQ) – 40 (19, 20), trata-se, então, de um questionário objetivo auto-aplicável que consiste de quarenta questões. O DSQ-40 avalia vinte defesas, que são divididas em três grupos de fatores: maduro, neurótico e imaturo. Quatro defesas correspondem ao fator maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão), quatro ao fator neurótico (*undoing*, pseudo-altruísmo, idealização e formação reativa) e doze defesas correspondem ao fator imaturo (projeção, “agressão passiva”, *acting out*, isolamento, desvalorização, “fantasia autística”, negação, deslocamento, dissociação, cisão, racionalização e somatização) (Anexo A). O DSQ-40 pode fornecer os escores das vinte defesas individuais e os escores dos três fatores (maduro, neurótico e imaturo). Os escores das defesas individuais são calculados pela média dos dois itens para determinado mecanismo de defesa, e os escores dos fatores, pela média dos escores das defesas que pertencem àquele fator. Cada item é pontuado numa escala de 1 a 9, “1” indicando “discordo completamente” e “9” indicando “concordo plenamente”.

### 1.3 Validação de um instrumento

A elaboração de um instrumento de pesquisa deve ser seguida de um criterioso processo de validação. Inicialmente deve-se avaliar se o instrumento realmente mede aquilo que está sendo proposto. Esse julgamento descritivo técnico é composto pelo “*face validity*” e validade de conteúdo. A etapa de “*face validity*” indica se o instrumento é capaz de medir as qualidades desejadas, enquanto que a etapa de validade de conteúdo consiste no julgamento técnico de se o instrumento abrange todos os domínios importantes daquele assunto. Essas duas formas de validação são executadas através do julgamento clínico de “*experts*”, que avaliam se a escala parece apropriada para a proposta para qual foi desenvolvida. Essa etapa raramente utiliza métodos empíricos de aferição (21).

É necessário ainda que o instrumento meça algo que seja reproduzível, ou seja, que o instrumento tenha confiabilidade. A confiabilidade de um instrumento pode ser assegurada de diversas formas, por exemplo, medidas de indivíduos em duas situações diferentes ou medidas de um mesmo indivíduo por diferentes observadores que reproduzam resultados semelhantes. No entanto, esse conceito parte de um pressuposto teórico, que avalie o quanto de variabilidade é aceitável para aquela dada medida. Como essa informação raramente está disponível para medidas subjetivas, a confiabilidade geralmente é descrita como uma fração da variabilidade entre os indivíduos para a variabilidade total do escore, em outras palavras, a confiabilidade mede a

proporção de variabilidade que se deve a diferenças verdadeiras dos indivíduos. Esse valor é expresso de “0” a “1”, sendo “0” a total ausência de confiabilidade, e “1” uma confiabilidade perfeita. A confiabilidade pode ainda ser obtida através da análise de consistência interna, que representa uma média da correlação entre os itens relacionados àquela medida. Essa medida pode ser calculada de diversas formas, como o Coeficiente alfa de Cronbach, Kuder-Richardson ou “*split halves*”, todos com resultados semelhantes (21).

Quando outros instrumentos que avaliem a mesma variável estão disponíveis para serem comparados, pode-se desenvolver a validade convergente, validade de critério ou validade concorrente. No entanto, quando não dispomos de nenhum padrão-ouro com o qual o instrumento possa ser comparado, pode-se desenvolver a validade de constructo. Essa última é baseada numa determinada hipótese de que outras medidas variam conforme a variável que está sendo avaliada (21).

Esse processo assegura a validade do instrumento somente na língua em que foi desenvolvido, ou seja, quando o instrumento é traduzido deverá passar por um novo processo de validação. A tradução de um instrumento é muito mais complexa que a simples tradução dos itens de determinada escala, pois nem sempre são utilizados termos comuns a todas as línguas e ainda existem características próprias de determinadas culturas que podem atarar o significado daquilo que está sendo medido. Conseqüentemente, o instrumento traduzido deverá passar por um novo processo de validação, como se fosse um instrumento novo (21).

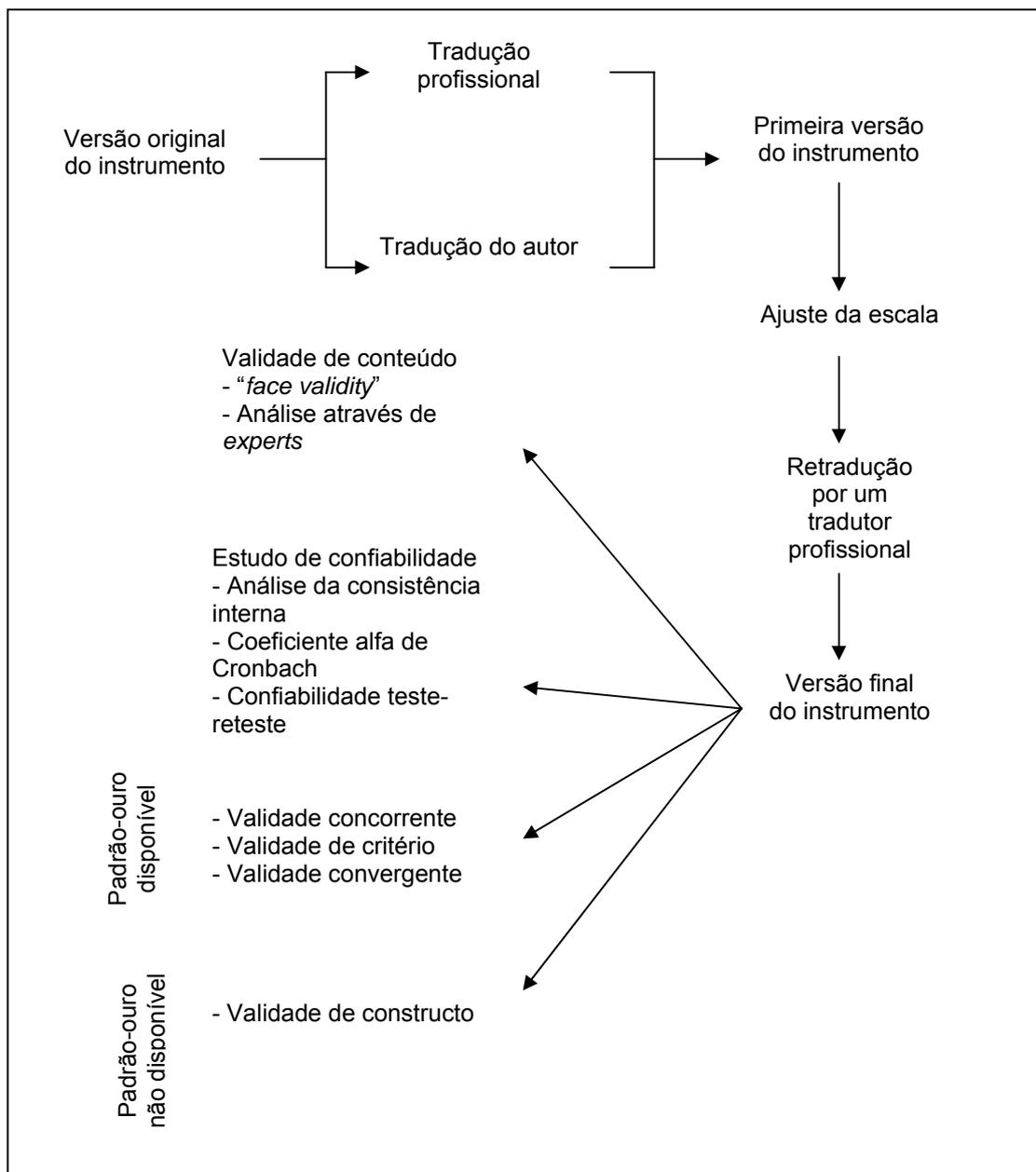


Figura 1. Processo de tradução e validação de um instrumento.

#### 1.4 Estudos de Validação do DSQ

O estudo inicial de validação DSQ, na versão original (DSQ-88), demonstrou que os fatores ações maladaptativas, distorção de imagem e auto-sacrifício correlacionam-se negativamente com as medidas de desenvolvimento do ego (19). Posteriormente foi demonstrada correlação das defesas maduras com saúde física e mental, desenvolvimento do ego, satisfação marital, profissional e felicidade (22). O DSQ também foi comparado a um instrumento que determina os mecanismos de defesa através de uma entrevista clínica (*Defense Mechanism Rating Scale – DMRS*). As defesas maladaptativas do DSQ correlacionaram-se positivamente com as defesas imaturas e inversamente com as defesas maduras do DMRS (22). No entanto outros autores enfatizam que a correlação desses métodos é de moderada a baixa (23).

O DSQ inicialmente foi validado para aferir os fatores, e não as defesas individuais. Estudos com ambas as versões indicam que as defesas podem ser categorizadas de forma hierárquica, o que está de acordo com outros estudos empíricos dos mecanismos de defesa (6, 19, 24).

### 1.5 Tradução e validação do DSQ para outras culturas

O DSQ já foi traduzido e validado para o francês, finlandês, holandês, italiano e japonês, com resultados semelhantes ao questionário original (16, 25-27). Sammallahti e cols. (25) avaliaram a validade do DSQ-88, versão finlandesa, numa amostra clínica de 101 pacientes e 50 controles. Encontraram que a versão traduzida desse instrumento apresenta validade de constructo e boa capacidade de medir os fatores defensivos. As defesas estão dispostas num continuum de maduro a imaturo, e o nível defensivo varia com o diagnóstico estrutural. No entanto, algumas particularidades culturais precisam ser destacadas. As defesas relacionadas à inibição mostraram-se estáveis nessa população, provavelmente devido a características culturais idiossincrásicas.

Bonsack e cols. (16), estudando 140 pacientes e 80 controles, encontraram características psicométricas do DSQ, versão francesa, semelhantes às do original. Os resultados do DSQ foram correlacionados aos da Escala de Funcionamento Defensivo do DSM-IV (DFS) (7), demonstrando validade de constructo para esse instrumento. Como o fator imaturo é mais estável, os autores propõem utilizar apenas esse parâmetro como um index defensivo global.

Nishimura (26) validou o DSQ-88 versão japonesa numa amostra de estudantes universitários e correlacionou os achados à escala Byrne R-S, que fornece os mecanismos defensivos derivados do Inventário Multifásico Minesota de Personalidade (MMPI). Os resultados foram semelhantes ao questionário original. No entanto a defesa sublimação foi alocada no questionário japonês

como uma defesa imatura, provavelmente por ter sido confundida com diversão. As defesas formação reativa e isolamento, consideradas defesas neuróticas, foram alocadas como defesas maduras na versão japonesa. Como muitos itens do DSQ contêm descrições de comportamentos que são moralmente desejáveis, essas diferenças podem representar peculiaridades da cultura japonesa e ocidental.

O DSQ foi também utilizado em outros países, com resultados semelhantes, porém em versões ainda não validadas. Yuan e cols. (28), utilizando a versão chinesa numa amostra clínica, encontraram que os pacientes com comorbidade depressão e ansiedade utilizam defesas de forma diversa dos demais pacientes. Spinhoven e Kooiman (29), utilizando a versão alemã do DSQ em pacientes ambulatoriais, encontraram que tanto depressão quanto ansiedade correlacionam-se às defesas imaturas e neuróticas.

O DSQ também vem sendo utilizado no Brasil, porém numa versão ainda não validada. Andrade (30), utilizando o DSQ-88, avaliou as defesas utilizadas por estudantes de Medicina que os diferencia dos estudantes das demais faculdades. Blaya e cols. (31), ao estudar a versão em português do DSQ-40 em pacientes com fobia social e controles, encontraram que os pacientes usam mais frequentemente defesas neuróticas e imaturas. Kipper e cols. (32) encontraram que pacientes com transtorno do pânico utilizam mais defesas imaturas e neuróticas que os controles, e que os pacientes mais severos utilizam mecanismos mais mal-adaptativos que os menos severos.

A validação de um instrumento traduzido é de suma importância, pois permite avaliar as características dos pacientes com as influências culturais.

Além disso, os estudos de validação fornecem dados de confiabilidade que permitem comparar nossos achados com os de outros países. No entanto não dispomos de um padrão-ouro que avalie os mecanismos de defesa de forma estruturada e validada para o português. O DMRS, instrumento utilizado para validação da versão original do DSQ (22), não foi validado para nossa língua. É também um instrumento de baixa concordância entre examinadores, necessitando de avaliação por consenso (6). Já o DFS, escala utilizada pelo DSM-IV (7), apesar de traduzida também ainda não foi validada. O DFS é composto por 27 defesas específicas que são alocadas em 7 níveis de funcionamento. A aplicação do DFS é realizada através de entrevista clínica, onde o examinador deve listar as sete principais defesas utilizadas pelo paciente. Para aplicação do DFS, o paciente deve ter pelo menos dez horas de contato prévio com o examinador. Blais e cols. (33) demonstraram boa correlação entre os achados do DFS e Transtornos de Personalidade. No entanto, nesse estudo, os pacientes avaliados pelo DFS estavam em acompanhamento com o examinador em média há cerca de três anos. A escala Byrne R-S, que fornece os mecanismos defensivos derivados do MMPI, também não está validada para o português. Já o MMPI está traduzido e validado para o português, com boa aplicação clínica e resultados comparáveis às outras culturas (34). Sinha e Watson (35) compararam os resultados do DSQ-40 em pacientes com Transtorno de Personalidade diagnosticado pelo MMPI. Encontraram que o uso de defesas imaturas é preditor de quase todos Transtornos de Personalidade, assim como o uso de defesas maduras está negativamente relacionado a esses transtornos.

Os resultados dos trabalhos realizados ao longo dos anos com as versões validadas demonstraram a validade do constructo do DSQ como uma medida de mecanismos de defesa, diferenciando diversos grupos de pacientes entre si, e de pacientes entre indivíduos controles (20).

## 1.6 Relação entre Mecanismos de Defesa e Diagnóstico Psiquiátrico

A relação dos mecanismos defensivos com o diagnóstico clínico ainda é controversa. Laplanche e Pontalis (36) referem que as defesas relacionam-se diretamente com o transtorno psiquiátrico; Bond e Vaillant (18) propõem que se trata de um aspecto da personalidade que funciona de forma independente. O diagnóstico relaciona-se ao sintoma e ao comportamento patológico, as defesas relacionam-se a forma como o indivíduo lida com determinada situação, seja consciente ou inconsciente (10). De forma geral, todos estudos concordam que os pacientes psiquiátricos tendem a usar mais mecanismos imaturos que os controles (37, 38).

Há algumas evidências de que determinadas defesas individuais correlacionam-se com determinados transtornos de ansiedade (39). Dois estudos, realizados em culturas diferentes, concordaram que os pacientes com Transtorno do Pânico utilizam mais somatização e deslocamento (32, 40). Esses mecanismos refletem a tendência desses pacientes de focalizarem a ansiedade fora do seu mundo interno, além de focalizar no corpo, caracterizando os ataques de Pânico. Um estudo que comparou indivíduos da população geral a pacientes com ansiedade identificou que os pacientes com Fobia Social utilizavam mais deslocamento e desvalorização, e os com Transtorno Obsessivo-Compulsivo utilizavam mais freqüentemente anulação, projeção e *acting-out*. Os autores concluíram que existia um padrão específico de defesas associado a cada transtorno de ansiedade (40). Blaya e cols. (31) encontraram

resultados semelhantes numa amostra de pacientes com Fobia Social, os pacientes utilizavam menos supressão e mais anulação, pseudoaltruismo, idealização, projeção, agressão passiva, *acting out*, isolamento, desvalorização, fantasia autística, deslocamento, dissociação, cisão e racionalização que o grupo controle. O maior número de defesas usadas pelos pacientes nesse último estudo possivelmente deva-se à presença freqüente de comorbidades como depressão e distímia.

De acordo com alguns autores, os mecanismos de defesa também diferem nos pacientes com depressão. Spinhoven e Kooiman (29) encontraram que tanto Transtornos depressivos quanto ansiosos estão positivamente associados ao uso de defesas imaturas e neuróticas e negativamente associados ao uso de defesas maduras (29). Já os pacientes com comorbidade de ansiedade e depressão possuem um perfil característico. Yuan e col. (28) observaram que os pacientes com essa co-morbidade usavam significativamente mais do que o grupo controle as defesas regressão, somatização, anulação e negação, e significativamente menos as defesas comportamento passivo-agressivo e antecipação. Kipper e cols. (32) demonstraram que tanto a comorbidade com depressão quanto a gravidade do Transtorno do Pânico influenciam na utilização de defesas maladaptativas.

O maior uso de defesas imaturas também é observado nos Transtornos Alimentares (41-46). As pacientes com Anorexia restritiva possuem um padrão defensivo que as difere das pacientes com Bulimia e peso normal, com um maior uso de defesas imaturas e menor de defesas maduras (41, 46). No

entanto esse padrão defensivo não discrimina essas pacientes de pacientes com outros diagnósticos psiquiátricos (39).

Na área do trauma, os estudos têm se focalizado na influência do perfil defensivo na predisposição dos indivíduos ao desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) ou mesmo no curso da doença (47). Um estudo que avaliou ex-combatentes do Vietnã com TEPT identificou que esses pacientes utilizam mais defesas maladaptativas em comparação com o grupo controle (48). No entanto, o grupo controle não foi exposto ao fator estressante, uma vez que não eram ex-combatentes, não podendo então assegurar se esse perfil defensivo é decorrente do trauma ou do desenvolvimento do TEPT(47). Romans e cols. (49) compararam mulheres vítimas de abuso sexual na infância com mulheres da comunidade e identificaram que aquelas expostas a esse evento traumático apresentam um perfil defensivo mais maladaptativo. Birmes e cols. (50) compararam vítimas de eventos traumáticos que desenvolveram TEPT com aqueles que não desenvolveram e encontraram que apenas a formação reativa é mais empregada pelos pacientes que desenvolveram esse transtorno após um evento traumático. Os autores sugerem que o uso de alguns mecanismos de defesas possa ser um indicativo do risco do desenvolvimento de TEPT após um trauma.

Alguns estudos correlacionam a gravidade da psicopatologia com o uso de defesas mais imaturas. Sammallahti e cols. (25) demonstram que o perfil defensivo varia de acordo com a gravidade do diagnóstico estrutural de Kernberg, sendo que os pacientes com alto nível de Transtorno de Personalidade possuem um perfil defensivo mais imaturo. Já Kipper e cols. (32)

avaliaram pacientes com Transtorno do Pânico e identificaram que aqueles que apresentavam uma doença mais grave utilizavam mais defesas imaturas. Bogren e cols. (51), utilizando o Defense Mechanism Test (DMTm), avaliaram a associação da gravidade do Transtorno do Pânico aos mecanismos de defesa, e encontraram que duas das defesas utilizadas mais freqüentemente pelos pacientes (negação e identificação polimorfa) estavam correlacionadas à gravidade da doença.

Existem algumas evidências que correlacionam determinados mecanismos de defesa a Transtornos de Personalidade específicos (47). Bond e cols. (19) avaliaram 78 mulheres com Transtorno de Personalidade Borderline e 72 mulheres com outros tipos de Transtornos de Personalidade e detectaram que as primeiras usavam significativamente mais os mecanismos mal-adaptativos e menos os mecanismos adaptativos comparadas com as outras pacientes. As pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline utilizavam mais cisão e *acting out*, e menos supressão, humor e sublimação que os demais pacientes. Esses resultados foram confirmados em estudos posteriores que encontraram resultados semelhantes (52, 53). Um estudo que avaliou os mecanismos de defesa como preditores para Transtornos de Personalidade encontrou que defesas maladaptativas e distorção de imagem são preditores de um alto escore no PDQ (*Personality Diagnostic Questionnaire*), indicando um Transtorno de Personalidade. As defesas de distorções de imagem são preditores de Personalidade Narcisista e Anti-social, enquanto que tanto as defesas adaptativas quanto de distorções de imagem predizem o Transtorno de Personalidade Histriônico (54). Sinha e Watson (35) também encontraram que

as defesas maladaptativas são preditores de quase todos Transtornos de Personalidade, mas as defesas não predizem transtornos específicos. Esse achado foi replicado numa amostra de pacientes com Depressão Maior e Bulimia, em que o maior uso de defesas imaturas era preditor de comorbidade com algum Transtorno de Personalidade (55). Kyoon e cols (56) compararam pacientes com Depressão Maior e Transtorno de Personalidade Depressiva com aqueles sem o Transtorno de Personalidade e encontraram que os pacientes com essa comorbidade utilizavam menos defesas adaptativas.

### 1.7 Mecanismos de Defesa e evolução clínica

Andrews (20) sugere que uma melhor compreensão de como os mecanismos de defesa atuam pode facilitar o manejo do paciente e seu tratamento. Os pacientes com Transtorno de Ansiedade cujo perfil de mecanismos de defesa se desvia muito pouco do normal (menos de um desvio padrão) respondem melhor a intervenções mínimas. Entretanto, aqueles com padrão mais neurótico e imaturo de defesas requerem consideravelmente mais tratamento (20).

Akkerman e cols. (57, 58) estudaram os mecanismos de defesa em pacientes com Depressão Maior antes e após o tratamento e observaram uma diminuição no uso de defesas imaturas após a remissão dos sintomas. Em longo prazo, evidenciou-se um aumento no uso de defesas maduras e declínio no uso de defesas imaturas. No entanto, permaneceram estáveis, ao longo do tempo, as defesas neuróticas nesses pacientes deprimidos. O autor discute que os mecanismos de defesa podem sofrer alterações ao longo do tratamento psiquiátrico, e que, após o período de diminuição dos sintomas, parecem continuar ocorrendo alterações benéficas no estilo defensivo. Além disso, algumas defesas podem ter características mais estáveis, enquanto outras podem estar mais sujeitas aos sintomas e suas alterações. Por exemplo, observa-se que as defesas imaturas estão presentes nos indivíduos em um episódio de doença, o que estaria de acordo com o conceito de regressão temporária.

Um estudo com pacientes deprimidos hospitalizados que avaliou uso de defesas na admissão e na alta mostrou que os pacientes, na alta, usavam taxas maiores de defesas maduras, menores de defesas imaturas e que as defesas neuróticas se mantinham estáveis na alta (59). Hoglend e Perry (60) demonstraram que alguns aspectos do funcionamento defensivo pareciam prever a melhora em episódios depressivos. Kipper e cols. (61) avaliaram pacientes com Transtorno do Pânico tratados com sertralina e encontraram que a resposta ao tratamento está relacionada a um decréscimo no uso de defesas maladaptativas. Além disso, os pacientes que apresentavam um perfil defensivo mais regressivo obtiveram pior resposta ao tratamento medicamentoso.

O perfil defensivo parece influenciar a resposta terapêutica. Heldt e cols. (62), ao estudar pacientes com pânico tratados com Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), encontraram que os pacientes que atingiram remissão utilizaram menos defesas neuróticas e imaturas. Um estudo realizado com pacientes com Fobia Específica demonstrou que um estilo de defesa imaturo estava relacionado a resultados menos favoráveis à TCC (63). Existem também algumas evidências recentes de que estilos de defesa possam melhorar em pacientes com Transtorno do Pânico e Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC) quando tratados com TCC (64, 65).

Um estudo que avaliou pacientes submetidos à Psicoterapia Dinâmica Breve encontrou que os sintomas melhoram precocemente, enquanto que as defesas se modificam na fase final do tratamento (66). Bond e Perry (39) avaliaram as modificações defensivas de pacientes tratados em Psicoterapia Dinâmica em longo prazo e encontraram uma redução no uso de defesas

maladaptativas. Pacientes com alto uso de defesas maladaptativas apresentaram diminuição dessas ao longo do tratamento, no entanto aqueles que apresentavam um uso moderado dessas defesas não obtiveram modificações significativas. É importante ressaltar que as modificações defensivas ocorreram após dois anos de tratamento para a grande maioria dessa amostra (39).

## 2 Hipóteses

Considerando as capacidades psicométricas do DSQ nas diversas versões já validadas, testaram-se as seguintes hipóteses:

- Que a tradução e adaptação do instrumento estejam adequadas à cultura Brasileira;
- Que o DSQ apresente capacidades psicométricas semelhantes às do instrumento original através do estudo de Validade de Conteúdo, estudo da Confiabilidade, que inclui a análise de Consistência Interna, Qualidade discriminante, Confiabilidade Teste-reteste, e Validade do Constructo.
- Que o DSQ diferencie e caracterize uma população de pacientes com diagnóstico psiquiátrico em eixo I do grupo controle.

### 3 Objetivos

- **Gerais:**

Traduzir e validar o *Defensive Style Questionnaire* (DSQ-40) para versão em português Brasileiro e aplicá-lo numa população clínica e controle.

- **Específicos:**

- Comparar os achados da versão brasileira às demais versões;
- Avaliar a aplicabilidade desse instrumento na nossa população;
- Determinar a confiabilidade desse instrumento;
- Determinar a validade de conteúdo;
- Determinar a validade do constructo;
- Caracterizar os mecanismos de defesa utilizados por pacientes com diferentes diagnósticos psiquiátricos.

#### **4 Considerações Éticas**

O projeto de pesquisa (GPPG nº 03-117) foi previamente aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação – Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Todos os pacientes e indivíduos controles assinaram um Termo de Consentimento Pós-Informação antes de participar do estudo (Apêndices B, C e D).

## 5 Referências Bibliográficas

1. Skodol AE, Perry JC. Should an axis for defense mechanisms be included in DSM-IV? *Compr Psychiatry* 1993;34(2):108-19.
2. Freud A. *Ego and the mechanisms of defense*. London: Hogarth Press; 1937.
3. Escobar JR. Mecanismos de defesa. *Rev Psiq RGS* 1988;10(2):52-56.
4. Freud S. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1893. p. 41-60.
5. Freud S. Inibições, Sintomas e Ansiedade. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1926. p. 107-210.
6. Perry JC, Cooper SH. An empirical study of defense mechanisms. I. Clinical interview and life vignette ratings. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46(5):444-52.
7. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 th edition (DSM IV). 4th edition ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.; 1994.

8. Andrews G, Pollock C, Stewart G. The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:455-460.
9. Carson DJ. Desenvolvimento da Personalidade, Conflito e Mecanismos de Defesa. In: Usdin G, Lewis JM, editors. *Psiquiatria na Prática Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1981.
10. Bond M. An empirical study of defensive styles: the defensive style questionnaire. In: Vaillant GE, editor. *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. Washington: American Psychiatric Press; 1992. p. 127-158.
11. Vaillant GE. Adaptive Mental Mechanisms: Their role in a positive psychology. *American Psychologist* 2000;55(1):89-98.
12. Vaillant GE. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: a 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Arch Gen Psychiatry* 1971;24(2):107-18.
13. Vaillant GE. Natural history of male psychological health. V. The relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33(5):535-45.
14. Ehlers W, Hettinger R, Paar G. Operational diagnostic approaches in the assessment of defense mechanisms. *Psychother Psychosom* 1995;63(2):124-35.
15. Mehlman E, Slane S. Validity of Self-Report Measures of Defense Mechanisms. *Assessment* 1994;1(2):189-98.

16. Bonsack C, Despland JN, Spagnoli J. The French version of the Defense Style Questionnaire. *Psychother Psychosom* 1998;67(1):24-30.
17. Gabbard G. Theories of Personality and Psychopathology: Psychoanalysis. In: Sadock J, Sadock V, editors. *Kaplan & Sadock's: Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2000. p. 563-606.
18. Bond MP, Vaillant JS. An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43(3):285-8.
19. Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40(3):333-8.
20. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis* 1993;181(4):246-56.
21. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales - a practical guide to their development and use*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1995.
22. Bond M, Perry C, Gautier M, Goldenberg M, Oppenheimer J, Simand J. Validating the self-report of defense styles. *Journal of Personality Disorder* 1989;3(2):101-112.
23. Perry JC, Hoglend P. Convergent and discriminant validity of overall defensive functioning. *J Nerv Ment Dis* 1998;186(9):529-35.

24. Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO. An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:786-94.
25. Samallahti P, Aalberg V, Pentinsaari JP. Does defense style vary with severity of mental disorder? An empirical assessment. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90(4):290-4.
26. Nishimura R. Study of the measurement of defense style using Bond's Defense Style Questionnaire. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998;52(4):419-24.
27. Hayashi M, Miyake Y, Minakawa K. Reliability and validity of the Japanese edition of the Defense Style Questionnaire 40. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004;58(2):152-6.
28. Yuan Y, Zhan X, Wu A. Defense mechanisms in comorbid anxiety and depression. *Chinese Ment Health J* 2002;16:86-8.
29. Spinhoven P, Kooiman CG. Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study. *J Nerv Ment Dis* 1997;185(2):87-94.
30. Andrade MPM. As defesas psíquicas dos estudantes de Medicina [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000.
31. Blaya C, Teruchkin B, Isolan LR, Mezzomo K, Zanardo AP, Hirakata V, et al. Avaliação dos Mecanismos de Defesa em Pacientes com Fobia Social: Um Estudo de Caso-Control. *Rev Psiquiat RGS* 2002;24(3):305-310.

32. Kipper L, Blaya C, Teruchkin B, Heldt E, Isolan L, Mezzomo K, et al. Brazilian patients with panic disorder: the use of defense mechanisms and their association with severity. *J Nerv Ment Dis* 2004;192(1):58-64.
33. Blais MA, Conboy CA, Wilcox N, Norman DK. An empirical study of the DSM-IV Defensive Functioning Scale in personality disordered patients. *Compr Psychiatry* 1996;37(6):435-40.
34. Roso MC, Ito LM, Gentil Filho V. Problemas na determinação de um perfil de personalidade em pacientes com síndrome do Pânico. *Rev ABP-APAL* 1987;9(4):140-44.
35. Sinha BK, Watson DC. Predicting personality disorder traits with the Defense Style Questionnaire in a normal sample. *J Personal Disord* 1999;13(3):281-6.
36. Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulário da psicanálise*. 11a. ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda; 1991.
37. Paris J, Zweig-Frank H, Bond M, Guzder J. Defense styles, hostility, and psychological risk factors in male patients with personality disorders. *J Nerv Ment Dis* 1996;184(3):153-8.
38. Holi MM, Sammallahti PR, Aalberg VA. Defense styles explain psychiatric symptoms: an empirical study. *J Nerv Ment Dis* 1999;187(11):654-60.

39. Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Am J Psychiatry* 2004;161(9):1665-71.
40. Pollock C, Andrews G. Defense styles associated with specific anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1989;146(11):1500-2.
41. Steiner H. Defense Style in eating disorders. *Int J Eat Disord* 1990;9:141-51.
42. Steiger H, Houle L. Defense Style and object relations disturbances among university woman displaying varying degrees of "symptomatic" eating. *Int J Eat Disord* 1991;10:145-53.
43. Blaase H, Elklit A. Psychological characteristics of woman with eating disorders: permanent or transient features? *Scand J Psychol* 2001;42:467-78.
44. Tordjman S, Zittoun C, Ferrari P, Flament M, Jeannet PA. A comparative study of defense style of bulimic, anorexic and normal females. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1997;34:222-7.
45. Sullivan PF, Bulik CM, Carter FA, Gendall KA. The significance of a prior history of anorexia in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1996;10:253-61.
46. Schmidt U, Slone G, Tiller J, Treasure J. Childhood adversity and adult defense style in eating disorder patients - a controlled study. *Brit J Med Psychol* 1993;66:353-62.

47. Bond M. Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harv Rev Psychiatry* 2004;12(5):263-78.
48. Silverstein R. Combat-related trauma as measured by ego development indices of defenses and identity achievement. *J Genet Psychol* 1996;157:169-79.
49. Romans SE, Martin JL, Morris E, Herbison GP. Psychological defense style in women who report childhood sexual abuse: a controlled community study. *Am J Psychiatry* 1999;156:1080-5.
50. Birmes P, Hazane F, Calahan S, Sztulman H, Schmitt L. [Defense mechanisms and the prediction of PTSD]. *Encephale* 1999;25(5):443-9.
51. Bogren L, Bogren IB, Ohrt T, Sjödin I. Panic Disorder and the Defence Mechanism Test. *Nord J Psychiatry* 2002;56:195-199.
52. Devens M, Erickson MT. The relationship between defense style and personality disorders. *J Personal Disord* 1998;12:86-93.
53. Koenigsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V, New AS, Goodman M, Silverman J, et al. Are the interpersonal and identity disturbances in the borderline personality disorder criteria linked to the traits of affective instability and impulsivity? *J Personal Disord* 2001;15(4):358-70.
54. Johnson JG, Bornstein RF, Krukonis AB. Defense styles as predictors of personality disorder symptomatology. *J Personal Disord* 1992;6:408-16.

55. Mulder RT, Joyce PR, Sullivan PF, Bulik CM, Carter FA. The relationship among three models of personality psychopathology: DSM-III-R personality disorder, TCI scores and DSQ defences. *Psychol Med* 1999;29(4):943-51.
56. Kyoon L, Gunderson JG, Phillips KA. Personality dimensions associated with depressive personality disorder. *J Personal Disord* 1998;12:46-55.
57. Akkerman K, Carr V, Lewin T. Changes in ego defenses with recovery from depression. *J Nerv Ment Dis* 1992;180(10):634-8.
58. Akkerman K, Lewin TJ, Carr VJ. Long-term changes in defense style among patients recovering from major depression. *J Nerv Ment Dis* 1999;187(2):80-7.
59. Kneepkens RG, Oakley LD. Rapid improvement in the defense style of depressed women and men. *J Nerv Ment Dis* 1996;184(6):358-61.
60. Hoglend P, Perry JC. Defensive functioning predicts improvement in major depressive episodes. *J Nerv Ment Dis* 1998;186(4):238-43.
61. Kipper L, Blaya C, Teruchkin B, Heldt E, Isolan L, Bond M, et al. Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder: before and after treatment. *J Nerv Ment Dis* 2005 (in press).
62. Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Maltz S, Isolan L, et al. Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. *Psychother Psychosom* 2003;72(1):43-8.

63. Muris P, Merckelbach H. Defense style and behaviour therapy outcome in a specific phobia. *Psychol Med* 1996;26(3):635-9.
64. Albuher RC, Abelson JL, Nesse RM. Defense Mechanism changes in successfully treated patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1998;155(4):558-559.
65. Manfro GG, Blaya C, Heldt E, Kipper L, Isolan L. Defense Mechanisms in patients with Panic Disorder before and after Cognitive-Behavioral Therapy. In: Association AP, editor. *American Psychiatry Association 2004 Annual Meeting*; 2004; New York; 2004. p. 2-3.
66. Hersoug AG, Sexton HC, Hoglend P. Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *Am J Psychother* 2002;56(4):539-54.

## **6 Artigos**

## **Artigo 1**

### **Mecanismos de defesa: uso do Defensive Style Questionnaire**

Defense mechanisms: the use of the Defensive Style Questionnaire

Carolina Blaya, Leticia Kipper, José Blaya Perez Filho, Gisele Gus Manfro

Revista Brasileira de Psicoterapia 2003; 5(1): 67-80.

## **Resumo**

O estudo dos mecanismos de defesa do ego tem servido como indicativo do modo típico de um indivíduo lidar com os conflitos. De acordo com o sistema classificatório proposto por Vaillant e pelo DSM IV, os mecanismos de defesa agrupam-se em três fatores que estão alocados de forma hierárquica: fatores maduros, neuróticos e imaturos. Bond desenvolveu um questionário auto-aplicável, o *Defensive Style Questionnaire* – DSQ, que visa identificar os derivados conscientes dos mecanismos de defesa. O DSQ pode ser utilizado como um instrumento objetivo para aferir e monitorizar os mecanismos defensivos, uma vez que se demonstrou útil numa série de estudos clínicos e de fácil aplicação. Desta forma, pode também contribuir para o desenvolvimento de pesquisas quantitativas na área das psicoterapias.

**Descritores:** mecanismos de defesa; questionários; pesquisa; psicoterapia

## **Abstract**

Defensive mechanisms may represent how individuals react to conflict. According to Vaillant classification, defense mechanisms are grouped into three factors: mature, neurotic and immature. Bond has developed a self-applicable instrument, the *Defensive Style Questionnaire* – DSQ, that identifies conscious derivatives from defensive mechanisms. The DSQ is an objective instrument that can identify these mechanisms and is considered clinically useful and easily applicable. Therefore, it may contribute to the development of quantitative psychotherapy research.

**Key words:** defense mechanisms; questionnaires; research; psychotherapy

## 1. Introdução

A psiquiatria de orientação psicodinâmica tem sofrido histórica resistência em ser enquadrada como disciplina científica em função da dificuldade em mensurar e avaliar os seus métodos. Como é voltada para o cuidado do indivíduo, seus estudos prestam-se mais a análises qualitativas que quantitativas. Ao longo dos últimos anos, no entanto, alguns pesquisadores têm desenvolvido trabalhos que visam avaliar o ego de forma objetiva (1, 2).

O estudo dos mecanismos de defesa do ego, um conceito derivado da teoria psicanalítica, tem servido como indicativo do modo típico de um indivíduo lidar com os conflitos. Sua importância foi reconhecida pelos manuais de diagnóstico a ponto de tornar-se o primeiro conceito psicanalítico a ser usado pelo DSM-IV com a proposta de um eixo diagnóstico para futuros estudos (3).

Sigmund Freud (4, 5) descreveu pela primeira vez os mecanismos de defesa quando investigava métodos de “disfarce” usados pelo ego. Identificou a existência de diversos mecanismos de defesa, mas focalizou sua atenção predominantemente no estudo do mecanismo da repressão. Anna Freud, em seu trabalho intitulado: “O Ego e os Mecanismos de Defesa” (6), aprofundou a questão, realizando um estudo mais abrangente em que sustentava que todas as pessoas, normais ou neuróticas, utilizam um repertório característico de mecanismos de defesa. No mundo intrapsíquico, os impulsos do id buscam constantemente gratificação, enquanto o ego precisa harmonizar esses impulsos com as exigências da realidade externa e com as proibições e as expectativas do superego. Esse conflito produz uma ansiedade sinalizadora. Essa ansiedade

orienta que o ego lance mão de mecanismos de defesa para manter o impulso inaceitável e amedrontador inconsciente (7).

Os mecanismos de defesa funcionam, então, em um nível inconsciente para manter a homeostase do ego e afastar conflitos de origem intrapsíquica, interpessoal ou de estressores ambientais da consciência. Para Anna Freud (6), o ego não se defende somente de impulsos instintivos e seus derivados, mas também dos afetos associados a tais impulsos. É o conjunto de mecanismos que o ego tem à sua disposição o que determina sua maior riqueza e maturidade. Dessa forma, o que varia no estabelecimento de uma patologia é a predominância de determinado tipo de mecanismo e o nível quantitativo em que está sendo empregado (8).

Os mecanismos de defesa são classificados de acordo com o grau de maturidade relacionado ao funcionamento defensivo. Diz-se que, se o ego é um ego capaz e maduro, lançará mão de mecanismos de defesa mais adaptativos para controlar o impulso do id, ajustando-se adequadamente ao mundo externo e à realidade. Quando o ego ainda é um ego imaturo, frágil ou incapaz, os mecanismos de defesa observados são menos adaptativos, podendo-se utilizar recursos para controlar a ansiedade e outros estados afetivos que podem ser considerados patológicos. O significado clínico do uso dos mecanismos de defesa do ego não implica necessariamente um funcionamento patológico, uma vez que envolve também funções de características adaptativas e protetoras (2, 8). Além disso, cada fase do desenvolvimento, com seus componentes específicos de impulsos, evoca defesas características do ego, esperando que

no desenvolvimento normal o indivíduo evolua do uso de defesas mais imaturas até o uso de defesas mais maduras (9, 10).

Vaillant (11), utilizando uma hierarquia das defesas derivadas da teoria psicodinâmica, identificou mecanismos utilizados por pacientes através de vinhetas clínicas. Para ele o uso de defesas maduras está correlacionado a medidas objetivas de sucesso na vida. Esse autor (11) afirma que os indivíduos usam mecanismos de defesa de uma forma estável ao longo da vida; porém, os estudos sugerem que essas defesas mudam, com o crescimento, de imaturas para neuróticas e para maduras (12). O uso de defesas maduras prediz uma saúde física e mental ao longo dos anos, assim como o uso de defesas imaturas é freqüentemente encontrado em pessoas com Transtorno de Personalidade (12).

Os mecanismos defensivos podem ser utilizados de várias formas. Primeiramente, eles podem auxiliar o indivíduo a procurar ajuda. Também podem ser entendidos como estratégias cognitivas conscientes que são intencionalmente usadas para salientar o melhor aspecto de uma situação ruim. E, finalmente, são também mecanismos mentais involuntários que distorcem a percepção da realidade interna ou externa para reduzir o estresse (10).

## **2. Mecanismos de Defesa**

Os autores hipotetizam (9, 13) que os estilos de defesa podem identificar o estágio de desenvolvimento de um indivíduo e fornecer informações sobre o funcionamento do ego, independente do diagnóstico. O termo “defesa” refere-se

à forma de lidar com os conflitos e estressores, enquanto o termo “diagnóstico” refere-se a um conjunto de sinais e sintomas.

Existem diferentes sistemas classificatórios que tornam os resultados de pesquisa nessa área difíceis de interpretar. Vaillant (13) identifica, pelo menos, vinte mecanismos de defesa descritos por Anna Freud (6). Outros autores (14) identificaram até quarenta mecanismos na literatura. O DSM-IV define 27 defesas que também estão alocadas em um continuum, resultando em sete níveis defensivos (15).

De acordo com o sistema classificatório proposto por Vaillant (13), os mecanismos de defesa agrupam-se em três fatores que estão alocados de forma contínua: fatores maduro, neurótico e imaturo.

As defesas maduras correspondem às mais adaptativas e são, portanto, aquisições mais tardias no desenvolvimento emocional. A maturidade do aparelho psíquico envolve o reconhecimento do afeto. As defesas adaptativas promovem então um balanço entre manter a idéia e o afeto, claramente de forma objetiva e subjetiva em mente, enquanto que simultaneamente atenuam o conflito (10). As defesas maduras são as defesas consideradas adaptativas, pois conseguem maximizar a gratificação do impulso. Esse nível de funcionamento defensivo indica uma adaptação mais favorável no manejo de estressores (10, 11, 15). Segundo Vaillant (10), são as defesas que têm um caráter transformador, uma vez que “fazem o melhor com uma má situação”. Costumam surgir na adolescência, como consequência de um desenvolvimento normal do indivíduo e são comuns em indivíduos adultos saudáveis, a partir dos 12 anos

de idade. Cinco defesas compõem o fator maduro: altruísmo, supressão, humor, antecipação e sublimação.

- Altruísmo é a forma do indivíduo lidar com o conflito emocional mediante a dedicação a satisfazer as necessidades dos outros. Diferentemente do auto-sacrifício, no altruísmo o indivíduo recebe gratificação substitutiva ou a partir da resposta dos outros.
- Sublimação é o mecanismo que permite a canalização de sentimentos ou impulsos potencialmente maladaptativos para um comportamento socialmente aceitável. Dessa forma, a sublimação permite uma resolução indireta do conflito, sem conseqüências adversas ou perda de prazer. Apesar de a sublimação ser o mecanismo característico das defesas maduras, não está associado ao bom ajustamento na vida adulta, mas com a resolução de conflitos específicos. Por outro lado, a supressão está francamente correlacionada ao bom ajustamento na vida adulta (1).
- Supressão é a capacidade do indivíduo lidar com o conflito emocional, evitando deliberadamente pensar em problemas, desejos, sentimentos ou experiências perturbadoras. Envolve uma decisão semiconscente de postergar a atenção a um impulso consciente ou conflito (10). A capacidade de postergar uma gratificação é o marco da maturidade (1).
- Antecipação é a forma do indivíduo lidar com o conflito emocional mediante a experiência antecipada de reações emocionais ou das conseqüências de possíveis eventos futuros, considerando respostas

ou soluções alternativas e realistas. Se a supressão reflete a capacidade de manter o conflito em mente e sob controle, a antecipação é a capacidade de manter em mente a resposta afetiva a um futuro desagradável.

- Humor é uma forma elaborada de o indivíduo lidar com o conflito emocional, salientando os aspectos divertidos ou irônicos do conflito ou estressor. O humor permite a expressão do afeto sem desconforto pessoal ou efeito desagradável nos outros (10).

As defesas neuróticas estão num nível intermediário entre as maduras e as imaturas, freqüentemente encontradas no funcionamento neurótico. Nesse nível de funcionamento, o indivíduo mantém as idéias, sentimentos, recordações, desejos ou temores, considerados potencialmente ameaçadores, fora da consciência (15). São defesas que alteram os afetos, sentimentos internos ou a expressão dos instintos, fazendo com que o indivíduo pareça estar sempre às voltas com suas preocupações pessoais e seus problemas insolúveis. As defesas neuróticas são comuns em indivíduos sadios a partir dos três anos de idade até a idade adulta. Também se manifestam freqüentemente nos distúrbios neuróticos ou em situações de ansiedade aguda nos adultos (1). Cinco defesas compõem o fator neurótico: repressão, anulação, pseudo-altruísmo, idealização e formação reativa.

- Repressão foi o primeiro mecanismo reconhecido por Freud e ocupa um papel nodal na sua teoria das neuroses. A repressão impede a consciência de um impulso que gere ansiedade. Diferentemente da

supressão, a repressão é uma escolha totalmente inconsciente, e o indivíduo não chega a ter acesso ao conflito (8).

- Anulação é quando o indivíduo lida com o conflito emocional mediante palavras ou comportamentos destinados a negar ou corrigir simbolicamente pensamentos, sentimentos ou ações inaceitáveis.
- Pseudo-altruísmo ocorre quando o indivíduo ajuda o outro com o propósito de sentir-se (a si próprio) gratificado. Diferencia-se do altruísmo porque o objetivo final não é auxiliar o outro, mas sim satisfazer necessidades narcísicas.
- Idealização é o mecanismo que leva o indivíduo a lidar com o conflito emocional, atribuindo aos outros qualidades positivas exageradas.
- Formação reativa é quando o indivíduo lida com o conflito emocional, substituindo seus próprios pensamentos ou sentimentos inaceitáveis por um comportamento, pensamento ou sentimento diametralmente oposto. Dessa forma, o ódio é substituído pelo amor; a crueldade, por gentileza; a obstinação, pela submissão.

As defesas imaturas são mais características de comprometimentos egóicos mais graves, como os que ocorrem nas psicoses e nos transtornos graves de personalidade. As defesas imaturas (também subdivididas em defesas narcisistas por alguns autores) são as defesas que envolvem uma maior distorção da imagem de si mesmo, do corpo ou de outros, podendo ser empregadas para regular a auto-estima. Caracterizam-se por manter os estressores, impulsos, idéias, afetos, responsabilidades desagradáveis ou inaceitáveis fora da consciência, fazendo ou não uma atribuição incorreta

desses a causas externas (15). São utilizadas por pessoas que se sentem ameaçadas pela intimidade interpessoal ou pela perda dessas relações interpessoais íntimas, ou comportam-se de forma socialmente indesejável. São defesas consideradas normais em crianças de mais tenra idade, e entre os 3 e 16 anos. Nos adultos, podem também ser usadas em indivíduos com Transtornos de Personalidade ou Transtornos Afetivos. Podem persistir em “detenções” do desenvolvimento ou retornar em condições de estresse severo no adulto (11). Doze são as defesas imaturas: projeção, agressão passiva, *acting out*, isolamento, desvalorização, deslocamento, fantasia, negação, cisão, dissociação, racionalização e somatização.

- Projeção é a forma do indivíduo lidar com o conflito emocional, atribuindo maciçamente a idéia ou o afeto, que lhe pertencem, a outra pessoa.
- Agressão Passiva é quando o indivíduo lida com o conflito emocional através da agressão a outros expressa indiretamente, ou através da passividade, masoquismo, tornando-a contra o *self*.
- *Acting out* é a forma direta do indivíduo lidar com o conflito emocional pela ação. Os atos substituem o pensar, o refletir ou a expressão de sentimentos.
- Isolamento ocorre quando o indivíduo lida com o conflito emocional mediante a separação entre as idéias e os sentimentos originalmente associados a eles.
- Desvalorização é a forma de defesa que leva o indivíduo a atribuir qualidades exageradamente negativas a si mesmo ou a outros.

- Fantasia é quando o indivíduo lida com o conflito emocional mediante devaneios excessivos, como um substituto para relacionamentos humanos, ações mais efetivas ou resolução de problemas.
- Negação ocorre quando o indivíduo lida com o conflito emocional, recusando-se a reconhecer algum aspecto doloroso da realidade externa ou da experiência subjetiva que seria visível aos outros.
- Deslocamento é a transferência de um sentimento ou uma resposta concernente a um objeto para outro objeto substituto.
- Dissociação é uma ruptura nas funções habitualmente integradas de consciência, memória, percepção de si mesmo ou do ambiente ou comportamento sensorial/motor.
- Cisão ocorre quando o indivíduo lida com o conflito emocional compartimentalizando estados afetivos opostos, não conseguindo integrar as qualidades positivas e negativas, próprias ou dos outros, em imagens coerentes.
- Racionalização ocorre quando o indivíduo lida com o conflito emocional, encobrendo as verdadeiras motivações para seus próprios pensamentos, ações ou sentimentos, através da elaboração de explicações confortadoras ou satisfatórias, porém destituídas de afetos.
- Somatização é a tendência a reagir com manifestações somáticas ao invés de psíquicas.

### 3. Métodos de Aferição

O estudo dos mecanismos de defesa é de difícil acesso. Estão identificadas quatro formas de se tornarem acessíveis: (1) pelo método clínico, (2) por técnicas projetivas, (3) por técnicas percepto-genéticas e (4) por questionários auto-aplicáveis (16). A avaliação clínica, apesar de ser o método mais confiável, é um método caro e está sujeita ao viés do avaliador, além de variar de acordo com seu referencial teórico (14). Os instrumentos auto-aplicáveis, como o *Defensive Style Questionnaire* (DSQ), trouxeram controvérsias quanto à capacidade de determinar mecanismos inconscientes. Esses instrumentos são menos válidos, mas de uso mais simples e econômico (17).

Bond e cols (18) desenvolveram o DSQ como um instrumento auto-aplicável com 67 questões para avaliar os derivativos conscientes dos mecanismos de defesa. A idéia era evidenciar manifestações de um estilo característico do sujeito de lidar com o conflito, consciente ou inconsciente, baseado na suposição de que as pessoas podem comentar acuradamente sobre seu comportamento “à distância”. Com base nesses pressupostos, no desenvolvimento do DSQ, sentenças foram criadas para refletir comportamentos sugestivos de diversos mecanismos de defesa. Essas sentenças inicialmente foram submetidas a um teste inicial de “*face validity*”, consultando dois psicólogos e um psiquiatra (dois dos quais eram psicanalistas), para associar cada sentença ao seu mecanismo correspondente. Somente as sentenças em que todos concordaram, formaram a versão do questionário inicial, que continha 97 itens. Após outras comparações e correlações com outros instrumentos, foram mantidos 67 itens em uma versão preliminar do instrumento (9, 18). Em

1986, o DSQ foi revisado e transformado em uma versão com 88 itens, correspondendo a 24 defesas (19). Andrews e cols. (2) modificaram a versão de 88 itens do DSQ, a fim de torná-lo mais consistente com o glossário de mecanismos de defesa do DSM-III-R, reorganizando o instrumento em um questionário de 72 itens, correspondentes às 20 defesas apresentadas no DSM-III-R. Foi excluída a defesa repressão (em função de ser considerada, por definição, inacessível para ser medida) e a defesa de intelectualização, pois não houve consenso em relação aos itens relacionados a essa defesa. Nessa versão, foi incluída a defesa antecipação entre o grupo de defesas maduras. As vinte defesas foram, então, divididas em três fatores: maduro, neurótico e imaturo. Essa versão, no entanto, evidenciou que dois itens podiam estar medindo sintomas de ansiedade, possibilitando a medida de um estado e não de um traço, e que as vinte defesas estavam desigualmente representadas, com algumas defesas sendo avaliadas por até dez itens, enquanto outras eram avaliadas por apenas um. As defesas com mais itens tendiam a apresentar maior consistência interna, bem como o seu fator correspondente, uma vez que escalas homogêneas aumentam a validade do constructo de um instrumento e permitem uma interpretação mais fácil dos escores. Além disso, a escala de 72 itens parecia cansativa para aplicação e reduzia a adesão. Andrews e Bond elaboraram uma versão com quarenta itens, em que cada defesa é igualmente representada pelos dois melhores itens que caracterizavam cada defesa, sendo também de mais fácil aplicação e exigindo menor tempo. Comparou-se, então, a versão com quarenta itens à versão com 72 itens, apresentando o DSQ-40

consistência interna das defesas e dos fatores semelhantes à versão anterior (20).

O *Defensive Style Questionnaire* (DSQ) – 40 (18, 20), trata-se, então, de um questionário objetivo auto-aplicável que consiste de quarenta questões. O DSQ-40 avalia vinte defesas, que são divididas em três grupos de fatores: maduro, neurótico e imaturo. Quatro defesas correspondem ao fator maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão), quatro ao fator neurótico (*undoing*, pseudo-altruísmo, idealização e formação reativa) e doze defesas correspondem ao fator imaturo (projeção, “agressão passiva”, *acting out*, isolamento, desvalorização, “fantasia autística”, negação, deslocamento, dissociação, cisão, racionalização e somatização). O DSQ-40 pode fornecer os escores das vinte defesas individuais e os escores dos três fatores (maduro, neurótico e imaturo). Os escores das defesas individuais são calculados pela média dos dois itens para determinado mecanismo de defesa, e os escores dos fatores, pela média dos escores das defesas que pertencem àquele fator. Cada item é pontuado numa escala de 1 a 9, “1” indicando “discordo completamente” e “9” indicando “concordo plenamente”.

Os resultados dos trabalhos realizados ao longo dos anos com as versões validadas demonstraram a validade do constructo do DSQ como uma medida de mecanismos de defesa, diferenciando diversos grupos de pacientes entre si, e de pacientes entre indivíduos controles (20). A relação conceitual entre o estilo defensivo e os diagnósticos psiquiátricos ainda não é completamente esclarecida. Inicialmente Bond e Vaillant (13) investigaram a relação entre o estilo defensivo e quatro grupos diagnósticos: psicoses, transtornos afetivos,

transtornos de ansiedade e outros transtornos e encontraram dados que indicavam que três desses grupos (psicoses, ansiedade e outros) usavam menos defesas maduras e mais defesas imaturas do que o grupo controle, mas de uma maneira que não distinguia os diagnósticos entre si. Os autores propuseram que o estilo defensivo representa um aspecto do funcionamento humano que é independente daquele avaliado pelo diagnóstico. Além disso, segundo Bond (9), pode-se utilizar o DSQ em conjunto ao diagnóstico clínico e este poderia ser usado para indicar direções a tomar numa psicoterapia. Limitações devido ao DSQ ser um questionário auto-aplicável também são apontadas pelo seu autor: é uma medida dependente da motivação do paciente no momento da aplicação do instrumento, da sua franqueza e do seu auto-conhecimento (9).

Alguns estudos de validação do DSQ demonstraram correlação das defesas maduras com saúde física e mental, desenvolvimento do ego, satisfação marital, profissional e felicidade (21). O DSQ também foi comparado a um instrumento que determina os mecanismos de defesa através de uma entrevista clínica (Defense Mechanism Rating Scale – DMRS). As defesas maladaptativas do DSQ correlacionaram-se positivamente com as defesas imaturas e inversamente com as defesas maduras do DMRS (21). No entanto, a correlação desses métodos é de moderada a baixa. Vários estudos têm utilizado o DSQ para aferir os mecanismos de defesa em diferentes grupos de indivíduos (Tabela 1). Os resultados têm-se mostrado consistentes. De uma forma geral, pacientes com transtornos psiquiátricos utilizam mais defesas maladaptativas comparados aos controles.

O DSQ já foi traduzido e validado para o francês, o finlandês e o japonês, com resultados semelhantes ao questionário original (17, 22, 23). No entanto, algumas particularidades culturais precisam ser destacadas. As defesas relacionadas à inibição mostraram-se estáveis no estudo finlandês, provavelmente devido a características culturais idiossincrásicas.

O DSQ também vem sendo utilizado no Brasil, porém numa versão ainda não validada. Blaya e cols (24), ao estudar a versão em português do DSQ em pacientes com fobia social e controles, encontraram que os pacientes usam mais frequentemente defesas neuróticas e imaturas. Kipper e cols (25) encontraram que pacientes com transtorno do pânico utilizam mais defesas imaturas e neuróticas que os controles, e que os pacientes com o transtorno mais grave (CGI >4) utilizam mecanismos mais maladaptativos que os menos graves. Heldt e cols (26), ao estudarem pacientes com diagnóstico de transtorno do pânico tratados com terapia cognitivo-comportamental, encontraram que os pacientes que atingiram remissão utilizam menos defesas neuróticas e imaturas, comparados com aqueles que permanecem sintomáticos.

#### **4. Conclusão**

As formas de identificar e mensurar a utilização de diferentes conjuntos de mecanismos de defesa surgiram como possibilidade de aproximar a teoria psicanalítica do método científico. Em última instância, é o maior ou menor arsenal de defesas que o ego tem à sua disposição o que determina sua capacidade de lidar com as pulsões e os afetos a que ele encontra-se sujeito.

Para a teoria psicanalítica, as defesas são aquisições do desenvolvimento

que tanto dependem da herança biológica quanto dos cuidados propiciados pelo ambiente.

O uso de questionários auto-aplicáveis que visam identificar o grupo predominante de mecanismos utilizados por um determinado indivíduo mostrou-se útil para mensurar diferentes grupos de pessoas. O DSQ pode ser utilizado como um instrumento objetivo para aferir e monitorizar os mecanismos defensivos, uma vez que se demonstrou útil numa série de estudos clínicos e de fácil aplicação. Possivelmente possa ser utilizado como *screening* para identificar indivíduos com Transtornos de Personalidade.

## 5. Referências

1. Vaillant GE. Natural history of male psychological health. Arch Gen Psychiatry 1976;33:535-45.
2. Andrews G, Pollock C, Stewart G. The determination of defense style by questionnaire. Arch Gen Psychiatry 1989;46:455-60.
3. Skodol AE, Perry JC. Should an axis for defense mechanisms be included in DSM-IV? Compr Psychiatry 1993;34:108-19.
4. Freud S. As neuropsicoses de defesa (1894). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 3, p. 55-75.
5. Freud S. Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa (1896). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 3, p. 183-200.

6. Freud A. Ego and the mechanisms of defense (1937). New York: International Universities Press; 1966.
7. Freud S. Inibições, sintomas e ansiedade (1926). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 10, p. 95-201.
8. Escobar JR. Mecanismos de defesa. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul 1988;10(2):52-6.
9. Bond M. An empirical study of defensive styles: the defensive style questionnaire. In: Vaillant GE, editor. Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers. Washington: American Psychiatric Press; 1992. p. 127-58.
10. Vaillant GE. Adaptive mental mechanisms: their role in a positive psychology. Am Psychol 2000;55:89-98.
11. Vaillant GE. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: a 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. Arch Gen Psychiatry 1971;24:107-18.
12. Mulder RT, Joyce PR, Sellman JD, Sullivan PF, Cloninger CR. Towards an understanding of defense style in terms of temperament and character. Acta Psychiatr Scand 1996;93:99-104.
13. Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO. An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. Arch Gen Psychiatry 1986;43:786-94.
14. Mehlman E, Slane S. Validity of self-report measures of defense mechanisms. Assessment 1994;1:189-97.

15. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. (DSM IV). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
16. Ehlers W, Hettinger R, Paar G. Operational diagnostic approaches in the assessment of defense mechanisms. *Psychother Psychosom* 1995;63:124-35.
17. Bonsack Ch, Despland JN, Spagnoli J. The French version of the defense style questionnaire. *Psychother Psychosom* 1998;67:24-30.
18. Bond M, Gardner ST, Christian L, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:333-8.
19. Bond M, Vaillant JS. An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:285-8.
20. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:246-56.
21. Bond M, Perry C, Gautier M, Goldenberg M, Oppenheimer J, Simand J. Validating the self-report of defense styles. *J Personal Disord* 1989;3:101-12.
22. Samallahti P, Aalberg V, Pentinsaari JP. Does defense style vary with severity of mental disorder? An empirical assessment. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:290-4.
23. Nishimura R. Study of the measurement of defense style using Bond's Defense Style Questionnaire. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998;52:419-24.
24. Blaya C, Teruchkin B, Isolan L, Mezzomo K, Zanardo AP, Hirakata VN, Kipper LC, Heldt E, Maltz S, Manfro GG. Avaliação dos mecanismos de defesa em pacientes com fobia social: um estudo de caso-controle. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 2002;24:305-10.

25. Kipper L, Blaya C, Teruchkin B, Heldt E, Isolan L, Mezzomo K, Bond M, Manfro GG. Brazilian patients with panic disorder: use of defense mechanisms and their association with severity. *J Nerv Ment Dis*. In press 2003.
26. Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Maltz S, Isolan L, Hirakata VN, Otto MW. Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. *Psychother Psychosom* 2003;72:43-8.
27. Pollock C, Andrews G. Defense styles associated with specific anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1989;146:1500-2.
28. Akkerman K, Carr V, Lewin T. Changes in ego defenses with recovery from depression. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:634-8.
29. Feldman SS, Araujo KB, Steiner H. Defense mechanisms in adolescents as a function of age, sex, and mental health status. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1344-54.
30. Paris J, Zweig-Frank H, Bond M, Guzder J. Defense style, hostility and psychological risk factors in male patients with personality disorders. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:153-8.
31. Muris P, Merckelbach H. Defense style and behaviour therapy outcome in a specific phobia. *Psychol Med* 1996;26:653-40
32. Spinhoven P, Kooiman CG. Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:87-94.
33. Araujo K, Ryst E. Adolescent defense style and life stressors. *Child Psychiatry Hum Dev* 1999;30:19-28.

34. Sinha BK, Watson DC. Predictive personality disorder traits with the defense style questionnaire in normal sample. *J Pers Dis* 1999;13:281-6.
35. Birmes P, Hazane F, Calahan S, Sztulman H, Schimitt L. Mécanismes de defense et prediction des états de stress post-traumatiques. *Encéphale* 1999;25:443-9.
36. Holi MM, Sammallahti PR, Aalberg VA. Defense style explain psychiatric symptoms: an empirical study. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:654-60.
37. Mulder RT, Joyce PR, Sullivan PF, Bulik CM, Carter FA. The relationship among three models of personality psychopathology: DSM-III-R personality disorder, TCI scores and DSQ defences. *Psychol Med* 1999;29(4):943-51.
38. Trijburg RW, Van T' Spijker A, Van HL, Hesselink AJ, Duivenvoorden HJ. Measuring overall defensive functioning with the defensive style questionnaire: a comparison of different scoring methods. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:432-9.
39. Yuan Y, Zhang XB, Wu AQ. Defense mechanisms in Chinese patients with comorbid anxiety and depression. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:265-7.

Tabela 1. Estudos que avaliaram mecanismos de defesa com uso do DSQ

<b>Estudo</b>	<b>Conclusões principais</b>
Bond e cols (18)	Mulheres com Transtorno de Personalidade Borderline usam significativamente mais os mecanismos mal-adaptativos e menos os adaptativos do que pacientes com outros Transtornos de Personalidade.
Pollock e cols (27)	Existe um padrão específico de defesas para cada Transtorno de Ansiedade.
Andrews e cols (2)	Pacientes psiquiátricos apresentam taxas mais baixas de defesas maduras e mais elevadas de defesas neuróticas e imaturas do que indivíduos normais ou pacientes atendidos por médicos de família.
Akkerman e cols (28)	Os mecanismos de defesa modificam-se com a melhora dos sintomas depressivos, ou seja, há um declínio no uso das defesas imaturas, sem alterar o uso das defesas neuróticas e maduras.
Sammallahti e cols (22)	A maturidade dos mecanismos varia com a severidade dos transtornos psiquiátricos.
Feldman e cols (29)	O uso do DSQ é útil em adolescentes.
Paris e cols (30)	Nos homens com Transtorno de Personalidade, existe uma correlação entre as defesas imaturas e alto nível de hostilidade com o diagnóstico de Transtorno Borderline de Personalidade.

Mulder e cols (12)	Defesas imaturas estão relacionadas a baixos escores de caráter. Alguns mecanismos parecem estar mais relacionados ao caráter que ao temperamento.
Muris e cols (31)	Defesas imaturas correlacionam-se a pior resposta à terapia comportamental em pacientes com Fobia Específica.
Spinhoven e cols (32)	Pacientes com Transtornos de Ansiedade utilizam mais defesas neuróticas que os deprimidos e controles. Tanto a ansiedade quanto a depressão estão correlacionadas ao uso de defesas imaturas.
Araujo e cols (33)	Existe uma correlação entre estressores vitais e uso de defesas imaturas.
Sinha e Watson (34)	A maioria dos transtornos de personalidade correlaciona-se positivamente com uso de defesas imaturas e negativamente com as maduras.
Birmes e cols (35)	Pacientes com Transtorno de Estresse Pós-traumático utilizam mais formação reativa que controles.
Holi e cols (36)	Pacientes psiquiátricos utilizam mais defesas imaturas que controles.
Mulder e cols (37)	O uso de defesas imaturas está relacionado a Transtornos de Personalidade.
Trijburg e cols (38)	Correlação entre o funcionamento defensivo e o funcionamento global.

Blaya e cols (24)	Pacientes com Fobia Social utilizam mais defesas imaturas e neuróticas comparados ao grupo controle.
Yuan e cols (39)	Pacientes com comorbidade de ansiedade e depressão possuem um funcionamento defensivo diverso dos pacientes sem comorbidade.
Heldt e cols (26)	Pacientes com pânico tratados com terapia cognitivo-comportamental que atingiram remissão dos sintomas utilizam menos defesas neuróticas e imaturas.
Kipper e cols (25)	Pacientes com Transtorno do Pânico utilizam mais defesas imaturas e neuróticas que os controles e os pacientes mais graves utilizam mecanismos mais maladaptativos que os menos graves.

**Artigo 2 (Versão em Inglês)**

Brazilian Portuguese version of the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) for  
defenses mechanisms measure: a preliminary study

Carolina Blaya, Letícia Kipper, Elizeth Heldt, Luciano Isolan, Lúcia Helena  
Ceitlin, Michael Bond, Gisele Gus Manfro

Rev Bras Psiquiatr 2004; 26 (4): 255-8.

**Abstract**

The aim of this study is to describe the translation and adaptation process of the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) into Portuguese version. The instrument has also contended validation evaluation. Method: The first version of the scale was presented to five individuals with different years of study for language adaptation. Afterwards the instrument was presented to three experts that evaluated the contend validation. The final version was back-translated and accepted by the original author. Results: Vocabulary adjustments were needed in 9 items and language adaptation in 4 items in order to render the final DSQ-40 Brazilian Portuguese version. The mean of experts correct allocation to each defenses was 89%, and to mature, neurotic and immature factors was 100%. Conclusion: The adaptation of DSQ-40 by different individuals and the group of experts enable the necessary adjustment to the Brazilian socio-cultural reality.

**Key words**

Defenses mechanisms, translation, Portuguese, DSQ-40, adaptation, contended validation.

## 1. Introduction

The ego defense mechanisms, a psychoanalytical concept, have been defined as an indicative of how individuals deal with conflict. The defensive style is considered to be an important dimension of the individual's structure of personality (1) and has turned into the first psychoanalytical concept recognized by DSM-IV axes for future studies (2).

Bond et al. (3) developed the DSQ as a self-report questionnaire with 67 items to assess conscious derivatives of defense mechanisms. The aim of this instrument is to identify the characteristic style of how people deal with conflict, conscious or unconscious, based on an idea that people can accurately comment on their behavior.

Andrews et al. (4) reorganized the instrument into 40 questions related to 20 defenses described in DSM-III-R. Four defenses are related to the mature factor (sublimation, humor, anticipation and suppression); four are related to the neurotic factor (undoing, pseudo-altruism, idealization and reaction formation), and twelve are related to the immature factor (projection, passive-aggression, acting-out, isolation, devaluation, "autistic fantasy", denial, displacement, dissociation, splitting, rationalization and somatization). The DSQ-40 can provide scores for the 20 individual defenses, and scores for the three factors (mature, neurotic, and immature). The individual defense scores are calculated by the average of the two items for each given defense mechanism, and the factor scores are calculated by the average scores of the defenses that belong to each factor. Each item is evaluated on a scale from 1 to 9, where "1" indicates "completely disagree" and "9" indicates "fully agree".

Validation studies of the DSQ-40 describe correlation of mature defenses to physical and mental health, ego development, marital and professional satisfaction and happiness (5). It has also been compared to an instrument that evaluates defense mechanisms by clinical interview (5). Only factors have been validated by these studies.

The instrument has been translated and validated to Finnish, French and Japanese with similar results to the original questionnaire (6, 7, 8) and has also been used in other cultures, with similar results, but in non validated versions (1).

The aim of this study is to translate and adapt the DSQ-40 into a Brazilian Portuguese version and to evaluate its content validity. This validity process will be restricted to mature, immature and neurotic factors. The viability of this instrument to our culture will probably enhance studies on psychoanalytical psychotherapies.

## **2. Material and Methods**

Following the author's permission, the scale was translated into Brazilian Portuguese. The translation of the DSQ-40 was simultaneously performed by the author, including one bilingual psychiatry, and a professional translator. The two versions of the instrument were compared resulting in a preliminary version. This version was applied to 5 individuals with socio-cultural differences. The aim was to verify the understanding of each question from different cultural and socioeconomic strata. The sample was intentional selected by convenience method, based on educational background. Subjects have different levels of instruction, ranging from elementary school to university. The study was

previously approved by the Committee for Research Ethics of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre and all individuals signed an informed consent before participating in the research.

Subjects evaluated the instrument questions in individual interview, discussing the comprehensiveness of each item with the interviewer.

The content validity was performed by 3 experts. The experts were outstanding psychiatrists with psychoanalytical training, with more than twenty years of clinical psychotherapy practice and availability to participate in the study. The experts were asked to allocate items to each defense. When available, definitions of DSM-IV were used as a guide. After the experts' suggestion, the final version of DSQ-40 was elaborated. The final version was then back-translated by a professional translator whose English was her native language and who had no previous contact with the instrument. The back-translated version was sent to the original author who has not pointed out any differences between the original and the Brazilian Portuguese back-translated version (Figure 1).

### **3. Results**

The final version of the DSQ-40 in Brazilian Portuguese is available with the authors upon request. Vocabulary adjustments were needed in 8 items and language adaptation in 4 items. Vocabulary adaptations were also needed in items 2, 3, 9, 15, 20, 22, 28, 35. Language adjustments were needed in items 1, 10, 24, 39.

The mean of experts correct allocation of items to defenses was 89%, and to mature, neurotic and immature factors was 100%. Two items were incorrectly allocated by the three experts (items 10 and 31), but all experts recognized afterwards the correct answer.

#### **4. Discussion**

Translation and adaptation of an instrument to another culture demands a careful methodology (9), mainly to psychometric measures. Psychiatric disorders and their clinical manifestation, as well as people perception of their defense mechanisms may be influenced by different cultures and social context (9).

Translation process is subject to innumerable distortions that may invalidate the instrument. Several authors (9, 10, 11) strongly recommend that when a scale is used in a different language than the original, it must undergo an accurate process of translation, cultural adaptation and validation. The approval of the back-translation version of DSQ-40 in Brazilian Portuguese to English by the original scale author supports the accuracy of the methodology employed.

The content validity of our version is similar to other studies (6, 12). All experts misinterpreted the items related to devaluation and displacement which can be explained by DSM-IV (13) definition of these defenses. Displacement and devaluation are concepts that are often juxtaposed. On the other hand, the literature validated only the three factors of the DSQ and not each specific defense mechanism. In agreement to the literature, the Brazilian experts also characterize correctly all the items into the mature, immature and neurotic factors.

Many different studies, in Brazil, used a version of the DSQ-40 that was not already validated (14, 15), but their results were in agreement to the literature (1).

Cultural adaptation of a translated instrument enables the individuals to judge more properly about their behavior and therefore recognize their defense style. Even though the use of the DSQ in Brazil could enhance the research into psychodynamic aspects of the patients, studies of validation of this instrument are necessary.

Limitations of this study must be shown, as it is a preliminary step of validation process. Furthermore this process needs careful validation study that shows reliability to the scale in order to compare our results to other countries.

## **5. Acknowledgments**

The authors express their esteem to Dr. José Blaya Perez Filho, Dr. Cláudio Eizirik and Dr. Sidney Schestatsky for their collaboration as experts.

**6. Financial support:** FIPE from HCPA, process number 03-172 and CAPES

## 7. References

1. Blaya C, Kipper L, Blaya Perez Filho J, Manfro GG. Mecanismos de defesa: uso do Defensive Style Questionnaire. *Revista Brasileira de Psicoterapia* 2003; 5(1):67-80.
2. Skodol AE, Perry JC. Should an axis for defense mechanisms be included in DSM-IV? *Comprehensive Psychiatry* 1993; 34(2):108-119.
3. Bond M, Gardner ST, Christian L, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:333-338.
4. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1993; 181(4):246-256.
5. Bond M, Perry C, Gautier M, Goldenberg M, Oppenheimer J, Simand J. Validating the self-report of defense styles. *Journal of Personality Disorder* 1989; 3 (2):101-112.
6. Bonsack CH, Despland JN, Spagnoli J. The French version of the defense style questionnaire. *Psychother psychosom* 1998; 67:24-30.
7. Sammallahti P, Aalberg V, Pentinsaari J-P. Does defense style vary with severity of mental disorder? An empirical assessment. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90:290-4.
8. Nishimura R. Study of the measurement of defense style using Bond's defense Style Questionnaire. *Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1998; 52:419-24.
9. Meyer E, Carvalhal A, Pechansky F. Adaptation for Brazilian Portuguese of scale to measure willingness to wear condom. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25 (4):224-7.

10. Fleck M, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(1):19-28.
11. Fiszman A, Cabizuca M, Lanfredi C, Figueira I. A adaptação transcultural para o português do Instrumento Dissociative Experiences Scale para rastrear e quantificar os fenômenos dissociativos. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26(3): 164-173.
12. Trijsburg RW, Vant' Spijker A, Van HL, Hesselink AJ, Duivenvoorden HJ. Measuring overall Defensive Functioning with the Defensive Style Questionnaire: a comparison of different scoring methods. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188(7):432-39.
13. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 th edition (DSM IV). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
14. Kipper L, Blaya C, Teruchkin B, Heldt E, Isolan L, Mezzomo K, Bond M, Manfro GG. Use of defense mechanisms in patients with panic disorder and their association with severity. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2004; 192(1):58-64.
15. Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Isolan L, Hirakata VN, Otto MW. Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behaviour therapy in brazilian public hospital. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2003; 72:43-48.

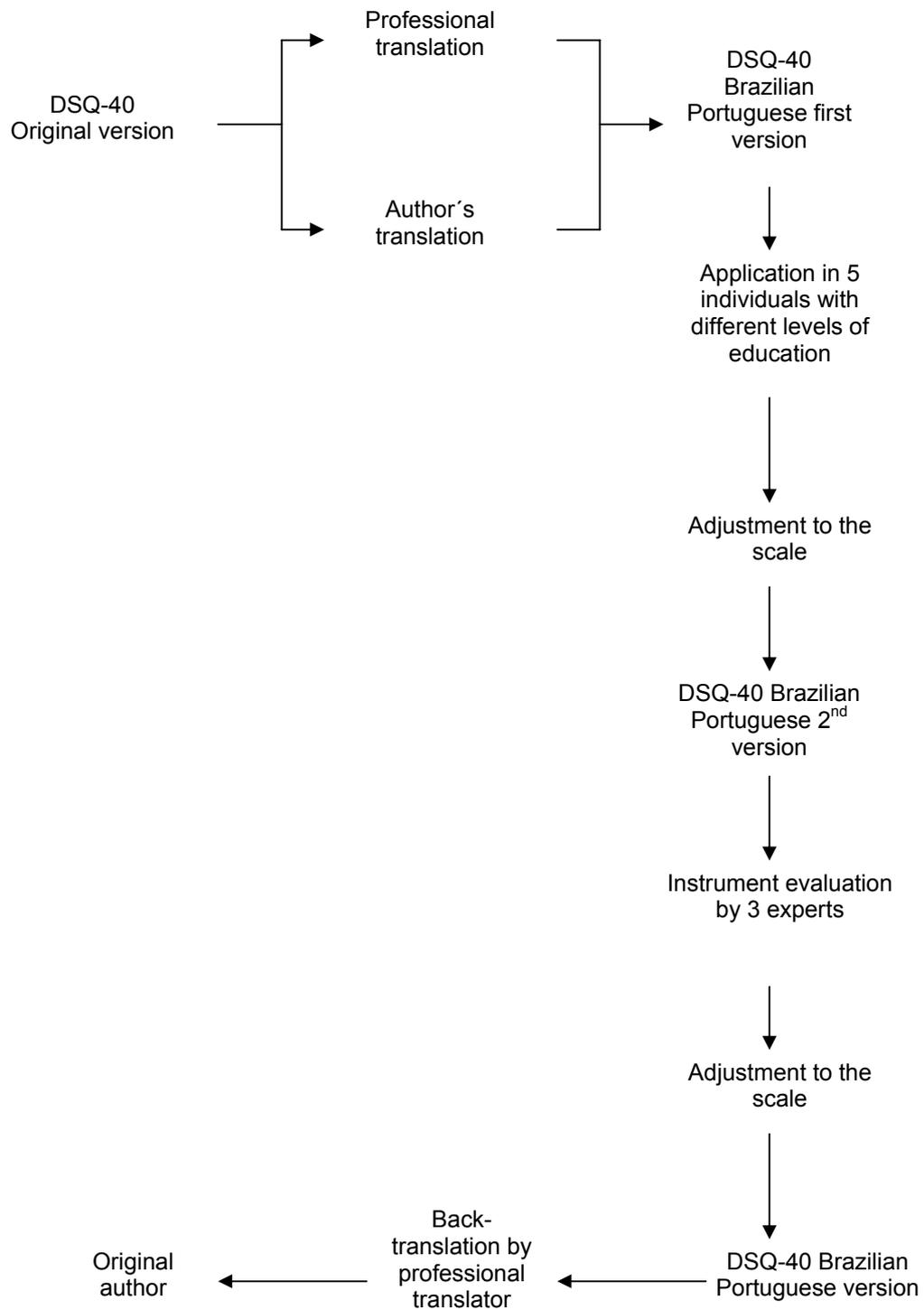


Figure 1. Methodology steps in the translation, transcultural adaptation and content validity of Brazilian Portuguese version of Defensive Style Questionnaire 40 (DSQ-40)

**Artigo 2 (Versão em português)**

Versão em português do Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação  
dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar

Carolina Blaya, Letícia Kipper, Elizeth Heldt, Luciano Isolan, Lúcia Helena  
Ceitlin, Michael Bond e Gisele Gus Manfro

Rev Bras Psiquiatr 2004; 26 (4): 255-8.

## **Resumo**

O objetivo desse estudo é o de descrever o processo de tradução e adaptação do *Defensive Style Questionnaire* (DSQ-40) versão em português e avaliar a validade de conteúdo dessa versão do instrumento. Métodos: A primeira versão da escala foi apresentada para cinco indivíduos, com graus diferentes de escolaridade, que efetuaram pequenos ajustes de linguagem. Posteriormente, a escala foi apresentada para três “experts”, que avaliaram a validade de conteúdo do instrumento. A versão final foi retraduzida e apresentada para o autor do instrumento original que aceitou essa versão do DSQ-40. Resultados: Houve necessidade de pequenos ajustes no vocabulário em nove questões e modificações na linguagem em quatro questões, resultando na versão final do instrumento. A média de correlação dos “experts” com cada defesa foi de 89%, e dos fatores maduros, imaturos e neuróticos foi de 100%. Conclusões: A adaptação do DSQ-40 por diferentes indivíduos com diferentes graus de escolaridade e pelo grupo de experts possibilitou o ajuste à realidade sociocultural brasileira.

**Descritores:** Mecanismos de defesa; Tradução/processo; português; DSQ-40; Adaptação; Validade de conteúdo.

## 1. Introdução

Os mecanismos de defesa do ego, um conceito psicanalítico, foram definidos como uma indicação de como os indivíduos lidam com o conflito. O estilo defensivo é considerado como uma importante dimensão da estrutura de personalidade do indivíduo (1) e se tornou o primeiro conceito psicanalítico a ser reconhecido pelo DSM-IV como eixo para futuros estudos (2).

Bond e cols. (3) desenvolveram o DSQ como um questionário auto-respondido com 67 itens para avaliar os derivativos conscientes dos mecanismos de defesa. O objetivo desse instrumento é o de identificar o estilo característico de como as pessoas – consciente ou inconscientemente – lidam com o conflito baseado na idéia de que elas podem fazer comentários precisos sobre seu comportamento.

Andrews e cols. (4) reorganizaram o instrumento em 40 perguntas relacionadas às defesas descritas no DSM-III-R. Quatro delas estão relacionadas ao fator maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão); quatro estão relacionados ao fator neurótico (anulação, pseudo-altruísmo, idealização e formação reativa) e 12 ao fator imaturo (projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, 'fantasia autista', negação, deslocamento, dissociação, clivagem, racionalização e somatização). O DSQ-40 pode fornecer escores para as 20 defesas individuais e para os três fatores (maduro, neurótico e imaturo). Os escores das defesas individuais são calculados pela média dos dois itens de cada mecanismo de defesa dado e os fatores dos escores são calculados pelos escores médios das defesas que

pertencem a cada fator. Cada item é avaliado em uma escala de 1 a 9, na qual 1 indica “discordo totalmente” e 9 indica “concordo totalmente”.

Estudos de validação do DSQ-40 descrevem a correlação entre as defesas maduras e saúde física e mental, desenvolvimento do ego, satisfação profissional e matrimonial, e felicidade (5). Foi também comparado a um instrumento que avalia os mecanismos de defesa por meio de entrevista clínica (5). Somente três fatores foram validados por esses estudos.

O instrumento foi traduzido em finlandês, francês e japonês com resultados similares aos do questionário original (6-8) e foi utilizado em outras culturas com resultados similares, mas em versões não-validadas (1).

O objetivo deste estudo é o de traduzir e adaptar o DSQ-40 a uma versão brasileira e avaliar a validade do seu conteúdo com três especialistas distintos, de forma restrita aos fatores maduro, imaturo e neurótico. A viabilidade desse instrumento no Brasil irá, provavelmente, aperfeiçoar os estudos sobre psicoterapias psicanalíticas.

## **2. Métodos**

Com permissão do autor, a escala foi traduzida ao português do Brasil. Um psiquiatra bilíngüe e um tradutor profissional realizaram simultaneamente a tradução do DSQ-40. As duas versões brasileiras do instrumento foram comparadas resultando em uma versão preliminar. Essa versão foi aplicada a cinco indivíduos de diferentes níveis socioeconômicos a fim de verificar a compreensão de cada pergunta por cada camada cultural e socioeconômica. A amostra foi intencionalmente selecionada pelo método de conveniência,

baseado nos antecedentes educacionais. Os indivíduos possuíam diferentes níveis de instrução, variando do primeiro grau à universidade. Os indivíduos avaliaram as perguntas do instrumento em entrevistas individuais, discutindo o entendimento de cada item com o entrevistador. O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e todos os entrevistados deram seu consentimento por escrito antes de participarem do estudo.

Três especialistas realizaram a validação do conteúdo, sendo destacados psiquiatras com treinamento psicanalítico, mais de 20 anos de prática psicoterapêutica e disponibilidade para participarem no estudo. Pediu-se aos especialistas para correlacionarem os itens a cada defesa. Quando disponíveis, as definições do DSM-IV foram utilizadas como um guia. Após as sugestões dos especialistas, a versão final do DSQ-40 foi elaborada. A versão final foi então retraduzida por um tradutor profissional que tinha o inglês como língua nativa e não havia tido contato prévio com o instrumento. A retradução foi então enviada para o autor original que não apontou nenhuma diferença entre a versão original e a versão retraduzida do português (Figura 1).

### **3. Resultados**

A versão final do DSQ-40 em português do Brasil está disponível e pode ser solicitada. Foram necessários ajustes terminológicos em oito itens e adaptação lingüística em quatro itens. As adaptações terminológicas também foram necessárias nos itens 2, 3, 9, 15, 20, 22, 28 e 35. Os ajustes lingüísticos foram feitos nos itens 1, 10, 24 e 39.

Os especialistas tiveram uma média de alocação correta de itens às defesas da ordem de 89%, e em relação aos fatores maduros, neuróticos e imaturos a média foi de 100%. Dois itens foram incorretamente alocados pelos três especialistas (itens 10 e 31), mas todos eles reconheceram a resposta correta posteriormente.

#### **4. Discussão**

A tradução e a adaptação de um instrumento a outra cultura requer uma metodologia cuidadosa (9), especialmente ao lidar-se com medidas psicométricas. Transtornos psiquiátricos e suas manifestações clínicas, da mesma forma que a percepção das pessoas sobre seus mecanismos de defesa podem ser influenciados por diferentes culturas e contextos sociais (9).

Qualquer processo de tradução está sujeito a inúmeras distorções que podem invalidar o instrumento. Vários autores (9-10) recomendaram enfaticamente que, quando uma escala é utilizada em uma linguagem distinta do original, deve passar por um processo de tradução, adaptação cultural e validação precisas. A aprovação da versão retraduzida do DSQ-40 a partir do português do Brasil para o inglês dada pelo autor da escala original confirma a exatidão da metodologia empregada.

A validade do conteúdo de nossa versão é similar a de outros estudos (6,11). Todos os especialistas equivocaram-se na interpretação dos itens relacionados à desvalorização e ao deslocamento, o que pode ser explicado pela definição do DSM-IV (12) dessas defesas. Deslocamento e desvalorização são conceitos que em geral estão justapostos. Por outro lado, a literatura validou

somente três fatores do DSQ e não cada mecanismo de defesa específico. Os especialistas brasileiros, corroborando outros estudos, também caracterizaram adequadamente todos os itens em seus fatores maduros, imaturos e neuróticos. Muitos diferentes estudos no Brasil utilizaram uma versão do DSQ-40 que ainda não tinha sido validada (13-15), mas seus resultados estavam de acordo com os dados disponíveis (1).

A adaptação cultural de um instrumento traduzido possibilita que os indivíduos julguem seu comportamento de forma mais adequada e, desta forma, reconheçam seu estilo de defesa. Mesmo que o uso do DSQ no Brasil possa aperfeiçoar a pesquisa sobre os aspectos psicodinâmicos dos pacientes, ainda são necessários estudos de validação desse instrumento.

As limitações deste estudo devem ser reconhecidas, já que se trata de uma fase preliminar de um processo de validação. A fim de comparar os resultados alcançados no Brasil em que pese o uso da escala em português brasileiro, devem ser realizados estudos de validação cuidadosos para demonstrar sua confiabilidade.

## **5. Agradecimentos**

Os autores expressam seu agradecimento aos doutores José Blaya Perez Filho, Cláudio Eizirik e Sidney Schestatsky, por sua colaboração.

**6. Financiamento:** FIPE do HCPA, numero do processo 03-172 e CAPES

## 7. Referências

1. Blaya C, Kipper L, Blaya Perez Filho J, Manfro GG. Mecanismos de defesa: uso do Defensive Style Questionnaire. *Rev Bras Psicoterapia*. 2003;5(1):67-80.
2. Skodol AE, Perry JC. Should an axis for defense mechanisms be included in DSM-IV? *Comprehensive Psychiatry*. 1993;34(2):108-19.
3. Bond M, Gardner ST, Christian L, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40:333-8.
4. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Mental Disease*. 1993;181(4):246-56.
5. Bond M, Perry C, Gautier M, Goldenberg M, Oppenheimer J, Simand J. Validating the self-report of defense styles. *J Personal Disord*. 1989;3(2):101-12.
6. Bonsack CH, Despland JN, Spagnoli J. The French version of the defense style questionnaire. *Psychother Psychosom*. 1998;67:24-30.
7. Sammallahti P, Aalberg V, Pentinsaari J-P. Does defense style vary with severity of mental disorder? An empirical assessment. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;90:290-4.
8. Nishimura R. Study of the measurement of defense style using Bond's defense Style Questionnaire. *PsychiClin Neurosci*. 1998;52:419-24.
9. Meyer E, Carvalhal A, Pechansky F. Adaptation for Brazilian Portuguese of scale to measure willingness to wear condoms. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(4):224-7.
10. Fleck M, Leal OF, Louzada S et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(1):19-28.

11. Trijsburg RW, Vant' Spijker A, Van HL, Hesselink AJ, Duivenvoorden HJ. Measuring overall Defensive Functioning with the Defensive Style Questionnaire: a comparison of different scoring methods. *J Nerv Ment Dis.* 2000;188(7):432-9.
12. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4<sup>th</sup> edition (DSM IV). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
13. Blaya C, Teruchkin B, Isolan L, Mezzomo K, Zanardo AP, Hirakata VN, et al. Avaliação dos Mecanismos de Defesa em Pacientes com Fobia Social: um estudo de caso-controle. *Rev Psiq RG.* 2002;24:305-10.
14. Kipper L, Blaya C, Teruchkin B, Heldt E, Isolan L, Mezzomo K, et al. Use of defense mechanisms in patients with panic disorder and their association with severity. *J Nerv Mental Disease.* 2004;192(1):58-64.
15. Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Isolan L, Hirakata VN, et al. Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behaviour therapy in Brazilian public hospital. *Psychotherapy Psychosomatics.* 2003;72:43-8.

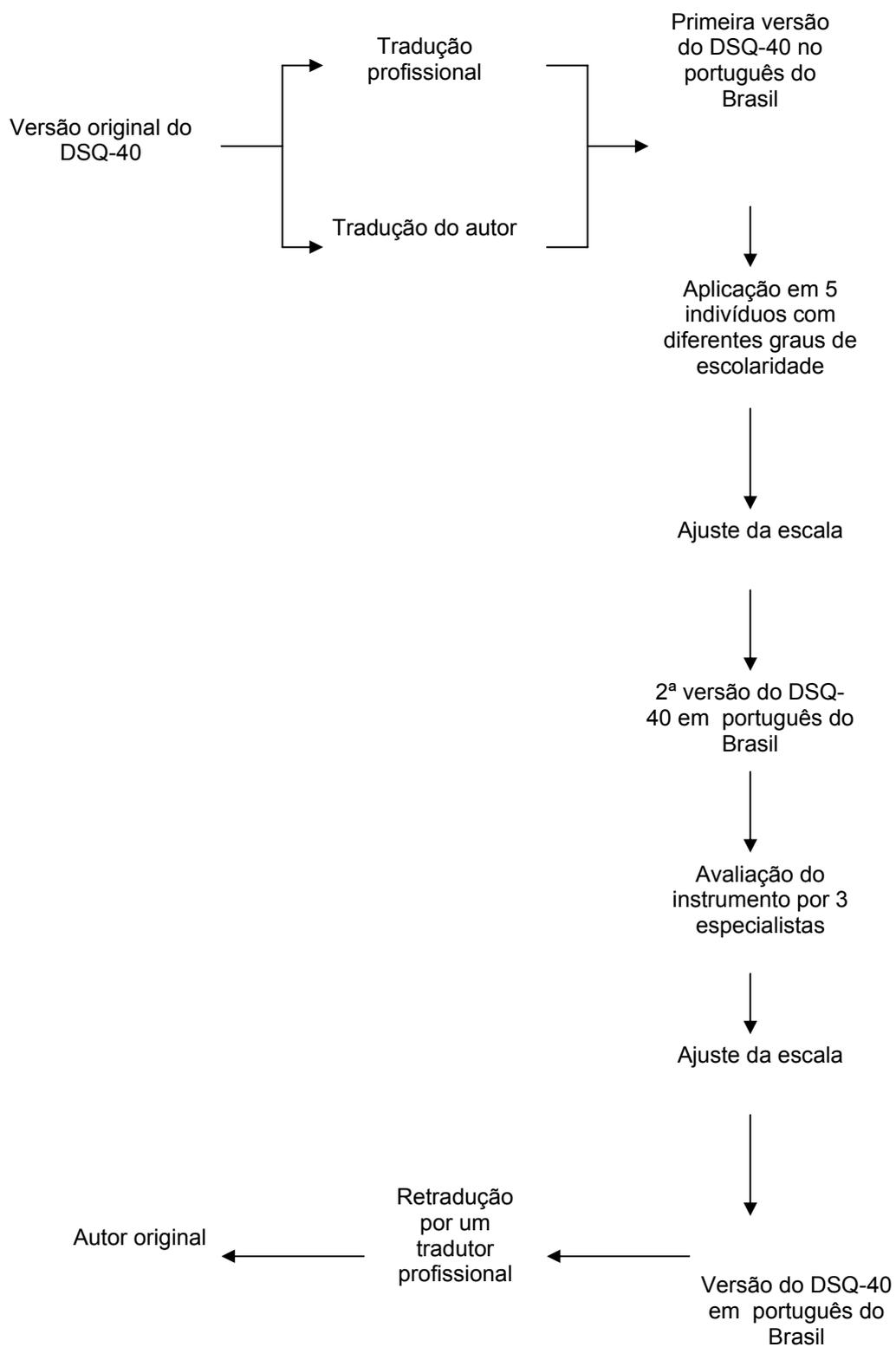


Figura 1 - Etapas metodológicas na tradução, adaptação transcultural e validação de conteúdo da versão em português do Brasil do *Defensive Style Questionnaire* 40 (DSQ-40)

**Artigo 3 (Versão em Inglês)**

Brazilian-Portuguese version of the Defensive Style Questionnaire for the  
assessment of defense mechanisms: validation and construct study

Carolina Blaya, Marina Dornelles, Rodrigo Blaya, Letícia Kipper, Elizeth Heldt,  
Luciano Isolan, Michael Bond , Gisele Gus Manfro

Submetido para publicação na revista Psychotherapy Research



**Abstract**

The aim of this study is to analyze the reliability and validity of the Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40). Methods: The sample was composed of 339 individuals who answered the DSQ-40, i.e., 237 psychiatric out-patients, 66 psychotherapy patients and 36 normal controls. Subjects were evaluated by clinical interview and by the MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), a standardized and structured diagnostic interview. Reliability was assessed by factor analysis and Cronbach alpha. The three-factor model's replicability was tested using Confirmatory Factor Analysis (CFA). Controls were reevaluated after 4 months to assess test-retest reliability. A sub-sample (n=75) was also evaluated by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) and another sub-sample (n=66) was evaluated by the Defensive Functioning Scale (DFS). Results: Factor analysis of the various defense mechanisms produced a distribution of mechanisms among the factors largely similar to previous analyses based on the original instrument. The three-factor model was supported by CFA. The test-retest evaluation showed sufficient intra-class correlation for all factors. Patients used more immature and neurotic defenses than controls. There was a correlation between DFS ( $p=0.006$ ) and MMPI ( $p=0.004$ ) measures and immature defenses. Conclusion: The Brazilian-Portuguese version of the DSQ-40 has psychometrical features that allow the use of this instrument in our culture.

**Key words:** Defense Style Questionnaire (DSQ), Validation, Defense mechanisms, Construct, Brazilian

## 1. Introduction

Ego defense mechanisms, a psychoanalytical concept, have been defined as automatic psychological processes that protect the individual against anxiety and the awareness of internal and external dangers or stressors. Defensive style is considered to be an important dimension of an individual's personality structure (Blaya, Kipper, Blaya Perez Filho & Manfro, 2003) and has become the first psychoanalytical concept to be recognized by the DSM-IV as an axis for future studies (Skodol & Perry, 1993).

Repression was the first defense mechanism described by Freud (1893). Laplanche & Pontalis (1998) suggested that Freud chose the word mechanism in order to indicate that this psychical phenomenon was so organized that it would permit scientific observation and analysis. Afterwards Anna Freud (1937) amplified the concept describing many other defenses and Klein (1935) studied more primitive defense mechanisms like splitting and projective identification. At that time, defense mechanisms were mainly considered to be pathological, therefore they should be analyzed and overcome. Vaillant (1971) started the clinical studies on defense mechanisms pattern using clinical vignettes obtained from interviews and questionnaires. He described that defense mechanisms are disposed on a continuum, from mature to immature defenses, and are used by all individuals despite their psychopathology.

Individuals are often unaware of using defense mechanisms as they operate, although they may be aware of their habitual defenses. Defense mechanisms have been ranked empirically according to a hierarchy of maturity and adaptiveness (Bond, Gardner, Christian & Sigal, 1983; Vaillant, 1971; Perry

& Cooper, 1989). Mature defenses, e.g. suppression, are significantly correlated with objective measures of physical and mental health. As defense mechanisms represent a trait like facet of personality, they usually remain stable throughout life and often evolve from immature to neurotic and finally to mature according to the individual's development (Mulder, Joyce, Sellman, Sullivan & Cloninger, 1996).

Defense mechanisms can be identified by four main approaches: 1) observer-rated method, that codes defense mechanisms on the basis of behavior observation, i.e., Defense Mechanism Rating Scales (DMRS); 2) projective techniques, that involves looking for special defense-related signs, i.e., Rorschach test; 3) percept-genetic techniques, that is based on an experimental procedure with very short presentation of projective stimuli that has to be drawn and described; 4) self-report questionnaires, i.e., Defensive Style Questionnaire (Ehlers, Hettinger & Paar, 1995). Although the clinical method is the most adequate approach, it is more costly and can also vary according to the examiner bias or his or her theoretical orientation (Mehlman & Slane, 1994). Self-report questionnaires, such as the Defensive Style Questionnaire (DSQ), raise some questions about their ability to identify unconscious mechanisms. However, studies have shown that people can accurately comment on their behavior from a distance, resulting in an economic and valid method (Bond et al., 1983; Bond & Vaillant, 1986).

Bond et al. (1983) developed the DSQ as a self-report questionnaire with 67 items to access conscious derivatives of defense mechanisms. The aim of this instrument was to identify the characteristic style of how people –

consciously or unconsciously – deal with conflict. Andrews, Singh & Bond (1993) reorganized the instrument into forty questions related to the twenty defenses described in the DSM-III-R that were grouped into three defense styles or factors (immature, mature and neurotic). Validation studies of the DSQ described the correlation between mature defenses and physical and mental health, ego development and marital and professional satisfaction (Bond, Perry, Gautier, Goldenberg, Oppenheimer & Simand, 1989). It has also been compared to an instrument that evaluates defense mechanisms by a videotaped clinical interview (DMRS - Defense Mechanism Rating Scale) which trained raters score for defenses using a manualized procedure (Bond et al. 1989). Although the DSQ-40 evaluated the 20 defenses, only the three factors have been validated by these studies.

The DSQ has already been translated and validated into Finnish, French, Dutch, Chinese, Japanese and Italian having had similar results to the original questionnaire (Bonsack, Despland & Spagnoli, 1998; Trijburg, van t' Spijker, Van, Hesselink & Duivenvoorden, 2000; San Martini, Rome, Sarti, Lingiardi & Bond, 2004; Sammallahti, Aalberg & Pentinsaari, 1994; Nishimura, 1998; Chan, 1997, Hayashi, Miyake & Minakawa, 2004). It has also been used in other cultures with similar results, but in non-validated versions (Blaya et al., 2003). The Brazilian-Portuguese version of the DSQ-40 has been translated, adapted and evaluated on its validity content (Blaya et al., 2004). After a translation process, the instrument must have its validity tested. Validity determines that the test is measuring what is intended and this can be assessed by comparing it to other scale with the same or similar attributes or, when this measure is not available,

by construct validity (Streiner & Norman, 1995). A validation study of a translated instrument is important because it allows the evaluation of patients in the context of their own cultural influences (van der Ploeg et al., 2004) and also permits data reliability in order to compare the instrument to literature (Trijsburg, Lietaer, Colijn, Abrahamse & Duivenvoorden, 2004).

As defense mechanisms are an unconscious process and a gold-standard measure is not available, validity cannot be asserted by comparing the DSQ to another instrument. For this reason, construct validity arises based on the following ideas: defense mechanism discriminate psychiatric patients from controls, personality disordered patients have a more maladaptative pattern of defense style and defense mechanisms assessed by observer-rated methods and self-rated questionnaire are correlated.

The aim of this study is to assess the reliability, discriminant validity and construct validity of the Brazilian-Portuguese version of the DSQ-40 (Blaya et al. 2004) applied in a clinical and control sample. Construct validity is assessed by comparing the instrument with clinical (American Psychiatric Association [APA], 1994) and MMPI measures, because a gold standard pattern to assess defense mechanisms is not available.

## **2. Method**

### Subjects

The sample is composed of 339 subjects who voluntarily completed the DSQ-40. Of the 303 patients, 237 were psychiatric outpatients seeking medical care at the Anxiety or Depressive disorders Program of the Psychiatric Outpatient Unit of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). In addition, there were 66 patients with different Axis I or Axis II diagnoses seeking psychodynamic psychotherapy treatment at HCPA or at Cyro Martins Institute (ICM): 31 (46.9%) patients had personalities disorders (1 cluster A, 18 cluster B and 12 Cluster C), 12 (18.2%) had affective disorder, 11 (16.7%) had anxiety disorders and 12 (18.2%) had minor psychiatric disorder (adjustment disorder and minor depression). The control group was made up of 36 employees from Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) without psychiatric disorder in Axis I. The socio-demographic and clinical data are shown on Table 1.

The study was previously approved by the Research Ethics Committee of the HCPA and ICM and all the patients and controls signed an informed consent before entering the study.

## Instruments

The psychiatric outpatients and the control group individuals were evaluated by clinical interview and by the MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview – Brazilian version 5.0.0 – DSM-IV), a standardized and structured diagnostic interview. The MINI, which was applied by trained psychiatrists, is a semi-structured psychiatric interview widely used in clinical and research evaluations, which evaluates the main Axis I Psychiatric Disorders according to the DSM-IV criteria (Amorin, 2000). The patients that underwent psychotherapy treatment were evaluated by their psychiatrists through clinical.

The defense mechanisms were evaluated by the Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ). The DSQ-40 can provide scores for the 20 individual defenses, and scores for the three factors or defensive styles (mature, neurotic, and immature). The factors are derived from a factor analysis (Andrews, Singh & Bond, 1993). The individual defense scores are calculated by the average of the two items for each given defense mechanism, and the defense style scores are calculated by the average of the scores of the defenses that belong to each defense style. Each item is evaluated on a Likert scale from 1 to 9, where “1” indicates “completely disagree” and “9” indicates “fully agree”. Subjects completed the DSQ-40 by themselves. Those with reading impairments were helped by research assistants. To evaluate test-retest reliability, a sample of controls (n=33) was retested after four months. Patients were excluded from this analysis because the length of time between the test and the retest might have allowed for recovery and a substantial change in mental state, possibly leading to a change in defense profiles.

The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) was used to evaluate personality traits. The MMPI was applied by a trained psychologist in a private interview with the supervision of a senior psychologist with more than 5 years of experience with this instrument. A score above 70 on a personality scale means pathological personality traits. The MMPI has already been translated and validated for our culture (Hathaway & McKinley, 1971).

The Defensive Functioning Scale (DFS) was used as a structured clinical evaluation of defensive levels. The DFS scale is a proposed axis for further study on the DSM-IV (APA, 1994). Ratings are based on a three-step process: (a) identify individual defense mechanisms following the glossary definitions; (b) classify defense mechanisms according to their use by a patient, and (c) rate the current defensive level. Defense mechanisms are grouped in seven hierarchical defensive levels and each level has characteristic defense mechanisms. The DFS was evaluated by the patients' own psychiatrist. Blais, Conboy, Wilcox & Norman (1996) found that clinicians, regardless of their theoretical orientation, could meaningfully apply the DFS to rate defensive functioning of patients with whom they had worked, without having had special training. Twelve psychiatrists participated in this evaluation after a calibration process of the scale at a collective interview. To assert that clinicians knew their patients, only those who had been under psychotherapy treatment in, at least, weekly sessions for more than four months with the same clinician were enrolled in this part of the study.

### Statistical Analysis

Socio-demographic variables were evaluated by frequency, means and standard deviation. The Chi-square was used to compare categorical variables and Analysis of variance (ANOVA) followed by Tukey test was used to compare continuous quantitative variables between groups. The matrix suitable to factor analysis was performed Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure sample adequacy. The exploratory factor analysis was performed with Varimax rotation. The reliabilities of the obtained subscale (defense factors) were examined using Cronbach's alpha coefficient. The three-factor structure was tested using Confirmatory Factorial Analysis (CFA). CFA offers a variety of statistical tests and indices designed to assess the good-of-fit of data to a proposed model. We used a broad range of indices because each type has potential strengths and weaknesses: relative chi-square ( $\chi^2/DF$ ), the goodness-of-fit index (GFI), the adjusted goodness-of-fit index (AGFI) and the root-mean-square residual (RMSEA). Based on researcher's recommendation (Parker, Shaughnessy, Wood, Majeski, & Eastabrook, 2005; Bentler, 1990; Weaton & Muthán, 1977), the following criteria was used to evaluate the goodness-of-fit of the three-factor model:  $\chi^2/DF < 5$ ,  $GFI > 0.85$ ,  $AGFI > 0.80$ ,  $RMS < 0.10$ . The test-retest reliability was performed by the paired t-test and the intra-class correlation test.

The ANOVA followed by the Tukey test was used for group comparisons. The extent to which a diagnostic group deviated from the control score was measured in effect size units. Effect sizes were calculated as follows: Cohen's  $d = M_1 - M_2 / \sqrt{SD_1^2 + SD_2^2}$ . The Pearson linear coefficient was used to compare MMPI traits and DFS levels of defenses to DSQ-40 measures.

The analysis was conducted according to SPSS statistical package version 12.0 and AMOS 4.0. A difference of  $p < 0.05$  was considered statistically significant.

### **3. Results**

#### Reliability

We examined three aspects of the Brazilian-Portuguese version of DSQ-40 reliability: grouping of defense derivatives into defense factors, internal consistency of each defense factors and test-retest reliability.

Exploratory factor analysis was performed on the whole sample ( $n=339$ ) ( $KMO=0.795$ ). The goal of such factor analysis was to reduce the number of variables and to indicate which defense mechanisms were related to each other and could be grouped under a single defense style. Factor analysis of the 20 individual defense mechanisms initially yielded 6 factors. However, as the variance became stable after the third factor (Table 2), and the original instrument yielded 3 factors, we performed another factor analysis of the 20 individual defenses into 3 factors (Table 3). The three-factor analysis explained 38.1% of the sample variance. Factor I could be called the immature factor, as it involved all the immature defenses from the original instrument except the items designed to detect rationalization. Denial could be allocated in both Factors I and II, but as it is a immature defense we allocated it in Factor I. Factor II could be called a mature factor, as it includes all mature defenses plus rationalization. And Factor III could be called the neurotic factor. The Internal consistency of each defense style, which tests the degree of relatedness between individual defense

mechanisms within each defense style, is sufficient only for Factor I (Cronbach's alpha = 0.77). The three-factor structure was tested by CFA in two models. The first model included all defenses similarly to the original instrument, except for rationalization which was allocated in mature factor. The second model included only 15 defenses: rationalization and denial was excluded from this model and those which contributed for more than one factor in a difference lower than 0.10 (sublimation, idealization and dissociation). Both models were confirmed by CFA, showing sufficient index in all measures: first model  $\chi^2/DF=2.37$ , GFI=0.89, AGFI=0.86, RMSE=0.06; second model  $\chi^2/DF=2.21$ , GFI=0.92, AGFI=0.90, RMSE=0.06. Both models had the same goodness-of-fit measures and the modifications performed in the second model did not add any other measure.

The test-retest reliability was carried out only with the control sample (n=33). The paired t-test showed no difference between baseline evaluation and after four months (Table 4). The single intra-class correlation measure is also shown on Table 4.

### Construct Validity

We tested the validity criterion of the Brazilian-Portuguese version of DSQ-40 with the following hypotheses: (a) the immature factor score should be higher in patients who meet DSM-IV axis I diagnostic criteria compared to controls, i.e., the instrument should have discriminatory validity; (b) the immature factor score should be higher in patients with MMPI personality diagnosis than in others without this diagnosis; (c) the immature factor should be moderately

correlated with the clinical evaluation of defense mechanisms according to the DSM-IV (DFS).

Differences between patients and the control group are shown on Table 5 and effect size differences are shown on Table 6. The control group differs from patients on gender and education. In order to control these differences, a Covariance analysis was performed. Gender did not change this group comparison. All differences in factors remained except for the neurotic factor in depressive patients when the education variable was controlled.

A sub-sample of 75 subjects was evaluated by MMPI. Thirty-four subjects had at least one trait of a personality disorder. Subjects with a personality disorder trait scored higher on the immature and neurotic factors than those without personality disorder traits (immature  $3.60 \pm 0.99$  vs.  $2.86 \pm 1.12$ ,  $p=0.004$ , neurotic  $4.74 \pm 1.07$  vs.  $3.90 \pm 1.36$ ,  $p=0.005$ ). The correlations between each personality disorder trait and the defenses are shown on Table 7.

A sub-sample of 66 subjects was evaluated by the DFS. The correlation between the DFS and the defenses according to DSQ-40 was performed only for immature defenses, because it has sufficient internal consistency. There was a significant correlation ( $r=0.34$ ;  $p=0.006$ ) between the clinical evaluation of defensive levels (DFS) and immature defenses. Patients at the level of “major image distortion” and of “action” scored higher on immature defenses (Figure 1).

#### **4. Discussion**

The results suggest that the translated version of the DSQ-40 has both construct and face validity. Properties of the Brazilian-Portuguese version of the

DSQ-40 are similar to the original and other versions of the instrument. Factor analysis initially yielded 6 factors. When factor analysis was performed in three factors, factor structure was similar to that of the original instrument. Therefore this study also provides the empirical validity of the three-factor structure of Brazilian-Portuguese version of the DSQ-40 according to CFA. Although some defenses are not specific for only one factor in our exploratory analysis, we maintained these defenses in the questionnaire because the aim of this study was not to create a new instrument, but evaluate if DSQ could be used in a Brazilian population. Moreover, the exclusion of those defenses that contributed to more than one factor or that was not allocated in the factor according to the original questionnaire did not enhanced any other measure in the CFA results.

The allocation of rationalization under mature defenses instead of immature defenses can be explained by the self-report nature of this instrument and a language idiosyncrasy. In the Brazilian-Portuguese language, “good reasons” can be mistaken for “correct reasons”. So the two questions that refer to rationalization may not satisfactorily emphasize the nature of this defense. Probably this question was misunderstood by the Brazilian sample as self-observation, a mature defense that someone may use to adequately observe his thoughts, emotions and acts. Additionally, the self-report nature of this instrument can predispose to rationalization. The version of the DSQ translated to other cultures is usually the DSQ-88 (Bonsack, Despland & Spagnoli, 1998; Sammallahti et al., 1994) which contained only one item for rationalization and its face validity is usually very low (Bonsack, Despland & Spagnoli, 1998; Sammallahti et al., 1994; Andrews, Singh & Bond, 1993).

As in any other DSQ validation study, we obtained only a relatively stable factor I, with a sufficient Cronbach's Alpha. Bonsack, Despland & Spagnoli (1998) proposed that only this factor should be used as a global defensive index. According to these authors, the immature factor has the most desirable psychometric features; it includes defense mechanisms that demonstrate a clear pattern of behavior and is susceptible to self-awareness. Although our study shows a sufficient Cronbach's alpha only for the immature factor, it does not seem that other factors should be disdained. A clinical study using the Brazilian-Portuguese version of the DSQ-40 show that neurotic defenses predict lower recovery in panic patients treated with Cognitive Behavior Group Therapy (Heldt et al., 2003) and is also correlated with severity in those patients (Kipper et al., 2004). In our study, neurotic and immature defenses discriminate patients from the control group. Neurotic defenses seem to be associated with anxiety diagnoses, and immature defenses seem to be related to both anxiety and mood disorders. Studies suggest that there is an association between depression and maladaptive defenses, specially the immature ones (Akkerman, Lewin & Carr, 1999; Akkerman, Carr & Lewin, 1992, Hoglend & Perry, 1998; Kneepkens & Oakley, 1996), which leads one to consider that immature defenses are more dependent on the depressive state.

The Brazilian version of DSQ-40 could discriminate psychiatric patients from those subjects without psychiatric disorders. However, unlike Pollock & Andrews (1989), in our study we could not discriminate a special defense profile for each anxiety disorder diagnoses. This is in agreement with Andrews, Singh & Bond (1993) reanalysis of this data, which shows that when removing items

related to symptoms, the DSQ score no longer significantly discriminates among the three anxiety diagnoses. In our study, when comparisons are controlled for all possible confounding factors, some defense mechanisms reflect what is expected for each disorder. The effect size of the immature factor for depressive patients is very high, according to previous studies (Akkerman, Lewin & Carr, 1999; Akkerman, Carr & Lewin, 1992; Hoglend & Perry, 1998; Kneepkens & Oakley, 1996). Social anxiety disorder, panic and obsessive-compulsive patients have a similar defense profile. Both social anxiety disorder and panic patients seem to use less suppression. Also the higher use of idealization, devaluation, somatization, projection and fantasy is congruent with some phobic symptoms. The obsessive-compulsive (OCD) patients did not score higher on undoing, which is in agreement with Andrews' study (Andrews, Singh & Bond, 1993). This is probably due to the removal of some items related to OCD symptoms, which are present in the DSQ-88. A Serbian paper conducted on a military population showed that defense styles are associated with the socio-demographic and cultural characteristics of the examinees (Cabarkapa & Dedic, 2002). In our study, the analysis conducted when education levels were controlled does not show that these characteristics are significant which is in accordance with the original study (Andrews, Singh & Bond, 1993).

The construct validation study was performed by comparing the DSQ-40 to the DFS and the MMPI. Although the DMRS was used for comparison with the original DSQ, this instrument had not been translated and validated to Brazilian Portuguese. Also, it is an instrument with a low examiner concordance and must be analyzed by consensus ratings (Perry & Cooper, 1989). The DFS, the DSM-IV

instrument that evaluates defense mechanisms, has been translated but not validated into Portuguese. The MMPI has been translated and validated into Brazilian-Portuguese with similar results to those in other countries (Hathaway & McKinley, 1971).

Personality disorders are clearly correlated with a maladaptive defense style (Sinha & Watson, 1999; Vaillant & Drake, 1985). Sinha and Watson (1999) have demonstrated that the MMPI personality disorders found in a non-clinical sample are positively associated with highly maladaptive immature defenses, and negatively associated with the mature defense style. However, specific personality disorders cannot be predicted precisely by the defense style. In our study, MMPI personality traits are also correlated with maladaptive immature and neurotic defenses. However, the negative association between personality disorder and mature defenses was present only for the Depression Scale.

The low level ( $r=0.34$ ) of correlation between the assessment of clinical mechanisms and the DSQ is in agreement with other studies (Bonsack, Despland & Spagnoli, 1998; Perry & Hoglend, 1998). Perry & Hoglend (1998) suggested that self-report methods are unlikely to be as valid in assessing defenses as are observer-rated methods. However, even observer-rated methods are susceptible to examiner bias and can vary according to the examiner's theoretical orientation (Mehlman & Slane, 1994). Probably both approaches, observer-rated and self-report instrument (DSQ) reflect other aspects of defense mechanisms and that other elements such as self-awareness must be taken into account (Bonsack, Despland & Spagnoli, 1998). Also results pertaining to the DFS need to be interpreted with caution, as this instrument has

its own limitation. Clinical methods also have a low interrater reliability that can only be increased when raters are grouped and consensus rating compared between groups (Skodol & Perry, 1993). In our study the DFS calibration was stricter than that proposed by Perry et al. (1998). Interviewers had special training, and their knowledge of their patients was enhanced because only those who had been under psychotherapy treatment in, at least, weekly sessions for more than four months with the same clinician participated in this part of study.

Also, some instrument limitation should be pointed out. The DSQ validation studies have a low correlation with the observer-rated method. Vaillant & Drake (1985) found that 50% of DSQ items correlated significantly with the style measured clinically 6 to 8 years earlier. However, all the correlations were less than 0.3. Bond et al. (1989) also attempted to validate the DSQ using the Defense Mechanism Rating Scale (DMRS) and found that immature defenses rated from clinical interviews correlated significantly with the lowest of the four DSQ defense styles (maladaptive, image-distorting and self-sacrificion), but otherwise the defense levels from the two methods were not comparable. Thus there is some doubt regarding the informativeness of results on the DSQ for a clinical rating of defensive functioning. Results at a gross level, i.e., defensive styles, may be more pertinent than results on specific defenses (Skodol & Perry, 1993). Although is unknown if DSQ is measuring defense style or only conscious behavioral derivatives of this concept, the clinical use of this instrument have been corroborated with recent studies (Bond & Perry, 2004; Kipper et al., 2004; Heldt et al., 2003).

As limitations in the study, the use of a questionnaire that depends on the patient's own report, which can be limited by his or her motivation at the moment of the evaluation and his or her self-knowledge, must be pointed out. It must also be taken into account that the measures used are indirect measures of the defenses, which are unconscious intra-psychic processes.

The data of this present study indicate that the Brazilian-Portuguese version of the DSQ-40 has psychometrical features that allow the use of this instrument in our culture. However, the use of the DSQ does not replace more subtle clinical methods for the assessment of defense mechanisms, but its use should be considered in psychodynamic research.

## **5. Author Note**

The study was supported by FIPE (Fundação de Incentivo à Pesquisa e Eventos) of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, CAPES (Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior) and FAPERGS (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul).

## **6. Acknowledgments**

The authors express their esteem to Andréa Raffin, Cláudia Wachleski, Cristiane Cauduro, Diego Peixoto, Gabriela Favalli, Giancarlo Lucca, Juliana Achutti, Kelin Mezzomo, Lísia Von Diemen, Luísa Bisol, Marcelo Basso, Marcelo Berlim, Márcia Sant'anna, Maria do Carmo Ribeiro, Renata Oliveira, Rita Prieb, Roberto Lima, Simone Hauck, Valéria Silva and Vânia Hirakata.

## 7. References

1. Akkerman, K., Carr, V. & Lewin, T. (1992). Changes in ego defenses with recovery from depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 634-8.
2. Akkerman, K., Lewin, T.J. & Carr, V.J. (1999). Long-term changes in defense style among patients recovering from major depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 80-7.
3. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4 th edition (DSM IV)*. Washington, DC: Author.
4. Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 106-115.
5. Andrews, G., Singh, M. & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 246-56.
6. Bentler, P.M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-46.
7. Blais, M.A., Conboy, C.A., Wilcox, N. & Norman, D.K. (1996). An empirical study of the DSM-IV Defensive Functioning Scale in personality disordered patients. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 435-40.
8. Blaya, C., Kipper, L., Blaya Perez Filho, J. & Manfro, G.G. (2003). Mecanismos de defesa: uso do Defensive Style Questionnaire. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5, 67-80.

9. Blaya, C., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Ceitlin, L.H., Bond, M. & Manfro, G.G. Brazilian Portuguese version of the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) for defenses mechanisms measure: a preliminary study. (2004). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 255-8.
10. Bond, M., Perry, C., Gautier, M., Goldenberg, M., Oppenheimer, J. & Simand, J. (1989) Validating the self-report of defense styles. *Journal of Personality Disorder*, 3, 101-112.
11. Bond, M. & Perry, J.C. (2004). Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1665-71.
12. Bond, M.P. & Vaillant, J.S. (1986). An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Archives of General Psychiatry*, 43, 285-8.
13. Bond, M., Gardner, S.T., Christian, J. & Sigal, J.J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry*, 40, 333-8.
14. Bonsack, C., Despland, J.N. & Spagnoli, J. (1998). The French version of the Defense Style Questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 24-30.
15. Cabarkapa, M. & Dedic, G. (2002). Development, basic characteristics and empirical norms of the DSQ-40 psychological test. *Vojnosanitetski Pregled*, 59, 507-14.
16. Chan, D.W. (1997). Defensive styles and psychological symptoms among Chinese adolescents in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 269-76.

17. Ehlers, W., Hettlinger, R. & Paar, G. (1995). Operational diagnostic approaches in the assessment of defense mechanisms. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, 124-35.
18. Freud, A. (1937). *Ego and the mechanisms of defense*. London: Hogarth Press.
19. Freud, S. (1893). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 41-60.
20. Hathaway, S.R. & McKinley, J. (1971). *Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade. Manual*. Rio de Janeiro: CEPA.
21. Hayashi, M., Miyake, Y. & Minakawa, K. (2004). Reliability and validity of the Japanese edition of the Defense Style Questionnaire 40. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 58, 152-6.
22. Heldt, E., Manfro, G.G., Kipper, L., Blaya, C., Maltz, S., Isolan, L., Hirakata, V.N. & Otto, M.W. (2003). Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 43-8.
23. Hoglend, P. & Perry, J.C. (1998). Defensive functioning predicts improvement in major depressive episodes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 238-43.
24. Kipper, L., Blaya, C., Teruchkin, B., Heldt, E., Isolan, L., Mezzomo, K., Bond, M. & Manfro, G.G. (2004). Brazilian patients with panic disorder: the use of defense mechanisms and their association with severity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 58-64.

25. Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic depressive states. *The International Journal of Psychoanalysis*, 16, 145-74.
26. Kneepkens, R.G. & Oakley, L.D. (1996). Rapid improvement in the defense style of depressed women and men. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 358-61.
27. Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1998). *Vocabulaire de la psychanalyse* (9<sup>th</sup> ed). Paris: Presses Universitaires de France.
28. Mehlman, E. & Slane, S. (1994). Validity of Self-Report Measures of Defense Mechanisms. *Assessment*, 1, 189-98.
29. Mulder, R.T., Joyce, P.R., Sellman, J.D., Sullivan, P.F. & Cloninger, C.R. (1996). Towards an understanding of defense style in terms of temperament and character. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 99-104.
30. Nishimura, R. (1998). Study of the measurement of defense style using Bond's Defense Style Questionnaire. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 52, 419-24.
31. Parker, J.D.A., Shaughnessy, P.A., Wood, L.M., Majeski, S.A. & Eastabrook, J.M. (2005). *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 83-88.
32. Perry, J.C. & Cooper, S.H. (1989). An empirical study of defense mechanisms. I. Clinical interview and life vignette ratings. *Archives of General Psychiatry*, 46, 444-52.
33. Perry, J.C., Hoglend, P., Shear, K., Vaillant, G.E., Horowitz, M., Kardos ME, Bille, H. & Kagan, D. (1998). Field trial of a diagnostic axis for defense mechanisms for DSM-IV. *Journal of Personality Disorders*, 12, 56-68.

34. Perry, J.C. & Hoglend, P. (1998). Convergent and discriminant validity of overall defensive functioning. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 529-35.
35. Pollock, C. & Andrews, G. (1989). Defense styles associated with specific anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1500-2.
36. Sammallahti, P., Aalberg, V. & Pentinsaari, J.P. (1994). Does defense style vary with severity of mental disorder? An empirical assessment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 290-4.
37. San Martini, P., Rome, P., Sarti, S., Lingiardi, V. & Bond, M. (2004). Psychometric features of the Italian version of the Defense Style Questionnaire. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 483-494.
38. Sinha, B.K. & Watson, D.C. (1999). Predicting personality disorder traits with the Defense Style Questionnaire in a normal sample. *Journal of Personality Disorders*, 13, 281-6.
39. Skodol, A.E. & Perry, J.C. (1993). Should an axis for defense mechanisms be included in DSM-IV? *Comprehensive Psychiatry*, 34, 108-19.
40. Streiner, D.L. & Norman, G.R. (1995) Health measurement scales - a practical guide to their development and use. (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Oxford University Press.
41. Trijsburg, R.W., Lietaer, G., Colijn, S., Abrahamse, R.M. & Duivenvoorden, H.J. (2004). Construct validity of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale. *Psychotherapy Research*, 13, 346-366.

42. Trijsburg, R.W., van t' Spijker, A. Van, H.L., Hesselink, A.J. & Duivenvoorden, H.J. (2000). Measuring overall defensive functioning with the Defense Style Questionnaire: a comparison of different scoring methods. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 432-9.
43. Vaillant, G.E. & Drake, R.E. (1985). Maturity of ego defenses in relation to DSM-III axis II personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 597-601.
44. Vaillant, G.E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: a 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Archives of General Psychiatry*, 24, 107-18.
45. van der Ploeg, E., Mooren, T.T., Kleber, R.J., van der Velden, P.G. & Brom, D. (2004). Construct validation of the Dutch version of the impact of event scale. *Psychological Assessment*, 16, 16-26.
46. Wheaton, B., Muthán, B., Alvin, D.F. & Summers, G.F. (1977). Assessing reliability and stability in panel models. In: Huse, D.R. (ed). *Sociological Methodology*. San Francisco: Jossey-Bass, 84-136.

Table 1. Sociodemographic and clinical data for the sample

		Control group (n=36)	Psychiatric outpatients (n=237)				Psychotherapy patients (n=66)
			De (n=40)	SAD (n=35)	Pan (n=129)	OCD (n=33)	
Age	Means	37.4	49.1	33.1	38.1	37.8	35.3
	SD	7.3	11.5	12.2	10.3	11.3	10.9
Gender	Female	75%	82.5%	54.3%	67.4%	84.8%	75.8%
	Male	25%	17.5%	45.7%	32.6%	15.2%	24.2%
Graduation School	Elementary	0%	34.2%	6.5%	26.8%	0%	1.8%
	College	47.2%	62.9%	64.5%	55.1%	51.5%	47.3%
	University	52.8%	2.9%	29%	18.1%	48.5%	50.9%

SD=Standard deviation, De=Depressive disorder, SAD=Social anxiety disorder,

Pan=Panic disorder, OCD=Obsessive compulsive-disorder

Table 2. Total variance explained by exploratory factor analysis

Component	Eigenvalue		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3.91	19.56	19.56
2	2.26	11.33	30.89
3	1.44	7.20	38.10
4	1.19	5.99	44.10
5	1.07	5.11	54.58
6	1.02	4.71	59.30

Table 3. Factor loading for each mechanism on each factor of the Brazilian-Portuguese version of DSQ-40 according to Exploratory Factor Analysis and Final Communalities according to Confirmatory Factor Analysis

Defenses	Factor I	Factor II	Factor III	Final Communalities
Variances, %	18.48	10.48	9.28	
Cronbach alpha	0.77	0.55	0.52	
Passive aggression	0.73	0.00	0.00	0.54
Projection	0.71	0.17	0.09	0.60
Fantasy	0.63	0.13	0.09	0.47
Acting out	0.60	0.11	0.06	0.61
Somatization	0.55	0.17	0.41	0.55
Splitting	0.52	0.04	0.22	0.46
Isolation	0.50	0.20	0.08	0.54
Displacement	0.45	0.01	0.09	0.28
Dissociation	0.44	0.41	0.07	0.61
Devaluation	0.42	0.18	0.03	0.59
Denial	0.33	0.60	0.16	0.54
Suppression	0.15	0.62	0.06	0.46
Rationalization	0.08	0.58	0.26	0.62
Humor	0.15	0.49	0.35	0.54

Anticipation	0.04	0.45	0.28	0.57
Sublimation	0.03	0.30	0.38	0.50
Pseudoaltruism	0.09	0.05	0.71	0.59
Reaction	0.00	0.14	0.55	0.72
formation				
Undoing	0.42	0.09	0.54	0.49
Idealization	0.38	0.00	0.32	0.55

---

Table 4. Test retest reliability

	Baseline (M $\pm$ SD)	After four months (M $\pm$ SD)	p*	Intraclass correlation coefficient
Immature factor	2.86 $\pm$ 1.19	2.62 $\pm$ 1.09	0.06	0.81
Mature factor	5.13 $\pm$ 1.34	5.30 $\pm$ 1.17	0.35	0.68
Neurotic factor	3.65 $\pm$ 1.26	3.44 $\pm$ 1.33	0.21	0.71

\* t-test paired

Table 5. Mean differences between patients and control group on Defenses Mechanisms

Defense mechanisms	Control group (n=36)  (M ± SD)	Depression (n=40)  (M ± SD)	Social Anxiety Disorder (n=35)  (M ± SD)	Panic Disorder (n=129)  (M ± SD)	Obsessive Compulsive Disorder (n=33)  (M ± SD)
Suppression	5.0 ± 1.9	3.9 ± 2.1	3.6 ± 1.9*#	3.8 ± 1.9*#	4.0 ± 2.2
Rationalization	5.2 ± 1.7	4.8 ± 2.2	5.4 ± 1.7	5.0 ± 1.7	4.3 ± 2.0
Humor	5.7 ± 2.5	3.8 ± 2.5*	4.6 ± 2.0	5.0 ± 2.1	4.6 ± 2.7
Anticipation	5.5 ± 2.3	6.1 ± 2.5	5.9 ± 2.1	6.5 ± 2.0	5.6 ± 2.0
Sublimation	4.3 ± 2.0	5.9 ± 2.3*	5.5 ± 1.9	6.1 ± 2.0*#	5.2 ± 1.8
Mature Factor	5.1 ± 1.3	4.9 ± 1.6	5.0 ± 1.2	5.3 ± 1.1	4.7 ± 1.3
Pseudoaltruism	4.6 ± 2.2	6.2 ± 1.7*#	6.1 ± 1.8*#	6.2 ± 1.9*	6.0 ± 2.0*#
Undoing	3.4 ± 1.9	5.8 ± 2.1*	5.4 ± 2.2*	5.2 ± 2.1*	4.8 ± 2.1
Reaction formation	4.4 ± 1.9	5.0 ± 2.4	4.7 ± 1.9	4.6 ± 2.0	4.3 ± 2.3
Idealization	2.3 ± 1.7	4.2 ± 2.4*	4.0 ± 2.1*#	3.6 ± 2.1*#	3.5 ± 2.1#
Neurotic Factor	3.7 ± 1.2	5.3 ± 1.3*	5.0 ± 1.2*#	4.9 ± 1.3*#	4.6 ± 1.4*#
Passive	2.0 ± 1.3	3.8 ± 1.9*#	4.0 ± 1.7*#	3.5 ± 1.9*#	3.6 ± 2.2*#

## aggression

Projection	1.5 ± 1.0	5.5 ± 2.5*#	4.0 ± 2.2*#	2.7 ± 1.9*#	3.1 ± 1.9*#
Fantasy	2.0 ± 1.7	4.7 ± 2.6*	5.6 ± 2.4*#	4.3 ± 2.4*#	4.2 ± 2.5*#
Acting out	3.1 ± 2.0	6.0 ± 2.4*#	4.9 ± 2.3*	4.8 ± 2.2*#	5.5 ± 2.0*#
Somatization	3.1 ± 2.2	6.8 ± 2.2*#	6.2 ± 2.5*#	5.5 ± 2.4*#	4.8 ± 2.4*#
Splitting	3.5 ± 2.1	5.3 ± 1.9*	5.8 ± 2.0*	5.0 ± 1.8*	4.6 ± 1.8
Isolation	3.3 ± 2.5	4.7 ± 2.8	4.7 ± 2.2	4.1 ± 2.3	4.0 ± 2.3
Dissociation	2.5 ± 1.4	3.2 ± 2.3	3.5 ± 1.3	2.2 ± 1.5	3.0 ± 2.0
Displacement	3.0 ± 2.1	5.1 ± 2.7*	4.0 ± 2.0	3.9 ± 2.1	4.1 ± 2.2
Devaluation	3.4 ± 1.8	4.9 ± 2.1*	5.0 ± 1.7*#	4.1 ± 1.8	3.4 ± 1.4
Denial	2.9 ± 1.5	3.4 ± 2.3	3.3 ± 1.4	2.6 ± 1.7	2.5 ± 2.0
Immature	2.7 ± 1.1	4.8 ± 0.9*#	4.6 ± 1.0*#	3.9 ± 1.0*#	3.9 ± 0.9*#

## Factor

---

\* p<0.05, ANOVA followed by Tukey

# p<0.05 on Covariance analysis

Table 6. Effect size differences between patients and control group on Defenses Mechanisms

Defenses	Effect Size difference from Control Group (n=36)			
	Depression (n=40)	Social Phobia (n=35)	Panic Disorder (n=129)	Obsessive Compulsive Disorder (n=33)
Suppression	-0.54	-0.72* <sup>#</sup>	-0.61* <sup>#</sup>	-0.46
Rationalization	-0.21	0.09	-0.13	-0.50
Humor	-0.72*	-0.44	-0.29	-0.38
Anticipation	0.21	0.14	0.43	0.03
Sublimation	0.72*	0.60	0.92* <sup>#</sup>	0.48
Mature Factor	-0.16	-0.10	0.11	-0.29
Pseudoaltruism	0.77* <sup>#</sup>	0.70* <sup>#</sup>	0.79*	0.63* <sup>#</sup>
Undoing	1.17*	0.92*	0.84*	0.50
Reaction formation	0.28	0.16	0.10	-0.03
Idealization	0.88*	0.90* <sup>#</sup>	0.64* <sup>#</sup>	0.64* <sup>#</sup>
Neurotic Factor	1.24*	1.09* <sup>#</sup>	0.93* <sup>#</sup>	0.65* <sup>#</sup>
Passive	1.06* <sup>#</sup>	1.29* <sup>#</sup>	0.82* <sup>#</sup>	0.90* <sup>#</sup>

## aggression

Projection	2.02 <sup>*#</sup>	1.46 <sup>*#</sup>	0.68 <sup>*#</sup>	1.06 <sup>*#</sup>
Fantasy	1.16 <sup>*</sup>	1.63 <sup>*#</sup>	0.94 <sup>*#</sup>	0.98 <sup>*#</sup>
Acting out	1.31 <sup>*#</sup>	0.84 <sup>*</sup>	0.77 <sup>*#</sup>	1.17 <sup>*#</sup>
Somatization	1.65 <sup>*#</sup>	1.27 <sup>*#</sup>	0.96 <sup>*#</sup>	0.71 <sup>*#</sup>
Splitting	0.86 <sup>*</sup>	1.09 <sup>*</sup>	0.73 <sup>*</sup>	0.52
Isolation	0.50	0.59	0.32	0.26
Dissociation	0.36	0.75	-0.14	0.32
Displacement	0.84 <sup>*</sup>	0.50	0.46	0.52
Devaluation	0.77 <sup>*</sup>	0.94 <sup>*#</sup>	0.40	0.02
Denial	0.23	0.21	-0.22	-0.24
Immature Factor	1.95 <sup>*#</sup>	1.66 <sup>*#</sup>	1.05 <sup>*#</sup>	1.08 <sup>*#</sup>

---

\* p<0.05, ANOVA followed by Tukey

# p<0.05 on Covariance analysis

Table 7. Correlation between personality disorder traits and defense mechanisms

MMPI	Immature factor	Neurotic factor	Mature factor
	r#	r#	r#
Hypochondria scale	0.26*	0.21	-0.11
Depression scales	0.33**	0.32*	-0.22*
Hysteria scales	0.12	0.09	-0.22
Psychopathic deviate scale	0.25*	0.20	-0.17
Female-male	0.10	-0.01	-0.05
Paranoia scale	0.38**	0.34*	-0.03
Psycho asthenia	0.44**	0.41**	-0.14
Schizophrenia scale	0.42**	0.41**	-0.14
Hypomania scale	0.37**	0.38**	0.23*
Interest scale	0.48**	0.36*	-0.14

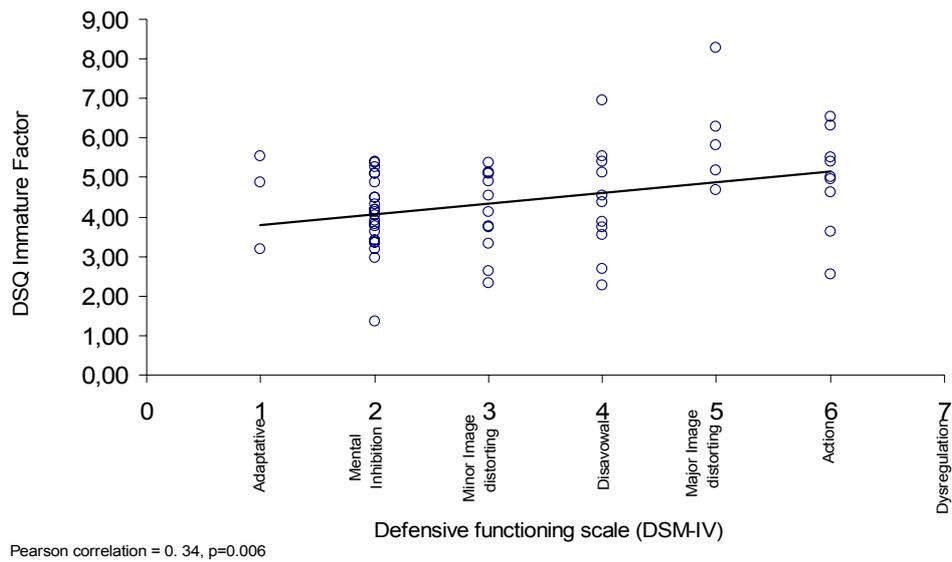
#Pearson Correlation

\*p<0.05

\*\* p<0.001

Figure 1

Figure 1. Correlation between DSQ and clinical evaluation of defense level (n=66)



Pearson correlation = 0.34, p=0.006

**Artigo 3 (Versão em português)**

Versão em português brasileiro do Defensive Style Questionnaire (DSQ-40)  
para avaliação dos mecanismos de defesa: estudo de validação e constructo

Carolina Blaya, Marina Dornelles, Rodrigo Blaya, Letícia Kipper, Elizeth Heldt,  
Luciano Isolan, Michael Bond, Gisele Gus Manfro

Submetido para publicação na revista Psychotherapy Research

## Resumo

O objetivo deste estudo é avaliar a confiabilidade e validade da versão em português do *Defensive Style Questionnaire* (DSQ-40). Material e métodos: A amostra constitui-se de 339 indivíduos. Uma subamostra (n=75) foi avaliada também pelo MMPI, e outra subamostra (n=66) foi também avaliada pelo DFS (Escala de Funcionamento Defensivo). A confiabilidade foi aferida através da análise fatorial e Coeficiente alfa de Cronbach. A replicabilidade do modelo com três fatores foi testada através da análise fatorial confirmatória (AFC). Os controles foram reavaliados após 4 meses para avaliar a confiabilidade teste-reteste. Uma subamostra (n=75) foi também avaliada pelo Inventário Multifásico Minnessota de Personalidade (MMPI) e uma outra subamostra (n=66) foi também avaliada pela Escala de Funcionamento Defensivo (EFD). Resultados: A análise fatorial do instrumento forneceu uma distribuição das defesas semelhante ao instrumento original. O modelo com três fatores foi confirmado através da AFC. A avaliação teste-reteste demonstrou boa correlação intraclasse em todos os fatores. O uso de defesas imaturas e neuróticas foi maior entre os pacientes que os controles. Houve correlação entre o nível defensivo de acordo com o DFS ( $p=0,006$ ) e MMPI ( $p=0,004$ ) e as defesas imaturas. Conclusão: Os dados do presente estudo indicam que a versão em português do DSQ-40 possui características psicométricas que permite o seu uso na nossa cultura.

**Palavras-chave:** Defensive Style Questionnaire (DSQ), Validação, Mecanismo de Defesa, Constructo, brasileiro.

## 1. Introdução

O estudo dos mecanismos de defesa do ego, um conceito derivado da teoria psicanalítica, tem sido definido como um processo psicológico automático que protege o indivíduo contra a consciência de perigos internos e externos e estressores. O funcionamento defensivo é considerado uma importante dimensão da estrutura da personalidade das pessoas (Blaya, Kipper, Blaya Perez Filho, 2003) e foi introduzido como o primeiro conceito psicanalítico reconhecido pelo DSM-IV como um Eixo para estudos futuros (Skodol & Perry, 1993).

A repressão foi o primeiro mecanismo de defesa a ser descrito por Freud (1893). Laplanche e Pontalis (1998) sugeriram que a escolha do termo mecanismo por Freud foi por ser um fenômeno tão organizado que permite observação científica e análise. Após, Anna Freud (1937) ampliou esse conceito descrevendo outras defesas e Klein (1935) estudou defesas mais primitivas como cisão e identificação projetiva. Nesse período, os mecanismos de defesa eram considerados patológicos, que deveriam ser analisados e elaborados. Vaillant (1971) iniciou os estudos clínicos dos mecanismos de defesa através de vinhetas clínicas obtidas através de entrevistas e questionários. Ele descreveu que os mecanismos de defesa estavam dispostos num continuum, que iam de maduro à imaturo, e são utilizados por todos indivíduos, independentemente de sua psicopatologia.

Os indivíduos utilizam um amplo número de mecanismos de defesa que geralmente operam de forma inconsciente, embora possam perceber suas defesas habituais. As defesas podem ser empiricamente classificadas de forma hierárquica quanto a sua maturidade e adaptação (Bond, Gardner, Christian & Sigal, 1983;

Vaillant, 1971; Perry & Cooper, 1989). As defesas maduras, por exemplo, a supressão, estão relacionadas a medidas objetivas de saúde física e mental. As defesas representam um traço como uma faceta da personalidade e usualmente permanecem estáveis durante a vida podendo ser modificadas com o desenvolvimento de imaturas para neuróticas e, finalmente, para maduras (Mulder, Joyce, Sellman, Sullivan & Cloninger, 1996).

Os mecanismos de defesa são de difícil acesso. Eles podem ser identificados por quatro técnicas principais: (1) método clínico, que codifica as defesas de acordo com a observação do comportamento, por exemplo, o Defense Mechanism Rating Scales (DMRS); (2) técnicas projetivas, que identifica alguns sinais relacionados às defesas, por exemplo, teste de Rorschach; (3) técnicas percepto-genéticas, que é baseada na apresentação rápida de um estímulo que deve ser descrito e desenhado; (4) questionários auto-aplicáveis, por exemplo, o Defensive Style Questionnaire (Ehler, Hettinger & Paar, 1995). Embora o método clínico seja o mais confiável, ele é caro e pode variar de acordo com o referencial teórico do avaliador (Mehlman & Slane, 1994). Os questionários auto-aplicáveis, como o *Defensive Style Questionnaire* (DSQ), trouxeram algumas controvérsias quanto a sua capacidade de identificar mecanismos inconscientes. No entanto, alguns estudos mostraram que as pessoas podem avaliar seu comportamento de forma bastante acurada, tornando os questionários auto-aplicáveis um método econômico e válido (Bond et al., 1983; Bond & Vaillant, 1986).

Bond et al. (1983) desenvolveram o DSQ como um questionário auto-aplicável com 67 itens para acessar os derivados conscientes dos mecanismos de defesa. O objetivo desse instrumento é identificar o estilo característico de como as

peças – consciente ou inconscientemente – lidam com conflitos. Andrews, Singh & Bond (1993) reorganizaram o instrumento em 40 questões para torná-las relacionadas às vinte defesas descritas no DSM-III-R que foram agrupadas em fatores defensivos (maduro, imaturo e neurótico). Estudos de validação do DSQ-40 descrevem correlação das defesas maduras com saúde física e mental, desenvolvimento do ego, satisfação profissional e marital (Bond, Perry, Gautier, Goldenberg, Oppenheimer & Simand, 1989). O DSQ também foi comparado com um instrumento que avalia os mecanismos de defesa através da avaliação clínica (*Defense Mechanism Rating Scale – DMRS*) (Bonde et al., 1989). Apesar de o DSQ-40 avaliar 20 defesas, apenas os três fatores defensivos foram validados por esses estudos.

O DSQ já foi traduzido e validado para o finlandês, francês, chinês, japonês, holandês e italiano com resultados semelhantes ao questionário original (Bonsack, Despland & Spagnoli, 1998; Trijburg, van t' Spijker, Van, Hesselink & Duivenvoorden, 2000; San Martini, Rome, Sarti, Lingiardi & Bond, 2004; Sammallahti, Aalberg & Pentinsaari, 1994; Nishimura, 1998; Chan, 1997, Hayashi, Miyake & Minakawa, 2004) e foi usado em outras culturas, com resultados similares, mas em uma versão não-validada (Blaya et al., 2003). A versão em português brasileiro do DSQ-40 foi traduzida, adaptada e avaliada quanto à validade de seu conteúdo (Blaya et al., 2004). Após o processo de tradução, um instrumento deve ser testado quanto a sua validade. A validade determina se o instrumento mede aquilo que está se propondo medir ao compará-lo a outros instrumentos que meçam o mesmo atributo ou, quando essa medida não está disponível, pela validade de constructo (Streiner & Norman, 1995). O estudo de

validação de um instrumento traduzido é importante, uma vez que permite a avaliação dos pacientes no contexto de suas próprias influências culturais (van der Ploeg et al., 2004). Eles também permitem confiabilidade dos dados para que possam ser comparados com resultados de outros países (Trijsburg, Lietaer, Colijn, Abrahamse & Duivenvoorden, 2004).

Como os mecanismos de defesa agem inconscientemente e não há padrão-ouro disponível, a validade não pode ser aferida ao comparar o DSQ a outro instrumento. Por esse motivo, a construção do constructo foi baseada nas seguintes idéias: que os mecanismos de defesa discriminam os pacientes psiquiátricos dos controles, que os pacientes com transtorno de personalidade apresentam um padrão defensivo mais mal-adaptativo e que as defesas aferidas através do método clínico e do DSQ estejam correlacionadas.

O objetivo deste estudo é averiguar a confiabilidade e validade da versão em português brasileiro do DSQ-40 (Blaya et al., 2004) com medidas clínicas (American Psychiatric Association [APA], 1994) e MMPI (Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota), e comparar suas características psicométricas a outras versões do instrumento.

## **2. Materiais e Métodos**

### Pacientes

Nossa amostra é constituída por 339 sujeitos que voluntariamente completaram o DSQ-40. O grupo controle foi composto por 36 funcionários do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). De um total de 303 sujeitos, foram avaliados 237 pacientes psiquiátricos que buscaram atendimento médico nos

ambulatórios de Ansiedade ou Depressão do Serviço de Psiquiatria do HCPA. Além desses, participaram do estudo 66 pacientes em psicoterapia com diagnósticos diferentes de Eixo I ou Eixo II, os quais estavam em tratamento psicoterápico psicodinâmico no HCPA ou no Instituto Cyro Martins (ICM): 31 (46,9%) com transtornos de personalidade (1 cluster A, 18 cluster B e 12 cluster C), 12 (18,2%) com transtorno de humor, 11 (16,7%) com transtorno de ansiedade e 12 (18,2%) com transtornos psiquiátricos menores (como transtorno de ajustamento ou depressão menor). Os dados sociodemográficos e clínicos são apresentados na tabela 1.

O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA e ICM, e todos os pacientes e controles assinaram um consentimento informado antes de participarem na pesquisa.

### Instrumentos

Os pacientes psiquiátricos e os controles foram avaliados por uma entrevista clínica e pelo MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview – Versão brasileira 5.0.0 – DSM IV), uma entrevista diagnóstica padronizada e estruturada. O MINI, que é uma entrevista psiquiátrica semi-estruturada amplamente utilizada em avaliações clínicas e de pesquisas, foi aplicado por psiquiatras treinados que avaliaram as principais doenças psiquiátricas do Eixo I, de acordo com os critérios do DSM-IV (Amorin, 2000). Os pacientes que estavam em tratamento psicoterápico foram avaliados por seus psiquiatras em entrevista clínica sem instrumentos diagnósticos.

Os mecanismos de defesa foram avaliados pela versão em português brasileiro do Defensive Style Questionnaire (DSQ) (Blaya et al., 2004), um

questionário auto-aplicável de 40 questões. O DSQ-40 avalia 20 defesas, que são divididas em três grupos de fatores: maduro, neurótico e imaturo. Os fatores são derivados de uma análise fatorial (Andrews, Singh & Bond, 1993). Os escores das defesas individuais são calculados pela média dos dois itens correspondentes a cada mecanismo de defesa, e os escores dos fatores são calculados pela média dos escores das defesas que pertencem a cada fator. Cada item é avaliado em uma escala Likert de 1 a 9, onde “1” indica “discordo completamente” e “9” indica “concordo plenamente”. Os sujeitos completaram o DSQ-40 sozinhos, e aqueles com problemas de leitura foram ajudados por assistentes de pesquisa. Para avaliar a confiabilidade teste-reteste, os controles (n=33) foram retestados após 4 meses. Os pacientes foram excluídos, pois o período entre o teste e o reteste poderia permitir recuperação do transtorno psiquiátrico levando a uma mudança substancial no estado mental, possivelmente com uma mudança no perfil de defesa.

O MMPI foi usado para avaliar traços da personalidade. O MMPI foi aplicado por psicólogos treinados, em uma entrevista privada e posteriormente supervisionado por uma psicóloga *senior* com mais de 5 anos de experiência com esse instrumento. Um escore acima de 70 numa escala de personalidade indica traços patológicos de personalidade. O MMPI já foi traduzido e validado para a nossa cultura (Hathaway & McKinley, 1971).

O DFS foi utilizado como uma avaliação clínica dos níveis de defesa estruturada. A escala DFS é um eixo proposto para futuros estudos no DSM-IV (APA, 1994). A avaliação é baseada em um processo com três passos: (a) identificar mecanismos de defesa do indivíduo seguindo as definições do

glossário; (b) classificar os mecanismos de defesa de acordo com seu uso pelo paciente e (c) avaliar o nível de defesa atual. Os mecanismos de defesa são agrupados em sete níveis de defesa hierárquicos e cada nível tem mecanismos de defesa característicos. O DFS foi avaliado pelos próprios psiquiatras dos pacientes. Blais, Conboy, Wilcox & Norman (1996) encontraram que os clínicos, independentemente de sua orientação teórica, poderiam aplicar o DFS para avaliar as defesas de seus pacientes, sem um treinamento especial. Doze psiquiatras participaram dessa avaliação após um processo de calibragem da escala em entrevista coletiva. Para assegurar que os clínicos conhecessem seus pacientes, apenas aqueles em tratamento psicoterápico com sessões semanais há pelo menos quatro meses com o mesmo psiquiatra participaram dessa etapa do estudo.

### Análise Estatística

Variáveis sociodemográficas foram avaliadas pela frequência, média e desvio padrão. O teste do Qui-quadrado foi usado para comparar variáveis categóricas, e Análise de Variância (ANOVA) seguida do teste de Tukey foi usada para comparar variáveis contínuas quantitativas entre grupos. A adequação da matrix para análise fatorial foi testada através da medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). A análise fatorial foi realizada através da rotação Varimax. A confiabilidade das subescalas obtidas (fatores de defesa) foi examinada usando o coeficiente alpha de Cronbach. O modelo de três fatores foi testado através da análise fatorial confirmatória (AFC). AFC oferece um amplo número de índices que avaliam se o modelo está apropriado. Utilizamos vários

índices, pois cada um tem seus pontos fortes e fracos: qui-quadrado relativo ( $\chi^2/GL$ ), goodness-of-fit (GFI), adjusted goodness-of-fit (AGFI) e root-mean-square residual (RMSE). Baseado em recomendações de alguns autores (Parker, Shaghnessy, Wood, Majeski & Eastabrook, 2005; Bentler, 1990; Weaton & Muthán, 1977) os seguintes critérios foram utilizados;  $\chi^2/GL < 5$ ,  $GFI > 0.85$ ,  $AGFI > 0.85$ ,  $RMS < 0.10$ . A confiabilidade teste-reteste foi realizada pelo teste t para amostras pareadas e o teste de correlação intraclass.

Para avaliar as comparações entre os grupos, utilizou-se o ANOVA. A extensão de quanto cada grupo diagnóstico desviou do escore controle foi medida através do cálculo de tamanho de efeito. O tamanho de efeito foi calculado com a fórmula de Cohen ( $d = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{DP_1^2 + DP_2^2 - 2 \times r \times DP_1 \times DP_2}}$ ). O coeficiente linear de Pearson foi usado para comparar os traços segundo o MMPI e os níveis de defesa de acordo com o DFS.

A análise foi realizada através do pacote estatístico SPSS, versão 12.0, e AMOS 4.0. Uma diferença de um  $p < 0.05$  foi considerada estatisticamente significativa.

### 3. Resultados

#### Confiabilidade

Examinamos três aspectos da confiabilidade da versão em português brasileiro do DSQ-40: agrupamento das defesas derivadas em fatores, consistência interna de cada fator e confiabilidade teste-reteste.

A análise fatorial foi realizada em toda a amostra ( $n=339$ ) ( $KMO=0.795$ ). O objetivo dessa análise foi de reduzir o número de variáveis e de indicar quais mecanismos de defesa estavam relacionados entre si e poderiam ser agrupados em um estilo de defesa. A análise fatorial dos vinte mecanismos de defesa individuais inicialmente gerou seis fatores. Como o instrumento original tem três fatores e a variância se torna estável a partir do terceiro fator (Tabela 2), realizamos outra análise fatorial dos 20 mecanismos de defesa individuais em 3 fatores (Tabela 3). A análise em três fatores explicou 38.1% da variância da amostra. O Fator I foi chamado de fator imaturo, por ele envolver todas as defesas imaturas do instrumento original, exceto a racionalização. A negação poderia ser alocada tanto no fator I quanto II, mas como se trata de uma defesa imatura, optou-se pelo fator I. O Fator II foi chamado de fator maduro, por ele envolver todas as defesas maduras, mais a racionalização. O Fator III foi chamado de fator neurótico. A consistência interna de cada estilo de defesa, que testa o grau de correlação entre mecanismos de defesa individuais com cada estilo de defesa, foi suficiente apenas para o Fator I ( $\alpha$  de Cronbach = 0.77). A estrutura de três fatores foi testada através da AFC em dois modelos. O primeiro modelo incluiu todas as defesas alocadas como o instrumento original, com exceção da racionalização que foi alocada no fator maduro. O segundo

modelo incluiu somente 15 defesas: racionalização e negação foram excluídas e aquelas defesas que contribuíam para mais de um fator com uma diferença inferior a 0.10 (sublimação, idealização e dissociação). Ambos os modelos foram confirmados com a AFC, mostrando índices suficientes para todas as medidas: primeiro modelo  $\chi^2/GL=2.37$ , GFI=0.89, AGFI=0.86, RMSE=0.02; segundo modelo  $\chi^2/GL=2.21$ , GFI=0.92, AGFI=0.90, RMSE=0.06. Ambos os modelos apresentaram medidas de adequação semelhantes, e as mudanças realizadas no segundo modelo não adicionou nenhuma outra medida de adequação.

A confiabilidade teste-reteste foi realizada apenas na amostra dos controles (n=33). O teste t pareado não demonstrou diferença entre a avaliação inicial e após 4 meses (Tabela 4). A medida de correlação intraclasse é também mostrada na Tabela 4.

#### Validade de Constructo

Testamos o critério de validade de constructo da versão em português brasileiro do DSQ-40 com as seguintes hipóteses: (a) o escore dos fatores imaturos deve ser maior nos pacientes com diagnóstico do eixo I de acordo com o DSM-IV comparados aos controles; (b) o escore dos fatores imaturos deve ser maior em pacientes com diagnóstico de transtorno de personalidade pelo MMPI do que os outros sem esse diagnóstico; (c) o fator imaturo deve estar moderadamente correlacionado com a avaliação clínica dos mecanismos de defesa de acordo com o DSM-IV (DFS).

As diferenças entre os pacientes e o grupo controle são mostradas na Tabela 5 e as diferenças do tamanho de efeito são mostradas na Tabela 6. O

grupo controle difere dos pacientes em gênero e educação. Com o intuito de controlar essas diferenças, uma análise de Covariância foi realizada. A variável gênero não modificou a comparação desses grupos. Todas as diferenças entre os grupos nos fatores permaneceram, exceto para o fator neurótico em pacientes com depressão quando a variável educação foi controlada.

Uma subamostra de 75 sujeitos foi avaliada pelo MMPI. Trinta e quatro sujeitos apresentavam pelo menos um traço de Transtorno de Personalidade. Os indivíduos com traço de Transtorno de Personalidade apresentavam maior pontuação nos fatores imaturos e neuróticos do que aqueles sem traços de Transtorno de Personalidade (imaturo  $3,60 \pm 0,99$  vs.  $2,86 \pm 1,12$ ,  $p=0,004$ , neurótico  $4,74 \pm 1,07$  vs.  $3,90 \pm 1,36$ ,  $p=0,005$ ). As correlações entre cada traço de Transtorno de Personalidade e as defesas são mostradas na Tabela 7.

Uma subamostra de 66 sujeitos foi avaliada pelo DFS. A correlação entre o DFS e as defesas foi realizada apenas para as defesas imaturas, porque essas têm consistência interna suficiente. Houve correlação significativa ( $r=0,34$ ;  $p=0,006$ ) entre avaliação clínica dos níveis de defesa (DFS) e defesas imaturas. Os pacientes nos níveis de “maior distorção de imagem” e “ação” obtiveram maior pontuação nas defesas imaturas.

#### **4. Discussão**

Os resultados sugerem que a versão traduzida do DSQ-40 apresenta constructo e validade. As propriedades da versão em português brasileiro do DSQ-40 são semelhantes às do instrumento original e a outras versões do

instrumento. Quando a análise fatorial foi realizada em 3 fatores, sua estrutura tornou-se semelhante ao instrumento original. Esse estudo fornece validade empírica para estrutura em três fatores para versão em português-brasileiro do DSQ-40 de acordo com a AFC. Apesar de algumas defesas não serem específicas para um fator na análise exploratória, nós optamos por manter todas as 20 defesas, pois o objetivo do estudo é validar um instrumento existente, não criar um outro instrumento. Além disso, a exclusão das defesas que contribuíam para 2 fatores ou que foram alocadas de uma forma diferente do instrumento original não adicionou nenhuma outra medida de adequação na AFC.

Houve alocação da racionalização nas defesas maduras em vez de imaturas, que pode ser explicado pela natureza auto-aplicável desse instrumento e por idiosincrasias da linguagem. Na linguagem do português brasileiro, “boas razões” podem ser interpretadas como “razões corretas”. Então, ambas as questões que se referem à racionalização podem não enfatizar satisfatoriamente a natureza dessa defesa. Provavelmente essa questão foi interpretada pela amostra Brasileira como auto-observação, uma defesa madura que alguém pode utilizar para observar seus pensamentos, emoções e atos. As versões do DSQ traduzidas para outras culturas comumente é o DSQ-88 (Bonsack, Despland & Spagnoli, 1998; Sammallahti et al., 1994), que contém apenas um item para racionalização e sua confiabilidade usualmente é muito baixa (Bonsack, Despland & Spagnoli, 1998; Sammallahti et al., 1994; Andrews, Singh & Bond, 1993).

Como em qualquer outro estudo de validação do DSQ, nós apenas obtivemos o Fator I como relativamente estável, com um alpha de Cronbach

suficiente. Bonsack e cols. (9) propuseram que apenas esse fator deveria ser usado como um índice global de defesa. De acordo com esses autores, o fator imaturo tem as medidas psicométricas desejadas, inclui mecanismos de defesa que demonstram um claro padrão de comportamento e são susceptíveis ao autoconhecimento. Embora nosso estudo mostre um alpha de Cronbach suficiente apenas para o fator imaturo, isso não indica que os outros fatores devam ser desprezados. Estudos clínicos utilizando a versão em português do DSQ-40 mostram que as defesas neuróticas predizem menor remissão em pacientes com Pânico tratados em Terapia Cognitivo-comportamental (Heldt et al., 2003) e, também, correlacionam-se com a gravidade da doença nesses pacientes (Kipper et al., 2004). Em nosso estudo, as defesas neuróticas e imaturas discriminam pacientes do grupo controle. As defesas neuróticas parecem estar ligadas aos diagnósticos de ansiedade, e as defesas imaturas parecem estar correlacionadas a ambos os Transtornos de Ansiedade e de Humor. Estudos sugerem que existe associação entre depressão e defesas maladaptativas, especialmente com as imaturas (Akkerman, Lewin & Carr, 1999; Akkerman, Carr & Lewin, 1992; Hoglend & Perry, 1998; Kneepkens & Oakley, 1996), o que pode levar à conclusão de que as defesas imaturas são mais dependentes do estado de depressão.

Diferentemente de Pollack & Andrews (1989), em nosso estudo não pudemos discriminar perfis especiais de defesas para cada diagnóstico. Isso está de acordo com a reanálise dos dados de Andrews, Singh & Bond (1993), que mostra que quando removidos os itens relacionados aos sintomas, o escore do DSQ não mais discrimina os três principais Transtornos de Ansiedade. Em

nosso estudo, quando as comparações são controladas para todos os possíveis fatores de confusão, alguns mecanismos de defesa refletem o que é esperado para cada transtorno. O tamanho de efeito do fator imaturo para pacientes Deprimidos é muito alto, de acordo com estudos prévios (Akkerman, Lewin & Carr, 1999; Akkerman, Carr & Lewin, 1992; Hoglend & Perry, 1998; Kneepkens & Oakley, 1996). Pacientes com Fobia Social, Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC) e Pânico têm um perfil de defesa similar. Ambos os pacientes com Fobia e Pânico parecem ter dificuldades de supressão. A maior utilização de idealização, desvalorização, somatização, projeção e fantasia apresenta concordância com alguns sintomas fóbicos. Os pacientes com TOC não tiveram maior pontuação em anulação, o que está de acordo com o estudo de Andrews, Singh & Bond (1993). Provavelmente isso ocorreu devido à remoção de alguns itens relacionados aos sintomas do TOC, que estão presentes no DSQ-88. Um estudo Sérvio realizado em uma população militar mostrou que os estilos de defesa estão relacionados às características sociodemográficas e culturais dos examinados (Cabarkapa & Dedic, 2002). No nosso estudo, a análise realizada controlando o grau de instrução não difere muito da análise inicial, o que está de acordo com o estudo original (Andrews, Singh & Bond, 1993).

O estudo de validação de constructo foi realizado comparando o DSQ ao DFS e ao MMPI. Apesar de o DMRS ter sido utilizado na validação do instrumento original, esse instrumento não foi traduzido e validado para nossa língua. Além disso, trata-se de um instrumento com baixa concordância interexaminadores e deve ser analisado em consenso (Perry & Cooper, 1989). O DFS, instrumento do DSM-IV que avalia os mecanismos de defesa, está

traduzido, porém não validado para o português brasileiro. Já o MMPI foi traduzido e validado para nossa cultura com resultados semelhantes aos outros países (Hathaway & McKinley, 1971).

Os Transtornos de Personalidade estão claramente correlacionados a um estilo de defesas maladaptativas (Sinhá & Watson, 1999; Vaillant & Drake, 1985). Sinha & Watson (1999) demonstraram que os Transtornos de Personalidade de acordo com o MMPI em uma amostra não-clínica estão positivamente associados a maior uso de defesas imaturas e menor uso de defesas maduras. No entanto, Transtornos de Personalidade específicos não podem ser preditos precisamente pelo estilo de defesa. Em nosso estudo, traços de personalidade do MMPI estão correlacionados às defesas imaturas e às defesas neuróticas. Entretanto, a associação negativa entre Transtorno de Personalidade e defesas maduras foi presente apenas para a Escala de Depressão.

O baixo nível ( $r=0.34$ ) de correlação entre avaliação clínica dos mecanismos e o DSQ está de acordo com outros estudos (Bonsack, Despland & Spagnoli, 1998; Perry & Hoglend 1998). Perry & Hoglend (1998) sugeriram que métodos auto-aplicáveis não são tão válidos no acesso às defesas quanto os métodos observacionais. Contudo, mesmo os métodos observacionais são susceptíveis a um viés do observador e podem variar de acordo com o marco teórico do examinador (Mehlman & Slane, 1994). Provavelmente ambos os acessos, o clínico e o DSQ, refletem aspectos diferentes dos mecanismos de defesa e o autoconhecimento dos indivíduos deve ser considerado (Bonsack, Despland & Spagnoli, 1998). Também os resultados referentes à escala DFS

devem ser interpretados com cautela, pois esse instrumento tem suas próprias limitações. Os métodos clínicos possuem baixa confiabilidade inter-examinadores que só pode ser incrementada quando os examinadores avaliam por consenso (Skodol & Perry, 1993). No nosso estudo, a calibração do DFS foi mais rigorosa que a proposta por Perry et al. (1998). Os entrevistadores tiveram um treinamento especial, e o conhecimento sobre seus pacientes foi assegurado porque apenas aqueles que estavam em psicoterapia semanal por pelo menos quatro meses com o mesmo clínico participaram dessa parte do estudo.

Algumas limitações desse estudo devem ser apontadas. Os estudos de validação do DSQ mostraram uma baixa correlação com o método clínico. Vaillant & Drake (1985) encontraram que 50% dos itens do DSQ estão significativamente correlacionados aos estilos defensivos aferidos clinicamente 6-8 anos após. No entanto, todas as correlações foram inferiores a 0.3. Bond et al. (1989) validou o DSQ ao compará-lo ao Defense Mechanism Rating Scale (DMRS) e encontrou que a medida clínica está correlacionada ao nível mais mal-adaptativo do DSQ, mas os níveis defensivos dos dois métodos não foram correlacionados. Surgem então algumas dúvidas quanto a informação fornecida pelo DSQ para avaliar o funcionamento defensivo. Os resultados dos fatores parecem então mais pertinentes que as defesas isoladas para avaliar o funcionamento defensivo (Skodol & Perry, 1993). Apesar de não estar claro se o DSQ mede realmente os mecanismos de defesa, ou apenas os derivados conscientes desse conceito, o uso clínico desse instrumento vem sendo corroborado por estudos recentes (Bond & Perry, 2004; Kipper et al., 2004; Heldt et al., 2003).

Como limitação do estudo deve-se considerar o uso de um questionário que depende do autoconhecimento dos pacientes, que pode ser limitado por sua motivação no momento da avaliação. Devem-se também ser levado em conta que as medidas utilizadas são medidas indiretas das defesas, que são processos inconscientes intrapsíquicos.

Finalmente, os dados desse estudo indicam que a versão em português brasileiro do DSQ-40 tem características psicométricas que permitem o uso desse instrumento em nossa cultura. No entanto, apesar do DSQ não substituir métodos clínicos de avaliação dos mecanismos de defesa, ele deve ser considerado como um instrumento útil em pesquisas na área psicodinâmica.

## 5. Referências

1. Akkerman, K., Carr, V. & Lewin, T. (1992). Changes in ego defenses with recovery from depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 634-8.
2. Akkerman, K., Lewin, T.J. & Carr, V.J. (1999). Long-term changes in defense style among patients recovering from major depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 80-7.
3. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4 th edition (DSM IV)*. Washington, DC: Author.
4. Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 106-115.
5. Andrews, G., Singh, M. & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 246-56.
6. Bentler, P.M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-46.
7. Blais, M.A., Conboy, C.A., Wilcox, N. & Norman, D.K. (1996). An empirical study of the DSM-IV Defensive Functioning Scale in personality disordered patients. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 435-40.
8. Blaya, C., Kipper, L., Blaya Perez Filho, J. & Manfro, G.G. (2003). Mecanismos de defesa: uso do Defensive Style Questionnaire. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5, 67-80.

9. Blaya, C., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Ceitlin, L.H., Bond, M. & Manfro, G.G. Brazilian Portuguese version of the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) for defenses mechanisms measure: a preliminary study. (2004). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 255-8.
10. Bond, M., Perry, C., Gautier, M., Goldenberg, M., Oppenheimer, J. & Simand, J. (1989) Validating the self-report of defense styles. *Journal of Personality Disorder*, 3, 101-112.
11. Bond, M. & Perry, J.C. (2004). Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1665-71.
12. Bond, M.P. & Vaillant, J.S. (1986). An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Archives of General Psychiatry*, 43, 285-8.
13. Bond, M., Gardner, S.T., Christian, J. & Sigal, J.J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry*, 40, 333-8.
14. Bonsack, C., Despland, J.N. & Spagnoli, J. (1998). The French version of the Defense Style Questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 24-30.
15. Cabarkapa, M. & Dedic, G. (2002). Development, basic characteristics and empirical norms of the DSQ-40 psychological test. *Vojnosanitetski Pregled*, 59, 507-14.
16. Chan, D.W. (1997). Defensive styles and psychological symptoms among Chinese adolescents in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 269-76.

17. Ehlers, W., Hettlinger, R. & Paar, G. (1995). Operational diagnostic approaches in the assessment of defense mechanisms. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, 124-35.
18. Freud, A. (1937). *Ego and the mechanisms of defense*. London: Hogarth Press.
19. Freud, S. (1893). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 41-60.
20. Hathaway, S.R. & McKinley, J. (1971). *Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade. Manual*. Rio de Janeiro: CEPA.
21. Hayashi, M., Miyake, Y. & Minakawa, K. (2004). Reliability and validity of the Japanese edition of the Defense Style Questionnaire 40. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 58, 152-6.
22. Heldt, E., Manfro, G.G., Kipper, L., Blaya, C., Maltz, S., Isolan, L., Hirakata, V.N. & Otto, M.W. (2003). Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 43-8.
23. Hoglend, P. & Perry, J.C. (1998). Defensive functioning predicts improvement in major depressive episodes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 238-43.
24. Kipper, L., Blaya, C., Teruchkin, B., Heldt, E., Isolan, L., Mezzomo, K., Bond, M. & Manfro, G.G. (2004). Brazilian patients with panic disorder: the use of defense mechanisms and their association with severity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 58-64.

25. Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic depressive states. *The International Journal of Psychoanalysis*, 16, 145-74.
26. Kneepkens, R.G. & Oakley, L.D. (1996). Rapid improvement in the defense style of depressed women and men. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 358-61.
27. Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1998). *Vocabulaire de la psychanalyse* (9<sup>th</sup> ed). Paris: Presses Universitaires de France.
28. Mehlman, E. & Slane, S. (1994). Validity of Self-Report Measures of Defense Mechanisms. *Assessment*, 1, 189-98.
29. Mulder, R.T., Joyce, P.R., Sellman, J.D., Sullivan, P.F. & Cloninger, C.R. (1996). Towards an understanding of defense style in terms of temperament and character. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 99-104.
30. Nishimura, R. (1998). Study of the measurement of defense style using Bond's Defense Style Questionnaire. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 52, 419-24.
31. Parker, J.D.A., Shaughnessy, P.A., Wood, L.M., Majeski, S.A. & Eastabrook, J.M. (2005). *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 83-88.
32. Perry, J.C. & Cooper, S.H. (1989). An empirical study of defense mechanisms. I. Clinical interview and life vignette ratings. *Archives of General Psychiatry*, 46, 444-52.
33. Perry, J.C., Hoglend, P., Shear, K., Vaillant, G.E., Horowitz, M., Kardos ME, Bille, H. & Kagan, D. (1998). Field trial of a diagnostic axis for defense mechanisms for DSM-IV. *Journal of Personality Disorders*, 12, 56-68.

34. Perry, J.C. & Hoglend, P. (1998). Convergent and discriminant validity of overall defensive functioning. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 529-35.
35. Pollock, C. & Andrews, G. (1989). Defense styles associated with specific anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1500-2.
36. Sammallahti, P., Aalberg, V. & Pentinsaari, J.P. (1994). Does defense style vary with severity of mental disorder? An empirical assessment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 290-4.
37. San Martini, P., Rome, P., Sarti, S., Lingiardi, V. & Bond, M. (2004). Psychometric features of the Italian version of the Defense Style Questionnaire. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 483-494.
38. Sinha, B.K. & Watson, D.C. (1999). Predicting personality disorder traits with the Defense Style Questionnaire in a normal sample. *Journal of Personality Disorders*, 13, 281-6.
39. Skodol, A.E. & Perry, J.C. (1993). Should an axis for defense mechanisms be included in DSM-IV? *Comprehensive Psychiatry*, 34, 108-19.
40. Streiner, D.L. & Norman, G.R. (1995) Health measurement scales - a practical guide to their development and use. (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Oxford University Press.
41. Trijsburg, R.W., Lietaer, G., Colijn, S., Abrahamse, R.M. & Duivenvoorden, H.J. (2004). Construct validity of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale. *Psychotherapy Research*, 13, 346-366.

42. Trijsburg, R.W., van t' Spijker, A. Van, H.L., Hesselink, A.J. & Duivenvoorden, H.J. (2000). Measuring overall defensive functioning with the Defense Style Questionnaire: a comparison of different scoring methods. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 432-9.
43. Vaillant, G.E. & Drake, R.E. (1985). Maturity of ego defenses in relation to DSM-III axis II personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 597-601.
44. Vaillant, G.E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: a 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Archives of General Psychiatry*, 24, 107-18.
45. van der Ploeg, E., Mooren, T.T., Kleber, R.J., van der Velden, P.G. & Brom, D. (2004). Construct validation of the Dutch version of the impact of event scale. *Psychological Assessment*, 16, 16-26.
46. Wheaton, B., Muthán, B., Alvin, D.F. & Summers, G.F. (1977). Assessing reliability and stability in panel models. In: Huse, D.R. (ed). *Sociological Methodology*. San Francisco: Jossey-Bass, 84-136.

Tabela 1. Dados Sociodemográficos e clínicos da amostra.

		Grupo	Pacientes psiquiátricos				Pacientes
		Controle					em
		(n=36)					psicoterapia
							(n=66)
			De	FS	Pan	TOC	
			(n=40)	(n=35)	(n=129)	(n=33)	
Idade	Média	37.4	49.1	33.1	38.1	37.8	35.3
	DP	7.3	11.5	12.2	10.3	11.3	10.9
Sexo	Feminino	75%	82.5%	54.3%	67.4%	84.8%	75.8%
	Masculino	25%	17.5%	45.7%	32.6%	15.2%	24.2%
Graduação	1o. grau	0%	34.2%	6.5%	26.8%	0%	1.8%
	2o. grau						
	3o. grau	47.2%	62.9%	64.5%	55.1%	51.5%	47.3%
		52.8%	2.9%	29%	18.1%	48.5%	50.9%

DP=Desvio padrão, De=Depressão, FS=Fobia Social, Pan=Pânico, TOC=Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Tabela 2. Variância total variance explicada pela análise exploratória.

Componentes	Eigenvalue		
	Total	% da Variância	% acumulado
1	3.91	19.56	19.56
2	2.26	11.33	30.89
3	1.44	7.20	38.10
4	1.19	5.99	44.10
5	1.07	5.11	54.58
6	1.02	4.71	59.30

Tabela 3. Análise fatorial da versão em português do DSQ-40 de acordo com a análise factorial exploratória e Communalities finais de acordo com a análise factorial confirmatória

Defesa	Fator I	Fator II	Facor III	Communalities finais
Variância, %	18.48	10.48	9.28	
Coeficiente de Cronbach Alfa	0.77	0.55	0.52	
Agressão passiva	0.73	0.00	0.00	0.54
Projeção	0.71	0.17	0.09	0.60
Fantasia	0.63	0.13	0.09	0.47
Acting out	0.60	0.11	0.06	0.61
Somatização	0.55	0.17	0.41	0.55
Dissociação	0.52	0.04	0.22	0.46
Isolação	0.50	0.20	0.08	0.54
Deslocamento	0.45	0.01	0.09	0.28
Dissociação	0.44	0.41	0.07	0.61
Desvalorização	0.42	0.18	0.03	0.59
Negação	0.33	0.60	0.16	0.54
Supressão	0.15	0.62	0.06	0.46
Racionalização	0.08	0.58	0.26	0.62
Humor	0.15	0.49	0.35	0.54
Antecipação	0.04	0.45	0.28	0.57

Sublimação	0.03	0.30	0.38	0.50
Pseudoaltruismo	0.09	0.05	0.71	0.59
Formação reativa	0.00	0.14	0.55	0.72
Anulação	0.42	0.09	0.54	0.49
Idealização	0.38	0.00	0.32	0.55

---

Tabela 4. Confiabilidade teste-reteste

	Início (M $\pm$ DP)	Após 4 meses p* (M $\pm$ DP)		Coeficiente de correlação Intraclasse
Fator Imaturo	2.86 $\pm$ 1.19	2.62 $\pm$ 1.09	0.06	0.81
Fator Maduro	5.13 $\pm$ 1.34	5.30 $\pm$ 1.17	0.35	0.68
Fator Neurotico	3.65 $\pm$ 1.26	3.44 $\pm$ 1.33	0.21	0.71

\* Teste T pareado

Tabela 5. Diferenças de médias entre pacientes e controles nos mecanismos de defesa

Mecanismos de Defesa	Controles (n=36) (M ± DP)	Depressão (n=40) (M ± DP)	Fobia social (n=35) (M ± SD)	Pânico (n=129) (M ± SD)	Transtorno Obsessivo Compulsivo (n=33) (M ± SD)
Supressão	5.0 ± 1.9	3.9 ± 2.1	3.6 ± 1.9*#	3.8 ± 1.9*#	4.0 ± 2.2
Racionalização	5.2 ± 1.7	4.8 ± 2.2	5.4 ± 1.7	5.0 ± 1.7	4.3 ± 2.0
Humor	5.7 ± 2.5	3.8 ± 2.5*	4.6 ± 2.0	5.0 ± 2.1	4.6 ± 2.7
Antecipação	5.5 ± 2.3	6.1 ± 2.5	5.9 ± 2.1	6.5 ± 2.0	5.6 ± 2.0
Sublimação	4.3 ± 2.0	5.9 ± 2.3*	5.5 ± 1.9	6.1 ± 2.0*#	5.2 ± 1.8
Fator Maduro	5.1 ± 1.3	4.9 ± 1.6	5.0 ± 1.2	5.3 ± 1.1	4.7 ± 1.3
Pseudo-altruismo	4.6 ± 2.2	6.2 ± 1.7*#	6.1 ± 1.8*#	6.2 ± 1.9*	6.0 ± 2.0*#
Anulação	3.4 ± 1.9	5.8 ± 2.1*	5.4 ± 2.2*	5.2 ± 2.1*	4.8 ± 2.1
Formação reativa	4.4 ± 1.9	5.0 ± 2.4	4.7 ± 1.9	4.6 ± 2.0	4.3 ± 2.3
Idealização	2.3 ± 1.7	4.2 ± 2.4*	4.0 ± 2.1*#	3.6 ± 2.1*#	3.5 ± 2.1#
Fator Neurótico	3.7 ± 1.2	5.3 ± 1.3*	5.0 ± 1.2*#	4.9 ± 1.3*#	4.6 ± 1.4*#
Agressão	2.0 ± 1.3	3.8 ± 1.9*#	4.0 ± 1.7*#	3.5 ± 1.9*#	3.6 ± 2.2*#

## Passiva

Projeção	1.5 ± 1.0	5.5 ± 2.5*#	4.0 ± 2.2*#	2.7 ± 1.9*#	3.1 ± 1.9*#
Fantasia	2.0 ± 1.7	4.7 ± 2.6*	5.6 ± 2.4*#	4.3 ± 2.4*#	4.2 ± 2.5*#
Acting out	3.1 ± 2.0	6.0 ± 2.4*#	4.9 ± 2.3*	4.8 ± 2.2*#	5.5 ± 2.0*#
Somatização	3.1 ± 2.2	6.8 ± 2.2*#	6.2 ± 2.5*#	5.5 ± 2.4*#	4.8 ± 2.4*#
Cisão	3.5 ± 2.1	5.3 ± 1.9*	5.8 ± 2.0*	5.0 ± 1.8*	4.6 ± 1.8
Isolação	3.3 ± 2.5	4.7 ± 2.8	4.7 ± 2.2	4.1 ± 2.3	4.0 ± 2.3
Dissociação	2.5 ± 1.4	3.2 ± 2.3	3.5 ± 1.3	2.2 ± 1.5	3.0 ± 2.0
Deslocamento	3.0 ± 2.1	5.1 ± 2.7*	4.0 ± 2.0	3.9 ± 2.1	4.1 ± 2.2
Desvalorização	3.4 ± 1.8	4.9 ± 2.1*	5.0 ± 1.7*#	4.1 ± 1.8	3.4 ± 1.4
Negação	2.9 ± 1.5	3.4 ± 2.3	3.3 ± 1.4	2.6 ± 1.7	2.5 ± 2.0
Fator Imaturo	2.7 ± 1.1	4.8 ± 0.9*#	4.6 ± 1.0*#	3.9 ± 1.0*#	3.9 ± 0.9*#

---

\* p<0.05, ANOVA seguido por Tukey

# p<0.05 na análise de Covariância

Tabela 6. Diferenças de tamanho de efeito entre pacientes e grupo controle nos Mecanismos de Defesa

Defesas	Tamanho de efeito em relação ao grupo controle (n=36)			
	Depressão (n=40)	Fobia Social (n=35)	Transtorno do Pânico (n=129)	Transtorno Obsessivo Compulsivo (n=33)
Supressão	-0.54	-0.72* <sup>#</sup>	-0.61* <sup>#</sup>	-0.46
Racionalização	-0.21	0.09	-0.13	-0.50
Humor	-0.72*	-0.44	-0.29	-0.38
Antecipação	0.21	0.14	0.43	0.03
Sublimação	0.72*	0.60	0.92* <sup>#</sup>	0.48
Fator Maduro	-0.16	-0.10	0.11	-0.29
Pseudoaltruismo	0.77* <sup>#</sup>	0.70* <sup>#</sup>	0.79*	0.63* <sup>#</sup>
Anulação	1.17*	0.92*	0.84*	0.50
Formação Reativa	0.28	0.16	0.10	-0.03
Idealização	0.88*	0.90* <sup>#</sup>	0.64* <sup>#</sup>	0.64 <sup>#</sup>
Fator Neurotico	1.24*	1.09* <sup>#</sup>	0.93* <sup>#</sup>	0.65* <sup>#</sup>
Agressão passiva	1.06* <sup>#</sup>	1.29* <sup>#</sup>	0.82* <sup>#</sup>	0.90* <sup>#</sup>
Projeção	2.02* <sup>#</sup>	1.46* <sup>#</sup>	0.68* <sup>#</sup>	1.06* <sup>#</sup>

Fantasia	1.16*	1.63*#	0.94*#	0.98*#
Acting out	1.31*#	0.84*	0.77*#	1.17*#
Somatização	1.65*#	1.27*#	0.96*#	0.71*#
Cisão	0.86*	1.09*	0.73*	0.52
Isolação	0.50	0.59	0.32	0.26
Dissociação	0.36	0.75	-0.14	0.32
Deslocamento	0.84*	0.50	0.46	0.52
Desvalorização	0.77*	0.94*#	0.40	0.02
Negação	0.23	0.21	-0.22	-0.24
Fator Imaturo	1.95*#	1.66*#	1.05*#	1.08*#

---

\*  $p < 0.05$ , ANOVA seguido de Tukey

#  $p < 0.05$  na análise de Covariance

Tabela 7. Correlação entre traços de transtorno de personalidade e mecanismos de defesas

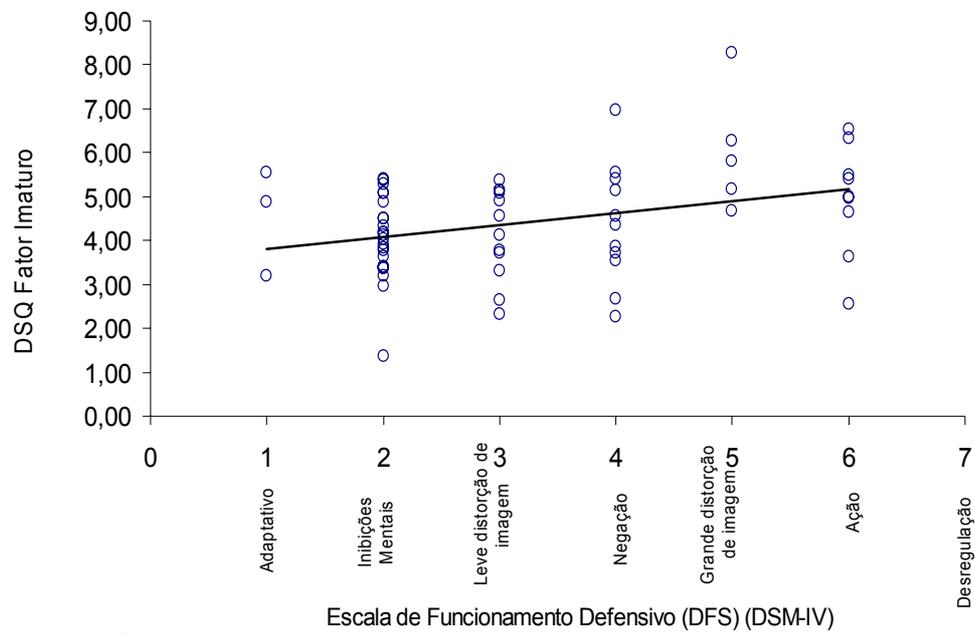
MMPI	Fator Imaturo	Fator Neurotico	Fator Maduro
	r*	r*	r*
Escala de Hipocondria	0.26**	0.21	-0.11
Escala de Depressão	0.33***	0.32**	-0.22**
Escala de Histeria	0.12	0.09	-0.22
Escala de Desvio Psicopático	0.25**	0.20	-0.17
Masculino-Feminino	0.10	-0.01	-0.05
Escala de Paranóia	0.38***	0.34**	-0.03
Psicoastenia	0.44***	0.41***	-0.14
Escala de Esquizofrenia	0.42***	0.41***	-0.14
Escala de Hipomania	0.37***	0.38***	0.23**
Escala de Interesse	0.48***	0.36**	-0.14

\*Correlação de Pearson

\*\*p<0.05

\*\*\* p<0.001

Figura 1. Correlação entre DSQ e avaliação clínica segundo DFS (n=66)



## 7. Considerações finais

- As formas de identificar e mensurar a utilização de diferentes conjuntos de mecanismos de defesa surgiram como possibilidade de aproximar a teoria psicanalítica do método científico. Em última instância, é o maior ou menor arsenal de defesas que o ego tem à sua disposição o que determina sua capacidade de lidar com as pulsões e os afetos a que ele encontra-se sujeito.
- O uso de questionários auto-aplicáveis é útil em identificar as defesas predominantes utilizadas por um determinado indivíduo.
- O DSQ pode ser utilizado como um instrumento objetivo para aferir e monitorizar os mecanismos defensivos, uma vez que se demonstrou eficaz numa série de estudos clínicos.
- A aprovação pelo autor da escala original da versão retraduzida do DSQ-40 a partir do português do Brasil para o inglês confirma a exatidão da metodologia empregada.
- A validade do conteúdo de nossa versão é similar a de outros estudos. Todos os especialistas caracterizaram adequadamente todos os itens em seus fatores maduros, imaturos e neuróticos.
- A adaptação cultural de um instrumento traduzido possibilita que os indivíduos julguem seu comportamento de forma mais adequada e, desta forma, reconheçam seu estilo de defesa.
- Os resultados sugerem que a versão traduzida do DSQ-40 apresenta constructo e validade. As propriedades da versão em português brasileiro do DSQ-40 são semelhantes às do instrumento original e a

outras versões do instrumento. Houve alocação da racionalização nas defesas maduras em vez de imaturas, que pode ser explicado pela natureza auto-aplicável desse instrumento e por idiosincrasias da linguagem. Em nosso processo de validação, apenas essa etapa pôde prover a confiabilidade do instrumento e expressar o significado de cada ítem para a amostra brasileira.

- Finalmente, os dados desse estudo indicam que a versão em português brasileiro do DSQ-40 tem características psicométricas que permitem o uso desse instrumento em nossa cultura. Deve-se então considerar o DSQ-40 um instrumento útil em pesquisas na área psicoterapia.

## Apêndice A: Glossário de Mecanismos de Defesa do DSQ

### Defesas maduras

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

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

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

**Supressão** – Consciente ou semiconscientemente adiar prestar atenção a um impulso ou conflito. Questões podem ser deliberadamente interrompidas, mas elas não são evitadas. O desconforto é reconhecido, mas minimizado.

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

### **Defesas neuróticas**

**Anulação** – Lidar com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante palavras ou comportamentos destinados a negar ou corrigir simbolicamente pensamentos, sentimentos ou ações inaceitáveis.

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

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

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

### **Defesas imaturas**

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

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

**Atuação (Acting out)** – Expressar um desejo ou impulso inconsciente através da ação, evitando tomar consciência de um afeto concomitante. A fantasia inconsciente é vivida impulsivamente no comportamento, gratificando o impulso, ao invés da proibição contra ele. Envolve ceder cronicamente a um impulso para evitar a tensão que resultaria do adiamento da sua satisfação.

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

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

**Fantasia** – Lidar com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante devaneios excessivos, como um substituto para relacionamentos humanos, ações mais efetivas ou resolução de problemas.

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

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

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

**Cisão** – Lidar com o conflito emocional ou estressores internos ou externos compartimentalizando estados afetivos opostos, não conseguindo integrar as qualidades positivas e negativas, próprias ou dos outros, em imagens coerentes.

**Somatização** – Converter derivados psíquicos em sintomas corporais e tender a reagir com manifestações somáticas ao invés de psíquicas.

Fonte: Adaptado de Kaplan & Sadock, 1997.

## Apêndice B: Termo de Consentimento Informado para Pacientes

Estamos realizando uma pesquisa com um instrumento que avalia o “modo de ser” dos indivíduos. Para participar da pesquisa, você será convidado a responder perguntas e escalas sobre o seu jeito de ser. A avaliação constará de uma entrevista psiquiátrica e a aplicação de escalas com duração total de cerca de duas horas.

Eu ..... fui informado dos objetivos acima descritos e da justificativa para qual estão sendo utilizadas as escalas de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar meu consentimento da participação da pesquisa, sem prejudicar meu atendimento no HCPA.

O (a) pesquisador(a) ..... certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e no caso de divulgação serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre, ..... de ..... de .....

Assinatura do paciente .....

Assinatura do pesquisador .....

Contato com pesquisadora: Carolina Blaya – Fone: 3316 82 72

Pesquisador Responsável: Gisele Gus Manfro

### **Apêndice C: Termo de Consentimento Informado para Pacientes em Psicoterapia**

Estamos realizando uma pesquisa com um instrumento que avalia o “modo de ser” dos indivíduos. Para participar da pesquisa, você será convidado a responder perguntas e escalas sobre o seu jeito de ser. A avaliação constará de uma entrevista psiquiátrica e a aplicação de escalas com duração total de cerca de duas horas. Seu médico também será solicitado a responder um questionário que avalia o seu “modo de ser”. As informações coletadas serão unicamente utilizadas para pesquisa, assegurando-se seu sigilo e anonimato.

Eu ..... fui informado dos objetivos acima descritos e da justificativa para qual estão sendo utilizadas as escalas de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar meu consentimento da participação da pesquisa, sem prejudicar meu atendimento no HCPA.

O (a) pesquisador(a) ..... certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e no caso de divulgação serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre, ..... de ..... de .....

Assinatura do paciente .....

Assinatura do pesquisador .....

Contato com pesquisadora: Carolina Blaya – Fone: 3316 82 72

Pesquisador responsável: Gisele Gus Manfro

### **Apêndice D: Consentimento Informado para Controles**

Estamos realizando uma pesquisa com um instrumento que avalia o “modo de ser” dos indivíduos. Para participar da pesquisa, você será convidado a responder perguntas e escalas sobre o seu jeito de ser. A avaliação constará de uma entrevista psiquiátrica e a aplicação de escalas com duração total de cerca de duas horas. Se identificarmos algum transtorno psiquiátrico, será oferecido tratamento. Todas as informações serão exclusivamente utilizadas para fins de pesquisa, sem acarretar nenhum risco para você ou para o seu trabalho.

Eu ..... fui informado dos objetivos acima descritos e da justificativa para qual estão sendo utilizadas as escalas de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar meu consentimento da participação da pesquisa, sem prejudicar meu atendimento no HCPA.

O (a) pesquisador(a) ..... certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e no caso de divulgação serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre, ..... de ..... de .....

Assinatura do controle .....

Assinatura do pesquisador .....

Contato com pesquisadora: Carolina Blaya – Fone: 3316 82 72

Pesquisador responsável: Gisele Gus Manfro

**Apêndice E: Questionário Dados Gerais**

Nome: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

Sexo:

(1) feminino (2) masculino

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

Grau de instrução:

( ) 1º grau incompleto

( ) 1º grau completo

( ) 2º grau incompleto

( ) 2º grau completo

( ) 3º grau incompleto

( ) 3º grau completo

**Apêndice F: DSQ-40 – Versão em português brasileiro**

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

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

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

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

**2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele.**

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

**3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura ou trabalho em madeira.**

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

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

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

**5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.**

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

**6. As pessoas tendem a me tratar mal.**

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

**7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que essa pessoa seja ajudada ao invés de punida.**

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

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

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

**9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem.**

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

**10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares.**

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

**11. Eu freqüentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.**

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

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

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

**13. Eu sou uma pessoa muito inibida.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**18. Eu não tenho medo de nada.**

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

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

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

**20. Eu fico francamente agressivo quando me sinto magoado.**

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

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

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

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

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

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

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

**24. Eu conheço alguém que é capaz de fazer qualquer coisa e é absolutamente justo e imparcial.**

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

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

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

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

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

**27. Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**35. Se eu puder prever que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.**

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

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

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

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

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

**38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.**

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

**39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema.**

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

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

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

**Apêndice G: Diagnósticos do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)**

<b>MÓDULOS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
A Episódio Depressivo Maior (EDM) - atual (2 últimas semanas)		
Episódio Depressivo Maior – passado		
B Distímia –atual (2 últimos anos)		
C Risco de Suicídio – atual (último mês)		
D Episódio (Hipo)maníaco - atual + vida inteira		
E Transtorno do Pânico - vida inteira + atual (último mês)		
F Agorafobia - (atual)		
G Fobia Social - atual (último mês)		
H Transtorno Obsessivo-Compulsivo – atual (último mês)		
I Transtorno de Estresse Pós-traumático – atual (último mês)		
J Dependência / Abuso de álcool – Atual (últimos 12 meses)		
K Dependência / Abuso de substância(s) (não alcoólicas) – Atual (últimos 12 meses)		
L Síndrome Psicótica – vida inteira + atual		
M Anorexia Nervosa – atual (últimos 3 meses)		
N Bulimia Nervosa - atual (últimos 3 meses)		
O Transtorno de Ansiedade Generalizada – atual		