Daniela Sofia Duarte Varela

PADRÕES DE VINCULAÇÃO E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NA IDADE ADULTA: O PAPEL MEDIADOR DA MENTALIZAÇÃO

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Área de Especialização em Psicoterapia Psicodinâmica

COIMBRA, 2022

Padrões de vinculação e sintomatologia depressiva na idade adulta: O papel mediador da mentalização

Daniela Sofia Duarte Varela

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de especialização em Psicoterapia Psicodinâmica

Orientador: Professor Doutor Henrique Vicente, Professor Auxiliar Convidado, ISMT

Coimbra, 2022

Agradecimentos

Ao meu orientador, o Professor Doutor Henrique Vicente, um obrigada pela partilha de conhecimentos, pela orientação, pela disponibilidade, e pela paciência.

À Drª Emília Nogueira, por todo o apoio incansável e por me ter ajudado a acreditar em mim mesma.

Aos meus colegas do grupo de orientação, pelo *boost* de motivação em momentos mais sensíveis, pela entreajuda e por todas as partilhas, desde "neuras" a conhecimentos.

A todos vós, que me são próximos, pais, irmão, namorado e amigos, um obrigada não chega, por todas as vivências que me proporcionaram com a vossa presença, por todo o apoio que sempre me deram, por toda a paciência em dias mais complicados… enfim, por serem vocês, por me deixarem ser, e por serem comigo. Por isso, eu estou grata, sem vocês teria sido tudo diferente.

Resumo

Introdução: A propensão para o desenvolvimento de quadros depressivos ou sintomatologia depressiva na idade adulta parece depender da qualidade dos estilos de vinculação estabelecidos na infância. Por outro lado, investigações recentes têm revelado que a capacidade de mentalização pode exercer um papel mediador na compreensão da relação entre experiências precoces adversas e manifestações sintomáticas na idade adulta.

Objetivo: O presente estudo visa explorar o papel mediador da mentalização na relação entre perceção da vinculação e sintomatologia depressiva numa amostra da população adulta portuguesa.

Método: A amostra é constituída por 350 indivíduos (157 do sexo masculino, e 193 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 18 anos e os 77 anos. Os participantes preencheram um questionário sociodemográfico e três instrumentos de autorresposta, que avaliaram a sintomatologia depressiva (BSI), a vinculação (AAS-R) e a mentalização (MMQ).

Resultados: Todas as variáveis em estudo revelaram-se associadas entre si e os três modelos mediacionais mostraram-se significativos. O papel mediador da mentalização (MMQ) na relação entre a ansiedade (AAS-R) e a sintomatologia depressiva (BSI) explica 46% de variância, 28% na relação entre confiança nos outros (AAS-R) e a sintomatologia depressiva, e 26% na relação entre contacto com a proximidade (AAS-R) e sintomatologia depressiva nos adultos.

Conclusão: Os dados deste estudo sustentam a hipótese que uma vinculação insegura está associada ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva na idade adulta, e que esta influência é mediada pela adequação da capacidade de mentalização do indivíduo. Os resultados sugerem assim que intervenções focadas na mentalização podem contribuir para melhorias clínicas, mesmo em indivíduos com uma história precoce pontuada por vinculações inseguras.

Palavras-chave: sintomatologia depressiva, depressão, vinculação, mentalização, modelo mediacional

Abstract

Introduction: The propensity for the development of depressive conditions or depressive symptoms in adulthood, seems to depend on the quality of the attachment styles established in childhood. On the other hand, recent research has revealed that the ability to mentalize can play a mediating role in understanding the relationship between early adverse experiences and symptomatic manifestations in adulthood.

Objective: The present study aims to explore the mediating role of mentalization in the relationship between perception of attachment and depressive symptomatology in a sample of the portuguese adult population.

Method: The sample consisted of 350 individuals (157 males and 193 females), aged between 18 and 77 years old. Participants completed a sociodemographic questionnaire and three self-report instruments, which assessed depressive symptomatology (BSI), attachment (AAS-R) and mentalization (MMQ).

Results: All variables under study proved to be associated with each other and the three mediational models proved to be significant. The mediating role of mentalization (MMQ) in the relationship between anxiety (AAS-R) and depressive symptomatology (BSI) explains 46% of variance, 28% in the relationship between trust in others (AAS-R) and depressive symptomatology, and 26% in the relationship between contact with closeness (AAS-R) and depressive symptomatology in adults.

Conclusion: The data from this study support the hypothesis that insecure attachment is associated with the development of depressive symptoms in adulthood, and that this influence is mediated by the adequacy of the individual's mentalization capacity. The results thus suggest that interventions focused on mentalization may contribute to clinical improvements, even in individuals with an early history punctuated by insecure attachments.

Keywords: depressive symptomatology, depression, attachment, mentalization, mediational model

Introdução

A depressão diz respeito a um transtorno de humor que se define como uma condição duradoura que gera dificuldades na vida quotidiana do indivíduo (Egidius, 2005). De acordo com a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (2022), a depressão afeta cerca de 50 milhões de pessoas na União Europeia, e em 2004 era a terceira causa principal da carga global de doenças, podendo passar para o primeiro lugar em 2030 (World Federation for Mental Health, 2012).

Estudos europeus mostram que a depressão tem custos socioeconómicos significativos, particularmente as reformas antecipadas, que representam 47% do custo económico da depressão, e a baixa médica, que representa 32%, desse mesmo custo (Sobocki, et al., 2007). Importa ainda salientar o baixo desempenho laboral, uma vez que os sintomas depressivos, como a falta de atenção, a perda de memória, e dificuldades com o planeamento e tomadas de decisão, afetam cerca de 95% de doentes com depressão, causando um impacto significativo sobre a capacidade de trabalho (China, 2017).

A etiologia da depressão é multifatorial, o que indica que o seu risco é determinado pela interação de fatores genéticos, biológicos, psicológicos e sociais (Kaplan et al, 1987; Schotte et al. 2006). No entanto, a comparação da prevalência da maioria das perturbações mentais entre diferentes países sugere que os fatores sociais podem ter uma importância particular (CSDH, 2008). Assim, a compreensão dos fatores sociais é pertinente para explicar a importância da prevenção primária, sugerindo as áreas onde os tratamentos biológicos e psicológicos podem ser reforçados por intervenções socioeconómicas e, posteriormente, identificando grupos-alvo para prevenção e tratamento.

Existem dois tipos de experiências que caracterizam a psicopatologia depressiva: ruturas de relacionamentos interpessoais gratificantes, e ruturas de um sentido afetivo e essencialmente positivo de si próprio (Dagnino et al., 2017). Arieti e Bemporad (1980), e Beck (1967) consideram como pacientes deprimidos aqueles que respondem principalmente a algum de um desses dois tipos de experiências. Segundo Blatt (1995), alguns indivíduos com sintomatologia depressiva apresentam dimensões de personalidade predominantemente autocrítica (caracterizada pela preocupação em estabelecer e manter um sentido viável de si mesmo, baixa autoestima e sentimentos de culpa e autocensura), enquanto outros tendem a apresentar um estilo de personalidade mais dependente (caracterizada por sentimentos de

solidão, fraqueza, desamparo, e defesas de evitamento) (Alsarraf, 2009).

Blatt e Homann (1992) sugerem que o desenvolvimento desses dois estilos de personalidade, que poderão levar aos dois tipos de depressão (dependente ou anaclítica, e, autocrítica ou introjetiva), pode depender de diferentes estilos de vinculação. Uma perceção com um estilo de natureza preocupado, aparenta conduzir a uma maior suscetibilidade a sintomas depressivos anaclíticos, enquanto uma perceção com um estilo de natureza evitante mostrou uma relação mais substantiva com sintomas depressivos introjetivos (Reis e Granyer, 2022). Em consonância com esta relação, observou-se que a necessidade de desenvolver uma vinculação segura entre os cuidadores e o bebé, como forma de garantir o desenvolvimento socioemocional e cognitivo do mesmo (Morris et al., 2007; Strathearn et al., 2009). Numa vinculação segura, as figuras parentais adotam um papel mentalizador relativamente ao bebé, permitindo que este seja visto como um ser intencional, dando sentido ao comportamento da criança (Murri et al., 2017).

A mentalização pode ser definida como o processo mental pelo qual os indivíduos interpretam, de forma implícita e explicita, as próprias ações e dos outros, com base em estados mentais intencionais como desejos pessoais, necessidades, crenças e ideologias (Fonagy & Target, 1996). A mentalização foi inicialmente considerada como uma ferramenta conceptual para a compreensão da Perturbação de Personalidade *Borderline* (PPB), visto que esta é caracterizada por um padrão generalizado de dificuldades na regulação emocional, controlo de impulsos e instabilidade. Nesse sentido, uma capacidade de mentalização adequada envolve uma complexa compreensão afetiva e interpessoal de si e dos outros, que, por sua vez, permite ao indivíduo desenvolver um senso do eu enriquecido e estável (Bateman & Fonagy, 2013).

Fonagy e Bateman (2006) associam as vivências de traumas com falhas parciais na mentalização, e utilizam a PPB como psicopatologia ilustrativa deste fenómeno, no sentido em que os indivíduos que sofrem desta perturbação apresentam uma elevada incidência de vivências traumáticas nas suas histórias de vida, o que, por sua vez, pode enfraquecer ou mesmo inibir a capacidade de mentalização, sendo que esta constitui-se como chave determinante para a organização do *Self* e para a regulação do afeto. Tais capacidades são desenvolvidas no contexto dos relacionamentos sociais precoces da criança (Fonagy, 2006; Fonagy et al., 2018). A compreensão do desenvolvimento (psico)patológico tem então como base a teoria do apego ou vinculação (Dozier et al., 2008), sendo que o sistema de vinculação influencia fortemente a perceção interpessoal e a regulação emocional. Uma vinculação segura é considerada como detendo um potencial amortecedor para a vivência de um excessivo nível de stress. Posto isto,

afigura-se importante esclarecer a relação entre vinculação e mentalização (Ramires & Godinho, 2011).

A capacidade que uma criança tem em refletir sobre os seus próprios processos mentais e dos outros, baseada em intenções, crenças, e desejos, faz com que possam alcançar um mundo controlado por interações psicologicamente significativas e simbólicas. Este aspeto denomina-se de "eu reflexivo" e permite a construção de representações sobre as suas próprias ações e as ações dos outros, distinguindo-se de um eu pré-reflexivo (Steele et al., 1991) onde não se verifica a aquisição de uma postura de observação e conhecimento em relação a si mesmo (Fizke et al., 2013). O "eu reflexivo", denominado de mentalizador, é desenvolvido a partir das trocas com outra mente, num quadro intersubjetivo. A capacidade de mentalização desenvolve-se principalmente a partir da integração de dois modos de experienciar a realidade psíquica, entre o segundo e o quinto ano de vida, e é uma conquista que emerge no contexto da relação precoce entre criança e mãe (ou figura cuidadora). No primeiro ano de vida, o espelhamento marcado pela ação/compreensão contingente do cuidador primário das emoções do bebé é o primeiro passo essencial para o progresso da intersubjetividade. Este modelo social de espelhamento de afeto (Gergeley & Watson, 1996) é complementado pela teoria do "jogo com a realidade" de Fonagy e Target (1996), em que a interação lúdica contingente do cuidador faz com que a criança produza intencionalidade através de processos linguísticos mais complexos.

Fonagy e Target (1996) utilizam o termo de equivalência psíquica para explicar este processo, em que a criança vivencia as próprias ideias como réplicas da realidade externa, não havendo o reconhecimento das ideias como tal, pois não há qualquer representação própria de si mesmo e dos outros, e é por isso que se espera que o mundo interno funcione sob as regras da causalidade física e corresponda à realidade externa (Fischer-Kern & Tmej, 2019). Neste sentido, esta forma peculiar de vivenciar a realidade psíquica varia com o modo de "faz-de-conta", em que, quando a criança está envolvida em brincadeiras, tem o conhecimento que as ideias são somente ideias porque o contexto apenas permite isso, não conseguindo relacionar esse estado interno com a realidade externa. O mundo interno da criança é estimulado com essa simulação através da fantasia e da sua parte simbólica, desenvolvendo a capacidade de tratar tais ideias como entidades mentais. No modo de "faz-de-conta", essas ideias não vão influenciar nada devido à desconexão com a realidade externa, sendo impossível relacionar as duas realidades simultaneamente. De acordo com Fonagy e Target (1996) a criança oscila entre estes dois modos, e é exatamente através deste processo que a sua capacidade de mentalização é alcançada, através da constante incorporação e presença de estados mentais nos diálogos e entre os companheiros de brincadeira, que irá fornecer à criança uma estrutura para que esta

possa ver as suas fantasias e ideias representadas no outro. Ora, para que a mentalização seja adequadamente desenvolvida, é necessária a presença de um cuidador que sustente uma vinculação com a criança, em que se mostre sensível aos seus sentimentos e atenda às suas necessidades (Fischer-Kern & Tmej, 2019), sendo que uma vinculação segura facilita o desenvolvimento da mentalização. Na incapacidade de pensar o filho em termos de estados mentais e responder às necessidades do mesmo, contribui-se para uma má integração dos dois modos de vivenciar a realidade psíquica, descritos anteriormente, levando a uma inibição do desenvolvimento das capacidades de mentalização.

Podemos constatar que indivíduos com vinculação insegura demonstram uma menor precisão na capacidade de mentalização e uma maior tendência à hipersensibilidade aos estados mentais dos outros (Hunfeldt et al., 2013a; Hunefeldt et al., 2013b). Foram registados dados semelhantes em vários grupos com transtornos de sintomas somáticos e transtornos disruptivos do humor, em que, em ambos os casos, foram notados maiores problemas de mentalização, relacionados com estilos de vinculação inseguros (Bizzi et al., 2019). Posto isto, evidências empíricas mostram que pais com uma boa capacidade de mentalização apresentam uma maior sensibilidade na interação com seus filhos, enquanto os pais que apresentam uma baixa capacidade de mentalização apresentam uma maior propensão a criar os seus filhos de uma forma menos empática e posteriormente a fomentar estilos de apego inseguros e défices de mentalização (Ensink et al., 2019).

Segundo a teoria desenvolvimental da mentalização (Luyten et al., 2020) é possível afirmar que a capacidade de refletir sobre si mesmo e sobre o outro através de sentimentos, crenças e desejos, é alcançada por meio de trocas afetivas, seguras e emocionais, entre a criança e a figura cuidadora. Num sentido analógico, para Bion (1967), a mentalização diz respeito à capacidade que é desenvolvida para lidar com os próprios pensamentos, em que estes preexistem de forma primitiva, e o seu desenvolvimento incita o surgimento de um aparelho pensante (Bleandonu, 1994).

Um défice no funcionamento reflexivo ou uma baixa capacidade de mentalização poderá desempenhar um papel central na depressão (Luyten et al., 2013). Estudos demonstraram uma relação significativa entre défices na capacidade de mentalização, vinculação insegura e depressão. A vinculação insegura foi relacionada com a adversidade precoce e vulnerabilidade posterior para a depressão, sendo que, de acordo com alguns estudos longitudinais, esta afeta a regulação, a responsividade ao stress e deficiências na capacidade de resolução de problemas pessoais (Styron & Janoff-Bulman, 1997; Bifulco et al., 2006). Por outro lado, a capacidade de

mentalização possibilita novas estratégias de colaboração e aprendizagem muito além do condicionamento e aprendizagem imitativa (Humphrey, 1988)

Murri et al. (2017) procuraram analisar o papel que défices na capacidade de mentalização detêm na etiologia de episódios depressivos precoces. Para tal, avaliaram as capacidades de mentalização, sintomatologia depressiva e vivência de traumas na infância numa amostra de adolescentes e jovens adultos com diagnóstico de perturbação mental. Quando comparados os dados obtidos nessa amostra com dados recolhidos em estudantes saudáveis, verificou-se que aproximadamente 39.8% da amostra clínica apresentava uma pontuação média na escala de mentalização e um desvio-padrão abaixo daquela encontrada na população geral, sendo que os níveis de mentalização apresentaram uma correlação negativa com a sintomatologia depressiva. Ademais, verificou-se que a capacidade de mentalização, em particular a dimensão de regulação do afeto, parecia deter um efeito mediador na relação entre trauma infantil e depressão. Os autores concluem então que défices na capacidade de mentalização estão associados à gravidade dos quadros clínicos depressivos, contribuindo para explicar uma parte substantiva da relação entre trauma infantil e depressão na adolescência/jovem adultez. Importa ainda sublinhar que num sub-grupo de 37 pacientes da amostra original, reavaliado após 4 sessões, o decréscimo na sintomatologia depressiva estava associado a pontuações mais elevadas na escala de mentalização utilizada.

Um outro estudo realizado por Parada-Fernández et al. (2021) analisou igualmente o papel mediador da capacidade de mentalização na relação entre vinculação e desregulação emocional. Os dados recolhidos numa amostra com mais de seis centenas de participantes da população geral espanhola revelaram que a mentalização medeia, de forma muito significativa, a relação entre desregulação emocional e padrões de vinculação na infância. Tanto os resultados deste estudo, como aqueles do precedente, têm importantes implicações, pois sugerem que intervenções focadas na mentalização podem contribuir para melhorias clínicas, mesmo em indivíduos com uma história precoce pontuada por vinculações inseguras.

O objetivo deste estudo consiste na análise das relações entre vinculação, mentalização e sintomatologia depressiva em adultos. Considerando a revisão da literatura, é expectável que padrões de vinculação insegura estejam negativamente relacionados com a capacidade de mentalização e positivamente com a sintomatologia depressiva. Também em linha com a revisão da literatura, pretende-se, num segundo momento, explorar o papel mediador da mentalização na relação entre vinculação e a sintomatologia depressiva numa amostra da população adulta portuguesa.

Material e Métodos

Participantes

A amostra final deste estudo (Tabela 1) é constituída por 350 indivíduos, todos com nacionalidade portuguesa e com idades compreendidas entre os 18 anos e os 77 anos (*M* = 35.39; *DP* = 14.19), sendo 55.14% do sexo feminino (*n* = 193) e 57.71% solteira. Os anos de escolaridade completos variam entre 4 e 27 anos, com uma média de 14.92 (DP = 3.02). Relativamente às habilitações literárias, 36.57% assinalou possuir uma licenciatura. No que concerne à situação profissional, 65.42% da população da amostra está empregada e 26.86% é estudante.

Tabela 1.

Características sociodemográficas da amostra: sexo, estado civil, habilitações profissionais, situação profissional, idade e anos de escolaridade.

	n	*%*
Sexo		
Feminino	193	55.1
Masculino	157	44.9
Estado Civil		
Solteiro(a)	202	57.7
Casado(a)/União de fato	125	35.7
Divorciado(a)	18	5.1
Viúvo(a)	5	1.4
Habilitações Profissionais		
3º ciclo (7º a 9º ano)	14	4.0
Ensino secundário	99	28.3
Bacharelato	6	1.7
Licenciatura	128	36.6
Pós-Graduação	19	5.4
Mestrado	73	20.9
Doutoramento	10	2.9
CET	1	0.3
Situação Profissional		
Ativo(a)/Empregado(a)	229	65.4
Desempregado(a)	15	4.3
Reformado(a)	10	2.9
Estudante	94	26.9
Trabalhador/Estudante	2	0.6

	Min	Max	*M*	*DP*
Idade	18	77	35.39	14.19
Anos completos de escolaridade	4	27	14.92	3.02
				Total (*N* = 350)

Nota: N = número total de indivíduos; n= número de indivíduos; *M* = média; *DP* = desvio-padrão.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico. O primeiro segmento do protocolo de investigação incluía diversas questões para a caracterização sociodemográfica dos participantes, incluindo: sexo, idade, nacionalidade, estado civil, habilitações profissionais, situação profissional e profissão.

Multidimensional Mentalizing Questionnaire – MMQ (Gori et al., 2021). O MMQ é composto por 33 itens com um formato de resposta numa escala de Likert de cinco pontos, desde 1 = "Nada" a 5 = "Muito", e abrange aspetos centrais do construto de mentalização em quatro eixos distintos: Cognitivo-Afetivo; Self-Outro; Fora-Dentro; Explícito-Implícito. O MMQ avalia o nível de mentalização considerando a natureza multifacetada do construto, com subescalas que indicam capacidades positivas (Reflexividade, Força do Ego e Sintonia Relacional), e subescalas de pendor negativo (Desconforto Relacional, Desconfiança e subescalas de descontrolo emocional), incluindo uma pontuação total do MMQ (soma de todos os itens após terem sido invertidos aqueles incluídos nas subescalas negativas). No artigo original, o coeficiente alfa de Cronbach indicou um bom nível de consistência interna, tanto para a escala total ($\alpha = .75$), como para as subescalas (Reflexividade, $\alpha = .89$; Força do Ego, $\alpha = .81$; Sintonia Relacional , $\alpha = .82$; Desconforto Relacional , $\alpha = .76$; Desconfiança, $\alpha = .74$; Descontrolo Emocional , $\alpha = .72$) (Gori et al., 2021). Na versão traduzida e adaptada para a população portuguesa (Benedito, 2022), o MMQ total apresentou um bom nível de consistência interna ($\alpha = .87$), similar ao presente estudo ($\alpha = .87$).

Escala de Vinculação do Adulto – EVA (*Adult Attachment Scale-R* – AAS-R; Collins & Read, 1990; Versão Portuguesa: (Canavarro et al., 2006). Este questionário de autorresposta permite avaliar a vinculação do adulto e é composto por 18 itens, respondidos numa escala de 5 pontos (de 1 = *Nada característico em mim* a 5 = *Extremamente característico em mim*). A vinculação é avaliada em três dimensões: Ansiedade (grau de ansiedade que o individuo sente relativamente a questões interpessoais, como o medo do abandono ou da rejeição), Contacto com a Proximidade (grau em que o indivíduo se sente confortável com a proximidade e intimidade), e a Confiança nos Outros (grau de confiança nos outros e do quanto o indivíduo consegue depender dos outros quando necessita). A EVA revelou boa consistência interna no

estudo original com os seguintes alfas de Cronbach: .75 na dimensão Confiança nos Outros; .72 para a dimensão Ansiedade; e .69 para a dimensão Proximidade (Collins & Read, 1990). Na versão portuguesa, a medida apresentou uma boa consistência interna para o total da escala (α = .81), bem como um valor adequado para a dimensão Ansiedade (α = .84). As dimensões Conforto com a Proximidade (α = .67) e Confiança nos Outros (α = .54) apresentaram valores um pouco baixos. No entanto, estas subescalas distinguem a população em geral da população clínica e mostram-se bons componentes na construção de estilos de vinculação, consistentes com a Teoria da Vinculação do Adulto, sugerindo que a maioria dos seus conteúdos são pertinentes em termos da vinculação do adulto (Canavarro et al., 2006).

No presente estudo, o alfa de Cronbach apresentou um valor bastante inferior ao desejável na escala total (α= .57). Relativamente às subescalas, os valores dos alfas oscilaram entre .44 e .89, nomeadamente, na Ansiedade foi de .89, no Conforto com Proximidade foi de .71 e na Confiança nos Outros foi de .44.

Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI (*Brief Symptom Inventory* – BSI; Derogatis, 1982; Versão Portuguesa: Canavarro, 1999). O *Brief Symptom Inventory* é uma adaptação do SCL-90-R, tendo como o objetivo a diminuição do tempo de preenchimento deste instrumento, devido ao facto do SCL-90-R ser composto por 90 itens e implicar um tempo de preenchimento de 12 a 20 minutos, o que em alguns contextos poderá ser uma limitação à sua utilização. A análise das correlações dos itens com as escalas a que pertencem, no SCL-90-R (Derogatis & Cleary, 1977, citado por Canavarro, 1999), sugeriu que cinco ou seis itens de cada escala teriam suficiente valor para suportar individualmente a definição operacional de cada dimensão psicopatológica (Derogatis, 1993, citado por Canavarro, 1999), sendo que os itens com maior peso em cada dimensão foram utilizados para compor o BSI. Relativamente à consistência interna do BSI (*Brief Symptom Inventory*), a escala apresentou valores de alfa de Cronbach adequados, situando-se desde .71 a .85. O instrumento está validado para a população portuguesa, e embora seja particularmente relevante para doentes de foro psiquiátrico/psicológico, pode também ser administrado à população em geral (Derogatis & Melisaratos, 1983). O BSI mede sintomas psicopatológicos e perturbações emocionais, sendo constituído por 53 itens, decompostos em nove dimensões sintomatológicas: Somatização, Sensibilidade Interpessoal, Ansiedade Fóbica, Obsessividade, Depressão, Hostilidade, Ideação Paranóide e Psicoticismo, incluindo também três medidas gerais de perturbação emocional. O BSI é respondido através de uma escala de Likert, variando entre "nunca" a "muitíssimas

vezes", e inclui três índices globais, respetivamente: o Índice Geral de Sintomas (IGS) (média de todos os itens da escala); Total de Sintomas Positivos (contagem de números de itens com respostas > 0); e o Índice de Sintomas Positivos (soma de todos os itens da escala a dividir pelo valor do Total de Sintomas Positivos). A consistência interna entre as subescalas situa-se entre .62 e .80 (α de Cronbach) na versão portuguesa (Canavarro, 1999).

No presente estudo, foi somente utilizada a subescala da Sintomatologia Depressiva, que apresentou um valor elevado do alfa de Cronbach (α = .90).

Procedimentos

O presente estudo está inserido no projeto de investigação "Validação de Medidas de Mentalização para a População Portuguesa", que obteve parecer favorável da Comissão de Ética do ISMT (CE-P12-22), estabelecendo o cumprimento dos procedimentos éticos necessários.

Após a obtenção do parecer favorável da Comissão de Ética do ISMT, foram formalizados pedidos de autorização via email aos autores das escalas a serem utilizadas no presente estudo, em concordância com os princípios éticos.

O protocolo de investigação desenvolvido para o efeito ficou constituído por 7 instrumentos psicométricos, tendo sido utilizados apenas 3 desses instrumentos para o presente estudo (acima referenciados). O protocolo de recolha de dados incluía uma folha de rosto, na qual era explicado o objetivo central do estudo, os procedimentos, a salvaguarda de questões éticas (como o anonimato, a confiabilidade, a participação voluntária e o direito a interromper a colaboração a qualquer momento) e os critérios de inclusão (nomeadamente pessoas de nacionalidade portuguesa, com idades iguais ou superiores a 18 anos, e que não apresentassem limitações em responder ao protocolo de investigação), tendo sido avançada a possibilidade de qualquer esclarecimento de dúvidas através de e-mail. O participante tinha acesso ao protocolo propriamente dito após facultar o seu consentimento informado.

O protocolo foi transcrito na plataforma *Google Forms* de forma a viabilizar a coleta online, e a amostra da população foi recolhida entre 21 de fevereiro e 25 de abril de 2022. O processo de amostragem foi por conveniência e "bola-de-neve", sendo utilizadas as redes sociais online Facebook, Instagram e Whatsapp, bem como o envio individual através de e-

mail para membros das redes sociais pessoais da equipa de investigação. Para além da recolha online, foi também efetuada uma coleta presencial com uma versão impressa do protocolo, por exemplo, nos casos em que os participantes tinham acesso limitado às redes telemáticas. As respostas obtidas na recolha online deram origem a um documento Excel, o qual foi convertido posteriormente para uma base de dados do programa IBM SPSS *Statistics* (versão 25). As respostas decorrentes da recolha presencial foram inseridas manualmente pela equipa de investigação.

Análise de dados

Os procedimentos estatísticos foram realizados através do programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25.0, e do JASP (*Jeffreys's Amazing Statistics Program*). A descrição da amostra implicou o cálculo de médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas (idade e anos de escolaridade) e através do cálculo de frequências e percentagens relativas para as variáveis categoriais (sexo, estado civil, habilitações profissionais, e situação profissional). A consistência interna das escalas utilizadas no presente estudo foi avaliada através do cálculo dos alfas de Cronbach. Relativamente à análise da distribuição normal das variáveis, foram utilizados o teste de Kolmogorov-Smirnov e os coeficientes de assimetria (Sk) e Achatamento (Ku), tendo em consideração a representação gráfica apresentada em *boxplot*, e para testar a homogeneidade das variâncias recorreu-se à correção de Levene. De acordo com Kline (2005) (como citado em Martynova et al., 2018), não foram encontradas transgressões acentuadas à distribuição normal (valores de $|Sk| < 3$ e de $|Ku| < 10$). Na análise das diferenças, consoante o sexo do respondente relativamente às médias das variáveis em estudo, recorreu-se ao teste *t* de *Student* para amostras independentes. As matrizes de correlação de Pearson foram utilizadas para medir a amplitude das relações entre as variáveis. Na interpretação dos coeficientes de correlação tivemos em consideração os critérios de Pestana e Gageiro (2014): valor inferior a .20 indica uma associação muito baixa entre as variáveis; entre .21 e .39 aponta para uma associação baixa; entre .40 e .69 uma moderada; entre .70 e .89 elevada; e superior a .90 muito elevada.

Os modelos mediacionais foram realizados através do *PROCESS* macro, versão 4 para o SPSS (modelo 4; Hayes, 2013) e através do JASP *(Jeffrey's Amazing Statistics Program*), com o objetivo de testar o possível efeito mediador da mentalização, e os efeitos diretos e indiretos.

O modelo de mediação é um método estatístico utilizado para responder a questões sobre de que forma uma variável independente (X) poderá afetar uma variável dependente (Y), sendo que a mediação (M) é o mecanismo pelo qual X pode influenciar Y (Hoyle & Robinson, 2004). Existem dois caminhos distintos pelos quais X poderá influenciar Y, e as letras a, b, c, e c' representam o efeito correspondente a cada uma das relações. Ao realizar uma mediação, os efeitos diretos, indiretos, e o efeito total do modelo devem ser considerados, para o efeito de X sobre M, e o efeito de M sobre Y ser calculado (Hayes, 2013).

Foi utilizado um procedimento de 5.000 *bootstrap* para testar a significância dos efeitos diretos e indiretos. Este procedimento gera dois intervalos: limite inferior e limite superior de 95%. Ou seja, para que o efeito indireto seja significativo, não poderá haver troca de sinal entre esses dois limites, mais especificamente, o intervalo de confiança não poderá incluir zeros. Por exemplo, se ambos os valores de limite superior e inferior se apresentarem como negativos, o efeito indireto é considerado negativo, mas significativo, se apenas um dos valores for negativo, e o outro positivo, o efeito de mediação é considerado nulo ou não significativo (Prado et al., 2014).

A maioria dos métodos de avaliação da mediação são baseados em caminhos não padronizados (*unstandardized paths*), embora seja comum na descrição dos resultados apresentar os caminhos padronizados (*standardized paths*) (Hayes, 2013).

Esta análise teve 3 momentos. O primeiro foi verificar se a Mentalização (MMQ Total) mediava a relação entre Ansiedade (AAS-R) e a Sintomatologia Depressiva (BSI). No segundo se a Mentalização mediava a relação entre o Contacto com Proximidade (AAS-R) e a Sintomatologia Depressiva. No terceiro, se a Mentalização mediava a relação entre Confiança nos Outros (AAS-R) e A Sintomatologia Depressiva.

Em todas as análises foi considerada significância estatística ao valor de *p* igual ou inferior a .05 (Marôco, 2014).

Resultados

Análise preliminar dos dados

No estudo da normalidade das variáveis, o teste de Kolmogorov-Smirnov foi significativo e todas as escalas apresentaram uma distribuição normal, tendo em conta os valores de referência de Kline (2005) (valores de |Sk| < 3 e de |Ku| < 10). A existência de *outliers* foi avaliada através da representação gráfica dos resultados (Quartis-Box Plot e Histogramas) que indicaram a presença de alguns valores extremos. Uma vez que estes valores não interferiam com as análises estatísticas realizadas e não diminuíam a variabilidade associada ao fator em estudo, optou-se pela manutenção dos mesmos (Tzagkarakis et al., 2016).

O cálculo dos alfas de Cronbach permitiu observar que três das cinco escalas utilizadas nas análises mostram valores de consistência interna muito bons (coeficientes entre .87 e .90), nomeadamente: o MMQ Total (α = .87); a subescala da Ansiedade avaliada pelo AAS-R (α = .89); e a subescala da Depressão avaliada pelo BSI (α = .90). As restantes duas subescalas do AAS-R (Confiança nos Outros e Conforto com Proximidade) apresentam valores de consistência interna inferiores do desejável (.44 e .71).

Mentalização, vinculação e sintomatologia depressiva em função das características sociodemográficas

Considerando que alguns dos estudos consultados que aplicaram modelos mediacionais identificaram a variável sexo como covariável relevante, recorreu-se a testes *t* de *Student* para amostras independentes com vista a aferir se existiam diferenças estatisticamente significativas em função do sexo relativamente às variáveis em estudo. Na Tabela 2 são apresentadas as estatísticas descritivas das variáveis em estudo em função do sexo. Os resultados não evidenciaram diferenças significativas entre os grupos.

A idade correlaciona-se de forma significativa, embora negativa e baixa, com a subescala da Ansiedade avaliada pela AAS-R (r = -0.31; p < 0,001), e com a subescala Sintomatologia Depressiva do BSI (r = -0.22; p < 0,001). Os anos de escolaridade apresentam uma correlação significativa, positiva e baixa, com a Mentalização (MMQ Total) (r = 0.18; p < 0,001).

Tabela 2.

Médias (M), desvios-padrão (DP), e testes t de Student para a comparação entre os sexos nas variáveis em estudo.

	M (DP)	***M (DP)***		
	Masculino (N=157)	**Feminino** (N=193)	***t***	***p***
Ansiedade (AAS-R)	14.14 (5.63)	14.93 (6.01)	-1.26	0.20
Contacto com Proximidade (AAS-R)	22.18 (3.45)	21.98 (4.17)	0.48	0.63
Confiança nos Outros (AAS-R)	21.41 (3.15)	21.45 (3.64)	-0.10	0.92
Mentalização (MMQ Total)	110.28 (12.55)	112.17 (14.89)	-1.26	0.21
Sintomatologia Depressiva (BSI)	5.00 (4.78)	5.97 (5.62)	-1.72	0.09

Nota. *$p \leq 0{,}05$; **$p \leq 0{,}001$; MMQ = *Multidimensional Mentalizing Questionnaire* (Mentalização Multidimensional-Q); AAS-R = *Adult Attachment Scale*-R (Escala de Viculação do Adulto); BSI = *Brief Symptom Inventory* (Inventário de Sintomas Psicopatológicos).

Correlações entre mentalização, vinculação e sintomatologia depressiva

Foram analisados os coeficientes de correlação de Pearson (Tabela 3), para compreender a associação entre as variáveis em estudo. Os componentes da escala da Vinculação do Adulto (AAS-R), a Mentalização (MMQ Total) e a Sintomatologia Depressiva (BSI) correlacionaram-se de forma significativa ($p \leq 0{,}001$), e no sentido esperado da associação. Mais especificamente, o coeficiente obtido entre a Sintomatologia Depressiva e a Ansiedade (AAS-R) é moderado e positivo, e, entre a Sintomatologia Depressiva com a Confiança nos Outros (AAS-R), e com o Contacto com Proximidade (AAS-R), é moderado e negativo. Relativamente à Mentalização, os coeficientes de correlação obtidos com a Ansiedade e com a Sintomatologia

Depressiva são negativos, baixos a moderados, e com a Confiança nos Outros e Contacto com Proximidade são positivos, com coeficientes baixos a moderados. Estes dados sugerem que níveis elevados de Sintomatologia Depressiva estão associados a níveis elevados de Ansiedade e a níveis baixos de Confiança com os Outros, Contacto com Proximidade e de Mentalização.

Tabela 3.

Matrizes de correlação de Pearson entre as componentes da Vinculação (AAS-R), a Mentalização Total (MMQ) e a Sintomatologia Depressiva (BSI).

Variável	1	2	3	4	5
1. Ansiedade (AAS-R)	—				
2.Confiança nos Outros (AAS-R)	0.27**	—			
3. Contacto com Proximidade (AAS-R)	-0.18**	0.24**	—		
4. Mentalização (MMQ Total)	-0.39**	0.26**	0.49**	—	
5. Sintomatologia Depressiva (BSI)	0.61**	-0.27**	-0.31**	-0.51**	—

Nota. *$p \leq 0{,}05$; **$p \leq 0{,}001$.

Modelos de mediação para testar o efeito mediador da Mentalização

Foram testados três modelos mediacionais para cada subescala da Vinculação (Ansiedade, Confiança nos Outros e Contacto com Proximidade), com o objetivo de analisar o possível efeito mediador da Mentalização, na relação entre a Vinculação e a Sintomatologia Depressiva. Os três modelos basearam-me em quatro passos diferentes:1) Confirmar o significado da relação entre a variável independente (Vinculação) e a variável dependente (Sintomatologia Depressiva) (seta *c*); 2) Confirmar o significado da relação entre a Vinculação e a Mentalização (variável mediadora) (seta *a*); 3) Confirmar o significado da relação entre a Mentalização e a Sintomatologia Depressiva na presença da Vinculação (seta *b*); e 4) Confirmar a redução significativa do efeito da relação entre a Vinculação e a Sintomatologia Depressiva na presença da Mentalização (seta *c*'). Assim, foi considerado que existe um efeito mediador da Mentalização, se o efeito indireto for significativo.

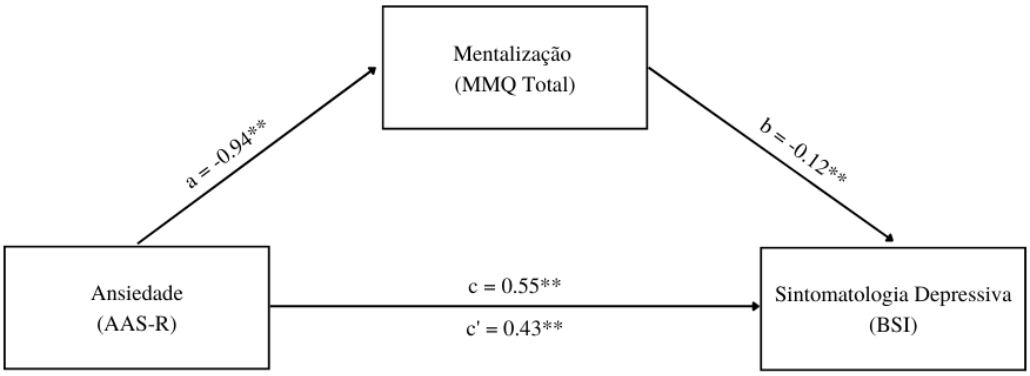
O papel mediador da Mentalização (MMQ) na relação entre a Ansiedade (AAS-R) e a Sintomatologia Depressiva (BSI)

O modelo de mediação apresentou uma variância de 46% da Sintomatologia Depressiva, sendo que a totalidade das trajetórias foi significativa ($F = 203.24$; $p < 0{,}001$). O efeito total da Ansiedade sobre a Sintomatologia Depressiva, tendo em conta o mediador da Mentalização, foi significativo ($c = 0.55$, IC 95% [0.47, 0.62], $t = 14.26$; $p < 0{,}001$), e a Mentalização ($b = -0.12$, IC 95% [-0.15, -0.09], $t = -7.41$; $p < 0{,}001$), apresentou um efeito considerável na Sintomatologia Depressiva.

Posto isto, podemos afirmar que todas as trajetórias se mostraram estatisticamente significativas, pois tanto o efeito direto ($c' = 0.43$, IC 95% [0.36, 0.51], $t = 11.16$; $p < 0{,}001$) como o efeito total ($c = 0.55$, IC 95% [0.47, 0.62], $t = 14.26$, $p < 0{,}001$) explicam-nos que a Ansiedade tem um efeito significativo sobre a Sintomatologia Depressiva, e que a Mentalização tem um papel significativo nessa relação. Podemos também afirmar que neste modelo existe uma mediação parcial, devido ao efeito indireto ($a.b = 0.11$; BootIC 5000 [0.07, 0.16]) e direto serem ambos significativos.

Figura 1

Efeito mediador da Mentalização (variável mediadora = M) na relação entre a Ansiedade (variável independente = X) e a Sintomatologia Depressiva (variável dependente = Y).



Nota. *$p \leq 0{,}05$; **$p \leq 0{,}001$; os valores apresentados são não padronizados.

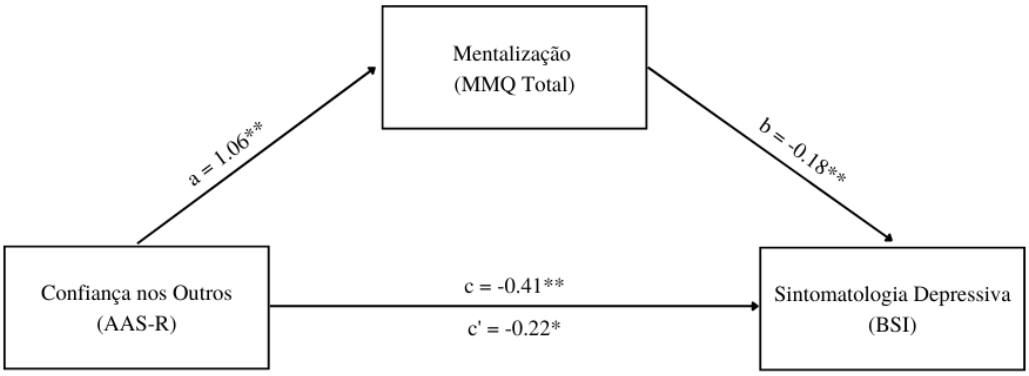
O papel mediador da Mentalização (MMQ) na relação entre a Confiança nos Outros (AAS-R) e a Sintomatologia Depressiva (BSI)

O seguinte modelo de mediação apresentou 28% de variância da Sintomatologia Depressiva, sendo que a totalidade das trajetórias mostrou ser significativa (F = 26.99; p < 0,001). O efeito total da Confiança nos Outros sobre a Sintomatologia Depressiva, tendo em conta o mediador da Mentalização, foi significativo (c = -0.41, IC 95% [-0.57, -0.26], t = -5.19; p < 0,001), e a Mentalização (b = -0.18, IC 95% [-0.21, -0.14], t = -9.97; p < 0,001), apresentou um efeito considerável na Sintomatologia Depressiva.

Assim, podemos afirmar que todas as trajetórias se mostraram estatisticamente significativas, pois tanto o efeito direto (c'= -0.22, IC 95% [-0.37, -0.08], t = -3.06; p < 0,05) como o efeito total (c = -0.41, IC 95% [-0.57, -0.26], t = -5.19; p < 0,001), explicam-nos que a Confiança nos Outros tem um efeito significativo sobre a Sintomatologia Depressiva, e que a Mentalização tem um papel significativo nessa relação. Podemos também afirmar que neste modelo existe uma mediação parcial, devido ao efeito indireto ($a.b$ = -0.19, BootIC 5000 [-0.29, -0.10]) e direto, serem ambos significativos.

Figura 2

Efeito mediador da Mentalização (variável mediadora = M) na relação entre a Confiança nos Outros (variável independente = X) e a Sintomatologia Depressiva (variável dependente = Y).



Nota. *$p \leq 0{,}05$; **$p \leq 0{,}001$; os valores apresentados são não padronizados.

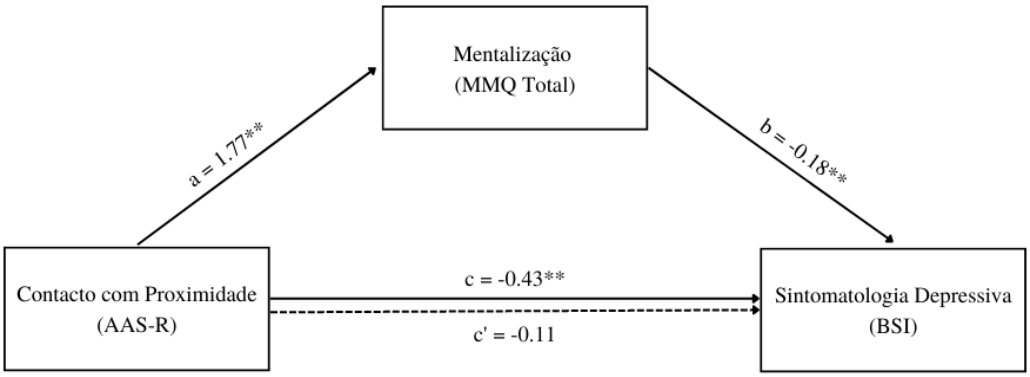
O papel mediador da Mentalização (MMQ) na relação entre o Contacto com Proximidade (AAS-R) e a Sintomatologia Depressiva (BSI)

Este modelo de mediação explicou 26% de variância da Sintomatologia Depressiva, sendo que a totalidade das trajetórias foi significativa (F = 37.71; p < 0,001). O efeito total do Contacto com Proximidade sobre a Sintomatologia Depressiva, tendo em conta o mediador da Mentalização, foi significativo (c = -0.43, IC 95% [-0.56, -0.29], t = -6.14, p < 0,001), e a Mentalização (b = -0.18; IC 95% [-0.22, -0.14], t = -8.87; p < 0,001) apresentou um efeito considerável na Sintomatologia Depressiva.

Neste sentido, não podemos afirmar que todas as trajetórias se mostraram estatisticamente significativas, pois o efeito direto (c'= -0.11, IC 95% [-0.25, 0.03], t = -1.56; p > 0,001) não é significativo. No entanto, o efeito total (c = -0.43, IC 95% [-0.56, -0.29], t = -6.14; p < 0,001) é significativo, o que nos indica que o Contacto com Proximidade não tem um efeito direto sobre a Sintomatologia Depressiva, mas sim através da Mentalização. Podemos também afirmar que neste modelo existe uma mediação, devido ao efeito indireto ($a.b$ = -0.31; BootIC 5000 [-0.44, -0.21]) ser significativo, embora não seja uma mediação parcial e seja um efeito indireto negativo.

Figura 3

Efeito mediador da Mentalização (variável mediadora= M) na relação entre o Contacto com Proximidade (variável independente= X) e a Sintomatologia Depressiva (variável dependente= Y).



Nota. *$p \leq 0{,}05$; **$p \leq 0{,}001$; -------- Linhas tracejadas correspondem aos caminhos não significativos; os valores apresentados são não padronizados.

Discussão e Conclusão

A capacidade de mentalização permite que o ser humano reflita sobre os seus estados internos e os dos outros, desempenhando uma função na interpretação e antecipação das ações humanas, sendo de grande importância no comportamento interpessoal (Hayden et al., 2019). De acordo com Fonagy et al. (1991), existem ligações entre o funcionamento reflexivo e a vinculação, sendo que o desenvolvimento da mentalização é influenciado por padrões de vinculação. Acredita-se que a desregulação do afeto deriva de relacionamentos iniciais inseguros com o cuidador e parece atuar como um mediador entre a vinculação e a depressão, tanto em adultos, como em adolescentes (Malik et al., 2015). De acordo com Maia e Seabra (2005), num estudo sobre a influência de experiências de adversidade ocorridas durante a infância, na psicopatologia e comportamentos de saúde apresentados na idade adulta, foi observado que existe uma associação positiva entre a adversidade na infância e a sintomatologia psicopatológica.

Dada a importância de compreender os processos que influenciam o desenvolvimento da sintomatologia depressiva, pretendeu-se analisar o papel mediador da mentalização na relação entre a vinculação e a sintomatologia depressiva numa amostra da população portuguesa.

Primeiramente, importa sublinhar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos relativamente às variáveis que integravam o estudo, conforme estudos anteriores (Canavarro, 1999; Canavarro et al., 2006; Collins & Read, 1990; Gori et al., 2021).

A idade mostrou uma correlação significativa, embora negativa e baixa, com a subescala da Ansiedade avaliada pela AAS-R e com a subescala da Sintomatologia Depressiva avaliada pelo BSI, tal como em estudos anteriores (Canavarro, 1999). Os anos de escolaridade apresentaram uma associação positiva e baixa com a Mentalização, o que poderá indicar que a progressão escolar pode contribuir para um melhor desenvolvimento da capacidade de reflexão. No entanto, estas associações são fracas e o tamanho da amostra pode ter influenciado a significância da correlação, para além de que na revisão da literatura não foram encontrados estudos que fundamentem estas hipóteses. Neste sentido, a investigação futura poderá explorar e aprofundar estes resultados.

Todas as variáveis em estudo mostraram-se associadas entre si. Mais especificamente, encontrámos correlações positivas entre a Sintomatologia Depressiva (BSI) e a Ansiedade (AAS-R), entre a Mentalização (MMQ Total) e a Confiança nos Outros (AAS-R), e entre a

Mentalização e o Contacto com a Proximidade (AAS-R). Já as correlações entre a Sintomatologia Depressiva e a Confiança nos Outros, entre a Sintomatologia Depressiva e o Contacto com Proximidade, e entre a Sintomatologia Depressiva e a Mentalização foram negativas, tal como entre a Mentalização e a Ansiedade. A correlação positiva entre a Sintomatologia Depressiva e a Ansiedade indica que o desenvolvimento da sintomatologia depressiva está associado a padrões de uma vinculação insegura, visto que a subescala da Ansiedade capta principalmente aspetos da vinculação insegura (Canavarro et al., 2006). As correlações entre a Mentalização e a Confiança nos Outros e o Contacto com a Proximidade também se mostraram positivas, o que indica que a Mentalização está associada positivamente com uma vinculação segura, abertura e autoeficácia (Gori et al., 2021), sendo que estas duas subescalas da AAS-R captam aspetos da vinculação segura (Canavarro et al., 2006). Relativamente às correlações negativas entre a Sintomatologia Depressiva e a Confiança nos Outros e o Contato com a Proximidade, indicam que padrões de uma vinculação segura estão negativamente associados à Sintomatologia Depressiva. As associações negativas entre a Mentalização e a Sintomatologia Depressiva, e entre a Mentalização e a Ansiedade, são justificadas através de estudos prévios que indicam que os padrões de vinculação podem atuar como facilitadores da mentalização, ou como inibidores. Uma vinculação segura permite aumentar a disposição confiante para a exploração, identificação e expressão dos próprios estados mentais, favorecendo uma maior abertura à experiência. Desta forma, o indivíduo que cresceu num ambiente suficientemente bom e capaz de corresponder às suas necessidades humanas básicas, irá desenvolver capacidades sociais adaptativas, o que por sua vez irá torna-lo capaz de usar a capacidade de autorreflexão nos seus relacionamentos interpessoais e na gestão de conflitos. Por outro lado, uma vinculação insegura está associada a dificuldades na compreensão e regulação das emoções, limitando o acesso a estratégias regulatórias afetivas, podendo resultar em reações destrutivas, com tendência à instabilidade, desconfiança, insegurança relacional, e evitação social, o que destaca a associação entre desequilíbrios de mentalização e psicopatologia (Gori et al., 2021), como a depressão ou a sintomatologia depressiva. Todos os resultados discutidos até ao momento são consonantes com a revisão da literatura apresentada na introdução do presente trabalho.

Quanto aos modelos de mediação, foram revelados resultados particularmente relevantes para a compreensão de como as variáveis em estudo se relacionam. O primeiro modelo, que foca o papel mediador da mentalização na relação entre a ansiedade e a sintomatologia depressiva, explicou 46% de variância da sintomatologia depressiva. Tanto o efeito direto como o efeito indireto foram ambos significativos (mediação parcial), querendo dizer que o

efeito que a ansiedade (grau de ansiedade que o indivíduo sente relativamente a questões interpessoais) tem sobre a sintomatologia depressiva é direto, e também passa pela capacidade de mentalização que o indivíduo tem em compreender os seus próprios estados mentais e os dos outros. O segundo modelo (o papel mediador da mentalização na relação entre a confiança nos outros e a sintomatologia depressiva), explicou 28% de variância da sintomatologia depressiva. O efeito direto e o efeito indireto foram significativos (mediação parcial), o que explica que a relação entre a confiança nos outros (grau de confiança nos outros e do quanto o indivíduo consegue depender dos outros quando necessita dos mesmos) e a sintomatologia depressiva é também explicada de forma significativa pela presença da mentalização, sendo possível equacionar que indivíduos que têm uma maior capacidade em confiar nos outros, poderão ter uma maior capacidade de mentalização, e uma menor tendência para desenvolver sintomatologia depressiva, e vice-versa. No terceiro modelo (o papel mediador da mentalização na relação entre o contacto com a proximidade e a sintomatologia depressiva) foi explicada 26% de variância da sintomatologia depressiva. Neste modelo o efeito direto não foi significativo. Contudo, verificou-se uma mediação, devido ao facto de o efeito indireto ter-se mostrado significativo, o que quererá dizer que o grau em que o indivíduo se sente confortável com a proximidade e intimidade não influencia diretamente a sintomatologia depressiva, mas sim somente através da presença da mentalização.

Os modelos mediacionais no âmbito da mentalização ou função reflexiva têm vindo a suscitar a atenção da investigação, na medida em que permitem fazer a ponte entre experiências adversas de um passado mais ou menos remoto, incluindo os padrões de vinculação estabelecidos precocemente, e o comportamento atual dos sujeitos. Por exemplo, Berthelot et al. (2019) salientam o papel protetor da mentalização, enquanto mediador da relação entre a experiência de abuso na infância e a psicopatologia e atitudes parentais na adultez. No já referenciado estudo de Murri et al. (2016), défices de mentalização estavam associados com a severidade da depressão em adolescentes e jovens adultos, explicando uma parte do efeito depressogénico do trauma infantil. Parada-Fernández et al. (2021) sublinham igualmente o papel mediador da mentalização na relação entre trauma precoce e desregulação emocional na adultez.

Todos estes resultados, incluindo aqueles apresentados no presente estudo, congregam um contributo teórico para os modelos compreensivos da psicopatologia, mas revestem-se igualmente de importantes implicações clínicas. Como referem Parada-Fernández et al. (2021), se considerarmos que os padrões de vinculação estabelecidos na infância são estáveis e difíceis de modificar, e que a sua influência na vivência adulta é mediada pela adequação da capacidade

de mentalização do indivíduo, então intervenções focadas em melhorar esta capacidade poderão trazer ganhos significativos na redução da sintomatologia. Numa revisão da literatura sobre problemas de mentalização em crianças e adolescentes, Sharp e Venta (2012) chegam a conclusões similares, sugerindo a mentalização como um importante aspeto a ser visado no tratamento.

É importante realçar que os resultados do presente estudo devem ser interpretados atendendo a limitações metodológicas. Entre estas conta-se principalmente a utilização de questionários de autorresposta, os quais podem determinar enviesamentos nos resultados, devido à subjetividade inerente. De modo a que estas limitações possam ser ultrapassadas, pesquisas futuras podem recorrer a estudos longitudinais e a avaliações com recurso a entrevistas, obtendo informação aprofundada sobre as características e o impacto da trajetória desenvolvimental da sintomatologia depressiva. Investigações futuras poderão ainda validar estes resultados em amostras clínicas, ou numa amostra com sintomatologia depressiva clinicamente significativa.

Apesar das limitações apresentadas, consideramos que o presente estudo de investigação apresenta um contributo relevante, na medida em que aborda o pouco estudado papel mediador da mentalização numa amostra da população portuguesa, permitindo assim avançar hipóteses compreensivas e de tratamento/intervenção para a sintomatologia depressiva no adulto. Apesar da relação entre adversidades da infância e dificuldades no adulto estarem amplamente validadas pela investigação, indicando que uma vinculação insegura pode conduzir ao desenvolvimento de psicopatologia ou desafios interpessoais na idade adulta, é importante que sejam conhecidas as vias de transmissão da adversidade inicial à patologia posterior (Kazdin, 2004). Ao salientar o papel que a capacidade de mentalização detém no trajeto que vai da vinculação precoce à sintomatologia depressiva, este estudo sugere os potenciais benefícios que intervenções focadas na mentalização podem deter. Como sugerem Parada-Fernández et al. (2021), melhorias na capacidade de mentalização podem trazer benefícios não apenas em quadros clínicos com sintomatologia depressiva ou ansiosa, mas também em adições e perturbações de personalidade, ou mesmo em pessoas sem qualquer patologia do foro psicopatológico.

Referências

Alsarraf, J., & Nilsson, Y. (2009). *Reflecting around the functions behind depression -A correlational study of depression, mentalization and attachment*. Linköping University. Retrieved from http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:283656/fulltext01.pdf

Arieti, S., & Bemporad, J.R. (1980). The psychological organization of depression. *American Journal of Psychiatry*, 137 (11), pp. 1360-1365. https://doi.org/10.1176/ajp.137.11.1360

Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), pp. 595–613. https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *67*(3), 187–211. https://doi.org/10.1521/bumc.67.3.187.23439

Beck, A.T. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper & Row.

Belvederi Murri, M., Ferrigno, G., Penati, S., Muzio, C., Piccinini, G., Innamorati, M., Ricci, F., Pompili, M., & Amore, M. (2016). Mentalization and depressive symptoms in a clinical sample of adolescents and young adults. *Child and Adolescent Mental Health*, *22*(2), 69–76. https://doi.org/10.1111/camh.12195

Benedito, L. (2022). *Propriedades Psicométricas do Multidimensional Mentalizing-Q (MMQ): Dados Preliminares*. [Manuscrito não publicado]. Instituto Superior Miguel Torga.

Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Lacharité, C., & Muzik, M. (2019). The protective role of mentalizing: Reflective functioning as a mediator between child maltreatment, psychopathology and parental attitude in expecting parents. *Child Abuse & Neglect*, *95*, 104065. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104065

Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P. M., Bunn, A., & Beer, N. (2006). Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*(10), 796–805. https://doi.org/10.1007/s00127-006-0101-z

Bion, W.R., 1967. *Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*. Maresfield Library

Bizzi, F., Ensink, K., Borelli, J. L., Mora, S. C., & Cavanna, D. (2018). Attachment and reflective functioning in children with somatic symptom disorders and disruptive behavior disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *28*(5), 705–717. https://doi.org/10.1007/s00787-018-1238-5

Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, *50*(12), 1003–1020. https://doi.org/10.1037/0003-066x.50.12.1003

Blatt, S. J., & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review*, *12*(1), 47–91. https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90091-l

Bleandonu, G. (1994). *Wilfred Bion. His life and works*, 1897-1979. Free Association Books

Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (ASS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, *20*(1), 156. https://doi.org/10.17575/rpsicol.v20i1.381

Canavarro, M. C. (1999). *Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI*. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds), Testes e Provas Psicológicas em Portugal (Vol. 2; pp. 87-109). SHO/APPORT.

CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1

China, J. F. (2017). *Determinantes Sociais da Depressão: diferenças entre idade, sexo e modelo de cuidados de saúde primários*. [Trabalho final, mestrado integrado em medicina]. Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública.

Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult Attachment, Working Models, and Relationship Quality in Dating Couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(4), 644–663. https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644

Dagnino, P., Pérez, C., Gómez, A., Gloger, S., & Krause, M. (2017). Depression and attachment: How do personality styles and social support influence this relation? *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, *20*(1), pp. 53–62. https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.237

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, *13*(3), 595–605. https://doi.org/10.1017/s0033291700048017

Dozier, M., Stovall-McClough, K. C., & Albus, K. E. (2008). Attachment and Psychopathology in Adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (2nd ed.,3, pp. 718–744). *Guilford Pres*s

Egidius, H. (2005). Psykologilexikon. *Natur och Kultur*.

Ensink, K., Borelli, J. L., Roy, J., Normandin, L., Slade, A., & Fonagy, P. (2018). Costs of Not Getting to Know You: Lower Levels of Parental Reflective Functioning Confer Risk for Maternal Insensitivity and Insecure Infant Attachment. *Infancy*, *24*(2), 210–227. https://doi.org/10.1111/infa.12263

Fischer-Kern, M., & Tmej, A. (2019). Mentalization and depression: Theoretical concepts, treatment approaches and empirical studies - An overview. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, *65*(2), 162–177. https://doi.org/10.13109/zptm.2019.65.2.162

Fizke, E., Buchheim, A., & Juen, F. (2013). Activation of the attachment system and mentalization in depressive and healthy individuals - An experimental control study. *Psihologija*, *46*(2), 161–176. https://doi.org/10.2298/PSI1302161F

Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(4), 411–430. https://doi.org/10.1002/jclp.20241

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2018). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self* (P. Fonagy, G. Gergely, & E. L. Jurist, Eds.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429471643

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(1), 22–31. https://doi.org/10.1037/0022-006x.64.1.22

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G., & Higgit, A. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 201 – 217.

Fonagy, P., Target, M. (1996): Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *Int J Psychoanal* 77, 217–233.

George, T., Thomas, D., & Alin, A. (2016). Recurrence quantification analysis of denoised index returns via alpha-stable modeling of wavelet coefficients: detecting switching volatility regimes. *Studies in Nonlinear Dynamics & Econometrics*, *20*(1), 75–96. Retrieved from https://ideas.repec.org/a/bpj/sndecm/v20y2016i1p75-96n6.html

Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *The*

International Journal of Psycho-Analysis, *77 (Pt 6)*, 1181–1212. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9119582/

Gori, A., Arcioni, A., Topino, E., Craparo, G., & Lauro Grotto, R. (2021). Development of a New Measure for Assessing Mentalizing: The Multidimensional Mentalizing Questionnaire (MMQ). *Journal of Personalized Medicine*, *11*(4), 305. https://doi.org/10.3390/jpm11040305

Hayden, Markus C., Müllauer, Pia K., Gaugeler, R., Senft, B., & Andreas, S. (2019). Mentalization as Mediator between Adult Attachment and Interpersonal Distress. *Psychopathology*, *52*(1), 10–17. https://doi.org/10.1159/000496499

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis.* The Guilford Press.

Hoyle, R. H., & Robinson, J. C. (2004). *Mediated and Moderated Effects in Social Psychological Research: Measurement, Design, and Analysis Issues*. In C. Sansone, C. C. Morf, & A. T. Panter (Eds.), *The Sage handbook of methods in social psychology* (pp. 213- 233). Sage Publications, Inc.

Humphrey, N. K. (1988). The social function of intellect. In R. W. Byrne & A. Whiten (Eds.), *Machiavellian intelligence: Social expertise and the evolution of intellect in monkeys, apes, and humans* (pp. 13-26). Oxford University Press.

Hünefeldt, T., Laghi, F., & Ortu, F. (2013). Are anxiously attached women better mindreaders? *Cognitive Processing*, *14*(3), 317–321. https://doi.org/10.1007/s10339-013-0556-2

Hünefeldt, T., Laghi, F., Ortu, F., & Belardinelli, M. O. (2013). The relationship between "theory of mind" and attachment-related anxiety and avoidance in Italian adolescents. *Journal of Adolescence*, 36(3), 613–621. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.03.012

Kaplan, G. A., Roberts, R. E., Camacho, T. C., & Coyne, J. C. (1987). Psychosocial predictors of depression. *American journal of epidemiology*, *125*(2), 206–220. Https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a114521

Kazdin, A. E. (2004). Evidence-based treatments: Challenges and priorities for practice and research. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(4), 923–940. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2004.04.002

Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modelling* (3a ed.). Guilford Press.

Lagos, C. M. (2007). The Theory of Thinking and the Capacity to Mentalize: A Comparison of Fonagy's and Bion's Models. *The Spanish Journal of Psychology*, *10*(1), 189–198. https://doi.org/10.1017/s1138741600006454

Luyten, P., Blatt, S. J., & Fonagy, P. (2013). Impairments in Self Structures in Depression and Suicide in Psychodynamic and Cognitive Behavioral Approaches: Implications for Clinical Practice and Research. *International Journal of Cognitive Therapy*, *6*(3), 265–279. https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.3.265

Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, *16*(1), 297–325. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355

Luyten, P., Fonagy, P., Lemma, A., & Target, M. (2012). *Depression*. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), Handbook of mentalizing in mental health practice (pp. 385-417). American Psychiatric Association.

Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). The stress–reward–mentalizing model of depression: An integrative developmental cascade approach to child and adolescent depressive disorder based on the Research Domain Criteria (RDoC) approach. *Clinical Psychology Review*, *64*, 87–98. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.008

Maia, A., & Seabra, A. (2005). *Adversidade na infância, psicopatologia e comportamentos de saúde.* Poster apresentado no 1º congresso Nacional de Saúde e Comportamento, Universidade do Minho.

Malik, S., Wells, A., & Wittkowski, A. (2015). Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 172, 428–444.

Martynova, E., West, S. G., & Liu, Y. (2017). Review of Principles and Practice of Structural Equation Modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *25*(2), 325–329. https://doi.org/10.1080/10705511.2017.1401932

Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6a ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.

Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The Role of the Family Context in the Development of Emotion Regulation. *Social Development*, *16*(2), 361–388. https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x

Parada-Fernández, P., Herrero-Fernández, D., Oliva-Macías, M., & Rohwer, H. (2021). Analysis of the mediating effect of mentalization on the relationship between attachment

styles and emotion dysregulation. *Scandinavian Journal of Psychology*, *62*(3), 312–320. https://doi.org/10.1111/sjop.12717

Prado, P. H. M., Korelo, J. C., & Silva, D. M. L. da. (2014). Mediation, Moderation and Conditional Process Analysis. *Revista Brasileira de Marketing*, *13*(04), 04-24. https://doi.org/10.5585/remark.v13i4.2739

Ramires, V. R. R., & Godinho, L. R. (2011). Psicoterapia baseada na mentalização de crianças que sofreram maus-tratos. *Psicologia Em Estudo*, *16*(1), 61–70. https://doi.org/10.1590/S1413-73722011000100008

Reis, S., & Grenyer, B. F. S. (2002). Pathways to anaclitic and introjective depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *75*(4), 445–459. https://doi.org/10.1348/147608302321151934

Schaefer, M. P., & Donelli, T. M. S. (2016). Maternal mentalizing capacity and prematurity: Effects of an intervention in NICU. *Psicologia Em Estudo*, *21*(4), 617–627. https://doi.org/10.4025/psicolestud.v21i4.31775

Sharp, C., & Venta, A. (2012). Mentalizing problems in children and adolescents. In N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 35–53). Taylor & Francis.

Schotte, C. K. W., Van Den Bossche, B., De Doncker, D., Claes, S., & Cosyns, P. (2006). A biopsychosocial model as a guide for psychoeducation and treatment of depression. *Depression and Anxiety*, *23*(5), 312–324. https://doi.org/10.1002/da.20177

Sobocki P., Lekander I., Borgström F., Ström O. (2007) *The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005,* 22(3): pp. 146-152. Eur Psychiatry.

Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (2022). "Depressão." *SNS24*. Retrieved from www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/depressao/.

Strathearn, L., Fonagy, P., Amico, J., & Montague, P. R. (2009). Adult Attachment Predicts Maternal Brain and Oxytocin Response to Infant Cues. *Neuropsychopharmacology*, *34*(13), 2655–2666. https://doi.org/10.1038/npp.2009.103

Styron, T., & Janoff-Bulman, R. (1997). Childhood attachment and abuse: Long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution. *Child Abuse & Neglect*, *21*(10), 1015–1023. https://doi.org/10.1016/s0145-2134(97)00062-8

World Federation for Mental Health (2012). *Depression: A Global Crisis- World Mental Health Day*. Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1