

Diogo Alexandre Dias Fernando

Contributo para o estudo das propriedades psicométricas do Reflective Functioning Questionnaire – 8 e do Multidimensional Mentalizing Questionnaire: Resultados preliminares sobre a capacidade discriminativa e validade convergente



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
Área de Especialização em Psicoterapia Psicodinâmica

Coimbra, 2024

**Contributo para o estudo das propriedades psicométricas do
Reflective Functioning Questionnaire – 8 e do Multidimensional
Mentalizing Questionnaire: Resultados preliminares sobre a
capacidade discriminativa e validade convergente**

Diogo Alexandre Dias Fernando

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 do Instituto Superior Miguel Torga

Coimbra, 2024

Agradecimentos

Este trabalho é a prova que o trabalho árduo, a persistência e o foco nos permitem alcançar os nossos objetivos. Cada dificuldade ultrapassada representa uma aprendizagem e um marco no meu percurso.

Mas sozinho não seria capaz, cabe-me agradecer a todos os que me acompanharam e ajudaram a torná-lo possível.

A elaboração de um trabalho individual desta dimensão, amplia a disponibilidade de quem nos orienta e aconselha construtivamente, pelo que não posso deixar de reconhecer e agradecer o apoio do docente orientador Henrique Testa Vicente, oferecendo as suas sugestões de melhoria para, em conjunto alcançar o sucesso.

Aos meus pais e irmã, por serem quem são e me fazerem ser quem sou, e por nunca me deixarem desistir, sem vocês não seria possível, o meu enorme obrigado.

À minha família que sempre me apoiou nesta caminhada, nunca deixando que perdesse o foco deixo o meu grande agradecimento.

À minha namorada que me acompanhou, apoiou e deu força em todo o meu percurso, sempre presente e com as palavras certas, o meu sincero obrigado.

Ao meu grupo de amigos que me acompanha e apoia incondicionalmente, sou grato pela compreensão das minhas ausências, nos momentos em que gostariam da minha presença e ao apoio nos momentos em que mais precisei das suas presenças.

Resumo

Introdução: A mentalização pode ser definida como uma habilidade que se desenvolve durante a infância por meio de interações com cuidadores capazes de refletir e responder aos estados mentais da criança, dotando-a de competências para compreender, interpretar e comunicar estados mentais próprios e dos outros, sendo crucial para a formação de um sentido de self estável e enriquecido, bem como para as interações interpessoais saudáveis.

Objetivos: Este estudo visa contribuir para a análise das propriedades psicométricas de dois instrumentos de auto-resposta que avaliam as capacidades de mentalização: as versões portuguesas do Reflective Functioning Questionnaire – 8 (RFQ-8) e do Multidimensional Mentalizing Questionnaire (MMQ). Será colocado particular enfoque na avaliação da sua consistência interna, capacidade discriminativa e validade convergente.

Materiais e Métodos: A amostra do presente estudo integrou um total 233 participantes, organizados em duas subamostras: 200 indivíduos da população geral (121 do sexo masculino e 79 do sexo feminino) e 33 da população clínica (22 do sexo masculino e 11 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 18 anos e os 77 anos. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico e três instrumentos de autorresposta, o RFQ-8, o MMQ e o BSI.

Resultados: Os valores *Alpha de Cronbach* para o RFQ-8 oscilaram entre 0,786 e 0,625, indicando uma boa/moderada confiabilidade interna, ao passo que no MMQ variaram entre 0,550 e 0,671, sugerindo consistência satisfatória/moderada. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos resultados de ambos instrumentos entre as subamostras. Além disso, foi observada uma correlação significativa entre as pontuações das subescalas RFQ-8 e MMQ e a sintomatologia psicopatológica. Finalmente, foram identificadas associações estatisticamente significativas entre as subescalas do polo da má mentalização do MMQ e as pontuações das subescalas de incerteza e certeza do RFQ-8.

Discussão e Conclusões: Os resultados deste estudo sugerem que ambos os instrumentos revelam adequadas propriedades psicométricas, sendo capazes de discriminar populações clínicas da população geral. A relação entre mentalização, tal como medida pelo RFQ-8 e MMQ, e sintomas psicopatológicas é consonante com a literatura que indica uma função reflexiva comprometida em diversas situações clínicas, a ter em consideração em intervenções psicoterapêuticas. Por último, as associações significativas entre as pontuações dos dois instrumentos apontam para a existência de validade convergente. Desse modo, tanto

o RFQ-8 como o MMQ podem ser ferramentas relevantes para a investigação e avaliação/intervenção.

Palavras-chave: propriedades psicométricas, Reflective Functioning Questionnaire-8 (RFQ-8), Multidimensional Mentalizing Questionnaire (MMQ), capacidade discriminativa, validade convergente.

Abstract

Introduction: Mentalization can be defined as an ability that develops during childhood through interactions with caregivers capable of reflecting and responding to the child's mental states, endowing them with competencies to understand, interpret, and communicate their own and others' mental states, being crucial for the formation of a stable and enriched sense of self, as well as for healthy interpersonal interactions.

Objectives: This study aims to contribute to the analysis of the psychometric properties of two self-report instruments assessing mentalization abilities: the Portuguese versions of the Reflective Functioning Questionnaire – 8 (RFQ-8) and the Multidimensional Mentalizing Questionnaire (MMQ). Particular emphasis will be placed on evaluating their internal consistency, discriminative capacity, and convergent validity.

Materials and Methods: The sample of this study comprised a total of 233 participants, organized into two subsamples: 200 individuals from the general population (121 males and 79 females) and 33 from the clinical population (22 males and 11 females), aged between 18 and 77 years. Participants completed a sociodemographic questionnaire and three self-report instruments, RFQ-8, MMQ, and BSI.

Results: Cronbach's Alpha values for RFQ-8 ranged from 0.786 to 0.625, indicating good/moderate internal reliability, while in MMQ they ranged from 0.550 to 0.671, suggesting satisfactory/moderate consistency. Statistically significant differences were found in the results of both instruments between the subsamples. Additionally, a significant correlation was observed between the scores of RFQ-8 and MMQ subscales and psychopathological symptoms. Finally, statistically significant associations were identified between MMQ's poor mentalization subscales and RFQ-8's uncertainty and certainty scores.

Discussion and Conclusions: The results of this study suggest that both instruments demonstrate adequate psychometric properties, capable of discriminating clinical populations from the general population. The relationship between mentalization, as measured by RFQ-8 and MMQ, and psychopathological symptoms is consistent with literature indicating compromised reflective function in various clinical situations, to be considered in psychotherapeutic interventions. Lastly, the significant associations between the scores of the two instruments indicate convergent validity. Thus, both RFQ-8 and MMQ can be relevant tools for research and assessment/intervention.

Keywords: psychometric properties, Reflective Functioning Questionnaire-8

(RFQ-8), Multidimensional Mentalizing Questionnaire (MMQ), discriminative capacity, convergent validity.

Índice

Introdução	1
Materiais e métodos	7
Resultados	12
Discussão e Conclusão	18
Referências Bibliográficas	24

Tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos inquiridos nas amostras da população geral e clínica;

Tabela 2. Medidas de tendência central e de dispersão das subescalas do RFQ-8;

Tabela 3. Medidas de tendência central e de dispersão das subescalas do MMQ;

Tabela 4. Testes U de Mann-Whitney relacionando a população com as dimensões da RFQ-8;

Tabela 5. Testes U de Mann-Whitney relacionando a população com as dimensões da MMQ;

Tabela 6. Correlações de Spearman relacionando as variáveis da RFQ-8 com as dimensões da BSI;

Tabela 7a. Correlações de Spearman relacionando as variáveis da MMQ com as dimensões da BSI

Tabela 7b. Correlações de Spearman relacionando as variáveis da MMQ com as dimensões da BSI

Tabela 8. Correlações de Spearman relacionando as variáveis da RFQ-8 com as dimensões da MMQ

Introdução

O entendimento da própria mente e também da mente dos outros, ou mentalização, tem sido considerado um elemento relevante no processo de psicoterapia psicodinâmica e também um possível resultado após intervenção terapêutica. A mentalização pode ser definida como o processo mental que permite entender e interpretar as emoções, pensamentos e intenções de outras pessoas e de si mesmo (Fonagy et al., 2002).

Este conceito foi proposto pela primeira vez por Peter Fonagy e colegas que desenvolveram um modelo teórico de mentalização no tratamento de transtornos de personalidade (Fonagy et al., 2002). Segundo esta abordagem, a mentalização é uma habilidade que se desenvolve durante a infância por meio de interações com cuidadores capazes de refletir e responder aos estados mentais da criança. Se essa habilidade não for desenvolvida adequadamente, pode levar a dificuldades de comunicação, relacionamentos e comportamento que contribuem para transtornos de saúde mental (Bateman & Fonagy, 2004).

O constructo de mentalização é multidimensional, podendo ser decomposto em torno de quatro polaridades.

1. Mentalização Automática e Controlada: Existem duas formas de mentalização - a automática, que é implícita e requer pouca atenção, intenção ou esforço, sendo um processo rápido; e a controlada, que é explícita, cognitiva, deliberada e consciente, exigindo atenção, intenção e esforço (Bateman & Fonagy, 2016).
2. Mentalização em Relação ao Self e aos Outros: A capacidade de mentalizar em relação ao self refere-se à habilidade de compreender as próprias experiências internas, enquanto a mentalização em relação aos outros envolve a capacidade de refletir sobre os estados mentais de outras pessoas e representar seus comportamentos em termos de estados mentais (Bateman & Fonagy, 2016).
3. Mentalização Interna e Externa: A mentalização interna envolve fazer inferências sobre estados mentais com base em sentimentos e pensamentos internos, enquanto a mentalização externa implica fazer inferências sobre estados mentais através de ações ou indicadores externos visíveis, como expressões faciais e postura corporal (Bateman & Fonagy, 2016).
4. Mentalização Cognitiva e Afetiva: A mentalização cognitiva é uma atividade

metacognitiva que permite pensar sobre o pensamento e compreender a sua natureza representacional. Por outro lado, a mentalização afetiva envolve a compreensão dos sentimentos subjacentes aos estados mentais, sendo uma habilidade essencial para a experiência de empatia (Bateman & Fonagy, 2016).

A mentalização foi inicialmente considerada como uma ferramenta conceptual para a compreensão da Perturbação de Personalidade *Borderline* (PPB), uma vez que esta é caracterizada por 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 reflexiva ou de mentalização, sendo que esta se constitui 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 & Bateman 2006; Fonagy et al., 2018).

A mentalização desenvolve-se nos primeiros anos de vida da criança, num contexto de interação emocional segura, onde o cuidador primário confere significado aos estados mentais do bebé. Esse processo permite à criança um espaço no qual pode explorar o seu mundo interno, compreender e distinguir os estados mentais e as emoções que a ocupam, e desenvolver uma perceção de si e uma identidade coerentes. O desenvolvimento da capacidade de mentalizar é essencial para a regulação dos afetos e o desenvolvimento de uma autonarrativa coerente (Fonagy et al., 2007).

Percebe-se então que a mentalização é fundamental para as habilidades interpessoais que podem estar alteradas em diferentes condições clínicas e relacionadas com a intensidade da sintomatologia. Estão descritas duas formas de défices na mentalização implicadas na vulnerabilidade para distintas psicopatologias: a hipomentalização e a hipermentalização. No caso da primeira, está relacionada ao modo pré mentalizado de paridade psíquica (indiscriminação entre realidade interna e externa), mostrando a inaptidão de representar estados mentais complexos. Já a segunda implica uma excessiva mentalização ou certeza sobre os estados mentais, sem ponderação das evidências da realidade (Bateman & Fonagy, 2016).

Dito isto, em avaliações por meio de escalas de autorrelato, indivíduos que apresentam hipomentalização tendem a extremos de incerteza, enquanto os que apresentam hipermentalização, a extremos de certeza. A mentalização genuína, implica a certeza combinada com algum grau de incerteza, ou seja, a consideração de que os estados mentais são representados com algum grau de opacidade (Bateman & Fonagy, 2016). Um estudo realizado por Kvarstein et al. (2019) focado no Perturbação de Personalidade *Borderline* (PPB) revelou que estes pacientes comumente têm dificuldades na função reflexiva, o que pode resultar numa menor capacidade de refletir criticamente sobre os seus próprios pensamentos e emoções, levando a comportamentos impulsivos e relacionamentos instáveis.

Outros transtornos que podem ser afetados pela capacidade de mentalização são os transtornos do humor, em particular a depressão e o transtorno bipolar, onde se verifica que as habilidades de mentalização estão afetadas, especialmente durante episódios maníacos, pois os pacientes podem ter dificuldade em compreender os seus próprios sentimentos e em interpretar adequadamente as emoções de outras pessoas. O exercício reflexivo pode também ser comprometido, interferindo na capacidade de autorreflexão e tomada de decisões racionais (Bodnar & Rybakowski, 2017).

Considerando a ampla difusão que a teoria da mentalização deteve no campo da saúde mental, da reflexão sobre a psicopatologia e no desenvolvimento de estratégias psicoterapêuticas, emergiu a necessidade de desenvolver instrumentos psicométricos de autorrelato breves, passíveis de serem utilizados tanto em um contexto de investigação como no domínio clínico, capazes de discriminar populações clínicas de não clínicas. No presente estudo, serão focados o Reflective Functioning Questionnaire – 8 (RFQ-8) desenvolvido por Fonagy et al (2016) e o Multidimensional Mentalizing Questionnaire (MMQ) desenvolvido por Gori et al. (2021).

O RFQ-8 é um instrumento de autoavaliação conciso e apropriado para fins de pesquisa e triagem, projetado para avaliar a habilidade de um indivíduo em interpretar adequadamente os estados mentais próprios e dos outros (Fonagy et al., 2016).

Este instrumento mensura o grau de certeza (RFQc) ou incerteza (RFQu) que os respondentes experimentam em relação aos seus próprios estados mentais e aos estados mentais de outras pessoas. Níveis excessivamente elevados de certeza ou incerteza não são considerados indicadores positivos de uma capacidade adequada de mentalização, pois ambos revelam uma falta de apreço pela opacidade do estado mental de uma pessoa (Fonagy et al., 2016).

A incerteza elevada pode comprometer a função reflexiva adequada, levando a uma

série de consequências negativas caracterizadas por rigidez e inflexibilidade, o que leva à dificuldade em reconhecer e analisar os próprios pensamentos e sentimentos, bem como dificuldade em entender os estados mentais dos outros (hipomentalização). Por outro lado, a certeza compromete a função reflexiva adequada, levando os indivíduos a acreditarem que estão corretos na sua visão do mundo e que essa é a única perspetiva válida, eliminando assim a necessidade de refletir sobre o estado mental de outras pessoas (hipermentalização) (Fonagy et al., 2016).

Ao preencher o RFQ-8, solicita-se aos participantes que avaliem oito afirmações relacionadas aos processos de mentalização numa escala de 7 pontos, que varia de "discordo totalmente" (1) a "totalmente de acordo" (7). Na maioria dos itens, fortes discordâncias com as declarações estão associadas a altos níveis de certeza, enquanto fortes concordâncias estão ligadas a altos níveis de incerteza, refletindo, respetivamente, hipermentalização e hipomentalização (Fonagy et al., 2016).

No estudo de validação original realizado por Fonagy et al. (2016), verificou-se que a subescala de certeza (RFQc) e especialmente a subescala de incerteza (RFQu) são capazes de diferenciar entre população clínica (pacientes com transtornos mentais como ansiedade, depressão, perturbação de personalidade borderline, transtorno de personalidade narcisista) e população não clínica. A diferenciação entre os dois grupos amostrais é mais facilmente realizada através da subescala RFQu uma vez que esta está mais fortemente relacionada ao diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline* quando comparada com a subescala RFQc.

No estudo da validação italiana do RFQ-8, Morandotti et al., (2018) verificaram que tanto a subescala RFQc como a subescala RFQu são capazes de diferenciar grupos clínicos de grupos não clínicos. A subescala RFQu foi capaz de discriminar o grupo clínico (pacientes com PPB) do grupo não clínico, permitindo a identificação de um ponto de corte, com sensibilidade e especificidade relativamente boas para uma medida breve. Relativamente à ligação entre função reflexiva e gravidade da psicopatologia *borderline*, foi constatado que a incerteza sobre os estados mentais contribui para a gravidade do PPB (Morandotti et al., 2018).

No estudo de Rueda et al., (2020) sobre o RFQ-8 foram comparadas amostras clínicas e não clínicas (diferenciadas com base na presença ou ausência de condições psiquiátricas e de personalidade). O grupo não clínico era composto principalmente por estudantes universitários, enquanto o grupo clínico consistia em pacientes que procuraram tratamento em unidades de saúde mental, com o diagnóstico de transtornos psiquiátricos e de personalidade. Neste estudo, a subescala de incerteza RFQu apresenta valores diferentes para ambas as amostras,

evidenciando que a maioria da amostra clínica apresenta hipomentalização, enquanto na subescala de certeza RFQc, e contrariamente ao que apontavam estudos anteriores, não se verificaram diferenças significativas entre população clínica e população não clínica.

Relativamente ao MMQ, dados relativos à sua capacidade de discriminar populações clínicas de não clínicas são mais escassos. Apenas o estudo de validação original de Gori et al., (2021) apresenta dados que permitem equacionar as propriedades discriminativas da escala. Esta escala foi construída com base nas definições do construto de mentalização apresentadas por Bateman e Fonagy (2012).

Ao realizar a Análise Fatorial Exploratória do MMQ, os investigadores identificaram uma estrutura de seis fatores que, juntos, explicavam 56,9% da variância total (Gori et al., 2021). Esses seis fatores foram organizados num modelo gráfico por Gori e colaboradores (2021), visando integrar as quatro polaridades da mentalização acima mencionadas.

No polo de boa mentalização, foram considerados os fatores que expressam as componentes funcionais da mentalização, nomeadamente “Reflexividade” (capacidade de procurar compreender eventos e supervisionar estados mentais), “Força do Ego” (capacidade de resistência emocional e eficácia percebida na resolução de problemas quotidianos) e “Sintonização Relacional” (capacidade de sintonizar aspetos cognitivos e afetivos no contexto relacional). Estes fatores movem-se ao longo de uma posição centrada no Self e uma centrada nos Outros, integrando aspetos cognitivos e afetivos, bem como abertura a pistas de origem interna e externa (Gori et al., 2021).

No polo de má mentalização, foram considerados os fatores que indicam a presença de distorções, como “Desconforto Relacional” (oposto à Sintonização Relacional), “Desconfiança” (oposto à Força do Ego) e “Descontrole Emocional” (oposto à Reflexividade). Esses fatores movem-se ao longo de uma posição centrada nos Outros e uma centrada no Self, refletindo uma divisão entre aspetos cognitivos e afetivos e uma tendência ao fecho em relação a pistas de origem interna e externa. Ambos os polos, de boa e má mentalização, existem ao longo de um eixo de mentalização Implícita e Explícita (Gori et al., 2021).

A validação da estrutura fatorial foi realizada por meio da Análise Fatorial Confirmatória (AFC), apresentando, em geral, índices satisfatórios de adequação do modelo. O instrumento demonstrou consistência interna e correlações significativas com construtos relevantes. Os fatores do polo de boa mentalização mostraram correlações positivas com variáveis como vinculação segura, abertura à experiência e autoeficácia, enquanto o polo de má mentalização apresentou correlações opostas com variáveis como alexitimia e impulsividade. A versão final do MMQ consiste em 33 itens, e solicita-se aos participantes que

respondam a uma escala de 5 pontos (1 = De Modo Nenhum; 5 = Muito), indicando o quanto as afirmações apresentadas os descrevem.

Assim, segundo o artigo de validação, os resultados mostraram habilidades de mentalização significativamente mais baixas na população clínica do que não clínica, demonstrando também a sensibilidade clínica do MMQ (Gori, et al, 2021). O estudo revela ainda que a amostra clínica apresentou níveis significativamente mais baixos de reflexividade e força do ego em comparação aos níveis da amostra não clínica, indo de encontro à literatura científica que destaca a associação entre desequilíbrios de mentalização e psicopatologia (Gori, et al, 2021). Assim, os resultados indicam que os participantes da população clínica apresentaram habilidades de mentalização significativamente mais baixas, sugerindo uma associação entre défices na capacidade de refletir sobre os próprios processos cognitivos (metacognição) e a presença de psicopatologia. Este estudo indica então que a capacidade de refletir sobre os próprios pensamentos e emoções pode estar comprometida em pessoas com diversos tipos de psicopatologia, como transtornos de personalidade e transtornos bipolares. Esta diminuição na capacidade reflexiva pode-se manifestar de várias maneiras, como uma análise superficial dos pensamentos, dificuldades na regulação emocional, falta de autoconsciência e desregulação cognitiva (Gori, et al, 2021).

Objetivo:

Considerando a crescente importância de dispor de instrumentos válidos que avaliem as capacidades de mentalização ou funcionamento reflexivo, este estudo visa contribuir para a análise das propriedades psicométricas das versões portuguesas do RFQ-8 e do MMQ, com particular destaque para a sua capacidade discriminativa, através da análise comparativa dos resultados obtidos em populações clínicas e da comunidade geral. Pretende-se ainda contribuir para a análise da validade convergente destes instrumentos através da análise das correlações entre os mesmos.

Materiais e Métodos

Participantes

A amostra final deste estudo está dividida em dois grupos: população geral e população clínica, sendo constituída no total por 233 indivíduos (200 população geral e 33 população clínica), todos de nacionalidade portuguesa e com idades compreendidas entre os 18 anos e os 77 anos ($M = 42.12$; $DP = 14.47$).

O grupo da população geral é composto por 121 participantes do sexo masculino (60.5%) e 79 do sexo feminino (39.5%). No campo das habilitações literárias a maioria dos participantes refere o grau Licenciatura ($n = 62$; 31.0%), seguindo-se o Ensino Secundário ou Equivalente ($n = 59$; 29.5%) e finalmente o Mestrado ($n = 46$; 23.0%). Relativamente à situação profissional a maioria dos participantes deste grupo está empregada ($n = 143$; 71.5%) ou é estudante ($n = 40$; 20.0%).

A amostra da população clínica, recolhida numa comunidade de internamento vocacionada para o tratamento de patologias aditivas, é composto por 22 participantes do sexo masculino (66.7%) e 11 do sexo feminino (33.3%). No que concerne às habilitações literárias, a maioria dos participantes referencia o grau 1º Ciclo ($n = 8$; 24.2%), seguindo-se o 3º Ciclo ($n = 7$; 21.2%) e finalmente o 2º Ciclo ($n = 6$; 18.2%). Relativamente à situação profissional a maioria dos participantes desta amostra está Desempregada ($n = 14$; 42.4%) ou Ativa/Empregada ($n = 12$; 36.4%).

No que se refere à população clínica, a substância aditiva principal era o álcool ($n = 28$; 84.8%); seguido da cocaína ($n = 3$; 9.1%); e da heroína ($n = 1$; 3.0%) e marijuana ($n = 1$; 3.0%). Constatou-se que 21 elementos da amostra clínica (63,6%) não apresentam dependência múltipla de substâncias. Os 12 elementos restantes (36.4%) apresentam polidependência. A variação do tempo de consumo é muito ampla. Contudo, o início dos consumos ocorreu maioritariamente na adolescência ou na fase inicial da adultez. Relativamente ao diagnóstico psiquiátrico principal, este centra-se nas perturbações de uso de álcool ($n = 21$; 63.4%); contudo ainda salientamos outros diagnósticos como síndromes depressivas e perturbações de personalidade e de desenvolvimento intelectual. Observa-se ainda que 14 participantes da amostra clínica (42,4%) possuem antecedentes familiares de abuso de substâncias, predominantemente envolvendo pais e/ou irmãos. Por outro lado, 19 indivíduos (57,6%) não apresentam antecedentes psiquiátricos na família.

As restantes características sociodemográficas da amostra são apresentadas em maior detalhe na Tabela 1.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica dos inquiridos nas amostras da população geral e clínica

Variáveis	Geral		Clínica		Total		X^2	p
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Idade	40,88	14,77	49,58	9,72	42,12	14,47		
	<i>n</i> (200)	% (85,8)	<i>n</i> (33)	% (14,2)	<i>n</i> (233)	% (100,0)		
Idade (categorias)								
≤30 anos	68	34,0%	2	6,1%	70	30,0%	19,220	0,000***
31-45 anos	45	22,5%	4	12,1%	49	21,0%		
46-60 anos	65	32,5%	23	69,7%	88	37,8%		
>60 anos	22	11,0%	4	12,1%	26	11,2%		
Género								
Masculino	121	60,5%	22	66,7%	143	61,4%	0,454	0,500
Feminino	79	39,5%	11	33,3%	90	38,6%		
Estado civil								
Solteiro	77	38,5%	8	24,2%	85	36,5%	8,434	0,038*
Casado / União	106	53,0%	18	54,5%	124	53,2%		
Separado / Divorciado	14	7,0%	7	21,2%	21	9,0%		
Viúvo	3	1,5%	0	0,0%	3	1,3%		
Habilitações								
Não sabe ler e escrever	0	0,0%	1	3,0%	1	0,4%	144,148	0,000***
Sabe ler e escrever	0	0,0%	2	6,1%	2	0,9%		
1º ciclo	0	0,0%	8	24,2%	8	3,4%		
2º ciclo	0	0,0%	6	18,2%	6	2,6%		
3º ciclo	7	3,5%	7	21,2%	14	6,0%		
Ensino secundário	59	29,5%	5	15,2%	64	27,5%		
Bacharelato	7	3,5%	1	3,0%	8	3,4%		
Licenciatura	62	31,0%	1	3,0%	63	27,0%		
Pós-graduação	13	6,5%	0	0,0%	13	5,6%		
Mestrado	46	23,0%	0	0,0%	46	19,7%		
Doutoramento	5	2,5%	1	3,0%	6	2,6%		
CET	1	0,5%	0	0,0%	1	0,4%		
Situação profissional								
Ativo / Empregado	143	71,5%	12	36,4%	155	66,5%	83,885	0,000***
Desempregado	6	3,0%	14	42,4%	20	8,6%		
Reformado	10	5,0%	4	12,1%	14	6,0%		
Estudante	40	20,0%	0	0,0%	40	17,2%		
Trabalhador estudante	1	0,5%	0	0,0%	1	0,4%		
Reformado invalidez	0	0,0%	3	9,1%	3	1,3%		
Categoria profissional								
Forças armadas	1	0,5%			1	0,5%	a)	a)
Quadros dirigentes	11	5,5%			11	5,5%		
Intelectuais / Cientistas	83	41,5%			83	41,5%		
Técnicos de nível médio	8	4,0%			8	4,0%		
Administrativos	6	3,0%	a)	a)	6	3,0%		
Serviços e vendedores	28	14,0%			28	14,0%		
Operadores máquinas	14	7,0%			14	7,0%		
Estudante	40	20,0%			40	20,0%		
Sem informação	4	2,0%			4	2,0%		
Informação insuficiente	5	2,5%			5	2,5%		
Total	200	100,0	33	100,0	233	100,0		

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

a)– Ausência de respostas na categoria profissional na população clínica

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

A primeira parte do protocolo de investigação incluiu várias perguntas para recolher os dados sociodemográficos dos participantes, incluindo sexo, idade, etnia, estado civil, qualificações profissionais, situação profissional e ocupação.

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-Implicito. O MMQ avalia o nível de mentalização considerando a natureza multifacetada do construto, com subescalas que indicam capacidades positivas (Reflexividade, Força do Ego e Sintonização 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 contexto da validação da escala original, foram obtidos valores de consistência interna para cada subescala mencionada: Reflexividade $\alpha = .89$, Força do Ego $\alpha = .81$, Sintonização Relacional $\alpha = .82$, Desconforto Relacional $\alpha = .76$, Desconfiança $\alpha = .74$, Descontrolo Emocional $\alpha = .72$. Além disso, a consistência interna para a escala total apresentou um valor de $\alpha = .75$ (Gori et al., 2021).

Reflective Functioning Questionnaire - RFQ-8 (Fonagy et al., 2016)

A escala é composta por oito itens e divide-se em duas subescalas: a subescala de certeza (RFQc) e a de incerteza (RFQu). Para cada item, os participantes são solicitados a indicar seu nível de concordância em uma escala tipo Likert de sete pontos, variando de "discordo totalmente" a "totalmente de acordo" (Fonagy et al., 2016).

Os itens da subescala RFQc são recodificados para valores de 3, 2, 1, 0, 0, 0, 0, de forma a refletir a hipermentalização em casos de discordância significativa. Já os itens da subescala RFQu são recodificados de forma inversa, ou seja, 0, 0, 0, 0, 1, 2, 3, permitindo que uma concordância elevada denote hipomentalização, indicando uma falta quase completa de conhecimento sobre estados mentais (Paiva, 2021). Importa ressaltar que, apesar de pertencer

à subescala RFQu, o item 7 é recodificado da mesma maneira que os itens da RFQc.

No que diz respeito à fidedignidade do RFQ-8, o estudo original conduzido por Fonagy e colaboradores (2016) revelou valores de *Alpha de Cronbach* de .73 para a subescala de "Certeza" e .77 para a subescala de "Incerteza".

Brief Symptom Inventory - BSI (Derogatis & Melisaratos, 1993)

O BSI é um inventário de auto-preenchimento com 53 itens que descrevem uma variedade de problemas psicológicos. A tradução e adaptação do BSI para português foi desenvolvida por Canavarro (1999).

Este questionário de autorresposta, composto por 53 itens, tem como objetivo avaliar a sintomatologia psicopatológica experimentada ao longo da última semana, abrangendo nove dimensões: Somatização (7 itens), Obsessões-Compulsões (6 itens), Sensibilidade Interpessoal (4 itens), Depressão (6 itens), Ansiedade (6 itens), Hostilidade (5 itens), Ansiedade Fóbica (5 itens), Ideação Paranoide (5 itens) e Psicoticíssimo (5 itens). Cada item é respondido por meio de uma escala tipo Likert de cinco pontos, variando de 0 (Nunca) a 4 (Muitíssimas Vezes). Além disso, é possível calcular três índices globais (Índice Geral de Sintomas, Índice de Sintomas Positivos e Total de Sintomas Positivos), proporcionando uma avaliação abrangente de perturbação emocional.

No que diz respeito à validação da escala original, foram obtidos valores de consistência interna para cada subescala: Somatização $\alpha = .80$, Obsessões-Compulsões $\alpha = .77$, Sensibilidade Interpessoal $\alpha = .76$, Depressão $\alpha = .73$, Ansiedade $\alpha = .77$, Hostilidade $\alpha = .76$, Ansiedade Fóbica $\alpha = .62$, Ideação Paranoide $\alpha = .72$ e Psicoticisimo $\alpha = .62$.

O presente estudo apresentou os seguintes valores referentes à consistência interna: Somatização $\alpha = .88$, Obsessões-Compulsões $\alpha = .88$, Sensibilidade Interpessoal $\alpha = .88$, Depressão $\alpha = .88$, Ansiedade $\alpha = .88$, Hostilidade $\alpha = .88$, Ansiedade Fóbica $\alpha = .88$, Ideação Paranoide $\alpha = .88$ e Psicoticisimo $\alpha = .88$.

Procedimentos

O presente estudo enquadra-se 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). Após parecer favorável da Comissão de Ética do ISMT, foram efetuados os pedidos de autorização formal para a utilização dos instrumentos aos autores dos mesmos. O protocolo de investigação desenvolvido para era composto por 7 instrumentos psicométricos, dos quais apenas três foram utilizados neste estudo (listados acima). O protocolo de coleta de dados incluía uma folha de rosto que explicava o objetivo principal do estudo, procedimentos, questões éticas (como anonimato, confiabilidade, participação voluntária e o direito de retirar a cooperação a qualquer momento) e critérios de inclusão (ou seja, cidadãos portugueses com idade igual ou superior a 18 anos e sem limitações que impedissem responder ao protocolo do estudo), podendo as dúvidas ser esclarecidas por email. Após o participante facultar o seu consentimento informado era entregue o protocolo.

O protocolo foi transcrito para a plataforma Google Forms de forma a viabilizar a coleta de dados online, e a amostra foi coletada entre 21 de fevereiro e 25 de abril de 2022. O processo de amostragem foi por conveniência e “bola de neve” utilizando as redes sociais online Facebook, Instagram e Whatsapp, bem como através do envio de e-mails.

Para além da recolha realizada junto à população geral, a qual abrangeu tanto respostas obtidas online como aquelas recolhidas presencialmente, é importante ressaltar que a amostra clínica, especificamente coletada numa comunidade de internamento vocacionada para o tratamento de patologias aditivas, respondeu ao protocolo na presença de um membro da equipa de investigação. Esta distinção na abordagem de coleta de dados visava garantir a sensibilidade e a adequação do método à natureza particular das experiências e necessidades da população clínica.

As respostas recebidas na coleta online foram inseridas num documento Excel, posteriormente convertido em base de dados para o programa IBM SPSS Statistics (versão 26). As respostas obtidas através de recolha presencial foram inseridas manualmente pela equipa de pesquisa.

Análise de dados

A análise estatística dos dados recolhidos para o presente estudo, foi efetuada no programa informático IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences, versão 26.0). Foram utilizados os seguintes níveis de significância: $p \geq 0.05$ – não significativo; $p < 0.05$ – significativo; $p < 0.01$ – bastante significativo; $p < 0.001$ – altamente significativo. Neste software foi construída a base de dados e realizados todos os procedimentos estatísticos, tais como, a análise da confiabilidade, testes de correlação, análises da normalidade da distribuição da amostra e comparação entre os grupos.

A análise da consistência interna foi realizada através do cálculo do *Alfa de Cronbach*, para todas as subescalas/dimensões pertencentes a cada instrumento utilizado.

Foi realizado o *Teste de Kolmogorov-Smirnov* para perceber o padrão de distribuição das dimensões das variáveis dependentes e concluiu-se que as mesmas não seguem uma distribuição normal, optando-se assim pela utilização de testes não paramétricos para as análises seguintes.

Para comparação dos grupos utilizou-se o teste não-paramétrico *U de Mann-Whitney* e para o cálculo das correlações foi utilizado o coeficiente de *Correlação de Spearman*.

RESULTADOS

O *Alpha de Cronbach* para a subescala RFQc foi de 0,786, o que indica uma boa confiabilidade interna. Indicando que os itens da subescala RFQc são consistentes e medem o mesmo construto. O *Alpha de Cronbach* para a subescala RFQu foi de 0,625, o que também indica uma confiabilidade interna aceitável. No entanto, este valor é ligeiramente inferior ao ideal, o que pode indicar que os itens da subescala RFQu não são tão consistentes quanto os da subescala RFQc. Os resultados obtidos indicam que este instrumento é confiável para avaliar a capacidade de um indivíduo de refletir sobre os seus próprios pensamentos e sentimentos.

Na tabela 2 apresentam-se as medidas de tendência central e de dispersão referentes às duas sub-escalas do RFQ-8.

Tabela 2

Medidas de tendência central e de dispersão das subescalas do RFQ-8

	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>Média</i>	<i>Dp</i>
RFQc	0,00	3,00	1,12	0,76
RFQu	0,00	2,50	0,60	0,57

A subescala de Reflexividade, que avalia a capacidade de reflexão sobre os estados mentais próprios e alheios, obteve um *Alpha de Cronbach* de 0,550, indicando uma consistência interna moderada. Para a subescala de Força do Ego, que examina a confiança e a capacidade de autoafirmação, o *Alpha de Cronbach* foi de 0,671, evidenciando uma consistência interna satisfatória. No que diz respeito à Sintonização Relacional, que avalia a habilidade de compreender e sintonizar-se com os estados mentais dos outros, o *Alpha de Cronbach* foi de 0,586, sugerindo uma consistência interna razoável. A subescala de Desconforto Relacional, que investiga o desconforto e a ansiedade nas interações sociais, obteve um *Alpha de Cronbach* de 0,629, indicando uma consistência interna aceitável. Já a subescala de Desconfiança, que avalia a propensão a desconfiar das intenções dos outros, apresentou um *Alpha de Cronbach* de 0,610, demonstrando uma consistência interna moderada. Por fim, a subescala de Descontrolo Emocional, que examina a tendência a perder o controle sobre as emoções em contextos interpessoais, registou um *Alpha de Cronbach* de 0,639, evidenciando uma consistência interna satisfatória.

Na tabela 3 são apresentadas as medidas de tendência central e de dispersão referentes às seis dimensões e total da escala MMQ.

Tabela 3

Medidas de tendência central e de dispersão das subescalas do MMQ

	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>Média</i>	<i>Dp</i>
Reflexividade	12,00	45,00	35,50	5,72
Força do Ego	7,00	30,00	21,55	4,38
Sintonização Relacional	6,00	25,00	18,21	3,40
Desconforto Relacional	5,00	25,00	11,54	3,98
Desconfiança	4,00	20,00	11,02	3,85
Descontrolo Emocional	4,00	20,00	10,85	3,52
MMQ Total	71,00	154,00	119,84	13,74

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos resultados de ambas as sub-escalas do RFQ-8 em função da pertença à amostra clínica vs. não clínica (ver Tabela 4). A amostra clínica apresenta níveis superiores de incerteza (RFQu) e níveis inferiores de certeza (RFQc) quando comparada com a amostra da população geral.

Tabela 4

Testes U de Mann-Whitney relacionando a população com as dimensões do RFQ-8

	Geral		Clínica		Mann-Whitney	
	<i>Média</i>	<i>Dp</i>	<i>Média</i>	<i>Dp</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Dimensões						
RFQc	1,17	0,77	0,84	0,69	-2,301	0,021*
RFQu	0,50	0,47	1,19	0,73	-5,044	0,000***

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Relativamente ao MMQ, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos nas sub-escalas Desconforto Relacional, Desconfiança e Descontrolo Emocional, bem como no valor total do MMQ (ver Tabela 5). A amostra clínica apresenta valores superiores nas três sub-escalas do polo da má mentalização e um valor total do MMQ inferior ao da amostra da população geral. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas três sub-escalas referentes ao polo de boa mentalização.

Tabela 5

Testes U de Mann-Whitney relacionando a população com as dimensões do MMQ

	Geral		Clínica		Mann-Whitney	
	<i>Média</i>	<i>Dp</i>	<i>Média</i>	<i>Dp</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Reflexividade	35,23	5,84	37,15	4,70	-1,711	0,087
Força do Ego	21,68	4,32	20,76	4,73	-1,016	0,310
Sintonização Relacional	18,08	3,39	19,06	3,41	-1,596	0,110
Desconforto Relacional	10,96	3,42	15,06	5,23	-4,287	0,000***
Desconfiança	10,44	3,54	14,55	3,87	-5,117	0,000***
Descontrolo Emocional	10,34	3,30	13,97	3,21	-5,279	0,000***
MMQ Total	121,24	13,74	111,39	10,46	-3,936	0,000***

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Como se pode observar na Tabela 6, as subescalas RFQc e RFQu apresentam correlações estatisticamente significativas (de sinal negativo e positivo, respetivamente) com todas as sub-escalas de sintomatologia do BSI, bem como com os indicadores gerais desse instrumento.

Tabela 6

Correlações de Spearman relacionando as variáveis do RFQ-8 com as dimensões do BSI

	RFQc		RFQu	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Somatização	-0,223	0,001**	0,245	0,000***
Obsessões / Compulsões	-0,305	0,000***	0,280	0,000***
Sensibilidade interpessoal	-0,352	0,000***	0,379	0,000***
Depressão	-0,316	0,000***	0,357	0,000***
Ansiedade	-0,286	0,000***	0,292	0,000***
Hostilidade	-0,355	0,000***	0,325	0,000***
Ansiedade fóbica	-0,254	0,000***	0,307	0,000***
Ideação paranoide	-0,362	0,000***	0,357	0,000***
Psicoticismo	-0,357	0,000***	0,407	0,000***
IGS	-0,368	0,000***	0,383	0,000***
TSP	-0,366	0,000***	0,275	0,000***
ISP	-0,211	0,001**	0,463	0,000***

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Relativamente ao MMQ, as três sub-escalas do polo da má mentalização e o valor total da escala apresentam correlações estatisticamente significativas com todas as sub-escalas e indicadores gerais do BSI. A sub-escala Força do Ego apresenta correlações estatisticamente significativas com todas as sub-escalas e indicadores do BSI, exceto com a sub-escala Ideação Paranoide. A sub-escala Reflexividade apenas se relaciona de forma estatisticamente

significativa com o Índice de Sintomas Positivos do BSI, enquanto que a Sintonização Relacional não se relaciona com nenhum aspeto do BSI (Tabela 7a e 7b).

Tabela 7a

Correlações de Spearman relacionando as variáveis da MMQ com as dimensões da BSI

	Reflexividade		Força do ego		Sintonia relacional		Desconforto relacional	
	<i>Rho</i>	<i>P</i>	<i>Rho</i>	<i>p</i>	<i>Rho</i>	<i>p</i>	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Somatização	0,043	0,510	-0,154	0,019*	0,005	0,934	0,401	0,000***
Obsessões / Compulsões	0,045	0,497	-0,239	0,000***	-0,039	0,550	0,433	0,000***
Sensibilidade interpessoal	0,010	0,878	-0,216	0,001**	-0,061	0,353	0,610	0,000***
Depressão	0,076	0,248	-0,296	0,000***	-0,028	0,675	0,598	0,000***
Ansiedade	0,103	0,118	-0,211	0,001**	0,035	0,593	0,532	0,000***
Hostilidade	0,019	0,779	-0,168	0,010*	-0,028	0,672	0,428	0,000***
Ansiedade fóbica	0,038	0,561	-0,234	0,000***	-0,069	0,291	0,456	0,000***
Ideação paranoide	0,113	0,085	-0,050	0,447	0,014	0,827	0,630	0,000***
Psicoticismo	0,041	0,535	-0,211	0,001**	-0,058	0,376	0,615	0,000***
IGS	0,074	0,262	-0,237	0,000***	-0,019	0,772	0,619	0,000***
TSP	0,010	0,877	-0,235	0,000***	-0,071	0,281	0,575	0,000***
ISP	0,192	0,003**	-0,134	0,041*	0,063	0,340	0,442	0,000***
*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001								

Tabela 7b

Correlações de Spearman relacionando as variáveis da MMQ com as dimensões da BSI

	Desconfiança		Descontrolo emocional		MMQ total	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>	<i>Rho</i>	<i>p</i>	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Somatização	0,293	0,000***	0,328	0,000***	-0,314	0,000***
Obsessões / Compulsões	0,255	0,000***	0,451	0,000***	-0,348	0,000***
Sensibilidade interpessoal	0,433	0,000***	0,490	0,000***	-0,485	0,000***
Depressão	0,388	0,000***	0,467	0,000***	-0,457	0,000***
Ansiedade	0,399	0,000***	0,460	0,000***	-0,406	0,000***
Hostilidade	0,375	0,000***	0,481	0,000***	-0,386	0,000***
Ansiedade fóbica	0,361	0,000***	0,357	0,000***	-0,405	0,000***
Ideação paranoide	0,478	0,000***	0,433	0,000***	-0,375	0,000***
Psicoticismo	0,390	0,000***	0,493	0,000***	-0,484	0,000***
IGS	0,445	0,000***	0,528	0,000***	-0,473	0,000***
TSP	0,402	0,000***	0,476	0,000***	-0,460	0,000***
ISP	0,374	0,000***	0,400	0,000***	-0,299	0,000***
*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001						

Finalmente, para aferir de que forma as sub-escalas de cada um dos instrumentos de mentalização se relacionam, foram efetuadas correlações. Verificou-se que as sub-escalas do polo da má mentalização e o valor total do MMQ se relacionam de forma estatisticamente significativa com ambas as sub-escalas do RFQ-8. A sub-escala de Reflexividade do MMQ apenas se relaciona de forma estatisticamente significativa com a incerteza de estados mentais (RFQu). Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre as sub-escalas Sintonização Relacional e Força do Ego do MMQ e as sub-escalas RFQu e RFQc do RFQ-8 (ver Tabela 8).

Tabela 8

Correlações de Spearman relacionando as variáveis da RFQ-8 com as dimensões da MMQ

	RFQc		RFQu	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Reflexidade	0,065	0,326	0,157	0,017*
Força do Ego	0,071	0,278	-0,049	0,457
Sintonia relacional	0,035	0,596	0,052	0,429
Desconforto relacional	-0,381	0,000***	0,380	0,000***
Desconfiança	-0,259	0,000***	0,317	0,000***
Descontrolo emocional	-0,550	0,000***	0,533	0,000***
MMQ total	0,352	0,000***	-0,305	0,000***
	*p<0,05		**p<0,01	
			***p<0,001	

Discussão e Conclusão

A presente investigação examinou a capacidade discriminativa do Reflective Functioning Questionnaire (RFQ) e do Multidimensional Mentalizing Questionnaire (MMQ), fornecendo dados sobre as capacidades de mentalização em populações distintas. Este trabalho articula-se com estudos prévios de Fonagy et al., (2016), Morandotti et al., (2018), Rueda et al., (2021) e Gori et al., (2021; 2023), os quais facultaram evidências robustas quanto à validade e fiabilidade destes instrumentos.

Os resultados do presente estudo, obtidos com o RFQ-8, indicaram que as subescalas RFQu e RFQc apresentam associações distintas com características clínicas e psicopatológicas. Em consonância com Fonagy et al. (2016), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas subescalas do RFQ entre as amostras clínica e não clínica. Especificamente, a amostra clínica apresentou níveis mais altos de incerteza (RFQu) e níveis mais baixos de certeza (RFQc). Em particular, a subescala RFQu apresentou diferenças estatísticas altamente significativas em função da pertença à amostra clínica/não clínica, como observado no estudo original (Fonagy et al., 2016). Tal resultado sugere que indivíduos pertencentes à amostra clínica tendem a demonstrar níveis mais baixos de capacidade reflexiva em comparação com os indivíduos da amostra não clínica, demonstrando-se menos aptos e seguros na capacidade de compreender os seus estados mentais e os dos outros, sugerindo dificuldade na regulação das suas emoções de forma eficaz.

A subescala RFQc também apresentou diferenças estatísticas significativas em função da pertença à amostra clínica/não clínica, como verificado no estudo original (Fonagy et al.,

2016), indicando que indivíduos pertencentes à amostra clínica apresentam uma sensação de confiança reduzida e baixa clareza na mentalização em comparação com os indivíduos da amostra não clínica. Esta falta de certeza pode refletir dificuldades na formação de representações estáveis e coerentes de estados mentais, as quais podem conduzir a potenciais desafios na formação de vinculações seguras, na regulação das emoções e na compreensão da dinâmica interpessoal.

Relativamente ao MMQ, os resultados desta pesquisa revelaram diferenças estatisticamente significativas entre a amostra clínica e não clínica nas sub-escalas desconforto relacional, desconfiança e descontrolo emocional, indicando que o grupo clínico apresenta dificuldades significativas em estabelecer relacionamentos interpessoais saudáveis, confiar nos outros e regular as próprias emoções. Além disso, o valor total do MMQ foi inferior na amostra clínica, sugerindo uma capacidade geral de mentalização diminuída nesse grupo, corroborando a sensibilidade clínica do instrumento e encontrando-se em consonância com os resultados de Gori et al. (2021).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas três sub-escalas referentes ao polo da boa mentalização entre os grupos da amostra clínica e da população geral. Ressalve-se, no entanto, que na sub-escala da reflexividade foram observadas diferenças, ainda que de dimensão reduzida. Esta discrepância contraria as expectativas da literatura, uma vez que segundo Gori e colaboradores (2021) a população clínica apresentou uma média mais reduzida nesta sub-escala em comparação com a população não clínica. Gori e colaboradores (2023) definem a reflexividade como a habilidade de refletir criticamente sobre as próprias experiências, sentimentos e pensamentos, e de considerar como esses elementos se interconectam e se influenciam mutuamente. Uma possível explicação para a diferença encontrada no presente estudo pode estar relacionada ao facto de os indivíduos da população clínica estarem a ser acompanhados terapêuticamente, o que pode melhorar suas respostas e percepções durante a avaliação da reflexividade (Bateman & Fonagy, 2013).

Estes resultados reforçam as conclusões do estudo original de Gori e colaboradores (2021) destacando a importância do MMQ como uma ferramenta sensível na deteção de irregularidades na capacidade de mentalização em contextos clínicos.

A análise das correlações entre as subescalas do RFQ-8 com o Brief Symptom Inventory (BSI) evidenciou relações estatisticamente significativas entre todas as dimensões de sintomas psicológicos mensuradas pelo BSI e ambas as subescalas do RFQ-8. A relação negativa entre RFQc e sintomatologia indica que menor certeza está associada a uma maior manifestação de sintomas, o que vai ao encontro das conclusões da pesquisa de Morandotti et

al. (2018), que encontrou correlações negativas entre a subescala RFQc e alexitimia, sugerindo uma relação entre menor certeza e capacidade reflexiva comprometida. Esta relação sugere ainda que níveis mais elevados de certeza na mentalização (RFQc) estão ligados à autonomia na exploração de estados mentais e podem indicar uma abordagem mais adaptativa ou mais saudável para a compreensão dos próprios estados mentais internos e dos outros (Fonagy, et al., 2016).

Relativamente à relação positiva entre RFQu e sintomas psicopatológicos, esta sugere que maior incerteza está associada a sintomatologia mais pronunciada. Estes resultados são congruentes com o estudo de validação original de Fonagy e colegas (2016), no qual se sugere que a RFQu pode ser um bom indicador de características típicas associadas a problemas clínicos e a fenómenos de hipomentalização, uma conclusão também corroborada por Badoud et al. (2015). Estes resultados sublinham a importância da perceção de certeza e incerteza na expressão de problemas psicopatológicos.

As análises de correlação entre as subescalas do MMQ e o BSI forneceram dados adicionais sobre a relação entre dimensões específicas de mentalização e sintomatologia psicopatológica.

As três subescalas desconforto relacional, desconfiança e descontrolo emocional (polo da má mentalização) do MMQ que, como definidas por Gori et al. (2023), referem-se respetivamente a experiências de desconforto e dificuldade na esfera interpessoal, ligadas à perceção de ser mal compreendido e prejudicado pelos outros, a uma disposição fechada em relação ao mundo exterior, rigidez e desconfiança nas relações interpessoais e a uma tendência para a impulsividade, acompanhada pela dificuldade em gerir e processar os componentes emocionais da própria experiência, juntamente com o valor total da escala, estão correlacionadas com todas as subescalas e indicadores gerais do BSI, o que sugere que dificuldades específicas na capacidade de mentalizar estão associadas a uma ampla variedade de sintomas psicológicos. Isto significa que pessoas que enfrentam desafios em compreender e interpretar as suas próprias experiências emocionais e as dos outros podem estar em maior risco de desenvolver uma vasta gama de problemas de saúde mental (Canavarro, 2007).

A força do ego, definida como capacidade de gerir eficazmente as dificuldades diárias e experiências dolorosas, caracterizada por um sentido de eficácia e confiança realista (Gori et al., 2023) demonstrou uma associação inversa com a sintomatologia psicológica, com exceção dos sintomas relacionados à ideação paranoide. Isso sugere que os indivíduos com uma capacidade mais robusta de enfrentar emocional e cognitivamente as adversidades, podem ser mais resilientes e, portanto, menos propensos a desenvolver uma ampla gama de sintomas

psicológicos. No entanto, a exceção dos sintomas relacionados à ideação paranoide indica que a força do ego pode não ter o mesmo impacto protetor em todos os tipos de sintomas psicológicos (Canavarro, 2007).

A subescala de reflexividade descrita como tendência para compreender o significado dos eventos da vida e caracterizada pela curiosidade e pelo desejo de analisar comportamentos e acontecimentos (Gori, et al., 2023), mostra uma correlação positiva significativa apenas com o Índice de Sintomas Positivos do BSI. Essa associação sugere que indivíduos que se envolvem numa reflexão excessiva ou profundamente introspetiva podem estar mais propensos a interpretar erroneamente os seus pensamentos ou a perceber estímulos internos como externos, contribuindo assim para a amplificação da intensidade dos sintomas psicológicos relatados (Canavarro, 2007).

A associação significativa das subescalas do polo da má mentalização com diversas subescalas e indicadores do BSI destaca a relevância clínica dessas dimensões, enquanto a ausência de correlações para a sintonização relacional, definida por Gori e colaboradores (2023) como a capacidade para sintonizar nos estados emocionais e cognitivos dos outros, compreendendo as suas experiências, indica que embora a sintonização relacional seja importante para o funcionamento interpessoal saudável, ela pode não ser um fator significativo na manifestação de sintomas psicológicos conforme avaliados pelo BSI.

Finalmente, a análise da relação entre as subescalas do RFQ-8 e MMQ indica que os dois instrumentos de avaliação da mentalização (MMQ e RFQ-8) têm uma forte validade convergente, especialmente em relação às dimensões associadas à má mentalização e ao valor total do MMQ. A correlação negativa entre as subescalas da má mentalização e o valor total do MMQ com a subescala de certeza do RFQ-8 sugere que uma maior dificuldade de mentalização está associada a uma menor confiança na exatidão das percepções sociais, o que pode levar a dúvidas sobre a própria mente e dos outros, dificultando a compreensão de pensamentos e sentimentos (Fonagy & Luyten, 2009). Da mesma forma, as correlações positivas com a subescala de incerteza indicam que uma maior dificuldade de mentalização está associada a uma maior incerteza em relação às percepções sociais (Fonagy & Luyten, 2009).

A ausência de correlações estatisticamente significativas entre as subescalas de sintonização relacional e força do ego do MMQ com as escalas de certeza e incerteza do RFQ-8 não invalida a existência de validade convergente, podendo apenas indicar que esses aspetos específicos da mentalização podem estar mais relacionados a outros aspetos não avaliados pelo RFQ-8 ou que a relação entre eles é mais complexa (Brown, 2006).

Por sua vez, a subescala de reflexividade do MMQ apenas demonstrou uma correlação

significativa, mas de baixa magnitude com a incerteza de estados mentais (RFQu). Este resultado indica que à medida que a capacidade de reflexão sobre os estados mentais aumenta, a sensibilidade à incerteza nos estados mentais também tende a aumentar, ou seja, indivíduos que são mais reflexivos tendem a ser mais conscientes da complexidade da mente humana, tanto em relação a si mesmos quanto aos outros (Luyten & Fonagy, 2015). Estes resultados sugerem que os dois instrumentos de avaliação da mentalização medem construtos semelhantes, fornecendo evidências de validade convergente entre eles (Brown, 2006).

Podemos ainda concluir que os resultados obtidos no presente estudo, corroboram as conclusões empíricas dos estudos conduzidos por Fonagy e Allison (2014), Luyten e Fonagy (2015) que realçam a importância clínica da ligação entre alexitimia e capacidade reflexiva reduzida em pacientes afetados por patologias aditivas. De acordo com Fonagy e Allison (2014), esta ligação é significativa para compreender e abordar adequadamente estas condições clínicas. Luyten e Fonagy (2015) corroboram esta perspetiva, enfatizando a importância de considerar tanto os aspetos emocionais como os processos reflexivos no tratamento de pacientes com dependência química.

Assim, as escalas apresentadas podem desempenhar um papel importante na prática clínica da psicologia. Os resultados obtidos a partir destas escalas podem facultar ao clínico uma compreensão das habilidades de mentalização dos indivíduos, sendo sensíveis a diferenças entre a população clínica e a população não clínica. A capacidade de distinguir entre níveis de certeza e incerteza, assim como explorar dimensões específicas da má mentalização, como o desconforto e desconfiança relacional, pode fornecer insights para a compreensão da complexidade psicopatológica nas adições. Estas ferramentas psicométricas não apenas auxiliam na identificação de áreas de preocupação ou foco para intervenções psicológicas, mas também orientam estratégias terapêuticas mais direcionadas, promovendo uma abordagem mais precisa e eficaz na promoção da saúde mental e no tratamento de questões psicológicas específicas. Assim, a incorporação destas escalas na prática clínica pode enriquecer a avaliação psicológica, contribuindo para intervenções individualizadas e eficazes.

Em conclusão, os resultados deste estudo destacam a importância de considerar, tanto a perceção de certeza/incerteza, quanto dimensões específicas de mentalização ao avaliar e intervir em contextos clínicos. Este estudo contribui para a compreensão da capacidade de mentalização e as suas implicações clínicas, sublinhando a necessidade de abordagens terapêuticas que visem melhorar, tanto a clareza, quanto a qualidade da mentalização em diferentes populações.

Contudo, este estudo apresenta limitações que indicam rotas possíveis para

investigação futura. Em primeiro lugar, o recurso aos métodos de amostragem não-probabilísticos poderão não garantir a representatividade da amostra. Em segundo lugar, o reduzido tamanho da amostra pode não ser suficiente para garantir a robustez estatística dos resultados.

Como perspetivas de investigação, sugere-se ampliar a aplicação destes instrumentos a populações mais heterogéneas em termos culturais, etários e socioeconómicos, com vista a aumentar a representatividade da amostra e analisar variações na capacidade mentalização em diferentes contextos. Sugerem-se ainda estudos longitudinais com populações clínicas (para aferir se intervenções psicoterapêuticas congregam efeitos significativos na capacidade de mentalizar) e com a população em geral (para aferir variações na capacidade de mentalizar ao longo do desenvolvimento normativo). Por último, sugere-se a realização de estudos de design misto, com avaliações qualitativas e quantitativas da mentalização, como forma de contribuir para o estudo da validade convergente dos instrumentos psicométricos em análise.

Referências Bibliográficas

- Badoud, D., Luyten, P., Fonseca-Pedrero, E., Eliez, S., Fonagy, P., & Debbané, M. (2015). The French version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adolescents and adults and its association with non-suicidal self-injury. *PLOS ONE*, 10(12), e0145892. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145892>
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford, UK: Oxford Academic. (Online edition published October 1, 2015)
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595–613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Bodnar, A., & Rybakowski, J. K. (2017). Mentalization deficit in bipolar patients during an acute depressive and manic episode: Association with cognitive functions. *International Journal of Bipolar Disorders*, 5, Article 38. <https://doi.org/10.1186/s40345-017-0107-3>
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. The Guilford Press.
- 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. II, pp. 87-109). [Inventory of Psychopathological Symptoms: BSI].
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (Vol. III, pp. 305-331). Quarteto Editora.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic

- relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372–380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- 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., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355–1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 288-328. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01727>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. *International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217-234.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (Eds.). (2018). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429471643>
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLOS ONE*, 11(7), e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
- 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>
- Gori, A., & Topino, E. (2023). Exploring and Deepening the Facets of Mentalizing: The Integration of Network and Factorial Analysis Approaches to Verify the Psychometric Properties of the Multidimensional Mentalizing Questionnaire (MMQ). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(7), 4744. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064744>

- Kvarstein, E. H., Pedersen, G., Folmo, E., Urnes, Ø., Johansen, M. S., Hummelen, B., Wilberg, T., & Karterud, S. (2019). Mentalization-based treatment or psychodynamic treatment programs for patients with borderline personality disorder - The impact of clinical severity. *Psychology and Psychotherapy*, 92(1), 91–111. <https://doi.org/10.1111/papt.12179>
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 366-379.
- Morandotti, N., Brondino, N., Merelli, A., Boldrini, A., De Vidovich, G., Ricciardo, S., et al. (2018). The Italian version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adults and its association with severity of borderline personality disorder. *PLOS ONE*, 13(11), e0206433. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206433>
- Rueda, R., Alpi, S., Jimenez, Y., Vinasco, B., & Vidal, Y. (2020). Psychometric properties of the Reflective Functioning Questionnaire in a Colombian population sample. *PsyArXiv*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/a7wcm>