

Efeitos da capacidade de mentalização sobre sintomas psicopatológicos em uma amostra de usuários de um Ambulatório de Saúde Mental no Nordeste do Brasil

Rosilene Pereira da Silva

Aline Alvares Bittencourt

Luan Paris Feijó

Fernanda Barcellos Serralta

Resumo: Mentalização é a capacidade do indivíduo de perceber estados mentais próprios ou de outros, ponderando os aspectos implícitos e explícitos da realidade. Função reflexiva refere-se a um conjunto de operações psicológicas necessárias para a mentalização, constituídas por meio do *self* reflexivo. Ambos os conceitos estão relacionados com diferentes transtornos psicopatológicos. O estudo objetivou investigar a associação entre mentalização e sintomas psiquiátricos, examinando se prejuízos na capacidade de mentalização explicam a severidade de diferentes agrupamentos de sintomas. Trata-se de estudo com abordagem quantitativa, transversal e explicativa. Participaram do estudo 80 usuários atendidos em um Ambulatório de Saúde Mental. Os instrumentos utilizados foram o BSI e a RFQ. Resultados indicam que o tipo de prejuízo da função reflexiva é diferente em distintos grupamentos de sintomas, sugerindo ainda que a mentalização deve ser considerada por clínicos e pesquisadores em relação a quadros clínicos delimitados e não em relação a níveis globais de disfunção psicológica.

Palavras-chave: Mentalização; psicopatologia; sintomatologia

Effects of capacity of mentalization on psychopathological symptoms in a sample of users of a Mental Health Ambulatory in Northeast Brazil

Abstract: Mentalization is the individual's ability to perceive mental states of one's own or others, pondering the explicit or implicit aspects of reality. Reflective function refers to a set of psychological operations necessary for mentalization, constituted through the reflective self. Both concepts are related to different psychopathological disorders. The present study aimed to investigate the association between mentalization and psychiatric symptoms, examining whether losses in mentalization ability explain the severity of different symptom clusters. This is a quantitative, cross-sectional, explanatory study. Participated in the study of 80 users seen at the Ambulatório de Saúde Mental. The instruments used were the BSI and the RFQ. Results confirm the initial hypotheses and indicate that the type of reflective function impairment is different in different groups of symptoms, suggesting also that mentalization should be considered by clinicians and researchers in relation to delimited clinical pictures and not in relation to global levels of psychological dysfunction.

Keywords: Mentalization; psychopathology; symptomatology

Introdução

A mentalização pode ser compreendida como a capacidade do indivíduo em identificar tanto seus próprios estados mentais, desejos, motivos, emoções, necessidades, quanto dos demais, considerando aspectos internos e externos da realidade (Fonagy *et. al.*, 2002; Benetti, Both & Feijó, 2018). Pode-se entender que as pessoas são conduzidas por esses processos mentais, através dos quais norteiam seus comportamentos; conseqüentemente esses contribuem na sensação de continuidade e controle, que são primordiais para a experiência subjetiva de si mesmo e, paralelamente, para experiência e interpretação das emoções. Assim, tais experiências são fundamentais para a capacidade de regulação afetiva. Por exemplo, quando o indivíduo pensa sobre seus sentimentos, tem empatia e reflete sobre si mesmo, está mentalizando. Nota-se, entretanto, que a mentalização é um processo que vai além da empatia, e está, sobretudo, associada a pensar e sentir sobre si e sobre o outro, contribuindo para a regulação do afeto envolvido (Fonagy & Bateman, 2011; Serralta & Weydmann, 2021).

O conceito de mentalização é vinculado ao de função reflexiva, sendo ambos utilizados na literatura de modo equivalente (Favaretto & Benetti, 2018; Serralta & Weydmann, 2021). Mais precisamente, no entanto, o funcionamento reflexivo refere-se às operações psicológicas que incluem processos psicológicos automáticos/controlados ou implícitos/explicitos; foco predominante entre o conteúdo interno e a realidade externa, orientação ao *self*/outro e os processos cognitivo e afetivo (Fonagy *et. al.*, 2013). Por isso, nem toda atividade reflexiva deve ser considerada como mentalização, mas apenas a que se refere aos processos mentais intencionais (Antonsen *et. al.*, 2016; Carvalho *et. al.*, 2020).

Na década de 90, a mentalização foi estudada, inicialmente, por Peter Fonagy e Anthony Bateman em psicoterapia de adultos com transtornos de personalidade *borderline* (Fonagy & Bateman, 2011). Tais pacientes teriam déficits na mentalização em decorrência de situações infantis adversas e traumáticas (Benetti, Both & Feijó, 2018; Waikamp & Serralta, 2018). Nos últimos anos, esse paradigma conceitual obteve maior aceitação e valorização na prática da Psicologia Clínica, em geral, nos diversos contextos de atendimento em Saúde Mental. Trata-se de um conceito sustentado no tripé teórico e dialético que inclui a Teoria Psicanalítica, a Teoria do Apego e aos avanços da Neurociência (Castelli, 2011; Serralta & Weydmann, 2021; Weydmann, Bizarro, & Serralta, 2019).

Entende-se que a capacidade de mentalização não faz parte dos sujeitos desde o início da vida, mas, ela é aprimorada ao longo do seu desenvolvimento, maturação cerebral e experiência interpessoal com as figuras de cuidado (Fonagy & Bateman, 2011). Este processo envolve uma complexidade evolutiva e um contexto intersubjetivo de apego. Será durante as primeiras interações com as relações de cuidado parentais e consequente no progresso do senso de *self* que essa criança poderá construir a capacidade de introduzir mudanças no mundo físico e nos objetos com os quais tem contato. Concomitantemente, possivelmente desenvolverá o sentimento de si como transformador social, na medida em que suas atitudes e comportamentos afetam seus cuidadores (Benetti, Both & Feijó, 2018; Castelli, 2011).

Durante a primeira infância é esperado para o desenvolvimento funcional, que a criança tenha percebido e vivenciado a si mesma enquanto indivíduo e experimentado apego seguro nas relações parentais (Fonagy & Target, 2006; Waikamp & Serralta, 2018; Weydmann, Bizarro & Serralta, 2019). Portanto, entende-se que a capacidade de identificar os estados internos de si e do outro, entendida como a função reflexiva, é considerada primordial para o estabelecimento de um funcionamento saudável (Fonagy, 2000). Sabe-se ainda, que a capacidade de mentalização não é estável nos indivíduos, portanto, episódios de estresse e ansiedade excessivas dificultam ou podem impedir a efetivação desta capacidade (Kieling & Hauck, 2019). Logo, dificuldades na mentalização podem ser associadas aos quadros psicopatológicos/disfuncionais (Fonagy *et. al.*, 2013; Waikamp & Serralta, 2018).

A mentalização é essencial para as habilidades interpessoais que podem estar alteradas em diversas condições clínicas e relacionadas com a intensidade de sintomas psiquiátricos. Duas formas de prejuízos na mentalização foram descritas como implicadas na vulnerabilidade para diversas psicopatologias: a hipomentalização e a hipermentalização. A hipomentalização, seria relacionada ao modo pré mentalizado de equivalência psíquica (indiscriminação entre realidade interna e externa), refletindo a inabilidade de representar estados mentais complexos. Já o hipermentalização (ou pseudo-mentalização) implica em excessiva mentalização sem consideração das evidências da realidade. Assim, em avaliações por meio de escalas de autorrelato, tais indivíduos apresentam vieses distintos: os que apresentam hipomentalização tendem a extremos de incerteza, enquanto os que apresentam hipermentalização, a extremos de certeza. A mentalização genuína, implica em certeza combinada com algum grau de

incerteza, ou seja, a consideração de que estados mentais são representados com algum grau de opacidade (Fonagy & Bateman, 2016).

Alguns estudos têm constatado prejuízos na mentalização e cognição social associados a diferentes transtornos mentais graves em adultos, tais como transtorno do espectro autista e esquizofrenia (Tonelli, 2011; Chung, Barch & Strube, 2014), transtornos da personalidade (Herpertz & Bertsch, 2014; Antonsen *et al.*, 2016) e depressão (Fischer-Kern *et al.*, 2013). Há também na literatura evidências de associações significativas entre a sintomas do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e os escores da função reflexiva, sendo que pacientes com TDAH apresentam hipomentalização quando comparados a controles (Longaray & Bau, 2018). Ainda, os trabalhos revelam que o trauma psicológico na infância estaria associado com déficits na capacidade de mentalização e com o desenvolvimento de transtorno de personalidade *borderline* (Fonagy, 2000; Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy, Luyten, & Allison, 2016; Weydmann, Bizarro & Serralta, 2019).

Assim, considerando os estudos que apontam a vinculação entre prejuízos na mentalização em diferentes transtornos psiquiátricos, objetivou-se investigar a associação entre mentalização e sintomas psiquiátricos, examinando se prejuízos na capacidade de mentalização (certeza e incerteza) explicam a severidade de diferentes agrupamentos de sintomas. Com base na literatura, formularam-se as seguintes hipóteses: (a) existe correlação entre a intensidade dos agrupamentos de sintomas psicopatológicos e do nível de severidade geral dos sintomas com baixa função reflexiva (certeza e incerteza); (b) baixa função reflexiva (certeza e incerteza) são variáveis explicativas da variação dos de sintomas psicopatológicos.

Método

Trata-se de uma pesquisa de enfoque quantitativo, transversal e explicativo (Sampieri *et al.*, 2013). Os participantes da pesquisa foram 80 pessoas com idade mínima maior que 18 anos, de ambos os sexos, do Ambulatório de Saúde Mental em Imperatriz/MA atendidos nos meses de março a maio do ano de 2018. Não foram considerados elegíveis para compor a amostra pacientes que exigissem dificuldades de compreensão às questões dos instrumentos desta pesquisa, mesmo quando auxiliados na leitura pelos pesquisadores. O número de usuários não foi pré-definido, uma vez que dependeu da demanda da procura pelo atendimento no referido serviço ao longo do

tempo estimado para a coleta de dados e do interesse em participar da pesquisa. Logo, procedeu-se por uma amostra por conveniência (Sampieri *et. al.*, 2013).

A coleta de dados foi realizada através da aplicação dos seguintes instrumentos: análise dos prontuários clínicos e sociodemográficos, com dados coletados tais como, as características sexo, idade, escolaridade, estado civil, local de residência, profissão/ocupação, renda; diagnóstico psiquiátrico conforme Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.

Também foi aplicado o instrumento *Brief Symptom Inventory* – BSI (Derogatis, 1993), em português, denominado de Inventário Breve de Sintomas Psiquiátricos. É uma versão sintetizada da *Symptom Checklist - 90* (SCL-90) que pode ser usada para avaliar o quadro clínico e a medida de progresso no tratamento. Trata-se instrumento de autorrelato com 53 itens avaliados em uma escala tipo *likert* de cinco pontos que mede nove dimensões sintomatológicas (somatização, sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica, obsessividade, depressão, hostilidade, ideação paranóide e psicoticismo) e inclui duas medidas gerais de perturbação emocional.

O índice geral de sintomas (IGS) é uma medida de sofrimento ou disfunção geral derivada dos sintomas e um dos indicadores mais amplamente utilizados nos estudos que avaliam a psicopatologia em geral. Os estudos psicométricos realizados com a versão portuguesa revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove subescalas, com valores de *Alpha* entre 0,62 (psicoticismo) e 0,80 (somatização), e coeficientes teste-reteste entre 0,63 (ideação paranóide) e 0,81 (depressão) (Canavarro, 1995).

A versão brasileira da escala, adaptada da versão Portuguesa, já foi utilizada numa amostra de pacientes de psicoterapia e obteve fidedignidade satisfatória em todas as subescalas e índices globais (Waikamp & Serralta, 2018). Na amostra do presente estudo com 80 pacientes psiquiátricos, os coeficientes de *Alpha* foram satisfatórios, sendo 0,90 para o IGS, 0,76 para Ansiedade, 0,70 para somatização, 0,73 para psicoticismo, 0,76 para ideação paranóide, 0,70 para obsessão-compulsão, 0,77 para hostilidade, 0,78 para ansiedade fóbica, 0,71 para depressão, e 0,73 para sensibilidade interpessoal.

Outro instrumento utilizado foi o *Reflective Functioning Questionnaire* - RFQ (Fonagy *et. al.*, 2016). O RFQ, traduzido como Questionário de Função Reflexiva, foi desenvolvido como uma medida de triagem breve e fácil de administrar para avaliar o funcionamento reflexivo. O RFQ avalia a reflexão sobre estados mentais internos, tais

como sentimentos, desejos e atitudes de si mesmo e dos outros. Trata-se de uma escala com 46 itens respondidos em escala do tipo *likert* de seis pontos, que variam entre discordo totalmente e concordo totalmente.

O instrumento possui duas subescalas: a subescala de certeza que busca avaliar a certeza sobre estados mentais, sendo que o escore permite a identificação de hipermentalização (pontuação mais alta) e mentalização genuína (pontuação mais baixa). Já a subescala de incerteza avalia incerteza sobre estados mentais, sendo o escore indicativo de hipomentalização (pontuação mais alta) e mentalização genuína (pontuação mais baixa). Os estudos preliminares de Fonagy *et. al.* (2016) atestaram a fidedignidade com coeficientes *Alpha* de 0,73 para a escala de certeza e de 0,77 para a de incerteza, além da validade do instrumento.

Neste estudo foi utilizada a versão traduzida e adaptada para o Português do Brasil pelo Laboratório de Estudos em Psicoterapia e Psicopatologia (LAEPsi), vinculado a Unisinos, com as seguintes etapas: 1) duas traduções independentes por psicólogos bilíngues; 2) painel de *experts* para produzir versão unificada; 3) retrotradução realizada por tradutor profissional; 4) comparação da retrotradução com a versão original; e 5) versão revisada. A produção de relatório explicando as decisões de tradução e o exame das características psicométricas da escala estão atualmente sendo realizados. Os coeficientes de fidedignidade das escalas foram avaliados na amostra do presente estudo (80 pacientes psiquiátricos adultos), sendo encontrado um *Alpha* de 0,81 para a escala de incerteza e de 0,70 para a escala de certeza.

Os instrumentos BSI e o RFQ foram aplicados individualmente aos usuários, de ambos os sexos, antes do atendimento psiquiátrico no Ambulatório de Saúde Mental. Para tanto, a primeira autora contou com a ajuda dois acadêmicos do Curso de Psicologia de uma Instituição de Ensino Superior localizada em Imperatriz/MA. Os acadêmicos foram treinados para conduzir a aplicação das referidas escalas, antes do atendimento clínico. A coleta de dados foi realizada na forma autoadministrada com os usuários que possuíam escolaridade igual ou superior a cinco anos. Nos demais casos e naqueles em que foram observadas ou referidas dificuldades de leitura e/ou de interpretação das questões, a administração foi auxiliada pela pesquisadora principal e auxiliares de pesquisa.

Para examinar se as variáveis apresentavam distribuição normal utilizou-se o teste *Kolmogorov-Smirnov*. O teste apresentou assimetria para as variáveis certeza ($p=0,02$) e incerteza ($p=0,04$). IGS e sub-escalas do BSI apresentaram distribuição

normal, exceto nas sub-escalas paranoia ($p=0,04$) e hostilidade ($p=0,01$). A avaliação da associação entre intensidade de sintomas psicopatológicos (BSI) e mentalização (FRQ) foi realizada mediante Correlação de *Spearman*.

Para as análises de regressão múltipla, foram observados os principais pressupostos para a realização desse tipo de análise: razão entre números de sujeitos e o número de variáveis independentes, inspeção e detecção dos *outliers*, verificação da existência de multicolinearidade e presença de homocedasticidade. Previamente, realizou-se a execução dos procedimentos de regressão múltipla, para examinar possíveis efeitos confundidores, das variáveis sociodemográficas (sexo e idade) com as variáveis independentes (certeza e incerteza), foram utilizados o Teste U de *Mann Whitney* e correlação de *Spearman*. Todas as análises foram executadas no *Statistical Package for Social Sciences*, versão 22.

O estudo seguiu os preceitos éticos, sendo a carta de anuência assinada pela Coordenação do Ambulatório de Saúde Mental, o projeto aprovado pelo Comitê de Ética da Unisinos. Além disto, todos participantes foram esclarecidos sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento, possuindo a oportunidade de interromper a sua participação em qualquer momento da pesquisa. Previu-se riscos mínimos os quais seriam dirimidos no atendimento no próprio ambulatório.

Resultados

Inicialmente, foi verificada a possível associação entre mentalização (baixa função reflexiva em termos de certeza e incerteza) e sintomatologia (índice geral e grupamento específicos de sintomas). Estes dados estão presentes na Tabela 1.

Tabela 1

Correlações entre Baixa Função Reflexiva e Sintomas

	Baixa Função Reflexiva – Certeza	Baixa Função Reflexiva – Incerteza
Ansiedade	0,155	-0,198
Somatização	0,100	-0,462**
Psicoticismo	-0,560**	0,490**
Paranóia	-0,576**	0,476**
Obsessão-Compulsão	-0,437**	0,330**
Hostilidade	-0,341**	0,579**
Ansiedade Fóbica	0,244*	- 0,393**
Depressão	-0,397**	0,157
Sensibilidade Interpessoal	-0,450**	0,491**
IGS – Índice Geral de sintomas	-0,384**	0,298**

Nota.: correlações significativas para $p<0.01$, * correlações significativas para $p<0.05$

Conforme dados da Tabela 1, a severidade geral dos sintomas (IGS) apresentou correlação negativa com certeza ($r_s = -0,384$; $p < 0,01$) e correlação positiva com incerteza ($r_s = 0,298$; $p < 0,01$), indicando que os pacientes com psicopatologia mais severa em termos de sintomas apresentam menor prejuízo da mentalização em termos de certeza (e, portanto, menos hipermentalização) e maior prejuízo em termos de incerteza de seus próprios estados mentais e dos outros (ou seja, mais hipomentalização).

Quando avaliados individualmente os grupamentos de sintomas, constatou-se que sintomas mais intensos de psicoticismo, paranoia, obsessão-compulsão, hostilidade, ansiedade fóbica e sensibilidade interpessoais se relacionaram a menor disfunção da capacidade reflexiva em termos de certeza (correlações variando entre $-0,576$, para paranóia, e $-0,244$, para ansiedade fóbica) e com mais disfunção em termos de incerteza (correlações variando entre $0,579$, para hostilidade, e $0,330$, para obsessão-compulsão). Ou seja, maiores escores desses sintomas apresentam relação com mais hipomentalização e menos hipermentalização. Já a maior intensidade dos sintomas de depressão se relacionou somente com menos prejuízos de certeza ($r_s = -0,397$) e a maior intensidade dos sintomas de somatização, com menos incerteza ($r_s = -0,462$). Os sintomas de ansiedade foram os únicos que não se associaram com a mentalização.

Para examinar se os prejuízos na capacidade de mentalização (certeza e incerteza) explicam a variabilidade dos sintomas (considerando o IGS e as sub-escalas do BSI), foi executada a análise de regressão linear múltipla. Ainda, foram avaliados possíveis efeitos confundidores das variáveis demográficas sexo e idade. Foi constatado que homens e mulheres não diferem em termos de certeza ($U = 653,5$; $p = 0,846$) e incerteza ($U = 712,5$; $p = 0,670$). Já a idade apresentou correlação negativa com a incerteza ($r_s = -0,297$; $p = 0,008$) mas não com certeza. Desse modo, os modelos foram ajustados para idade. Os modelos significativos encontrados estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2

Regressão da função reflexiva (baixa função reflexiva incerteza e certeza) e sintomas psicopatológicos, ajustada para idade

VD	R ² ajust	Certeza		Incerteza		Idade	
		B (IC95%)	P	B (IC95%)	P	B (IC95%)	P
ANS	0,019	0,01 (-0,02 a 0,04)	0,550	-0,01 (-0,03 a 0,10)	0,307	-0,01 (-0,03 a 0,01)	0,095
SOM	0,231	-0,01 (-0,04 a 0,01)	0,213	-0,04 (-0,06 a -0,03)	<0,001	-0,01 (-0,02 a 0,01)	0,133
PSI	0,389	-0,05 (-0,07 a -0,02)	<0,001	0,03 (0,01 a 0,05)	0,002	-0,01 (-0,03 a -0,01)	0,029
PAR	0,345	-0,05 (-0,08 a -0,03)	<0,001	0,03 (0,01 a 0,04)	0,005	0,01 (-0,01 a 0,02)	0,690
OC	0,178	-0,04 (-0,06 a -0,02)	0,002	0,01 (-0,01 a 0,03)	0,175	0,01 (-0,01 a 0,02)	0,462
HOS	0,562	-0,01 (-0,02 a 0,02)	0,777	0,06 (0,05 a 0,08)	<0,001	-0,01 (-0,02 a 0,01)	0,263
AF	0,165	0,04 (0,01 a 0,07)	0,012	-0,02 (-0,05 a 0,00)	0,046	-0,01 (-0,02 a 0,01)	0,737
DEP	0,171	-0,05 (-0,07 a -0,02)	0,001	0,01 (-0,02 a 0,02)	0,769	-0,01 (-0,02 a 0,01)	0,126
INT	0,319	-0,04 (-0,07 a -0,01)	0,006	0,03 (0,01 a 0,05)	0,003	-0,01 (-0,03 a 0,00)	0,052
IGS	0,139	-0,02 (-0,04 a -0,01)	0,009	0,01 (-0,01 a 0,02)	0,485	-0,01 (-0,02 a 0,01)	0,074

Nota. VD: Variável dependente; B: coeficiente b da Regressão linear múltipla; IC95%: intervalo de 95% de confiança; ANS: Ansiedade; PSI: psicoticismo; PAR: Ideação Paranóide; OC: Obsessão-Compulsão; HOS: Hostilidade; AF: Ansiedade Fóbica; DEP: Depressão; INT: Sensibilidade Interpessoal; IGS: Índice Geral de Severidade dos Sintomas.

Conforme Tabela 2, constatou-se que a função reflexiva explica os diferentes agrupamentos de sintomas, com exceção de ansiedade. Demais sintomas, como Somatização são explicados negativamente, em 23,1%, pela incerteza; Psicoticismo é explicado positivamente por incerteza e negativamente por idade e certeza, sendo o poder explicativo 38,9%; Ideação Paranóide e Sensibilidade Interpessoal são variáveis explicadas positivamente por incerteza, e negativamente por certeza, respectivamente em 34,5% e 31,9%; Hostilidade é explicada em 56,2% pela incerteza; Ansiedade fóbica é explicada positivamente por certeza em 16,5%; Depressão e Obsessão-Compulsão são explicadas negativamente por certeza, respectivamente em 17,1% e 17,8%. Por fim, o IGS também é explicado negativamente por certeza, em 13,9%.

Discussão

Verificou-se que a intensidade dos diversos grupamentos de sintomas psicopatológicos esteve associada significativamente a prejuízos na mentalização em

termos de incerteza ou certeza. Este resultado é coerente com outras investigações que indicam os sintomas psicopatológicos e capacidade de mentalização estando relacionados com distintos transtornos mentais (Fischer-Kern *et al*, 2013; Fonagy & Bateman, 2006; Fonagy, 2000; Tonelli, 2011).

As análises de regressão múltipla realizadas, com a inclusão da co-variável idade, ajudam a esclarecer a natureza complexa destas relações. Dos modelos gerados, somente o que havia a ansiedade como variável dependente não foi significativo. É digno de nota que os modelos com maior poder explicativo são referentes a sintomas característicos das psicoses (psicoticismo, ideação paranóide) e dos transtornos graves de personalidade (hostilidade, sensibilidade interpessoal, psicoticismo e ideação paranóide) e que neles o maior poder explicativo é derivado da combinação entre mais incerteza e menos certeza (psicoticismo, ideação paranóide, sensibilidade interpessoal) ou da incerteza somente (hostilidade).

Por outro lado, a hipermentalização (baixa função reflexiva em termos de certeza) também mostrou poder preditivo, explicando significativamente a variação da ansiedade fóbica, em conjunto com menor hipomentalização. Destes resultados, infere-se que prejuízos na função reflexiva podem levar ao desenvolvimento de sintomas diversos, dependendo, em alguma medida, da combinação do tipo de disfunção. Os dados também sugerem que a hipomentalização é preditiva de uma maior variedade de sintomas psicopatológicos que a hipermentalização no grupo de pacientes avaliados.

Já é estabelecida a relação entre vulnerabilidade à psicose e alterações da mentalização, sugerindo que indivíduos com escores altos para esquizotipia e familiares de esquizofrênicos apresentam problemas na mentalização (Tonelli, 2011; Fonagy, Luyten & Allison, 2016). Além disto, a hipermentalização tem sido relacionada a estados paranoides (Tonelli, Alvarez & Silva, 2009), porém no presente estudo os sintomas paranoides são mais bem explicados por hipomentalização derivada da combinação entre mais incerteza e menos certeza.

A associação entre hipermentalização e a ansiedade fóbica foi constatada por outros pesquisadores (Fonagy, 2015; Fonagy, Luyten & Allison, 2016). Tais pacientes, pela natureza do sintoma fóbico possuem tendência aumentada ao escrutínio da realidade externa, o que contribui para distorções sobre seus perigos (certeza aumentada).

A hipótese de que a baixa mentalização seria preditiva do sofrimento geral derivado do conjunto dos sintomas, avaliado pelo IGS, não foi confirmada. A análise de regressão apresenta um aparente paradoxo: ainda que a baixa função reflexiva explique a maior parte dos sintomas examinados, não explica o Índice Geral dos Sintomas. Ao contrário, o IGS é explicado negativamente pela certeza, isto é, por menos disfunção em termos de hipermentalização. Um olhar mais cuidadoso, contudo, indica possivelmente se tratar de um falso paradoxo. O IGS é uma medida global, derivada da média dos escores em todas as sub-escalas. Assim, embora o IGS esteja correlacionado com baixa mentalização (mais incerteza e menos certeza), poder-se-ia dizer que a baixa função reflexiva é explicativa de sintomas diversos, de modo específico, e não global. Essa é uma hipótese que possui valor clínico e merece ser examinada em estudos subsequentes. Saber como a mentalização está prejudicada nas diferentes condições psicopatológicas é fundamental para o planejamento de intervenções específicas que podem integrar o plano de tratamento de tais pacientes.

Considerações Finais

No presente estudo, a contribuição da capacidade de mentalização para a saúde mental do adulto foi examinada com um grupo de pacientes psiquiátricos, usuários de um Serviço de Saúde Mental, do Sistema Único de Saúde. Foram constatados os efeitos preditivos da baixa função reflexiva, ou mentalização sobre diferentes conjuntos de sintomas que caracterizam diversos transtornos psiquiátricos.

Em especial, destaca-se os efeitos da hipomentalização (disfunção em termos de incerteza sobre estados mentais próprios e alheios) sobre sintomas altamente disfuncionais que caracterizam quadros graves, como psicoses e transtornos da personalidade (por exemplo, psicoticismo e hostilidade). Sintomas mais frequentemente associados a quadros menos graves (por exemplo ansiedade, somatização) parecem estar menos afetados pelos déficits na mentalização.

Os resultados deste estudo reforçam a riqueza do constructo de mentalização para a compreensão da psicopatologia, em especial de quadros clínicos mais graves. Intervenções psicológicas baseadas em estratégias para ampliar a capacidade reflexiva de pacientes usuários dos serviços de saúde mental podem contribuir para o tratamento.

É importante salientar que o estudo é preliminar e realizado com um instrumento cujas propriedades psicométricas ainda precisam ser mais bem avaliadas, aplicado a uma amostra pequena e de apenas um local do Brasil. Portanto, novas

pesquisas devem buscar ampliar o número de sujeitos participantes assim como com outras amostras. Sugere-se ainda estudos futuros realizados com grupos clínicos e não clínicos de pacientes.

Referências

- Antonsen, B. T., Johansen, M. S., Rø, F. G., Kvarstein, E. H., & Wilberg, T. (2016). Is reflective functioning associated with clinical symptoms and long-term course in patients with personality disorders? *Comprehensive Psychiatry*, 64, 46-58.
- Benetti, S. P. C., Both, L., & Feijo, L. P. (2018). A parentalidade no desenvolvimento da criança e do adolescente: contribuições psicanalíticas. In: L. F. Pessoa, D. M. L. F. Mendes, & M. L. Seidel-de-moura (Orgs.), *Parentalidade: Diferentes Perspectivas, Evidências e Experiências*. Curitiba: Appris Editora.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxônia: Oxford University Press.
- Canavarro, M. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In Simões M, Gonçalves M, Almeida, L. (Eds). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, 2, 95-109. Braga: APPORT/SHO.
- Carvalho, C., Rovinski, S. L. R., Fiorini, G. P., & Ramires, V. R. R. (2020). Mudanças na capacidade de mentalização na psicoterapia psicodinâmica de crianças. *Psicologia Clínica*, 32(1), 35-57.
- Castelli, G. L. (2011). Mentalización: aspectos teóricos y clínicos. *Psicologia.com*. 15. Retirado de: <http://hdl.handle.net/10401/4934>
- Chung, Y. S., Barch, D., & Strube, M. (2014). A meta-analysis of mentalizing impairments in adults with schizophrenia and autism spectrum disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 602–616.
- Fonagy, P.; Luyten, P. (1999). *The Reflective Functioning Questionnaire (RFQ)*. Retrieved from <https://www.ucl.ac.uk/psychoanalysis/research/rfq>.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the american psychoanalytic association*, 48(4), 1129-1146
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of personality disorders*, 20(6), 544-576.

- Fonagy, P., Bateman, A., & Bateman, A. (2011). The widening scope of mentalizing: A discussion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 98-110.
- Fonagy, P.; Luyten, P., Bateman, A., Gergely, G., Strathearn, L., Target, M., & Allison, E. (2013). Apego e patologia da personalidade. In: Carkin, J. F., Fonagy, P. & Gabbard, G. O. *Psicoterapia psicodinâmica para transtornos da personalidade. Um manual clínico*. Porto Alegre: Artmed.
- Fonagy, P. (2015). Uso de la mentalización en el proceso psicoanalítico. *Ciencias psicológicas*, 9(SPE), 179-196. Retirado de: www.redalyc.org/pdf/4595/459545410007.pdf
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive psychiatry*, 64, 59-66. Doi: 10.1016/j.comppsy.2015.11.006
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Phil, D. (2016). Petrificación epistémica y la restauración de la confiabilidad epistémica: Una nueva conceptualización del Trastorno Límite de la Personalidad y su tratamiento psicosocial. *Clínica e Investigación Relacional*, 10(3), 587-629. Doi:10.21110/19882939.2016.100301
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., ... & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLoS One*, 11(7), e0158678. Doi: 10.1371/journal.pone.0158678
- Fischer-Kern, M., Fonagy, P., Kapusta, N. D., Luyten, P., Boss, S., Naderer, A., ... & Leithner, K. (2013). Mentalizing in female inpatients with major depressive disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(3), 202-207.
- Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2014). The social-cognitive basis of personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(1), 73–77.
- Kieling, C., & Hauck, S. (2019). Psicoterapia baseada na mentalização. In: A. V. Cordioli & E. H. Grevet. (Eds.). *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed.
- Longaray, J. B. & Bau, C. (2018). *Mentalização em adultos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. [Resumo]*. *Salão UFRGS 2018: SIC – XXX Salão de iniciação científica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*. Retirado de: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/191594>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de Pesquisa*. (5ª ed). Porto Alegre: Penso.

Serralta, F. B. & Weydmann, G. (2021). Terapia baseada na mentalização para transtorno de personalidade. In: V. D. Dornelles & D. Alano. (Org.). *Transtorno de Personalidade Borderline: da Etiologia ao Tratamento*. São Leopoldo: Sinopsys.

Tonelli, H. A., & Alvarez, C. E. (2009). Schizotypy, "Theory of Mind" abilities and vulnerability to psychosis: a systematic review. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 36(6), 229-239.

Tonelli, H. (2011). Autism, theory of mind and the role of mindblindness in the understanding of psychiatric disorders. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(1), 126-134.

Waikamp, V. & Serralta, F. B. (2018) Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. *Ciências Psicológicas*, 12(1), 137-144.

Weydmann, G. J., Bizarro, L., & Serralta, F. B. (2019). Interferência de imagens de apego em adultos com transtorno de personalidade *borderline*. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 37(2). 205-218.

Recebido maio de 2021

Aprovado maio de 2022

Rosilene Pereira da Silva: Psicóloga, Doutorando em Psicologia (Unisinos), Doutoranda na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), Endereço: Rua Delta, 211 A. Centro, Imperatriz, MA, CEP: 65900-350 Telefone: (99) 99224-4349. E-mail: rosileneafrodite@yahoo.com.br

Aline Alvares Bittencourt: Psicóloga, Doutora em Psicologia (Unisinos)
Docente no Estudos Integrados de Psicoterapia Psicanalítica (ESIPP)

Luan Paris Feijó: Psicólogo, Doutorando em Psicologia (Unisinos)
Docente e Coordenador de Curso na Factum Faculdade e Escola Técnica

Fernanda Barcellos Serralta

Psicóloga, Doutora em Ciências Médicas: Psiquiatria(UFRGS) Docente e pesquisadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia (Unisinos)