



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

PAULA FILIPA REBELO MARTINS

**QUESTIONÁRIO DE MENTALIZAÇÃO: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE
VERSÃO PORTUGUESA**

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:
SANDRA MARIA RODRIGUES DE CARVALHO BOS
NUNO GONÇALO GOMES FERNANDES MADEIRA

[NOVEMBRO/2020]

QUESTIONÁRIO DE MENTALIZAÇÃO: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE VERSÃO PORTUGUESA

AUTORES:

PAULA FILIPA REBELO MARTINS¹

NUNO GONÇALO GOMES FERNANDES MADEIRA^{1,2,3}

SANDRA MARIA RODRIGUES DE CARVALHO BOS²

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

²Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

³Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Rua Larga, Polo I, Edifício da Faculdade de Medicina, 3º andar, 3004-504, Coimbra

sbos@fmed.uc.pt

ABREVIATURAS

AAI – *Adult Attachment Interview*

BP – Perturbação Bipolar

BPRS – *Brief Psychiatric Rating Scale*

CAI – *Child Attachment Interview*

CE – Comissão de Ética

CHUC – Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10^a Edição

FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

KMO – *Teste de Kaiser-Meyer-Olkin*

M – Média

MentS – *Mentalization Scale*

MZ – *Mentalization*

MZQ – *Mentalization Questionnaire*

PANSS – *Positive and Negative Syndrome Scale*

PAO – Perfeccionismo Auto-orientado

PCA – Análise de Componentes Principais

QMZ – Questionário de Mentalização

RFQ – *Reflective Function Questionnaire*

RFS – *Reflective Function Scale*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SZ – Esquizofrenia

VE – Variância Explicada



EPA 2021

29TH EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHIATRY

Virtual Congress

10-13 April 2021

Parte deste trabalho foi submetido ao **29th European Congress of Psychiatry (EPA 2021)**, que irá realizar-se em Florença, Itália, de 10 a 13 de Abril de 2021.

O abstract, a ser aceite, será publicado no *European Psychiatry*. Pode ser consultado no Anexo VI.

Referências:

Paula Rebelo, Brigitte Wildenberg, Daniela Pereira, Carolina Cabaços, Ana Telma Pereira, Salomé Caldeira, Nuno Madeira, Sandra Bos (2020) Validation of the Portuguese version of the Mentalization Questionnaire in a sample of college students: preliminary results. *European Psychiatry* (submetido).

ÍNDICE

Abreviaturas	4
Índice de Tabelas e Figuras.....	7
Resumo	8
Palavras-Chave.....	8
Abstract	9
Keywords.....	9
Introdução.....	10
Materiais e Métodos.....	13
Procedimentos	13
Instrumentos.....	13
Amostra	14
Análise Estatística.....	15
Resultados.....	16
Dados Descritivos do QMZ (15 itens).....	16
Consistência Interna e Estabilidade Temporal do QMZ.....	18
Análise Fatorial do QMZ	19
Estrutura Fatorial do QMZ: dois fatores	20
Estrutura Fatorial do QMZ: cinco fatores.....	22
Validade Discriminante do QMZ	24
Validade Discriminante do QMZ: dois fatores	24
Validade Discriminante do QMZ: cinco fatores	25
Discussão	26
Conclusão.....	32
Agradecimentos	33
Bibliografia.....	34
Anexos.....	38
Anexo I – Parecer relativo ao Projeto de Investigação Inicial, por parte da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (CE-010/2014).....	38
Anexo II – Autorização da Validação do instrumento original, <i>Mentalization Questionnaire</i> (MZQ)	39
Anexo III - Pedido de Adenda ao Projeto de Investigação Inicial à Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra	41
Anexo IV – Declaração de Consentimento Informado.....	42
Anexo V – Protocolo QMZ – Cognição Social 2013-2014	43
Anexo VI – Abstract: Validation of the Portuguese version of the Mentalization Questionnaire in a sample of college students: Preliminary Results	44

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1: Frequências das respostas e estatística descritiva dos itens do QMZ	17
Tabela 2: Estatísticas de item total	18
Tabela 3: Matriz de rotação fatorial do QMZ no grupo de estudantes (n=184): 2 fatores	21
Tabela 4: Matriz de rotação fatorial do QMZ no grupo de estudantes (n=184): 5 fatores	23
Tabela 5: Comparações entre grupos (ANOVA) relativamente às dimensões da estrutura fatorial do QMZ: 2 fatores	24
Tabela 6: Comparações entre grupos (ANOVA) relativamente às dimensões da estrutura fatorial do QMZ: 5 fatores	25
Figura 1: Gráfico de escarpa (<i>scree plot</i> de Cattell)	19

RESUMO

Introdução: A mentalização (MZ) é a capacidade multidimensional através da qual adquirimos consciência sobre nós próprios e sobre aqueles que nos rodeiam, em termos de estados subjetivos e processos mentais; a maioria das doenças mentais estão inevitavelmente associadas à sua anomalia. (1) A avaliação da MZ é de enorme importância e utilidade, embora particularmente difícil em Portugal, devido à escassez de instrumentos específicos para esse fim. **Objetivo:** Adaptar e validar a versão portuguesa do *Mentalization Questionnaire* (MZQ) (2), o Questionário de Mentalização (QMZ), através da análise das suas propriedades psicométricas. **Métodos:** Participaram no estudo 184 estudantes do 3º ano de medicina, com uma idade média de 21.6 ± 2.47 anos, 59.8% do sexo feminino, os quais responderam ao QMZ. Após quatro semanas, 25 estudantes repetiram o preenchimento do questionário. O QMZ foi ainda respondido por 3 grupos distintos de indivíduos: grupo de doentes com perturbação bipolar (BP, n=20; idade M=29.5 \pm 10.10 anos, 35% sexo feminino), grupo de doentes com esquizofrenia (SZ, n=20; idade M=29.8 \pm 9.05 anos, 35% sexo feminino), grupo controlo (n=20; idade M=29.9 \pm 10.42 anos, 35% sexo feminino). Investigámos a consistência interna, a estabilidade temporal e a estrutura fatorial da escala (com rotação varimax) na amostra de estudantes. Explorámos a validade discriminante do QMZ através da análise de comparação entre grupos (ANOVA) relativamente aos valores totais e dimensionais do QMZ. **Resultados:** A consistência interna do QMZ foi boa (α de Cronbach, $\alpha=.80$) e todos os itens contribuíram para a sua fidelidade. A estabilidade temporal foi igualmente significativa (coeficiente de correlação de Pearson, $r=.65$). A análise fatorial permitiu investigar duas estruturas dimensionais do QMZ. A primeira estrutura incluiu dois fatores que explicaram 38.8% da variância total: Fator 1, F1, Regulação Emocional (variância explicada, VE=27.3%, $\alpha=.79$) e Fator 2, F2, Autorreflexão e Autoperceção Emocional (VE=11.5%, $\alpha=.62$). A segunda estrutura incorporou cinco fatores que explicaram 60.6% da variância total: F1, Autocontrolo (VE=27.3%, $\alpha=.74$); F2, Relações Quotidianas (VE=11.5%, $\alpha=.67$); F3, Autocompreensão (VE=8.1%, $\alpha=.54$); F4, Relações Próximas (VE=7.0%, $\alpha=.41$) e F5, Automonitorização (VE= 6.7%, $\alpha=.52$). Observámos diferenças significativas entre os grupos relativamente às dimensões de Autorreflexão/Autoperceção Emocional e Automonitorização. Em comparação com o grupo controlo, o grupo de estudantes e o grupo de doentes SZ referiram níveis inferiores nestas dimensões. **Conclusão:** A versão portuguesa do MZQ (QMZ) apresentou boas características psicométricas, que reforçam a sua adequação enquanto medida de avaliação da mentalização.

PALAVRAS-CHAVE

Mentalização, Questionário, Psicometria, Validade, Análise Fatorial, Versão Portuguesa

ABSTRACT

Introduction: Mentalization (MZ) is the multidimensional capacity through which humans make sense of each other and themselves, in terms of subjective states and mental processes; most mental disorders are inevitably associated to its anomaly (1). The evaluation of MZ is of extreme importance and utility, although particularly difficult in Portugal, due to the lack of specific instruments designed for this purpose. **Objective:** To adapt and validate the Portuguese version of the Mentalization Questionnaire (MZQ) (2) – Questionário de Mentalização (QMZ), through the analysis of its psychometric properties. **Methods:** 184 third year medical students, with a mean age of 21.6 ± 2.47 years, 59.8% female, answered to the QMZ. Four weeks later, 25 students filled out the questionnaire again. QMZ was also completed by three distinct groups of individuals: a group of patients with bipolar disorder (BP; mean age = 29.5 ± 10.10 years, 35% female), a group of patients with schizophrenia (SZ; mean age = 29.8 ± 9.05 years, 35% female) and a control group (n=20; mean age = 29.9 ± 10.42 years, 35% female). Internal consistency, temporal stability and factor structure of the scale (with varimax rotation) were investigated within the students sample. Discriminant validity of QMZ was explored through comparison between groups analysis (ANOVA), relatively to total and dimensional scores of the scale. **Results:** Internal consistency of QMZ was good (Cronbach's alpha, $\alpha=.80$) and all items contributed to its reliability. Temporal stability of the scale was equally significant (Pearson correlation coefficient, $r=.65$). Factor analysis of QMZ allowed to explore two dimensional structures. The first structure included two factors that explained 38.8% of the total variance: Factor 1, F1, Regulation of affect (explained variance, $VE=27.3\%$, $\alpha=.79$) and Factor 2, F2, Self-reflection and Emotional awareness ($VE=11.5\%$, $\alpha=.62$). The second structure incorporated five factors which explained 60.6% of total variance: F1, Self-control ($VE=27.3\%$, $\alpha=.74$); F2, Daily relationships ($VE=11.5\%$, $\alpha=.67$); F3, Self-comprehension ($VE=8.1\%$, $\alpha=.54$); F4, Close relationships ($VE=7.0\%$, $\alpha=.41$) and F5, Self-monitoring ($VE= 6.7\%$, $\alpha=.52$). Differences between groups were observed relatively to Self-reflection and Emotional awareness dimension and Self-monitoring dimension. Compared to the control group, students group and SZ group presented lower levels in these dimensions. **Conclusion:** The Portuguese version of the MZQ presented good psychometric characteristics, which reinforces its adequacy as an evaluation measure of mentalization.

KEYWORDS

Mentalization, Questionnaire, Psychometry, Validation, Factor Analysis, Portuguese Version

INTRODUÇÃO

A mentalização (MZ) é a capacidade multidimensional através da qual adquirimos consciência sobre nós próprios e aqueles que nos rodeiam, em termos de estados subjetivos e processos mentais (1). Assume um papel preponderante no bem-estar mental e social de qualquer ser humano, na medida em que nos permite modular o nosso comportamento, sustentando a criação de laços sociais. Sem ela, seríamos incapazes de entender o que sentimos e o que queremos e seríamos cegos face ao interior dos outros, pelo que o mundo social nos pareceria caótico e incompreensível (3). Desde a forma como nos desenvolvemos até à forma como nos relacionamos, a MZ é-nos essencial e intrínseca, desde os primeiros anos de vida (4,5). Do ponto de vista conceptual, a MZ é próxima a conceitos como cognição social, teoria da mente ou metacognição, que na literatura são frequentemente utilizados de forma intersubstitutiva. (6–8)

A maioria das doenças mentais encontram-se critica e inevitavelmente associadas a anomalias da MZ, sendo o trauma psicológico em idades jovens a causa mais importante desse desequilíbrio. Podendo ou não se associar a indivíduos constitucionalmente vulneráveis, ambos os fatores são passíveis de condicionar o desenvolvimento de capacidades sociais/cognitivas, via negligência em relações primárias, resultando em padrões de vinculação inseguros, dificuldades no processo de mentalização e severidade de sintomas. (1,3–5,9)

As alterações da MZ podem ser observadas quer em fases prodrómicas da doença mental, como no caso dos primeiros episódios de psicose (10), quer em fases mais avançadas de doença estabelecida, como a esquizofrenia (SZ) (11–14) ou a perturbação bipolar (BP), mesmo em fases de remissão (4,15,16).

A literatura indica que uma boa mentalização se associa a menor vulnerabilidade à psicopatologia em indivíduos saudáveis, níveis mais elevados de autoestima e resiliência, melhor funcionamento psicológico, pessoal e social (3), à adoção de padrões de vinculação seguros e a uma boa função adaptativa (trabalho árduo, comportamento, aprendizagem e felicidade) em idades escolares (6).

Apesar da importância consensual da MZ, a sua avaliação continua a ser um desafio. A MZ tem sido avaliada através de medidas não específicas, elaboradas para medir outros conceitos relacionados como, por exemplo, a empatia, resultando numa avaliação indireta do construto (17). Uma outra forma de avaliação da MZ é através de técnicas baseadas em entrevistas que, sendo demoradas, exigem administração por especialistas, o que dificulta a sua utilização em investigações de larga escala ou na prática clínica. Nas entrevistas pode

igualmente existir viés de informação devido à subjetividade entre observadores (18). São exemplos a *Reflective Function Scale* (RFS) (19), um sistema de codificação que permite obter scores de MZ através da sua aplicação em entrevistas, como a *Adult Attachment Interview* (AAI) (20) e a *Child Attachment Interview* (CAI) (17,21).

Neste contexto, da necessidade de desenvolver instrumentos simples e objetivos, de resposta rápida, custo-efetivos e com menor tempo de administração, que permitissem uma avaliação multidimensional e precisa do conceito de mentalização, surgem os métodos observacionais experimentais, como o *Reading the Mind in The Eyes Test* (22), que avaliam, sobretudo, os aspetos explícitos da MZ, e os questionários de autoavaliação. Ao contrário da RFS, que permite uma avaliação da performance da capacidade de MZ, os questionários de autoavaliação procuram avaliar as representações cognitivo-afetivas dessa capacidade (18). Não só permitem inferir a capacidade refletiva do indivíduo acerca do que lhe é questionado, como também estimam se essa capacidade é vivenciada pelo próprio no seu quotidiano. Destacam-se o *Mentalization Questionnaire* (MZQ) (2), o *Reflective Function Questionnaire* (RFQ) (23) e a *Mentalization Scale* (MentS) (18).

A validade do RFQ (23) tem sido questionada pelo facto de deixar escapar o carácter multidimensional da MZ (18). Por sua vez, a MentS (18) permite explorar três diferentes fatores da MZ – *Other-related Mentalization*, *Self-related Mentalization* e *Motivation to Mentalize*. Sendo um instrumento recente, apesar de promissor, enfrenta ainda algumas limitações (18).

O MZQ (2) foi, de entre os questionários elencados, o primeiro a ser proposto, por Hausberg et al. (2012), para investigar a capacidade de MZ, permitindo distinguir 4 dimensões: *Refusing Self-reflection*, *Emotional Awareness*, *Psychic Equivalence Mode* e *Regulation of Affect*. Foi elaborado em língua alemã e traduzido para o inglês, havendo já adaptações para outras línguas (24,25). Os autores encontraram valores de fidelidade aceitáveis e validade suficiente para a sua utilização em doentes mentais alemães (doentes com perturbações do humor, perturbações de personalidade, esquizofrenia, perturbações delirantes e esquizotípica), verificando pontuações inferiores do MZQ naqueles que apresentavam antecedentes de tentativas de suicídio e/ou comportamento auto-lesivo face aos que não apresentavam nenhuma destas condições (resultados mais baixos nos primeiros). Verificaram igualmente que os níveis de mentalização aumentavam após terapia, com diferenças significativas entre a admissão e a alta, bem como no follow-up, ficando por esclarecer se o MZQ pode ser visto como uma medida do *outcome* de tratamento (psicoterapia), do ponto de vista do doente, ou se a MZ é na verdade um mediador da mudança (ex: severidade de sintomas), qualquer que seja o tratamento instituído (2).

Considerando a relevância da MZ e a atual escassez de instrumentos adaptados para Portugal, que permitam a sua avaliação, desenvolvemos este trabalho, com o objetivo de adaptar e validar a versão portuguesa do MZQ (2) (Questionário de Mentalização – QMZ). Para este efeito, traduzimos a versão inglesa do MZQ para a língua portuguesa, aplicámos o questionário a amostras não-clínicas e clínicas da população portuguesa e investigámos as propriedades psicométricas do QMZ (consistência interna, estabilidade temporal, estrutura fatorial e validade discriminante).

MATERIAIS E MÉTODOS

Procedimentos

O presente estudo partiu de um projeto de investigação mais amplo designado "Cognição social na perturbação bipolar e esquizofrenia: Caracterização fenotípica e base neural" que obteve parecer favorável da Comissão de Ética (CE) da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) (CE-010/2014) (Anexo I). A autorização para a validação de uma versão portuguesa da escala original (2) foi obtida pelo contacto com a autora, via e-mail (Anexo II). Foi realizado um pedido de adenda ao projeto inicial, visando a integração de uma nova autora, que obteve igualmente parecer favorável por parte da CE da FMUC. (Anexo III).

Com a colaboração dos docentes da unidade de curricular de Psicologia Médica da FMUC solicitou-se a participação dos estudantes universitários para responderem aos questionários, após consentimento informado (Anexo IV). As amostras clínicas de indivíduos com doença bipolar (BP) ou esquizofrenia (SZ) foram recrutadas no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC); após pré-seleção inicial pelo seu psiquiatra assistente, os doentes com diagnósticos prévios de BP ou SZ foram contactados e deram o seu consentimento informado pleno para participação no estudo. Os participantes do grupo controlo foram emparelhados com os correspondentes integrantes dos grupos clínicos (BP e SZ) relativamente às variáveis sexo, idade, escolaridade. Estes foram recrutados enquanto amostra de conveniência entre funcionários do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), do Instituto Biomédico de Investigação de Luz e Imagem (IBILI) ou da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) e seus familiares, tendo dado consentimento informado à participação no estudo (Anexo IV). Foi realizada uma entrevista clínica breve de modo a excluir história prévia de doença psiquiátrica.

Instrumentos

Para avaliarmos a mentalização, utilizamos uma versão do MZQ (2) traduzida para a língua portuguesa (QMZ). O QMZ é constituído por 15 itens aos quais corresponde uma escala de resposta tipo Likert com as opções “discordo” (pontuação 1), “discordo em parte” (2), “nem concordo, nem discordo” (3), “concordo em parte” (4) e “concordo” (5).

Para facilitar a interpretação dos resultados recodificámos as variáveis de forma a que a cotação de cada resposta e, por sua vez, a cotação final obtida pela soma de todas as respostas ao questionário, fossem diretamente proporcionais ao grau de mentalização – isto

é, resultados mais elevados na escala ficaram a corresponder a níveis mais elevados de MZ. A cotação total da escala podia variar entre 15 a 75.

Amostra

Participaram no estudo 184 estudantes universitários, com uma idade média de 21.6 \pm 2.47 anos, 59.8% do sexo feminino, que frequentavam o 3º ano de Medicina (amostra de conveniência). Vinco e cinco estudantes voltaram a preencher o questionário, para fins de reteste, 4 semanas após a avaliação inicial.

A amostra clínica incluiu um grupo de doentes bipolares, BP (n=20; idade média de 29.5 \pm 10.10 anos; máximo=52 e mínimo=18; 35% do sexo feminino, 45% com >12 anos de escolaridade) e um grupo de doentes com esquizofrenia, SZ (n=20; idade média de 29.8 \pm 9.05 anos; máximo=48 e mínimo=17 anos; 35% do sexo feminino, 45% com >12 anos de escolaridade).

Os critérios de inclusão nos grupos clínicos foram: (1) o cumprimento de critérios diagnósticos da 10ª Edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para perturbação bipolar e esquizofrenia; (2) idade compreendida entre 18 e 54 anos; (3) capacidade para consentir de forma informada; (4) lateralidade dextra; (5) estabilização clínica durante pelo menos 12 semanas anteriores à avaliação. Esta última foi operacionalizada mediante cumprimento de dois critérios em simultâneo no período prévio: a) ausência de internamentos ou modificações psicofarmacológicas; b) critérios psicopatológicos de estabilidade, operacionalizados no grupo clínico de doentes BP por eutimia (critérios de depressão e mania cotados como 1 – mínimo ou ausente – na *Brief Psychiatric Rating Scale* – BPRS), (26) e no grupo SZ mediante pontuação na *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) (27) sem variação superior a 10% no último mês.

Como critérios de exclusão foram considerados: (1) comorbilidade médica ou neurológica relevante (p. ex. atraso do desenvolvimento, epilepsia, história de traumatismo crânio-encefálico, etc.); (2) diagnóstico comórbido de abuso ou dependência de álcool ou substâncias ilícitas; (3) contra-indicação à realização de ressonância magnética.

O grupo de controlo consistiu numa amostra de conveniência de 20 indivíduos, que tinham em média 29.9 \pm 10.42 anos (máximo=51 e mínimo=16), 35% eram do sexo feminino e 45% tinham mais de 12 anos de escolaridade.

Análise Estatística

Utilizámos a versão 26 para Windows do SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) para efetuar as análises estatísticas.

Começamos por realizar análises descritivas dos dados. Calculámos a frequência e as medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) das variáveis (escala total e itens individuais) na amostra de estudantes e nos restantes grupos amostrais (doentes BP, doentes SZ e controlo).

Determinámos a consistência interna do QMZ calculando o coeficiente α de Cronbach. Explorámos a contribuição de cada item para a consistência interna da escala, determinando os coeficientes α de Cronbach da escala, quando o item era excluído. De acordo com Almeida & Freire o índice de consistência interna pode ser interpretado da seguinte forma: valor abaixo de .60 inaceitável; entre .60 e .65 indesejável; entre .65 e .70 minimamente aceitável; entre .70 e .80 respeitável; entre .80 e .90 muito bom. (28)

Em seguida procedemos à análise da adequação dos dados para a realização da análise fatorial. Considerámos que o tamanho da amostra de estudantes ($n=184$), o valor obtido no teste de esfericidade de Bartlett ($p<.05$) e o valor da medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ($>.6$) eram adequados (29). Posteriormente, procedemos à análise fatorial de componentes principais (PCA), com rotação varimax, do QMZ, considerando que apenas os fatores com eigenvalues superiores a 1 seriam retidos (29). Com base no gráfico de escarpa (*scree plot* de *Cattell*) e na interpretabilidade dos itens, foram selecionados e explorados apenas os fatores anteriores ao ponto de quebra (início da horizontalidade da curva).

Para avaliarmos a estabilidade temporal do QMZ selecionamos o grupo de alunos que preencheram o questionário 2 vezes (4 semanas de intervalo, $n=25$) e procedemos à análise correlacional de Pearson. Foram considerados os critérios de Cohen (29) para interpretar a magnitude da correlação : $r=.10$ a $.29$, correlação baixa; $r=.30$ a $.49$, correlação moderada; $r=.50$ a 1.0 , correlação elevada.

Por último, investigámos a validade discriminativa do QMZ. Confirmámos a distribuição normal das variáveis (QMZ total e fatores) através do teste Shapiro-Wilk, obtendo valores não significativos ($p>.50$) o que permitiu a aplicação de testes paramétricos, apesar da frequência de alguns grupos amostrais ser inferior a 30 (29). Posteriormente, utilizámos o teste de comparação de grupos ANOVA, seguido dos testes *post hoc* Tamhane e Tukey para identificar as diferenças entre pares de grupo, consoante tivéssemos obtido ou não valores significativos no teste de homogeneidade de variâncias (teste Levene).

RESULTADOS

Dados Descritivos do QMZ (15 itens)

As frequências de resposta para cada item do QMZ (15 itens) e as medidas de tendência central (média, desvio padrão) encontram-se discriminadas na Tabela 1. Nos itens 5, 13 e 15 houve uma prevalência superior de respostas “Discordo”. Nos itens 2, 4, 6, 7, 8, 11 e 14 houve uma prevalência superior de respostas “Discordo em parte”. Nos itens 1, 3, 9 e 12 houve uma prevalência superior de respostas “Concordo em parte”. Observou-se dispersão nas frequências de resposta aos itens desde o valor mínimo (1) até ao máximo (5), com a exceção do item 13, que não apresentou o valor máximo (5). Não se observaram diferenças consideráveis na variância (.847-1.563) e desvios padrão (.9-1.3) dos itens, correspondendo o menor valor, em ambos os casos, ao item 13.

Tabela 1: Frequências das respostas e estatística descritiva dos itens do QMZ

Itens	Pontuações					M (±)
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	
QMZ 1: <i>Se espero ser criticado ou ofendido, o meu medo aumenta cada vez mais.</i>	18 (9.8)	21 (11.4)	24 (13.0)	86 (46.7)	35 (19.0)	2.5 (1.2)
QMZ 2: <i>As explicações dos outros são de pouca ajuda na compreensão dos meus sentimentos.</i>	26 (14.1)	73 (39.7)	47 (25.5)	32 (17.4)	6 (3.3)	3.4 (1.0)
QMZ 3: <i>Por vezes os sentimentos são perigosos para mim</i>	28 (15.2)	38 (20.7)	46 (25.0)	59 (32.1)	13 (7.1)	3.0 (1.1)
QMZ 4: <i>Apenas acredito que alguém gosta, realmente, bastante de mim se tiver provas concretas suficientes disso</i>	34 (18.5)	50 (27.2)	43 (23.4)	44 (23.9)	13 (7.1)	3.3 (1.2)
QMZ 5: <i>Na maior parte do tempo, o melhor é não sentir nada.</i>	82 (44.6)	49 (26.6)	17 (9.2)	30 (16.3)	6 (3.3)	3.9 (1.2)
QMZ 6: <i>Frequentemente não consigo controlar os meus sentimentos.</i>	49 (26.6)	56 (30.4)	32 (17.4)	35 (19.0)	12 (6.5)	3.5 (1.3)
QMZ 7: <i>Para mim é difícil acreditar que os relacionamentos podem mudar.</i>	48 (26.1)	58 (31.5)	37 (20.1)	32 (17.4)	9 (4.9)	3.6 (1.2)
QMZ 8: <i>Tenho tendência a ignorar sensações de tensão física ou de desconforto até que elas captem toda a minha atenção.</i>	31 (16.8)	62 (33.7)	45 (24.5)	42 (22.8)	4 (2.2)	3.4 (1.1)
QMZ 9: <i>Falar sobre sentimentos faria com que eles se tornassem cada vez mais poderosos.</i>	33 (17.9)	43 (23.4)	44 (23.9)	52 (28.3)	12 (6.5)	3.2 (1.2)
QMZ 10: <i>Por vezes apenas tomo consciência dos meus sentimentos retrospectivamente.</i>	9 (4.9)	46 (25.0)	23 (12.5)	92 (50.0)	14 (7.6)	2.7 (1.1)
QMZ 11: <i>Frequentemente é para mim difícil perceber os meus sentimentos em toda a sua intensidade.</i>	24 (13.0)	56 (30.4)	52 (28.3)	47 (25.5)	5 (2.7)	3.3 (1.1)
QMZ 12: <i>Frequentemente sinto-me ameaçado pela ideia de que alguém possa criticar-me ou ofender-me.</i>	36 (19.6)	48 (26.1)	27 (14.7)	58 (31.5)	15 (8.2)	3.2 (1.3)
QMZ 13: <i>Se alguém bocejar na minha presença, isso é um sinal fiável de que está aborrecido com a minha companhia.</i>	87 (47.3)	53 (28.8)	34 (18.5)	20 (5.4)	--	4.2 (0.9)
QMZ 14: <i>Na maior parte do tempo não sinto vontade de falar com os outros sobre os meus pensamentos e sentimentos.</i>	22 (12.0)	65 (35.3)	32 (17.4)	44 (23.9)	21 (11.4)	3.1 (1.2)
QMZ 15: <i>Frequentemente nem sequer sei o que está a acontecer em mim.</i>	61 (33.2)	53 (28.8)	30 (26.3)	31 (16.8)	9 (4.9)	3.7 (1.2)

QMZ=Questionário de Mentalização; M=Média; ±=Desvio padrão; 1~Discordo; 2~Discordo em parte; 3~Nem concordo, nem discordo; 4~Concordo em Parte; 5~Concordo.

Consistência Interna e Estabilidade Temporal do QMZ

A consistência interna encontrada no QMZ, na amostra de estudantes, foi boa, com α de Cronbach $\alpha = .80$, valor semelhante ao obtido pelos autores da versão original do MZQ ($\alpha = .81$) (2). Verificamos ainda que todos os itens da escala contribuíram para a sua consistência interna uma vez que o α de Cronbach da escala diminuía quando cada item era retirado (Tabela 2). A exceção foi observada em relação ao item 14 que, ao ser retirado, não alterava significativamente o α de Cronbach da escala ($\alpha = .801$), não havendo razões que justificassem a sua exclusão.

Investigámos a estabilidade temporal teste-reteste do QMZ total (intervalo de 4 semanas entre as duas avaliações) numa pequena amostra de 25 estudantes. Obtivemos um coeficiente de correlação elevado: $r = .65$.

Tabela 2: Estatísticas de fidelidade do QMZ

Itens	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	α de Cronbach se o item for excluído
QMZ 1	47.4457	69.298	.444	.416	.782
QMZ 2	46.4674	74.218	.244	.221	.796
QMZ 3	46.8587	68.089	.515	.392	.777
QMZ 4	46.6467	70.066	.400	.258	.786
QMZ 5	45.9946	68.213	.491	.381	.778
QMZ 6	46.3913	69.737	.400	.384	.786
QMZ 7	46.3315	71.534	.335	.189	.791
QMZ 8	46.5217	73.158	.283	.245	.794
QMZ 9	46.7283	68.614	.477	.302	.780
QMZ 10	47.2011	73.998	.245	.201	.797
QMZ 11	46.6630	69.820	.483	.369	.780
QMZ 12	46.7228	66.660	.544	.483	.774
QMZ 13	45.7337	73.344	.342	.202	.790
QMZ 14	46.7772	73.682	.211	.337	.801
QMZ 15	46.2228	65.529	.632	.476	.767

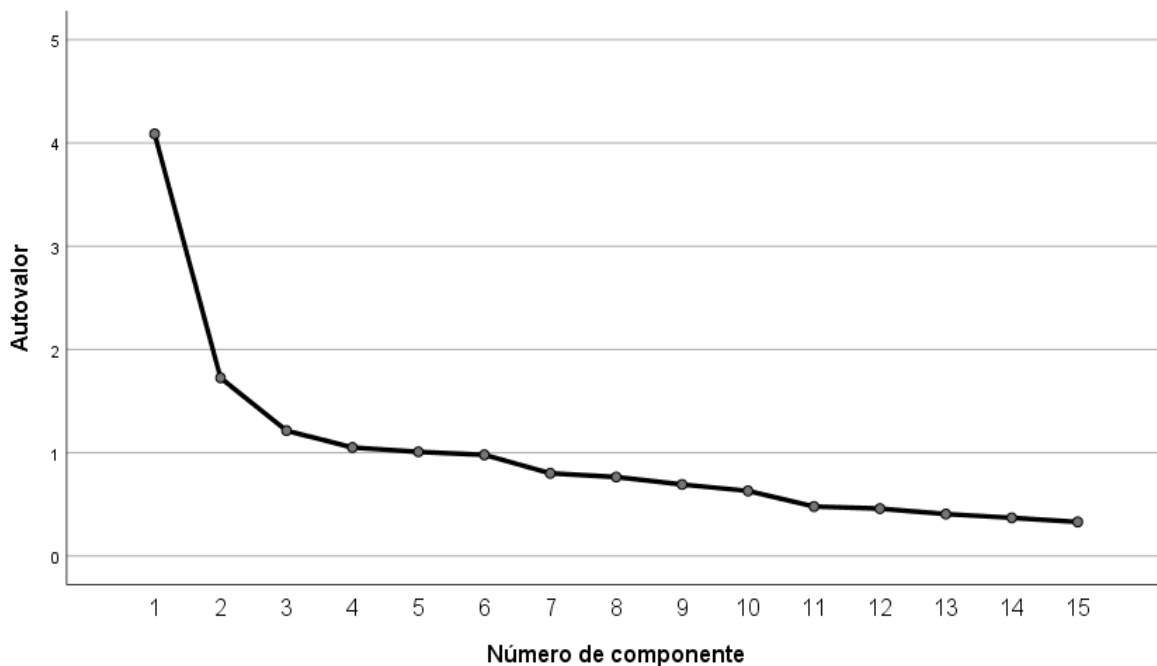
QMZ=Questionário de Mentalização.

Análise Fatorial do QMZ

Primeiramente, investigámos os pressupostos para realizar a análise fatorial. O tamanho da amostra ($n=184$; cerca de 10 casos por cada item) possibilitou a realização da análise fatorial dos dados. (29) A análise das correlações entre itens apresentou, para muitos deles, valores superiores a .30, não sendo demasiado robusta ($>.90$). Verificamos que o valor do teste de KMO de adequação de amostragem de .777 foi superior ao valor recomendado de .6 (2). O teste de esfericidade de Bartlett apresentou um valor de significância de $<.001$ ($p<.05$), comprovando a adequação da amostra em estudo para a realização de análise fatorial.

A análise de componentes principais revelou que todos os cinco componentes da escala apresentavam *eigenvalues* superiores a 1, com uma variância total explicada de 60.6%. Através da análise do gráfico de escarpa (*scree plot* de Cattell), observámos um ponto de quebra a partir do 3º componente, sendo que a horizontalidade se torna particularmente notória a partir do 5º componente, quando o autovalor passa a ser inferior a 1 (Figura 1). Com base nestes dados e na interpretabilidade dos itens, investigámos em seguida duas análises fatoriais do QMZ: 1) QMZ: dois fatores e 2) QMZ: cinco fatores.

Figura 1: Gráfico de Escarpa (*scree plot* de Cattell)



Estrutura Fatorial do QMZ: dois fatores

A estrutura fatorial do QMZ de dois fatores explicou 38,8% da variância total, sendo a variância explicada do Fator 1 de 27,3% e a do Fator 2 de 11,5%. Através da análise fatorial com rotação varimax, foram retidos no fator os itens com um peso fatorial $>.40$, com a exclusão dos itens 7 (*“Para mim é difícil acreditar que os relacionamentos podem mudar”*; $F1=.338$ e $F2=.270$) e 10 (*“Por vezes apenas tomo consciência dos meus sentimentos retrospectivamente”*; $F1=.234$ e $F2=.237$). As seguintes designações foram atribuídas aos fatores: F1, Regulação Emocional; F2, Autorreflexão e Autopercepção Emocional. As consistências internas (α de Cronbach) destes fatores foram de .79 e .62, respetivamente. Entre os Fatores 1 e 2, foi observada uma correlação positiva ($r=.37$, $p<.05$) (Tabela 3).

Tabela 3: Matriz de rotação fatorial do QMZ no grupo de estudantes (N=184): dois fatores

Estudantes de Medicina		
Fatores/Itens	Loadings	
	Fator 1	Fator 2
Regulação Emocional (VTE=27.3%, α =.79)		
QMZ 12: <i>Frequentemente sinto-me ameaçado pela ideia de que alguém possa criticar-me ou ofender-me.</i>	.765	.024
QMZ 1: <i>Se espero ser criticado ou ofendido, o meu medo aumenta cada vez mais.</i>	.690	-.048
QMZ 6: <i>Frequentemente não consigo controlar os meus sentimentos.</i>	.674	-.075
QMZ 3: <i>Por vezes os sentimentos são perigosos para mim</i>	.629	.197
QMZ 15: <i>Frequentemente nem sequer sei o que está a acontecer em mim.</i>	.615	.411
QMZ 9: <i>Falar sobre sentimentos faria com que eles se tornassem cada vez mais poderosos.</i>	.557	.237
QMZ 4: <i>Apenas acredito que alguém gosta, realmente, bastante de mim se tiver provas concretas suficientes disso (p. ex. uma saída a dois, um presente ou um abraço.</i>	.508	.122
QMZ 13: <i>Se alguém bocejar na minha presença, isso é um sinal fiável de que está aborrecido com a minha companhia.</i>	.462	.100
Autorreflexão/Autoperceção Emocional (VTE=11.5%, α =.62)		
QMZ 14: <i>Na maior parte do tempo não sinto vontade de falar com os outros sobre os meus pensamentos e sentimentos.</i>	-.127	.747
QMZ 8: <i>Tenho tendência a ignorar sensações de tensão física ou de desconforto até que elas captem toda a minha atenção</i>	-.024	.709
QMZ 11: <i>Frequentemente é para mim difícil perceber os meus sentimentos em toda a sua intensidade.</i>	.336	.557
QMZ 5: <i>Na maior parte do tempo, o melhor é não sentir nada.</i>	.380	.530
QMZ 2: <i>As explicações dos outros são de pouca ajuda na compreensão dos meus sentimentos.</i>	.064	.454
QMZ 7: <i>Para mim é difícil acreditar que os relacionamentos podem mudar.</i>	.338	.270
QMZ 10: <i>Por vezes apenas tomo consciência dos meus sentimentos retrospectivamente.</i>	.234	.257
Variância Tota Explicada = 38.8%		
Correlação entre fatores		
Fator 1	–	
Fator 2	.37	–

QMZ=Questionário de Mentalização; VTE=Variância total explicada.

Estrutura Fatorial do QMZ: cinco fatores

A estrutura de cinco fatores explicou 60.6% da variância total da escala. A variância explicada pelo Fator 1 foi de 27.3%, o Fator 2 explicou 11.5%, o Fator 3 explicou 8.1%, o Fator 4 explicou 7.0% e o Fator 5 explicou 6.7% da variância total da escala. A cada um dos fatores foram atribuídas as seguintes designações: Autocontrole (F1), Relações Quotidianas (F2), Autocompreensão (F3), Relações Próximas (F4) e Automonitorização (F5). Após uma análise interpretativa conceptual dos itens, optamos por transitar o item 9 (QMZ 9: *Falar sobre sentimentos faria com que eles se tornassem cada vez mais poderosos*) da dimensão Relações Quotidianas (F2) para a dimensão Autocontrole (F1), uma vez que este parece envolver sentimentos e sua incontrolabilidade, e segundo a tabela de rotação varimax essa seria a segunda opção mais robusta. A consistência interna (α Cronbach) destes fatores foi de .74, .67, .54, .41 e .52, respetivamente. Foram observadas correlações positivas significativas ($p < .05$) entre os fatores da escala, à exceção dos fatores F2 e F3 ($r = .08$, $p = .16$) (Tabela 4).

Tabela 4: Matriz de rotação fatorial do QMZ no grupo de estudantes (N=184): cinco fatores

Estudantes de Medicina					
Fatores/Itens	Loadings				
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
Autocontrole (VTE=27.3%, $\alpha=.74$)					
QMZ 6: <i>Frequentemente não consigo controlar os meus sentimentos.</i>	.784	.134	-.172	.183	-.082
QMZ 3: <i>Por vezes os sentimentos são perigosos para mim.</i>	.772	.210	.070	-.065	.183
QMZ 15: <i>Frequentemente nem sequer sei o que está a acontecer em mim.</i>	.636	.303	.316	.159	.075
QMZ 5: <i>Na maior parte do tempo, o melhor é não sentir nada.</i>	.462	.018	.412	.293	.190
Relações Quotidianas (VTE=11.5%, $\alpha=.67$)					
QMZ 13: <i>Se alguém bocejar na minha presença, isso é um sinal fiável de que está aborrecido com a minha companhia.</i>	.129	.752	.171	-.011	-.276
QMZ 12: <i>Frequentemente sinto-me ameaçado pela ideia de que alguém possa criticar-me ou ofender-me.</i>	.328	.651	-.109	.252	.216
QMZ 1: <i>Se espero ser criticado ou ofendido, o meu medo aumenta cada vez mais.</i>	.156	.624	-.196	.316	.297
QMZ 9: <i>Falar sobre sentimentos faria com que eles se tornassem cada vez mais poderosos.</i>	.348	.410	.118	.150	.242
Autocompreensão (VTE=8.1%, $\alpha=.54$)					
QMZ 14: <i>Na maior parte do tempo não sinto vontade de falar com os outros sobre os meus pensamentos e sentimentos.</i>	-.050	.144	.816	-.085	-.036
QMZ 8: <i>Tenho tendência a ignorar sensações de tensão física ou de desconforto até que elas captem toda a minha atenção.</i>	.014	-.087	.619	.177	.360
QMZ 2: <i>As explicações dos outros são de pouca ajuda na compreensão dos meus sentimentos.</i>	.253	-.129	.470	.268	-.185
Relações próximas (VTE=7.0%, $\alpha=.41$)					
QMZ 4: <i>Apenas acredito que alguém gosta, realmente, bastante de mim se tiver provas concretas suficientes disso (p. ex. uma saída a dois, um presente ou um abraço).</i>	.241	.079	-.027	.766	.109
QMZ 7: <i>Para mim é difícil acreditar que os relacionamentos podem mudar.</i>	-.027	.276	.229	.664	-.081
Automonitorização (VTE=6.7%, $\alpha=.52$)					
QMZ 10: <i>Por vezes apenas tomo consciência dos meus sentimentos retrospectivamente.</i>	.094	.025	.018	.032	.812
QMZ 11: <i>Frequentemente é para mim difícil perceber os meus sentimentos em toda a sua intensidade.</i>	.160	.400	.430	-.086	.508
Variância Tota Explicada=60.6%					
Correlação entre fatores					
Fator 1	–				
Fator 2	.51	–			
Fator 3	.24	.08	–		
Fator 4	.41	.38	.19	–	
Fator 5	.35	.30	.26	.17	–

QMZ=Questionário de Mentalização; VTE=Variância total explicada.

Validade Discriminante do QMZ

Investigámos se os grupos da nossa amostra se diferenciavam entre si, em relação aos valores do QMZ e das suas dimensões, através da análise de comparações múltiplas de grupos independentes ANOVA.

Validade Discriminante do QMZ: dois fatores

Os resultados obtidos permitiram verificar que não existiram diferenças entre os grupos no fator 1 do QMZ. No entanto, no fator 2 (Autorreflexão e Autoperceção Emocional) observámos diferenças significativas entre os grupos relativamente às pontuações médias ($p=.04$). Através de teste de comparações entre pares de grupos (teste Tamhane), verificámos que o grupo de estudantes referiu valores médios inferiores ($M=17.1 \pm 3.6$) em comparação com o grupo controlo ($M=19.2 \pm 2.9$; $p=.042$) (Tabela 5).

Tabela 5: Comparações entre grupos (ANOVA) relativamente às dimensões da estrutura fatorial do QMZ: 2 fatores

	Grupo 0: Controlo n=20	Grupo 1: Doentes SZ n=20	Grupo 2: Doentes BP n=20	Grupo 3: Estudantes n=184	Total n=244	ANOVA
Fatores	M (\pm)	M (\pm)	M (\pm)	M (\pm)	M (\pm)	p
F1: Regulação Emocional	28.7 (6.35)	25.2 (7.72)	27.2 (4.54)	26.5 (6.01)	26.6 (6.15)	.31
F2: Autorreflexão/Autoperceção Emocional	19.2 (2.89)	16.2 (4.88)	16.2 (4.21)	17.1 (3.58)	17.1 (3.75)	.04
Total						
QMZ	54.8 (8.42)	47.1 (12.76)	50.0 (8.18)	50.0 (8.93)	50.1 (9.28)	.06

F1=Fator 1; F2=Fator 2; QMZ=Questionário de Mentalização; BP=Doentes com perturbação bipolar; SZ=Doentes com esquizofrenia; M=Média; \pm =Desvio padrão.

Validade Discriminante do QMZ: cinco fatores

Repetimos a análise de comparações múltiplas entre grupos independentes ANOVA, para analisarmos se os grupos se diferenciavam em relação aos valores médios na escala total de mentalização e nas suas cinco dimensões. Verificámos que não existiram diferenças significativas entre os grupos em relação ao total da escala e dimensões, excetuando no fator 5, automonitorização, ($p = .01$). Observámos que o grupo de estudantes apresentou níveis de automonitorização inferiores ($M = 6.0 \pm 1.8$) comparativamente ao grupo de controlo ($M = 7.2 \pm 1.7$; $p = .019$). O grupo de doentes com esquizofrenia revelou igualmente níveis inferiores de automonitorização em comparação com o grupo de controlo ($M = 5.4 \pm 1.8$ vs. $M = 7.2 \pm 1.7$; $p = .007$) (Tabela 6).

Tabela 6: Comparações entre grupos (ANOVA) relativamente às dimensões da estrutura fatorial do QMZ: 5 fatores

	Grupo 0: Controlo n=20	Grupo 1: Doentes SZ n=20	Grupo 2: Doentes BP n=20	Grupo 3: Estudantes n=184	Total n=244	ANOVA
Fatores	M (\pm)	M (\pm)	M (\pm)	M (\pm)	M (\pm)	p
F1: Autocontrolo	19.4 (3.69)	17.2 (5.26)	17.5 (3.82)	17.3 (4.30)	17.5 (4.31)	.24
F2: Relações Quotidianas	9.9 (2.64)	9.1 (3.32)	10.2 (2.43)	9.8 (2.67)	10.0 (2.70)	.64
F3: Autocompreensão	10.9 (2.34)	9.5 (3.00)	9.2 (2.76)	10.0 (2.43)	9.9 (2.51)	.14
F4: Relações Próximas	7.4 (2.06)	5.9 (1.94)	7.1 (1.76)	6.8 (-1.90)	6.8 (1.92)	.08
F5: Automonitorização	7.2 (1.67)	5.4 (1.76)	6.2 (2.30)	6.0 (1.77)	6.0 (1.84)	.01
Total						
QMZ	54.8 (8.42)	47.1 (12.76)	50.0 (9.28)	49.9 (8.93)	50.1 (9.28)	.63

F1=Fator 1; F2=Fator 2; F3=Fator 3; F4=Fator 4; F5=Fator 5; QMZ=Questionário de Mentalização; BP=Doentes com perturbação bipolar; SZ=Doentes com esquizofrenia; M=Média; \pm =Desvio padrão.

DISCUSSÃO

Desde a sua introdução no estudo da saúde mental e social, sobretudo nos últimos anos, o conceito de mentalização tem sido alvo de um interesse crescente (7). Porque as anomalias ao nível da capacidade de mentalização têm sido implicadas como fatores de relevo no desenvolvimento e mau prognóstico de diferentes níveis de condições psicopatológicas, desde a infância até à idade adulta, a avaliação da mentalização parece ser do maior interesse para a prevenção, o acompanhamento e a reabilitação da pessoa com doença mental.

Dada a atual escassez de métodos que permitam essa avaliação, ou porque exigem muito tempo na sua implementação, e, por isso, pouco ajustáveis para a prática clínica, ou porque falham na obtenção de validação e fidelidade sólidas, este estudo surge com a finalidade de encontrar uma resposta para uma necessidade sentida nos cuidados de saúde mental em Portugal, em particular na investigação clínica e monitorização da eficácia de intervenções nesta área.

O *Mentalization Questionnaire* (MZQ) (2), inicialmente desenvolvido na Alemanha, em amostras clínicas de doentes mentais, é um instrumento de autoavaliação da mentalização composto por 15 itens. Inclui as dimensões *Refusing self-reflection*, *Emotional awareness*, *Psychic Equivalence Mode* e *Regulation of Affect*. O objetivo do presente estudo foi validar e adaptar o MZQ para a língua portuguesa (Questionário de Mentalização – QMZ), através da análise das suas propriedades psicométricas. Investigámos a validade de constructo, a fidelidade (consistência interna e estabilidade temporal) e a estrutura fatorial da escala numa amostra de 184 estudantes universitários. Explorámos a validade discriminante do QMZ comparando os dados obtidos nesta amostra não clínica com os dados recolhidos em amostras clínicas (grupo de doentes com perturbação bipolar e grupo de doentes com esquizofrenia) e de controlo (não clínica).

O QMZ apresentou propriedades psicométricas adequadas, com uma consistência interna de .80, que se aproximou da consistência interna do questionário original ($\alpha=.81$) (2), para a qual todos os itens contribuíram significativamente. Quando um item era retirado, o α de Cronbach da escala total diminuía, o que permitiu confirmar a importância de cada item para a consistência interna total da escala (poder discriminativo). A exceção foi o item 14 que, quando retirado, não alterava o α de Cronbach da escala total e que, por este motivo, foi mantido nas análises fatoriais subsequentes.

A estabilidade temporal da escala, estimada através da análise da correlação teste-reteste, foi também elevada. Contudo, a amostra disponível para avaliar esta característica

psicométrica foi bastante reduzida ($n=25$), o que pode constituir uma limitação e dificultar a generalização dos resultados. Em investigações futuras, este aspeto deve ser tido em conta e motivar a reavaliação da estabilidade temporal da escala, aumentando a frequência de respostas ao reteste.

Em relação à análise fatorial do QMZ na amostra de estudantes, obtivemos duas soluções, devido, sobretudo, à interpretabilidade dos itens, que analisámos mais detalhadamente: uma estrutura fatorial de dois fatores e uma estrutura fatorial de cinco fatores.

A solução de dois fatores incluiu uma dimensão relacionada com a Regulação Emocional e outra que concentrou os itens sobre a capacidade de Autorreflexão e Autoperceção Emocional. Nesta solução, excluíram-se os itens 7 e 10 (*loadings* < .40), o que se considera razoável, se refletirmos sobre a relevância destas questões e a sua importância em termos psicopatológicos. De facto, não só estas questões pouco parecem acrescentar de relevante à avaliação da MZ do indivíduo, qualquer que seja a sua cotação, como foram os dois itens que obtiveram piores consistências internas na escala original (2). Além do mais, a redução da escala (de 4 fatores, do estudo original, em 2) permitiu obter consistências internas dimensionais adequadas, resolvendo assim os valores diminutos ($\alpha \leq .60$) encontrados em duas das subescalas do questionário original. Da mesma forma, a redução da escala permitiu facilitar a sua utilização, ficando mais simples, acessível e compreensível.

A solução de cinco fatores levou à identificação das dimensões Autocontrolo, Relações Quotidianas, Autocompreensão, Relações Próximas e Automonitorização, englobando os 15 itens da escala. Parece aproximar-se mais da solução original de 4 fatores, no sentido em que, as dimensões encontradas permitem, na nossa opinião, uma abordagem mais próxima, mais holística e completa do constructo da MZ, no que diz respeito à sua multidimensionalidade. Contudo, de referir que esta solução inclui 3 dimensões com consistências internas diminutas (Autocompreensão, $\alpha=.54$; Automonitorização, $\alpha=.52$ e Relações Próximas, $\alpha=.41$), constituídas por um número reduzido de itens (3 e 2 itens, respetivamente), o que poderá influenciar a sua utilização e a consequente interpretação dos resultados em estudos futuros, devendo, por isso, ser realizadas com prudência, precaução e de forma ponderada.

As diferenças encontradas ao nível da análise fatorial podem estar relacionadas com as características da amostra em estudo (amostra não clínica), uma vez que as dimensões originais do MZQ foram aferidas com base em amostras clínicas. Com efeito, a amostra utilizada no estudo original de Hausberg e colegas consagrava doentes mentais em contexto de internamento, tendo os próprios autores questionado a validade externa e fidelidade da

estrutura fatorial proposta (2). Também o processo de seleção de itens pelos autores da escala original, suportado em literatura sobre psicopatologia e mentalização, próxima das dificuldades de mentalização vivenciadas por pessoas com perturbação da personalidade emocionalmente instável, pode justificar diferenças na estrutura fatorial obtida na população em geral.

No que diz respeito à validade discriminante do QMZ e às comparações entre os grupos amostrais, seria previsível que o grupo de estudantes apresentasse níveis de mentalização superiores (totais e dimensionais da escala) face aos valores de mentalização dos grupos clínicos, nos quais se reconhece, como já referido, a associação com anomalias da capacidade de MZ (11-16). Por outro lado, seria expectável que o grupo de estudantes, sendo constituído por adultos jovens, em transição da adolescência para a idade adulta, relatasse uma menor experiência/autoperceção de eficácia da mentalização do que indivíduos adultos mais velhos, como os elementos do grupo controlo, dada a associação positiva conhecida entre a progressão da idade, desde fases precoces da adolescência até idades adultas, e uma correta habilidade de mentalizar, sendo um processo relevante para a maturação da mente (30).

Verificámos, no entanto, que, no geral, os grupos não se distinguiram de forma significativa, relativamente ao total da escala e às suas dimensões. A exceção observou-se nas dimensões de Autorreflexão e Autoperceção Emocional (dimensão da solução fatorial do QMZ de dois fatores) e de Automonitorização (dimensão da solução fatorial do QMZ cinco fatores) nas quais os estudantes apresentaram níveis inferiores aos do grupo de controlo. Este resultado parece estar de acordo com o conhecimento atual, no que diz respeito ao papel da idade no desenvolvimento da capacidade de mentalização ao longo da adolescência e da transição para idades adultas (30). Podemos, assim, inferir que os estudantes, enquanto adultos jovens, estariam a terminar a sua maturação a esse nível, exibindo, por isso, resultados de MZ inferiores face ao grupo controlo, constituído por adultos mais velhos.

Outra diferença entre os dois grupos (estudantes e controlo) que pode ter alguma influência nos resultados obtidos, não devendo, por isso, ser desconsiderada, é o facto de grande parte dos estudantes da FMUC serem residentes transitórios na cidade de Coimbra, diferentemente do que se verifica ao nível dos elementos do grupo controlo (residentes permanentes na cidade), o que implica encargos acrescidos no seu quotidiano, relacionados com as tarefas diárias (cuidados em casa, limpeza, arrumação, planeamento/preparação de refeições, viagens entre residências, entre outros), além das suas ocupações enquanto estudantes. Desta forma, parece-nos razoável hipotetizar que o tipo de residência (transitória vs. permanente) possa correlacionar-se negativamente com o bem-estar dos estudantes e

que, por sua vez, possa ter implicações na disponibilidade e clareza de pensamento necessárias para o exercício da Automonitorização e Autorreflexão/Auto percepção Emocional, tal como se verifica em relação às capacidades de empatia dos estudantes (31). Para testar esta hipótese, poderia ser explorada a capacidade de MZ dos alunos da FMUC com residência permanente em Coimbra em comparação com os alunos da FMUC que na cidade residem transitoriamente. Da mesma forma, o estudo entre os alunos de Medicina de diferentes universidades do país poderá revelar uma variância significativa, tendo em conta a região em que vivem, o modo como está organizado o curso e a percentagem de estudantes que residem permanentemente nessa mesma região.

Uma outra hipótese que merece consideração é a de que uma menor capacidade de MZ possa apresentar uma correlação significativa com elevados níveis de stress psicológico, a que estão sujeitas as pessoas com elevado *achievement striving* (procura de níveis elevados de desempenho, determinação, capacidade de planificar e de trabalhar arduamente), uma dimensão do perfeccionismo auto-orientado (PAO, componente do perfeccionismo que envolve o estabelecimento de padrões pessoais excessivos e uma autoavaliação exigente) (32), como é o caso dos estudantes de medicina.

Apesar do PAO apresentar aspetos adaptativos, correlacionando-se positivamente com a Conscienciosidade, nem sempre se desprovê de stress psicológico. O sofrimento emocional é, muitas vezes, vivenciado pelas pessoas com elevado *achievement striving*, que, ao investirem demasiado nos seus projetos, correm o risco de lhes faltar flexibilidade para relaxarem e se afastarem do seu trabalho (32). Parece-nos, por isso, razoável supor que, da mesma forma, o stress psicológico pode resultar na indisponibilidade dos estudantes para refletirem sobre os seus próprios estados mentais, em relação ao grupo controlo, onde já não se observam as mesmas variáveis, podendo explicar os menores níveis de Automonitorização e Autorreflexão/Auto percepção Emocional.

Sabemos, no entanto, que o *striving* apenas se associa a stress psicológico na presença de elevados níveis de pensamento repetitivo negativo (pensamento repetitivo, pelo menos parcialmente intrusivo e de difícil controlo), sendo este um mediador necessário para a correspondência entre o SOP e os seus efeitos negativos, com efeitos marcados sobretudo ao nível da sua componente interferência cognitiva e improdutividade, como já igualmente constatado, ao nível dos estudantes de medicina (33).

Seria interessante, no futuro, investigar esta hipótese, avaliando se os níveis de perfeccionismo e a sintomatologia depressiva e ansiosa entre o grupo de estudantes universitários e o grupo controlo explicam os valores inferiores de MZ nestas dimensões específicas que encontramos. Além disso, pensamos que seria enriquecedora a inclusão de

amostras representativas de estudantes de outras áreas do conhecimento (por exemplo: letras, medicina, artes e matemática), permitindo averiguar se, de facto, a diferença da MZ face ao grupo controlo pode ou não ser explicada pelos elevados níveis de perfeccionismo, igualmente presente e passível de resultar nos mesmos valores ao nível dos estudantes de outros cursos (32) ou se existem outros mediadores que influenciem a capacidade de MZ dos estudantes da FMUC.

Em investigações futuras, seria interessante avaliar a MZ dos estudantes de Medicina em momentos distintos do ano letivo (início do ano letivo, aproximação da época de exames, época de exames, interrupção letiva/período de férias), nos quais se esperam uma variação tanto ao nível do stress (acentuado em períodos peri-exames) como do bem-estar dos estudantes, o que permitiria esclarecer a influência que estes poderão ter, ou não, sobre a múltiplas dimensões mensuradas da capacidade de MZ. Estudos têm reportado, ao longo do curso médico, uma diminuição da empatia nos estudantes, um constructo fortemente correlacionado com a MZ, embora a linearidade desta evolução venha sendo questionada (34), podendo ser enquadrada por questões socioculturais (35). Desta forma, poderia também ser relevante a avaliação da MZ dos estudantes, em momentos distintos do curso (1º ano, 3º ano e 6º ano, por exemplo).

Face aos resultados apurados, parece-nos de grande importância, futuramente, a realização de estudos longitudinais, que permitam acompanhar e investigar se os indivíduos que têm menores resultados nestas dimensões, terão ou não uma maior propensão ao desenvolvimento de problemas emocionais e/ou de socialização.

Verificámos ainda que o grupo de doentes com esquizofrenia apresentou níveis inferiormente significativos ao nível das dimensões de Autorreflexão/Autopercepção Emocional e Automonitorização, em relação ao grupo controlo. É uma verdade conhecida a de que os doentes com esquizofrenia, frequentemente, em 2/3 dos casos, apresentam dificuldades significativas ao nível do funcionamento psicossocial, sendo incapazes de manter uma vida pessoal e social saudável, mesmo quando os sintomas psicóticos estão em remissão. Os défices na cognição social, como as anomalias da MZ, não só pioram os sintomas positivos, como contribuem para o desenvolvimento de sintomas negativos. Por sua vez, os sintomas negativos assumem o papel de mediadores indiretos na relação entre a neurocognição e a cognição social e os *outcomes funcionais*, particularmente quando se verificam défices motivacionais. A relevância da cognição social na reabilitação destes doentes torna-se, desta forma, indiscutível – é necessária uma abordagem multifacetada, que tenha em conta a cognição social e os sintomas negativos destes doentes, para uma melhoria franca ao nível dos *outcomes funcionais* (11).

Apesar do nosso estudo apresentar vários pontos fortes, nomeadamente, o facto de ter sido utilizada uma amostra não clínica de estudantes considerável e grupos de doentes SZ e BP (amostra clínica) e de controlo; o facto de terem sido observados valores suficientemente elevados de consistência interna, estabilidade temporal da escala e uma análise fatorial de 5 fatores que se aproxima do conceito multidimensional de mentalização, existem limitações do estudo e sugestões para estudos futuros que devem ser atentadas.

A limitação mais evidente que pode ser apontada ao nosso estudo prende-se sobretudo com o facto da amostra clínica, da amostra controlo e da amostra reteste serem constituídas por poucos casos, o que pode influenciar significativamente os resultados obtidos, se não forem suficientemente representativos da população em questão. De forma a mitigar esta limitação, seria importante, em investigações futuras, alargar o estudo a grupos amostrais clínicos e não clínicos de maiores dimensões. Nomeadamente, a avaliação da MZ em grupos clínicos com outros diagnósticos, tornando possível a validade convergente da escala. Deve igualmente considerar-se a possibilidade de ter ocorrido viés de desejabilidade social (tendência de responder o que é socialmente desejável), inerente ao facto deste questionário ser de autoavaliação. Contudo, parece ser uma limitação de menor relevância, tendo sido dada a opção do anonimato.

CONCLUSÃO

O Questionário de Mentalização apresentou boas características psicométricas, com validade de construto, fidelidade e validade discriminante suficientes, que reforçam a sua adequação enquanto medida de avaliação da capacidade de mentalização.

A versão reduzida do Questionário (solução de dois fatores) permite uma abordagem breve, simples e objetiva das dimensões Regulação do Afeto e Autorreflexão/Percepção Emocional da MZ, apropriada para a população em geral e possivelmente para a prática clínica.

Para uma abordagem multidimensional do constructo, cuja relevância tem sido comprovada tanto ao nível da sua praticabilidade como ao nível da discussão científica, a solução de 5 fatores permite investigar cinco dimensões da MZ – Autocontrolo, Relações Quotidianas, Autocompreensão, Relações Próximas e Automonitorização. Deve, no entanto, ser utilizada com prudência, sendo desejáveis estudos adicionais que confirmem a sua validade fatorial.

Conclui-se, assim, que o QMZ é um instrumento útil e apropriado para fins clínicos e de investigação, enquanto método de avaliação do conceito de mentalização na população portuguesa.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Nuno Madeira, que, do outro lado, me abriu as portas da Psiquiatria e assim as manteve até aqui.

À Dra. Sandra Bos, sem a qual este trabalho não teria sido possível – tantas foram as horas e os dias que partilhamos.

À criança que tinha um sonho e a coragem de largar tudo para ir atrás dele – ela tinha razão.

À sua mãe, com quem aprendeu a voar.

Ao Vinhas, por manter equilibrados os pratos da balança.

BIBLIOGRAFIA

1. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry* [Internet]. 2010;9.1:11–5.
Available from: <https://dx.doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>.
2. Hausberg MC, Schulz H, Piegler T, Happach CG, Klöpfer M, Brütt AL, et al. Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the Mentalization Questionnaire (MZQ). *Psychotherapy Research* [Internet]. 2012;22.6:699–09.
Available from: <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1080/10503307.2012.709325>.
3. Ballespí S. ¿Es la mentalización un factor general de salud mental?. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente* [Internet]. 2017;Nº. 30(ISSN 1695-8691):29–52.
Available from: <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/12/Ballespi-S-30.pdf>.
4. Rokita KI, Dauvermann MR, Donohoe G. Early life experiences and social cognition in major psychiatric disorders: A systematic review. *European Psychiatry* [Internet]. 2018;53:123–33.
Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.006>
5. Huang YL, Fonagy P, Feigenbaum J, Montague PR, Nolte T. Multidirectional Pathways between Attachment, Mentalizing, and Posttraumatic Stress Symptomatology in the Context of Childhood Trauma. *Psychopathology* [Internet]. 2020;53.1:48–58.
Available from: <https://dx.doi.org/10.1159/000506406>.
6. Ballespí S, Vives J, Debbané M, Sharp C, Barrantes-Vidal N. Beyond diagnosis: Mentalization and mental health from a transdiagnostic point of view in adolescents from non-clinical population. *Psychiatry Research* [Internet]. 2018;270:755–63.
Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.048>.
7. Fonagy P, Bateman AW. Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive Psychiatry* [Internet]. 2016;64:59–66.
Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.11.006>.
8. Dimaggio G, Lysaker PH. Metacognition and mentalizing in the psychotherapy of patients with psychosis and personality disorders. *Journal of Clinical Psychology* [Internet]. 2015;71.2:117–24.

Available from: <https://dx.doi.org/10.1002/jclp.22147>.

9. Hayden MC, Müllauer PK, Gaugeler R, Senft B, Andreas S. Improvements in mentalization predict improvements in interpersonal distress in patients with mental disorders. *Journal of Clinical Psychology* [Internet]. 2018;74.12:2276–86. Available from: <https://dx.doi.org/10.1002/jclp.22673>.
10. Armando M, Hutsebaut J, Debbané M. A mentalization-informed staging approach to clinical high risk for psychosis. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2019;10:1–9. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00385>.
11. Madeira N, Caldeira S, Bajouco M, Pereira AT, Martins MJ, Macedo A. Social Cognition, Negative Symptoms and Psychosocial Functioning in Schizophrenia. *Internal Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health* [Internet]. 2016;3:1. Available from: <http://dx.doi.org/10.21035/ijcnmh.2016.3.1>.
12. Billeke P, Aboitiz F. Social cognition in schizophrenia: From social stimuli processing to social engagement. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2013;4:4. Available from: <https://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2013.00004>.
13. Bora E, Pantelis C. Social cognition in schizophrenia in comparison to bipolar disorder: A meta-analysis. *Schizophrenia Research* [Internet]. 2016;175.1–3:72–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.018>.
14. Grave J, Soares SC, Martins MJ, Madeira N. Facial emotion processing in schizophrenia : a review of behavioural and neural correlates. *Internal Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health* [Internet]. 2017; 4(Suppl. 3):S06. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.4/2174>.
15. de Siqueira Rotenberg L, Beraldi GH, Okawa Belizario G, Lafer B. Impaired social cognition in bipolar disorder: A meta-analysis of Theory of Mind in euthymic patients. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* [Internet]. 2020;54.8:783–96. Available from: <https://dx.doi.org/10.1017/S0033291715001993>.
16. Bora E, Bartholomeusz C, Pantelis C. Meta-analysis of Theory of Mind (ToM) impairment in bipolar disorder. *Psychological Medicine* [Internet]. 2016;46.2:253–64. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0033291715001993>.
17. Luyten P, Fonagy P. Assessing mentalising in attachment contexts. *The Routledge handbook of attachment: Assessment*. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group; 2014. p. 210–21.
18. Dimitrijević A, Hanak N, Altaras Dimitrijević A, Jolić Marjanović Z. The Mentalization

- Scale (MentS): A Self-Report Measure for the Assessment of Mentalizing Capacity. *Journal of Personality Assessment* [Internet]. 2018;100.3:268–80. Available from: <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1310730>.
19. Fonagy P, Target M, Steele H, Steele M. Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews. London: University College London. 1998;161-2.
 20. Hesse E. The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. The Guilford Press. 2008; p. 552–598;
 21. Shmueli-Goetz Y, Target M, Fonagy P, Datta A. The Child Attachment Interview: A psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental psychology* [Internet]. 2008;44.4:939. Available from: <https://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.44.4.939>.
 22. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The “Reading the Mind in the Eyes” Test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* [Internet]. 2001;42.2:241–51. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0021963001006643>.
 23. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, et al. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLoS One* [Internet]. 2016;11.7:1–28. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>.
 24. Ballespí S, Pérez-Domingo A, Doval E, Barrantes-Vidal N. Spanish adaptation of the mentalization questionnaire (MZQ): psychometric properties in a sample of adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 233 Spring St, New York, NY 10013 USA: Springer. 2015.
 25. Ponti L, Stefanini MC, Gori S, Smorti M. The assessment of mentalizing ability in adolescents: The Italian adaptation of the mentalization questionnaire (MZQ). *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*. 2019;26.1:29–38. Available from: <https://dx.doi.org/10.4473/TPM26.1.2>.
 26. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports* [Internet]. 1962;10.3:799–812. Available from: <https://doi.org/10.2466/pr0.1962.10.3.799>.

27. Kay SR, Fiszbein A O LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* [Internet]. 1987;13.2: 261-76.
Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>.
28. Almeida LS FT. *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Psiquilíbrios. Braga; 2003.
29. Pallant J. *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS*. 4th Edition. Allen&Unwin. Vol. 181. Australia; 2011.
30. Poznyak E, Morosan L, Perroud N, Speranza M, Badoud D, Debbané M. Roles of age , gender and psychological difficulties in adolescent mentalizing. *Journal of Adolescence* [Internet]. 2019;74:120–9.
Available from: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.06.007>
31. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. How Do Distress and Well-being Relate to Medical Student Empathy ? A Multicenter Study. *Journal of General Internal Medicine* [Internet]. 2007;22.2:177–83.
Available from: <https://dx.doi.org/10.1007/s11606-006-0039-6>.
32. Marques M, Macedo A, Soares MJ, Maia B, Pereira AT, Bos S, et al. O premedical syndrome: Será que existe em Portugal? *Acta Médica Portuguesa* [Internet]. 2009;22.6:789–96.
Available from:
<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1731>.
33. Macedo A, Soares MJ, Amaral AP, Nogueira V, Madeira N, Roque C, et al. Repetitive negative thinking mediates the association between perfectionism and psychological distress. *Personality and Individual Differences* [Internet]. 2015;72:220–4.
Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.08.024>.
34. Smith KE, Norman GJ, Decety J. The complexity of empathy during medical school training: evidence for positive changes. *Medical Education* [Internet]. 2017;51.11:1146–59.
Available from: <https://dx.doi.org/10.1111/medu.13398>.
35. Ponnampereuma G, Yeo SP, Samarasekera DD. Is empathy change in medical school geo-socioculturally influenced? *Medical Education* [Internet]. 2019;53.7:655–65.
Available form: <https://dx.doi.org/10.1111/medu.13819>.

ANEXOS

Anexo I – Parecer relativo ao Projeto de Investigação Inicial, por parte da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (CE-010/2014)



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Refª **012-CE-2014**

Data 31/03/2014

C/conhecimento ao aluno

Exmo Senhor

Prof. Doutor Joaquim Neto Murta

Presidente do Conselho Científico

Assunto: Projecto de Investigação no âmbito do Programa de Doutoramento em Ciências da Saúde. (refª CE-010/2014)

Candidato(a): Nuno Gonçalo Gomes Fernandes Madeira

Título do Projecto: "Cognição social na perturbação bipolar e esquizofrenia: Caracterização fenotípica e base neural"

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projecto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve: "**Parecer Favorável**".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos,

O Presidente,

Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

GC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG • COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 707 (Ext. 542707) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

Anexo IIa – Autorização da Validação do instrumento original, *Mentalization Questionnaire* (MZQ)



Nuno Madeira <nunogmadeira@gmail.com>

Fwd: Mentalization Questionnaire (MZQ)

Maria Dehoust <m.dehoust@uke.de>

17 de outubro de 2013 às 14:12

Para: Nuno Gonçalo Gomes Fernandes Madeira <nmadeira@uc.pt>

Dear Nuno,

please find attached the English version of the MZQ, as well as a syntax for scale calculation in SPSS. I am happy with you using the questionnaire in Portugal.

Good luck with your PhD!

Best wishes

Maria

Von: Nuno Gonçalo Gomes Fernandes Madeira [mailto:nmadeira@uc.pt]

Gesendet: Sonntag, 13. Oktober 2013 20:38

An: m.hausberg@uke.de

Betreff: Fwd: Mentalization Questionnaire (MZQ)

----- Mensagem Original -----

Assunto: Mentalization Questionnaire (MZQ)

Data: 2013-09-05 14:22

Remetente: Nuno Gonçalo Gomes Fernandes Madeira <nmadeira@uc.pt>

Para: <m.hausberg@uke.de>

Dear Dr. Maria Hausberg

Department of Medical Psychology, University Medical Centre Hamburg

I work as a psychiatrist in Coimbra, Portugal. My PhD project would benefit from the inclusion of a measurement of mentalization; given that, I would like to ask for your authorization to validate a Portuguese version of the MZQ.

My best regards,

Nuno Madeira

Psychiatry Department, Coimbra Hospital and University Centre

Anexo IIb – Autorização da Validação do instrumento original, *Mentalization Questionnaire* (MZQ)


Medical Psychology Department, Faculty of Medicine - University of Coimbra


Besuchen Sie uns auf: www.uke.de

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Körperschaft des öffentlichen Rechts; Gerichtsstand: Hamburg
Vorstandsmitglieder: Prof. Dr. Martin Zeitz (Vorsitzender), Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus, Joachim Prölß, Rainer Schoppik

SAVE PAPER - THINK BEFORE PRINTING

2 anexos

 **MZQ_Hausberg et al.pdf**
16K

 **SyntaxMZQ.doc**
27K

Anexo III – Pedido de Adenda ao Projeto de Investigação Inicial à Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

01/08/2020

Gmail - Envio parecer CE_Proc. CE-075/2020_Nuno Madeira| ADENDA ao projeto CE-010/2014 de 31-03-2014



Nuno Madeira <nunogmadeira@gmail.com>

Envio parecer CE_Proc. CE-075/2020_Nuno Madeira| ADENDA ao projeto CE-010/2014 de 31-03-2014

Comissão Ética - FMUC <comissaoetica@fmed.uc.pt>

28 de julho de 2020 às 14:47

Para: nunogmadeira@gmail.com

Cc: amacedo@ci.uc.pt, mcbranco@fmed.uc.pt

Exmo. Senhor

Dr. Nuno Gonçalo Gomes Fernandes Madeira,

Cumpre-nos informar que o pedido de Adenda ao projeto de investigação apresentado por V. Exa. com o título “**Cognição social na perturbação bipolar e esquizofrenia: Caracterização fenotípica e base neural**” (Adenda ao proc. ref.^o [CE-010/2014](#), aprovado pela CE em 31.03.2014) foi analisado na reunião da Comissão de Ética da FMUC de 27 de julho, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

“**Parecer favorável à introdução da Adenda**”.

Cordiais cumprimentos.

Helena Craveiro

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina • STAG – Secretariado Executivo

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

ID:

Cognição Social

Serviço de Psicologia Médica - FMUC

Estamos interessados em adaptar para a língua Portuguesa questionários sobre atitudes, comportamentos e maneiras de ser das pessoas. Especificamente, este projecto foca a cognição social – genericamente, as aptidões para avaliar e gerir relações entre pessoas.

A participação é voluntária, sendo garantida completa confidencialidade quanto à informação recolhida. Necessitamos de grandes amostras e as respostas não serão analisadas individualmente. Caso não esteja interessado em participar, por favor, não preencha nada no protocolo e devolva-o ao investigador. A sua relação com este não será prejudicada.

Aos interessados em participar, pedimos que leiam atentamente todas as questões e respondam segundo as instruções. Não há respostas certas ou erradas. O que interessa é que cada um responda como de facto se aplica a si.

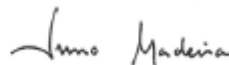
Para emparelhamento dos diversos questionários ao longo do tempo (poderá ser necessário voltar a solicitar a participação daqui a alguns meses), deve escrever na folha seguinte, no campo identificação, o NÚMERO DE ESTUDANTE DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA ou as INICIAIS EM LETRA MAIÚSCULA bem legível; caso contrário todo o trabalho é inválido. Se aceitar futuros contactos para fins de investigação, solicitamos o seu e-mail:

Muito obrigado desde já pela sua colaboração.

O Director do Serviço de Psicologia Médica
(António Macedo)



O Investigador Principal
(Nuno Madeira)



Informações através do e-mail: nmadeira@uc.pt

Autorização

Eu, _____ (nome)
li e decidi participar no estudo sobre cognição social.

Assinatura _____

Data: / /

Questionário de Mentalização

(Versão Experimental – SPM-FMUC, 2013)

Identificação: _____

Data: __ / __ / ____ Idade: _____ Sexo: M / F

Em baixo irá encontrar várias afirmações sobre a sua capacidade de perceber os seus próprios sentimentos e os sentimentos dos outros. Gostaríamos que classificasse a sua concordância com estas afirmações. Por favor responda a cada afirmação numa escala entre 'discordo' e 'concordo'.

	Discordo	Discordo em parte	Nem concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo
1. Se espero ser criticado ou ofendido, o meu medo aumenta cada vez mais.					
2. As explicações dos outros são de pouca ajuda na compreensão dos meus sentimentos.					
3. Por vezes os sentimentos são perigosos para mim					
4. Apenas acredito que alguém gosta, realmente, bastante de mim se tiver provas concretas suficientes disso (p. ex. uma saída a dois, um presente ou um abraço).					
5. Na maior parte do tempo, o melhor é não sentir nada.					
6. Frequentemente não consigo controlar os meus sentimentos.					
7. Para mim é difícil acreditar que os relacionamentos podem mudar.					
8. Tenho tendência a ignorar sensações de tensão física ou de desconforto até que elas captem toda a minha atenção.					
9. Falar sobre sentimentos faria com que eles se tornassem cada vez mais poderosos.					
10. Por vezes apenas tomo consciência dos meus sentimentos retrospectivamente.					
11. Frequentemente é para mim difícil percepcionar os meus sentimentos em toda a sua intensidade.					
12. Frequentemente sinto-me ameaçado pela ideia de que alguém possa criticar-me ou ofender-me.					
13. Se alguém bocejar na minha presença, isso é um sinal fiável de que está aborrecido com a minha companhia.					
14. Na maior parte do tempo não sinto vontade de falar com os outros sobre os meus pensamentos e sentimentos.					
15. Frequentemente nem sequer sei o que está acontecer em mim.					

Anexo VI – Abstract: Validation of the Portuguese version of the Mentalization Questionnaire in a sample of college students: Preliminary Results

ABSTRACT

Introduction: Mentalization (MZ) is the capacity by which people make sense of their own's and others' mental states; when compromised, it is associated with several mental disorders (1). A valid instrument to assess MZ is missing and required for the Portuguese population.

Objective: To develop and validate a Portuguese version (Questionário de Mentalização – QMZ) of the Mentalization Questionnaire (MZQ) (2).

Methods: A sample of 184 Portuguese medical students (mean age = 21.6 ± 2.47 years, 59.8% female) was used to explore the psychometric properties of the scale, using reliability and factor analysis (varimax rotation method).

Results: The QMZ exhibited a Cronbach's alpha score of .80. All items contributed to its reliability. Based on the scree plot of Cattell and interpretability of items, a 2-factor and a 5-factor structures were further explored. The former explained 38.8% of the total variance (VE) and included a regulation of affect (VE= 27.3%, $\alpha=.79$) and a self-reflection and emotional awareness (VE= 11.5%, $\alpha=.62$) factors. The latter explained 60.6% of the total variance and incorporated the following dimensions: self-control (VE= 27.3%, $\alpha=.74$), daily relationships (VE= 11.5%, $\alpha=.67$), self-comprehension (VE= 8.1%, $\alpha=.54$), close relationships (VE= 7.0%, $\alpha=.41$) and self-monitoring (VE= 6.7%, $\alpha=.52$). The 5-factor structure was closer to the dimensional concept of mentalization.

Conclusion: The QMZ has proved to be a promising instrument, with adequate psychometric properties, confirmed by its acceptable construct, discriminant and factorial validity and reliability to assess mentalization in Portuguese language.

KEYWORDS

Mentalization Questionnaire, Portuguese version, Psychometric Properties, Reliability, Factor Structure

AUTHORS

Paula Rebelo, paulafrmartins@gmail.com, Faculty of Medicine – University of Coimbra

Brigite Wildenberg, brigitewildenberg@hotmail.com, Institute of Psychological Medicine, Faculty of Medicine – University of Coimbra

Daniela Pereira, dmpereira4@gmail.com, Institute of Psychological Medicine, Faculty of Medicine – University of Coimbra

Carolina Cabaços, csm.cabacos@gmail.com, Institute of Psychological Medicine, Faculty of Medicine – University of Coimbra

Ana Telma Pereira, apereira@fmed.uc.pt, Institute of Psychological Medicine, Faculty of Medicine – University of Coimbra

Salomé Caldeira, mscaldeira@gmail.com, Department of Psychiatry, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Nuno Madeira, nmadeira@uc.pt, Institute of Psychological Medicine, Faculty of Medicine – University of Coimbra

Sandra Bos, sbos@fmed.uc.pt, Institute of Psychological Medicine, Faculty of Medicine – University of Coimbra