

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

**Tradução, adaptação e contributo
para a validação do Reflective
Functioning Questionnaire e do
Physical Health Questionnaire para o
português europeu**

Ana Francisca de Sousa Anjo e Paiva

M

2021



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO DO
REFLECTIVE FUNCTIONING QUESTIONNAIRE E DO PHYSICAL HEALTH
QUESTIONNAIRE PARA O PORTUGUÊS EUROPEU**

Ana Francisca de Sousa Anjo e Paiva

Outubro 2021

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora ***Maria Emília Costa*** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Doutora Maria Emília pela sua orientação, disponibilidade e pelo exemplo de profissionalismo e humanidade que continuamente demonstrou. Obrigada pelas palavras de apoio e pelo acolhimento perante as intempéries surgidas durante este processo. Esta etapa não teria sido tão rica sem a sua orientação.

Agradeço também ao Professor Nuno Nunes a possibilidade de embarcar neste projeto, as ideias e partilhas valiosas marcadas pelo entusiasmo pelo tema da mentalização, a importante orientação em variados momentos deste projeto, e o seu envolvimento nas recolhas e processos de tradução dos instrumentos sem os quais este trabalho não seria possível.

Ao meu avô, agradeço por ser um exemplo de força e perseverança, por nunca lhe falhar a pergunta “Como estão os teus estudos?” e pela oportunidade de lhe poder dizer “Já terminei, meu Manelinho”.

À minha avó agradeço a sua meiguice, preocupação comigo e acima de tudo o exemplo de resiliência que é para mim.

Estou grata aos meus irmãos, os momentos a vosso lado são de pura felicidade. Obrigada por tantas vezes transformarem a minha inquietação em sorrisos e risadas.

Ao meu pai, pelas palavras de encorajamento e pelo apoio. À minha mãe pelo seu esforço incansável para tornar possível esta etapa da minha formação. Aos dois, por serem exemplos ao nível do trabalho ético e dedicado.

Ao meu namorado, pela incansável capacidade de me tranquilizar, pelo amor, força, e compreensão, todos os dias.

À Eduarda, obrigada pela tua presença, apoio e inegostável paciência ao longo deste percurso. Desde as pep-talks às conversas mais sérias, ou desde as preciosas pausas para café até aos momentos mais descarrilados foste uma inestimável fonte de suporte e uma peça fundamental no meu percurso.

Às Andreias e à Rita, obrigada pelo apoio, cumplicidade, conforto e amizade.

Aos meus amigos, obrigada pelo interesse, companheirismo, pelas inestimáveis conversas de café e preciosos momentos de lazer.

Finalmente, agradeço aos investigadores que estiveram envolvidos nos processos de tradução dos instrumentos neste trabalho validados e aos participantes que tornaram possível a consecução desta investigação.

Resumo

A capacidade de reconhecer e compreender estados mentais no *self* e nos outros (i.e., mentalização ou funcionamento reflexivo) tem vindo a desempenhar um importante papel no âmbito da saúde e bem-estar psicológico e físico. Dada a ausência de instrumentos de autorrelato para a avaliação da mentalização validados para o contexto português, a presente investigação teve como primeiro objetivo traduzir, adaptar e contribuir para a validação da versão portuguesa do *Reflective Functioning Questionnaire* (RFQ) numa amostra de adultos portugueses. Considerando também a relação complexa e interdependente entre saúde física e estados psicológicos, um outro objetivo foi analisar a relação entre a mentalização e a frequência de sintomas somáticos, tendo para este fim se realizado uma adaptação preliminar de um instrumento que operacionaliza a saúde física – o *Physical Health Questionnaire*. Uma amostra de 369 adultos saudáveis (76.4% do sexo feminino; idades compreendidas entre 18 e 66 anos, $M = 25.62$, $DP = 10.39$) preencheu as versões portuguesas do RFQ e do PHQ. As análises fatoriais confirmatórias suportaram a estrutura bifatorial do RFQ, assim como, o modelo de quatro fatores do PHQ e o modelo hierárquico com um fator de segunda ordem respeitante à saúde física. Ambos os instrumentos apresentaram confiabilidade e consistência interna adequadas. Verificou-se que a maior incerteza acerca dos estados mentais estava associada de forma significativa e moderada a uma maior frequência de queixas somáticas; e que a presença de sintomas somáticos é superior em indivíduos em que se verificava hipomentalização do que nos que apresentavam mentalização genuína ou hipermentalização. O presente estudo evidencia as boas qualidades psicométricas das versões portuguesas do RFQ e do PHQ, no que concerne à confiabilidade e validade fatorial, oferecendo um importante contributo para o estudo da mentalização no contexto português. Para além disto, demonstra que a qualidade da mentalização tem um impacto significativo moderado nos níveis de saúde física, reforçando o valor da abordagem da mentalização para a compreensão de fenómenos no âmbito da saúde física.

Palavras-Chave: mentalização, funcionamento reflexivo, sintomas somáticos, saúde física, medidas de autorrelato.

Abstract

The ability to recognize and understand the mental states of the self and others (i.e., mentalizing or reflective functioning) has been playing an important role in the context of psychological and physical health and well-being. Given the absence of self-report measures for assessing mentalizing validated for the portuguese context, the present investigation aimed to translate, adapt and contribute to the validation of the portuguese version of the Reflective Functioning Questionnaire (RFQ) in a sample of portuguese adults. Also considering the complex and interdependent relationship between physical health and psychological states, another aim was to analyze the relationship between mentalizing and the frequency of somatic symptoms, having for this purpose performed a preliminary adaptation of an instrument that operationalizes physical health – the Physical Health Questionnaire. A sample of 369 healthy adults (76.4% female; aged between 18 and 66 years, $M= 25.62$, $SD= 10.39$) completed the portuguese versions of the RFQ and PHQ. Confirmatory factor analysis supported the bifactorial structure of the RFQ, as well as the four-factor model of the PHQ and the hierarchical model with a second-order factor concerning physical health. Both instruments showed adequate reliability and internal consistency. It was found that greater uncertainty about mental states was significantly and moderately associated with a higher frequency of somatic complaints; and that the presence of somatic symptoms is higher in individuals with hypomentalizing than in those with genuine mentalizing or hypermentalizing. This study highlights the good psychometric properties of the portuguese versions of the RFQ and PHQ, in terms of reliability and factorial validity, offering an important contribution to the study of mentalizing in the portuguese context. Furthermore, it demonstrates that the quality of mentalizing has a significant moderate impact on levels of physical health, reinforcing the value of the mentalizing approach for the understanding of phenomena in the context of physical health.

Keywords: mentalizing, reflective functioning, somatic symptoms, physical health, self-report measures.

Résumé

La capacité de reconnaître et de comprendre les états mentaux de soi et des autres (c.-à-d. la mentalisation ou le fonctionnement réflexif) joue désormais un rôle important dans le contexte de la santé et du bien-être psychologiques et physiques. Compte tenu de l'absence d'instruments d'auto-évaluation pour évaluer la mentalisation validés pour le contexte portugais, la présente enquête visait à traduire, adapter et contribuer à la validation de la version portugaise du *Reflective Functioning Questionnaire* (RFQ) dans un échantillon d'adultes portugais. Considérant également la relation complexe et interdépendante entre la santé physique et les états psychologiques, un autre objectif était d'analyser la relation entre la mentalisation et la fréquence des symptômes somatiques, ayant à cet effet effectué une adaptation préliminaire d'un instrument qui opérationnalise la santé physique – le Physical Health Questionnaire. Un échantillon de 369 adultes en bonne santé (76.4 % de femmes; âgés de 18 à 66 ans, $M = 25.62$, $DS = 10.39$) a complété les versions portugaises du RFQ et du PHQ. Les analyses factorielles confirmatoires ont soutenu la structure bifactorielle du RFQ, ainsi que le modèle à quatre facteurs du PHQ et le modèle hiérarchique avec un facteur de second ordre concernant la santé physique. Les deux instruments ont montré une fiabilité et une cohérence interne adéquates. Il a été constaté qu'une plus grande incertitude sur les états mentaux était significativement et modérément associée à une fréquence plus élevée de plaintes somatiques; et que la présence de symptômes somatiques est plus élevée chez les individus présentant une hypomentalisation que chez ceux présentant une véritable mentalisation ou hypermentalisation. Cette étude met en évidence les bonnes qualités psychométriques des versions portugaises du RFQ et du PHQ, en termes de fiabilité et de validité factorielle, offrant une contribution importante à l'étude de la mentalisation dans le contexte portugais. De plus, il démontre que la qualité de la mentalisation a un impact modéré significatif sur les niveaux de santé physique, renforçant la valeur de l'approche de la mentalisation pour comprendre les phénomènes dans le contexte de la santé physique.

Mots-clés: mentalisation, fonctionnement réflexif, symptômes somatiques, santé physique, mesures d'auto-évaluation.

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento teórico	3
2.1. Caracterização do conceito de mentalização.....	3
2.2. Conceptualização da mentalização: diferentes abordagens	5
2.3. Sobreposição conceptual: distinção entre a mentalização e outros construtos.....	8
2.4. Qualidade da mentalização	9
2.5. Avaliação da mentalização: o <i>Reflective Functioning Questionnaire</i>	9
2.6. Mentalização, saúde psicológica e saúde física	10
2.7. Avaliação dos sintomas somáticos: o <i>Physical Health Questionnaire</i>	13
2.8. Objetivos e hipóteses de investigação	14
3. Método.....	15
3.1. Participantes	15
3.2. Instrumentos.....	15
3.2.1. Questionário sociodemográfico	15
3.2.2. Reflective Functioning Questionnaire (RFQ; Fonagy et al., 2016)	15
3.2.3. Physical Health Questionnaire (PHQ; Schat et al., 2005).....	16
3.3. Procedimentos.....	16
3.3.1. Tradução e adaptação do RFQ	16
3.3.2. Tradução e adaptação do PHQ.....	17

3.3.3.	Procedimentos de recolha de dados	18
3.3.4.	Procedimentos de análise de dados	18
4.	Resultados.....	21
4.1.	Análise preliminar dos dados.....	21
4.2.	Análise das qualidades psicométricas do RFQ	22
4.2.1.	Validade fatorial do RFQ.....	22
4.2.2.	Fiabilidade do RFQ.....	23
4.3.	Análise das qualidades psicométricas do PHQ.....	24
4.3.1.	Validade fatorial do PHQ.....	24
4.3.2.	Fiabilidade do PHQ.....	26
4.4.	Associação entre função reflexiva e sintomas somáticos	26
5.	Discussão.....	28
6.	Conclusão	34
	Referências bibliográficas	35
	Apêndices	49
	Apêndice A.	50
	Apêndice B.....	51
	Apêndice C.....	52
	Apêndice D.	53
	Apêndice E.....	54

Índice de Tabelas

Tabela 1 Índices da qualidade de ajustamento da versão portuguesa do Questionário de Funcionamento Reflexivo	23
Tabela 2 Consistência interna, correlações inter-item médias das subescalas do RFQ e estabilidade temporal do RFQ	24
Tabela 3 Índices da qualidade de ajustamento da versão portuguesa do Questionário de Saúde Física.....	25
Tabela 4 Consistência interna e correlações inter-item da versão portuguesa do PHQ	26
Tabela 5 Correlação entre certeza e incerteza acerca dos estados mentais e a frequência de sintomas somáticos	27

Índice de Figuras

Figura 1 Análise Fatorial Confirmatória da versão portuguesa do RFQ	52
Figura 2 Análise Fatorial Confirmatória de primeira ordem da versão portuguesa do PHQ	53
Figura 3 Análise Fatorial Confirmatória de segunda ordem da versão portuguesa do PHQ	54

Lista de Abreviaturas

AFC	Análise Fatorial Confirmatória
ANOVA	Analysis of Variance
CFI	Comparative Fit Index
FPCEUP	Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto
IC	Intervalo de Confiança
IM	Índices de Modificação
ITC	International Test Commission
Ku	Curtose
KuM	Coeficiente de Curtose Multivariado de Mardia
MCAR	Missing Completely At Random
PHQ	Physical Health Questionnaire
RFQ	Reflective Functioning Questionnaire
RFQc	Subescala de Certeza do RFQ
RFQu	Subescala de Incerteza do RFQ
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
Sk	Assimetria
SkM	Coeficiente de Assimetria Multivariado de Mardia
TLI	Tucker-Lewis Index
WLSMV	Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted

1. Introdução

A mentalização refere-se à capacidade para reconhecer e elaborar estados mentais (e.g., desejos, necessidades, sentimentos, pensamentos, crenças, razões) no *self* e nos outros. Esta capacidade implica a interpretação de comportamentos baseados em estados mentais intencionais ou a inferência de estados mentais subjacentes ao comportamento manifesto (Allen, 2006; Allen et al., 2008). Por sua vez, a função reflexiva constitui a expressão ativa da capacidade psicológica de mentalizar. A mentalização e a função reflexiva são comumente empregues como sinónimas, uma vez que, a segunda constitui a “operacionalização dos processos psicológicos subjacentes à capacidade de mentalizar” (Fonagy et al., 2002, pp. 24-25).

Apesar de não se constituir um conceito recente, nas últimas décadas a mentalização tem representado um conceito-chave de grande relevância clínica, e especificamente no âmbito dos processos de desenvolvimento e psicopatológicos. De facto, a capacidade de mentalizar encontra-se subjacente ao funcionamento familiar, interpessoal e intrapessoal, constituindo-se um fator protetor face a uma ampla gama de quadros psicopatológicos (Luyten et al., 2020).

A relação entre mentalização e psicopatologia tem sido bem documentada pela literatura. Aliás, apesar da investigação neste âmbito ter inicialmente incidido sobre a disfuncionalidade da função reflexiva ligada a quadros psicopatológicos severos, como por exemplo, a Perturbação de Personalidade Borderline, atualmente a perspetiva em crescente proliferação é a de que grande parte ou todas as formas de psicopatologia sejam caracterizadas por défices temporários ou crónicos desta capacidade, enfatizando-se a mentalização enquanto conceito transdiagnóstico e transteórico (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Luyten et al., 2020).

Por outro lado, é possível estabelecer uma relação entre a mentalização e a saúde física. Por exemplo, é possível que capacidades de mentalização empobrecidas estejam associadas a maior sintomatologia somática, uma vez que, há algumas evidências de uma associação entre défices na capacidade de mentalização e a interpretação enviesada dos estados corporais (Spaans et al., 2009). Ainda assim, a investigação neste âmbito permanece um pouco lacunar, uma vez que, poucos estudos utilizam instrumentos que avaliam a capacidade de mentalização, utilizando, no entanto, medidas de construtos que se relacionam com esta, mas não a capturando totalmente, como por exemplo, a teoria da mente e a alexitimia (e.g., De Gucht & Heiser, 2003; Preis et al., 2017).

Neste sentido, e considerando a escassez de instrumentos de avaliação da mentalização adaptados para língua portuguesa, um dos objetivos deste estudo é a tradução e adaptação da versão portuguesa do *Reflective Functioning Questionnaire* (Fonagy et al., 2016) – em português, Questionário do Funcionamento Reflexivo. Para além disto, assume-se também como objetivo examinar algumas das suas propriedades psicométricas, nomeadamente a fidelidade e validade fatorial, numa amostra portuguesa de adultos saudáveis.

Considerando também a relação complexa e interdependente entre saúde física e estados psicológicos, será de particular interesse para este estudo a exploração da associação entre a mentalização e a saúde física (avaliada em termos de sintomas somáticos). No sentido de investigar as relações entre estas variáveis, o presente trabalho propõe-se também a realizar uma adaptação preliminar de um instrumento que operacionaliza a saúde física, nomeadamente, o *Physical Health Questionnaire* (Schat et al., 2005) – em português, Questionário de Saúde Física.

A relevância do presente estudo assenta na sua tentativa de colmatar uma lacuna existente no contexto português, oferecendo um contributo para a validação de um instrumento de autorrelato de avaliação da mentalização. A existência deste instrumento no contexto português poderá constituir uma mais-valia no âmbito clínico e investigativo para a avaliação da qualidade da mentalização em diferentes populações, para o aprofundamento da sua associação a diferentes expressões psicopatológicas, assim como, para a abordagem da disfuncionalidade ao nível desta capacidade no âmbito de intervenções psicossociais. Por fim, o presente trabalho contribui para um mais detalhado conhecimento da já vastamente estabelecida ligação entre o corpo e mente, através do foco num fator menos investigado na literatura, nomeadamente, o do papel da qualidade do funcionamento reflexivo através exploração da relação entre a mentalização e a frequência de queixas somáticas.

2. Enquadramento teórico

2.1. Caracterização do conceito de mentalização

A mentalização (funcionamento reflexivo ou função reflexiva), é uma capacidade multifacetada (Allen et al., 2008). A sua natureza multidimensional divide-a em diferentes componentes que podem ser agrupadas em quatro polaridades funcionais:

1. Mentalização automática (também denominada de implícita, exige poucos ou nenhuns recursos atencionais, intenção, consciência e esforço, envolvendo um processamento paralelo que torna este um processo rápido; Satpute & Lieberman, 2006) *versus* mentalização controlada (ou explícita, é um processo cognitivo deliberado e consciente, verbal, serial, e que exige atenção, intenção e esforço; Allen, 2006; Fonagy & Luyten, 2009).
2. Mentalização em relação ao *self* (capacidade de mentalizar as próprias experiências interiores) *versus* mentalização em relação aos outros (capacidade para refletir sobre os estados mentais de outrem e para representar o comportamento dos outros em termos de estados mentais; Allen, 2006).
3. Mentalização interna (capacidade para fazer inferências acerca dos estados mentais com base em estados internos, e.g., sentimentos, pensamentos) *versus* mentalização externa (envolve fazer inferências acerca dos estados mentais através de ações ou indicadores externos visíveis, e.g., expressões faciais, postura corporal). Esta polaridade difere da anterior (mentalização em relação ao *self versus* outros), na medida em que diz respeito às manifestações visíveis e estado mental interno, tanto do próprio como dos outros (Allen, 2006; Lieberman, 2007).
4. Mentalização cognitiva (atividade metacognitiva que permite pensar sobre o pensamento e compreender a natureza representacional do mesmo; Fonagy et al., 2002) *versus* mentalização afetiva (envolve a compreensão dos sentimentos subjacentes aos estados mentais, e é uma capacidade necessária para a experiência de empatia; Bateman & Fonagy, 2016).

A disfuncionalidade numa das polaridades explicitadas pode traduzir-se na manifestação predominante da polaridade oposta. Uma caracterização do funcionamento

geral da capacidade de mentalização pode, portanto, ser conceptualizada através do equilíbrio entre as polaridades referidas (Fonagy et al., 2011).

Para além de multidimensional, a mentalização é também uma capacidade dinâmica, já que, segundo Luyten e Fonagy (2015) o equilíbrio entre as polaridades depende de dois aspetos: stresse ou *arousal* e do uso de estratégias de vinculação em resposta ao *arousal*. Segundo os autores, o aumento do stresse/*arousal* influencia mudanças no processo de mentalização, levando à emergência de um modo de mentalizar mais automático. Este último apresenta-se muitas vezes enviesado devido a assunções não reflexivas e, como tal, pode falhar na apreensão da complexidade exigida em contextos interpessoais reais para refletir de forma consciente e deliberada sobre o mundo interno do *self* e dos outros. Luyten e Fonagy (2015) distinguem também diferentes maneiras de responder ao *arousal* dependentes da vinculação: a ativação de estratégias de vinculação segura em resposta ao stresse estimulam a mentalização controlada; estratégias de hiperativação da vinculação (relacionadas com os padrões ansioso-ambivalente e preocupado) facilitam a emergência de modos não mentalísticos e lapsos mais extensos de mentalização controlada; e estratégias de desativação da vinculação características de indivíduos com padrões de vinculação ansioso-evitante e desorganizado, assemelham-se aos que usam predominantemente estratégias de vinculação segura. Contudo, diferenças na mentalização entre ambos podem tornar-se aparentes sob stresse crescente, situação na qual se verifica uma forte reativação de sentimentos de insegurança, intensificação de representações negativas sobre o *self* e níveis aumentados de stresse (Luyten & Fonagy, 2015; Mikulincer et al., 2004).

Deste modo, a ativação do sistema de vinculação em resposta ao stresse está associada à mentalização ineficaz (Fonagy & Luyten, 2009; Luyten & Fonagy, 2015). Assim, a capacidade de mentalização apresenta, segundo os autores, as vertentes traço e estado. A mentalização-estado varia não só consoante o *arousal* emocional, mas também consoante contextos sociais interpessoais (Fonagy & Luyten, 2009). A literatura aponta para flutuações temporais desta capacidade, assim como diferenças entre contextos relacionais (Luyten et al., 2011). Por exemplo, alguns estudos recentes demonstraram mudanças consideráveis na capacidade de mentalização entre sessões terapêuticas (De Meulemeester et al., 2018; Hayden et al., 2018).

Mentalizar é, portanto, um processo social fundamentalmente bidirecional ou transacional (Luyten & Fonagy, 2015, p.367), que faz desta uma capacidade estimulada e desenvolvida no contexto das interações com os outros, e influenciada pelas capacidades de mentalização daqueles com quem se interage.

2.2. Conceptualização da mentalização: diferentes abordagens

A mentalização tem sido conceptualizada de formas distintas consoante diferentes perspetivas, que se explicitam de seguida, desenvolvendo, contudo, de uma forma mais elaborada a abordagem anglófona, que serve de base teórico-conceptual a este trabalho.

O conceito de mentalização encontra as suas raízes na literatura psicanalítica francófona nos anos 60 (Freeman, 2016). Tendo por base contributos de Freud sobre o aparelho psíquico, a abordagem francófona ao conceito de mentalização tem vindo desde então, a desenvolver-se (Holmes, 2006). Em 1997, Lecours e Bouchard propuseram um modelo de mentalização com base nesta tradição psicanalítica, conceptualizando este conceito como um processo de elaboração mental que inclui mecanismos de abstração, representação e significação, que possibilitam a transformação de conteúdos psíquicos em estruturas mentais progressivamente mais organizadas.

Por outro lado, e tendo como referenciais teóricos a psicologia do ego e a teoria das relações de objeto, outros autores oferecem uma perspetiva da mentalização focada nas qualidades deste processo tendo por base, inicialmente, estudos sobre contratransferência e estados mentais do psicoterapeuta (Bouchard et al., 2008). Neste âmbito surge o Modelo dos Estados Mentais (Bouchard et al., 2001 citado por Beaulieu-Pelletier et al., 2012; Bouchard et al., 2008). Este modelo define estados mentais como atitudes pessoais em relação à experiência subjetiva experienciada no aqui e agora, e postula que a qualidade dos estados mentais depende de dois processos distintos: 1) um processo de elaboração mental, baseado num conjunto mais ou menos elaborado de representações mentais (e os componentes afetivos a estas associados) já existentes na memória, despoletado por sinais vindos do corpo e do ambiente numa dada situação e 2) um processo modulador que regula o grau de abertura consciente ao conteúdo das representações ativadas (Beaulieu-Pelletier & Philippe, 2017). A interação entre os dois processos explicitados origina estados mentais qualitativamente diferentes (nomeadamente: pensamento concreto, nível defensivo baixo, nível defensivo intermédio, objetivo-racional, nível defensivo alto e pensamento reflexivo), que podem ser dispostos num contínuo crescente de reflexividade (Bouchard et al., 2001 citado em Beaulieu-Pelletier et al., 2012).

Um vasto corpo de literatura sobre o conceito de mentalização tem sido desenvolvido por Fonagy e colaboradores (Allen et al., 2008; Bateman & Fonagy, 2016; Fonagy et al., 2011; Fonagy et al., 2002), originando uma outra perspetiva sobre o conceito de mentalização vastamente utilizada atualmente. Estes autores, que se enquadram na

perspetiva anglófona, contribuíram largamente para a construção de um referencial teórico em torno deste conceito, simultaneamente oferecendo contributos importantes para a proliferação de investigação em torno do tema em diversas áreas, como as neurociências, psicologia do desenvolvimento, psicopatologia e psicoterapia (e.g., Allen, 2006; Fonagy & Allison, 2014; Fonagy & Luyten, 2009; Fonagy et al., 1991; Luyten & Fonagy, 2015).

Inicialmente, esta perspetiva contou com contributos do domínio da investigação sobre a teoria da mente que demonstrava, em crianças com cerca de quatro anos, a aquisição da capacidade de explicação de ações através de representações mentais consistentes ou não com a realidade (Wellman, 1990). Alguns autores usam os termos teoria da mente e mentalização de forma sinónima, contudo, apesar da similaridade entre alguns aspetos destes dois conceitos, o primeiro e o paradigma das falsas crenças a ele associado é considerado muito limitador, uma vez que, falha em captar os aspetos reguladores relacionais e afetivos da interpretação do comportamento em termos de estados mentais (Fonagy et al., 2007, p. 288).

A par desta investigação empírica, o referencial teórico para o desenvolvimento do conceito de mentalização encontra também influências na Teoria da Vinculação. Alguns autores apontam a mentalização como uma aquisição desenvolvimental que depende da qualidade das relações de vinculação, particularmente, mas não exclusivamente, na infância (Fonagy et al., 1991). O desenvolvimento desta capacidade é, portanto, propiciado num contexto de uma relação de vinculação segura com a figura cuidadora principal, pautada pela sensibilidade e responsividade contingente às necessidades e estados emocionais da criança. Na ausência da qualidade das relações de vinculação surge disfuncionalidade na capacidade de mentalização (Bateman & Fonagy, 2016).

Fonagy e Target (1996, 2000, 2007; Target & Fonagy, 1996) propuseram um modelo do desenvolvimento da mentalização no qual descrevem os modos de pensamento que caracterizam o funcionamento psíquico infantil antes do desenvolvimento da capacidade de mentalizar. De acordo com os autores, a capacidade de mentalização é precedida por três modos pré-mentalísticos de relacionar a realidade psíquica com as experiências externas: o modo teleológico permite aos bebés, através da observação do comportamento dos outros, fazerem as primeiras inferências sobre as intenções dos outros indivíduos, sem, no entanto, considerarem os seus estados mentais. Há uma expectativa de que as ações sejam racionais, e por isso, direcionadas eficazmente para a realização de determinado objetivo dentro das restrições da realidade física externa. A compreensão sobre os seus próprios comportamentos e as ações de outras pessoas é, portanto, limitada às consequências físicas

que os comportamentos produzem. Por sua vez, no modo de equivalência psíquica (*psychic equivalence mode*) verifica-se um isomorfismo mundo-mente, em que a realidade mental interna corresponde à realidade externa e à experiência subjetiva. Assim, os pensamentos e percepções são experienciados como factos, uma vez que, ainda não adquiriram a capacidade para compreender que o que acontece nas suas mentes decorre de estados mentais subjetivos e não necessariamente da realidade externa (Allen et al., 2008; Gergely, 2003). Por fim, no modo faz de conta (*pretend mode*) a criança ganha a percepção de que a experiência interna pode não refletir a realidade externa, contudo, os estados mentais estão dissociados da realidade vivenciada, o que resulta numa experienciação da realidade interna e externa como completamente distintas, uma vez que sua integração ainda não é possível (Allen et al., 2008; Fonagy et al., 2002; Gergely, 2003). A criança vai integrando progressivamente estes três modos, alcançando o modo reflexivo (i.e., mentalização) que lhe permite desenvolver meta-representações das suas próprias experiências subjetivas e compreender que os outros, como ela própria, têm pensamentos, sentimentos e intenções, relacionados com a realidade externa (Fonagy et al., 2002).

Posteriormente, no decurso do seu desenvolvimento, a amplificação dos contextos interpessoais nos quais o sujeito participa estimula o foco nos estados mentais internos, fomentando deste modo, o desenvolvimento da mentalização (Fonagy & Luyten, no prelo citado em Luyten & Fonagy, 2015).

Apesar da preponderância que a perspectiva anglófona atribui à vinculação no desenvolvimento da função reflexiva, atualmente esta perspectiva aponta para um conjunto mais abrangente de fatores contextuais relevantes, nomeadamente, a família, os pares, a confiança epistémica e aspetos socioculturais (Luyten et al., 2020).

As perspectivas anglófona e francófona diferem em vários aspetos, por exemplo, parece existir um foco superior no processamento intrapsíquico e na elaboração mental (e na atividade defensiva) dos afetos, impulsos e experiência na perspectiva francófona, enquanto que a perspectiva anglófona oferece destaque à cognição social, à metacognição e à reflexão por parte do sujeito sobre os estados mentais de si mesmo e dos outros para explicar ações (Bouchard et al., 2008; Bouchard & Lecours, 2008). Ainda assim, Bouchard e colaboradores (2008) elaboraram um estudo sobre a relação entre três instrumentos de mentalização – a *Reflective Function Scale* (Escala da Função Reflexiva – perspectiva anglófona), o *Mental States Rating System* (Sistema de Avaliação dos Estados Mentais – Psicologia do Ego e a Teoria das Relações de Objeto), e a *Grille de l'Élaboration Verbale de l'Affect* (Escala de Elaboração Verbal do Afeto – perspectiva francófona) – que conceptualizam e

operacionalizam este construto de forma diferente, tendo como base cada um deles uma das perspectivas sobre este conceito mencionadas anteriormente. Os resultados desta investigação levaram os autores a afirmarem que estas três medidas partilham aspetos de um processo central de mentalização (para o qual níveis altos de funcionamento reflexivo ou elaboração de afeto e um estado reflexivo contribuem ou são indicativos), apesar de enfatizarem facetas teoricamente diferentes do processo de mentalização.

2.3.Sobreposição conceptual: distinção entre a mentalização e outros construtos

Conceptualmente, a mentalização sobrepõe-se em parte a outros construtos psicológicos, como por exemplo, empatia (envolve a apreciação dos estados mentais nos outros e a preocupação empática pelos outros, pode funcionar nos modos implícito e explícito, e o conteúdo é principalmente afetivo, apesar de envolver ambas experiências de afeto e habilidade cognitiva); *psychological mindedness* (apesar de definida por Farber (1985) como um traço de personalidade ou uma disposição para refletir sobre o significado e a motivação de comportamentos, pensamentos e sentimentos de si e dos outros, este é sobretudo um processo que opera a um nível deliberado e explícito, tendo sido mais recentemente definido por Allen e colaboradores (2008) como a propensão para mentalizar, especialmente no contexto psicoterapêutico); *mindfulness* (estado de atenção aumentada e consciência da experiência atual ou da realidade presente, cujo foco não se limita a estados mentais); *affect consciousness* (diz respeito à capacidade para perceber, refletir sobre e expressar estados afetivos do *self* e do outro. É um termo mais restrito do que a mentalização na medida em que, envolve uma função mais explícita e consciente e se restringe a conteúdos mentais afetivos); teoria da mente (diz respeito à capacidade de identificar os estados mentais de outras pessoas a fim de interpretar o seu comportamento, diferenciando-se da mentalização pela sua orientação para o exterior/para os outros, e pelo foco cognitivo); *insight* (pode ser considerado um subproduto do processo de mentalização); metacognição (também definida como pensar sobre o pensamento difere da mentalização dado o seu foco principal na cognição e no *self*) e inteligência emocional (capacidade para perceber, assimilar, entender e gerir emoções, podendo ser entendida como a mentalização de emoções no *self* e nos outros) (Allen et al., 2008; Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Apesar desta sobreposição conceptual, nenhum dos conceitos encapsula na totalidade as várias dimensões que compõem o construto da mentalização (i.e., implícita ou explícita;

em relação ao *self* ou aos outros; interna ou externa; cognitiva ou afetiva), não sendo, portanto, capazes de capturar a sua complexidade (Allen et al., 2008).

2.4. Qualidade da mentalização

Uma capacidade de mentalização bem desenvolvida reflete-se na capacidade do sujeito para compreender e descrever de forma coerente os próprios estados mentais e os dos outros, e para tolerar a incerteza quanto aos mesmos; implica também, a consciência de que os sentimentos e desejos de outras pessoas podem diferir dos do próprio, assim como, uma postura genuína de curiosidade sobre os estados mentais do *self* e dos outros (Bateman & Fonagy, 2016).

Por outro lado, dificuldades na capacidade de mentalizar podem traduzir-se, por exemplo, em falta de interesse nos estados mentais do próprio e falta de capacidade para imaginar os estados mentais dos outros, ênfase em fatores externos e descrições comportamentais, ou, de uma forma mais geral, predominância de uma das polaridades dimensionais sobre a outra (Fonagy & Target, 2008; Luyten et al., 2011).

Na idade adulta, a disfuncionalidade numa ou mais dimensões da mentalização, pode adotar a forma dos três modos pré-mentalísticos experienciados na infância e explicitados anteriormente – modo teleológico, modo de equivalência psíquica e o modo faz de conta (Bateman & Fonagy, 2016).

2.5. Avaliação da mentalização: o *Reflective Functioning Questionnaire*

Vários esforços têm sido alocados para a conceção de instrumentos de medida da mentalização. Os principais métodos de avaliação da mentalização existentes atualmente podem ser agrupados em quatro categorias (Bateman & Fonagy, 2016; Gagliardini & Colli, 2019), nomeadamente, sistemas de codificação de entrevistas narrativas (e.g., *Reflective Functioning Scale*; Fonagy et al., 1998), questionários (e.g., *Reflective Functioning Questionnaire*; Fonagy et al., 2016), tarefas experimentais e observacionais (e.g., *Reading the Mind in the Eyes Test*; Baron-Cohen et al., 2001) e medidas projetivas (*Projective Imagination Test*; Blackshaw et al., 2001).

Uma das medidas de avaliação da mentalização vastamente utilizadas diz respeito à Escala de Funcionamento Reflexivo (*Reflective Functioning Scale*; Fonagy et al., 1998) que avalia o funcionamento reflexivo com base na codificação das narrativas elicitadas através

da *Adult Attachment Interview* (George et al., 1984 citados por Fonagy et al., 1996). Contudo, este instrumento apresenta limitações, nomeadamente, o facto da administração e cotação serem processos morosos, assim como, o facto de requerer juízes treinados para a sua cotação, pelo que a viabilidade do seu uso em estudos quantitativos de grande dimensão fica comprometida (Katznelson, 2014; Taubner et al., 2013). No sentido de colmatar estas limitações e de dar resposta à necessidade de um instrumento de medida do funcionamento reflexivo facilmente aplicável nos contextos clínico e de investigação, Fonagy e colaboradores (2016) conceberam o Questionário do Funcionamento Reflexivo (*Reflective Functioning Questionnaire*; RFQ).

O RFQ foi o primeiro instrumento de autorrelato de avaliação da mentalização, mais especificamente, capaz de captar dois tipos de disfuncionalidade do funcionamento reflexivo. Este instrumento é composto por duas subescalas: a Subescala de Certeza (RFQc) e a Subescala de Incerteza (RFQu) acerca dos estados mentais do *self* e dos outros. Pontuações extremas nessas duas subescalas refletem duas condições – a hipermentalização e a hipomentalização, respetivamente – dois estilos disfuncionais da função reflexiva comuns em perturbações mentais, que revelam uma falha no princípio da opacidade dos estados mentais (i.e., o reconhecimento de que o indivíduo pode apenas fazer suposições informadas, nunca podendo ter a certeza, acerca do que as outras pessoas pensam e sentem; Leslie, 1987). Baixos níveis de concordância com os itens da Subescala de Certeza do RFQ refletem hipermentalização (também denominada de pseudomentalização ou mentalização excessiva) que se refere a uma tendência para desenvolver modelos mentais do próprio e dos outros muito detalhados e complexos que, no entanto, são pouco ou nada suportados pela evidência observável; níveis de concordância mais altos na RFQc indicam uma mentalização mais genuína. Por outro lado, a Subescala de Incerteza capta a hipomentalização, que consiste numa baixa capacidade para elaborar e refletir sobre os estados mentais do próprio e dos outros, caracterizando-se por um pensamento mais concreto e rígido; níveis de concordância baixos na RFQu indicam mentalização mais genuína (Fonagy et al., 2016).

2.6. Mentalização, saúde psicológica e saúde física

O corpo crescente de trabalho no domínio da mentalização como capacidade de identificar, interpretar e refletir sobre estados mentais no *self* e nos outros tem vindo a oferecer robustez ao papel que este conceito desempenha no âmbito da saúde e bem-estar psicológico e físico, assim como, do funcionamento interpessoal ajustado e adaptativo (Allen

et al., 2008; Brown & Ryan, 2003; Fonagy et al., 2002; Liotti & Gilbert, 2011; Luyten et al., 2020).

A literatura tem vindo a demonstrar uma relação positiva entre o bem-estar e construtos relacionados com a mentalização. Por exemplo, o *mindfulness* que pode ser definido como um estado de “atenção aumentada e consciência da experiência atual ou da realidade presente” (Brown & Ryan 2003, p. 822), no qual a autorregulação da atenção se concentra na experiência direta, permitindo um reconhecimento superior dos próprios estados mentais no momento presente (Bishop et al., 2004), demonstra-se correlacionado positivamente com diversas medidas de bem-estar, nomeadamente, o bem-estar subjetivo emocional, o bem-estar eudaimónico, a saúde física e psicológica (e.g., correlações negativas com a ansiedade, depressão, alexitimia, e stresse) (Brown & Ryan, 2003; Dawson et al., 2020; Grossman et al., 2004). Por outro lado, a *psychological mindedness*, definida por Allen e colaboradores (2008) como a propensão para mentalizar demonstra-se positivamente correlacionada com o bem-estar mental (Trudeau & Reich, 1995) e negativamente correlacionada com o *distress* psicológico (Beitel et al., 2005; Nyklíček & Denollet, 2009).

No que concerne especificamente à função reflexiva, esta encontra-se fortemente associada à saúde mental e ao bem-estar psicológico (Borelli et al., 2018; Brugnera et al., 2020; Fonagy et al., 2002; Fonagy et al., 2016; Mikulincer & Shaver, 2017), sendo mesmo considerada um fator protetor face a problemas desenvolvimentais e psicopatologia. Vários estudos têm evidenciado capacidades de mentalização empobrecidas em diversos domínios psicopatológicos, como em perturbações de personalidade, perturbações do comportamento alimentar, perturbações psicóticas, depressão, ansiedade e autismo (e.g., Bateman & Fonagy, 2015; Bateman et al., 2013; David et al., 2008; Fischer-Kern et al., 2013; Harenski et al., 2018; Sacchetti et al., 2019).

Por outro lado, a relação entre mentalização e saúde física, especialmente no âmbito somático, tem sido algo estudada. A somatização pode ser definida de várias maneiras, mas o denominador comum de diferentes definições é a presença de sintomas somáticos que não podem ser suficientemente explicados pela etiologia orgânica (Rief et al., 2001). Apesar da somatização poder ser explicada teoricamente de diversas formas, um dos construtos frequentemente a ela associados é a alexitimia, que pode ser definida como uma capacidade limitada para compreender, processar ou descrever sentimentos (Komaki, 2013). De acordo com Taylor e colaboradores (1997) a alexitimia pode ser melhor conceptualizada como um distúrbio da regulação do afeto e relaciona-se com a somatização na medida em que, as capacidades limitadas dos indivíduos alexitímicos em usar mecanismos cognitivos para

compreender e regular as emoções os levam à focalização, intensificação e interpretação enviesada das sensações corporais que acompanham o *arousal* emocional. Uma revisão quantitativa da literatura evidenciou uma associação pequena a moderada entre a alexitimia (*score* total da *Toronto Alexithymia Scale*) e os sintomas somáticos, assim como, uma correlação positiva entre processos psicossomáticos e a dificuldade em identificar sentimentos e distinguir entre sentimentos e sensações corporais (De Gucht & Heiser, 2003). Para além disto, também associações significativas foram encontradas entre alexitimia e sintomas somáticos em amostras clínicas (Bach & Bach, 1996) e não clínicas (Mattila et al., 2008). Parece existir, portanto, uma dificuldade dos indivíduos com altos níveis de somatização ao nível da representação mental das emoções o que, por sua vez, pode resultar numa manifestação somática da emoção, isto é, na experiência fisiológica da emoção desacompanhada do sentimento consciente dessa emoção (Duddu et al., 2006; Subic-Wrana et al., 2010).

Outros estudos mais recentes que se debruçaram sobre conceitos relacionados com a mentalização, como a alexitimia, a regulação emocional e a teoria da mente evidenciaram que, dificuldades na identificação dos estados emocionais no *self* e no reconhecimento dos estados mentais dos outros estavam associados à dor crónica (Di Tella & Castelli, 2016; Zunhammer et al., 2015), somatização (Bailey & Henry, 2007) e de forma geral às perturbações de sintomas somáticos (Okur Güney et al., 2019). Preis e colaboradores (2017) demonstraram uma associação significativa entre défices na teoria da mente afetiva e uma maior presença de sintomas somáticos em adultos saudáveis.

Um conceito importante neste âmbito é o de *embodied mentalizing*, que Luyten e colaboradores (2012, p. 125) definem como "a capacidade de ver o corpo como o lugar de emoções, desejos e sentimentos e a capacidade de refletir sobre as próprias experiências e sensações corporais e as suas relações com os estados mentais intencionais no *self* e nos outros.". Esta capacidade para perceber as sensações corporais e a sua interligação com estados mentais já tinha sido apontada previamente nos estudos de orientação psicanalítica sobre a psicossomática, que definiam a mentalização como um conjunto de processos psicológicos de natureza representacional que funcionariam como o "sistema imunitário" da psique e cuja disfuncionalidade poderia explicar a somatização (Lecours & Bouchard, 1997; Marty, 1991).

Segundo Stonnington e colaboradores (2013), a somatização implica a dificuldade em criar representações mentais de experiências corporais. Por sua vez, falhas na capacidade de mentalização podem explicar a rejeição de fatores emocionais ou psicológicos como

contribuintes para sintomas físicos (Burton et al., 2009). Esta rejeição espelharia um modo teleológico de funcionamento no qual, a realidade é interpretada e entendida com base nos efeitos concretos observáveis. Isto é explicado por alguns autores que propõem uma relação entre a disfuncionalidade na capacidade de mentalização e os sintomas somáticos. Em particular, Luyten e colaboradores (2012) focam-se em estratégias de regulação do stresse que envolvem uma hiperativação ou desativação do sistema de vinculação em resposta ao mesmo, levando a uma exacerbação dos sintomas e do stresse, despoletando também prejuízos ao nível da mentalização. Mais especificamente estabelecendo uma ligação com os modos pré-mentalísticos em pacientes com sintomas somáticos sem causa orgânica, os autores referem que no modo teleológico existe uma focalização excessiva nas explicações biológicas dos seus sintomas somáticos e uma negação de possíveis fatores psicossociais subjacentes aos mesmos. Segundo Luyten e Fonagy (2016), esta focalização excessiva de natureza ruminante pode dar lugar à hipermentalização, fazendo emergir o modo pré-mentalístico do faz de conta. Por sua vez, no modo de equivalência psíquica, a realidade mental interna corresponde à realidade externa, e neste sentido, a dor emocional é sentida como dor física e a exaustão emocional é sentida como exaustão física (Delfstra & van Rooij, 2015; Luyten et al., 2012).

Luyten e Fonagy (2016) referem que indivíduos com perturbação somática funcional apresentam disfuncionalidade ao nível da mentalização (*embodied*), podendo exibir tanto hipomentalização através do desinteresse ou incapacidade de interpretar os estados mentais (próprios e dos outros), como hipermentalização através de discursos aparentemente coerentes e complexos, mas sem qualquer tipo de fundamento na experiência subjetiva e afetiva.

Por sua vez, Ballespí e colaboradores (2019) sugerem que a mentalização de estados emocionais evita a somatização, uma vez que, a atenção e a compreensão dos mesmos desempenham um papel importante no processamento do sofrimento tornando desnecessárias outras formas de gerir a sobrecarga emocional, como por exemplo, através da somatização.

2.7. Avaliação dos sintomas somáticos: o *Physical Health Questionnaire*

Um dos instrumentos que demonstra a relação entre o funcionamento psicológico e a saúde física é o *Physical Health Questionnaire* (PHQ; Schat et al., 2005). Este instrumento mede quatro dimensões da saúde somática: problemas gastrointestinais, dores de cabeça,

problemas do sono e doenças respiratórias. O PHQ constitui uma medida de autorrelato que foi desenvolvida para avaliar a presença de sintomas somáticos comuns, para os quais o funcionamento psicológico, o stresse e as reações emocionais a situações de vida stressantes podem contribuir. Os itens avaliam a forma como a pessoa se sentiu durante a última semana através de uma variedade de sintomas somáticos representativos dos quatro domínios referidos (e.g., dificuldades em adormecer, dores de estômago, dores de cabeça, gripes).

2.8. Objetivos e hipóteses de investigação

O presente estudo assume como objetivos: 1) traduzir, adaptar e contribuir para a validação das versões portuguesas do RFQ e do PHQ através da análise da validade fatorial e da fiabilidade destes instrumentos e 2) investigar a relação entre disfuncionalidade no funcionamento reflexivo (hipo- e hipermentalização) avaliado através do RFQ e a frequência de queixas somáticas, avaliada através do PHQ, numa amostra de adultos portugueses.

Tendo como referência a revisão de literatura efetuada, o presente trabalho examina as seguintes hipóteses de investigação:

H₁: A versão portuguesa do RFQ apresenta uma estrutura bifatorial, refletindo cada um dos fatores os níveis de certeza ou incerteza subjetiva acerca dos estados mentais, replicando, assim, a estrutura do instrumento na sua versão original.

H₂: A versão portuguesa do PHQ apresenta uma estrutura de quatro fatores de primeira ordem, assim como, uma estrutura de um fator de segunda ordem, replicando, assim, a estrutura do instrumento na sua versão original.

H₃: O grau de incerteza sobre os estados mentais (RFQu) está positivamente correlacionado com a frequência dos sintomas somáticos.

H₄: O grau de certeza acerca dos estados mentais (RFQc) está positivamente correlacionado com a frequência dos sintomas somáticos.

3. Método

3.1. Participantes

Neste estudo foi utilizada uma amostra não probabilística por conveniência. Como critério de inclusão na amostra definiu-se a idade igual ou superior a 18 anos.

A amostra foi constituída por 369 adultos, sendo 76.4% do sexo feminino ($N=282$) e 23.6% do sexo masculino ($N=87$). A média de idade dos participantes foi de 25.62 anos ($DP = 10.39$; $Min = 18$; $Max = 66$). Quanto ao nível de escolaridade mais elevado obtido, 68.3% dos participantes referiram ensino secundário, 16% dos participantes referiram licenciatura, 8.1% referiram mestrado, 3.8% doutoramento, 1.4% pós-graduação, 1.1% bacharelato, 0.5% referiu 3º ciclo do ensino básico, 0.5% referiu 1º ciclo do ensino básico e um participante referiu o 11º ano. A maioria dos participantes eram estudantes (68.6%), 19.2% tinham emprego, 9.8% eram trabalhadores-estudantes, 2.2% estavam desempregados e apenas um participante referiu estar reformado.

3.2. Instrumentos

3.2.1. *Questionário sociodemográfico*

Os participantes responderam a um conjunto de questões sociodemográficas sobre o género, idade, situação profissional e habilitações literárias.

3.2.2. *Reflective Functioning Questionnaire (RFQ; Fonagy et al., 2016)*

A mentalização foi avaliada através do Questionário do Funcionamento Reflexivo (Fonagy et al., 2016). Este instrumento é composto por oito itens e inclui duas subescalas: a subescala de certeza (RFQc) e a de incerteza (RFQu) acerca dos estados mentais. Cada uma das subescalas compreende seis itens, sendo que, quatro são comuns às duas subescalas e dois são exclusivos em cada uma delas. Para cada um dos itens é pedido ao sujeito que indique o seu grau de concordância numa escala de tipo Likert de 7 pontos, que varia entre “discordo fortemente” e “concordo fortemente”.

No sentido de capturar níveis extremos de certeza, as respostas aos itens da subescala RFQc são recodificadas como 3, 2, 1, 0, 0, 0, 0, de forma a que a alta desconcordância com as afirmações reflita a hipermentalização e a concordância em qualquer grau reflita uma mentalização mais genuína, isto é, o reconhecimento da opacidade dos estados mentais. Por sua vez, as respostas aos itens da subescala RFQu são recodificadas como 0, 0, 0, 0, 1, 2, 3, de modo que, a alta concordância reflita a hipomentalização, isto é, uma postura

caracterizada por uma quase completa falta de conhecimento sobre os estados mentais, enquanto que a discordância reflete o reconhecimento da opacidade dos estados mentais do próprio e dos outros, indicador de capacidade de mentalização genuína. A versão original do RFQ demonstrou boas qualidades psicométricas, mais especificamente, a consistência interna das duas subescalas foi relatada como satisfatória a excelente, e apresenta uma excelente fiabilidade teste-reteste.

3.2.3. *Physical Health Questionnaire (PHQ; Schat et al., 2005)*

A frequência de sintomas somáticos foi avaliada através do *Physical Health Questionnaire* (PHQ; Schat et al., 2005), Questionário de Saúde Física em português. Este instrumento mede quatro dimensões da saúde somática: problemas gastrointestinais, dores de cabeça, perturbações do sono e infeções respiratórias. O PHQ constitui uma medida de autorrelato desenvolvida para avaliar a presença de sintomas somáticos comuns, para os quais o funcionamento psicológico, o stresse e as reações emocionais a situações de vida stressantes podem contribuir. Este instrumento é composto por 14 itens que avaliam a forma como a pessoa se sentiu durante a última semana através de uma variedade de sintomas somáticos representativos dos quatro domínios referidos, incluindo dificuldades em adormecer, qualidade do sono, náuseas, dores de estômago, diarreia, prisão de ventre, constipações, dores de cabeça, gripes e infeções. A resposta a cada item é dada pelo participante através de uma escala de Likert de 7 pontos, que varia de “Nunca” a “Sempre” para os 11 primeiros itens (e.g., *Quantas vezes acordou durante a noite?*); de “0 vezes” a “+7 vezes” para os itens 12 e 13 (e.g., *Quantas vezes teve infeções respiratórias que o fizeram sentir-se em baixo? (ex. bronquite, sinusite, etc)*); e de “1 dia” a “+7 dias” para o item 14 (*Quando está constipado ou com gripe, quanto tempo dura em média?*). As respostas foram somadas para criar um índice geral de problemas de saúde física. As pontuações variam de 14 a 98, representando as pontuações mais altas um maior número de queixas gerais de saúde física. Na versão original, o PHQ apresenta uma consistência interna aceitável nas diferentes dimensões que avalia.

3.3. Procedimentos

3.3.1. *Tradução e adaptação do RFQ*

O processo de tradução e adaptação do RFQ seguiu as recomendações da *International Test Commission* (ITC, 2016), tendo-se adotado o método de tradução-

retrotradução (Brislin, 1970) do instrumento no sentido de garantir a equivalência do conteúdo da versão em portuguesa do RFQ com o original.

Após a autorização dos autores da versão original do instrumento, procedeu-se à sua tradução do inglês para português. Este processo foi levado a cabo por duas equipas de tradutores independentes fluentes em inglês e com português como língua materna. Foram criadas deste modo duas versões independentes do RFQ. As duas versões foram confrontadas e as diferenças foram discutidas entre as duas equipas. Os tradutores não conseguiram, contudo, chegar a um consenso quanto aos itens 3, 4 e 5 do instrumento: o item 3 suscitou alguma dificuldade por conter uma expressão idiomática que não podia ser traduzida literalmente e cujo significado teve de ser esclarecido; já os itens 4 e 5 continham um termo (“*angry*”) que suscitou traduções diferentes cuja melhor adequação teve de ser consultada com os autores da escala original. Assim, não se tendo chegado a um consenso, ambas as versões foram sujeitas a um processo de retrotradução por pessoas bilingues que não estiveram envolvidas na tradução do instrumento original para português. No sentido de esclarecer as dúvidas quanto aos itens em discordância e de obter um parecer sobre a equivalência com os itens da versão original, ambas as versões retrotraduzidas foram enviadas aos autores da escala original. Após o parecer dos autores e a sua revisão, obteve-se a versão portuguesa do RFQ (ver Apêndice A).

Foi também efetuada uma aplicação prévia do instrumento, seguida de uma reflexão falada com duas alunas do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) com o objetivo de avaliar a adequação dos itens do instrumento no que concerne à linguagem e à forma como o conteúdo era percebido. A reflexão falada revelou que o instrumento não levantava dificuldades na sua compreensão e preenchimento, não se tendo, deste modo, procedido a alterações.

3.3.2. Tradução e adaptação do PHQ

Não foi encontrado nenhum estudo que tivesse utilizado o PHQ anteriormente em Portugal. Neste sentido, procedeu-se à sua tradução e adaptação de acordo com as recomendações da ITC (2016). Para o processo de tradução deste instrumento foi utilizado um design de *forward translation* (Hambleton et al., 2005). Deste modo, foi efetuada a tradução da versão original do instrumento para português por dois tradutores fluentes em inglês e português, e posteriormente, as versões traduzida e original foram comparadas por uma pessoa fluente em português e inglês da área da psicologia para avaliar a equivalência semântica e conceptual, e assegurar que os itens da versão traduzida avaliavam o mesmo

fenómeno do instrumento original (Ohrbach et al., 2013). A autorização para a tradução e adaptação do instrumento foi concedida pelo primeiro autor do estudo de validação original do PHQ. A versão traduzida do PHQ encontra-se em apêndice (ver Apêndice B).

À semelhança do RFQ, o PHQ também foi sujeito a uma aplicação prévia seguido de reflexão falada com duas alunas do Mestrado Integrado em Psicologia da FPCEUP, já descrito nos procedimentos de tradução e adaptação do RFQ, que atestou a compreensibilidade e adequação dos itens, não revelando a necessidade de se procederem a alterações no instrumento.

3.3.3. Procedimentos de recolha de dados

As recolhas do presente estudo estiveram inseridas no âmbito de um projeto de doutoramento da FPCEUP. A recolha da amostra foi efetuada de duas formas: *online* e presencialmente. Os protocolos foram administrados presencialmente a uma turma de alunos de segundo ano do Mestrado Integrado em Psicologia na FPCEUP. Foi criada também uma versão *online* do protocolo na plataforma Limesurvey. O *link* de acesso foi partilhado pelo Serviço de Comunicação e Imagem da FPCEUP através do email institucional, assim como, na página do Sigarra. Para além disto, o *link* foi também partilhado nas redes sociais.

Os participantes foram informados sobre os objetivos da investigação e convidados a colaborar de forma voluntária. Foi-lhes garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, e providenciado um consentimento informado previamente à participação no estudo.

3.3.4. Procedimentos de análise de dados

Para a análise dos dados foram utilizados os programas IBM® SPSS® Statistics (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 26 para Windows, assim como, o software estatístico R versão 4.0.4 (R Core Team, 2021) e a interface integrada Rstudio versão 1.4.1106 (RStudio Team, 2021), tendo-se utilizado os pacotes lavaan (Rosseel, 2012), MVN (Korkmaz et al., 2014), haven (Wickham & Miller, 2020) e Semplot (Epskamp, 2019).

A análise preliminar dos dados incluiu a avaliação do cumprimento de pressupostos respeitantes a análise estatística multivariada, nomeadamente, a dimensão da amostra, a inexistência de *outliers*, a normalidade uni- e multivariada e a ausência de multicolinearidade entre variáveis manifestas, tal como sugerido por vários autores (e.g., Hair et al., 2006; Marôco, 2014; Schreiber et al., 2006). Para além disso, os dados também foram analisados quanto à presença de valores omissos e quanto às suas características descritivas (nomeadamente, medidas de tendência central, dispersão e frequência). A presença de dados

omissos foi analisada e a sua aleatoriedade foi examinada através do teste de *Little's Missing Completely At Random* (MCAR; Little, 1988).

A normalidade univariada das variáveis foi avaliada através dos valores de assimetria (Sk) e curtose (Ku), assumindo-se como critério valores de $|Sk| < 3$ e $|Ku| < 10$ (Kline, 2011). No que concerne à normalidade multivariada foram analisados os coeficientes de curtose (KuM) e assimetria (SkM) multivariados de Mardia para os dois instrumentos.

A análise das propriedades psicométricas dos dois instrumentos traduzidos incluiu, para cada um deles, o estudo da fiabilidade e da validade fatorial. O alfa de Cronbach, as correlações inter-item, as correlações item-total corrigidas e o valor de alfa se o item excluído, foram usados para estimar a fiabilidade e a consistência interna. Para o alfa de Cronbach, definiu-se .70 como valor mínimo indicador de fiabilidade adequada (Nunnally & Bernstein, 1994); os coeficientes de correlação inter-item inferiores a .80 e maiores que zero foram considerados aceitáveis. Quando o coeficiente de correlação item-total corrigido fosse inferior a .30 ou a sua exclusão levasse a um aumento de mais de .10 no valor de alfa de Cronbach, o item seria removido (Field, 2015).

A validade fatorial foi avaliada para o RFQ e para o PHQ através de análises fatoriais confirmatórias. No sentido de verificar o ajustamento dos modelos propostos pelos autores originais das escalas aos dados da amostra em estudo foram realizadas três análises fatoriais confirmatórias: 1) Para o RFQ, uma análise fatorial confirmatória (AFC) foi realizada para avaliar o ajuste da estrutura de dois fatores obtida por Fonagy e colaboradores (2016); 2) Para o PHQ, foi efetuada uma AFC de 1ª ordem para avaliar a adequabilidade do modelo original de quatro fatores, assim como, 3) uma AFC de 2ª ordem com um fator latente de ordem superior e quatro fatores de 1ª ordem (Schat et al., 2005). Foi utilizado o método de estimação *Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted* (WLSMV; Muthén, 1983) com matrizes de correlação policóricas. Este método de estimação tem demonstrada adequabilidade à natureza categórica-ordinal dos itens (como é o caso das escalas em estudo) e robustez face à violação do pressuposto da normalidade multivariada (Finney & DiStefano, 2006).

A dimensão amostral necessária para levar a cabo as AFCs foi calculada para cada modelo conforme a fórmula proposta por Westland (2010), tendo a amostra presente incluído mais participantes para além do número mínimo calculado (i.e., 200 participantes para o RFQ e 138 para o PHQ).

A qualidade de ajustamento global dos modelos fatoriais foi avaliada através dos seguintes índices: teste do Qui-quadrado (χ^2); uma vez que, o χ^2 é altamente sensível a

desvios à normalidade e a tamanhos amostrais superiores a 200 (Bentler & Bonett, 1980), podendo desse modo resultar na rejeição de modelos com bom ajustamento, utilizou-se também o teste do Qui-quadrado relativo ($\chi^2/\text{g.l.}$) cuja consideração do número de graus de liberdade do modelo minora a importância da dimensão amostral; *Comparative Fit Index* (CFI); *Tucker-Lewis Index* (TLI); *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), respetivo intervalo de confiança (IC_{90%}) e valor de significância ($p > .05$). Para cada um dos índices de ajustamento referidos foram adotados como valores de referência os seguintes: teste do qui-quadrado não significativo ($p > .05$); $2 < \chi^2/\text{g.l.} \leq 5$ indicadores de um ajustamento aceitável e $1 < \chi^2/\text{g.l.} \leq 2$ indicadores de um bom ajustamento (Marôco, 2014); valores de CFI e TLI entre .90 e .95 indicadores de um ajustamento aceitável e valores iguais ou superiores a .95 como indicadores de um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1999 ; Marôco, 2014); RMSEA entre .06 e .08 indicador de um ajustamento aceitável e inferior a .06 indica um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1999). Por sua vez, a qualidade do ajustamento local foi avaliada através dos pesos fatoriais (λ) e da confiabilidade individual dos itens (R^2), tendo-se considerado como valores de referência a saturação fatorial superior a .50 e a fiabilidade individual superior a .25 (Marôco, 2014).

No sentido de melhorar a adequação global dos modelos, foram analisados os índices de modificação (IM). As mudanças efetuadas aos mesmos foram baseadas nos IM obtidos através do *lavaan*, tendo-se considerado a sua coerência a nível teórico e conceptual e efetuados os ajustes indicados pelos IM superiores a 10.82 (correspondendo a uma probabilidade de erro Tipo I de .001) como sugerido por Marôco (2014). A análise foi efetuada sequencialmente, começando-se por libertar o parâmetro com maior IM estatisticamente significativo e reefeituando-se de seguida a AFC.

O coeficiente de correlação de Pearson (r) foi calculado para estudar a associação entre a qualidade do funcionamento reflexivo e a presença de sintomas somáticos, tendo-se utilizado como valores para interpretação das associações os seguintes: $r = .10$ a $.29$ (correlação fraca); $r = .30$ a $.49$ (correlação moderada); $r = .50$ a 1.0 (correlação forte) (Cohen, 1988), e adotado $p < .05$ como nível de significância estatística. Uma ANOVA foi conduzida para explorar o impacto da mentalização nos níveis de saúde física. O eta quadrado foi usado para calcular a magnitude do efeito, tendo-se adotado como valores de referência (Cohen, 1969): .01 (efeito pequeno); .06 (efeito moderado) e .14 (efeito grande).

Este estudo faz parte de um projeto mais amplo de investigação aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal (Ref.^a 2020/04-5).

4. Resultados

4.1. Análise preliminar dos dados

Dos 729 sujeitos que aceitaram participar, para os propósitos da presente investigação foram mantidos apenas os que responderam aos instrumentos de interesse deste estudo, especificados anteriormente. Este procedimento resultou na exclusão de 360 sujeitos, mantendo-se 369.

Verificou-se uma baixa percentagem de valores omissos na base de dados (0.34%) e nenhuma variável apresentou um número de valores omissos superior a 5 %. Ainda assim, a exclusão dos casos com valores omissos incorreria numa perda amostral de 5.9%. Deste modo, os valores omissos foram imputados com recurso ao método *Expectation-Maximization* (EM), dado o seu baixo número (inferior a 5%; Tabachnick & Fidell, 2013) e tendo em conta a aleatoriedade dos dados omissos sugerida pela não significância ($p > .05$) do teste de Little's MCAR ($\chi^2(216) = 212.17, p = .56$).

Os *outliers* univariados foram identificados com recurso ao cálculo dos resíduos estandardizados (i.e, *z-scores*), tendo-se utilizado para as variáveis em estudo valores de *z* acima de |3.29| (Field, 2015; Tabachnick & Fidell, 2013) como critério para a exclusão da amostra, não se tendo verificado a existência dos mesmos na amostra em estudo. Para além disto, foi também calculada a distância quadrada de Mahalanobis para a deteção de *outliers* multivariados, tendo este procedimento resultado na exclusão de 12 participantes no total. Nenhuma variável apresentou valores de *Sk* e *Ku* univariados indicadores de violações severas à distribuição normal. Para os itens do RFQ, os valores de assimetria variaram entre .43 e 1.44 e os coeficientes de curtose encontraram-se entre -1.28 e -.24. Já para o PHQ, os valores de assimetria situaram-se entre .54 e 1.68 e os coeficientes de curtose encontraram-se entre -.13 e 1.70.

A análise dos coeficientes multivariados de Mardia (1970) indicou a ausência de normalidade multivariada tanto para os itens do RFQ ($KuM = 9.44, SkM = 1175.24, p < .001$), como para os itens do PHQ ($KuM = 16.56, SkM = 1681.64, p < .001$).

Por sua vez, a análise do valor das estatísticas VIF revelou a ausência de multicolinearidade entre as variáveis de interesse no presente estudo, uma vez que, todos os valores VIF se revelaram inferiores a 5 (Marôco, 2014).

4.2. Análise das qualidades psicométricas do RFQ

4.2.1. Validade fatorial do RFQ

Inicialmente, foi realizada uma AFC para a versão portuguesa do RFQ, testando-se a estrutura de dois fatores originalmente proposta por Fonagy e colaboradores (2016) numa amostra de 369 adultos. Conforme ilustrado na Tabela 1, os resultados mostram um ajustamento sofrível do modelo à amostra em estudo. No entanto, a análise dos valores da distância de mahalanobis (D^2) indicou a presença de cinco observações consideradas como *outliers* multivariados ($p < .001$) que foram retiradas da amostra ($n = 364$), verificando-se um ligeiro aumento da qualidade do ajuste.

De seguida, procedeu-se à análise dos IM, a fim de identificar possíveis correlações entre erros ou *cross-loadings* (i.e., saturação de itens num fator que não aquele que originalmente integram) que permitissem melhorar o ajustamento do modelo (Byrne, 2016). Esta análise sugeriu correlações entre os erros de medida dos itens RFQc3 e RFQc4 (IM=62.628) pertencentes ao fator Certeza. A adição da correlação entre estes erros foi substanciada do ponto de vista teórico pela semelhança da formulação e conteúdo dos itens (RFQ3: "*Quando me enervo digo coisas sem saber bem porque as estou a dizer*"; RFQ4: "*Quando me enervo digo coisas de que mais tarde me arrependo*").

O modelo reespecificado demonstrou uma qualidade de ajuste significativamente superior (ver Tabela 1) do que o modelo inicial [$\Delta\chi^2(1) = 111.72, p < .05$] e apresentou bons índices de ajustamento. A sua representação gráfica encontra-se representada na Figura 1 (ver Apêndice C).

Tabela 1

Índices da qualidade de ajustamento da versão portuguesa do Questionário de Funcionamento Reflexivo

	χ^2	g.l.	p	$\chi^2/\text{g.l.}$	CFI	TLI	RMSEA [IC _{90%}]	RMSEA $p\text{-value}$
Modelo RFQ	200.15	53	.000	3.78	.97	.96	.09 [.074; .10]	.000
Modelo RFQ sem outliers	188.17	53	.000	3.55	.97	.97	.08 [.070; .10]	.000
Modelo RFQ reespecificado	88.43	52	.001	1.70	.99	.99	.04 [.03; .06]	.73

Nota. χ^2 = Qui-quadrado robusto obtido com o estimador WLSMV; g.l.= graus de liberdade; $\chi^2/\text{g.l.}$ = Qui-quadrado relativo; CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; RMSEA = Root-Mean-Square Error of Approximation; IC = Intervalo de Confiança.

4.2.2. *Fiabilidade do RFQ*

Os coeficientes α de Cronbach foram utilizados para avaliar a consistência interna. Conforme mostrado na Tabela 2, os α foram .85 para a Certeza acerca dos estados mentais e .86 para a Incerteza, indicando uma consistência interna adequada das subescalas. Todos os itens foram mantidos, uma vez que, a sua exclusão resultaria num decréscimo do alfa de Cronbach (Nunnally & Bernstein, 1994).

Por sua vez, a análise das cargas fatoriais revelou que todos os itens apresentavam saturações moderadas a altas e estatisticamente significativas ($p < .001$) nos seus respetivos fatores, variando entre .61 (RFQc1) e .90 (RFQc6) no fator Certeza e .70 (RFQu7) e .92 (RFQu2) no fator Incerteza. Por sua vez, a confiabilidade individual também se revelou adequada para todos os itens, tendo variado de .37 (RFQc1) e .85 (RFQu2).

A média das correlações inter-item foram .48 para o fator RFQc e .49 para o fator RFQu, revelando uma boa relação entre itens.

Para a fiabilidade teste-reteste (Pearson r), uma subamostra de 93 participantes completou novamente o RFQ após um intervalo de um mês desde a aplicação inicial. Destes, 80.6% ($n = 75$) eram do sexo feminino e a idade média do grupo era de 24.01 anos ($DP=11.02$). Verificaram-se correlações fortes positivas significativas entre a primeira e a

segunda administrações do RFQ (RFQc ~ RFQc-reteste: $r = .59$, $p = 0.001$; RFQu ~ RFQu-reteste: $r = .62$, $p = .001$).

Tabela 2

Consistência interna, correlações inter-item médias das subescalas do RFQ e estabilidade temporal do RFQ

	Fiabilidade		
	Alfa de Cronbach da subescala	Correlação Inter-item Média [Min;Max]	Correlação teste-reteste
RFQ	.85	.48 [.37; .69]	.59**
Certeza			
RFQ	.86	.49 [.44; .65]	.62**
Incerteza			

Nota. Min = Mínimo; Max = Máximo

**** $p < .01$**

4.3. Análise das qualidades psicométricas do PHQ

Duas AFC foram levadas a cabo para testar a estrutura fatorial da versão portuguesa do PHQ na amostra inicial de 369 participantes, cujos resultados se apresentam de seguida.

4.3.1. Validade fatorial do PHQ

AFC de 1ª ordem. Os resultados do modelo de quatro fatores de primeira ordem revelaram índices de ajustamento aceitáveis (ver Tabela 3). Foram identificadas sete observações consideradas *outliers* multivariados ($p < .001$) cuja remoção da amostra ($n=362$) resultou num aumento ténue da qualidade do ajuste. Para melhorar o ajuste do modelo, foram analisados os IM. O item 3 aparentou ser problemático, uma vez que, apresentava *cross-loadings* em todos os fatores do instrumento, nomeadamente, Dores de cabeça (IM=51.22), Problemas gastrointestinais (IM=43.435) e Infeções respiratórias (IM=33.358). Dada a saturação cruzada significativa deste item nos restantes fatores para além daquele a que pertencia, o item foi removido e o modelo modificado foi reavaliado. Os resultados do modelo de quatro fatores de primeira ordem reespecificado revelaram bons índices de ajustamento (ver Tabela 3). Os pesos fatoriais dos itens do PHQ variaram de .66 (PHQ_14) a .94 (PHQ_6), todos eles estatisticamente significativos ($p < .001$). As correlações entre os

quatro fatores variaram entre .36 e .63. O modelo final do PHQ consta na Figura 2 (ver Apêndice D).

AFC de 2ª ordem. Uma vez que, o modelo de primeira ordem revelou várias correlações positivas moderadas e fortes entre as dimensões que o compõem, e no sentido de testar a existência de um fator de ordem superior (Saúde física) consistente com a estrutura encontrada na versão original do PHQ, foi conduzida uma AFC de segunda ordem. Os índices de ajustamento para o modelo de fator de ordem superior (4 fatores de primeira ordem e 1 fator de segunda ordem) foram muito semelhantes ao do modelo de 1ª ordem (ver Tabela 3), revalando-se adequados. Neste modelo, todos os pesos fatoriais foram significativos ($p < .001$): .61 para Perturbações do sono; .79 para Dores de cabeça; .81 para Problemas gastrointestinais; e .67 para Infecções respiratórias. O modelo de 2ª ordem do PHQ encontra-se representado na Figura 3 (ver Apêndice E).

Tabela 3

Índices da qualidade de ajustamento da versão portuguesa do Questionário de Saúde Física

	χ^2	g.l.	p	$\chi^2/\text{g.l.}$	CFI	TLI	RMSEA [IC _{90%}]	RMSEA $p\text{-value}$
Modelo PHQ	237.90	71	.000	3.35	.98	.98	.08 [.07; .10]	.000
Modelo PHQ sem outliers	213.40	71	.000	3.01	.98	.98	.075 [.06; .09]	.000
Modelo PHQ reespecificado	104.04	59	.000	1.76	.99	.99	.046 [.03; .06]	.66
Modelo PHQ 2ª ordem	126.33	61	.000	2.08	.99	.99	.054 [.04; .07]	.28

Nota. χ^2 = Qui-quadrado robusto obtido com o estimador WLSMV; g.l.= graus de liberdade; $\chi^2/\text{g.l.}$ = Qui-quadrado relativo; CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; RMSEA= Root-Mean-Square Error of Approximation; IC= Intervalo de Confiança.

4.3.2. Fiabilidade do PHQ

A análise da fiabilidade demonstrou que os quatros fatores do PHQ exibiram valores de consistência interna satisfatórios: Perturbações do sono, $\alpha = .81$; Dores de cabeça, $\alpha = .92$; Problemas gastrointestinais, $\alpha = .87$; e Infecções respiratórias, $\alpha = .81$. O valor de α de Cronbach para a escala total foi igualmente satisfatório ($\alpha = .89$), indicando uma boa consistência interna global da escala (ver Tabela 4).

A confiabilidade individual revelou-se adequada para todos os itens ($R^2 \geq .25$), tendo variado de .44 (PHQ_14) e .88 (PHQ_6). Todas as correlações item-total corrigidas foram superiores a .30 (variando entre PHQ_14 = .42 e PHQ_8 = .68), indicando um desempenho adequado dos itens (Nunnally & Bernstein, 1994). Já a média das correlações inter-item foram .59 para o fator Perturbações do sono, .79 para o fator Dores de cabeça, .64 para o fator Problemas gastrointestinais e .59 para o fator Infecções respiratórias.

Tabela 4

Consistência interna e correlações inter-item médias da versão portuguesa do PHQ

	Fiabilidade			
	Alfa de Cronbach da subescala	Correlação Inter-item Média [Min;Max]	Correlação Inter-item Média [Min;Max] escala total	Alfa de Cronbach da escala total
Perturbações do sono	.81	.59 [.55; .64]		
Dores de cabeça	.92	.79 [.75; .82]		
Problemas gastrointestinais	.87	.64 [.53; .75]	.39 [.14; .82]	.89
Infecções respiratórias	.81	.59 [.48; .74]		

Nota. Min = Mínimo; Max = Máximo

4.4. Associação entre função reflexiva e sintomas somáticos

Para avaliar a associação entre a função reflexiva e a saúde física (avaliada em termos da frequência de sintomas somáticos) foram calculadas as correlações de Pearson. Os resultados das análises correlacionais para as variáveis mencionadas encontram-se sistematizados na Tabela 5.

Tal como hipotetizado, a análise de correlação de Pearson confirmou uma associação positiva moderada significativa entre a incerteza acerca dos estados mentais e a frequência dos sintomas somáticos ($r = .38, p < 0.01$). Já a certeza acerca dos sintomas somáticos apresentou uma associação negativa muito reduzida e não significativa com a frequência dos sintomas somáticos ($r = -.09, p > .05$), ao contrário do esperado.

Para aprofundar a exploração da relação entre estas variáveis, duas variáveis dicotômicas foram criadas com base na mediana de RFQc e RFQu: alta/baixa certeza e alta/baixa incerteza. Com base nesta distinção foi criada uma variável denominada mentalização, a qual enquadrou três grupos: participantes com alta certeza e baixa incerteza (hipermentalização), participantes com baixa certeza e alta incerteza (hipomentalização), e participantes com baixa certeza e baixa incerteza (mentalização genuína).

Uma ANOVA entre estes três grupos (grupo 1: mentalização genuína; grupo 2: hipomentalização; grupo 3: hipermentalização) foi conduzida para explorar o impacto da mentalização nos níveis de saúde física. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p < .05$) nas pontuações do PHQ para os três grupos de mentalização: $F(2,317) = 19.03, p < .001$. A diferença dos resultados entre os grupos revelou-se moderada, uma vez que, a magnitude do efeito calculada através do eta quadrado (η^2), foi de .11. As comparações *post-hoc* utilizando o teste Hochberg GT2 (uma vez que, os grupos eram de tamanhos amostrais diferentes; Field, 2015), indicaram que a pontuação média do grupo 2 ($M = 48.08, DP = 16.83$) foi significativamente diferente do grupo 1 ($M = 36.45, DP = 12.26$) e do grupo 3 ($M = 37, DP = 16.52$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo 1 e o grupo 3.

Tabela 5

Correlação entre certeza e incerteza acerca dos estados mentais e a frequência de sintomas somáticos

	RFQc	RFQu	PHQtotal
RFQc	—	-.63**	-.09
RFQu	-.63**	—	.38**

Nota. RFQc = Fator Certeza do RFQ; RFQu = Fator Incerteza do RFQ; PHQtotal = Pontuação total do PHQ.

**** $p < .01$**

5. Discussão

A presente investigação teve como objetivos traduzir, adaptar e contribuir para a validação das versões portuguesas do RFQ e do PHQ – dois instrumentos que permitem avaliar a mentalização e a saúde física, respetivamente. Um outro objetivo foi investigar a relação entre disfuncionalidade no funcionamento reflexivo (hipo- e hipermentalização) avaliado através do RFQ e a frequência de queixas somáticas, avaliada através do PHQ, numa amostra de adultos portugueses.

Os processos de tradução e adaptação de instrumentos de diferentes culturas devem ser rigorosos, a fim de se produzir uma tradução linguística e culturalmente adequada que possibilite a manutenção da validade de conteúdo a nível conceptual (Beaton et al., 2000). Neste sentido, as traduções do RFQ e do PHQ seguiram as recomendações da ITC (2016). Para além disto, no caso do RFQ, em que a tradução levantou ambiguidades e discordância entre investigadores, uma das autoras do instrumento original foi incluída no processo e possibilitou o esclarecimento das questões levantadas contribuindo, deste modo, para as equivalências conceptual e semântica da versão traduzida em relação ao instrumento original.

De uma forma geral, a versão portuguesa do RFQ demonstrou boas qualidades psicométricas. Tal como esperado (H_1), a estrutura fatorial da versão portuguesa do RFQ assemelha-se à estrutura da versão original (Fonagy et al., 2016). Os resultados referentes à validade fatorial do RFQ indicaram que a estrutura bifatorial proposta pelos autores originais (Fonagy et al., 2016) obteve um ótimo ajustamento à amostra em estudo. Apenas uma alteração ao modelo foi levada a cabo com base nos IM. Segundo Arbuckle (2008), alterações aos modelos com base nos IM devem ter por base fortes justificações teóricas. Dada a semelhança de formulação e conteúdo dos itens RFQc3 e RFQc4, foi adicionada uma trajetória de correlação entre os seus resíduos (Marôco, 2014).

Ambas as subescalas da versão portuguesa do RFQ apresentaram fiabilidade e consistência interna adequadas. A estabilidade temporal do RFQ foi avaliada com um mês de intervalo entre aplicações, tendo-se encontrado valores moderados de fiabilidade teste-reteste. Estes resultados são inferiores aos encontrados pelos autores originais (Fonagy et al., 2016) e noutros estudos de validação do RFQ (e.g., Morandotti et al., 2018), o que pode ser explicado pelo intervalo inferior entre aplicações (três semanas) nas investigações referidas.

Por sua vez, a versão portuguesa do PHQ também demonstrou boas qualidades psicométricas. Como hipotetizado (H₂), os resultados das AFC suportam o modelo de quatro fatores, assim como, o modelo hierárquico com um fator de segunda ordem respeitante à saúde física integrador dos quatro fatores de primeira ordem, replicando assim as estruturas encontradas na versão original do instrumento.

Com base nos IM, o item 3 ("*Quantas vezes teve pesadelos ou sonhos perturbadores?*") foi removido por apresentar *cross-loadings* em todos os fatores do instrumento, não contribuindo para a clara definição dos fatores do PHQ (Marôco, 2014). Deste modo, a versão portuguesa do PHQ é composta por quatro fatores: fator perturbações do sono composto por 3 itens, fator dores de cabeça composto por 3 itens, fator problemas gastrointestinais composto por 4 itens e o fator infeções respiratórias composto por 3 itens. O modelo de 1ª ordem reespecificado apresentou ótimos índices de ajustamento global e local, evidenciando adequada validade fatorial. Por sua vez, o modelo de 2ª ordem também apresentou um bom ajustamento global e local aos dados. O teste da diferença entre os qui-quadrados dos modelos, revelou que o modelo de 2ª ordem apresentava um ajustamento ligeiramente inferior ao modelo de 1ª ordem de forma estatisticamente significativa ($\Delta\chi^2(2)=22.29, p < .05$). Estes resultados foram semelhantes aos encontrados pelos autores originais (Schat et al., 2005). Por sua vez, a versão portuguesa do PHQ demonstrou ter boa confiabilidade e consistência interna tanto para as subescalas como para a escala total, o que reflete a adequabilidade do PHQ para avaliar a saúde física.

A literatura existente indica a importância de uma capacidade de mentalização genuína dos estados mentais como protetora face à somatização. A atenção aos sintomas somáticos na ausência do seu processamento mental reflete-se numa maior presença de queixas somáticas (Ballespí et al., 2019). Para além disto, dificuldades na compreensão dos estados afetivos do próprio pode dar lugar à experiência somática do sofrimento emocional (Riem et al., 2018). Assim, e de acordo com a literatura existente no âmbito da interligação entre mentalização e somatização, era esperado que a disfuncionalidade do funcionamento reflexivo estivesse positivamente correlacionada com a maior presença de queixas somáticas.

Em consonância com o esperado (H₃), verificou-se que a maior incerteza acerca dos estados mentais estava associada de forma significativa e moderada a uma maior frequência de queixas somáticas. Por sua vez, verificou-se também o impacto significativo moderado da qualidade da mentalização nos níveis de saúde física: a presença de sintomas somáticos foi maior na hipomentalização do que na mentalização genuína e na hipermentalização. Estes

resultados vão de encontro aos observados por Coy (2018), que sugeriu que a hipomentalização aumentava a vulnerabilidade à experiência de sintomas somáticos, uma vez que, a maior incerteza acerca dos estados mentais se mostrou preditiva da experiência de mais sintomas somáticos e neurológicos, tanto num grupo de participantes saudáveis, como em participantes com perturbação neurológica funcional. Também Beaulieu-Pelletier e colaboradores (2012) verificaram uma maior presença de sintomas somáticos em sujeitos que se enquadravam nos níveis inferiores de um contínuo crescente de reflexividade e qualidade dos estados mentais, caracterizados por um estado mental denominado nível defensivo baixo. Neste estado, os conteúdos representacionais geram uma sobrecarga emocional que incapacita o sujeito de compreendê-los; e a experiência subjetiva é percebida como ameaçadora, impedindo a pessoa de uma adequada elaboração das representações mentais (despoletada por sinais vindos do corpo e do ambiente) e abertura à experiência subjetiva. Beaulieu-Pelletier e colaboradores (2012) verificaram também que estes sujeitos faziam uso de estratégias menos adaptativas de regulação, como a supressão da expressão emocional. O confronto com sintomas somáticos na ausência da capacidade de estabelecer uma ligação entre os mesmos e um estado mental impedem a atribuição de significados à informação sensorial, a criação de representações mentais e a posterior elaboração dessas mesmas representações, processos estes que poderão ser importantes para a forma como os sintomas somáticos são experienciados e evoluem (Stonnington et al., 2013).

Schwarzer e colaboradores (2021) sugerem que uma capacidade robusta para representar mentalmente stressores psicossociais, através da integração destes na experiência subjetiva por meio da elaboração intrapsíquica (possibilitadas pela capacidade de mentalização) pode possibilitar o uso de estratégias de *coping* adaptativas (comportamentais e de regulação de afeto) e diminuir o uso das desadaptativas (e.g., evitamento). Na ausência desta capacidade robusta, é possível que a incerteza e incapacidade para compreender os estados mentais tornem necessárias outras formas de processar o sofrimento gerado por stressores internos ou externos, manifestando-se este através de sintomas somáticos (Ballespí et al., 2019).

Ao contrário do esperado (H₄), a certeza acerca dos estados mentais não apresentou uma relação significativa com a saúde física. Para além disto, os participantes que revelaram hipermentalização e mentalização genuína também não diferiam significativamente entre si quanto à frequência de sintomas somáticos, ao contrário do que seria de esperar.

No âmbito da hipermentalização os resultados permanecem inconsistentes. Por exemplo, Griva e colaboradores (2020) encontraram uma correlação negativa significativa

entre a somatização e a subescala de certeza do RFQ tanto em participantes saudáveis, como em participantes com diabetes tipo 1. Por sua vez, Beaulieu-Pelletier e colaboradores (2012) revelaram que sujeitos caracterizados por um estado mental denominado objetivo-racional (impõem uma distância emocional da experiência subjetiva e focam-se apenas nos factos e situações) apresentavam dificuldades em descrever emoções, faziam uso da intelectualização, negação da emoção de tristeza e supressão, mas simultaneamente também apresentavam menos sintomas somáticos.

A hipermentalização pode ser difícil de distinguir da mentalização genuína em contexto real: a pessoa pode parecer capaz de mentalizar, mas na realidade, está apenas a fazer uso de processos racionais e intelectuais desprovidos de afeto subjacente (processos indicadores do modo faz de conta). Contudo, a hipermentalização difere da mentalização genuína, uma vez que, na primeira são construídas narrativas predominantemente cognitivas desprovidas de qualquer conteúdo afetivo real ou ressonância com sentimentos subjacentes; o pensamento representacional encontra-se desconectado da realidade, podendo manifestar-se em termos de fantasias descontroladas sobre estados internos, ruminação e postura excessivamente analítica (Luyten et al., 2015). A preocupação e ruminação excessivas podem, por sua vez, dar lugar a problemas de sono, ansiedade e preocupações excessivas sobre a saúde, que prejudicam a regulação do stresse (Luyten et al., 2013). Fonagy e Bateman (2008) descrevem o comportamento de operar no modo faz de conta como intelectualização, um mecanismo de defesa no qual os sentimentos desconfortáveis são tratados de forma abstrata/analítica ou evitados através de atividade intelectual excessiva, impondo uma distância dos aspetos emocionais e subjetivos das situações.

É possível que, se por um lado, a hipermentalização dá lugar a processos ruminativos e sobreanalíticos que perpetuam ainda mais os sintomas somáticos por meio da inflação constante de stresse, causando ciclos viciosos (Luyten et al., 2012); por outro lado, poderá sustentar um funcionamento mais adaptativo do que a hipomentalização através de mecanismos de defesa como a intelectualização, que poderá constituir-se como um recurso importante para processos de adaptação ao stresse, e de forma inconsciente e automática proteger o *self* de conflitos internos ou situações stressantes (Vaillant, 1992). Apesar de se tratar de um mecanismo que impõe uma atitude excessivamente objetiva e um distanciamento emocional claro, é possível que em alguns casos possibilite uma diminuição do stresse percebido, desta forma explicando a menor presença de sintomas somáticos comparativamente à hipomentalização encontrados neste estudo.

É de sublinhar, contudo, que fatores metodológicos (e.g., ausência do controlo dos efeitos de variáveis que se têm demonstrado predictoras da presença e severidade de sintomas somáticos) podem ser responsáveis pelas diferenças entre os grupos encontradas, algo que se constitui como uma limitação da presente investigação. Seria importante em estudos futuros, aprofundar a relação entre mentalização e saúde física através da análise destas diferenças controlando o efeito de variáveis como o género (e.g., Barsky et al., 2001); histórico de exposição a eventos traumáticos ou adversos (Spertus et al., 2003); níveis de stress percebido, assim como, de variáveis importantes no seio da qualidade do funcionamento reflexivo, como padrões de vinculação. Salienta-se também a necessidade do controlo de variáveis como perturbações de saúde mental e uso de medidas de *distress* psicológico, uma vez que, o mesmo pode ter influência na perceção de sintomas somáticos, (por exemplo, a depressão, ansiedade e catastrofização podem provocar a amplificação de sensações físicas e aumentar a presença de sintomas somáticos; Delisle et al., 2012; Edwards et al., 2011).

A integração destas variáveis em futuras análises poderá também auxiliar a explicação da ausência de diferenças entre a hipermentalização e a mentalização genuína quanto à presença de sintomas somáticos, para a qual não encontramos explicação na literatura atual. Seria relevante, contudo, em futuras investigações verificar se a ausência de diferenças se mantém quando se comparam pessoas com resultados extremos de hipermentalização com pessoas com resultados mais moderados de hipermentalização e pessoas com resultados indicadores de mentalização genuína. Esta abordagem permitiria refinar a natureza da relação entre estas variáveis e, assim, clarificar se porventura a existência de processamento cognitivo de ordem superior pode funcionar como um fator de proteção face à somatização, e em níveis mais extremos constituir um fator de risco. Seria interessante também avaliar o efeito a longo prazo da hipermentalização sobre as queixas somáticas, uma vez que, a literatura demonstra o efeito nefasto da ausência de processamento e resolução de sentimentos e conflitos internos que podem dar lugar a problemas de saúde e sofrimento psicológico (Fang et al., 2020), sendo para tal necessários estudos longitudinais.

A utilização de uma amostra por conveniência constitui também uma limitação, cuja não representatividade impede a generalização dos resultados à população geral. Uma outra limitação do presente estudo prende-se com a utilização de medidas autorrelato, e cujo processo de validação para o contexto português ainda não está terminado. Salienta-se a necessidade da continuação do estudo das qualidades psicométricas do RFQ e do PHQ no contexto português, nomeadamente ao nível da validade de construto (convergente,

discriminante) e a invariância entre diferentes grupos (e.g., consoante o género), assim como, em amostras clínicas.

Uma outra possível limitação é o uso da mediana para categorizar os participantes nos grupos de hipomentalização, hipermentalização e mentalização genuína, um método comumente usado na literatura (e.g., Badoud et al., 2015), contudo, desaconselhado por alguns autores (e.g., MacCallum et al., 2002). Esta decisão metodológica foi tomada devido à ausência de pontos de corte para as subescalas do RFQ que permitissem esta categorização e consequente análise das diferenças entre os grupos. Deste modo, os resultados da ANOVA devem ser interpretados tendo em consideração a possível perda ou deturpação de informações sobre diferenças individuais e redução do poder estatístico.

A ausência de um processo de retrotradução do PHQ constitui outra potencial limitação. Embora tenhamos seguido diretrizes teoricamente estabelecidas para a tradução deste instrumento e assegurado a compreensão dos itens através do processo de reflexão falada, a retrotradução poderia reforçar a equivalência da tradução.

Para além disto, salienta-se a ausência de perguntas sobre a presença de um diagnóstico de doença física no questionário administrado, para efeitos de caracterização da amostra, controlo dos possíveis efeitos nos resultados e consequente interpretação, como referido anteriormente.

6. Conclusão

A literatura tem vindo a demonstrar o importante papel desempenhado pela capacidade de mentalização no desenvolvimento e manutenção de quadros psicopatológicos, com dificuldades na integração da informação sobre os estados mentais constituindo uma comunalidade entre diversas doenças mentais. Contudo, a pertinência deste conceito não se encerra na sua relevância clínica, dado o interesse crescente na mentalização enquanto recurso de promoção de saúde em populações não-clínicas/saudáveis (Schwarzer et al., 2021). Deste modo, fica sublinhada a necessidade de instrumentos sobre a função reflexiva validados e confiáveis enquanto ferramentas de grande utilidade para contextos de investigação, avaliação e intervenção psicológica, e este estudo constitui um importante primeiro passo nesse sentido.

Esta investigação oferece evidência empírica preliminar sobre a validade fatorial e a confiabilidade do RFQ e do PHQ no contexto português, ao mesmo tempo que contribui para o conhecimento da relação entre a qualidade da mentalização e saúde física. Estudos posteriores serão necessários para aprofundar esta relação em amostras clínicas, mas também não clínicas, colmatando a falha existente na literatura de estudos que se debruçam sobre indivíduos que apresentam queixas somáticas sem atingir um limiar clínico ou receber um diagnóstico.

Os resultados encontrados reforçam o valor da abordagem da mentalização para a compreensão de fenómenos no âmbito da saúde física, evidenciando a existência de uma relação entre défices na capacidade de perceber e interpretar estados mentais e a experiência de sintomas somáticos. A intervenção que se foque na sensibilidade aos sintomas somáticos, na sua diferenciação relativamente a pensamentos, sentimentos ou outros estados mentais e na forma como estes últimos podem estar interligados com as queixas somáticas poderá constituir-se um campo frutífero do desenvolvimento da capacidade de mentalização enquanto recurso de promoção de saúde e bem-estar.

Referências bibliográficas

- Allen, J. G. (2006). Mentalizing in practice. In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 3-30). John Wiley & Sons.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Arbuckle, J. L. (2008). *Amos 17 users' guide*. Statistical Package for the Social Sciences.
- Bach, M., & Bach, D. (1996). Alexithymia in somatoform disorder and somatic disease: A comparative study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(3), 150–152.
<https://doi.org/10.1159/000289067>
- Badoud, D., Luyten, P., Fonseca-Pedrero, E., Eliez, S., Fonagy, P., & Debbané, M. (2015). The french version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adolescents and adults and its association with non-suicidal self-injury. *PLOS ONE*, 10(12), e0145892. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145892>
- Bailey, P. E., & Henry, J. D. (2007). Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. *Psychiatry Research*, 150(1), 13–20.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.024>
- Ballespí, S., Vives, J., Alonso, N., Sharp, C., Ramírez, M. S., Fonagy, P., & Barrantes-Vidal, N. (2019). To know or not to know? Mentalization as protection from somatic complaints. *PLOS ONE*, 14(5), e0215308.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215308>
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). 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*, 42(2), 241–251. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00715>
- Barsky, A. J., Peekna, H. M., & Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine*, 16(4), 266–275.
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016004266.x>

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2015). Borderline personality disorder and mood disorders: Mentalizing as a framework for integrated treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 71(8), 792–804. <https://doi.org/10.1002/jclp.22206>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Bateman, A., Bolton, R., & Fonagy, P. (2013). Antisocial personality disorder: A mentalizing framework. *The Journal of Lifelong Learning in Psychoanalysis*, 11(2), 178–186. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.11.2.178>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Beaulieu-Pelletier, G., & Philippe, F. L. (2017). Évaluer la mentalisation sans cotation: La tâche des états mentaux. *Revue Québécoise de Psychologie*, 37(3), 197–216. <https://doi.org/10.7202/1040167ar>
- Beaulieu-Pelletier, G., Bouchard, M. A., & Philippe, F. L. (2012). Mental States Task (MST): Development, validation, and correlates of a self-report measure of mentalization. *Journal of Clinical Psychology*, 69(7), 671–695. <https://doi.org/10.1002/jclp.21942>
- Beitel, M., Ferrer, E., & Cecero, J. J. (2005). Psychological mindedness and awareness of self and others. *Journal of Clinical Psychology*, 61(6), 739–750. <https://doi.org/10.1002/jclp.20095>
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588–606. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.88.3.588>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bph077>

- Blackshaw, A. J., Kinderman, P., Hare, D. J., & Hatton, C. (2001). Theory of mind, causal attribution and paranoia in Asperger syndrome. *Autism*, 5(2), 147–163. <https://doi.org/10.1177/1362361301005002005>
- Borelli, J. L., Brugnera, A., Zarbo, C., Rabboni, M., Bondi, E., Tasca, G. A., & Compare, A. (2018). Attachment comes of age: Adolescents' narrative coherence and reflective functioning predict well-being in emerging adulthood. *Attachment & Human Development*, 21(4), 332–351. <https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1479870>
- Bouchard, M. A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L. M., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47–66. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.25.1.47>
- Bouchard, M.-A., & Lecours, S. (2008). Contemporary approaches to mentalization in the light of Freud's Project. In F. N. Busch (Ed.), *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications* (pp. 103–129). The Analytic Press.
- Brislin, R. W. (1970). Back-Translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185–216. <https://doi.org/10.1177/135910457000100301>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Brugnera, A., Zarbo, C., Compare, A., Talia, A., Tasca, G. A., de Jong, K., Greco, A., Greco, F., Pievani, L., Auteri, A., & Lo Coco, G. (2020). Self-reported reflective functioning mediates the association between attachment insecurity and well-being among psychotherapists. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 31(2), 247–257. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1762946>
- Burton, C., Weller, D., & Sharpe, M. (2009). Functional somatic symptoms and psychological states: An electronic diary study. *Psychosomatic Medicine*, 71(1), 77–83. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e31818f2acb>

- Byrne, B. M. (2016). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (3rd ed.). Routledge.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127–1135. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>
- Coy, G. (2018, Maio). *Emotion processing in functional neurological disorder* [Tese de Doutoramento, Canterbury Christ Church University]. CCCU Research Space Repository.
https://repository.canterbury.ac.uk/download/0da7c8e7bf42e9d4b570375c9933c332a250f0f8176ef88ce355a5561d6e612e/2348118/Garret_Coy_MRP_2018%28a%29.pdf
- Cohen, J. (1969). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Academic Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd ed.). Academic Press.
- David, N., Gawronski, A., Santos, N. S., Huff, W., Lehnhardt, F. G., Newen, A., & Vogeley, K. (2008). Dissociation between key processes of social cognition in autism: Impaired mentalizing but intact sense of agency. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(4), 593–605. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0425-x>
- Dawson, A. F., Brown, W. W., Anderson, J., Datta, B., Donald, J. N., Hong, K., Allan, S., Mole, T. B., Jones, P. B., & Galante, J. (2020). Mindfulness-Based interventions for university students: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12(2), 384–410. <https://doi.org/10.1111/aphw.12188>
- De Gucht, V., & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(5), 425–434. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00467-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00467-1)
- De Meulemeester, C., Vansteelandt, K., Luyten, P., & Lowyck, B. (2018). Mentalizing as a mechanism of change in the treatment of patients with borderline personality

- disorder: A parallel process growth modeling approach. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(1), 22–29. <https://doi.org/10.1037/per0000256>
- Delfstra, G., & van Rooij, W. (2015). Dynamic Interpersonal Therapy (DIT): Application in the treatment of medically unexplained somatic symptoms. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 29(2), 171–181. <https://doi.org/10.1080/02668734.2015.1036105>
- Delisle, V. C., Beck, A. T., Dobson, K. S., Dozois, D. J. A., & Thombs, B. D. (2012). Revisiting gender differences in somatic symptoms of depression: Much ado about nothing? *PLoS ONE*, 7(2), e32490. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0032490>
- Di Tella, M., & Castelli, L. (2016). Alexithymia in chronic pain disorders. *Current rheumatology reports*, 18(7), 41. <https://doi.org/10.1007/s11926-016-0592-x>
- Duddu, V., Isaac, M. K., & Chaturvedi, S. K. (2006). Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: A review. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 25–33. <https://doi.org/10.1080/09540260500466790>
- Edwards, R. R., Cahalan, C., Mensing, G., Smith, M., & Haythornthwaite, J. A. (2011). Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases. *Nature reviews. Rheumatology*, 7(4), 216–224. <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2011.2>
- Epskamp, S. (2019). *semPlot: Path diagrams and visual analysis of various sem packages' Output* (R package version 1.1.2) <https://CRAN.R-project.org/package=semPlot>
- Fang, S., Chung, M. C., & Wang, Y. (2020). The impact of past trauma on psychological distress: The roles of defense mechanisms and alexithymia. *Frontiers in Psychology*, 11, 992–1001. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00992>
- Farber, B. A. (1985). The genesis, development, and implications of psychological-mindedness in psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(2), 170–177. <https://doi.org/10.1037/h0085490>
- Field, A. P. (2015). *Discovering statistics using IBM SPSS: And sex and drugs and rock'n roll*. SAGE.

- Finney, S. J., & DiStefano, C. (2006). Non-normal and categorical data in structural equation modeling. In G. R. Hancock & R. O. Mueller (Eds.), *Structural equation modeling: A second course* (pp. 269–314). Information Age.
- Fischer-Kern, M., Fonagy, P., Kapusta, N. D., Luyten, P., Boss, S., Naderer, A., Blüml, V., & Leithner, K. (2013). Mentalizing in female inpatients with major depressive disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(3), 202–207. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182845c0a>
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372–380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 21(4), 1355–1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child development*, 62(5), 891–905. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01578.x>
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 77(2), 217–233.
- Fonagy, P., & Target, M. (2000). Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *The International Journal of Psychoanalysis*, 81(5), 853–873. <https://doi.org/10.1516/0020757001600165>
- Fonagy, P., & Target, M. (2007). Playing with reality: IV. A theory of external reality rooted in intersubjectivity. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 917–937. <https://doi.org/10.1516/4774-6173-241T-7225>
- Fonagy, P., & Target, M. (2008). Attachment, trauma, and psychoanalysis: Where psychoanalysis meets neuroscience. In E. L. Jurist, A. Slade, & S. Bergner (Eds.),

Mind to mind: Infant research, neuroscience, and psychoanalysis (pp. 15–49). Other Press.

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. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2010.02005.x>

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Other Press.

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

Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a Self-Report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLOS ONE*, 11(7), e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>

Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-Functioning manual: Version 5 for application to adult attachment interviews*. Unpublished manual. University College.

Freeman, C. (2016). What is mentalizing? An overview. *British Journal of Psychotherapy*, 32(2), 189–201. <https://doi.org/10.1111/bjp.12220>

Gagliardini, G., & Colli, A. (2019). Assessing mentalization: Development and preliminary validation of the Modes of Mentalization Scale. *Psychoanalytic Psychology*, 36(3), 249–258. <https://doi.org/10.1037/pap0000222>

Gergely, G. (2003). The development of teleological versus mentalizing observational learning strategies in infancy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(2), 113–131. <https://doi.org/10.1521/bumc.67.2.113.23443>

Griva, F., Pomini, V., Gournellis, R., Doumos, G., Thomakos, P., & Vaslamatzis, G. (2020). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of

- Reflective Functioning Questionnaire. *Psychiatriki*, 31(3), 216–224.
<https://doi.org/10.22365/jpsych.2020.313.216>
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35–43.
[https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(03)00573-7)
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis* (6th edition). Pearson Prentice Hall.
- Hambleton, R. K., Merenda, P. F., & Spielberger, C. D. (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. Lawrence Erlbaum.
- Harenski, C. L., Calhoun, V. D., Bustillo, J. R., Haas, B. W., Decety, J., Harenski, K. A., Caldwell, M. F., Van Rybroek, G. J., Koenigs, M., Thornton, D. M., & Kiehl, K. A. (2018). Functional connectivity during affective mentalizing in criminal offenders with psychotic disorders: Associations with clinical symptoms. *Psychiatry research. Neuroimaging*, 271, 91–99.
<https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2017.11.003>
- Hayden, M. C., Müllauer, P. K., Gaugeler, R., Senft, B., & Andreas, S. (2018). Improvements in mentalization predict improvements in interpersonal distress in patients with mental disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 74(12), 2276–2286.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22673>
- Holmes, J. (2006). Mentalizing from a psychoanalytic perspective: What's new? In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *The handbook of mentalization-based treatment* (pp. 31–49). John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470712986.ch2>
- Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- International Test Commission (2017). *The ITC guidelines for translating and adapting tests (Second edition)* [PDF].
https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf

- Katznelson, H. (2014). Reflective functioning: A review. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 107–117. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.12.003>
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). Guilford Press.
- Komaki, G. (2013). Alexithymia and somatic symptoms. In K. B. Koh (Ed.), *Somatization and psychosomatic symptoms* (pp. 41–49). Springer https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7119-6_4
- Korkmaz, S, Goksuluk, D, & Zararsiz, G. (2014). MVN: An R package for assessing multivariate normality. *The R Journal*, 6(2), 151–162. <https://journal.r-project.org/archive/2014-2/korkmaz-goksuluk-zararsiz.pdf>
- Lecours, S., & Bouchard, M.-A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 78(5), 855–875.
- Leslie, A. M. (1987). Pretense and representation: The origins of “theory of mind.” *Psychological Review*, 94(4), 412–426. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.94.4.412>
- Lieberman, M. D. (2007). Social cognitive neuroscience: A review of core processes. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 259–289. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085654>
- Liotti, G., & Gilbert, P. (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 9–25. <https://doi.org/10.1348/147608310x520094>
- Little, R. J. A. (1988). A test of missing completely at random for multivariate data with missing values. *Journal of the American Statistical Association*, 83(404), 1198–1202. <https://doi.org/10.1080/01621459.1988.10478722>
- Luyten, P., Beutel, M., & Shahar, G. (2015). Functional somatic disorders. In P. Luyten, L. C. Mayes, P. Fonagy, M. Target, & S. J. Blatt (Eds.), *Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology* (pp. 287–310). The Guilford Press.

- Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 366–379.
<https://doi.org/10.1037/per0000117>
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2016). *An integrative, attachment-based approach to the management and treatment of patients with persistent somatic complaints*. In J. Hunter & R. Maunder (Eds.), *Improving patient treatment with attachment theory: A guide for primary care practitioners and specialists* (pp. 127–144). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-23300-0_9
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 16(1), 297–325. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355>
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R. (2011). Assessment of mentalization. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 43–65). American Psychiatric Publishing.
- Luyten, P., van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2012). A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(2), 121–140.
<https://doi.org/10.1080/02668734.2012.678061>
- Luyten, P., van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2013). Vulnerability for functional somatic disorders: A contemporary psychodynamic approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 250–262. <https://doi.org/10.1037/a0032360>
- MacCallum, R. C., Zhang, S., Preacher, K. J., & Rucker, D. D. (2002). On the practice of dichotomization of quantitative variables. *Psychological methods*, 7(1), 19–40.
<https://doi.org/10.1037/1082-989x.7.1.19>
- Mardia, K. V. (1970). Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika*, 57(3), 519–530. <https://doi.org/10.1093/biomet/57.3.519>
- Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicação* (2ª ed.). Report Number.

- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Les Empecheurs de penser en rond.
- Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A. M., Mielonen, R. L., & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic Medicine*, 70(6), 716–722.
<https://doi.org/10.1097/psy.0b013e31816ffc39>
- Mikulincer, M., Dolev, T., & Shaver, P. R. (2004). Attachment-related strategies during thought suppression: Ironic rebounds and vulnerable self-representations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(6), 940–956.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.87.6.940>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2017). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Morandotti, N., Brondino, N., Merelli, A., Boldrini, A., De Vidovich, G. Z., Ricciardo, S., Abbiati, V., Ambrosi, P., Caverzasi, E., Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). The Italian version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adults and its association with severity of borderline personality disorder. *PLoS ONE*, 13(11), e0206433. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206433>
- Muthén, B. (1983). Latent variable structural equation modeling with categorical data. *Journal of Econometrics*, 22(1–2), 43–65. [https://doi.org/10.1016/0304-4076\(83\)90093-3](https://doi.org/10.1016/0304-4076(83)90093-3)
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Nyklíček, I., & Denollet, J. (2009). Development and evaluation of the Balanced Index of Psychological Mindedness (BIPM). *Psychological Assessment*, 21(1), 32–44.
<https://doi.org/10.1037/a0014418>
- Ohrbach, R., Bjorner, J., Jezewski, M., John, M. T., & Lobbezoo, F. (2013). *Guidelines for establishing cultural equivalence of instruments* [PDF].
https://ubwp.buffalo.edu/rdc-tmdinternational/wp-content/uploads/sites/58/2017/01/Guidelines-for-Translation-and-Cultural-Equivalency-of-Instruments-2013_05_118608.pdf

- Okur Güney, Z. E., Sattel, H., Witthöft, M., & Henningsen, P. (2019). Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *PLOS ONE*, 14(6), e0217277. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217277>
- Preis, M. A., Golm, D., Kröner-Herwig, B., & Barke, A. (2017). Examining differences in cognitive and affective theory of mind between persons with high and low extent of somatic symptoms: an experimental study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1360-9>
- R Core Team (2021). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>
- Rief, W., Hessel, A., & Braehler, E. (2001). Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 595–602. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00012>
- Riem, M. M., Doedée, E. N., Broekhuizen-Dijksman, S. C., & Beijer, E. (2018). Attachment and medically unexplained somatic symptoms: The role of mentalization. *Psychiatry Research*, 268, 108–113. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.056>
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1–36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- RStudio Team (2021). *RStudio: Integrated Development Environment for R*. Rstudio Inc. <http://www.rstudio.com/>
- Sacchetti, S., Robinson, P., Bogaardt, A., Clare, A., Ouellet-Courtois, C., Luyten, P., Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). Reduced mentalizing in patients with bulimia nervosa and features of borderline personality disorder: A case-control study. *BMC psychiatry*, 19(1), 134. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2112-9>
- Satpute, A. B., & Lieberman, M. D. (2006). Integrating automatic and controlled processes into neurocognitive models of social cognition. *Brain Research*, 1079(1), 86–97. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2006.01.005>
- Schat, A., Kelloway, E. K., & Desmarais, S. (2005). The Physical Health Questionnaire (PHQ): Construct validation of a self-report scale of somatic symptoms. *Journal of*

occupational health psychology, 10(4), 363–381. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.10.4.363>

Schwarzer, N. H., Nolte, T., Fonagy, P., & Gingelmaier, S. (2021b). Self-Rated mentalizing mediates the relationship between stress and coping in a Non-Clinical sample. *Psychological Reports*, 003329412199484. <https://doi.org/10.1177/0033294121994846>

Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A., & King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of Educational Research*, 99(6), 323–338. <https://doi.org/10.3200/joer.99.6.323-338>

Schwarzer, N. H., Nolte, T., Fonagy, P., & Gingelmaier, S. (2021). Mentalizing and emotion regulation: Evidence from a nonclinical sample. *International Forum of Psychoanalysis*, 30(1), 34–45. <https://doi.org/10.1080/0803706x.2021.18734187>

Spaans, J. A., Veselka, L., Luyten, P., & Bühring, M. E. (2009). Lichamelijke aspecten van mentalisatie; therapeutische focus bij ernstige onverklaarde lichamelijke klachten [Bodily aspects of mentalization: a therapeutic focus in the treatment of patients with severe medically unexplained symptoms]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 51(4), 239–248. http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_2767pdf.pdf

Spertus, I. L., Yehuda, R., Wong, C. M., Halligan, S., & Seremetis, S. V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse & Neglect*, 27(11), 1247–1258. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.05.001>

Stonnington, C. M., Locke, D. E., Hsu, C. H., Ritenbaugh, C., & Lane, R. D. (2013). Somatization is associated with deficits in affective theory of mind. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(6), 479–485. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.04.004>

Subic-Wrana, C., Beutel, M. E., Knebel, A., & Lane, R. D. (2010). Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders. *Psychosomatic Medicine*, 72(4), 404–411. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e3181d35e83>

- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Pearson.
- Target, M., & Fonagy, P. (1996). Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 77(3), 459–479.
- Taubner, S., Hörz, S., Fischer-Kern, M., Doering, S., Buchheim, A., & Zimmermann, J. (2013). Internal structure of the Reflective Functioning Scale. *Psychological Assessment*, 25(1), 127–135. <https://doi.org/10.1037/a0029138>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511526831>
- Trudeau, K. J., & Reich, R. (1995). Correlates of psychological mindedness. *Personality and Individual Differences*, 19(5), 699–704. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(95\)00110-r](https://doi.org/10.1016/0191-8869(95)00110-r)
- Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. American Psychiatric Association Publishing.
- Westland, J. C. (2010). Lower bounds on sample size in structural equation modeling. *Electronic Commerce Research and Applications*, 9(6), 476–487. <https://doi.org/10.1016/j.eierap.2010.07.003>
- Wickham, H., & Miller, E. (2020). *Haven: Import and export “SPSS,” “Stata,” and “SAS” files* (R package Version 2.3.1). <https://CRAN.R-project.org/package=haven>
- Zunhammer, M., Halski, A., Eichhammer, P., & Busch, V. (2015). Theory of mind and emotional awareness in chronic somatoform pain patients. *PLOS ONE*, 10(10), e0140016. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140016>

Apêndices

Apêndice A.
Questionário do Funcionamento Reflexivo

Por favor leia atentamente as 8 afirmações que se seguem. Para cada frase, escolha um número entre 1 e 7 que indique o quanto discorda ou concorda com a afirmação, e escreva o número ao lado da mesma. Não pense demasiado – as suas respostas iniciais são habitualmente as melhores. Obrigado.

Use a seguinte escala de 1 a 7:

Discordo	1	2	3	4	5	6	7	Concordo
----------	---	---	---	---	---	---	---	----------

1. ___ Os pensamentos das pessoas são um mistério para mim.
2. ___ Nem sempre sei porque faço o que faço.
3. ___ Quando me enervo digo coisas sem saber bem porque as estou a dizer.
4. ___ Quando me enervo digo coisas de que mais tarde me arrependo.
5. ___ Quando me sinto inseguro/a posso fazer coisas que deixam as outras pessoas irritadas.
6. ___ Por vezes faço coisas sem saber bem porquê.
7. ___ Sei sempre o que sinto.
8. ___ Muitas vezes, os sentimentos fortes toldam-me o pensamento.

Apêndice B.

Questionário de Saúde Física

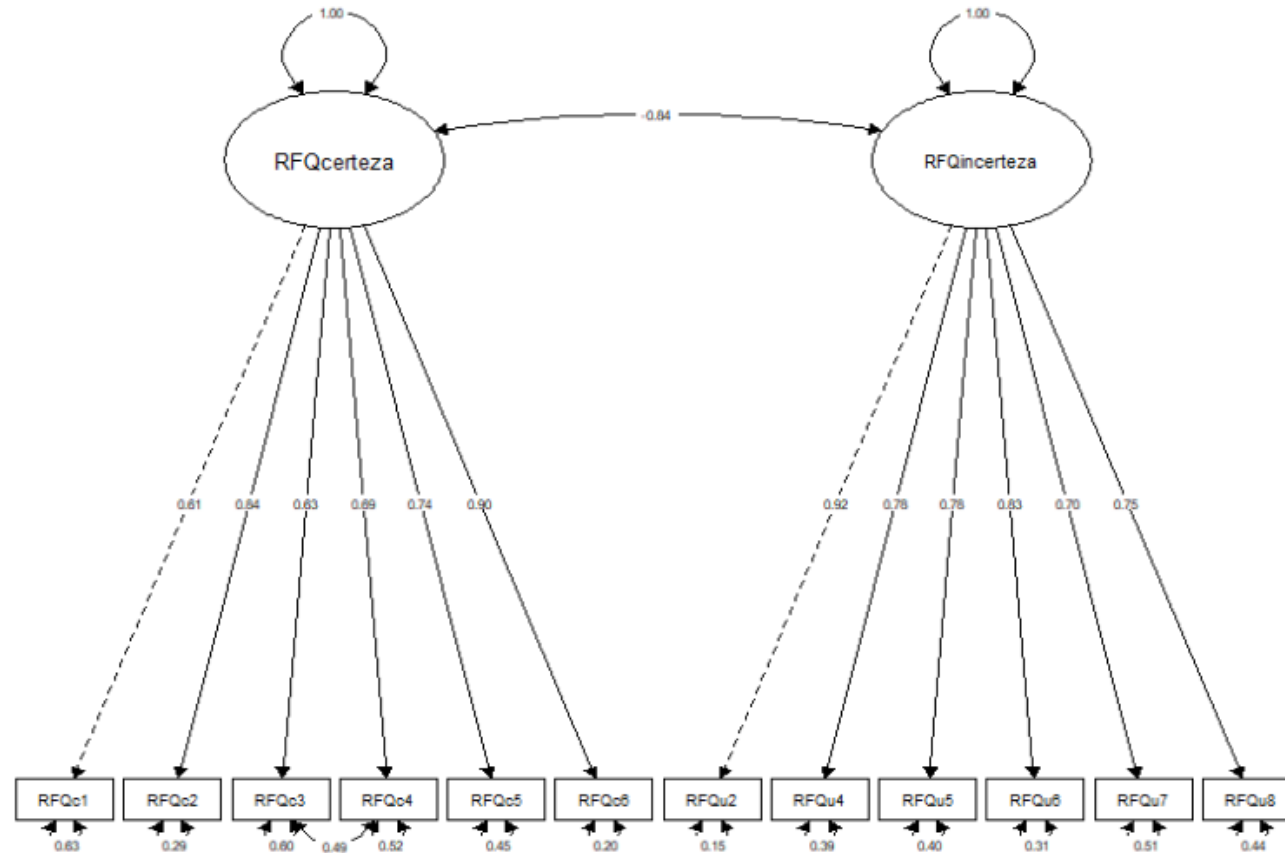
Os seguintes itens referem-se a como se tem sentido fisicamente durante a última semana. Por favor, faça um círculo em volta do número apropriado.

		Nunca	Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
1.	Quantas vezes teve dificuldades em adormecer à noite?	1	2	3	4	5	6	7
2.	Quantas vezes acordou durante a noite?	1	2	3	4	5	6	7
3.	Quantas vezes teve pesadelos ou sonhos perturbadores?	1	2	3	4	5	6	7
4.	Quantas vezes o seu sono foi pacífico e sem perturbações?	1	2	3	4	5	6	7
5.	Quantas vezes teve dores de cabeça?	1	2	3	4	5	6	7
6.	Quantas vezes teve dor de cabeça quando havia muita pressão sobre si para fazer algo?	1	2	3	4	5	6	7
7.	Quantas vezes sentiu dor de cabeça quando estava frustrado com coisas que não estavam a correr bem ou quando estava irritado com alguém?	1	2	3	4	5	6	7
8.	Quantas vezes sofreu de mal-estar estomacal (indigestão)?	1	2	3	4	5	6	7
9.	Quantas vezes teve que prestar atenção ao que comeu para evitar mal-estar estomacal?	1	2	3	4	5	6	7
10.	Quantas vezes se sentiu nauseado?	1	2	3	4	5	6	7
11.	Quantas vezes esteve com prisão de ventre ou com diarreia?	1	2	3	4	5	6	7
12.	Quantas vezes esteve com constipação ligeira (que lhe trouxe desconforto, mas não precisou de ficar de cama ou faltar ao trabalho)?	0 vezes	1-2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 vezes	6 vezes	+ 7 vezes
13.	Quantas vezes teve infeções respiratórias que o fizeram sentir-se em baixo? (ex. bronquite, sinusite, etc)	0 vezes	1-2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 vezes	6 vezes	+ 7 vezes
14.	Quando está constipado ou com gripe, quanto tempo dura em média?	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	+ 7 dias

Apêndice C.

Figura 1

Análise Fatorial Confirmatória da versão portuguesa do RFQ

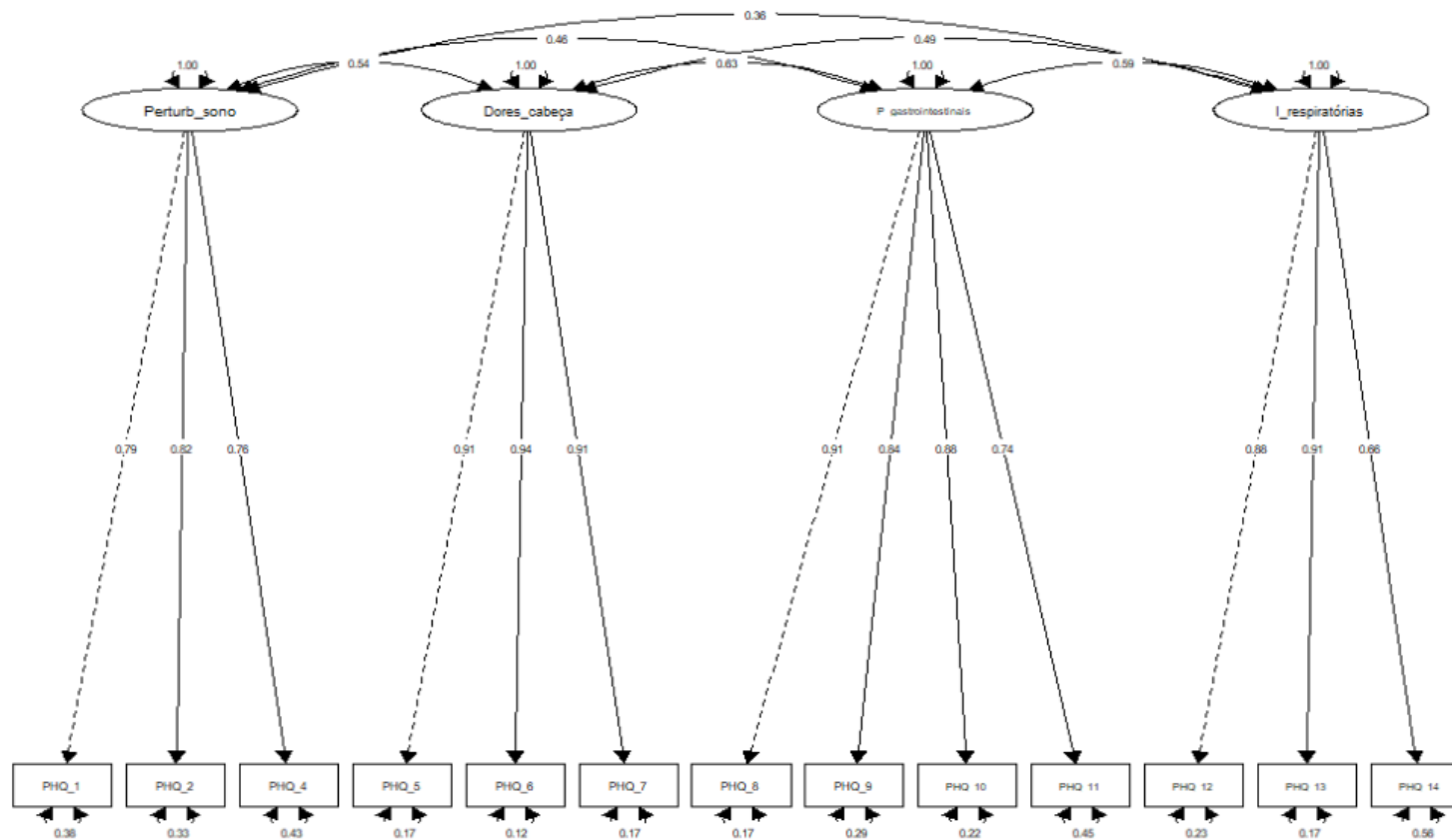


Nota. Esta figura demonstra a representação gráfica do modelo reespecificado da versão portuguesa do RFQ. Os retângulos representam as variáveis manifestas e os círculos representam as variáveis latentes. As linhas tracejadas representam as cargas fatoriais fixadas em 1. Os resíduos e as correlações entre resíduos (RFQc3 e RFQc4) encontram-se representados por setas de duas pontas. Na parte superior do gráfico a seta de duas pontas entre fatores representa a covariância entre os mesmos. As setas de uma ponta indicam os coeficientes de regressão estandarizados.

Apêndice D.

Figura 2

Análise Fatorial Confirmatória de primeira ordem da versão portuguesa do PHQ

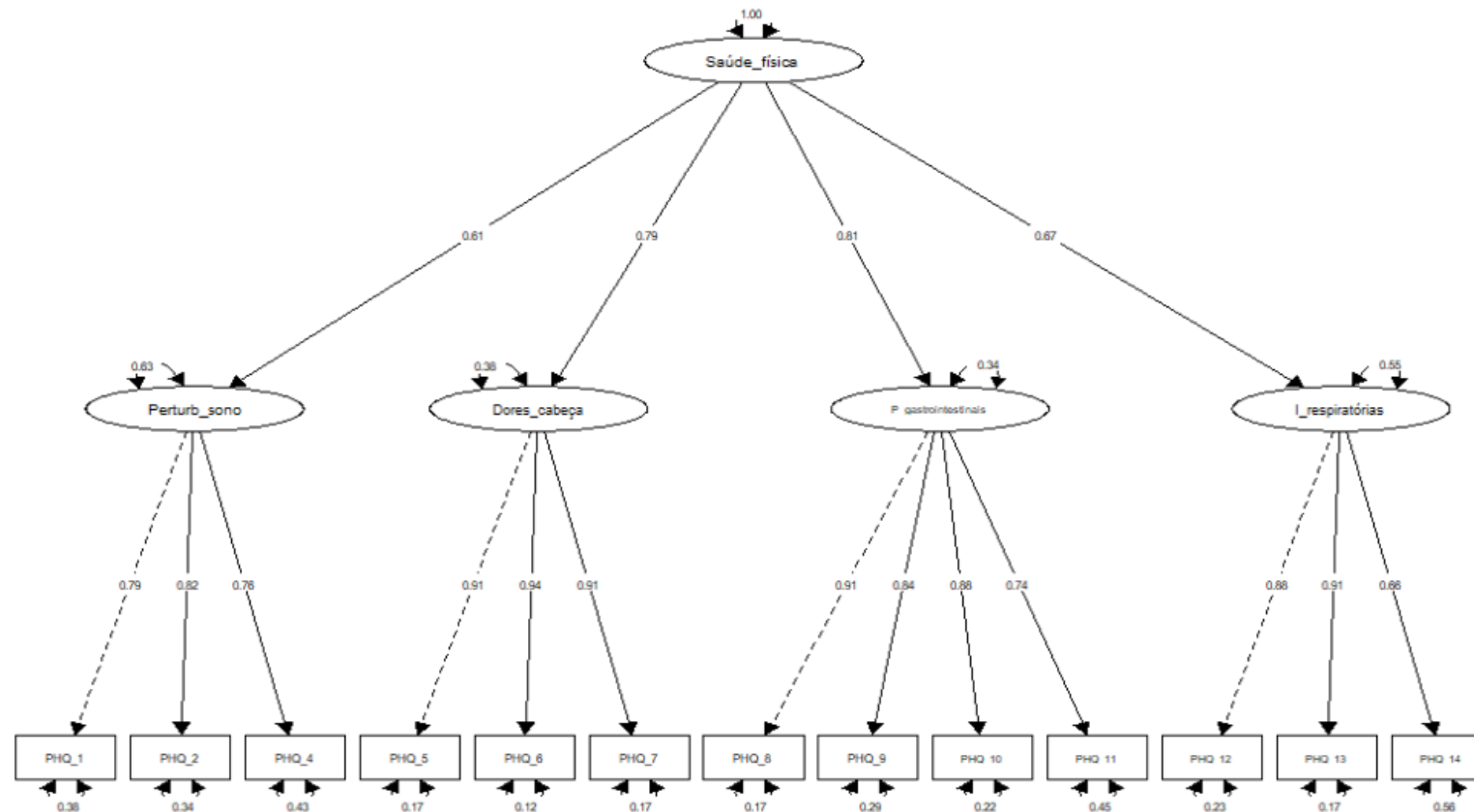


Nota. Esta figura demonstra a representação gráfica do modelo reespecificado de 1ª ordem da versão portuguesa do PHQ. Perturb_sono – Perturbações do sono; Dores_cabeça – Dores de cabeça; P_gastrointestinais – Problemas gastrointestinais; I_respiratórias – Infecções respiratórias. Os retângulos representam as variáveis manifestas e os círculos representam as variáveis latentes. As linhas tracejadas representam as cargas fatoriais fixadas em 1. Os resíduos encontram-se representados por setas de duas pontas. Na parte superior do gráfico a seta de duas pontas entre fatores representa a covariância entre os mesmos. As setas de uma ponta indicam os coeficientes de regressão estandardizados.

Apêndice E.

Figura 3

Análise Fatorial Confirmatória de segunda ordem da versão portuguesa do PHQ



Nota. Esta figura demonstra a representação gráfica de 2ª ordem da versão portuguesa do PHQ. Perturb_sono – Perturbações do sono; Dores_cabeça – Dores de cabeça; P_gastrointestinais – Problemas gastrointestinais; I_respiratórias – Infecções respiratórias; Saúde_física – Saúde Física. Os retângulos representam as variáveis manifestas e os círculos representam as variáveis latentes. As linhas tracejadas representam as cargas fatoriais fixadas em 1. Os resíduos encontram-se representados por setas de duas pontas. As setas de uma ponta indicam os coeficientes de regressão estandardizados.