

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE A FUNÇÃO REFLEXIVA E A
FUNCIONALIDADE GLOBAL EM PACIENTES
DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE
BORDERLINE**

Autora: Glaydcianne Pinheiro Bezerra

Orientadora: Dra. Simone Hauck

Co-orientadora: Dra. Fernanda Barcellos Serralta

Porto Alegre, 2019.

GLAYDCIANNE PINHEIRO BEZERRA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE A FUNÇÃO REFLEXIVA E A
FUNCIONALIDADE GLOBAL EM PACIENTES
DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE
BORDERLINE**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Psiquiatria à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

Orientador: Profa. Dra. Simone Hauck

Co-orientadora: Profa. Dra. Fernanda
Barcellos Serralta

Porto Alegre, 2019

CIP - Catalogação na Publicação

Bezerra, Glaydcianne Pinheiro
ASSOCIAÇÃO ENTRE A FUNÇÃO REFLEXIVA E A
FUNCIONALIDADE GLOBAL EM PACIENTES DIAGNOSTICADAS COM
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE / Glaydcianne
Pinheiro Bezerra. -- 2019.

71 f.

Orientadora: Simone Hauck.

Coorientadora: Fernanda Barcellos Serralta.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do
Comportamento, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Transtorno de Personalidade Borderline. 2.
Mecanismos de defesa. 3. Função reflexiva. 4.
Funcionalidade. 5. Mentalização. I. Hauck, Simone,
orient. II. Serralta, Fernanda Barcellos, coorient.
III. Título.

Glaydcianne Pinheiro Bezerra

**ASSOCIAÇÃO ENTRE A FUNÇÃO REFLEXIVA E A FUNCIONALIDADE GLOBAL EM
PACIENTES DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE
BORDERLINE**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Psiquiatria à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

Porto Alegre, 22 de abril de 2019.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação/Tese Associação entre a Função Reflexiva e a Funcionalidade Global em Pacientes diagnosticadas com Transtorno de Personalidade Borderline, elaborada por Glaydcianne Pinheiro Bezerra, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psiquiatria. Comissão Examinadora: Prof. Dr. Ives Cavalcante Passos, Prof. Dr. Félix Henrique Paim Kessler, Dr. Luciano Rassier Isolan.

Dr. Luciano Rassier Isolan (SPPA)

Prof. Dr. Félix Henrique Paim Kessler (UFRGS)

Prof. Dr. Ives Cavalcante Passos (UFRGS)

Prof^a. Dra. Simone Hauck - Orientadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço à **Profa. Dra. Simone Hauck** e à **Profa. Dra. Fernanda Barcellos Serralta** pelo constante apoio, motivação, orientação e inspiração na busca pela excelência de resultados e pelo crescente e incessante aprendizado.

Agradeço a **cada uma das Pacientes**, que aceitaram colaborar com esse estudo, pois sem elas todo meu esforço seria em vão.

Agradeço à **Equipe Técnica, em especial à colega psiquiatra Lígia Velly, aos Residentes e aos Cursistas de Psiquiatria da Unidade de Internação Psiquiátrica Feminina Mário Martins do Hospital Psiquiátrico São Pedro**, pelo carinho, atenção e ambiente de colaboração mútua com que me receberam e me ajudaram durante todo o tempo em que lá realizei minha pesquisa.

Agradeço às colegas psiquiatras **Adriana Dal Pizzol** e **Cristina Plentz Pessi** pelos múltiplos aprendizados nos Grupos de Estudos sobre Transtornos de Personalidade Borderline durante os Ciclos de Avanços em Clínica Psiquiátrica de 2013 a 2016 e, ao acompanhar como colaboradora, as atividades do Ambulatório de Transtorno de Personalidade do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Agradeço à **Profa. Dra. Simone Hauck** e ao **Prof. Dr. Christian Kieling** por idealizarem e ministrarem a Disciplina sobre Mentalização pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento no segundo semestre de 2016, da qual fui aluna ouvinte e que constituiu uma das maiores fontes de inspiração e de motivação para criar uma oportunidade para aprofundar o tema através desse estudo.

Agradeço ao **Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik**, pelo profundo aprendizado em Psicanálise, pela inspiração como professor e supervisor de Psicoterapia de Orientação Analítica, tendo me acolhido no grupo de Pesquisas em Psicoterapia de Orientação Analítica, onde formei minhas bases como pesquisadora em psicoterapia e onde estreitei laços de colaboração científica com os colegas que dele fazem parte.

Agradeço aos colegas **Dra. Pricilla Braga Laskoski, Ms. Luciana Terra e Ms. Luis Francisco Lima** pelo carinho, amizade e incessante companheirismo durante essa trajetória.

Agradeço ao **Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da UFRGS**, pela oportunidade de me qualificar e pelo crescente aprendizado.

Agradeço ao colega médico, eterno mestre e amigo **Prof. Dr. Victor Hugo Medeiros de Alencar**, pelo exemplo de maestria com que sempre conduziu sua prática clínica, por ter sido o meu primeiro exemplo de profissional médico com escuta empática e ativa ainda durante a Graduação e quem me inspirou como médica rumo à prática da Psiquiatria e da Psicoterapia de Orientação Analítica.

Agradeço ao colega médico psiquiatra e amigo **Prof. Luiz Carlos Illafont Coronel** pela motivação, inspiração e busca pela excelência crescente e contínua na carreira como psiquiatra.

Agradeço aos meus **Familiares**, pelo apoio incondicional, em especial ao meu pai, **Francisco Isac Bezerra (in memorian)** por ter sempre representado um exemplo de dedicação ao trabalho e à família e por ter sido meu primeiro mestre, à minha mãe, **Maria das Candeias Pinheiro Bezerra** por ter sempre me inspirado a almejar de forma incessante e incansável a busca pelo constante autodesenvolvimento e conhecimento e à minha irmã, **Ms. Glícia Pinheiro Bezerra** que constitui para mim um exemplo a ser seguido como profissional biomédica e pesquisadora clínica.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| RESUMO | 8 |
| ABSTRACT | 10 |
| MOTIVAÇÃO PARA A PESQUISA | 12 |
| 1. APRESENTAÇÃO | 14 |
| 2. INTRODUÇÃO | 15 |
| 3. JUSTIFICATIVA | 28 |
| 4. ASPECTOS ÉTICOS | 29 |
| 5. OBJETIVOS | 30 |
| 5.1 Objetivo Geral | 30 |
| 5.2 Objetivos específicos | 30 |
| 6. MATERIAIS E MÉTODOS | 31 |
| 6.1 Delineamento | 31 |
| 6.2 Sujeitos | 31 |
| 6.3 Instrumentos | 31 |
| 7. ANÁLISE DOS DADOS | 34 |
| 8 ARTIGO | 35 |
| 9. DISCUSSÃO | 46 |
| 10. CONCLUSÃO | 47 |
| 11. REFERÊNCIAS | 48 |
| 12 ANEXOS | 51 |
| A- APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 51 |
| B – APÊNDICE B - Questionários | 53 |

ABREVIATURAS E SIGLAS

TPB – Transtorno de Personalidade Borderline

SCID II – Structured Clinical Interview Diagnosis

SRQ -20 – Symptoms Review Questionnaire

DSQ -40 – Defense Symptoms Questionnaire

GAF – Global Assessment of Functionality

RF – Reflective Function

RESUMO

TÍTULO: Associação entre a Função Reflexiva e a Funcionalidade Global em Pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline

OBJETIVO: Avaliar a associação entre a função reflexiva e a funcionalidade global em pacientes diagnosticadas com Transtorno de Personalidade Borderline no momento da admissão na Internação Psiquiátrica, bem como sua relação com sintomas e mecanismos de defesas utilizados.

DELINEAMENTO: Estudo transversal.

LOCAL DA PESQUISA: Enfermaria de pacientes do sexo feminino do Hospital Psiquiátrico São Pedro em Porto Alegre.

PARTICIPANTES: Trinta e nove pacientes do sexo feminino que foram encaminhadas pelo Serviço de Avaliação e Triagem do Hospital Psiquiátrico São Pedro para a internação psiquiátrica que preencheram critérios positivos segundo o Structured Clinician Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II) para o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline e que aceitaram participar da pesquisa.

MÉTODOS: Aplicação, no momento da admissão hospitalar, das versões adaptadas e validadas para o Português brasileiro usando os seguintes instrumentos: escala SCID-II, para avaliação de traços e funcionamento da personalidade; Reflective Function Questionnaire (RFQ), para avaliação da função reflexiva; Escala de Avaliação Global do Funcionamento (GAF), que avalia funcionalidade; Symptoms Report Questionnaire 20 (SRQ-20), para avaliação de sintomas e Defense Style Questionnaire (DSQ40), para avaliar estilos e mecanismos de defesa.

RESULTADOS: A idade da amostra variou de 19 a 57 anos ($M= 30,03$; $DP=8,7$), a média de anos de estudo foi de 8,97 anos ($DP= 2,85$). Na amostra pesquisada, 53,8% eram mulheres solteiras, 35,9% casadas, 7,7% divorciadas e 2,6% viúvas. Na baixa hospitalar, a GAF média foi 43,59 ($DP=7$) e o SRQ 7,67 ($DP= 3,9$). A média dos estilos defensivos foi: maduro 5,4 ($DP=1,88$), imaturo 5,04 ($DP=1,49$) e neurótico 5,13 ($DP=1,52$). Houve associação inversa entre a funcionalidade (GAF) e o nível de incerteza da mentalização ($-0,458$; $p<0,01$) e entre funcionalidade e uso de defesas neuróticas ($-0,335$; $p <0,05$). A gravidade dos sintomas (SRQ-20) teve associação com o uso de defesas imaturas ($-0,445$; $p<0,01$). A associação entre funcionalidade e nível de incerteza da mentalização permaneceu significativa, mesmo controlando para sintomas e estilo defensivo ($p=0,002$). **CONCLUSÃO:** Um menor nível de

incerteza (maior capacidade de mentalização) quanto a estados internos está associado à melhor funcionalidade nesses pacientes, mesmo quando controlando para sintomas, estilo defensivo e gravidade clínica. Sendo assim, a função reflexiva parece ter um papel central no prejuízo causado pelo transtorno de personalidade borderline. Tal achado aponta essa dimensão do funcionamento da mente como uma potencial área para a elaboração e implementação de intervenções que promovam melhor adaptação dessas pacientes em diferentes áreas de sua vida, inclusive na adesão ao tratamento.

PALAVRAS CHAVE: Transtorno de Personalidade Borderline, funcionalidade, função reflexiva, mecanismos de defesa, mentalização.

ABSTRACT

TITLE: Association between Reflective Function and Global Functionality in Patients with Borderline Personality Disorder

OBJECTIVE: To evaluate the association between reflective function and global functionality in patients diagnosed with Borderline Personality Disorder at the time of admission of a Psychiatric Inpatient Unit, as well as association of these factors with symptoms and defensive style..

DESIGN: Cross-sectional study.

RESEARCH LOCATION: Female Patients Unit of the São Pedro Psychiatric Hospital in Porto Alegre.

PARTICIPANTS: Thirty-nine female patients who were referred by the Evaluation and Screening Service of the São Pedro Psychiatric Hospital for psychiatric hospitalization that met positive criteria according to the Structured Clinician Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II) for the diagnosis of Borderline Personality Disorder and who agreed to participate in the research.

METHODS: At the time of hospital admission, patients were evaluated by means of adapted and validated Brazilian Portuguese versions using the following instruments: SCID-II scale - to evaluate traits and personality functioning; Reflective Function Questionnaire (RFQ), for evaluation of reflective function; Global Assessment of Functioning (GAF), which evaluates functionality; Symptoms Report Questionnaire 20 (SRQ-20), for symptom assessment and Defense Style Questionnaire (DSQ40), to evaluate defensive styles and defense mechanisms.

RESULTS: The age of the sample ranged from 19 to 57 years ($M = 30.03$; $SD = 8.7$), the mean number of years of study was 8.97 years ($SD = 2.85$). In the sample, we found 53.8% were single women, 35.9% were married, 7.7% were divorced and 2.6% were widows. At the admission, mean GAF was 43.59 ($SD = 7$) and SRQ 7.67 ($SD = 3.9$). The mean of the defensive styles were: mature 5.4 ($SD = 1.88$), immature 5.04 ($SD = 1.49$) and neurotic 5.13 ($SD = 1.52$). There was an inverse association between the functionality (GAF) and the level of uncertainty of mentalization (-0.458 ; $p < 0.01$) and between functionality and use of neurotic defenses (-0.335 ; $p < 0.05$). The severity of symptoms (SRQ-20) was associated with the use of immature defenses (-0.445 ; $p < 0,01$). The association between functionality and level of uncertainty of mentalization remained significant, even controlling for symptoms and defensive style ($p=0,002$)

CONCLUSION: A lower level of uncertainty (greater ability to mentalize) as to internal and external states was associated with better functionality in these patients, even when controlling for symptoms, defensive style and clinical severity. Thus, reflexive function seems to play a central role in the prejudice caused by borderline personality disorder. This finding points to this dimension as a potential area for the elaboration and implementation of interventions, promoting a better adaptation of these patients in different areas of their lives, including adherence to treatment.

Key words: Borderline personality disorder, functionality, reflective function, defense mechanisms, mentalization.

MOTIVAÇÃO PARA A PESQUISA

Durante o período em que realizei participação voluntária como supervisora colaboradora da Residência Médica em Psiquiatria do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), no Ambulatório de Transtornos de Personalidade Borderline do HPSP, por cerca de dois anos, pude perceber o quanto as pacientes apresentavam uma história crônica de maus tratos desde a infância e que tal dinâmica persistia nos relacionamentos que conseguiam estabelecer. Infelizmente tal dinâmica repetia-se, inclusive, nos serviços de saúde interferindo marcadamente na relação com os profissionais de saúde e no tratamento, sendo as internações psiquiátricas uma constante. Outro fator que teria me motivado a estudar a funcionalidade e sua associação com a função reflexiva seria também o fato de que uma das características marcantes das internações psiquiátricas das pacientes portadoras de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), seria as curtas durações das internações psiquiátricas, e, por conseguinte, sua ineficácia por muitas resultarem em “alta a pedido” por familiares em menos de 24 ou 48 horas de internação.

Ao ter uma experiência curta como colaboradora de um serviço de internação psiquiátrica junto ao Hospital Porto Alegre de agosto a novembro/2016, pude presenciar na prática o quanto era difícil o acesso ao mundo interno dessas pacientes e a dificuldade em se realizar um contrato eficiente com elas durante sua admissão para que aproveitassem o período da internação psiquiátrica como forma de melhorarem suas capacidades de estabelecer relacionamentos mais estáveis e sem violência contra si próprias e contra terceiros.

Atualmente, ao fazer parte de uma equipe multiprofissional de atenção especializada e dedicada à saúde mental na infância e na adolescência, vejo no cotidiano, o quanto pacientes portadoras de Transtornos de Personalidade Borderline são mais vítimas de violência doméstica, apresentando alto risco de feminicídio e, conseqüentemente, resultando em prejuízos graves na criação de seus filhos e atingindo todos os membros de suas famílias. Frequentemente com uma história pessoal de abuso e negligência em sua própria infância, essas pacientes apresentam muita dificuldade em interpretar seus sentimentos e os dos outros, bem como em regular o afeto, resultando nos mais variados graus de impulsividade, instabilidade e disfunção. Pacientes portadoras de TPB tendem a apresentar muita dificuldade em lidar com seus filhos, apresentando uma maternagem deficiente. Essas pacientes, devido a suas deficiências, acabam sendo geradoras de violências desde cedo (Marcoux AA, Bernier

A, Séguin JR, Boike Armerding J, Lyons-Ruth K. How do mothers with borderline personality disorder mentalize when interacting with their infants? *Personal Ment Health*. 2017 Feb;11(1):14-22. doi: 10.1002/pmh.1362. Epub 2016 Nov 16. PubMed PMID: 27860436.)

Dessa forma, entendi que ao me permitir estudar mais e melhor a sua capacidade – ou a ausência dela - de perceber corretamente seus sentimentos e dos outros, regular afeto e estabelecer relações, ou seja, a sua função reflexiva ou mentalização, poderia contribuir para o desenvolvimento de intervenções direcionadas a essas funções. O momento da indicação da internação é um momento em que essas dificuldades poderiam estar mais evidentes e mais passíveis de serem acessadas. Além do interesse nas pacientes com TPB em geral, me motiva em particular a possibilidade de, a partir do conhecimento advindo dessa dissertação de mestrado, estabelecer conexões mais efetivas com mães portadoras do TPB e, dessa forma, diminuir o impacto no relacionamento com seus filhos no cotidiano, e, por tanto, na transmissão transgeracional desses sintomas e padrões de relacionamento.

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Associação entre a Função Reflexiva e a Funcionalidade Global em Pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

- Introdução, Objetivos e Aspectos éticos;
- Artigo;
- Conclusões e Considerações Finais.

2. INTRODUÇÃO

De acordo com a definição do DSM-5 (1), os Transtornos da Personalidade (TP) podem ser divididos em três conjuntos distintos, a saber: o denominado Grupo A, que engloba os transtornos da personalidade Paranoide, Esquizoide e Esquizotípica; o chamado Grupo B, que concentra os transtornos da personalidade Antissocial, Borderline, Narcisista e Histriônica; e, por fim, o Grupo C, que compreende os transtornos da personalidade Esquiva, Dependente e Obsessivo-compulsiva. A prevalência dos TPs foi abordada por poucos estudos com uma metodologia adequada, capaz de representar a população nos dados da amostra. De um modo geral, tais estudos apontaram para uma prevalência de TPs na população próxima a 10%. (2,3).

De todos os transtornos descritos acima, o que apresenta maior probabilidade de internação psiquiátrica ao longo de seu curso é o *Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)*; ou personalidade emocionalmente instável, na Classificação Internacional de Doenças, CID-10 (4). O TPB que tem como características marcantes “esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado; padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização; perturbação da identidade com instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo; impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p.ex. gastos, sexo, abuso de substâncias, direção irresponsável, compulsão alimentar); recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante; instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p.ex. disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias); sentimentos crônicos de vazio; raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p.ex. mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes) e ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos”. Diante de todo esse cenário, e, principalmente, diante dos riscos que essas pacientes podem apresentar em sua evolução, a internação psiquiátrica torna-se indicada como alternativa viável de tratamento em momentos de pior gravidade clínica (4). Conforme a descrição do PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual), cujo propósito é completar o DSM (Diagnosis Statistical Manual) e o ICD (International Classification of Diseases). Além de oferecer apenas uma classificação diagnóstica, o manual também constitui um guia compreensivo a fim de explicar a avaliação psicodinâmica de um indivíduo, tendo

este ou não um transtorno mental. Dentro do capítulo dos transtornos mentais dos adultos, existem três eixos: o eixo P, que define os padrões de personalidade e transtornos de personalidade, o eixo M, que define o papel do funcionamento mental, e o eixo S, que manifesta sintomas e experiência subjetiva. O eixo P do PDM, primariamente, divide uma organização da personalidade em quatro níveis incluindo saudável, neurótico, alto ou baixo nível borderline, explicando cada contexto de funcionalidade. O termo “borderline” usado no PDM não indica um transtorno de personalidade específico como o faz no DSM. Uma vez determinado o nível de organização, vem em seguida a avaliação do transtorno de personalidade. Para adquirir isso, os primeiros parágrafos introduzindo os fatores preditivos psicodinâmicos foram dados, e então cada especificidade do transtorno de personalidade foi definida dentro de seis dos seguintes domínios: 1) Padrões coexistentes de desenvolvimento estrutural; 2) Ansiedade/estresse básico; 3) Afetos básicos; 4) Crenças patogênicas sobre si próprio; 5) Crenças patogênicas típicas sobre outros; 6) Mecanismos de defesa básicos. Dessa forma, cada transtorno é caracterizado por sua tensão principal, crenças patológicas distintas e defesas básicas. (Kotan VO, Kotan Z, Bilgili GÖ. Diagnostic Classification Systems Based on Psychoanalytical Principles. *Noro Psikiyatir Ars.* 2018 Mar 19;55(1):91-97. doi: 10.29399/npa.19505. eCollection 2018 Mar. Review. PubMed PMID: 30042648; PubMed Central PMCID: PMC6045811).

Por outro lado, a perspectiva psicanalítica clássica adota modelo dimensional que compreende os TPs a partir de critérios dinâmicos e estruturais da personalidade. Desse modo, segundo Kernberg, o diagnóstico estrutural da organização de personalidade compreende três níveis: o normal, o neurótico e o borderline. O nível de organização da personalidade borderline caracteriza-se pela rigidez e por distúrbios da identidade, da organização das defesas e do teste da realidade. É importante que a descrição da estrutura borderline de personalidade não seja equiparada com o diagnóstico de TPB. No entanto, quase em sua totalidade, as pacientes com TPB também possuem uma estrutura de personalidade borderline (5).

Na clínica, pacientes com organização da personalidade borderline apresentam altas taxas de abandono de tratamento, vinculados aos prejuízos importantes na capacidade de auto-reflexão e tendência para pensamento concreto, e às dificuldades para estabelecer e principalmente manter o vínculo e a aliança terapêutica. Frequentemente, existe a possibilidade de comprometimento transitório do teste de realidade, principalmente num contexto de maior demanda e intensidade afetiva (6).

Outro aspecto que vale a pena ser mencionado é que a capacidade de “ler” os estados internos dos outros normalmente se encontra bastante comprometida nestes pacientes, havendo uma tendência para atuações marcadas por impulsividade (*acting-outs*). Em nível de defesas, caracterizam-se predominantemente pela distorção de imagem, baseadas na dissociação, com aspectos da experiência consciente dissociados para evitar o conflito, tendo como predominância as defesas de cisão, idealização primitiva, desvalorização, controle onipotente e negação primitiva (5).

Trauma infantil e Alterações Neurobiológicas

Experiências de abuso e de negligência estão fortemente associadas a padrões de apego problemáticos. Conforme a Teoria do Apego existem quatro categorias de vínculos criança-cuidador: 1) seguro/autônomo; 2) inseguro/rejeitador; 3) preocupado e 4) não resolvido/desorganizado. Segundo Fonagy e cols (7), fortemente associada a esses padrões de apego, está nossa capacidade intrínseca de mentalização. Muitos pacientes borderline apresentam uma grande dificuldade em apreciar e reconhecer que estados percebidos de si próprios e de outros são falíveis e subjetivos, além de serem representações da realidade que refletem apenas uma de inúmeras perspectivas possíveis. A mentalização genuína corresponde ao padrão de memória procedural implícita, criada num contexto de apego seguro com um cuidador que atribui estados mentais corretamente à criança, trata a criança como alguém com domínio das próprias ações e ajuda a criança a criar modelos internos que funcionem (8). Alguns estudos sugerem que a personalidade borderline é formada a partir de uma alteração no desenvolvimento de estruturas cerebrais, decorrente de um apego traumático durante a interação entre a criança e o cuidador, interpretado como ameaça à vida, levando a uma disfunção da capacidade de controlar impulsos e emoções, segundo preconizam estudos de alteração neurobiológica e trauma (8,9).

A teoria da mentalização, amplamente baseada na teoria do apego, foi desenvolvida, a partir de uma tentativa de integração do conhecimento psicanalítico, com a psicologia do desenvolvimento e os avanços da neurociência, tendo seus fundamentos ligados ao desenvolvimento científico nessas áreas ao longo das últimas décadas. Dentro dessa perspectiva, o entendimento dos transtornos de personalidade e das dificuldades interpessoais e individuais tem consonância com o permanente impacto do ambiente nas estruturas cerebrais que, por sua vez, vão determinar como o indivíduo impacta/ altera o ambiente. (10).

Pacientes portadores de TPB apresentaram maior nível de abuso e negligência na infância quando comparados a um grupo de portadores de transtorno depressivo, e nível ainda maior de estresse precoce quando comparados a um grupo controle de indivíduos saudáveis, reforçando a hipótese de uma associação específica entre maus tratos na infância e deficiência da regulação emocional (10).

Mancke e cols. (11) propuseram um modelo multidimensional de agressividade em TPB sob a perspectiva de dimensões biocomportamentais de desregulação afetiva, impulsividade, hipersensibilidade à ameaça e funcionamento empático. Foram identificados no estudo as seguintes alterações: a) desregulação afetiva associada com desequilíbrio límbico-pré-frontal; b) impulsividade também associada com desequilíbrio límbico pré-frontal, disfunção central serotoninérgica, atividade de ondas lentas eletroencefalográfica; c) hipersensibilidade à ameaça associada com percepção marcada de raiva em expressões faciais ambíguas; d) reduzida empatia cognitiva associada com reduzida atividade no giro superior temporal e achados preliminares de baixa liberação de ocitocina e aumentada atividade de vasopressina e e) reduzida diferenciação de si e dos outros associada com maior simulação emocional e hiperativação do córtex somatosensorial.

Estes pacientes costumam apresentar anormalidades no tamanho de regiões cerebrais, como hipocampo, amígdalas, córtex órbito-mediais esquerdos e cingulados anteriores direitos menores. O padrão de ativação cerebral também é alterado, quando estão expostos a situações interpretadas como abandono. Neste caso, ocorre uma hiperativação da amígdala, córtex órbito-frontal, lobos occipital e temporal, e giro fusiforme, colocando o cérebro em alerta para perigo e para ameaça à vida, diminuindo a sua inibição, teste da realidade e controle emocional. Quanto aos níveis neuroquímicos, ocorre uma baixa síntese e regulação de serotonina no córtex frontal, assim como instabilidade de noradrenalina, dopamina e neurotransmissores gabaérgicos, implicando, dessa forma em aumento da impulsividade, de transtornos depressivos, de instabilidade afetiva e comportamental, de dificuldade de ser consolado e de reduzida inibição emocional. (8).

Tem sido demonstrado que abuso e negligência emocional durante a infância atuam através de mecanismos epigenéticos, como, por exemplo, através do receptor de glicocorticóide (NR3C1), conforme o que se demonstrou em tecidos cerebrais de vítimas de suicídio pós-morte e em leucócitos de sangue periféricos de pacientes com transtorno de humor bipolar, TPB e depressão maior. Existe ainda associação entre trauma/ exposição precoce a eventos traumáticos com efeitos epigenéticos pré-concepção e nos períodos pré e

pós-natal, levando a uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de doenças psiquiátricas (9). Indivíduos traumatizados durante a infância, e até mesmo aqueles submetidos ao estresse intra-uterino, apresentaram redução de telomerase e encurtamento do tamanho do telômero. Tais alterações estruturais podem estar relacionadas à ocorrência de replicação celular ocasionada por fatores inflamatórios, estresse oxidativo, radiação e toxinas (12).

Mecanismos de defesa

Mecanismos de defesa se referem a processos regulatórios internos inatos que permitem os indivíduos a reduzir a dissonância cognitiva e minimizar mudanças repentinas no ambiente interno e externo por alteração de como esses eventos são percebidos. Podem alterar nossa percepção de quaisquer ou todos os seguintes: sujeito (self), objeto (outro), idéias ou sentimentos. Existem evidências crescentes de que a escolha do estilo do mecanismo de defesa faz uma maior contribuição para diferenças individuais em respostas a ambientes estressores. (13).

Diferentes níveis de patologias da personalidade estão associados a diferentes operações defensivas dominantes, e as defesas operam de forma diversa em indivíduos com identidade consolidada daquelas cuja identidade não está consolidada. Na extremidade mais saudável do espectro, as defesas são flexíveis e adaptativas e envolvem pouca ou nenhuma distorção da realidade interna e externa. Na extremidade mais patológica do espectro, as defesas são altamente inflexíveis e mal-adaptativas, envolvendo graus crescentes de distorção da realidade (13). Por meio do espectro de patologia da personalidade, as operações defensivas protegem o indivíduo de ansiedade e dor associada à expressão de relações objetais conflitantes, mas ao mesmo tempo introduzem rigidez mal-adaptativa e patologia estrutural subjacente no funcionamento da personalidade.

Kernberg (14) apresenta uma abordagem à classificação das defesas que as divide em três grupos: 1. defesas maduras; 2. defesas baseadas em repressão ou neuróticas e 3. Defesas baseadas em cisão ou de nível mais baixo ou primitivas. As defesas baseadas em cisão, também caracterizadas como defesas primitivas, ou de nível mais baixo, incluem cisão, idealização primitiva, desvalorização, identificação projetiva, controle onipotente e negação primitiva. Kernberg (15) sugere que as defesas baseadas em cisão estão intimamente ligadas à patologia da identidade e que a cisão é característico de pacientes com transtornos de

personalidade graves. Em pacientes organizados num nível borderline, a cisão em geral envolve separação de setores da experiência associados a afetos positivos junto a representações idealizadas do self e dos outros, por um lado, de setores associados com afetos negativos e relações objetais desvalorizadas ou persecutórias, por outro.

Defesas maduras são o estilo predominante na personalidade normal e estão associadas a um funcionamento flexível e adaptativo. Não barram da consciência qualquer aspecto de um conflito, nem mantêm uma distância entre os aspectos da vida emocional que estão em conflito. Essas defesas permitem que todos os aspectos de uma situação provocadora de ansiedade entrem na consciência subjetiva, com pouca ou nenhuma distorção, mas de um modo que minimiza o sofrimento psicológico enquanto otimiza o enfrentamento (13, 16).

Defesas neuróticas ou baseadas em repressão, evitam o sofrimento pela repressão, ou pelo banimento à consciência, de aspectos da experiência psicológica do indivíduo que são conflituosos ou uma fonte potencial de desconforto emocional. Indivíduos com tal tipo de organização de defesas apoiam-se sobretudo numa combinação de defesas baseadas em repressão e defesas maduras (17, 18).

Num contexto de tratamento, o nível de organização da personalidade e de como suas defesas estão arranjadas apresenta estreita influência com seu prognóstico. Diante desse entendimento, a patologia da personalidade na variação borderline tem um prognóstico mais variável, em que se saem melhor se submetidos a tratamentos que priorizam a estrutura e os limites. Uma atenção especial também tem de ser dada ao papel da cisão nas dificuldades com o paciente e sobretudo ao manejo cuidadoso do relacionamento entre terapeuta e paciente em que pode ser priorizado sobremaneira o aumento da capacidade de mentalização, desenvolvendo nos pacientes níveis de certeza cada vez maiores, a fim de se evitar crescentes taxas de abandono e melhorando assim progressivamente a capacidade para a autorreflexão. Por conseguinte, se reduz a tendência de se apresentar um pensamento concreto, não havendo assim, possibilidade de comprometimento transitório do teste de realidade e uma tendência a atuação (*acting out*) destrutiva e autodestrutiva (18).

A teoria da mentalização, descrita a seguir, refere-se à capacidade de nomear e de dar sentido às experiências pessoais e as dos outros. Sendo assim, pode-se pensar em uma associação da capacidade de mentalizar com a maturidade das defesas e com o nível de organização de personalidade. A investigação da interação entre esses constructos pode contribuir não apenas para o entendimento da patologia de personalidade, como para o

desenvolvimento e otimização de intervenções voltadas para o tratamento dos diferentes transtornos em diferentes cenários.

Teoria da Mentalização

A mentalização ou função reflexiva trata da capacidade de entender e interpretar – implícita ou explicitamente – o comportamento de si próprio ou do outro(s) como uma expressão de estados mentais, tais como sentimentos, pensamentos, fantasias, desejos e crenças. (7). É conceitualmente, correlacionada à apreciação de estados mentais, não apenas em relação aos outros, mas igualmente em relação a si próprio, o que a distingue do conceito de empatia. (19, 20).

A mentalização é o processo através do qual o indivíduo dá sentido, implícita e explicitamente, para comportamentos e estados mentais dos outros e de si mesmo. Dessa forma, os estados subjetivos e as relações interpessoais passam a ter sentido de uma forma dinâmica e flexível, de acordo com o nível de maturidade dos mecanismos de defesa utilizados. Sem mentalização, um senso coerente e estável de self/identidade não é possível, bem como interações sociais construtivas, relacionamentos cooperativos e percepção de segurança pessoal (21).

A mentalização ocorre e é realizada de forma implícita e automática quase todo o tempo, mas, sob estresse, essa capacidade pode se tornar bastante prejudicada. Quando ocorrem falhas, podem-se confundir os próprios sentimentos com os sentimentos dos outros, e, nesse caso, em vez de pensar que as outras pessoas estão agindo por causa de seus próprios sentimentos, o sujeito começa a atribuir os próprios sentimentos como sendo de outras pessoas. É importante ressaltar que falhas importantes na mentalização costumam ter um impacto no ambiente interpessoal causando falhas na capacidade de mentalizar daqueles que estão presentes. Isso é especialmente verdadeiro no atendimento de pacientes com múltiplos diagnósticos, como pode ocorrer em unidades de internação psiquiátrica e em equipes multidisciplinares que atendem pacientes graves (22, 23).

A mentalização não é uma habilidade, muito menos uma capacidade constitucionalmente garantida. Dessa forma, muitos fatores estão envolvidos na aquisição da capacidade de mentalizar ao longo do desenvolvimento, e falhas nesses processos em maior ou menor grau estão frequentemente presentes. Acredita-se que as principais etapas na aquisição da capacidade de mentalizar ocorrem nos primeiros anos de vida e dependem muito

da presença de relações de apego suficientemente boas, que permitem que o bebê/criança desenvolva representações secundárias de sua experiência subjetiva através do espelhamento adequado dessa experiência na resposta emocional do cuidador (22-25).

O desenvolvimento da capacidade de mentalizar ocorre no contexto de uma relação de apego segura e está diretamente ligada a capacidade do cuidador de dar significado aos estados mentais do bebê/criança e comunicar essa compreensão de volta para o bebê/criança através do espelhamento contingente marcado. Em outras palavras, o entendimento dos outros e de si mesmo depende essencialmente de, quando bebês, ter os próprios estados mentais entendidos de modo adequado por adultos carinhosos, atentos, não ameaçadores (7, 23).

Além da teoria do desenvolvimento da realidade psíquica (26), uma das teorias mais importantes que embasa a teoria da mentalização é a teoria do *biofeedback* social (27). A teoria do biofeedback social foca na interação inicial entre o cuidador e o bebê e na forma como essa interação constitui os aspectos de regulação do afeto nessa etapa. Propõe um sistema biológico complexo no qual o bebê comunica instintivamente mudanças dinâmicas no afeto pelo seu comportamento e a mãe/cuidador responde espelhando o estado afetivo do bebê de forma marcada. É essencial que o espelhamento afetivo seja marcado, pois isso comunica ao bebê que a reação da mãe/cuidador não é o estado afetivo dela(e) mesma(o). Esse sistema biossocial contribui para a regulação constante dos estados afetivos do bebê. Através da internalização da representação realizada pelo cuidador dos seus estados afetivos primários como representações secundárias, o bebê incorpora essas representações como representações do seu self. (20, 23, 27).

Além da *marcação*, é fundamental que o afeto espelhado pelo cuidador corresponda ao estado emocional do bebê, o que é chamado de *contingência*. Através do processo de espelhamento do afeto, o bebê passa a perceber o “controle” que tem sobre a expressão afetiva espelhada dos pais, resultando em uma estabilização/melhora do seu estado emocional, que eventualmente leva a percepção do self como *agente*. A representação secundária dos estados afetivos são a base para a capacidade de regular afetos e controlar impulsos. Inicialmente os estados internos são equiparados aos estados externos (equivalência psíquica), o que pode ser muito aterrorizante devido a projeção das fantasias internas no mundo externo. Através da experiência repetida de regulação afetiva pelo espelhamento *contingente* e *marcado*, a criança eventualmente aprende que os estados internos não necessariamente “transbordam” para o mundo exterior. (7, 23).

Quando o afeto é apropriadamente marcado mas sem contingência, há uma

predisposição para o desenvolvimento de características narcisistas e estados de vazio. A emoção original do bebê não é corretamente percebida pelo cuidador, e o bebê vai utilizar uma representação secundária que não corresponde ao afeto original para significá-lo. Como consequência, a representação do *self* não vai estar diretamente ligada ao estado emocional subjacente verdadeiro. O indivíduo pode passar a impressão de realidade, inclusive com um bom funcionamento e desempenho social, mas como o estado afetivo não foi adequadamente reconhecido pelo cuidador nas etapas iniciais do desenvolvimento, o *self* vai ser sentido como vazio, como consequência das representações secundárias de afeto não possuírem conexão com o *self* constitucional (7, 23).

Uma segunda possibilidade é quando o afeto é contingente mas não é adequadamente marcado, sobrecarregando o bebê, pois ele sente que seu afeto é/torna-se o afeto do cuidador, gerando uma sensação de que seu estado interno é universal, contagioso, e, portanto, perigoso. Em um primeiro momento, a percepção de que seu estado afetivo negativo é espelhado de volta de forma realista ou mesmo aumentada leva a um aumento da desregulação do afeto, em oposição ao que ocorre no desenvolvimento normal, levando a traumatização ao invés da continência. Essa experiência pode ser equiparada à identificação projetiva, defesa preponderante nos pacientes com estrutura de personalidade *borderline*. Se a interação com o cuidador se apresenta repetidamente dentro desse modelo, acaba por estabelecer a identificação projetiva como defesa principal, sendo base para os transtornos de personalidade *borderline* (23).

Mentalização nos pacientes portadores de TPB & Alien Self – Incapacidade de regular afeto

Presume-se que uma criança que não tenha a oportunidade de desenvolver uma representação de sua própria experiência por meio de espelhamento internalizará em vez disso a imagem no cuidador como sua própria representação de *self*. Essa descontinuidade do *self* foi chamada de parte alienada do *self* (*alien self*). Seguindo a concepção de Winnicott, “ao não se encontrar na mente do cuidador, o bebê encontra o próprio cuidador”. O bebê é forçado a internalizar a representação do estado mental do objeto (cuidador) como parte dele mesmo. Mas nesse caso, o “outro internalizado” permanece alienado e desconectado das estruturas que constituem o *self*. Inicialmente, a forma de lidar com o *alien self* é externalizando, através de uma necessidade constante do uso maciço da identificação projetiva para experienciar o

alien self como do lado de fora, gerando uma “estabilização” temporária do self. Esse mecanismo mantém a desorganização das relações de apego gerando um looping (7, 23, 28).

O aspecto mais disruptivo da psicopatologia *borderline* é a tendência aparentemente incontrolável de criar nos outros a experiência inaceitável por meio da externalização do abusador que foi internalizada pelo indivíduo traumatizado como parte alienada do *self*. Isso pode criar um *self* alienado aterrorizado nos outros – no terapeuta, em um amigo, nos pais – que se torna o veículo para o que é emocionalmente insuportável. Um pseudoapego adesivo, aditivo ao indivíduo que se torna recipiente da projeção, pode se desenvolver porque a alternativa a essa identificação projetiva é atacar ou destruir o próprio *self* por automutilação e suicídio (28).

A fenomenologia do TPB é a consequência da inibição da mentalização – que pode ocorrer mesmo sem a experiência de trauma evidente – e o ressurgimento de modos de experimentar a realidade interna que antecedem o desenvolvimento da mentalização. Além disso, há uma tendência constante a reexternalizar o self alienado autodestrutivo pela identificação projetiva. Indivíduos com TPB são mentalizadores “normais”, embora às vezes com um nível basal mais baixo que os outros, exceto no contexto dos relacionamentos de apego; nesses relacionamentos, eles tendem a interpretar mal as mentes, tanto as suas próprias como a dos outros, quando emocionalmente excitados. À medida que um relacionamento com outra pessoa passa para a esfera do apego, a capacidade do paciente portador de TPB de pensar sobre o estado mental dos outros pode logo desaparecer. Quando isso acontece, modos pré-mentalísticos de organizar a subjetividade aparecem, com o poder de desorganizar esses relacionamentos e destruir a coerência da experiência do self que a mentalização normal mantém por meio da narrativa. No modo de *equivalência psíquica* (em geral descrito como concretude do pensamento), no qual perspectivas alternativas não podem ser consideradas, não há experiência de “como se” e tudo parece ser “a sério”. Isso pode acrescentar drama, bem como risco, à experiência interpessoal, e a reação exagerada dos pacientes a eventos aparentemente pequenos é justificada pela seriedade com que eles experimentam de repente seus próprios pensamentos e sentimentos seus e os dos outros. No modo *faz de conta*, ao contrário, as crianças podem separar realidade interna de externa e pensamentos e sentimentos podem vir a ser quase dissociados ao ponto de quase-insignificância. Isso é possível apenas se os dois são mantidos de forma bem distinta um do outro, como num jogo. O *modo teleológico* se refere a uma experiência de mundo em que os estados mentais não são representados e conseqüentemente devem ser expressados em forma de ação. No

desenvolvimento normal esses modos de pensar são integrados à capacidade de mentalizar nos quais a criança começa a entender pensamentos e sentimentos como representações mentais expressadas através de um comportamento. Embora a habilidade de desenvolver a capacidade para mentalizar seja inata, a capacidade de mentalizar é uma aquisição do desenvolvimento. Desenvolvimentos patológicos interferem na integração desses diferentes modos de pensar, resultando numa inibição da capacidade de mentalização (20). Nesses estados, os indivíduos podem discutir experiências sem contextualizá-las em qualquer tipo de realidade física ou material. A tentativa de psicoterapia com pacientes que estão nesse modo pode levar o terapeuta a discussões prolongadas, mas inconsequentes, da experiência interna que não tem ligação com a experiência genuína (25).

O Paciente com TPB e o Sistema de Saúde

Os pacientes portadores de Transtornos de Personalidade não costumam ser diagnosticados de forma adequada e de forma a evitar prejuízos e passam décadas perambulando de um lado para outro em serviços de saúde mental, recebendo designações por vezes pejorativas pelas equipes que as assistem, seja num contexto de atenção primária, seja num de atenção secundária ou terciária, sendo rotulados de pacientes “difíceis”, “intratáveis”, “não colaborativos”, etc. O que nos faz pensar que tais atributos possam ser fruto de intensos sentimentos contratransferenciais despertados em profissionais que, apesar de desejosos de proporcionar a melhor abordagem para esses pacientes, não foram treinados para a identificação e manejo desses casos. O cenário tende a ser ainda mais desafiador quando os profissionais têm de indicar internação psiquiátrica, com vistas a conter os riscos (29, 30).

No rol de pacientes difíceis, “intratáveis”, encontramos os pacientes *borderline*, que em geral utilizam de forma recorrente os atendimentos de emergência psiquiátrica e de outras clínicas médicas, em virtude de explosões agressivas, tentativas de suicídio, comportamentos autodestrutivos, queixas somáticas. Por vezes, tornam-se casos policiais, com boletins de ocorrência, detenções, devido a atitudes sociopáticas. Outras vezes, são encaminhados para atendimentos psiquiátricos e/ou psicológicos, tornando-se usuários das redes de saúde pública, tendendo a estabelecer uma relação negativa com esses serviços e profissionais, marcada pela hostilidade e pelo abandono do tratamento, sendo considerados por muitos como “sem jeito” e sem indicação de tratamento(30-32).

O TPB está associado com um elevado gasto socioeconômico. Embora exista um número disponível de tratamentos baseados em evidências, eles não estão amplamente disseminados. Além disso, pesquisas acerca de sua eficácia e custo-efetividade são essenciais, com o objetivo de propiciar um uso mais eficiente de recursos.

Conforme uma extensa metanálise realizada pela Cochrane em 2012, há indicações de efeitos benéficos tanto para intervenções psicoterápicas compreensivas bem como para intervenções psicoterápicas não-compreensivas para TPB associada à psicopatologia geral. Dentre os diversos métodos, a Terapia Dialética Comportamental tem sido mais intensamente estudada, seguida pela Terapia Baseada na Mentalização, pela Terapia Focada na Transferência, Terapia baseada em Esquemas e no Sistema de Treinamento para resolução de problemas e previsibilidade emocional para TPB. Os achados apoiam um papel substancial para psicoterapia nos tratamentos de pessoas com TPB, mas claramente indica a necessidade para estudos que possam replicar tais achados. (33).

Como exemplo de estudo de custo-efetividade no tratamento de pacientes portadores de TPB, um estudo holandês em que o foco foi na eficácia e no custo-efetividade da Terapia Baseada na Mentalização (TBM), a TBM foi aplicada tanto num ambiente de hospital-dia (TBM-HD) quanto num ambiente ambulatorial intensivo (TBM-PAI). A TBM-HD consistiu de um programa de hospitalização altamente estruturado com um máximo de duração de 18 meses, cobrindo 5 dias por semana com os seguintes componentes: psicoterapia de grupo diariamente, sessões individuais semanais de psicoterapia, planejamento individual em indicação de crises (média: semanalmente por três meses e depois com redução da frequência), arteterapia duas vezes por semana, terapia cognitiva de grupo de mentalização e escrita terapêutica. Cada semana de programa era finalizada com uma hora de encontro social e comunitário. Pacientes no programa da TBM-HD podiam também consultar um psiquiatra e requerer medicação prescrita seguindo os protocolos da Associação Americana de Psiquiatria. A Terapia Baseada na Mentalização para Pacientes Ambulatoriais Intensivos (TBM-PAI) consistiu em grupoterapia duas vezes por semana, sessões semanais de psicoterapia individual e manejo de indicação de crise (média: semanalmente por três meses e com redução de frequência). Os pacientes também podiam consultar um psiquiatra e requerer prescrição de medicação seguindo o protocolo da Associação Americana de Psiquiatria.

Tanto a TBM em hospital dia quanto TBM em acompanhamento intensivo ambulatorial demonstraram-se promissores no tratamento de pacientes com TPB. No entanto,

dados sugerem que TBM em hospital dia podem ser duas vezes mais custosa do que acompanhamento ambulatorial (34, 35).

3. JUSTIFICATIVA

O presente trabalho encontra suporte científico no fato do enorme impacto social que os pacientes diagnosticados como sendo portadores do TPB geram. Além de serem considerados costumeiramente como pacientes difíceis, “intratáveis”, em geral utilizam os atendimentos de emergência da psiquiatria e de outras clínicas médicas em virtude de explosões agressivas, tentativas de suicídio, comportamentos autodestrutivos, queixas somáticas (30). Além disso, não existe, no presente momento, nenhum protocolo ou diretriz desenvolvida para nossa população e/ou rede de atendimento em nosso meio, mesmo sendo esses pacientes usuários recorrentes do sistema de saúde, considerados difíceis de tratar e extremamente onerosos, não apenas para o sistema de saúde, como para a sociedade em geral.

Dessa forma, o presente estudo tem o objetivo de avaliar fatores potencialmente envolvidos na psicopatologia do TPB – função reflexiva e estilo defensivo – e sua associação com a funcionalidade das pacientes, fator diretamente relacionado ao prejuízo individual e social causado pelo TPB. O melhor entendimento desses fatores em pacientes do nosso meio, pode viabilizar o desenvolvimento de intervenções específicas para nosso sistema de saúde.

4. ASPECTOS ÉTICOS

O Projeto foi submetido à aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/UFRGS e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) como instituição coparticipante. (CAAE 2017-0236)

Todos os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa e foi garantido seu anonimato através do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Todas as normativas internacionais para pesquisas com seres humanos foram observadas. Os pacientes que aceitaram participar da pesquisa foram convidados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permitindo que os dados do seu atendimento sejam utilizados para fins científicos e de ensino. Foram ainda garantidos seus tratamentos, independentemente de aceitarem participar da pesquisa ou mediante desistência em qualquer momento. Suas identidades bem como a dos terapeutas foram mantidas sob sigilo. A análise dos dados foi realizada apenas após a coleta ter sido finalizada.

O preenchimento de escalas referentes a questões psicológicas pode trazer algum desconforto e agudização de alguns dos seus sintomas; porém, as pacientes foram acompanhadas pela equipe assistente durante a internação e levaram essas questões para tratamento, inclusive com a possibilidade de abordar aspectos que não seriam percebidos de outra forma.

Embora não existam benefícios diretos para as pacientes ao participar deste estudo, elas estarão contribuindo para uma melhor compreensão sobre fatores relacionados a suas dificuldades e aspectos semelhantes em outras pessoas, viabilizando o desenvolvimento de estratégias de tratamento direcionadas a melhora desses sintomas. Além disso, existe a possibilidade de algum fator abordado nessa pesquisa poder ser levado pela paciente a equipe assistente contribuindo para o tratamento.

5. OBJETIVO

5.1 Objetivo Geral

Avaliar a associação entre a capacidade de mentalização – função reflexiva – e a funcionalidade em pacientes borderline encaminhadas para internação no Hospital Psiquiátrico São Pedro, controlando para sintomas, estilo defensivo e gravidade clínica.

5.2 Objetivos específicos

5.2.1 Analisar o padrão de mentalização, através da Escala de Função Reflexiva (RFQ) aferida pelas pacientes na admissão.

Analisar o padrão de Mentalização e a Função Reflexiva aferida pelas pacientes e sua relação com:

5.2.1.2 Mecanismos de Defesa, medidos através da escala DSQ-40 (Defense Style Questionnaire);

5.2.1.3 Escala de Avaliação Global de Funcionamento (GAF);

5.2.1.4 Escala de Sintomas – SRQ-20.

6. MATERIAIS E MÉTODOS

6.1 Delineamento

Trata-se de uma pesquisa transversal.

6.2 Sujeitos

A amostra do presente estudo foi composta de trinta e nove pacientes do sexo feminino com diagnóstico de TPB, segundo visto pelo SCID-II. Os critérios de inclusão foram os seguintes: ser do sexo feminino, ter diagnóstico de TPB de acordo o SCID-II durante a baixa hospitalar. Os critérios de exclusão foram a) deficiência intelectual; b) risco de auto ou heteroagressão; c) presença de sintomas psicóticos.

Participaram do estudo trinta e nove pacientes admitidas para internação psiquiátrica pelo Serviço de Avaliação e Triagem – SAT do Hospital Psiquiátrico São Pedro. O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/UFRGS e do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Todos os sujeitos assinaram consentimento Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente à aplicação dos questionários (APÊNDICE A).

6.3 Instrumentos

O protocolo da pesquisa foi composto pelo preenchimento de um questionário sociodemográfico, cujas informações eram fornecidas pelas pacientes entrevistadas e pela análise dos prontuários dessas pacientes.

SCID-II – Structured Clinical Interview Diagnosis (Entrevista Clínico-Diagnóstica Estruturada) – ANEXO A (Apêndice B)

O SCID-II é uma entrevista clínica estruturada para transtornos do Eixo II. Os itens estão organizados por base em transtornos. Os itens individuais ou critérios estão pontuados como: “?”: que significa informação insuficiente; 1: ausente ou falso; 2: subclínico ou 3: limiar ou verdadeiro (36, 37). Todas as respostas positivas são seguidas de pedidos para se

exemplificar. Para cada transtorno do Eixo II, um número específico de itens tem recebido uma cotação subliminar a fim de derivar um provável ou definitivo diagnóstico. Escores dimensionais são calculados somando os resultados iguais de cada escala, que é adicionado a todos os critérios limiares e sublimiares de cada item individual para cada transtorno de personalidade separado. Os dados dos informantes foram registrados num questionário baseados nas perguntas do SCID-II sobre o estudo do paciente e são codificados como Sim ou Não. O questionário para realizar a contagem dos escores é preenchido depois, não sendo completados durante a entrevista (37,38).

Reflective Function Questionnaire – RFQ (Questionário de Função Reflexiva)

O Questionário de Função Reflexiva encontra-se atualmente em processo de validação da versão resultante da adaptação transcultural realizada pela UNISINOS em parceria com o autor do instrumento original e a amostra do presente estudo fará parte da amostra do estudo multicêntrico da validação de tal escala em cooperação técnica UNISINOS/UFRGS.

Avalia a reflexão sobre estados mentais internos, tais como sentimentos, desejos e atitudes de si mesmo e dos outros. Trata-se de uma escala com 54 itens do tipo Likert de seis pontos (1 = discordo totalmente e 6 = concordo totalmente). O instrumento possui duas subescalas: a RFQ_C avalia certeza sobre estados mentais, e o escore permite a identificação de hipermentalização e mentalização genuína. A RFQ_U avalia incerteza sobre estados mentais, sendo o escore indicativo de hipomentalização e mentalização não genuína (39).

Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) - Questionário de Estilo Defensivo

Trata-se de um instrumento auto-aplicável que objetiva medir derivados conscientes dos mecanismos de defesa. O DSQ já foi testado em diferentes populações, estando validado em sua versão abreviada (DSQ-40) para população brasileira por Blaya et cols. (39). O DSQ-40 possui 40 questões que verificam o grau de utilização de 20 mecanismos *de defesa, gerando escores para o fator maduro, imaturo e neurótico, que refletem o grau de utilização dos mecanismos pertencentes a cada categoria* (40).

Global Assessment of Functioning (GAF) - Avaliação de Funcionamento Global

A Escala de Avaliação de Funcionamento Global (GAF) de Goldman avalia o nível de funcionamento social e ocupacional do indivíduo. A validade e a confiabilidade desse instrumento tem sido verificada em diversos estudos. É uma escala numérica usada pelos clínicos de saúde mental e por médicos em geral para rastrear subjetivamente o funcionamento social, ocupacional e psicológico de um indivíduo, p.ex.: como alguém vive bem se encontra vários problemas em sua vida. A escala é apresentada e descrita no DSM-IV-TR, usando uma escala de 100 (funcionamento extremamente alto) a 1 (severamente comprometido) (41,42).

Symptom Report Questionnaire (SRQ -20) - Questionário sobre o Registro de Sintomas

O SRQ é composto originalmente por 30 questões, sendo 20 sobre sintomas psicossomáticos para rastreamento de transtornos não-psicóticos, quatro para rastreamento de transtornos psicóticos, uma para rastreamento de convulsões do tipo tônico-clônica e cinco questões para rastreamento de transtorno por uso de álcool 3,5. As questões para rastrear psicose de certa forma ficaram em desuso, pois o rastreamento deste tipo de patologia por instrumentos auto-respondidos apresenta baixa sensibilidade, estando indicada a busca ativa de casos. O mesmo ocorre para a questão sobre convulsões. O SRQ está recomendado pela OMS para estudos comunitários e em atenção básica à saúde, principalmente nos países em desenvolvimento, por preencher os critérios citados acima em termos de facilidade de uso e custo reduzido. O SRQ-20 (versão em que são utilizadas as 20 questões para rastreamento de transtornos não-psicóticos) vem sendo utilizado em vários países de culturas diferentes para rastreamento de transtornos não-psicóticos (43).

Por tratar-se de um instrumento para rastreamento, e não diagnóstico, a determinação do ponto de corte para detecção de casos, com respectivas sensibilidade e especificidade, precisa ser feita por meio da comparação com o padrão ouro, isto é, entrevista psiquiátrica padronizada.

7. ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. A normalidade dos dados foi verificada através de análise gráfica *Normal Plot*. O resíduo do modelo também foi verificado através de *Skater Plot* (verificação de homogeneidade de variâncias). Utilizaram-se medidas descritivas para caracterizar a amostra, correlação de Pearson e regressão linear, buscando averiguar a existência de correlações entre as variáveis. Foi realizada regressão linear, tendo a funcionalidade (GAF) como variável dependente e a função reflexiva (RFQ), a sintomatologia (SRQ 20) e o estilo defensivo (DSQ 40) como fatores independentes.

8. ARTIGO



Submission Confirmation

[Print](#)**Psychotherapy Research****Manuscript ID**

TPSR-2019-0041

Title

Association between Reflective Function and Global Functionality in Patients with Borderline Personality Disorders

Authors

Bezerra, Glaydcianne; Lima, Luis; Terra, Luciana; Laskoski, Pricilla; Hauck, Simone ; Serralta, Fernanda.

Date Submitted

02-Mar-2019

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2019. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc. ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)

Association between Reflective Function and Global Functionality in Patients with Borderline Personality Disorders

Glaidycianne P. Bezerra,¹ Pricilla B. Laskosky,¹ Luciana F. Terra,¹ Luis F. Ramos-Lima,¹ Fernanda B. Serralta,² S. Hauck^{1,3}

1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS)
2. Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)
3. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

RESUMO

O transtorno de personalidade borderline (TPB) é comumente associado a grande prejuízo funcional e sofrimento, resultando em um alto custo para o indivíduo e para a sociedade. Recentemente, intervenções baseadas na mentalização têm se mostrado eficazes para o tratamento do TPB. Objetivo: avaliar a associação entre a funcionalidade global, função reflexiva, sintomatologia e estilo defensivo em pacientes diagnosticadas com TPB segundo o SCID-II, no momento da admissão na internação psiquiátrica. Métodos: foram investigadas 39 pacientes do sexo feminino utilizando um questionário psicossocial e as escalas Structured Clinical Interview Disorders-II (SCID-II), Global Assessment of Functioning (GAF), Reflective Functioning Questionnaire (RFQ), Defense Style Questionnaire-40 (DSQ-40) e Self Report Questionnaire-20 (SRQ-20). RESULTS: A idade da variou de 19 a 57 anos (M= 30,03; DP=8,7), a média de anos de estudo foi de 8,97 anos (DP= 2,85). 53,8% eram mulheres solteiras, 35,9% casadas, 7,7% divorciadas e 2,6% viúvas. A média da GAF foi 43,59 (DP=7), SRQ 7,67 (DP= 3,9), estilo defensivo maduro 5,4 (DP=1,88), imaturo 5,04 (DP=1,49) e neurótico 5,13 (DP=1,52). Houve associação inversa entre a funcionalidade (GAF) e o nível de incerteza da função reflexiva (-0,458; $p < 0,01$) e entre funcionalidade e uso de defesas neuróticas (-0,335; $p < 0,05$). A gravidade dos sintomas (SRQ-20) teve associação com o uso de defesas imaturas (-0,445; $p < 0,01$). A associação entre funcionalidade e nível de incerteza da função reflexiva permaneceu significativa, mesmo controlando para sintomas e estilo defensivo ($p = 0,002$). CONCLUSÃO: Um menor nível de incerteza quanto a estados internos e dos outros (maior capacidade de mentalização) foi associado a melhor funcionalidade, mesmo controlando para sintomas, estilo defensivo e gravidade clínica. Sendo assim, a função reflexiva parece ter papel central no prejuízo causado pelo TPB. Tal achado aponta essa dimensão do funcionamento da mente como uma potencial área para a elaboração

e implementação de intervenções, promovendo uma melhor adaptação dessas pacientes em diferentes áreas de sua vida, inclusive quanto a adesão ao tratamento.

PALAVRAS CHAVE: Transtorno de Personalidade Borderline, funcionalidade, função reflexiva, mecanismos de defesa, mentalização.

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder (BPD) is commonly associated with great functional impairment and suffering, resulting in high cost for the individual and for society. Recently, interventions based on mentalization have been shown to be effective for the treatment of BPD. Objective: to evaluate the association between global functionality, reflective function, symptomatology and defensive style in patients diagnosed with BPD according to SCID-II. Methods: 39 female patients were evaluated by means of a psychosocial questionnaire, the Structured Clinical Interview Disorders-II (SCID-II), Global Assessment of Functioning (GAF), Reflective Functioning Questionnaire (RFQ) and the Defense Style Questionnaire-40 (DSQ-40). RESULTS: The age of the sample ranged from 19 to 57 years ($M = 30.03$; $SD = 8.7$), the mean number of years of study was of 8.97 years ($SD = 2.85$). Regarding marital status: 53.8% were single women, 35.9% married, 7.7% divorced and 2.6% widows. The mean GAF was 43.59 ($SD = 7$), SRQ 7.67 ($SD = 3.9$), mature defensive style 5.4 ($SD = 1.88$), immature style 5.04 ($SD = 1.49$) and neurotic style 5,13 ($SD = 1,52$). There was an inverse association between functionality (GAF) and reflective function uncertainty score ($-0,458$; $p < 0.01$) and between functionality and use of neurotic defenses (-0.335 ; $p < 0.05$). Symptom severity (SRQ-20) was associated with the use of immature defenses (-0.445 ; $p < 0.01$). The association between functionality and reflective function uncertainty score remained significant, even controlling for symptoms and defensive style ($p = 0.002$). A lower level of uncertainty regarding external and internal states (greater ability to mentalize) was associated with better functionality, even controlling for symptoms, defensive style and clinical severity. Thus, reflective function seems to play a central role in the prejudice caused by BPD. This finding points to this dimension as a potential area for interventions, promoting a better adaptation of these patients in different areas of their life, including adherence to treatment.

Keywords: Borderline personality disorder, functionality, reflective function, defense mechanisms, mentalization

INTRODUCTION

Patients with Borderline Personality Disorders (BPD) are often inadequately diagnosed. BPD patients frequently spend decades wandering from one mental health service to another, being referred to in ways that are often pejorative, such as “difficult,” “untreatable,” or “uncooperative” patients.¹

BPD patients often have broad functional difficulties in various sectors of their lives. They recurrently use psychiatric emergency departments and other medical clinics due to their explosions of aggressiveness, suicide attempts, self-destructive behavior and somatic complaints. They sometimes become police cases with occurrences and detentions due to sociopathic attitudes, or they may be referred to ineffective psychiatric and/or psychological treatments, becoming chronic users of public health centers. BPD patients also tend to set up negative relationships with services and professionals, marked by hostility, and treatment interruptions.²

Due to their characteristic symptomatology, marked by chaotic interpersonal relationships, BPD patients are often manipulative and aggressive and may show affective instability, somatic complaints, depressive states, attempted suicides and other disruptive reactions. The characteristic great impairment in functionality and an excessive use of the health system result in significant impact in their families and social environment.² Therefore, effective interventions for BPD are extremely necessary. Although some evidence based treatments for BPD exist, they are not widely disseminated, and research on their efficiency and cost effectivity are still rare.³

One of the approaches that has been studied with positive results is Mentalization-based Therapy (MBT). MBT aims at developing the capacity to understand one's own mental states and those of others as motivators of behavior, thus reducing difficulties in regulating affects, controlling impulses and improving interpersonal relationships. In this way, symptoms and behaviors that operate as triggers for suicide attempts and self-mutilation are reduced. A follow-up study showed significantly better results for those in MBT than for the group in general psychiatric care, in terms of reduction in depressive and anxious symptoms, interpersonal problems, suicide attempts, self-mutilation attempts, number of days in the hospital and the use of psychotropic medications. The superiority of MBT persisted for five years of follow-up.^{4,5}

Empirical studies have shown low levels of reflective function in samples of patients with BPD. In a study by Fonagy and cols,⁶ BPD patients showed lower scores in reflective function in comparison with a non-clinical control group, and with individuals with other disorders. The relationship between low reflective function and BPD was especially apparent in patients who suffered abuse during childhood. This sustains the idea that the existence of greater reflective function (capacity to mentalize) can be a protective factor when the patients are faced with traumatic experiences.⁶

Studies aiming at evaluating the interface between reflective function and other constructs, traditionally associated with BPD, such as defense mechanisms, may contribute to a better understanding of the disorder. Furthermore, they may also contribute in developing and optimizing interventions for treating BPD patients in different scenarios. Therefore, the present study has the objective of evaluating the association between functionality, reflective function, defense style and symptoms' severity in BPD patients referred to psychiatric hospitalization.

METHOD

Subjects

The sample was comprised of 39 patients referred for psychiatric hospitalization by the Evaluation and Screening Service (ESS) of São Pedro Psychiatric Hospital. Criteria for inclusion were a) 18 years old or older, b) female, and c) diagnosed as having BPD according to SCID-II. The criteria for exclusion were: a) intellectual deficiency; b) risk of self- or alter-aggression and, c) presence of psychotic symptoms.

The study was approved by the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA/UFRGS) and the Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) Ethic Committees (CAAE 2017-0236). All participants signed a Free and Informed Consent Form before the questionnaires were administered.

Instruments

The research protocol consisted of a sociodemographic questionnaire and of the instruments described below. The socio-demographic information was obtained by an

interview at the moment of inclusion in the study and checked through an analysis of hospital records.

Structured Clinical Interview Diagnosis (SCID-II): It is a structured clinical interview for Axis II disorders. Items are organized on the basis of disorders. The eventual items for criteria are indicated as 1: absent or false; 2: subclinical or 3: threshold or true.^{7,8} All positive answers are followed by requests to exemplify. For each disorder in Axis II a specific number of items has received a subliminal quotation in order to derive a probable or definitive diagnosis.^{7,8}

Reflective Function Questionnaire – (RFQ). RFQ measures the reflection on internal mental states such as feelings, desires and attitudes regarding one's self and others. It is a 6-point Likert-type scale with 54 items, (1 = I totally disagree and 6 = I totally agree). The instrument has two subscales: the RFQ_C evaluates certainty about mental states, and the score allows identification of hypermentalization and genuine mentalization. The RFQ_U evaluates uncertainty about mental states, with the indicative score of hypomentalization and genuine mentalization.⁹

Defense Style Questionnaire (DSQ-40). DSQ is a self-reported instrument designed to measure conscious derivatives of defense mechanisms. It has been tested on different populations including an abbreviated version (DSQ-40) for the Brazilian population by Blaya and cols. (2004). The DSQ-40 contains 40 questions that verify the degree of use of 20 defense mechanisms, generating scores for mature, immature and neurotic factors, which reflect the degree of use of the mechanisms belonging to each category, called defense styles.¹⁰

Global Assessment of Functioning (GAF). The GAF is a numerical scale used by mental health clinicians and by doctors in general to subjectively screen the individual's social, occupational and psychological functioning.. Its validity and reliability have been attested by numerous studies. The scale is presented and described in DSM-IV-TR, and ranges from 100 (extremely high functioning) to 1 (severely problematic).^{11,12}

Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20): SRQ-20 lists 20 common psychiatric symptoms for the patient to answer yes or no. It is recommended by the World Health Organization (WHO) for community studies and in basic health care, for screening non-psychotic disorders. The SRQ-20 has been translated, validated and used in many countries, including Brazil, with good level of reliability.¹³

Statistical Analysis

The Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20 was used to analyze the data. The normality of the data was verified by means of Normal Plot graphical analysis. The residue of the model was also verified through Skater Plot (verification of homogeneity of variances). Descriptive measures were used to characterize the sample. Due to the characteristics of the data (normality), Pearson correlation coefficients were calculated to estimate association between variables. A linear regression model, using GAF scores as the dependent variable, was performed; having reflective function, defense style and symptom severity as independent factors. A significance level of 5% ($p \leq 0.05$) was considered for all statistical tests. All testes were two-tailored.

RESULTS

Patients' age varied between 19 and 57 years ($M=30.03$; $DP=8.7$). Most of them (53.8%) were unmarried. Average number of years of education was 8.97 ($DP=2.85$). Regarding occupational status, 56.4% were unemployed, 2.6%, on leave, and 5.1%, retired. The other 20.5% were active. In addition, 15.4% stated they had never worked (TABLE 1). Thirteen patients (33.3%) were using psychoactive substances and 38 (97.4%) were taking at least one psychotropic medication at intake. GAF mean score was 43.59 ($DP=7$), and SRQ mean score was 7.67 ($DP=3.9$). Mean scores for mature, immature and neurotic defense styles were respectively 5.4 ($DP=1.88$), 5.04 ($DP=1.49$) and 5.13 ($DP=1.52$).

There was an inverse association between functionality (GAF) and the level of uncertainty in reflective function (RFQ_U) (-0.458 ; $p<0.01$) and between functionality and use of neurotic defenses (-0.335 ; $p<0.05$). The symptoms' severity (SRQ-20) was associated with use of immature defenses (-0.445 ; $p<0.01$) (TABLE 2). The association between functionality and level of uncertainty (RFQ_U) remained significant even when controlled for symptoms and for defense style (TABLE 3).

TABLE 1 – Sociodemographic Characteristics of the Sample

| | Results (n=39) |
|---------------------|-------------------|
| Age (average, DP) * | 30.0 (8.7) |

| | |
|-------------------------------|------------|
| Marital Status (rate, %) | |
| Single | 21 (53.8%) |
| Married/Stable Union | 14 (35.9%) |
| Divorced | 3 (7.7%) |
| Widow | 1 (2.6%) |
| Instruction Level (rate, %) | |
| Fundamental | 19 (48.7%) |
| Middle | 13 (33.3%) |
| Superior | 7 (18.0%) |
| Years of Study (Mean, DP) | 9.0 (2.8) |
| Ethnic Identity (rate, %) | |
| White | 24 (61.5%) |
| Brown (<i>Parda</i>) | 12 (30.8%) |
| Black | 3 (7.7%) |
| Occupational Status (rate, %) | |
| Employed | 8 (20.5%) |
| Unemployed | 22 (56.4%) |
| On leave | 1 (2.6%) |
| Retired | 2 (5.1%) |
| Never worked | 6 (15.4%) |
| Religion | 37(94.9%) |

TABLE 2 – Correlations among Scores

| | GAF | LRFc | LRFu | SRQ | DSQ (Mature) | DSQ (Immature) | DSQ (Neurotic) |
|----------------|-------------|-----------|-----------|-----------|--------------|----------------|----------------|
| GAF | - | -0.028 | -0.444** | 0.088 | -0.163 | -0.095 | -0.335* |
| LRFc | -0.028 | - | -0.458** | -0.113 | 0.293 | 0.263 | 0.237 |
| LRFu | -0.444** | -0.458** | - | -0.027 | -0.144 | 0.076 | 0.071 |
| SRQ | 0.088 | -0.113 | -0.027 | - | 0.168 | -0.445** | -0.056 |
| DSQ (Mature) | -0.163 | 0.293 | -0.144 | 0.168 | - | 0.330* | 0.645** |
| DSQ(Immature) | -0.095 | 0.263 | 0.076 | -0.445** | 0.330* | - | 0.453** |
| DSQ (Neurotic) | -0.335* | 0.237 | 0.071 | -0.056 | 0.645** | 0.453** | - |
| Average (SD) | 0.49 (0.51) | 5.4 (1.9) | 5.0 (1.5) | 5.3 (1.5) | 19.1 (12.2) | 42.8 (15.8) | 43.6 (7.1) |

Tab.2 – GAF: Global Assessment Function; LRFc: level of certainty; LRFu: level of uncertainty; SRQ: Symptoms Report Questionnaire; DSQ (Mature): Use of Mature Defences by Defense Style Questionnaire ; DSQ (Immature): Use of Immature Defences by Defense Style Questionnaire; DSQ (Neurotic): Use of Neurotic Defences by Defense Style Questionnaire SD: Standard Deviation

TABLE 3 – Linear Regression (dependent variable - GAF)

| Scores | B | EP | P | R ² | F | P | IC 95% for B | |
|----------------|--------|-------|-------|----------------|-------|-------|--------------|-------------|
| | | | | | | | Lower Limit | Upper Limit |
| | | | | 0.354 | 2.922 | 0.022 | | |
| (constant) | 57.752 | 6.270 | 0.000 | | | | 44.980 | 70.524 |
| LRFc | -0.136 | 0.100 | 0.186 | | | | -0.340 | 0.069 |
| LRFu | -0.250 | 0.075 | 0.002 | | | | -0.403 | -0.096 |
| SRQ | 0.274 | 0.311 | 0.384 | | | | -0.359 | 0.906 |
| DSQ (Mature) | -0.387 | 0.772 | 0.620 | | | | -1.960 | 1.186 |
| DSQ(Immature) | 1.103 | 0.893 | 0.226 | | | | -0.717 | 2.922 |
| DSQ (Neurotic) | -1.258 | 0.937 | 0.189 | | | | -3.167 | 0.651 |

Tab.3 – GAF: Global Assessment Function; LRFc: level of certainty; LRFu: level of uncertainty; SRQ: Symptoms Report Questionnaire; DSQ (Mature): Use of Mature Defences by Defense Style

Questionnaire ; DSQ (Immature): Use of Immature Defences by Defense Style Questionnaire; DSQ (Neurotic): Use of Neurotic Defences by Defense Style Questionnaire SD: Standard Deviation

DISCUSSION

Although both reflective function uncertainty and neurotic style scores showed association with functionality, in the linear regression model only the level of uncertainty remained associated with functionality. This association was significant, even though it had been controlled for symptoms and defensive style.

Even though the sample size did not allow us to include more variables in the linear regression model, such as the use of medication and comorbidities, we understand that the potential bias associated with such variables would be at least partially represented in the symptomatology. Although it certainly must be replicated with other samples, this finding brings to the fore a potential effect of the reflective function impairment (i.e., hypomentalization) in BPD patients' functionality that was somehow independent of symptoms' severity and defensive style. Therefore, interventions designed to develop reflective function might facilitate not only BPD patients' adaptation, but also their adherence to other types of treatment, including psychopharmacological and psychosocial.

Also, MB treatments have varied levels of complexity and can be adapted for the training of health professionals in general. As the MBT techniques also have focus on relationships between patients and the different members of the health staff as well as other patients, MBT tools might be helpful in dealing with many complications usually associated with the treatments of such patients.^{5,14,15}

The main limitation of this study is the size of the sample, which does not allow more complex analyses and limits the power of the study. Another weak point is the choice of a sample of patients hospitalized in a single public hospital. However, although this fact limits the extrapolation of the results to other populations, it also favors the sample homogeneity in terms of sociodemographic and clinical variables, allowing an evaluation of the interface between different constructs with less bias regarding potential effects of these variables.

The limitations of the study do not allow definitive conclusions, however, our findings point out an area of interest for research with high clinical value. Intervention protocols aimed at treating BPD patients in different contexts, where there are more or less health resources, are extremely necessary. We highlight that at the present moment no protocol or guidelines have been developed for BPD treatment in Brazil, even though these patients are recurrent users of the health system, considered difficult to treat and extremely costly, not only for the health system but also for their families and for the society in general.

REFERENCES

1. Botega JN. Transtornos mentais. In: Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 121-22.
2. Romaro RA. Psicoterapia breve dinâmica com pacientes borderline: uma proposta viável. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
3. Bales DL, Timman R, Andrea H, Busschbach JJ, Verheul, Kamphuis JH. Effectiveness of day hospital mentalization-based treatment for patients with severe borderline personality disorder: a matched control study. *Clin Psychol Psychother*. 2015 Sep-Oct;22(5):409-17 Epub 2014 Jul 24.
4. Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry*. 2008 May;165(5):631-8. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07040636. Epub 2008 Mar 17. PMID: 18347003
5. Kieling C, Hauck S. (2019). Psicoterapia baseada na mentalização. In: Cordioli AV, Grevet RH. (Editores). *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed; 2019. p.236-49.
6. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M, Gerber A. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*. 1996 Feb;64(1):22-31
7. Barber JP & Morse JQ. Validation of the Wisconsin personality disorders inventory with the SCID-II and PDE. *Journal of Personality Disorders*. 1994;8(4):307-19
8. First, MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams, JBW, Benjamin LS.: *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.;1997.
9. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, Ghinai R, Fearon P, Lowyck B. Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLoS One*. 2016 Jul 8;11(7):e0158678. doi: 10.1371/journal.pone.0158678. eCollection 2016.
10. Blaya C, Kipper L, Heidt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, Manfro GG. Versão em português da Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: estudo preliminar. *Rev. bras. psiquiatr*. 2004;26(4):255-8.
11. Pierò A, Cairo E, Ferrero A. (2013). Personality dimensions and Working Alliance in subjects with Borderline Personality Disorder. *Rev. psiquiatr. salud ment. (English Edition)*, 6(1):17–25.
12. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psych*. 1976;33:764-71.
13. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. [Performance of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR]. *Cad Saude Publica*. 2008 Feb;24(2):380-90. Portuguese. PubMed PMID: 18278285.
14. Rossouw TI. Mentalization-based treatment: can it be translated into practice in clinical settings and teams? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(3):220-22.
15. Barreto JF, Matos PM. Mentalizing countertransference? A model for research on the elaboration of countertransference experience in psychotherapy. *Clin Psychol Psychother*. 2018 May;25(3):427-439.

9. DISCUSSÃO

Os achados desse estudo, evidenciando associação entre a capacidade de mentalização e a funcionalidade, mesmo controlando para sintomas e estilos defensivos, reforça a importância do estudo da mentalização/ função reflexiva nesses pacientes. Intervenções focadas na mentalização podem ser úteis para aparelhar diversos níveis do sistema de saúde, para atender pacientes com TPB, podendo ser adaptadas a cenários específicos.

Ferramentas baseadas na mentalização podem ser úteis, não somente aos profissionais de saúde, mas também a cuidadores transitórios desses pacientes. Além de fornecer embasamento teórico e técnico para o manejo dos pacientes, capacitações envolvendo a TBM podem auxiliar de forma expressiva no manejo da contratransferência (44). Além disso, ao serem aplicadas em nível primário e secundário, podem prevenir novas internações, evitando o efeito “porta giratória”.

A TBM é relativamente recente em comparação a outros modelos de terapia. Especialmente nos transtornos de personalidade, constitui um campo fértil para pesquisa e desenvolvimento de protocolos de intervenção em diferentes settings. Resultados como o desse estudo corroboram essa hipótese, apontando para a necessidade da realização de estudos que possibilitem a aplicação da TBM em diferentes cenários clínicos.

10. CONCLUSÃO

Embora, as limitações do estudo não permitam conclusões definitivas, ele aponta uma área de interesse para pesquisa com alta relevância clínica. Devido as características da TBM e a possibilidade de adapta-la para diferentes contextos, esta torna-se um recurso potencial a ser utilizado em diferentes níveis do sistema de saúde quando a patologia central envolve deficiências na mentalização. Mais estudos são necessários para o desenvolvimento de abordagens que possam ser utilizadas em diferentes cenários clínicos.

11. REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Peluso MAM. & Andrade LH. Transtornos da personalidade: epidemiologia. In: Louzã Neto MR & Cordás TA (Editors). Transtornos da personalidade. Porto Alegre: Artmed; 2011. p.25-38.
3. Svartberg M, McCullough L. Transtornos da personalidade do grupo C: prevalência, fenomenologia, efeitos e princípios do tratamento. In: Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO (editors). Psicoterapia psicodinâmica para transtornos da personalidade: um manual clínico. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 349–79.
4. Botega JN. Transtornos mentais. In: _____. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 121-22.
5. Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF. Uma abordagem psicodinâmica da patologia da personalidade. In: _____. Psicoterapia dinâmica das patologias leves da personalidade. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 23-50.
6. Rankin, P., et al., Perceived relationships with parents and paranoid delusions: comparisons of currently ill, remitted and normal participants. *Psychopathology*. 2005;38(1):p. 16-25.
7. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Elliot L & Target M. Affect regulation, mentalisation and the development of the self. London, UK: The Other Press; 2002.
8. Gabbard, G.O. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.
9. Nemeroff CB. Paradise lost: the neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron*. 2016 Mar 2;89(5):892-909. doi: 10.1016/j.neuron.2016.01.019.
10. Carvalho Fernando S, Beblo T, Schlosser N, Terfehr K, Otte C, Löwe B, Wolf OT, Spitzer C, Driessen M, Wingenfeld K. The impact of self-reported childhood trauma on emotion regulation in borderline personality disorder and major depression. *J Trauma Dissociation*. 2014;15(4):384-401. doi: 10.1080/15299732.2013.863262.]
11. Mancke F, Herpertz SC, Bertsch K. Aggression in borderline personality disorder: a multidimensional model. *Personal Disord*. 2015 Jul;6(3):278-91. doi: 10.1037/per0000098.
12. Price LH, Kao HT, Burgers DE, Carpenter LL, Tyrka AR. Telomeres and early-life stress: an overview. *Biol Psychiatry*. 2013 Jan 1;73(1):15-23. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.06.025. Epub 2012 Jul 24.
13. Vaillant GE. *The wisdom of the ego*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1993.
14. Kernberg OF. *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson; 1976.
15. Kernberg OF: *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press; 1984.
16. Clarkin, JF, Fonagy, P. and Gabbard, GO. *Psicoterapia Psicodinâmica para Transtornos da Personalidade: um manual clínico*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

17. Kernberg OF. & Caligor E. A psychoanalytic theory of personality disorders. In: MF Lenzenweger & JF Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder*. 2nd ed. New York, NY, US: Guilford Press; 2005. p.114-56.
18. Bateman A & Caligor JF. Um modelo de personalidade e patologia da personalidade baseado nas relações objetais. In: Clarkin JF, Fonagy P, GabbardGO (editors). *Psicoterapia psicodinâmica para transtornos da personalidade: um manual clínico*. Porto Alegre: Artmed; 2013. p.21-54.
19. Allen JG, Fonagy P. & Bateman AW. *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2008.
20. Katznelson H. Reflective functioning: a review. *Clin Psychol Rev*. 2014 Mar;34(2):107-17. doi: 10.1016/j.cpr.2013.12.003. Epub 2013 Dec 29.
21. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. 2010;9(1):11-5.
22. Rossouw TI. Mentalization-based treatment: can it be translated into practice in clinical settings and teams? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(3):220-22.
23. Kieling C, Hauck S. Psicoterapia baseada na mentalização. In: Cordioli AV, Grevet RH. (Editores). *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed; 2019. p.236-49.
24. Fonagy P. An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *Bull Menninger Clin*. 1998 Spring;62(2):147-69.
25. Bateman A & Fonagy P. Tratamento baseado na mentalização e transtorno da personalidade borderline. In: Clarkin JF, Fonagy P, GabbardGO (editors). *Psicoterapia psicodinâmica para transtornos da personalidade: um manual clínico*. Porto Alegre: Artmed; 2013. p.202-224.
26. Fonagy P, Target M. Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *Int J Psychoanal*. 1996 Apr;77 (Pt 2):217-33.
27. Gergely G, Watson JS. The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *Int J Psychoanal*. 1996 Dec;77 (Pt 6):1181-212.
28. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment. *Psychoanal Inq*. 2013 Nov;33(6):595-613.
29. Wellausen RS, Oliveira SES. Psicodiagnóstico e as patologias da personalidade. Hutz CS, Bandeira DR, Trentini CM, Krug JS. *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 275-76.
30. Romaro RA. *Psicoterapia breve dinâmica com pacientes borderline: uma proposta viável*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
31. Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW, Carr AC, Appelbaum AH. *Psicoterapia Psicodinâmica de Pacientes Borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.
32. Romaro RA. O sentimento de exclusão social em personalidade borderline e o manejo da contratransferência. *Mudanças*, v. 10, n. 1, p. 65-71, 2002.
33. Stoffers JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder.

34. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Aug 15;(8):CD005652. doi: 10.1002/14651858.CD005652.pub2.
35. Bales DL, Timman R, Andrea H, Busschbach JJ, Verheul , Kamphuis JH. Effectiveness of Day Hospital Mentalization-Based Treatment for Patients with Severe Borderline Personality Disorder: A Matched Control Study. *Clin Psychol Psychother.* 2015 Sep-Oct;22(5):409-17 Epub 2014 Jul 24.
36. Laurensen EM, Smits ML, Bales DL, Feenstra DJ, Eeren HV, Noom MJ, Köster MA, Lucas Z, Timman R, Dekker JJ, Luyten P, Busschbach JJ, Verheul R. Day hospital Mentalization-based treatment versus intensive outpatient Mentalization-based treatment for patients with severe borderline personality disorder: protocol of a multicentre randomized clinical trial. *BMC Psychiatry.* 2014 Nov 18;14:301.
37. Barber JP & Morse JQ. Validation of the Wisconsin Personality Disorders inventory with the SCID-II and PDE. *J. personal. disord.*1994; 8(4):307-19.
38. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.; 1997.
39. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, Ghinai R, Fearon P, Lowyck B. Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLoS One.* 2016 Jul 8;11(7):e0158678. doi: 10.1371/journal.pone.0158678. eCollection 2016.
40. Blaya C, Kipper L, Heidt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, Manfro GG. Versão em português da Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: estudo preliminar. *Rev. bras. psiquiatr.* 2004;26(4):255-8.
41. Pierò A, Cairo, E & Ferrero, A. Personality dimensions and Working Alliance in subjects with Borderline Personality Disorder. *Rev. psiquiatr. salud ment. (English Edition).* 2013; 6(1):17–25.
42. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psych.* 1976;33:764-71.
43. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. [Performance of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR]. *Cad Saude Publica.* 2008 Feb;24(2):380-90. Portuguese. PubMed PMID: 18278285.
44. Barreto JF, Matos PM. Mentalizing countertransference? A model for research on the elaboration of countertransference experience in psychotherapy. *Clin Psychol Psychother.* 2018 May;25(3):427-439.

12. ANEXOS

APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada participante: _____,

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar alguns fatores que podem estar relacionados aos sintomas e dificuldades que levaram você a essa internação. Serão avaliados: a função reflexiva – que é a maneira como você compreende seus comportamentos, desejos, sentimentos e intenções e dos outros; os mecanismos de defesas - que são as formas automáticas que sua mente usa para lidar com a ansiedade; bem como algumas características da relação com os seus pais na infância.

Para isso, você será convidada a responder alguns questionários que trazem perguntas/afirmações sobre como você se sente, se relaciona e percebe o mundo ao seu redor. Você será convidada a responder esses questionários em dois diferentes momentos de sua internação: no momento da baixa e no momento da alta. O tempo médio para responder esses questionários é de 15 minutos.

A participação nesse estudo é voluntária e, se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo, sem que isso prejudique ou interfira de qualquer forma no seu tratamento.

Todas as informações que serão coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a equipe de pesquisa terá conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao longo de toda a pesquisa e ao publicar os resultados encontrados.

Embora não haja benefícios diretos para você ao participar deste estudo, você estará contribuindo para uma melhor compreensão sobre fatores relacionados a suas dificuldades e dificuldades semelhantes em outras pessoas, viabilizando o desenvolvimento de estratégias de tratamento direcionadas a melhora desses sintomas.

Se você se sentir desconfortável em relação a qualquer item investigado através dos questionários da pesquisa sugerimos levar essa questão para a equipe assistente que é responsável pelo seu tratamento nessa internação.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável ou pelas entidades responsáveis – Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Psiquiátrico São Pedro e Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, através dos contatos fornecidos abaixo.

Eu, _____, fui informado dos objetivos deste estudo e do porquê estão sendo utilizadas as informações que vou fornecer de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento do estudo, terei liberdade de retirar meu consentimento de participar na pesquisa. O pesquisador certificou-me do caráter confidencial dos dados e de que a divulgação dos resultados será sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Contatos:

Contato com pesquisador: Glaydcianne Pinheiro Bezerra – (51) 997777514 ou 30864564-
Av. Taquara, 110 sala 102- Bairro Petrópolis Porto Alegre CEP 90460-210.

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/UFRGS – (51) 3308.4085

Orientadora: Simone Hauck

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Psiquiátrico São Pedro – Av. Bento Gonçalves, 2460 – Bairro Partenon Porto Alegre CEP 90650-001
Telefones: 51 33364425/PABX (51) 33392111 ramais 108(Sec Geral) - 168(Sec Residencia)
- 200(Biblioteca) e-mail: dep-hpsp@saude.rs.gov.br

APÊNDICE B – Questionários

ANEXO A– ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

| | |
|---|---|
| 1. Paciente: | 2. |
| 3. Data da baixa no HPSP (SAT/Plantão): | |
| 4. Telefone: | |
| 5. Natural de: | 6.1Bairr |
| 7. Sexo:) Feminino () Masculino () | 8. Data de 9. Idade : preto () pardo () amarelo () raça indígena () |
| 11. Acompanhante: sim () não () | Parentesco |

Data de Aplicação:

PERFIL PSICOSSOCIAL

Reside com quantas pessoas: _____ **14. Com quem:** _____

15.Estado Civil: Solteiro(a) () Casado(a) /união estável () Divorciado(a) () Viúvo(a) ()

16.Grau de instrução: Anos de estudo: _____

EF incompleto () EF completo () EM incompleto () EM completo ()

Ens Sup incompleto () Ens Sup completo () Pós-graduação ()

17.Profissão/Ocupação: _____

18. Status ocupacional:

Empregado () Desempregado () Aposentado () Motivo da aposentadoria:

Afastado () sim, por doença? () sim, qual?

Nunca trabalhou () Outro ()

CCEB 2014 (Critério de Classificação Econômica Brasil): renda bruta familiar

A () acima de R\$ 11.037,00 B1 () acima de R\$ 6.006,00

B2 () acima de R\$ 3.118,00 C1 () acima de R\$ 1.865,00

C2 () acima de R\$ 1.277,00 D/E () acima de R\$ 895,00

20.Redes de apoio (múltipla escolha):

Família () Amigos () Escola () Instituição religiosa ()

Outros () quais:

21. Qualidade da rede de apoio: benéfica () indiferente () maléfica ()

22. Religiosidade (independente da prática): sim () não ()

23. Pratica alguma religião: sim () não ()

24. Uso atual de drogas: _ **24.1 Uso prévio:** _____

Se não usa mais, tempo de abstinência:

25. Fonte de encaminhamento:

1. () UBS 2. () Pronto-atendimento / emergência 3. () interconsulta 4. () Busca espontânea

CONDUTA

26. Conduta farmacológica na Baixa:

1. () Antidepressivos
2. () Anticonvulsivantes
3. () Antipsicóticos
4. () Benzodiazepínicos
5. () Psicoestimulantes
6. () Ansiolíticos
7. () Anticolinérgicos
8. () Hipnóticos e Sedativos

Data da Baixa na UFMM: ____/____/____

ANEXO B**STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW DIAGNOSIS – SCID II**

Essas questões são sobre o tipo de pessoa que você é em geral – ou seja, como você tem se sentido e se comportado nos últimos anos. Circule “SIM” se a questão se aplica a você completamente ou quase completamente, ou circule “NÃO” se não se aplica a você. Se você não entender a questão ou não tiver certeza da resposta, deixe-a em branco.

1. Você já evitou trabalhos ou tarefas que envolviam ter que lidar com muitas pessoas?
() SIM () NÃO
2. Você evita se envolver com pessoas a menos que tenha certeza que elas vão gostar de você?
() SIM () NÃO
3. Você acha difícil se abrir mesmo com pessoas mais íntimas? () SIM () NÃO
4. Você frequentemente se preocupa sobre vir a ser criticado ou rejeitado em situações sociais? () SIM () NÃO
5. Você frequentemente é quieto quando conhece novas pessoas? () SIM () NÃO
6. Você acredita que você não é tão bom, inteligente ou atraente quanto a maioria das outras pessoas? () SIM () NÃO
7. Você tem medo de tentar coisas novas? () SIM () NÃO
8. Você precisa de muitos conselhos ou garantias dos outros antes de tomar as decisões do dia-a-dia – como o que vestir ou o que pedir em um restaurante? () SIM () NÃO
9. Você depende de outras pessoas para tomar conta de áreas importantes da sua vida como finanças, criação dos filhos ou questões relacionadas a moradia? () SIM () NÃO
10. Você acha difícil discordar das pessoas mesmo quando acha que elas estejam erradas?
() SIM () NÃO
11. Você acha difícil iniciar ou fazer tarefas quando não há ninguém para ajudar?
() SIM () NÃO
12. Você costuma oferecer-se para fazer coisas desagradáveis? () SIM () NÃO
13. Você normalmente se sente desconfortável quando está sozinho? () SIM () NÃO

14. Quando um relacionamento próximo acaba, você sente que precisa achar imediatamente alguém para tomar conta de você? () SIM () NÃO
15. Você se preocupa muito em ser deixado sozinho para tomar conta de você mesmo?
() SIM () NÃO
16. Você é o tipo de pessoa que se foca em detalhes, ordem e organização ou gosta de fazer listas e horários? () SIM () NÃO
17. Você tem dificuldade em acabar trabalhos porque passa muito tempo tentando fazer as coisas muito corretamente? () SIM () NÃO
18. Você ou outras pessoas acham que você é tão dedicado ao trabalho (ou estudos) que não sobra tempo para os outros ou para simplesmente se divertir? () SIM () NÃO
19. Você tem parâmetros muito altos sobre o que é certo e o que é errado?
() SIM () NÃO
20. Você tem dificuldade em jogar as coisas fora porque podem ser úteis algum dia?
() SIM () NÃO
21. É difícil para você deixar que outros o ajudem a menos que concordem em fazer exatamente do jeito que você quer? () SIM () NÃO
22. É difícil para você gastar dinheiro com você mesmo ou com outras pessoas mesmo quando você tem o suficiente? () SIM () NÃO
23. Você frequentemente acha que está tão certo que não importa o que as outras pessoas dizem? () SIM () NÃO
24. Outras pessoas já lhe disseram que você é teimoso ou rígido? () SIM () NÃO
25. Quando alguém lhe pede para fazer algo que você não quer fazer, você diz “sim” mas faz o trabalho devagar ou faz um trabalho ruim? () SIM () NÃO
26. Se você não quer fazer algo você frequentemente “esquece” de fazê-lo?
() SIM () NÃO
27. Você frequentemente acha que as outras pessoas não o entendem ou não valorizam o quanto você faz? () SIM () NÃO
28. Você fica frequentemente zangado e tende a entrar em discussões? () SIM () NÃO
29. Você já achou que a maioria de seus chefes, professores, supervisores, médicos e outros que deveriam saber o que estão fazendo na verdade não o sabem? () SIM () NÃO
30. Você frequentemente acha que não é justo que outras pessoas tenham mais do que você?
() SIM () NÃO

31. Você freqüentemente reclama que coisas ruins têm acontecido mais a você do que aos outros? () SIM () NÃO
32. Você freqüentemente se recusa raivosamente a fazer o que os outros querem e depois se sente mal e se desculpa? () SIM () NÃO
33. Você freqüentemente se sente infeliz ou que a vida não é divertida? () SIM () NÃO
34. Você acredita que é em geral uma pessoa inadequada e freqüentemente não se sente bem consigo mesmo? () SIM () NÃO
35. Você freqüentemente se põe para baixo? () SIM () NÃO
36. Você fica pensando sobre coisas ruins que aconteceram no passado ou se preocupa com coisas ruins que possam acontecer no futuro? () SIM () NÃO
37. Você freqüentemente julga as pessoas duramente e acha defeitos nelas?
() SIM () NÃO
38. Você acha que a maioria das pessoas não presta? () SIM () NÃO
39. Você quase sempre espera que as coisas acabem mal? () SIM () NÃO
40. Você freqüentemente se sente culpado por coisas que você tenha ou não tenha feito?
() SIM () NÃO
41. Você freqüentemente tem que ficar de olho para evitar que as pessoas lhe usem ou lhe magoem? () SIM () NÃO
42. Você passa muito tempo pensando se pode confiar nos seus amigos ou nas pessoas com quem trabalha? () SIM () NÃO
43. Você acha que é melhor não deixar as outras pessoas saberem muito sobre sua vida porque poderão usar isso contra você? () SIM () NÃO
44. Você freqüentemente detecta ou percebe ameaças escondidas ou insultos nas coisas que as pessoas dizem ou fazem? () SIM () NÃO
45. Você é o tipo de pessoa que guarda ressentimentos ou leva um longo tempo para perdoar pessoas que insultaram ou ofenderam você? () SIM () NÃO
46. Existem muitas pessoas às quais você não consegue perdoar porque fizeram ou falaram algo para você há muito tempo? () SIM () NÃO
47. Você freqüentemente fica bravo ou agride verbalmente quando alguém o critica ou o insulta de alguma forma? () SIM () NÃO
48. Você freqüentemente suspeita que seu esposo ou parceiro tem sido infiel?
() SIM () NÃO

49. Quando você está em público e vê pessoas conversando, freqüentemente acha que estão conversando sobre você? () SIM () NÃO
50. Você freqüentemente tem a sensação de que as coisas que não tem um significado especial para a maioria das pessoas foram feitas para passar (na verdade existem para passar) uma mensagem para você? () SIM () NÃO
51. Quando você está entre pessoas, freqüentemente tem a sensação de que está sendo observado ou encarado? () SIM () NÃO
52. Você já pensou que pudesse fazer com que as coisas acontecessem apenas por desejá-las ou pensar muito nelas? () SIM () NÃO
53. Você já teve experiências pessoais com o sobrenatural? () SIM () NÃO
54. Você acredita que tem um “sexto sentido” que o permite saber ou prever coisas que os outros não conseguem? () SIM () NÃO
55. Freqüentemente lhe parece que os objetos ou sombras são realmente pessoas ou animais e que barulhos são na verdade vozes de pessoas? () SIM () NÃO
56. Você já teve a sensação de que alguma pessoa ou força está à sua volta, mesmo que você não possa ver ninguém? () SIM () NÃO
57. Você freqüentemente vê auras ou campos de energia em torno das pessoas?
() SIM () NÃO
58. Existem muito poucas pessoas das quais você é realmente próximo fora de sua família?
() SIM () NÃO
59. Você freqüentemente sente-se nervoso ou ansioso quando está com outras pessoas?
() SIM () NÃO
60. Você é indiferente quanto ao fato de ter algum relacionamento próximo?
() SIM () NÃO
61. Você quase sempre prefere fazer as coisas sozinho do com outras pessoas?
() SIM () NÃO
62. Você poderia estar contente sem nunca ter se envolvido sexualmente com alguém?
() SIM () NÃO
63. Existem muito poucas coisas que lhe dão prazer? () SIM () NÃO
64. Você é indiferente quanto ao que as outras pessoas pensam sobre você?
() SIM () NÃO

65. Você acha que nada deixa você muito triste ou muito feliz? () SIM () NÃO
66. Você gosta de se sentir o centro das atenções? () SIM () NÃO
67. Você paquera muito? () SIM () NÃO
68. Você freqüentemente se insinua ou tenta seduzir as pessoas? () SIM () NÃO
69. Você tenta chama atenção através do jeito que se veste ou aparenta? () SIM () NÃO
70. Você freqüentemente faz questão de ser dramático ou exagerado? () SIM () NÃO
71. Você freqüentemente muda de idéia sobre as coisas dependendo de quem está com você ou do que você acabou de ler ou de ver na TV? () SIM () NÃO
72. Você tem muitos amigos muito próximos ou íntimos? () SIM () NÃO
73. As pessoas freqüentemente falham em apreciar seus talentos especiais ou suas conquistas?
() SIM () NÃO
74. As pessoas já lhe disseram que você se acha mais do que realmente é?
() SIM () NÃO
75. Você pensa muito sobre o poder, a fama ou o reconhecimento que você ainda virá a ter algum dia? () SIM () NÃO
76. Você pensa muito sobre o romance perfeito que ainda terá algum dia?
() SIM () NÃO
77. Quando você tem algum problema, quase sempre insiste em falar com o superior ou o responsável? () SIM () NÃO
78. Você acha importante passar tempo com pessoas que são especiais ou influentes?
() SIM () NÃO
79. É muito importante para você que prestem atenção em você ou lhe admirem de alguma maneira? () SIM () NÃO
80. Você acha que não é necessário seguir algumas regras ou convenções sociais quando elas estão no seu caminho? () SIM () NÃO
81. Você acha que é o tipo de pessoa que merece um tratamento especial?
() SIM () NÃO
82. Você freqüentemente acha necessário passar por cima de algumas pessoas para conseguir o que quer? () SIM () NÃO
83. Você freqüentemente precisa colocar suas necessidades acima das de outras pessoas?

SIM NÃO

84. Você freqüentemente espera que as outras pessoas façam o que você pede sem questionar por você ser quem você é? SIM NÃO

85. Você é indiferente aos problemas e sentimentos das outras pessoas? SIM NÃO

86. As pessoas reclamam que você não as ouve ou que não se importa com os sentimentos delas? SIM NÃO

87. Você freqüentemente tem inveja dos outros? SIM NÃO

88. Você sente que os outros freqüentemente têm inveja de você? SIM NÃO

89. Você acha que são muito poucas as pessoas que merecem o seu tempo ou atenção?

SIM NÃO

90. Você já ficou várias vezes desesperado ao pensar que alguém que você realmente gostaria (abandoná-lo)deixá-lo? SIM NÃO

91. Os relacionamentos com as pessoas que você realmente se importa têm muitos altos e baixos? SIM NÃO

92. Você já mudou de repente a noção de quem você é ou quais são os seus objetivos?

SIM NÃO

93. É comum mudar dramaticamente a sua noção de quem você é? SIM NÃO

94. Você é diferente com pessoas diferentes ou em situações diferentes ao ponto de algumas vezes você não saber quem você realmente é? SIM NÃO

95. Houve muitas mudanças repentinas nos seus objetivos, planos de carreira, crenças religiosas e assim por diante? SIM NÃO

96. É comum você agir impulsivamente? SIM NÃO

97. Você já tentou se machucar, se matar ou ameaçou fazê-los? SIM NÃO

98. Você já se cortou, se queimou ou se arranhou de propósito? SIM NÃO

99. Você tem muitas mudanças bruscas de humor? SIM NÃO

100.É comum você se sentir vazio por dentro? SIM NÃO

101.Você tem explosões de temperamento ou fica tão bravo que perde o controle?

SIM NÃO

102.Você bate nas pessoas ou joga coisas quando fica bravo? SIM NÃO

103. Acontece de mesmo pequenas coisas deixarem você muito bravo? () SIM () NÃO
104. Quando você está sob muito estresse, você fica desconfiado das outras pessoas ou sente-se com a cabeça fora do ar? () SIM () NÃO
105. Antes dos 15 anos, você destratava ou ameaçava outras crianças? () SIM () NÃO
106. Antes dos 15 anos, você iniciava brigas? () SIM () NÃO
107. Antes dos 15 anos, você machucou ou ameaçou alguém com algo como um taco, tijolo, garrafa, faca ou arma de fogo? () SIM () NÃO
108. Antes dos 15 anos, você deliberadamente torturou alguém ou causou alguma dor física e sofrimento a alguém? () SIM () NÃO
109. Antes dos 15 anos, você torturou ou machucou animais de propósito?
() SIM () NÃO
110. Antes dos 15 anos, você roubou ou pegou algo a força de alguém ameaçando essa pessoa? () SIM () NÃO
111. Antes dos 15 anos, você forçou alguém a fazer sexo com você ou se despir na sua frente ou tocá-lo sexualmente? () SIM () NÃO
112. Antes dos 15 anos, você provocou incêndios de propósito? () SIM () NÃO
113. Antes dos 15 anos, você destruiu coisas que não eram suas? () SIM () NÃO
114. Antes dos 15 anos, você invadiu casas, prédios ou carros? () SIM () NÃO
115. Antes dos 15 anos, você contou muitas mentiras ou passou muitas pessoas para trás?
() SIM () NÃO
116. Antes dos 15 anos, você roubou coisas de lojas ou forjou a assinatura de alguém?
() SIM () NÃO
117. Antes dos 15 anos, você fugiu de casa e passou a noite fora? () SIM () NÃO
118. Antes dos 13 anos, era comum você só voltar para casa tarde, muito depois da hora esperada para estar em casa? () SIM () NÃO
119. Antes dos 13 anos, você matava aula ou deixava de ir à escola com frequência?
() SIM () NÃO
120. Você já fez coisas que eram contra a lei – mesmo se você não foi pego – como roubar, usar ou vender drogas, passar cheques sem fundos ou outras?
() SIM () NÃO

(Se NÃO, você já foi preso alguma vez?)

SIM NÃO

121. Você muitas vezes descobre que tem de mentir para conseguir o que você quer?

SIM NÃO

122. Você muitas vezes faz coisas no calor do momento sem pensar em como isso irá afetar a você mesmo ou a outras pessoas? SIM NÃO

Houve um tempo em que você não tinha lugar fixo para morar? SIM NÃO

Por quanto tempo?

123. Depois que você tinha 15 anos, você se envolveu em brigas? SIM NÃO

Quão frequentemente?

Você alguma vez jogou coisas ou bateu no seu esposo(a), parceiro(a)? SIM NÃO

Alguma vez você bateu num criança, sua ou de alguém, tão forte que ela ficou com manchas roxas ou teve que ficar de cama ou ir ao médico?

SIM NÃO

124. Você já dirigiu um carro quando estava bêbado(a) ou drogado(a)? SIM NÃO

Você sempre usa proteção quando faz sexo com uma pessoa que não conhece muito bem?

SIM NÃO

Alguém alguma vez disse que você deixou uma criança de que você estava cuidando ficar numa situação perigosa? SIM NÃO

125. Quanto tempo nos últimos 5 anos você ficou sem trabalhar? _____

SE FOR POR UM PERÍODO PROLONGADO: Por que?

Alguma vez você deveu dinheiro para alguém e não pagou? SIM NÃO

Se SIM, com que frequência? _____

Quando você estava trabalhando, você faltava muito ao trabalho? SIM NÃO

Se SIM, por que? _____

126. Se SIM, você acha que o que você fez foi errado de algum jeito? SIM NÃO

ANEXO C – GAF
Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF)

| | |
|--|--|
| <p>Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional em um continuum hipotético de saúde-doença mental. Não incluir prejuízos no funcionamento quando decorrentes de limitações físicas ou ambientais.Código</p> | <p>(Obs.: Usar códigos intermediários quando apropriado, p. ex., 45, 68, 72)</p> |
| <p>100</p> <p>91</p> | <p>Funcionamento superior em uma ampla faixa de atividades, problemas de vida jamais vistos fora de seu controle, é procurado por outros em vista de suas muitas qualidades positivas. Não apresenta sintomas.</p> |
| <p>90</p> <p>81</p> | <p>Sintomas ausentes ou mínimos (p. ex., leve ansiedade antes de um exame), bom funcionamento em todas as áreas, interessado e envolvido em uma ampla faixa de atividades, socialmente efetivo, satisfeito em geral com a vida, nada além de problemas ou preocupações cotidianas (p.ex., uma discussão ocasional com um membro da família).</p> |
| <p>80</p> <p>71</p> | <p>Se sintomas estão presentes, são temporários e reações previsíveis a estressores psicossociais (p.ex., dificuldade de concentração após discussão em família); leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p.ex., declínio temporário na escola).</p> |
| <p>70</p> <p>61</p> | <p>Alguns sintomas leves (como humor depressivo e insônia leve) OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p. ex., ocasionais faltas injustificadas na escola, ou furtos dentro de casa), mas geralmente funcionando bem; possui alguns relacionamentos interpessoais significativos.</p> |

| | | |
|----|----|--|
| 60 | 51 | Sintomas moderados (afeto embotado, ala circunstancial, ataques de pânico) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (poucos amigos, conflitos com companheiros ou colegas de trabalho). |
| 50 | 41 | Sintomas sérios (ideação suicida, rituais obsessivos graves, furtos freqüentes em lojas) OU qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar (nenhum amigo, incapaz de se manter no emprego) |
| 40 | 31 | Algum prejuízo no teste de realidade e comunicação (fala às vezes ilógica, obscura ou irrelevante) OU prejuízo importante em diversas áreas, como emprego ou escola, relações familiares, julgamento, pensamento ou humor (adulto deprimido, evita amigos, negligencia a família, é incapaz de trabalhar, criança agride frequentemente mais jovens, é desafiadora em casa e vai mal na escola). |
| 30 | 21 | Comportamento consideravelmente influenciado por delírios ou alucinações OU grave prejuízo na comunicação ou julgamento (ocasionalmente incoerente, age de forma grosseiramente inapropriada, preocupações suicidas) OU inabilidade para funcionar na maioria das áreas (permanece na cama o dia inteiro; sem emprego, casa ou amigos). |
| 20 | 11 | Algum perigo de ferir a si mesmo ou a outros (tentativas de suicídio, mas sem claro desejo de morrer: frequentemente violento; excitação maníaca) OU falha em manter minimamente a higiene pessoal (suja-se com fezes) OU prejuízo grosseiro na comunicação (amplamente incoerente ou em mutismo). |
| 10 | 1 | Perigo persistente de se ferir gravemente ou a outros (violência recorrente) OU inabilidade persistente para manter higiene pessoal mínima OU ato suicida grave, com clara expectativa de morrer. |
| | 0 | Informações inadequadas |

Anexo D - DSQ –Defense Style Questionnaire – DSQ-40

Nome: _____ Idade: _____

Este questionário consiste de 40 afirmativas relacionadas a como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa e assinale sua resposta, de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5 indicaria que você nem concorda e nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente e um escore de 9 que você concorda fortemente.

1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isso, eu fico deprimido.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura e marcenaria.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
6. As pessoas tendem a me tratar mal.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que essa pessoa seja ajudada ao invés de punida.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
11. Eu freqüentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
13. Eu sou uma pessoa muito inibida.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
15. Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
18. Eu não tenho medo de nada.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
20. Eu fico francamente agressivo quando sou magoado.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
22. Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
24. Eu conheço alguém que é capaz de ser justo e imparcial em qualquer coisa que faça.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
26. Eu freqüentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
27. Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
28. Eu freqüentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito irritado.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

33. Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

34. Frequentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

35. Se eu puder saber com antecedência que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

37. Frequentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

Anexo E - RFQ – Reflective Functioning Questionnaire

O Questionário de Função Reflexiva¹¹ avalia a reflexão sobre estados mentais internos, tais como sentimentos, desejos e atitudes de si mesmo e dos outros. Trata-se de uma escala com 46 itens do tipo Likert de seis pontos (1 = discordo totalmente e 6 = concordo totalmente). O instrumento possui duas subescalas: a RFQ_C avalia certeza sobre estados mentais, e o escore permite a identificação de hipermentalização e mentalização genuína. A RFQ_U avalia incerteza sobre estados mentais, sendo o escore indicativo de hipomentalização e mentalização genuína. Os estudos preliminares de Fonagy et al. (2016) atestam evidências preliminares de confiabilidade e validade do instrumento. No estudo, será usada a versão traduzida e adaptada para o Português do Brasil por Aline Bittencourt e Fernanda Serralta, da UNISINOS.

Reflective Functioning Questionnaire 54 – Portuguese version

Por favor, leia as 54 afirmações a seguir. Para cada afirmação, escolha um número entre 1 e 7 para dizer o quanto você discorda ou concorda com a afirmação, e escreva o número ao lado da afirmação. Não pense muito sobre ela — suas primeiras respostas são geralmente as melhores. Obrigado.

| | Discordo Totalmente | | | | Concordo Totalmente | | |
|--|------------------------|---|---|---|------------------------|---|---|
| 1. Os pensamentos das pessoas são um mistério para mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. É fácil pra mim descobrir o que outra pessoa está pensando ou sentindo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. A imagem que tenho dos meus pais muda conforme eu mudo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Eu me preocupo muito sobre o que as pessoas estão pensando e sentindo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Eu presto atenção no impacto das minhas ações nos sentimentos dos outros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Eu levo muito tempo para entender os pensamentos e sentimentos de outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Eu sei exatamente o que meus amigos mais próximos estão pensando. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Eu sempre sei o que sinto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | Discordo | | | | Concordo | | |
|---|------------|---|---|---|----------|------------|---|
| | Totalmente | | | | | Totalmente | |
| 9. Como eu me sinto pode facilmente afetar como eu entendo o comportamento de outra pessoa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Posso dizer como alguém está se sentindo olhando nos seus olhos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Me dou conta que as vezes posso interpretar mal as reações dos meus melhores amigos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Muitas vezes fico confuso(a) sobre o que estou sentindo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Me pergunto o que os meus sonhos significam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Nunca é difícil para mim entender o que se passa na mente de outra pessoa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Eu acho que o comportamento dos meus pais em relação à mim não deveria ser explicado pela forma como foram criados. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Nem sempre sei porque eu faço o que eu faço. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Tenho notado que muitas vezes as pessoas dão conselhos aos outros que na realidade elas mesmas gostariam de seguir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. É realmente difícil para mim entender o que se passa na cabeça das outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. Outras pessoas me dizem que sou um(a) bom(boa) ouvinte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Quando eu fico com raiva eu falo coisas sem realmente saber por que as estou dizendo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | Discordo | | | | Concordo | | |
|--|------------|---|---|---|----------|------------|---|
| | Totalmente | | | | | Totalmente | |
| 21. Eu costumo ser curioso(a) sobre o significado por trás das ações dos outros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. Eu realmente me esforço muito para entender os sentimentos dos outros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. Frequentemente eu tenho que forçar as pessoas a fazer o que eu quero que elas façam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. As pessoas próximas a mim muitas vezes parecem achar difícil entender por que eu faço as coisas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. Eu sinto que, se eu não tiver cuidado, poderia me intrometer na vida dos outros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 26. Os pensamentos e sentimentos das outras pessoas são confusos para mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 27. Na maioria das vezes eu posso prever o que outra pessoa vai fazer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 28. Fortes sentimentos costumam obscurecer meus pensamentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 29. Para saber exatamente como uma alguém está se sentindo, eu descobri que preciso lhe perguntar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 30. Minha intuição sobre uma pessoa quase nunca está errada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 31. Eu acredito que as pessoas podem ver uma situação de formas muito diferentes com base em suas próprias crenças e experiências. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 32. Às vezes me pego dizendo coisas e não tenho nem ideia porque as disse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | Discordo | | | | Concordo | | |
|---|------------|---|---|---|----------|------------|---|
| | Totalmente | | | | | Totalmente | |
| 33. Eu gosto de pensar sobre as razões por trás das minhas ações. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 34. Eu normalmente tenho uma boa ideia do que se passa na mente das outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 35. Eu confio nos meus sentimentos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 36. Quando eu fico com raiva digo coisas que me arrependo depois. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 37. Eu fico confuso(a) quando as pessoas falam sobre seus sentimentos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 38. Eu sou um bom leitor de mente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 39. Com frequência eu sinto que a minha mente está vazia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 40. Se eu me sinto inseguro, posso me comportar de maneiras que incomodam os outros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 41. Eu acho difícil entender os pontos de vista das outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 42. Eu geralmente sei exatamente o que as pessoas estão pensando. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 43. Eu assumo que os meus sentimentos podem mudar mesmo sobre algo que tenho convicção. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 44. Às vezes eu faço coisas sem saber realmente o porquê. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 45. Eu presto atenção nos meus sentimentos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | Discordo | | | | Concordo | | |
|--|------------|---|---|---|----------|------------|---|
| | Totalmente | | | | | Totalmente | |
| 46. Em uma discussão, eu considero o ponto de vista da outra pessoa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 47. A minha intuição sobre o que outra pessoa está pensando é normalmente muito precisa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 48. Compreender as razões para as ações das outras pessoas me ajuda a perdoá-las. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 49. Eu acredito que não há uma maneira CERTA de ver uma situação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 50. Eu sou melhor guiado(a) pela razão do que pela minha intuição. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 51. Eu não me lembro muito de quando eu era criança. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 52. Eu acredito que não tem sentido tentar adivinhar o que se passa na mente de outra pessoa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 53. Para mim, ações dizem mais do que palavras. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 54. Eu acredito que as outras pessoas são muito confusas para eu me dar ao trabalho de tentar entendê-las. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

ANEXO F - SRQ 20**S R Q - 20**

Circule a resposta mais adequada a sua situação (sim ou não)

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Você tem dores de cabeça com frequência? | SIM | NÃO |
| 2. Tem falta de apetite? | SIM | NÃO |
| 3. Dorme mal? | SIM | NÃO |
| 4. Fica com medo com facilidade? | SIM | NÃO |
| 5. Suas mãos tremem? | SIM | NÃO |
| 6. Sente-se nervoso, tenso ou preocupado? | SIM | NÃO |
| 7. Tem problemas digestivos? | SIM | NÃO |
| 8. NÃO consegue pensar com clareza? | SIM | NÃO |
| 9. Sente-se infeliz? | SIM | NÃO |
| 10. Chora mais que o comum? | SIM | NÃO |
| 11. Acha difícil gostar de suas atividades diárias? | SIM | NÃO |
| 12. Acha difícil tomar decisões? | SIM | NÃO |
| 13. Seu trabalho diário é um sofrimento (tormento)? | SIM | NÃO |
| 14. NÃO é capaz de ter um papel útil na vida? | SIM | NÃO |
| 15. Perdeu interesse pelas coisas? | SIM | NÃO |
| 16. Acha que é uma pessoa que não vale nada? | SIM | NÃO |
| 17. O pensamento de acabar com a vida já passou por sua cabeça? | SIM | NÃO |
| 18. Sente-se cansado o tempo todo? | SIM | NÃO |
| 19. Tem sensações desagradáveis no estômago? | SIM | NÃO |
| 20. Fica cansado com facilidade? | SIM | NÃO |

ESCORE