

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

Leonardo Gonçalves

**ESTUDO DA RESILIÊNCIA EM DIFERENTES CONTEXTOS: PACIENTES COM
TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES EM PSICOTERAPIA E EM AMOSTRA
COMUNITÁRIA NA PANDEMIA POR COVID-19**

Porto Alegre, novembro de 2021

Leonardo Gonçalves

**ESTUDO DA RESILIÊNCIA EM DIFERENTES CONTEXTOS: PACIENTES COM
TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES EM PSICOTERAPIA E EM AMOSTRA
COMUNITÁRIA NA PANDEMIA POR COVID-19**

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

Orientadora: Prof. Dra. Neusa Sica da Rocha

Porto Alegre, novembro de 2021

CIP - Catalogação na Publicação

Gonçalves, Leonardo
Estudo da resiliência em diferentes contextos:
pacientes com transtornos mentais graves em
psicoterapia e em amostra comunitária na pandemia por
covid-19 / Leonardo Gonçalves. -- 2022.
168 f.
Orientadora: Neusa Sica da Rocha.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do
Comportamento, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Resiliência Psicológica. 2. Psicoterapia. 3.
Personalidade. 4. Transtornos Mentais Graves. I. da
Rocha, Neusa Sica, orient. II. Título.

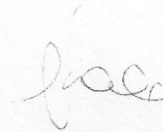
Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Porto Alegre, 21 de março de 2022.

À Comissão Coordenadora

Declaro que revisei a versão final da Tese “ESTUDO DA RESILIÊNCIA EM DIFERENTES CONTEXTOS: PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES EM PSICOTERAPIA E EM AMOSTRA COMUNITÁRIA NA PANDEMIA POR COVID-19”, de autoria do doutorando Leonardo Gonçalves, tendo constatado que foram feitas as correções sugeridas pela Banca Examinadora, estando apto ao registro da Biblioteca da FAMED em consonância com as normas exigidas por esse PPG.

Atenciosamente,



Prof. Dra Neusa Sica da Rocha
Orientadora

“O caos é uma ordem por decifrar”

LIVRO DOS CONTRÁRIOS

José Saramago, in O homem duplicado

AGRADECIMENTOS

À prof. Neusa Sica da Rocha por seu entusiasmo contagiante pela pesquisa e modelo como mestre.

Aos meus pais Maria Teresa e Sérgio e familiares pelo incentivo a aproveitar e acreditar em exercer o potencial ao máximo.

À minha namorada Anelise Crippa que sempre apoiou meu desenvolvimento acadêmico e teve paciência com os sacrifícios necessários à empreitada.

Aos colegas do grupo de pesquisa IQOL pelo companheirismo e colaboração. Em especial aos colegas Guilherme Kirsten Barbisan e Cíntia D. A. Vasconcelos Rebouças pela parceria incansável nos projetos em conjunto.

À Vânia Hirakata pela pacienciosa ajuda para lidar com questões metodológicas complexas.

À Claudia Garbinski por sua presteza e gentileza em ajudar a resolver entraves burocráticos.

RESUMO

Resiliência é um conceito multidisciplinar derivado da física ligado a propriedade elástica de alguns materiais de recuperar sua forma após sofrer uma deformação. No campo da Psiquiatria e Psicologia consideramos resiliência psicológica como o processo dinâmico e multidimensional de um ser humano lidar com uma adversidade e apresentar um desfecho favorável após a cessação dessa. Há cerca de quatro décadas a resiliência psicológica vem sendo estudada com diversos avanços, porém ainda com controvérsias quanto ao seu conceito e aplicação. Objetivo desta tese de doutorado visa estudar a resiliência em diferentes contextos: uma amostra de pacientes com Transtorno Mental Grave (TMG) em psicoterapia e numa população comunitária no início da pandemia por COVID-19.

No primeiro estudo, 83 pacientes em psicoterapia, considerados com TMG pelo perfil de alta taxa de uso de psicofármacos, internações e tentativas de suicídio prévias, foram avaliados quanto a fatores sociodemográficos, resiliência (CDRISC), estressores (LEQ), suporte social (MOS), personalidade (PID-5), mecanismos de defesa (DSQ-40), qualidade de vida (WHOQOL-BREF), sintomatologia depressiva (BDI) e ansiosa (BAI). A resiliência média da amostra foi considerada baixa, compatível com o perfil de TMG. Após uma análise de correlação de Pearson foi realizada uma análise multivariada *backwards* com os fatores significativos da primeira etapa que mostrou uma associação significativamente positiva entre resiliência e mecanismos de defesa maduros ($B = 2.55$, $p = 0.021$) e com o traço de personalidade do antagonismo ($B = 7.67$, $p = 0.006$). Houve associação significativamente negativa com sintomas depressivos ($B = -0.5$, $p = 0.004$) e traço de afetividade negativa ($B = -12.1$, $p < 0.001$). A análise de mediação mostrou que este efeito foi significativo para os sintomas depressivos ($b = -7.32$, BCa CI 95% [-12.6, -3.07]) e que esta variável mediou 46% da

relação entre afetividade negativa e resiliência. Concluímos, falando sobre a importância dos fatores de personalidade e mecanismos de defesa representando variáveis de traço em pacientes com TMG e dos sintomas depressivos como variável estado. Estes fatores impactaram mais que os demais na resiliência psicológica, como suporte social e nível de estressores, devendo ser foco de investigação para as intervenções em psicoterapia.

No segundo estudo, foi conduzido um questionário online usando a técnica de recrutamento de *snowball* com amostra comunitária no período de 14 a 23 de abril de 2020, no início do impacto da pandemia por COVID-19 no Brasil. Foram avaliados fatores sociodemográficos, resiliência (CDRISC-10), suporte social (mMOS-SS), sintomas depressivos (PHQ-9), espiritualidade (WHOQOL-SRPB BREF) e qualidade de vida (EUROHIS-Qol). A amostra foi dividida em três grupos etários: adultos jovens (18-35 anos), de meia-idade (36-59 anos) e adultos mais velhos (>60 anos) para investigar os preditores em análise univariada. A análise multivariada revelou que o modelo final foi responsável por 34,3% da variância da resiliência, correspondendo a um tamanho de efeito moderado. Resiliência estava significativamente e positivamente associada a espiritualidade ($\beta = 0.28$; $p < 0.001$) e qualidade de vida ($\beta = 0.23$; $p < 0.001$). E negativamente associada ao diagnóstico de depressão ($\beta = -0.18$; $p < 0.001$). Os três preditores apresentaram efeito de mediação estatisticamente significativo entre faixa etária e resiliência. Concluímos que em populações comunitárias o grau de resiliência sofre influência de fatores de proteção como idade madura, espiritualidade e qualidade de vida e que o diagnóstico de depressão representa um fator de risco.

Palavras-chave: resiliência, psicoterapia, personalidade, doença mental grave

ABSTRACT

Resilience is a multidisciplinary concept derived from physics linked to the elastic property of some materials to regain their shape after suffering deformation. In the field of Psychiatry and Psychology, we consider psychological resilience as the dynamic and multidimensional process of a human being dealing with adversity and presenting a favorable outcome after its cessation. For about four decades, psychological resilience has been studied with several advances, but still with controversies regarding its concept and application. The aim of this doctoral thesis is to study resilience factors in a sample of patients with Severe Mental Disorder (SMD) undergoing psychotherapy and in a community population at the outbreak of the COVID-19 pandemic.

In the first study, 83 patients in psychotherapy, considered with TMG due to the profile of high rate of psychotropic drug use, hospitalizations and previous suicide attempts, were evaluated for sociodemographic factors, resilience (CDRISC), stressors (LEQ), social support (MOS), personality (PID-5), defense mechanisms (DSQ-40), quality of life (WHOQOL-BREF), depressive symptomatology (BDI) and anxiety (BAI). The average resilience of the sample was considered low, compatible with the TMG profile. After a Pearson correlation analysis, a backwards multivariate analysis was performed with the significant factors of the first step, which showed a significantly positive association between resilience and mature defense mechanisms ($B = 2.55$, $p = 0.021$) and with the personality trait of antagonism ($B = 7.67$, $p = 0.006$). There was a significantly negative association with depressive symptoms ($B = -0.5$, $p = 0.004$) and negative affective trait ($B = -12.1$, $p < 0.001$). Mediation analysis showed that this effect was significant for depressive symptoms ($b = -7.32$, BCa CI 95% [-12.6, -3.07]) and that this variable mediated 46% of the relationship between negative affectivity and

resilience. We conclude that the importance of personality factors and defense mechanisms with trait variables in patients with TMG and depressive symptoms as a state variable impacted more than other factors already described as social support and level of stressors in psychological resilience and should be the focus of investigation for interventions in psychotherapy. In the second study, an online questionnaire was conducted using the snowball recruitment technique with a community sample from April 14 to 23, 2020, at the beginning of the impact of the COVID-19 pandemic in Brazil. Sociodemographic factors, resilience (CDRISC-10), social support (mMOS-SS), depressive symptoms (PHQ-9), spirituality (WHOQOL-SRPB BREF) and quality of life (EUROHIS-Qol) were evaluated. The sample was divided into three age groups: young adults (18-35 years), middle-aged (36-59 years) and older adults (>60 years) to investigate predictors in univariate analysis. The multivariate analysis revealed that the final model was responsible for 34.3% of the variance in resilience, corresponding to a moderate effect size. Resilience was significantly and positively associated with spirituality ($\beta = 0.28$; $p < 0.001$) and quality of life ($\beta = 0.23$; $p < 0.001$). And negatively associated with the diagnosis of depression ($\beta = -0.18$; $p < 0.001$). The three predictors had a statistically significant mediation effect between age and resilience. We conclude that, in community populations, the degree of resilience is influenced by protective factors such as mature age, spirituality and quality of life, and that the diagnosis of depression represents a risk factor.

Keywords: Resilience, psychotherapy, personality, severe mental disorder

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	<i>American Psychological Association</i>
BDNF	Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (<i>Brain-Derived Neurotrophic Factor</i>)
CDRISC	<i>Connor–Davidson resilience scale</i>
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª edição
DSQ-40	<i>Defense Style Questionnaire</i>
EUROHIS-Qol	<i>Europe Health Interview Surveys Quality of Life Abbreviated Instrument</i>
GAF	<i>Global Assessment of Functioning</i>
GHQ	<i>General Health Questionnaire</i>
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
LEQ	<i>Life Events Questionnaire</i>
LIPO	<i>Longitudinal Investigation of Psychotherapy Outcomes</i>
mMOS-SS	<i>Modified Medical Outcomes Study Social Support Survey</i>
NEO-FFI	<i>Neuroticism, Extroversion, Openness, Five Factor Inventory</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
QI	Quociente de inteligência
PASTOR	<i>Positive appraisal style theory of resilience</i>
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire</i>
RSA	<i>Resilience Scale for Adults</i>
PDT	<i>Psychodynamic Psychotherapy</i>
SARS-CoV-2	<i>New severe acute respiratory syndrome coronavirus 2</i>
SMD	<i>Severe Mental Disorder</i>
TB	Transtorno Bipolar
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TIP	Terapia Interpessoal
TEPT	Transtorno do estresse pós-traumático
TMG	Transtorno Mental Grave
WHOQOL-SRPB BREF	<i>The World Health Organisation Quality of Life assessment - spiritual, religious and personal beliefs Abbreviated Instrument</i>

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	6
RESUMO	7
ABSTRACT	9
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	11
SUMÁRIO	13
1. APRESENTAÇÃO	13
2. INTRODUÇÃO	16
3. REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 Histórico da resiliência	19
3.2 Medidas de resiliência	25
3.3 Resiliência nos transtornos mentais	28
3.3.1 Resiliência nos Transtornos Mentais Graves	29
3.4 Resiliência e fatores de personalidade	32
3.5 Resiliência e mecanismos de defesa	35
3.6 Resiliência no contexto da pandemia por COVID/19	39
4. JUSTIFICATIVA	43
5. OBJETIVOS	45
5.1 Objetivo geral	45
5.2 Objetivos específicos	45
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	46
7. HIPÓTESES	47
8. METODOLOGIA	48
9. ARTIGOS	51
9.1 Artigo 1	51
8.1.1 Carta de submissão	51
9.2 Artigo 2	80
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
12. OUTRAS PRODUÇÕES	112
ANEXOS	113
Anexo A – Artigos publicados como primeiro autor e em coautoria durante o período do doutorado.	113
Anexo B – Termos de consentimento Livre e Esclarecido e Protocolo do estudo	115

1. APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado se intitula: “Estudo da resiliência em diferentes contextos: pacientes com transtornos mentais graves em psicoterapia e em amostra comunitária na pandemia por COVID 19” a ser apresentada no Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

O objetivo desta tese foi investigar os mecanismos envolvidos no fenômeno conhecido como resiliência psicológica, aplicado a diferentes populações clínicas e comunitárias. O fenômeno da resiliência tem recebido crescente interesse na comunidade científica desde a década de 70 com a evolução do seu constructo a partir de diferentes perspectivas e contextos, principalmente considerando populações em risco de estresse e trauma, porém com menos estudos em pacientes crônicos e com doença mental grave já estabelecida.

Esta tese de doutorado foi inspirada e dá continuidade ao estudo da resiliência em pacientes com doença mental grave com pacientes internados (1). A partir dos achados encontrados neste estudo transversal surgiu a motivação de estender a compreensão dos mecanismos de resiliência em um estudo observacional longitudinal com pacientes ambulatoriais em diferentes modalidades de psicoterapia e com perfil semelhante ao do estudo citado, ou seja, com altas taxas de tentativas de suicídio, internações psiquiátricas e uso de psicofármacos (2).

Com o advento da pandemia por coronavírus (Sars-CoV-19) no final de 2019 o impacto sobre a saúde mental aumentou o interesse sobre formas de lidar com os efeitos deletérios do confinamento social, perdas econômicas, luto decorrente de mortes em massa e mudanças nas relações interpessoais com os cuidados necessários a prevenção de contágio. Neste cenário a busca por formas de lidar com tamanho estresse em

diferentes níveis, trouxe novamente para o campo da resiliência uma busca da compreensão de fatores de proteção, recuperação ou tamponamento dos efeitos dos

estressores. Neste caso, o interesse foi para entendimento do efeito mais abrangente sobre populações comunitárias, visto o desconhecimento até então neste grau de um fenômeno sem precedentes pelo seu alcance global. Houve ainda o facilitador de ferramentas de pesquisa por meio da Internet, o que aumentou o alcance e o tamanho das amostras ao redor do mundo.

Esta tese divide-se em 5 partes. Inicialmente, na introdução apresentamos uma revisão geral do campo da resiliência psicológica com seus conceitos fundamentais. A segunda parte engloba a revisão da literatura onde estabelecemos a evolução histórica do conceito de outras áreas do conhecimento humano e que evoluiu desde a década de 70 até hoje, ainda não havendo um consenso na comunidade científica do que ele representa e qual a melhor forma de avaliá-lo, se por questionários ou por alguma medida direta.

A terceira parte estabelece os objetivos, justificativa e as considerações éticas.

A quarta parte apresenta os artigos resultantes do presente trabalho. No artigo 1, submetido à revista *Psychotherapy Research*, avaliamos transversalmente em uma amostra longitudinal de pacientes em psicoterapia fatores de personalidade e depressão associados à resiliência. No artigo 2, submetido à revista *PlosOne*, avaliamos transversalmente uma amostra comunitária através de questionário online um modelo de mediação da resiliência entre sintomas depressivos e qualidade de vida.

A quinta parte traz as considerações finais, as referências bibliográficas, outras produções científicas e os anexos.

2. INTRODUÇÃO

A experiência humana é marcada pela vivência de diferentes tipos e níveis de estresse, desde os graus mais leves como a espera em uma fila de banco até situações catastróficas como um assalto a mão armada ou a perda de sua família e de sua casa em uma catástrofe natural. As consequências de cada uma destas situações também são muito variadas, desde um mínimo desconforto passageiro até quadros de grave incapacitação física, mental e funcional, como no caso do estresse pós-traumático (TEPT).

A psiquiatria em particular sempre lidou com o efeito patológico das situações traumáticas, quando o quadro já produziu prejuízo considerável e, muitas vezes, irreversível, inclusive com alterações da personalidade (3). Entretanto, nas últimas décadas tem havido crescente interesse no conceito de Psicologia/Psiquiatria Positiva, com seu artigo seminal publicado em 2000 pelo presidente da APA na época, Martin Seligman (4). Trata-se de um avanço do modelo de saúde-doença inaugurado pelo novo conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946 que afirma que saúde “é o completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença ou enfermidade”(5). A psiquiatria positiva visa estudar fatores que promovam saúde mental e previnam transtornos como: otimismo, criatividade, sabedoria, espiritualidade, empatia e resiliência (4).

A resiliência vem sendo estudada mesmo antes do surgimento do campo da Psiquiatria Positiva desde a década de 70 com intuito de compreender inicialmente quais fatores preservariam o desenvolvimento saudável em crianças provenientes de comunidades de precário nível socioeconômico (6–8). O termo recorre a um conceito da física da propriedade de alguns materiais recuperarem seu estado inicial após sofrerem uma deformação, como observado comumente em um elástico. Esse conceito foi

transportado para o campo da psicologia para compreensão inicialmente de quais qualidades essas crianças apresentavam que as protegiam de um destino adverso, como pobreza e criminalidade. Ao longo das últimas décadas o estudo da resiliência se ampliou tanto para a compreensão destes traços protetores quanto para o processo em si, avaliando populações com risco para desenvolvimento de transtornos mentais como, por exemplo, policiais, estudantes universitários e nos esportistas profissionais (9) (fig.1); como para populações clínicas, como no TEPT (10). Em ambas as situações têm se buscado formas de desenvolver a resiliência psicológica tanto para prevenir o adoecimento no primeiro caso, quanto para promover uma recuperação ou pelo menos redução de sintomas quando já está estabelecido um transtorno mental. Para tanto, programas que promovem a resiliência têm sido desenvolvidos especificamente para isso (11,12) e tem se estudado qual o papel das psicoterapias tradicionais, como a Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) e o Mindfulness (13).

A figura 1 mostra a multidisciplinaridade do campo da resiliência humana; para fins de delimitação do escopo desta tese, nos detivemos principalmente às áreas da psiquiatria, psicologia e desenvolvimento humano. A resiliência ainda é estudada fora do campo humano, como em redes de computadores e na ecologia (14).

O campo da psiquiatria lida com o conceito de doença ou transtorno mental grave, que é o quadro clínico marcado por prejuízo funcional persistente, alto índice de tentativas de suicídio, internações e necessidade de psicofármacos (15–17). São pacientes com alta complexidade que na maioria das vezes necessitam de tratamentos combinados com psicoterapia e psicofármacos, além de acompanhamento multiprofissional. O estudo dos mecanismos de resiliência desta população tem recebido menos atenção na literatura. O projeto LIPO (2), do qual este trabalho foi derivado, busca estudar elementos da psiquiatria positiva, como resiliência, qualidade de vida e espiritualidade em populações com transtorno mental grave com intuito de

compreender seus mecanismos e discutir formas de aprimorar as intervenções, como nas psicoterapias e assim auxiliar na promoção destes fatores e redução de sua morbimortalidade.



Figura 1 (Adaptado de Thomas, 2015)

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Histórico da resiliência

Segundo Richardson (2002), podemos dividir a história da resiliência em três fases ou ondas. A primeira onda corresponde aos primeiros estudos da década de 60 e 70 que avaliavam crianças em situações de vulnerabilidade familiar e socioeconômica (6). Buscava-se entender quais qualidades ou habilidades faziam estas crianças superarem um contexto de adversidade assim como fatores ambientais que poderiam colaborar como fatores de proteção. Um extenso inventário de qualidades resilientes foi descrito: otimismo, autoeficácia, autoestima, humor, entre outros (11,18). Em vários estudos também foi ressaltado que a presença de uma relação saudável com um adulto e um sistema de suporte escolar e social também favoreceriam a superação da situação de vulnerabilidade (8,19). Neste período houve uma busca para mapear os fatores de proteção no processo de desenvolvimento saudável de populações de risco em estudos longitudinais.

A segunda fase corresponderia ao estudo do processo da resiliência, ou seja, como se daria em etapas o processo desde a interação com um estressor até sua reintegração, chamado processo de perturbação-reintegração e assim poder aplicar o que se aprendeu na fase anterior para poder ensinar ou capacitar as pessoas em situação de risco a lidar com as adversidades (20,21). A figura 2 mostra como ocorre esse processo dinâmico. Há um estado basal de homeostase em que o indivíduo teria fatores de proteção como os descritos na primeira onda de investigação da resiliência, como humor, habilidade social, autoeficácia, regulação emocional e apoio social. Os estressores de diversos níveis interagiriam com esses fatores gerando um desequilíbrio ou ruptura. A partir daí ocorreriam diferentes desfechos de reintegração, do mais

saudável ao mais patológico. Na reintegração resiliente, o indivíduo apresentaria um crescimento psicológico com o estressor, como por exemplo desenvolvendo uma habilidade ou virtude e esta até poderia se tornar um novo fator de proteção. Na reintegração com volta à homeostase, simplesmente há um retorno ao estado basal, ou zona de conforto; como exemplo, poderíamos considerar a remissão de sintomas de ansiedade após um trauma. Na terceira, já no nível patológico, ocorre reintegração com alguma perda, ou seja, a pessoa desiste de alguma motivação, esperança ou impulso devido a alguma demanda da vida (Richardson, 2002). Por último, na reintegração disfuncional, a pessoa recorre ao uso de substâncias psicoativas, comportamentos autodestrutivos ou outros meios para lidar com estas demandas (Richardson, 2002).

A terceira fase dá continuidade ao entendimento do processo da resiliência, tratado atualmente como uma área multidisciplinar e multinível que busca também uma aplicação prática para populações de risco de transtornos mentais, como policiais, estudantes e famílias disfuncionais. Esta fase contemporânea ainda busca qual a melhor forma de medir a resiliência, se com questionários ou alguma medida direta e qual o melhor desenho e metodologia. Há várias críticas quanto às escalas, visto que cada uma propõe um conceito diferente de resiliência. Kalisch (2015) propõe uma medida direta através de estudos longitudinais com medidas seriadas tanto da exposição estressora quanto do seu efeito em escalas gerais de sintomas psiquiátricos, obtendo através de razão de um pelo outro uma medida objetiva de resiliência. O autor acredita que através deste método possa ser possível identificar quais os mecanismos da resiliência, dentre os quais ele hipotetiza que o principal seja o de reapreciação (22). Só então com o(s) mecanismo(s) de resiliência bem estabelecido(s) poderíamos desenvolver formas de promovê-lo(s).

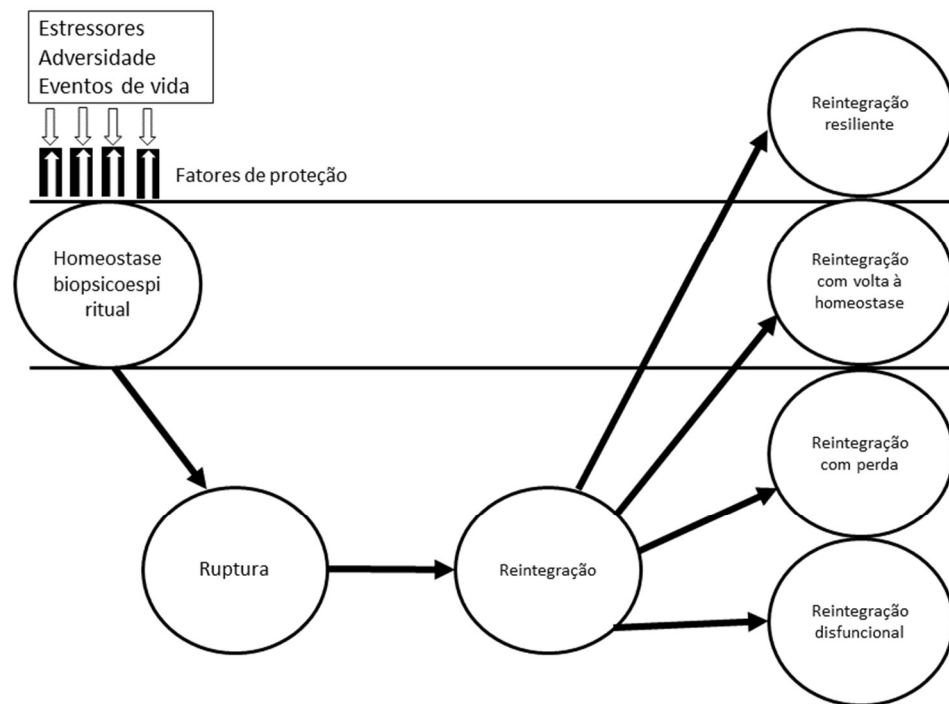


Figura 2: O modelo da resiliência. Adaptado de Richardson (2002).

3.2 Conceito de resiliência:

Apesar de mais de cinco décadas de estudos em resiliência, ainda não há um consenso entre os especialistas quanto a uma definição operacional de resiliência (9,23,24). A tabela 1 mostra que cada autor adota uma definição do conceito, enfatizando alguns aspectos principais em comum de elementos como adversidade, adaptação, qualidades, traços ou processo.

A American Psychological Association (APA) define resiliência como: “...o processo de adaptação em face de adversidades, traumas, tragédias, ameaças ou fontes significativas de estresse - como problemas familiares e de relacionamento, graves problemas de saúde ou estressores financeiros e no local de trabalho” (25). Já a OMS europeia considera resiliência: “...resiliência está relacionada a processos e

habilidades que resultam em bons resultados de saúde individual e comunitária, apesar de eventos negativos, ameaças graves e perigos” (26).

Segundo Herrman (2011), dois elementos são fundamentais para se avaliar a resiliência dentro de um processo dinâmico e interativo, que são a presença de uma adversidade e a consequente capacidade de adaptação positiva a esta, mantendo-se ou recuperando-se a saúde mental após. Para Luthar e Cicchetti (2000), pesquisadores principalmente do desenvolvimento de crianças em situação de risco, adversidade, também referida como risco, tipicamente engloba circunstâncias negativas que se saibam ser estatisticamente associadas a dificuldades de ajustamento. Já a adaptação positiva pode ser definida em termos de como manifestação de competência social, ou sucesso ao lidar com tarefas salientes ao estágio desenvolvimental (27). Os mesmos autores ponderam que para uma adaptação positiva deve ser levada em consideração o contexto e que em situações extremas como exposição à guerra, a ausência de sintomas psiquiátricos seria um desfecho mais lógico (27).

Uma outra confusão inerente ao conceito é a comparação entre fatores de risco, vulnerabilidade e fatores de proteção. De acordo com Rutter (2006), a resiliência avança em relação a estes elementos, pois é preciso avaliar a interação no indivíduo dos mesmos em um processo dinâmico e variável dependendo do contexto, como em qual circunstância de vida ocorre ou do contexto sociocultural. Considerar apenas fatores de risco e proteção seria como avaliar variáveis estanques e com comportamento semelhante em todas as pessoas (28). Além disso, que mais importante que os fatores em si, já que existe uma grande heterogeneidade de respostas ao estresse entre as pessoas, que se compreenda quais os mecanismos determinantes por trás destas respostas (29).

Outra discussão relevante é quanto à definição de resiliência como traço de personalidade, processo ou desfecho (27). A definição de resiliência como um traço

vem do conceito de ego-resiliência de Block (1996): “...*capacidade dinâmica de um indivíduo modificar seu característico nível do ego-controle, em qualquer direção, em função das características de demanda do contexto do ambiente, de modo a preservar ou aumentar o equilíbrio do sistema.*” (30). Este constructo se diferencia da resiliência como a entendemos também pela ausência de uma definição de um antecedente de adversidade para que o fenômeno da resiliência ocorra (18). Outra crítica aos adeptos da resiliência como traço seria considerar que algumas pessoas não possuem capacidade para a resiliência e por isso seriam um fracasso (27). Ong *et al* (2006) conceituam a resiliência como um traço de personalidade que atuaria na regulação de emoções negativas desencadeadas por situações de estresse da vida diária. Para os autores, as pessoas com alta resiliência tem um predomínio de emoções positivas (31). Por último, resiliência também pode ser considerada apenas como o desfecho positivo/saudável/homeostase após a vivência de uma situação estressora, em contraposição a um desfecho com desenvolvimento de sintomas psiquiátricos agudos ou crônicos e/ou perda funcional (20,21).

Os psicólogos do desenvolvimento como Luthar (2000), Masten (2001) e Rutter (2006) veem a resiliência como um processo dinâmico de adaptação que pode mudar ao longo do tempo dependendo das circunstâncias e que situações bem-sucedidas de lidar com as adversidades contribuiriam para o sucesso futuro. Também é consenso entre os autores a importância de pelo menos uma figura de apego saudável na infância junto a um adulto significativo (7,8,19). Para os adultos, o suporte social e relações significativas com pelo menos um par ou algum membro da família são associadas com desfechos resilientes (18,20).

Outra diferença que cabe ressaltar, que traz confusão ao conceito de resiliência é sua proximidade com o coping, visto que muitos autores na própria definição conceitual trazerem os dois constructos associados ou de maneira intercambiável (9). Coping é

definido como: “...*efforts made “to manage specific external demands that are appraised as taxing or exceeding the person’s resources”*(32). Assim a resiliência *influencia* como um evento é avaliado enquanto o coping se refere as estratégias empregadas *seguindo* a avaliação (*appraisal*) do encontro com o estressor (9). Enquanto na resiliência presume-se um desfecho positivo ou adaptativo a partir de uma avaliação favorável levando a uma promoção de qualidades ou fatores de proteção a eventos negativos, existem comportamentos ou estilos de coping que podem ser desadaptativos.

Em resumo, podemos considerar quais os elementos fundamentais que compõem o constructo do processo dinâmico da resiliência psicológica: a) a presença de uma adversidade/estressor de nível variável antecedente, que de outra forma levaria a um desfecho negativo (ex.: episódio depressivo, TEPT); b) a mobilização de uma resposta a partir de uma avaliação (*appraisal*) da situação estressora em que vários fatores de proteção individuais (ex.: humor, otimismo, autoeficácia) e coletivos (ex.: suporte social) podem interagir de forma única na sua promoção e c) um desfecho positivo/adaptativo em que, o indivíduo ao menos retorna ao seu estado basal/homeostase/reintegração, mas podendo haver um crescimento (reintegração resiliente) com a experiência adversa/estressora. A partir desses elementos, poderíamos então definir nosso conceito de resiliência psicológica como: “o processo multidimensional de adaptação saudável a uma adversidade”.

Tabela 1. Definições de resiliência (tradução livre e adaptação de Fletcher & Sarkar, (2013)

“Fatores de proteção que modificam, melhoram ou alteram a resposta de uma pessoa a um perigo do ambiente que predispõe a um desfecho mal adaptativo” (Rutter, 1987, p.316).

“O processo de, a capacidade de, ou desfecho de uma adaptação bem-sucedida, apesar de circunstâncias desafiadoras ou ameaçadoras” (Masten, Best & Gamerzy, 1990, p. 426).

“O processo dinâmico abrangendo a adaptação positiva diante de um contexto de significativa adversidade” (Luthar *et al.*, 2000, p. 543).

“Uma classe de fenômenos caracterizados por bons desfechos apesar de graves ameaças para adaptação ou desenvolvimento” (Masten, 2001, p. 228).

“As qualidades pessoais que permitem a uma pessoa prosperar em face da adversidade” (Connor & Davidson, 2003, p. 76).

“A habilidade de adultos que, de outra forma, em condições normais são expostos a um evento isolado e potencialmente altamente disruptivo como a morte de um parente próximo ou uma situação violenta ou de ameaça à vida, que mantém níveis saudáveis de funcionamento psicológico e físico relativamente estáveis, assim como a capacidade de experiências produtivas e emoções positivas” (Bonnano, 2004, pp. 20-21).

“Complexo repertório de tendências comportamentais” (Agaibi & Wilson, 2005, p. 197).

“A capacidade de indivíduos de lidar com sucesso com mudança significativa, adversidade ou risco” (Lee & Cranford, 2008, p. 213).

“A estabilidade individual ou recuperação rápida (ou até crescimento) sobre condições adversas significativas” (Leipold & Greve, 2009, p 41.)

3.2 Medidas de resiliência

A ampla heterogeneidade de conceitos de resiliência apresentados acima se reflete também na forma avaliá-la através de questionários autoaplicáveis. A prevalência de resiliência nos estudos pode variar de 25 a 84%, considerando níveis de risco basal (estressores da vida diária vs. traumas), populações estudadas (ex.: adultos vs. crianças; comunitárias vs. clínicas) e diferentes desfechos possíveis (ex.: ausência de psicopatologia, sucesso acadêmico, competência social ou atingir marcos de desenvolvimento apropriados) (33). Diante disto, várias críticas foram tecidas por alguns autores a respeito da capacidade destas escalas de conseguirem efetivamente captar o complexo fenômeno da resiliência, considerando seu aspecto multidimensional, variação ao longo do tempo com necessidade de múltiplas medidas seriadas (variável estado ao invés do traço e avaliação de estressores específicos) e capacidade de generalização para diferentes idades, etnias e grupos culturais (34–37). Segundo Reppold *et al* (2012), estas escalas avaliam uma capacidade de ajustamento psicossocial e traços estáveis de personalidade mesmo quando se propõem a medir um processo ou estado, que pode sofrer influências de eventos de vida ou situações específicas. Mais recentemente, Kalisch *et al* (2017),

propõe um modelo unificado de investigação neurocientífica dos mecanismos gerais de resiliência, baseando-se na premissa de que há apenas um mecanismo que media os demais fatores de resiliência, chamado avaliação (*appraisal*) positiva e por isso a teoria chama-se PASTOR (Positive appraisal style theory of Resilience). Para esta investigação ele descreve uma metodologia baseada numa medida direta da resiliência através de uma fórmula de redução de escalas de sintomas psiquiátricos gerais, como a *general health questionnaire* (GHQ) em diversas medidas seriadas e com determinação precisa dos eventos estressores (figura 3) (22). Até o momento não há estudos com comprovação empírica da viabilidade deste modelo.

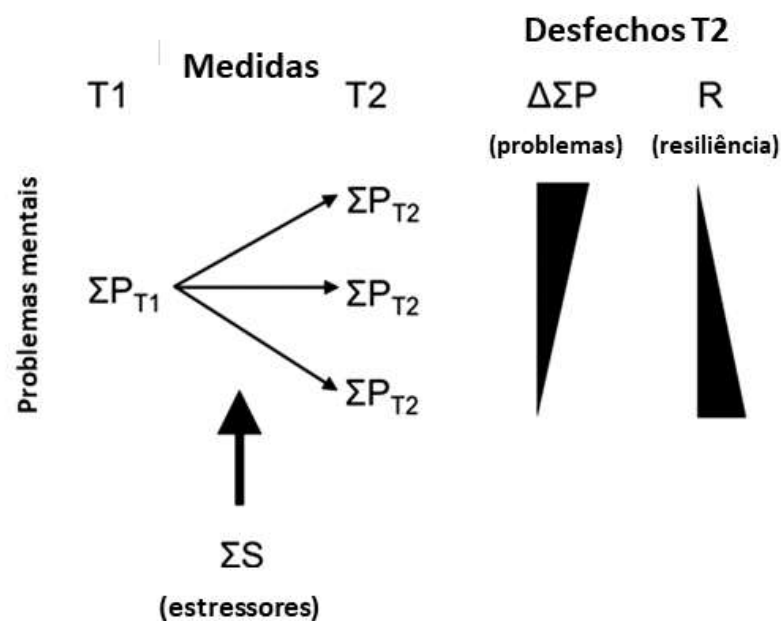


Figura 3: Quantificação transdiagnóstica da resiliência. Resiliência (R) é calculada como a razão das mudanças na soma da carga de problemas mentais ΣP entre os pontos de tempo T1 e T2 ($\Delta \Sigma P$) e a soma da carga do estressor ΣS acumulada entre T1 e T2. Três trajetórias potenciais (de ΣP) são mostradas. Tradução livre e adaptação de Kalisch et al (2015).

Na tentativa de estabelecer um controle de qualidade entre as escalas de resiliência e buscar um padrão-ouro, Windle *et al* (2011) realizaram uma revisão com princípios sistemáticos de 1989 a 2009 (37). Após critérios de inclusão e

exclusão restaram 15 escalas. Dessas, 3 escalas obtiveram as melhores propriedades psicométricas: Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the Resilience Scale for Adults (RSA) e Brief Resilience Scale, apesar de sua qualidade geral ser considerada apenas moderada, além de sua adequação conceitual e teórica questionável. Algumas críticas gerais às escalas foram a sua limitação em avaliar mais os fatores ou qualidade de resiliência do que o processo em si, a maioria focar apenas no nível individual (não abordando a disponibilidade de recursos familiares ou da comunidade), não avaliar a dimensão temporal e ao longo da vida e não considerar questões culturais. Alguns critérios psicométricos como reprodutibilidade e responsividade não foram relatados na maioria. Apenas a escala CD-RISC avaliou mudança ao longo do tempo entre respondedores e não respondedores. Em resumo, em virtude das limitações gerais, não houve um padrão-ouro e as escalas de adultos tiveram maior qualidade de avaliação.

No presente trabalho, optamos para a medida de resiliência a CD-RISC de 25 itens no primeiro artigo e a sua versão reduzida de 10 itens do segundo artigo com objetivo de reduzir o tempo de preenchimento. Além da vantagem desta escala apresentar possibilidade de medir mudanças ao longo do tempo considerando uma intervenção como um tratamento farmacológico ou psicoterápico, a CD-RISC foi desenvolvida e testada em ensaios clínicos em amostras de pacientes com TEPT e, portanto, com quadros graves, o que se aproxima da amostra clínica de nosso primeiro estudo (38). O desenvolvimento da CD-RISC parte da experiência dos autores no tratamento de homens e mulheres com TEPT e da observação de que tratamentos medicamentosos aumentavam a resiliência em ensaios clínicos com ISRS como a venlafaxina (10,38,39). O objetivo era obter um instrumento que pudesse avaliar resposta após uma intervenção terapêutica além de contribuir para investigação biológica da resiliência como respostas fisiológicas ao estresse, neuroimagem e biomarcadores (38).

Na sua versão original de 25 itens apresenta 5 fatores: a) Tenacidade, b) Adaptabilidade-tolerância, c) Confiança de suporte externo, 4) Controle/intuição e 5) Influência espiritual. Na versão adaptada ao Português, o fator 5 foi excluído e seus itens redistribuídos nos fatores 3 e 4 (40). Esta versão mostrou adequada confiabilidade, estabilidade temporal e validade do construto quando testada tanto em setting clínico com pacientes adultos psiquiátricos e não psiquiátricos, com coeficiente alfa de 0,93 e correlação intraclasse de 0,84 (40).

A CD-RISC foi testada em diversas populações clínicas e não clínicas em diversos países (tabela 1).

Tabela 2: Escala Connor-Davidson de resiliência com espores por grupo de estudo (tradução livre e adaptação de Connor & Davidson, 2013)

Grupo estudado	Número do grupo	N	Média (DP)	Mediana (1°. 4° Q)
População em geral	1	577	80.4 (12.8)	82 (73, 90)
Atenção primária	2	139	71.8 (18.4)	75 (60, 86)
Pacientes ambulatoriais	3	43	68.0 (15.3)	69 (57, 79)
Pacientes com TAG	4	24	62.4 (10.7)	64.5 (53, 71)
Pacientes com TEPT	5	22	47.8 (19.5)	47 (31, 61)
	6	22	52.8 (20.4)	56 (39, 61)

TAG = ansiedade generalizada; TEPT = transtorno do estresse pós-traumático; DP = desvio-padrão; Q = quartil.

3.3 Resiliência nos transtornos mentais

A partir da segunda onda de investigação da resiliência, com o interesse na compreensão do processo dessa, e principalmente a partir da terceira onda, com o objetivo de desenvolver intervenções que promovam a resiliência (20), nas últimas décadas temos diversos estudos investigando sua relação com os transtornos mentais em adultos, principalmente TEPT (Davidson et al., 2012; Horn et al., 2016; Pietrzak et al., 2010), depressão e ansiedade (43–45). Gradualmente o interesse sobre os fatores de risco para a psicopatologia encontra no estudo da resiliência um contraponto através de

seu efeito protetor, como observado em alguns estudos longitudinais com adolescentes (46). Vários estudos sugerem que a resiliência possa ter um efeito “tamponador” sobre risco de suicídio (43), sintomas de depressão e ansiedade generalizada (47), trauma infantil (48), luto (49).

De acordo com Laird (2019), a resiliência psicológica atuaria na depressão como uma rede de variáveis psicossociais e biológica que diminui o início ou a recaída, diminui a gravidade do transtorno e aumenta a probabilidade ou velocidade de recuperação (50). O cultivo de emoções positivas como gratidão, interesse, amor se mostrou um fator de resiliência para prevenção de depressão após o ataque terrorista de 11 de setembro de 2001 (51).

Há uma discussão em aberto na literatura quanto às possibilidades de promoção da resiliência no curso de um transtorno mental, qual modalidade (psicoterapia vs. programas específicos de resiliência), sua eficácia, em qual fase do transtorno e se em paralelo ou de forma sequencial ao tratamento convencional (43,50). Poder-se-ia considerar que a pessoa que desenvolveu um transtorno mental não seja resiliente, porém segundo Horn (2016), a resiliência pode ser considerada num *continuum* e que a partir do reconhecimento das características de pessoas resilientes poderíamos aprimorá-las em pessoas com TEPT (e provavelmente outros transtornos mentais), desenvolvendo fatores psicossociais como maior suporte social, regulação emocional, afeto positivo, atividade física, busca por significado e propósito de vida (41).

3.3.1 Resiliência nos Transtornos Mentais Graves

A investigação da resiliência em pacientes com Transtorno Mental Grave (TMG) (anteriormente chamada Doença Mental Grave, *Severe Mental Illness* ou SMI) tem recebido pouca atenção, principalmente como grupo (1,52). Uma pesquisa recente

no Medline com o termo *Severe Mental Disorder e Resilience* encontrou apenas 3 artigos. Quando trocamos o termo *Disorder* para o tradicional *Illness* este número aumenta para 35 artigos. Um dos artigos encontrados é recente e descreve um protocolo de pesquisa de investigação longitudinal prospectivo naturalístico para transtorno de humor bipolar (53). Interessante perceber a preocupação dos autores de incluir além de variáveis clínicas de sintomas, uma escala de resiliência além de outras variáveis sociodemográficas associadas ao conceito como situação laboral e estar morando com um companheiro(a).

O TMG pode ser definido operacionalmente com base em sua duração persistente igual ou maior a 2 anos e disfunção menor ou igual a 50, medida pela GAF (Global Assessment of Functioning) (16). Descreve um grupo heterogêneo de pacientes caracterizados por sintomas psiquiátricos crônicos (comumente diagnosticados com esquizofrenia, bipolaridade, depressão maior e transtornos de personalidade) e de prejuízo funcional incapacitante em habilidades para atividades de vida diária, interação social, relações familiares, trabalho e educação (17).

O único estudo de que temos conhecimento comparando três diferentes diagnósticos de pacientes com TMG é o de Nunes e Rocha (2021). Neste estudo, 384 pacientes internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foram avaliados prospectivamente na baixa e na alta hospitalar com os diagnósticos de depressão maior, transtorno bipolar (TB) e esquizofrenia. Os pacientes com depressão apresentaram significativamente escores mais baixos de resiliência que os com bipolaridade e esquizofrenia, respectivamente: (123.8 ± 30.6) vs. (139.1 ± 24.9) vs. (130.9 ± 27.3) [$F_{2,257} = 5.07$; $P = 0.007$]. O estudo ainda mostrou a associação da resiliência com todos os domínios de qualidade de vida ($r = 0.306-0.545$; $P < 0.05$) e com algumas variáveis sociodemográficas como idade, nível educacional, quociente de inteligência (QI), sexo e situação marital.

Um outro estudo anterior ao descrito, de Mizuno *et al* (2016), buscando de forma exploratória correlações clínicas e biológicas com resiliência em pacientes com esquizofrenia e TB comparados com um grupo controle, encontrou níveis mais elevados de resiliência no grupo saudável, porém não houve diferença entre os grupos clínicos (52). Autoestima, espiritualidade, qualidade de vida e desesperança (negativamente) estavam correlacionados à resiliência nos três grupos. Porém, não houve correlação com escalas de sintomas clínicos nem de funcionamento social após correção de Bonferroni, o que pode ser decorrente da amostra incluir apenas pacientes estáveis.

Em um estudo com 60 pacientes de ultra alto risco para psicose comparados com 47 controles, o nível baixo de resiliência foi preditor de conversão para psicose durante o seguimento (54), demonstrando a possibilidade da baixa resiliência com um possível preditor de mau prognóstico. Já Choi e colegas (2015) investigaram correlatos clínicos em 62 pacientes eutímicos com TB pareados com 62 controles. O grupo com o transtorno tinha maiores níveis de impulsividade e menores escores de resiliência. Além disso, o grau de impulsividade, o número de episódios prévios de depressão, escore de CGI e tempo de estudo estavam significativamente correlacionados com a resiliência. Impulsividade atencional, impulsividade não planejada e número de episódios depressivos estavam associados a baixos níveis de resiliência, mesmo com controle de variáveis sociodemográficas e CGI (55).

Em resumo, com a escassez de estudos longitudinais, o estudo da resiliência nos TMG carece de maior investigação para o esclarecimento do papel da resiliência como preditor, fator de proteção para recaída e recuperação desses quadros graves e quais os mecanismos envolvidos. Dessa forma, poderão ser desenvolvidas intervenções em saúde mental integral eficazes e estender o cuidado aos TMG além da busca por apenas controle de sintomas.

3.4 Resiliência e fatores de personalidade

A partir da segunda onda de pesquisa no campo da resiliência surge um interesse sobre como se dá o processo dessa em populações adultas e assim poder atuar na prevenção, tratamento e recuperação de quadros psiquiátricos associados ao estresse agudo e crônico, principalmente ansiedade, depressão e trauma. Surgem pesquisas buscando as bases neurobiológicas do estresse e da resiliência como polimorfismos de genes candidatos em sistemas de neurotransmissores, interação gene-ambiente, desregulação de eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e amígdala e circuitos mesocorticolímbicos dopaminérgicos do sistema de recompensa (41,56). No campo da personalidade busca-se quais traços de personalidade estariam associados à resiliência e, portanto, protegeriam o desenvolvimento de psicopatologia e contribuiriam para recuperação de eventos de vida estressores e traumas.

As dimensões de personalidade podem ser definidos como: “dimensões das diferenças individuais nas tendências em mostrar padrões consistentes de pensamentos, emoções e ações”. Um dos primeiros artigos a explorar a relação da resiliência com fatores de personalidade foi o trabalho de Campbell-Sills *et al* (2006). A autora avaliou a correlação da resiliência medida pela CD-RISC com as 5 dimensões de personalidade (“*Big Five*”) do NEO-FFI (NEO Five Factor Inventory). Foi encontrada uma associação negativa entre resiliência e neuroticismo e positiva com extroversão e conscienciosidade. Numa análise de regressão hierárquica, no segundo modelo, foi incluída uma escala de coping voltada ao problema, o que retirou a significância da conscienciosidade. Foi realizado teste de mediação de Sobel (57), confirmando a hipótese de que o coping voltado ao problema mediava a relação entre conscienciosidade e resiliência. Além disso, o coping focalizado na emoção estava associado a baixa resiliência. Outro achado importante do estudo foi o efeito moderador da resiliência sobre o histórico de negligência emocional na infância e sintomas

psiquiátricos atuais. Participantes que relataram histórico de trauma infantil, mas que apresentavam resiliência alta, tendiam a apresentar baixa sintomatologia psiquiátrica, sugerindo um efeito tamponador da resiliência replicado posteriormente em outros estudos prospectivos longitudinais (46,47).

Outro estudo, de Sarubin *et al* (2015), explorou a relação entre os fatores de personalidade como neuroticismo e extroversão como mediadores entre eventos de vida negativos e positivos e resiliência (desta vez considerada como desfecho e traço de personalidade) em 205 indivíduos saudáveis. O principal achado foi de que ambos os traços mediarão completamente a associação entre os eventos de vida positivos e resiliência, porém o mesmo não ocorreu com os eventos de vida negativos, que se correlacionaram positivamente e diretamente com a resiliência, porém sem efeito mediado (58). Isso reforça o conceito de Rutter (1987) sobre a importância da inoculação de estresse na formação da resiliência ao longo do desenvolvimento infantil e não somente dos eventos positivos. Ao encontro deste ponto, uma metanálise com 60 estudos, 111 indicadores de desfechos (76 negativos e 35 positivos) e 68.720 participantes, mostrou que a adversidade moderou a relação entre o traço resiliente e os desfechos em saúde mental; os tamanhos de efeito foram significativamente maiores em amostras que enfrentavam adversidade. Outro achado relevante foi a correlação negativa do traço resiliente com desfechos negativos de saúde mental e correlação positiva com desfechos positivos de saúde mental, mostrando-se um importante preditor em geral quanto à saúde mental (59).

Nessa mesma linha de investigação, Lü *et al* (2014) exploraram a relação de resiliência, afetos positivo (AP), negativo (AN), extroversão, neuroticismo e felicidade com uso de modelagem por equações estruturais. Desta vez, a resiliência foi avaliada como mediadora entre os traços de personalidade e os desfechos: afeto e a felicidade. No resultado a resiliência funcionou como mediador parcial entre extroversão e

felicidade e AP, e da mesma forma entre neuroticismo e felicidade e AN. Além disso, apresentou mediação completa entre extroversão e AN e entre neuroticismo e AP (60). Isso sugere, assim como no estudo anterior, o papel da resiliência como tamponador mesmo em relação ao neuroticismo, que é um marcador de vulnerabilidade, de que a resiliência num continuum possa ser o caminho pelo qual se possa chegar a um desfecho positivo, como a presença de AP.

Mais recentemente, Oshio *et al* (2018), realizaram uma metanálise entre resiliência psicológica, ego-resiliência e os Big Five. O estudo contou com 30 trabalhos e amostra total de 15.609 participantes. A estimativa geral média dos coeficientes de correlação foram: neuroticismo ($r=-0.46$), extroversão ($r=0.42$), abertura para a experiência ($r=0.34$), afabilidade ($r=0.31$) e conscienciosidade ($r=0.42$). Comparando os tipos de resiliência, a ego-resiliência apresentou uma relação negativa maior com neuroticismo, uma relação positiva maior com abertura a experiência e afabilidade do que a resiliência psicológica. No entanto o autor alerta para limitação deste achado devido a falta de homogeneidade entre os estudos, principalmente para a ego-resiliência (61).

Em um dos poucos estudos longitudinais sobre o assunto, Shiner e Masten (2012), acompanharam 205 participantes em três momentos: infância (em torno de 10 anos), adulto emergente (20 anos) e adulto jovem (30 anos). As análises de regressão mostraram que características da personalidade na infância predisseram os desfechos no adulto, mesmo controlando para adversidades. O grupo resiliente dos adultos emergentes jovens (alta competência e alta adversidade) na infância apresentava maior conscienciosidade, afabilidade, abertura à experiência e menor neuroticismo que o grupo mal adaptativo (baixa competência, alta adversidade). O grupo competente (alta competência, baixa adversidade) e o grupo resiliente demonstraram traços similares na infância (62). Os achados corroboram os achados dos estudos iniciais em resiliência que

mesmo na adversidade um certo perfil de personalidade pode contribuir para o sucesso na vida adulta, e relaciona capacidades para isso: regulação emocional, empatia e conexão, dedicação à escola, autodomínio e exploração.

3.5 Resiliência e mecanismos de defesa

Ao contrário da relação da resiliência com a personalidade, o volume de estudos a associando com mecanismos de defesa são bem mais escassos. Os mecanismos de defesa são um conceito psicanalítico descritos por Ana Freud (2005) que os considera como os caminhos e meios pelo qual o ego afasta o desconforto e a ansiedade, e exerce controle sobre o comportamento, os afetos e os impulsos instintivos (63). Vaillant (1985) os descreve como processos adaptativos inatos e mecanismos regulatórios amplamente inconscientes que permitem aos indivíduos reduzir a dissonância cognitiva e minimizar mudanças súbitas no ambiente interno e externo, alternando como esses eventos são percebidos (64). Também podem ser entendidos como estilo característico de cada pessoa de como ela lida com um conflito (65).

Os mecanismos de defesa podem ser divididos em maduros (ex.: sublimação, humor), neuróticos (ex.: repressão, intelectualização) e imaturos (ex.: projeção, dissociação) (64) e revelam uma dimensão importante da estrutura de personalidade de um indivíduo, sendo o primeiro conceito psicanalítico reconhecido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª edição (DSM-IV) (65). Alguns autores aproximam o conceito de mecanismos de defesa, notadamente os maduros, como uma forma de resiliência (66,67). Outro autor, Davydov (2010) usa o termo, porém, diferentemente do conceito psicanalítico, como um análogo de um imunizante somático (ex. vacina) no contexto de saúde mental, prevenindo o desenvolvimento de psicopatologia, num modelo em multiníveis (individual, familiar, comunitário e nacional) (68).

No trabalho de Simeon *et al* (2007) com pequena amostra (n=54), avaliou-se como preditores: variáveis psicológicas (estilo de apego, mecanismos de defesa, trauma infantil e dimensões de personalidade) e biológicas (cortisol urinário e plasmático com teste de indução de estresse social). O desfecho foi o índice de resiliência, considerado equivalente aos mecanismos de defesa maduros da escala The Defense Style Questionnaire (DSQ) (Bond, 1986). O índice de resiliência foi significativamente e negativamente associado ao trauma infantil e evitação de dano e positivamente ao cortisol urinário, apego seguro, dependência de gratificação e performance superior no teste de estresse social. Na regressão linear o preditor mais forte foi o trauma infantil seguido da performance matemática do teste de estresse e da evitação de dano (67).

Um dos poucos estudos que avaliou os dois construtos conjuntamente foi o de Teche *et al* (2017). Tratou-se de um caso-controle comparando vítimas de violência urbana que desenvolveram TEPT (n=33) pareados com vítimas que não desenvolveram o transtorno (n=33). O grupo com TEPT apresentou escore total de resiliência menor que o grupo resiliente (128.4±20.7 vs. 145.8±13.1, respectivamente; p = 0.01). Além disso, o grupo resiliente usou mais mecanismos de defesa maduros e menos mecanismos imaturos para lidar com o conflito (8.1±1.73 vs. 5.3±1.61; p < 0.001) e 3.2±1.28 vs. 3.9±1.02; p < 0.016) respectivamente.

O autor que mais desenvolveu um modelo teórico vinculando o construto psicodinâmico dos mecanismos de defesa maduros com resiliência foi Vaillant, a partir de estudos coortes de trajetórias de estudantes ao longo de quatro décadas, mostrando as defesas maduras como características preditoras de adaptação psicológica, socioeconômica, física e familiar, em contraposição aos indivíduos com predomínio de mecanismos imaturos e neuróticos (69). Seu conceito de resiliência é: “...*the capacity to recover following stress or trauma by adopting healthy strategies for coping with trauma and stress*” (66), o que o aproxima dos autores que consideram a resiliência

como desfecho e o coping como uma forma de lidar com o estresse para atingir esse desfecho resiliente.

O modelo descrito por Vaillant (2011) assim como de Davydov *et al* (2010), vale-se de uma analogia com as respostas do sistema imune, com os mecanismos de defesa sendo uma forma de coping inconsciente assim como uma resposta involuntária a um ataque, como febre e leucocitose. Assim, o organismo usaria esses mecanismos homeostáticos inconscientes para reduzir os efeitos do estresse súbito e promover adaptação. O autor ainda separa os mecanismos inconscientes de coping dos conscientes, representados numa primeira categoria como a busca de ajuda apropriada dos outros, mobilizando suporte social e uma segunda categoria como estratégias como busca de informação, antecipação do perigo e ensaio de resposta ao perigo (66).

O conceito também lembra o que foi descrito por Block como ego-resiliência (30). Este autor explorou de forma inversa a Vaillant a capacidade preditiva da baixa ego-resiliência resultando no mecanismo de defesa imaturo da negação em um estudo longitudinal com pré-escolares aos 3-4 anos e após aos 23 anos (n = 90). O estudo mostrou que uso inapropriado para idade da defesa de negação em homens jovens adultos era predito aos 3-4 anos por baixa ego-resiliência e dificuldades psicológicas nas áreas de emoção intelecto, controle de impulso e interação social (70).

Isso mostra que talvez os construtos dos mecanismos de defesa e ego-resiliência sejam elementos intrapsíquicos de um *continuum* de um processo mais abrangente, multidimensional e multinível de resiliência geral, que também incorpora aspectos familiares, sociais e de políticas públicas. Vale ressaltar a importância preditiva demonstrada por ambos os autores em estudos longitudinais dos dois conceitos na capacidade de adaptação funcional do indivíduo em diversos parâmetros psicológicos, familiares, laborais e de saúde física.

Mais recentemente, com o advento da pandemia pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), houve um recrudescimento de estudos com resiliência com alguns autores a reaproximando dos mecanismos de defesa. No primeiro estudo, Di Giuseppe (2020) avaliou o impacto de sofrimento psicológico da primeira onda de *lockdown* governamental em 5,683 habitantes na Itália. O estudo encontrou que o funcionamento defensivo geral (ODF) estava associado a menores níveis de depressão ($r = -.44$, 95% CI $-0.48, -0.40$), ansiedade ($r = -.38$, 95% CI $-0.42, -0.35$) e TEPT ($r = -.34$, 95% CI $-0.38, -0.30$). Além disso, a menor adaptação defensiva funcional estava relacionada a maior sofrimento afetivo em todos os domínios e cada aumento de unidade de ODF diminuía a chance de TEPT em 71%. Neste primeiro artigo não foi medida a resiliência, porém a autora na conclusão ressalta a importância das intervenções que promovem o uso de defesas mais adaptativas ao sofrimento psicológico, que podem ser um importante componente para construir a resiliência no meio a pandemia (71).

No segundo estudo, a mesma autora, avaliou 233 trabalhadores da saúde na Itália, sendo 51 do *front* de atendimento ao COVID-19. O nível de funcionamento com defesas maduras estava associado à resiliência e realização pessoal ($r = 0.320$; $p < 0.001$), enquanto defesas neuróticas e imaturas foram relacionadas a estresse percebido e burnout. Estes últimos foram preditos por baixa idade, gênero feminino, maior exposição ao COVID-19, baixa resiliência e defesas imaturas entre profissionais de saúde ($R^2 = 463$; $p < 0.001$). Interessantemente não foi encontrada diferença entre a resiliência entre os dois grupos de trabalhadores da saúde. Uma das conclusões da autora é de que um mecanismo de regulação emocional implícito como os mecanismos de defesa podem proteger o indivíduo de estressores internos e externos (72), corroborando a compreensão dos autores citados anteriormente.

Em outro trabalho recente, Hersoug *et al*, avaliaram um grupo de trabalhadores de diversas companhias ($n = 105$) sendo que 65 no grupo de intervenção de meditação

não-diretiva e 40 controles, em quatro momentos quanto a variáveis de saúde geral, insônia, dor musculoesquelética, neuroticismo e mecanismos de defesa. Os participantes do grupo controle tinham um nível total de defesas menores que o grupo ativo ao início da avaliação (o que foi uma limitação do estudo por não haver randomização). Houve uma redução significativa no nível de defesas em ambos os grupos ao longo de 6 meses e o funcionamento defensivo significativamente moderou as variáveis de desfecho do *baseline* ao seguimento no grupo que recebeu a meditação não-diretiva, porém não no grupo controle (73). Isso mostra a importância que os mecanismos de defesa podem ter na regulação do estresse e em outras variáveis além da saúde mental, como em aspectos somáticos tais quais sono e dor.

3.6 Resiliência no contexto da pandemia por COVID/19

O surgimento de uma pandemia pela síndrome respiratória aguda grave pelo novo coronavírus 2, ou *new severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2) (SARS-CoV-2), sem precedentes por seu alcance global e repercussão em cada indivíduo do planeta, seja por infecção direta, seja indiretamente pelo adoecimento ou morte de familiares, amigos; seja pela repercussão nas relações de trabalho, mudanças socioeconômicas, de hábitos, moradia, pela necessidade de confinamento ou *lockdown*; gerou também um maior interesse da comunidade científica sobre as consequências em termos de sofrimento psicológico, ansiedade, depressão, TEPT, uso de substâncias e também de fatores de proteção e de resiliência a tamanho estressor. Uma pesquisa recente no Medline com os termos resiliên* (para incluir variações como *resilience*, *resilient* e *resilency*) e COVID-19 desde setembro de 2019 gerou 2.657 resultados.

Song *et al* (2020) publicaram um artigo com dados referentes ao impacto do sofrimento psicológico e fatores de proteção referentes ao primeiro surto de COVID-19 na China em 3.180 respondentes de questionário online. A prevalência na amostra de

sintomas depressivos foi de 41% e de sintomas ansiosos de 37.2%. A dimensão robustez de resiliência avaliada pela CDRISC, caracterizada como a habilidade individual de se recuperar de contratemplos, foi fator de proteção para depressão ($B = -0.079$, $p = 0.000$), assim como estilo ativo de coping ($B = -0.983$, $P = 0.000$) e sexo feminino ($B = -0.261$, $p = 0.026$). Quanto à ansiedade, o fator de proteção foi a dimensão otimismo da CDRISC ($B = -0.041$, $p = 0.015$) (74).

Em um estudo com amostra brasileira com questionários online ($n=3.274$), Schmitt *et al* (2021), encontraram uma prevalência de 23.67% de participantes que preenchiem critérios para depressão maior durante o período de 14 a 23 de abril de 2020, referente à primeira onda de confinamento social no Brasil. Os fatores associados com menores níveis de depressão foram: resiliência, idade mais elevada, espiritualidade, suporte social, qualidade de vida e exercício físico (75).

Em um estudo multicêntrico, Ding *et al* (2020) compararam 11 países ($n = 13.263$), entre eles o Brasil, quanto a marcadores de saúde mental no período entre 11 de junho e 31 de agosto de 2020. Os participantes do Brasil apresentaram os níveis mais altos de depressão e ansiedade em contraste com os de Singapura que foram os menores. No global, níveis altos de coping resiliente foram associados a reduzidos níveis de ansiedade, mas não depressão. O Brasil apresentou o segundo índice mais baixo de coping resiliente, a frente apenas da Irlanda e o terceiro índice mais baixo de uma escala de esperança, a frente de Irlanda e Malásia. Os autores associam estes marcadores ao fato de no período do estudo o Brasil estar passando por um aumento significativo de casos confirmados por milhão o que poderia ter exacerbado os sintomas de ansiedade e depressão (76).

Havnen *et al* (2020) em seu trabalho buscaram estabelecer quais as relações entre estresse, depressão, ansiedade e resiliência. Eles fundamentam um modelo em que o estresse provocado pela exposição a COVID-19 estaria associado a um desfecho

negativo com sintomas depressivos e essa relação seria mediada por sintomas ansiosos. Tanto a relação entre estresse e sintomas depressivos quanto a relação entre estresse e sintomas ansiosos seria moderada pela resiliência. Todas as relações se comprovaram estatisticamente significativas e ainda uma análise de subgrupo mostrou que o grupo de alta resiliência era menos afetado que o grupo de baixa resiliência pela exposição ao estresse, levando a menos sintomas de ansiedade e depressão e, sugerindo o papel da resiliência como um tamponador de sofrimento psicológico (77), o que já fora sugerido em outros estudos longitudinais (46,47).

Em outro estudo, dessa vez com seguimento de seis semanas, Lin *et al* (2021) avaliaram preditores de risco e proteção ao sofrimento psicológico e trajetórias de sintomas de TEPT em 241 pacientes, usando *latent class growth analysis*. Os autores se embasaram no modelo de Bonanno (2004) referente às quatro possíveis trajetórias que se seguem a uma perda ou a um evento potencialmente traumático: recuperação, cronificação, resposta atrasada ou resiliente. No estudo 19.5% se recuperaram (sintomas diminuíram do nível sintomático para o assintomático), 14,9% foram crônicos (os sintomas de TEPT permaneceram altos) 22,4% com trajetória atrasada (sintomas aumentaram de assintomáticos para sintomáticos) e 43.2% foram resilientes (sintomas permaneceram baixos). Desesperança e estratégias de coping mal adaptativo foram os únicos preditores de sofrimento e resiliência, além desses havia preocupação com o COVID, uso de álcool e coping adaptativo (78). Este estudo comprova que em populações não-clínicas, o percentual de indivíduos com capacidade para se recuperar ou atravessar situações de estresse com mínima perturbação (resiliência) é maior que a observada em comparação a que segue sintomática por período prolongado. Além disso, elementos discutidos anteriormente como atributos associados a resiliência, como esperança e coping são possíveis preditores de desfechos positivos diante da adversidade.

Em resumo, podemos observar grande interesse da comunidade científica em diversos segmentos como psicologia, psiquiatria e outras áreas médicas e em políticas públicas envolvendo o campo da resiliência. De modo geral, se reproduz aqui o cenário de multiplicidade e heterogeneidade de conceitos atribuídos a resiliência, o que já caracteriza o seu campo de estudo há décadas e que dificulta a validade externa dos estudos e justifica a crítica de alguns autores quanto à consistência do construto (79). Em alguns trabalhos ela é considerada mediadora (80) em outros moderadora (77,81) de outras variáveis; pode ser considerada um tipo de desfecho (78,82) ou uma forma de coping também (83). Quando à aferição, foi medida por escalas como a CDRISC (74,75), pela *The Ego-Resilience Scale* (ER89)(84) ou RSA (*Resilience scale for adults*) (77). Ou também medida indiretamente, considerando ser a trajetória mantida com baixo nível de sintomas (78) ou diretamente, considerada como o valor inverso da medida residual entre o total dos sintomas atuais e o predito pelo modelo (82).

4. JUSTIFICATIVA

O estudo da resiliência no contexto dos TMG tem relevância por proporcionar um avanço do entendimento dos transtornos além da busca por redução de sintomas e recuperação funcional. A resiliência nos permite descobrir o que pode proteger os pacientes do adoecimento e quais fatores os permitem inclusive crescer com os estressores. Por serem uma das ferramentas mais comuns no tratamento dos TMG, geralmente combinadas ao tratamento farmacológico, as psicoterapias tradicionais precisam ser mais investigadas para avaliar seu efeito sobre os conceitos da Psicologia/Psiquiatria Positiva, como a resiliência, espiritualidade, qualidade de vida, compaixão, sabedoria e criatividade.

A literatura científica tem privilegiado o estudo da resiliência em populações de risco como estudantes universitários, policiais, militares e famílias disfuncionais, porém carece de maior compreensão de qual o papel da resiliência em populações que já adoeceram. Será que devemos considerar que essas não possuem resiliência, como um traço imutável? Ou podemos vê-la ao longo de um *continuum*, assim como tantas outras capacidades e habilidades e dessa forma compreender seus mecanismos e assim desenvolvermos formas de promovê-la nos pacientes que as tem reduzidas. Nesse intuito, vemos que o contexto do tratamento psicoterápico lida com questões diretamente ligadas à personalidade e aos mecanismos de defesa, e que estes fatores são um caminho para a compreensão de como se dá a resiliência em pacientes com TMG, visto que o próprio transtorno e a suas repercussões nas diversas áreas de vida funcionam como estressores agudos e crônicos.

Paralelamente, a pandemia por COVID-19 fez a humanidade se deparar com um estressor global, com diversas repercussões sobre a saúde, principalmente a mental. O estudo da resiliência diante da COVID-19 se faz altamente relevante, assim como nos

TMG por tratarmos da capacidade de qualquer pessoa, mesmo aquela considerada saudável, funcional de lidar com mudanças drásticas como a perda de pessoas próximas, perdas econômicas, o isolamento social e a reestruturação das relações de trabalho. Por se tratar de um fenômeno recente, a busca pelo papel da resiliência, neste caso, ocorre em estágio inicial, buscando fatores gerais de associação entre características sociodemográficas, sintomatologia depressiva e apoio social.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Avaliar a correlação dos níveis de resiliência com fatores sociodemográficos, clínicos, personalidade e potenciais confundidores em amostra com pacientes em psicoterapia com TMG e amostra comunitária.

5.2 Objetivos específicos

- (1) Avaliar os níveis de resiliência em amostra com TMG em psicoterapia e sua correlação com idade, gênero, sintomas depressivos, fatores de personalidade, mecanismos de defesa, suporte social, qualidade de vida, espiritualidade e eventos estressores.
- (2) Avaliar os níveis de resiliência em amostra comunitária no início da pandemia por COVID-19 e sua correlação com idade, gênero, sintomas depressivos, suporte social, qualidade de vida e espiritualidade

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

6.1 ESTUDO 1

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPC - HCPA nº 150097). Todos os participantes do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido com os objetivos do estudo. Nenhum membro da equipe de pesquisa participou do tratamento clínico e psicoterapêutico dos pacientes.

6.2. ESTUDO 2

Esta pesquisa seguiu as determinações da resolução 516/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como a Declaração de Helsinque. Foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e aprovado pelo GPPG 2020/0141. Todos os participantes concordaram com um termo de consentimento explicando os objetivos do estudo. Os dados foram tornados anônimos antes da construção do banco de dados a ser analisado, não permitindo a identificação do participante.

7. HIPÓTESES

- (1) Os níveis de resiliência na amostra com TMG estarão positivamente associados a idade, gênero masculino, suporte social, mecanismos de defesa maduros, qualidade de vida, espiritualidade e eventos estressores e negativamente associados a sintomas depressivos, mecanismos de defesa imaturos e neuróticos e faceta afetividade negativa.
- (2) Os níveis de resiliência na amostra comunitária estarão positivamente associados à idade, gênero masculino, suporte social, qualidade de vida e espiritualidade e negativamente associados a sintomas depressivos.

8. METODOLOGIA

ESTUDO 1

Delineamento

Estudo observacional transversal. O presente estudo faz parte do projeto “Estudo longitudinal de pacientes atendidos em psicoterapias baseadas em evidência em um ambulatório especializado para transtornos mentais do SUS” (GPPG 15-0097), realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Participantes

Realizada uma amostra consecutiva de todos os pacientes que foram atendidos no ambulatório de psicoterapias do HCPA, respeitando as perdas e as recusas. Os pacientes foram esclarecidos sobre no que consiste o estudo, e convidados a participar do estudo, sendo apenas incluídos mediante sua conformidade e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos do presente estudo os pacientes que apresentaram as seguintes características: (1) Déficit cognitivo que impedisse o preenchimento dos questionários, (2) História de Doença Inflamatória, uso de Interferon, de AINEs, imunossuppressores ou corticosteróides, (3) História atual de Dependência de substâncias psicoativas, ativa nos últimos 60 dias e (4) Idade < 18 anos completos. São critérios de inclusão: BDI > 13

Instrumentos

Estressores psicossociais: Life Events Questionnaire (LEQ): avalia a ocorrência de 14 eventos de vida estressantes no período dos últimos 12 meses e sua repercussão na vida do sujeito, bem como a associação com o início dos problemas psiquiátricos atuais (85).

Sintomatologia de ansiedade e depressão: Beck Depression Inventory (BDI) e Beck Anxiety Inventory (BAI): São escalas autoaplicáveis de intensidade de depressão (BDI) e ansiedade (BAI) desenvolvidas por Beck tem por objetivo avaliar índices de ansiedade, ideação suicida e depressão (86).

Qualidade de vida: WHOQOL-BREF é um instrumento de qualidade de vida desenvolvido pela OMS, é composto por 26 itens que são respondidos em escalas de resposta que variam de 1 a 5, formam quatro domínios (físico, psicológico, social e ambiental) (87)

Resiliência: Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) desenvolvida por Connor&Davidson: mede níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Compreende 25 itens com resposta tipo likert variando de 0 “nem um pouco verdadeiro” a 4“quase sempre verdadeiro” (38)

Apoio Social: Questionário de Apoio Social do Estudo MOS: é composto por 20 itens autoaplicáveis que avaliam quatro dimensões de apoio social: afetivo, emocional, informação, interação positiva e apoio material (88,89).

Religiosidade/espiritualidade: Duke University Religion Index (DUREL):É uma escala likert que permite um escore único do que varia da 1 a 5 e avalia as três dimensões de religiosidade: organizacional, não-organizacional e intrínseca (90)

ESTUDO 2

Delineamento

Estudo transversal realizado online pelo sistema Google Forms com recrutamento snowball conduzido entre 14 e 23 de abril de 2020.

Participantes

Foram aceitos participantes com idade ≥ 18 anos. Um total de 3278 pessoas responderam ao questionário após darem consentimento informado.

Instrumentos

Resiliência: Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC-10). Versão reduzida da CD-RISC com 10 itens. Compreende 10 itens com resposta tipo likert variando de 0 “nem um pouco verdadeiro” a 4 “quase sempre verdadeiro”(91).

Qualidade de vida: EUROHIS-QOL 8-item index. Desenvolvida como uma adaptação a WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF. A pontuação geral da QV é formada por uma simples soma das pontuações nos oito itens, com pontuações mais altas indicando melhor QV. No entanto, conceitualmente, os domínios psicológico, físico, social e ambiental são cada um representado por dois itens. Todas as escalas de resposta têm um formato de resposta de 5 pontos em uma escala Likert, variando, por exemplo, de 'nada' a 'completamente' (92).

Sintomas depressivos: the Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9). Avalia a gravidade de sintomas depressivos baseados nos critérios do DSM-IV em mínimo, leve, moderado, moderadamente grave e grave. A pontuação dos itens varia de “0” (nada) até “3” (quase todos os dias).

Suporte social: eight-item modified Medical Outcomes Study Social Support Survey (mMOS-SS). Corresponde a versão reduzida da escala Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SS) com 8 itens. Manteve os fatores apoio social instrumental e emocional da escala original (93).

Religiosidade/espiritualidade: the abbreviated World Health Organization Quality of Life - Spirituality, Religiousness, and Personal Beliefs (WHOQOL-SRPB, spirituality). Corresponde a versão reduzida do modulo de crenças espirituais, religiosas e pessoais da WHOQOL-SRPB com 8 itens (94).

9. ARTIGOS

9.1 Artigo 1

8.1.1 Carta de submissão

Dear Leonardo Gonçalves,

Thank you for your submission.

Submission ID 213773850

Manuscript Title

Depressive symptoms mediate association of negative affectivity and resilience in patients with severe mental disorders in three psychotherapy modalities

Journal Psychotherapy Research

You can check the progress of your submission, and make any requested revisions, on the Author Portal.

Thank you for submitting your work to our journal.

If you have any queries, please get in touch with journalshelpdesk@taylorandfrancis.com.

Kind Regards,
Psychotherapy Research Editorial Office

8.1.2. Manuscrito

Depressive symptoms mediate association of negative affectivity and resilience in patients with severe mental disorders in three psychotherapy modalities

Leonardo Gonçalves^a; Neusa Sica da Rocha^b

^aPhD student, Graduate Program in Psychiatry, Porto Alegre, Brazil; ^b Graduate Program in Psychiatry, HCPA, Clinical Research Center and Psychiatry Service, IQoI, Porto Alegre, Brazil.

Corresponding Author:

Leonardo Gonçalves

Address: Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria - UFRGS. Rua Ramiro Barcelos, 2400 - 2º andar Bairro Santana – CEP 90035-003 – Porto Alegre, RS - Brasil.

Phone: +5551 [3308-5624](tel:+555133085624)

Email address: leogonc84@gmail.com

Funding sources:

- Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) – No. 102212/2020-0
- Hospital de Clínicas de Porto Alegre Research Incentive Fund (FIPE)
- Fundação de Amparo à Pesquisa do RS – No. 19/251-0001930-0
- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – No. 303652/2019-5

Abstract

Background: The concept of resilience applied to mental health has been extensively studied in recent decades, especially in populations at risk of psychiatric disorders. However, there are few studies on patients with severe mental disorder and the resilience mechanisms involved. Psychotherapies associated with psychopharmacology have been the main interventions in these populations.

Objectives: Primary objective: to assess the association between personality traits and resilience. 2. Secondary objectives: a) evaluate the potential confounders of the association: sociodemographic factors, pharmacological treatment, type of psychotherapy, social support, depressive and anxiety symptoms, psychosocial stressors, quality of life and defense mechanisms. b) evaluate depressive symptoms as mediators of the association between personality traits and resilience.

Methods: analysis of the baseline sample of a longitudinal naturalistic study of 83 outpatients in three modalities of psychotherapy: psychodynamic, cognitive-behavioral and interpersonal from the psychotherapy outpatient clinic of Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Measurements: We assessed sociodemographic characteristics, resilience (25-item Connor Davidson Resilience Scale [CDRISC-25]), depressive symptoms (Beck Depression Inventory [BDI]), anxiety symptoms (Beck Anxiety Inventory [BAI]), quality of life (World Health Organization Quality of Life [WHOQOL]), social support (Medical Outcomes Study [MOS]), Personality traits (Personality Inventory for DSM-5 [PID-5, 50-item version]), defense mechanism style (Defense style questionnaire [DSQ-40]) and stressful life events (Life Events Questionnaire (LEQ)).

Results: In the multivariate analysis a positive association was found with mature defense mechanisms ($B = 2.55, p = 0.021$) and the trait of antagonism ($B = 7.67, p = 0.006$). Resilience was negatively associated with depressive symptoms ($B = -0.5, p = 0.004$) and negative affectivity ($B = -12.1, p < 0.001$). Mediation analysis showed that this effect was significant for depressive symptoms ($b = -$

7.32, BCa CI 95% [-12.6, -3.07]) and that this variable mediated approximately 46% of the relationship between negative affectivity and resilience.

Conclusion: Resilience was positively associated with the mature defense mechanism and antagonism trait, and negatively with negative affectivity and depressive symptoms. Depressive symptoms mediated 46% of the relationship between negative affectivity and resilience. These relationships need to be better understood to develop more specific interventions in psychotherapy.

Keywords: Resilience – psychotherapy – depression - personality

1. Introduction

1.1 Background

In recent decades there has been a growing interest in the concept of resilience related to mental health and extensive literature has been published (95). This construct evolved from the first studies in the 1970s on the development of children at risk who became healthy adults despite adversity, seeking to understand what the risk and protection factors were. In the second wave, resilience was understood as a disruption-reintegration process and the qualities involved in this process were sought (96). The third and contemporary wave defines resilience as a multidisciplinary construct of a dynamic process of successful adaptation to different levels of stress (20).

There is no consensus regarding the definition of the concept, with each research area using its own according to the focus of the study, be it at-risk population such as the military, university students, chronic patients or in the recovery of trauma victims (97). Several scales have also been developed in the last few decades to measure resilience and understand its mechanisms in the situations described above. The lack of conceptual standardization has generated criticism regarding the quality and reproducibility of studies and recently some authors have proposed a more rigorous methodology for new publications in this field (22,98,99).

Despite the extensive literature on the effectiveness and mediating mechanisms of response in the various existing psychotherapies, there is no clarity as to the role of resilience in this process. In recent years, there have been some intervention studies aimed at promoting resilience, with mindfulness and cognitive-behavioral therapy showing the greatest effectiveness (13). However, there is still a shortage of longitudinal studies prospectively evaluating the impact of resilience on mental health of both the clinical and community population at risk of developing some psychopathology (46,47). These studies, despite methodological limitations, show that resilience could act as a “buffer” for anxious and depressive symptoms after stressful events in healthy populations. As for clinical populations, we have less data, the majority of which in the treatment of post-traumatic stress (PTSD) (39).

Resilience has been less studied in the population of patients with severe mental disorder, which refers to patients with chronic mental disorder with high functional impairment (15–17). These patients have high rates of unemployment, social isolation, suicide attempt and psychiatric hospitalizations (16). These patients are already exposed to different types of acute and chronic stressors at different levels, resulting in complex psychopathology and greater search in health systems. These patients are generally seen in psychiatric outpatient clinics and require combined drug and psychotherapeutic treatments. In this population, where the capacity for resilience seems to be impaired, what processes are involved and their mediating mechanisms are not clear. According to Windle (2011), the protective factors related to resilience can be divided into three different levels of functioning: 1) individual, 2) social and 3) community (24). In this work, by involving patients in psychotherapeutic treatment, we focused on individual factors, such as sociodemographic and mainly psychological or intrapsychic (personality traits, defense mechanisms,) and social or external factors such as social support and social stressors. Other treatment-related factors that could also influence

resilience were also included, such as the type of psychotherapy and pharmacological treatment.

1.2 Objectives and hypotheses

The main objective of this study is to verify the associations previously reported in the literature between personality and resilience factors and their potential confounders (sociodemographic factors , pharmacological treatment , type of psychotherapy , social support, depressive and anxiety symptoms, quality of life and defense mechanisms) . The secondary objective is to assess depressive symptoms as a possible partial mediator of the relationship between personality traits and resilience.

Primary hypothesis: older ages, higher levels of education and male gender are associated with higher levels of resilience. Greater social support, presence of pharmacological treatment, better quality of life, mature defense mechanisms and cognitive-behavioral therapy are associated with higher levels of resilience. Higher levels of depressive and anxiety symptoms, neurotic and immature defense mechanisms and psychosocial stressors are associated with lower levels of resilience.

Secondary hypothesis: Depressive and anxiety symptoms partially mediate the association between personality traits and resilience.

2. Methods

This study is part of a larger project called LIPO and its research protocol has been described in greater detail elsewhere (2). In this protocol, the variables are divided into: 1. primary outcomes that include: 1.1 clinical domain (anxiety symptoms, depression and general psychiatric symptoms), 1.2 biological domain (BDNF), 1.3 psychosocial domain (quality of life, resilience and social support, quality of life adjusted for years); 2. domain of confounding/mediating factors that include: 2.1

clinical domain (psychiatric and psychodynamic diagnosis, comorbidities, pharmacological treatment, personality traits, number of sessions and type of therapy),
2.2 psychosocial domain (stressors, therapeutic alliance, motivational status and defense mechanisms).

2.1 Design

This is a naturalistic longitudinal observational study with a 12-month follow-up (baseline, 06 months and 12 months) of outpatient follow-up in three types of psychotherapy: psychodynamic (PDT), cognitive-behavioral (CBT) and interpersonal (TIP). The population of this study corresponds to the baseline sample of the follow-up.

2.2 Instruments

2.2.1 Resilience

Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) developed by Connor & Davidson: measures levels of positive psychosocial adaptation in the face of important life events. Comprises 25 items with a likert response ranging from 0 “not at all true” to 4 “almost always true” (38).

2.2.2 Personality

The Personality Inventory for DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (PID-5) - Adult. A set of 25 core elements of personality description that combine into five broad domains of maladaptive personality variation: negative affect, detachment, antagonism, disinhibition and psychoticism (100).

2.2.3 Psychosocial stressors

Life Events Questionnaire (LEQ): assesses the occurrence of 14 stressful life events in the last 12 months and their impact on the subject's life, as well as the association with the onset of current psychiatric problems (85).

2.2.4 Symptoms of anxiety and depression:

Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI): They are self-report scales of magnitude of depression (BDI) and anxiety (BAI) developed by Beck, aiming to evaluate levels of anxiety, suicidal ideation and depression (86).

2.2.5 Quality of life:

WHOQOL-BREF is a quality of life instrument developed by WHO, composed of 26 items that are answered on response scales ranging from 1 to 5, forming four domains (physical, psychological, social and environmental) (87).

2.2.6 Social support:

Social Support Questionnaire of the MOS Study: developed to assess the degree of social support received in patients with chronic diseases and adapted to Portuguese (88). It consists of 19 self-report items and a likert format with a score of 1-5, in which the higher the score, the greater the social support (89,101).

2.2.7 Defense mechanisms:

The Defense Style Questionnaire (DSQ-40) is a 40-item self-applicable questionnaire that aims to identify derivatives of defense mechanisms (65). The aim of this instrument is to identify the characteristic style of how people – conscious or unconscious – deal with conflict based on the idea that people can accurately comment on their behavior. Ego defense mechanisms are psychoanalytic concepts related to unconscious strategies used by the ego to deal with conflicts that generate some kind of stress . There are different levels of operation and are closely related to the level of personality structure. DSQ-40 establishes three levels of defense mechanisms: mature, neurotic and immature.

2.3 Sample and procedures

The sample corresponds to outpatients referred from a screening outpatient clinic that attends the other clinical outpatients of a general hospital (Hospital de Clínicas de Porto Alegre).

2.4 Statistical analysis

Continuous sociodemographic variables were presented as means and standard deviations (SD). Categorical variables were presented as percentages. Pearson's bivariate correlation was used for the correlation test and multiple linear regression with backward method was used for multivariate analysis. The factors of the bivariate correlation analysis with a significance level of p-value less than 0.05 were included in the multivariate analysis. In the backward multivariate analysis, all the significant factors from the previous step are simultaneously inserted and the less significant ones are removed one by one until remain the most significant in the final model.

The mediation analysis was performed with the statistically significant factors obtained in the logistic regression using the bootstrapping method described by Preacher and Hayes (102). the factors chosen were those that had a previous association according to the literature: sociodemographic (103), social support (104,105), pharmacological treatment (10,39), type of psychotherapy (11,13), quality of life (105), psychosocial stressors (47), depressive and anxiety symptoms (44,45,106), personality traits (61,107–109) and defense mechanisms (66,67,110). The level of significance was set at $p < 0.05$. All analyses were performed using SPSS version 21.

2.5 Ethical aspects

As previously mentioned, this study is part of the project called LIPO, approved by the Research Ethics Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPC - HCPA number 150097). All study participants signed an informed consent form with the objectives of the study. No member of the research team participated in the clinical and psychotherapeutic treatment of patients.

3 Results

Table 1 shows a predominance of women (77.8%) in the sample with white ethnicity (86.7). They had an average age of 43 years, and 42.2% were in paid employment. The main indication for psychotherapy was for dynamic orientation

(57.8%), with more than double that of the second, which was CBT (24.1%) and lastly, IPT (18.1%). It is noteworthy the high prevalence of medication use (90%) as well as suicide attempts (39.4%) and recent psychiatric hospitalization (28.2%), denoting a very severe clinical population.

The bivariate analysis (table 2) showed a statistically significant correlation of resilience with various demographic, psychosocial and clinical factors. High negative correlation with depressive ($r = -0.57$, $p = 0.01$) and anxious symptoms ($r = -0.46$, $p = 0.01$) and negative affectivity ($r = -0.48$, $p = 0.01$) and high positive correlation stand out with mature defense mechanisms ($r = 0.45$, $p = 0.01$). There was no correlation with the stressor scale ($r = 0.02$, $p = 0.66$).

In the multivariate analysis (table 3), factors with $p \leq 0.05$ of the bivariate correlation analysis were inserted in the model (gender, suicide attempt, pharmacological treatment, depressive symptoms, anxiety symptoms, social support, negative affectivity, detachment, disinhibition, quality of life and mature defenses). A statistically significant positive association was found with mature defense mechanisms ($B = 2.55$, $p = 0.021$) and the trait of antagonism ($B = 7.67$, $p = 0.006$). Resilience was negatively associated with depressive symptoms ($B = -0.5$, $p = 0.004$) and negative affectivity ($B = -12.1$, $p < 0.001$). There was a trend for a positive association with the use of pharmacological treatment, but without reaching statistical significance ($B = 9.7$, $p = 0.07$). The proportion of adjusted variability of resilience explained by the final model was 52% ($R^2_{\text{adj}} 0.52$, $p = 0.001$)

In order to understand the impact of negative affectivity on resilience, a mediation analysis was performed with the depressive symptoms used as a mediator, as it is a variable representing a state. Figure 2 shows that the mediation effect was significant for depressive symptoms ($b = -7.32$, BCa CI 95% [-12.6, -3.07]) and that this variable mediated approximately 46% of the relationship between negative affectivity and resilience.

To understand the surprising finding of the antagonism trait positively impacting resilience, a multivariate regression analysis was performed using only the facets of this trait, to find out which ones actually influenced resilience. Only the grandiosity facet was significant ($B = 7.29$, $p = 0.038$). The other facets (dishonesty, seeking attention, manipulation and insensitivity) did not show a significant association.

Table 1. Sociodemographic and clinical characteristics of the sample

	Total (n= 83)
Mean Age (\pmDP)	45.13 (12.38)
Sex n (%)	
Female	63 (77.8)
Ethnicity, n (%)	
White	72 (86.7)
Non-White	10 (12)
Years of Study, mean (\pmDP)	12,27 (4.06)
Marital status n (%)	
Single	20 (27.4)
Married	40 (54.8)
Divorced	9 (12.3)
Widowed	4 (5.5)
Occupation, n (%)	
Retired due to disability	8 (9.6)
Retired due to age	3 (3.6)
With paid occupation	35 (42.2)
Homemaker	4 (4.8)
On sick leave	18 (21.7)
Student	2 (2.4)
Without occupation (not retired)	10 (12)
Type of psychotherapy, n (%)	
Psychodynamic psychotherapy	48 (57.8)
Cognitive-behavioral psychotherapy	20 (24.1)
Interpersonal psychotherapy	15 (18.1)
Psychiatric hospitalizations in the last 6 months	
Yes, n (%)	20 (28.2)
Attempts to commit suicide in the last 6 months	
Yes, n (%)	27 (39.4)
Use of psychiatric pharmacological treatment	
Yes, n (%)	63 (90)
Resilience	49.85 (17.6)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1. Resilience	1.000	.249*	-.001	-.037	.038	-.032	.077	.217*	.242*	.566*	.457*	.321**	-.477**	.248*	.165	.409*	-.203	.016	.290**	.444**	.023	-.1
2. Gender		1.000	-.070	.015	.083	.122	.128	-.133	-.154	.326*	.299*	-.098	.303**	.120	-.122	.060	.146	-.008	.62437	-.131	.064	.1
3. Age			1.000	.209	-.183	-.210	.001	.161	.255*	-.041	.058	-.113	-.119	.027	-.075	.177	-.039	.133	.042	.153	-.029	-.1
4. Type of psychotherapy				1.000	-.071	.033	.123	.185	.014	-.058	.131	.036	-.148	.321*	-.118	-.050	-.143	.046	.088	-.073	-.188	-.1
5. Education					1.000	.834*	.144	.143	.131	-.082	.230*	.283**	-.131	-.067	-.122	-.213	-.085	.043	.139	-.029	-.200	-.1
6. Years of study						1.000	.187	.119	.094	-.004	-.149	.210	-.107	-.168	-.253*	-.080	-.156	.081	.099	-.184	-.280*	-.31
7. Psychiatric hospitalizations							1.000	.460*	.062	-.031	-.182	.165	-.028	.299*	.069	-.144	-.083	.017	.162	.199	-.087	-.0
8. Suicide attempt								1.000	.033	.341*	.321*	.333**	-.237*	.420*	-.012	.284*	.307*	-.035	.018	.111	-.244*	-.23
9. Pharmacological treatment									1.000	.274*	.228*	.234*	.044	.080	.228*	.229*	.079	-.020	.267*	.024	-.024	.0
10. BDI										1.000	.586*	-.561**	.466**	.479*	.090	.556*	.427*	.108	-.448**	-.380**	.023	.406
11. BAI											1.000	-.505**	.355**	.337*	-.063	.431*	.289*	-.298*	-.292**	-.159	.188	.289
12. MOS												1.000	-.322**	.483*	-.071	.568*	.427*	.245*	.382**	.261*	-.063	-.289
13. PID-5: Negative Affectivity													1.000	.576*	.214	.387*	.502*	.040	-.127	-.102	.273*	.56
14. PID-5: Detachment														1.000	.392**	.511*	.669*	.207	-.178	-.105	.153	.53
15. PID-5: Antagonism															1.000	.041	.250*	-.043	.066	.267*	.160	.42
16. PID-5: Disinhibition																1.000	.510*	.105	-.322**	-.236*	.076	.31
17. PID-5: Psychoticism																	1.000	.226*	-.056	.009	.174	.51
18. LEQ																		1.000	-.181	.001	-.035	.0
19. WHOQOL-BREF																			1.000	.393**	-.024	-.1
20. DSQ-40: Mature																				1.000	.370**	.0
21. DSQ-40: Neurotic																					1.000	.42
22. DSQ-40: Immature																						1.0

Table 2: Bivariate correlation analysis of resilience, sociodemographic, personality and clinical factors

*p=0.05, **p=0.01

Table 3. Multivariate adjustment of significant sociodemographic, clinical, personality, and psychosocial factors from the bivariate analysis associated with resilience

	n	B (95% CI)	p-value
Pharmacological treatment	83	9.7 (-0.88 – 20.28)	0.072
BDI	83	-0.5 (-0.83 – -0.17)	0.004*
PID-5: Negative Affect	83	-12.1 (-17.9– -6.24)	<0.001*
PID-5: Antagonism	83	7.67 (2.29 – 13.04)	0.006*
DSQ-40: Mature	83	2.55 (0.4 – 4.69)	0.021*

*; R² 0.55, adjusted R² 0.52, p < 0.05. Factors included in the model: gender, suicide attempt, pharmacological treatment, depressive symptoms, anxiety symptoms, social support, negative affectivity, detachment, disinhibition, quality of life, and mature defenses.

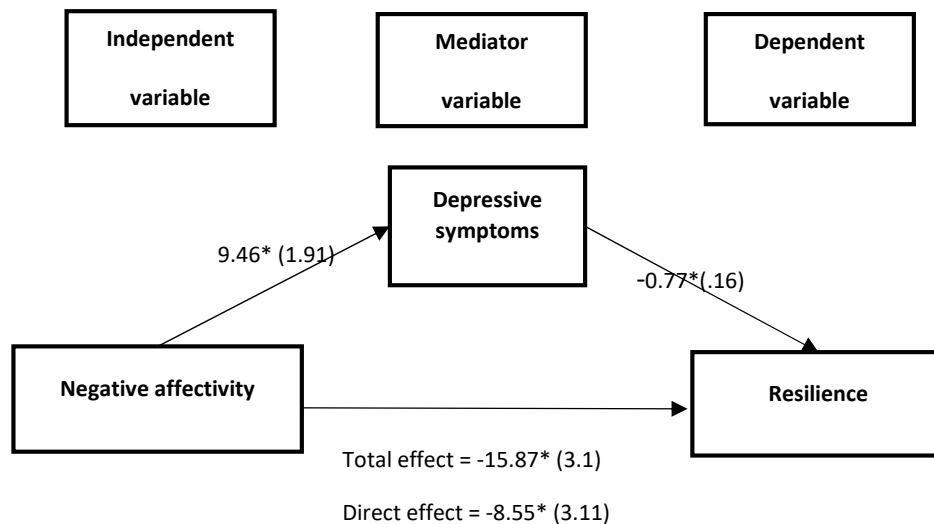


Figure 1. Negative affectivity (Personality Inventory for DSM-5 [PID-5]) as a predictor of resilience (25-item Connor Davidson Resilience Scale [CDRISC]) mediated by depressive symptoms (Beck Depression Inventory [BDI]). The Bias-Corrected and Accelerated (Bca) confidence interval was estimated using the Bootstrapping technique (5000 resamples). All coefficients represent unstandardized beta coefficients (standard errors in parentheses). Note: * $p < 0.001$.

4 Discussion

4.1 Primary findings

In our knowledge, this is the first study that investigates the factors associated with resilience in patients with severe mental disorders using different methods of psychotherapy. The main objective of this study was to investigate the association between personality factors and resilience. A negative association was found between negative affectivity and resilience and a positive association between antagonism and resilience.

The PID-5 negative affectivity domain is analogous to the Big Five neuroticism construct in non-clinical populations and relates to the experience of negative emotions, including a study showing activation patterns in different regions of the neocortex than in a healthy population (111,112). Both are associated as a risk factor for the development of depressive and anxious psychopathology in several studies (60,61,107,108). It is not surprising that we find in a population of chronically ill

patients the impact that this facet of personality can have on their ability to deal with various forms of stress, especially disorders such as depression, resulting in a reduced perception of resilience and, therefore, mitigation of these conditions and restoring their basal functioning, which would be a successful process for someone resilient (20). This is evident with the mean level of resilience of this population of 49.85 (table1) comparable with other studies with clinical samples (40,91) but much lower than that of community populations with an average that varied between some studies compiled by the scale's developers between 65.4 and 80.4 in different countries. In the work by Solano (2012) with a Brazilian sample of 108 outpatients, a mean value of 57.7 was found for patients with anxious symptoms and 52.1 for patients with borderline personality disorder (40). Min et al (2013) found values of 47.4 (20.2) in 230 outpatients with anxiety and/or depression (113) and Um et al (2014) reported a mean of 46.0 (20.8) for 254 outpatients with depression (114).

In addition, we found an unprecedented association in the literature of the PID-5 antagonism domain on resilience. To understand this result, we made an analysis exploring the facets that make up the antagonism trait and found only grandiosity as a predictor of resilience. The interpretation of this result can be based on a pathological and distorted view of these patients regarding their own resilience. Due to the severity profile of these patients, the use of medications, hospitalizations, and suicide attempts, it is expected that there will be a high prevalence of diagnoses of mood and personality disorders that lead to delusions of grandiosity, hypomania and pathological narcissism. In the study by Nunes (2017), with inpatients, but with a similar profile of high severity, it was found that resilience was comparatively lower in depressed patients compared to patients with schizophrenia and bipolar mood disorder (1).

4.2 Secondary findings

A significant association was found between mature defense mechanisms and resilience. Vaillant (2011) considers an intimate relationship between these mechanisms

and coping responses to stress can be divided into three broad categories (66). The first coping category involves voluntarily mobilizing social supports. The second category involves voluntary coping strategies like rehearsing responses to danger. The third coping category, like fever and leukocytosis, is involuntary. It entails deploying unconscious homeostatic mechanisms that reduce the disorganizing effects of sudden stress, DSM-5 offers a tentative hierarchy of defenses, from psychotic to immature to mature. The 70-year prospective Study of Development at Harvard provides a clinical validation of this hierarchy. Maturity of coping predicted psychosocial adjustment to aging 25 years later and was associated with not developing symptoms of post-traumatic stress disorder after very severe WWII combat (69). The author Vaillant considers resilience as an involuntary coping mechanism, drawing a parallel between it and the body's self-regulatory mechanisms such as fever and leukocytosis to reduce the disorganizing effects of sudden stress and reestablish homeostasis (66). In the work of Simeon et al (2007), the authors used the mature level of defense mechanisms of the Defense Style Questionnaire as a "resilience" index based on Vaillant's theory (67,115). This theory is based on a 45-year-old cohort of 204 university students in which mature defense mechanisms before age 50 were important predictors of mental health at age 65. Unfortunately, there are few recent studies prospectively evaluating this association, we have a case-control study by Teche et al (2017) in which the group with PTSD had lower resilience scores as well as the use of mature mechanisms (110).

To understand the relationship between trait and state, a mediation analysis was performed to clarify how much of the perception of patients in the sample of patients with negative affectivity influenced their resilience through their depressive symptomatology. It was observed that approximately 46% of this relationship was mediated by the depressive state. This result shows that there is a complex interrelationship between personality (trait), symptomatology (state) and resilience,

impacting overall mental health. Some authors consider that resilience could act as a buffer for the negative effects of personality on symptoms of depression and anxiety.

Other factors that have already been extensively studied, such as social support and the level of psychosocial stressors, had no statistically significant association when analyzed independently from the other factors. The type of psychotherapy assigned was also not associated with the level of resilience.

One of the strengths of this study is the use of a sample of patients with severe mental illness. The sample studied, being evaluated in tertiary-level psychiatric outpatient clinics, is characterized by presenting what the WHO considers as severe mental disorder (SMD), that is, patients with high levels of psychopathology, high number of suicides attempts and hospitalizations. The field of resilience has been less focused on the investigation of populations with chronic mental disorders, where the capacity for resilience is reduced, so we believe that research on mechanisms that enable the promotion of resilience in patients with high demand in mental health services is valid.

This work sought to establish relevant study factors to be researched in assessing contributors to resilience in clinical populations with chronic and severe disorders. The field of resilience has developed mainly in the investigation of factors that protect mental disorder in populations at risk, such as health professionals, police, students and sportsmen (97); however, it lacks a better understanding of the factors that may promote the restoration of at least partial resilience capacity in populations that already have functional chronic impairment and that are possibly unable to return to functioning at a healthy level, resulting in a lossy or dysfunctional reintegration (20). From understanding both the factors that promote resilience more effectively and those that reduce it, we can establish more specific interventions in psychotherapy, advancing not only in reducing symptoms.

4.2 Limitations

This study has some limitations. This is a cross-sectional analysis of a baseline sample from a larger longitudinal study (2) with a 12-month follow-up, so it is not possible to infer causality in the associations found between negative affectivity, antagonism, mature defense mechanisms, depressive symptoms and resilience.

There is still no consensus in the literature regarding the definition of resilience or how best to evaluate it (24,97,116). There are several instruments that aim to measure resilience with good psychometric properties, without yet a gold standard (37). CDRISC was used because it was developed in patients with PTSD, which are similar to the severity of our sample and because it is more sensitive to change due to treatment, since this study is the baseline sample of a longitudinal study (2). Other authors argue that questionnaires measure factors linked to resilience, but not their underlying mechanisms(22,34). They propose that resilience be measured quantitatively in longitudinal studies through the ratio of the load of mental health problems to the load of stressors (22). Patients who presented no or minimal worsening of symptoms after one or more stressors would be resilient (22). Studies of this nature require several measures over time, which makes them highly expensive. Measuring stressors in chronically ill patients becomes a challenge, as there is no clear separation between the effect of the stressor and the onset of symptoms. In addition, self-administered questionnaires may present biases related to social desirability and memory bias, so there is still a lack of more objective measures of resilience.

4.3 Future directions

The analysis of the follow-up of this sample may clarify the direction of the causality of the in the associations between negative affectivity, antagonism, mature defense mechanisms, depressive symptoms and resilience shown in this study.

5. Conclusion

The present work showed significant associations between personality traits of negative affectivity and antagonism, mature defense mechanisms and depressive symptoms with resilience. Depressive symptoms mediated nearly half the relationship between negative affectivity and resilience. These findings contribute to a greater understanding of both the mechanisms that promote resilience and those that can reduce it and thus influence the mental health outcomes of outpatients in different psychotherapies.

6. Acknowledgments

The authors wish like to thank the Hospital de Clínicas de Porto Alegre Research Incentive Fund (FIPE) for the financial support.

Conflict of Interest Statement: The authors declare that this project was financed by the Hospital de Clínicas de Porto Alegre Research Incentive Fund (FIPE) and received funds from the following agencies: Institutional Program for Scientific Initiation Scholarships (PIBIC); RS Research Support Foundation and National Council for Scientific and Technological Development (CNPq).

Author Contributions: NR developed and coordinated the project. LG was responsible for the data analysis, literature review and writing of the manuscript.

Sponsor's Role: there was no sponsorship in this study.

7. References

1. Nunes KG, da Rocha NS. Resilience in severe mental disorders: correlations to clinical measures and quality of life in hospitalized patients with major depression, bipolar disorder, and schizophrenia. *Qual Life Res* [Internet]. 2021; Available from: <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02920-3>
2. Gonçalves L, Barbisan GK, Rebouças CDAV, da Rocha NS. Longitudinal investigation of psychotherapy outcomes (LIPO): Description of the study protocol. *Front Psychiatry*. 2019;10(APR):1–8.

3. Bozzatello P, Rocca P, Baldassarri L, Bosia M, Bellino S. The Role of Trauma in Early Onset Borderline Personality Disorder: A Biopsychosocial Perspective. *Front psychiatry*. 2021;12:721361.
4. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction. *Am Psychol*. 2000 Jan;55(1):5–14.
5. World Health Organization. Constitution Of the World Health Organization. New York, NY; 1946.
6. Werner EE. Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. *Eur Child Adolesc Psychiatry [Internet]*. 1996;5(1):47–51. Available from: <https://doi.org/10.1007/BF00538544>
7. Garmezy N. Resiliency and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated With Poverty. *Am Behav Sci [Internet]*. 1991;34(4):416–30. Available from: <https://doi.org/10.1177/0002764291034004003>
8. Rutter M. Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry*. 1985 Dec;147:598–611.
9. Fletcher D, Sarkar M. Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *Eur Psychol*. 2013;18(1):12–23.
10. Davidson J, Baldwin DS, Stein DJ, Pedersen R, Ahmed S, Musgnung J, et al. Effects of venlafaxine extended release on resilience in posttraumatic stress disorder: An item analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale. *Int Clin Psychopharmacol*. 2008;23(5):299–303.
11. Helmreich I, Kunzler A, Chmitorz A, König J, Binder H, Wessa M, et al. Psychological interventions for resilience enhancement in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2017(2).
12. Macedo T, Wilhelm L, Gonçalves R, Coutinho ESF, Vilete L, Figueira I, et al. Building resilience for future adversity: A systematic review of interventions in non-clinical samples of adults. *BMC Psychiatry [Internet]*. 2014;14(1):227. Available from: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-014-0227-6>
13. Joyce S, Shand F, Tighe J, Laurent SJ, Bryant RA, Harvey SB. Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open*. 2018 Jun;8(6):e017858.
14. Rudrauf D. Structure-Function Relationships behind the Phenomenon of Cognitive Resilience in Neurology: Insights for Neuroscience and Medicine. *Adv Neurosci*. 2014;2014:1–28.

15. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry*. 2000 Aug;177:149–55.
16. Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M, Lasalvia A, Leese M. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006 Jun;41(6):457–63.
17. Johnson DL. Overview of severe mental illness. *Clin Psychol Rev*. 1997;17(3):247–57.
18. Earvolino-Ramirez M. Resilience: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2007;42(2):73–82.
19. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. Vol. 56, *American Psychologist*. US: American Psychological Association; 2001. p. 227–38.
20. Richardson GE. The metatheory of resilience and resiliency. *J Clin Psychol*. 2002 Mar;58(3):307–21.
21. Bonanno GA. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive after Extremely Aversive Events? *Am Psychol* [Internet]. 2004;59(1):20–8. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1942-9681.S.1.101>
22. Kalisch R, Müller MB, Tüscher O. A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behav Brain Sci* [Internet]. 2015;38:e92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25158686>
23. Herrman H, Stewart DE, Diaz-granados N, Dphil ELB, Jackson B, Yuen T. What Is Resilience? 2011;56(5).
24. Windle G. What is resilience? A review and concept analysis. *Rev Clin Gerontol* [Internet]. 2011;21(2):152–69. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0959259810000420
25. APA. Building Your Resilience [Internet]. American Psychological Association. 2020. p. 1–5. Available from: <https://www.apa.org/topics/resilience>
26. World Health Organization Europe. Strengthening resilience: a priority shared by Health 2020 and the Sustainable Development Goals. 2017.
27. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev* [Internet]. 2000;71(3):543–62. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1467-8624.00164>

28. Rutter M. Implications of Resilience Concepts. *Ann New York Acad Sci.* 2006;12:1–12.
29. Rutter M. Resilience as a dynamic concept. *Dev Psychopathol* [Internet]. 2012;24(2):335–44. Available from:
http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0954579412000028
30. Block J, Kremen AM. IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *J Pers Soc Psychol.* 1996 Feb;70(2):349–61.
31. Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL, Wallace KA. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *J Pers Soc Psychol.* 2006 Oct;91(4):730–49.
32. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping.* New York, NY: Springer; 1984.
33. Vanderbilt-Adriance E, Shaw DS. Conceptualizing and re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2008 Jun;11(1–2):30–58.
34. Kalisch R, Baker DG, Basten U, Boks MP, Bonanno GA, Brummelman E, et al. The resilience framework as a strategy to combat stress-related disorders. Vol. 1, *Nature Human Behaviour.* 2017.
35. Reppold CT, Mayer JC, Almeida LS, Hutz CS. Avaliação da Resiliência: Controvérsia em Torno do Uso das Escalas. *Psicol Reflex e Crit.* 2012;25(2):248–55.
36. Katiúscia Gomes Nunes. Resiliência em pacientes com transtorno mental grave : estudo de correlação com desfechos clínicos e qualidade de vida [Internet]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017. Available from:
<http://hdl.handle.net/10183/188925>
37. Windle G, Bennett KM, Noyes J. A methodological review of resilience measurement scales. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2011;9(1):8. Available from: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-9-8>
38. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new Resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety.* 2003;18(2):76–82.
39. Davidson J, Stein DJ, Rothbaum BO, Pedersen R, Szumski A, Baldwin DS. Resilience as a predictor of treatment response in patients with posttraumatic stress disorder treated with venlafaxine extended release or placebo. *J Psychopharmacol* [Internet]. 2012;26(6):778–83. Available from:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21926426>
40. Solano JPC, Bracher ESB, Faisal-Cury A, Ashmawi HA, Carmona MJC, Lotufo Neto F, et al. Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson resilience scale among Brazilian adult patients. *Sao Paulo Med J* [Internet]. 2016;134(5):400–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802016000500400&lng=en&tlng=en
 41. Horn SR, Charney DS, Feder A. Understanding resilience: New approaches for preventing and treating PTSD. *Exp Neurol* [Internet]. 2016 Oct [cited 2018 Jun 18];284:119–32. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014488616302011>
 42. Pietrzak RH, Johnson DC, Goldstein MB, Malley JC, Rivers AJ, Morgan CA, et al. Psychosocial buffers of traumatic stress, depressive symptoms, and psychosocial difficulties in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom: the role of resilience, unit support, and postdeployment social support. *J Affect Disord*. 2010 Jan;120(1–3):188–92.
 43. Min JA, Lee CU, Chae JH. Resilience moderates the risk of depression and anxiety symptoms on suicidal ideation in patients with depression and/or anxiety disorders. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2015;56:103–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.07.022>
 44. Mosqueiro BP, Da Rocha NS, Fleck MPDA. Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients. *J Affect Disord*. 2015;179:128–33.
 45. Hjemdal O, Vogel PA, Solem S, Hagen K, Stiles TC, Wiley J. The Relationship between Resilience and Levels of Anxiety, Depression, and Obsessive – Compulsive Symptoms in Adolescents. *Clin Psychol Psychother Clin*. 2011;321(August 2010):314–21.
 46. Hjemdal O, Friborg O, Stiles TC, Rosenvinge JH, Martinussen M. Resilience predicting psychiatric symptoms: a prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clin Psychol \& Psychother* [Internet]. 2006;13(3):194–201. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpp.488>
 47. Sheerin CM, Lind MJ, Brown EA, Gardner CO, Kendler KS, Amstadter AB. The impact of resilience and subsequent stressful life events on MDD and GAD. *Depress Anxiety*. 2018 Feb;35(2):140–7.

48. Pusch D, Dobson KS. Childhood adversity and adult depression: The protective role of psychological resilience. *Child Abuse Negl.* 2017 Feb 1;64:89–100.
49. Maccallum F, Galatzer-Levy IR, Bonanno GA. Trajectories of depression following spousal and child bereavement: A comparison of the heterogeneity in outcomes. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2015 Oct [cited 2018 May 4];69:72–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395615002101>
50. Laird KT, Krause B, Funes C, Lavretsky H. Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2019;9(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41398-019-0424-7>
51. Fredrickson BL, Tugade MM, Waugh CE, Larkin GR. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *J Pers Soc Psychol.* 2003 Feb;84(2):365–76.
52. Mizuno Y, Hofer A, Suzuki T, Frajo-Apor B, Wartelsteiner F, Kemmler G, et al. Clinical and biological correlates of resilience in patients with schizophrenia and bipolar disorder: A cross-sectional study. *Schizophr Res* [Internet]. 2016;175(1–3):148–53. Available from: http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L71847092%5Cnhttp://sfx.metabib.ch/sfx_locator?sid=EMBASE&issn=00063223&id=doi:&atitle=Clinical+and+biological+correlates+of+resilience+in+patients+with+schizophrenia,+bipolar+I+diso
53. Pfennig A, Leopold K, Martini J, Boehme A, Lambert M, Stamm T, et al. Improving early recognition and intervention in people at increased risk for the development of bipolar disorder: study protocol of a prospective-longitudinal, naturalistic cohort study (Early-BipoLife). *Int J Bipolar Disord* [Internet]. 2020;8(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s40345-020-00183-4>
54. Kim KR, Song YY, Park JY, Lee EH, Lee M, Lee SY, et al. The relationship between psychosocial functioning and resilience and negative symptoms in individuals at ultra-high risk for psychosis. *Aust N Z J Psychiatry.* 2013;47(8):762–71.
55. Choi JW, Cha B, Jang J, Park CS, Kim BJ, Lee CS, et al. Resilience and impulsivity in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* [Internet]. 2015;170:172–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.056>
56. Southwick SM, Charney DS. The science of resilience: Implications for the prevention and treatment of depression. *Science (80-)* [Internet].

- 2012;338(6103):79–82. Available from:
http://www.viriya.net/jabref/the_science_of_resilience_-_implications_for_the_prevention_and_treatment_of_depression.pdf
57. Mackinnon DP, Dwyer JH. Estimating Mediated Effects in Prevention Studies. *Eval Rev* [Internet]. 1993 Apr 1;17(2):144–58. Available from:
<https://doi.org/10.1177/0193841X9301700202>
 58. Sarubin N, Wolf M, Giegling I, Hilbert S, Naumann F, Gutt D, et al. Neuroticism and extraversion as mediators between positive/negative life events and resilience. *Pers Individ Dif*. 2015;82.
 59. Hu T, Zhang D, Wang J. A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2015;76:18–27. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>
 60. Lü W, Wang Z, Liu Y, Zhang H. Resilience as a mediator between extraversion, neuroticism and happiness, PA and NA. *Pers Individ Dif*. 2014 Jun 1;63:128–33.
 61. Oshio A, Taku K, Hirano M, Saeed G. Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis. *Pers Individ Dif*. 2018;127.
 62. Shiner RL, Masten AS. Childhood personality as a harbinger of competence and resilience in adulthood. *Dev Psychopathol*. 2012;24(2):507–28.
 63. Freud A. *Ego e os mecanismos de defesa*. Porto Alegre: Artmed; 2005.
 64. Vaillant GE. An empirically derived hierarchy of adaptive mechanisms and its usefulness as a potential diagnostic axis. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1985;319:171–80.
 65. Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, et al. Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2004;26(4):255–8. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15729460>
 66. Vaillant GE. Involuntary coping mechanisms: a psychodynamic perspective. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(3):366–70.
 67. Simeon D, Yehuda R, Cunill R, Knutelska M, Putnam FW, Smith LM. Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*. 2007;32(8–10):1149–52.
 68. Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health. *Clin Psychol Rev*. 2010 Jul;30(5):479–95.
 69. Vaillant GE, Vaillant CO. Natural history of male psychological health, XII: A

- 45-year study of predictors of successful aging at age 65. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1990 [cited 2021 Apr 21];147(1):31–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2293786/>
70. P C, J B. Preschool antecedents of defense mechanism use in young adults: a longitudinal study. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1998 [cited 2021 Nov 3];74(1):159–69. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9457780/>
 71. Di Giuseppe M, Zilcha-Mano S, Prout TA, Perry JC, Orrù G, Conversano C. Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 Among Italians During the First Week of Lockdown. *Front Psychiatry* [Internet]. 2020;11:1022. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2020.576597>
 72. Di Giuseppe M, Nepa G, Prout TA, Albertini F, Marcelli S, Orrù G, et al. Stress, Burnout, and Resilience among Healthcare Workers during the COVID-19 Emergency: The Role of Defense Mechanisms. Vol. 18, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021.
 73. Hersoug AG, Wærsted M, Lau B. Defensive Functioning Moderates the Effects of Nondirective Meditation. *Front Psychol*. 2021;12(January).
 74. Song S, Yang X, Yang H, Zhou P, Ma H, Teng C, et al. Psychological Resilience as a Protective Factor for Depression and Anxiety Among the Public During the Outbreak of COVID-19. *Front Psychol*. 2020;11:618509.
 75. Schmitt AAJ, Brenner AM, Primo de Carvalho Alves L, Claudino FC de A, Fleck MP de A, Rocha NS. Potential predictors of depressive symptoms during the initial stage of the COVID-19 outbreak among Brazilian adults. *J Affect Disord*. 2021 Mar;282:1090–5.
 76. Ding K, Yang J, Chin M-K, Sullivan L, Demirhan G, Violant-Holz V, et al. Mental Health among Adults during the COVID-19 Pandemic Lockdown: A Cross-Sectional Multi-Country Comparison. Vol. 18, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021.
 77. Havnen A, Anyan F, Hjemdal O, Solem S, Gurigard Riksfjord M, Hagen K. Resilience Moderates Negative Outcome from Stress during the COVID-19 Pandemic: A Moderated-Mediation Approach. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Sep;17(18).
 78. Lin T, Yi Z, Zhang S, Veldhuis CB. Predictors of Psychological Distress and Resilience in the Post-COVID-19 Era. *Int J Behav Med*. 2021 Oct;1–11.
 79. Ayed N, Toner S, Priebe S. Conceptualizing resilience in adult mental health literature: A systematic review and narrative synthesis. *Psychol Psychother*

- Theory, Res Pract [Internet]. 2019 Sep 1;92(3):299–341. Available from: <https://doi.org/10.1111/papt.12185>
80. Xu Y, Shao J, Zeng W, Wu X, Huang D, Zeng Y, et al. Depression and Creativity During COVID-19: Psychological Resilience as a Mediator and Deliberate Rumination as a Moderator [Internet]. Vol. 12, *Frontiers in Psychology*. 2021. p. 1570. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2021.665961>
 81. Traunmüller C, Stefitz R, Schneider M, Schwerdtfeger A. Resilience moderates the relationship between the psychological impact of COVID-19 and anxiety. *Psychol Health Med*. 2021 Jul;1–12.
 82. Veer IM, Riepenhausen A, Zerban M, Wackerhagen C, Puhlmann LMC, Engen H, et al. Psycho-social factors associated with mental resilience in the Corona lockdown. *Transl Psychiatry*. 2021 Jan;11(1):67.
 83. Yalçın İ, Can N, Mançe Çalışır Ö, Yalçın S, Çolak B. Latent profile analysis of COVID-19 fear, depression, anxiety, stress, mindfulness, and resilience. *Curr Psychol*. 2021 Mar;1–11.
 84. Kubo T, Sugawara D, Masuyama A. The effect of ego-resiliency and COVID-19-related stress on mental health among the Japanese population. *Pers Individ Dif*. 2021 Jun;175:110702.
 85. Tennant C, Andrews G. A Scale to Measure the Cause of Life Events. *Aust New Zeal J Psychiatry* [Internet]. 1977 Sep 26 [cited 2018 Nov 20];11(3):163–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/270333>
 86. Cunha J. Manual da versão em português das Escalas Beck [Internet]. São Paulo: Casa do Psicólogo. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. p. 2001. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Manual+da+versão+em+português+das+Escalas+Beck#0>
 87. Fleck MPA, Louzada S, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref.” Vol. 34, *Revista de Saúde Pública*. scielo ; 2000. p. 178–83.
 88. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. [Social network and social support measures from the Pró-Saúde Study: pre-tests and pilot study]. *Cad Saude Publica*. 2001;17(4):887–96.
 89. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*. 1991 Jan 1;32(6):705–14.

90. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health* [Internet]. 2012;51(2):579–86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-010-9429-5>
91. Davidson J, Connor K. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) Manual. Unpublished [Internet]. 2016; Available from: www.cd-risc.com
92. Schmidt S, Mühlhan H, Power M. The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *Eur J Public Health* [Internet]. 2006;16(4):420—428. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki155>
93. Moser A, Stuck AE, Silliman RA, Ganz PA, Clough-Gorr KM. The eight-item modified Medical Outcomes Study Social Support Survey: psychometric evaluation showed excellent performance. *J Clin Epidemiol*. 2012 Oct;65(10):1107–16.
94. Skevington SM, Gunson KS, O’Connell KA. Introducing the WHOQOL-SRPB BREF: Developing a short-form instrument for assessing spiritual, religious and personal beliefs within quality of life. *Qual Life Res* [Internet]. 2013 Jun 27 [cited 2018 Apr 8];22(5):1073–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22836375>
95. Bonanno GA, Romero SA, Klein SI. The Temporal Elements of Psychological Resilience: An Integrative Framework for the Study of Individuals, Families, and Communities. *Psychol Inq*. 2015;26(2):139–69.
96. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*. 2004 Jan;59(1):20–8.
97. Fletcher D, Sarkar M. Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *Eur Psychol*. 2013;18(1):12–23.
98. Forbes S, Fikretoglu D. Building resilience: The conceptual basis and research evidence for resilience training programs. *Rev Gen Psychol*. 2018;22(4):452–68.
99. Chmitorz A, Kunzler A, Helmreich I, Tüscher O, Kalisch R, Kubiak T, et al. Intervention studies to foster resilience – A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clin Psychol Rev*. 2018;59(November 2017):78–100.
100. Quilty LC, Ayearst L, Chmielewski M, Pollock BG, Bagby RM. The Psychometric Properties of the Personality Inventory for DSM-5 in an APA

- DSM-5 Field Trial Sample. Assessment. 2013;20(3):362–9.
101. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Vol. 21, Cadernos de Saúde Pública. scielo; 2005. p. 703–14.
 102. Hayes AF. Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression Based Approach. Guilford Press; 2018.
 103. Campbell-Sills L, Forde DR, Stein MB. Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. J Psychiatr Res [Internet]. 2009;43(12):1007–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.01.013>
 104. Ozbay F, Johnson DC, Dimoulas E, Morgan C a I, Charney D, Southwick S. Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. Psychiatry (Edgmont). 2007;4(5):35–40.
 105. Zhang H, Zhao Q, Cao P, Ren G. Resilience and quality of life: Exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. Med Sci Monit. 2017;23:5969–79.
 106. Gong Y, Shi J, Ding H, Zhang M, Kang C, Wang K, et al. Personality traits and depressive symptoms: The moderating and mediating effects of resilience in Chinese adolescents. J Affect Disord. 2020 Mar;265:611–7.
 107. Sarubin N, Wolf M, Giegling I, Hilbert S, Naumann F, Gutt D, et al. Neuroticism and extraversion as mediators between positive/negative life events and resilience. Pers Individ Dif. 2015 Aug 1;82:193–8.
 108. Zager Kocjan G, Kavčič T, Avsec A. Resilience matters: Explaining the association between personality and psychological functioning during the COVID-19 pandemic. Int J Clin Health Psychol. 2021;21(1):100198.
 109. Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. Behav Res Ther. 2006;44(4):585–99.
 110. Teche SP, Barros AJS, Rosa RG, Guimarães LP, Cordini KL, Goi JD, et al. Association between resilience and posttraumatic stress disorder among Brazilian victims of urban violence: a cross-sectional case-control study. Trends psychiatry Psychother. 2017;39(2):116–23.
 111. Gore WL. The DSM-5 Dimensional Trait Model and the Five Factor Model [Internet]. University of Kentucky,. 2013. Available from:

- https://uknowledge.uky.edu/psychology_etds/12
112. Steffens DC, Wang L, Manning KJ, Pearlson GD. Negative Affectivity, Aging, and Depression: Results From the Neurobiology of Late-Life Depression (NBOLD) Study. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2021 Apr 21];25(10):1135–49. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28457805/>
 113. Min J-A, Jung Y-E, Kim D-J, Yim H-W, Kim J-J, Kim T-S, et al. Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Qual life Res an Int J Qual life Asp Treat care Rehabil*. 2013 Mar;22(2):231–41.
 114. Um Y-H, Huh H-J, Kim S-Y, Chae J-H. Possible cultural effects on the increments of somatic symptoms in subjectively resilient depressed patients. *Asia-Pacific psychiatry Off J Pacific Rim Coll Psychiatr*. 2014 Sep;6(3):259–66.
 115. Andrews G, Singh M, Bond M. The defense style questionnaire. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 1993 [cited 2021 Apr 21];181(4):246–56. Available from: </record/1993-27992-001>
 116. Aburn G, Gott M, Hoare K. What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. *J Adv Nurs*. 2016;72(5):980–1000.
 117. Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation*. 2017;4(1):1–11.
 118. Solano JPC, Bracher ESB, Faisal-Cury A, Ashmawi HA, Carmona MJC, Neto FL, et al. Factor structure and psychometric properties of the connor-davidson resilience scale among Brazilian adult patients. *Sao Paulo Med J*. 2016;134(5):400–6.
 119. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995 Nov;41(10):1403–9.
 120. Bonanno GA. The resilience paradox. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1):1942642.
 121. Kalisch R, Köber G, Binder H, Ahrens KF, Basten U, Chmitorz A, et al. The Frequent Stressor and Mental Health Monitoring-Paradigm: A Proposal for the Operationalization and Measurement of Resilience and the Identification of Resilience Processes in Longitudinal Observational Studies [Internet]. Vol. 12,

Frontiers in Psychology. 2021. p. 3377. Available from:
<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2021.710493>

9.2 Artigo 2

8.2.1 Carta de submissão

PONE-D-21-06315

Spirituality and quality of life increased resilience in the initial stage of the COVID-19 pandemic

PLOS ONE

Dear Dr. Gonçalves,

Thank you for submitting your manuscript entitled 'Spirituality and quality of life increased resilience in the initial stage of the COVID-19 pandemic' to PLOS ONE. Your assigned manuscript number is PONE-D-21-06315.

We will now begin processing your manuscript and may contact you if we require any further information. You will receive an update once your manuscript passes our in-house technical check; you can also check the status of your manuscript by logging into your account at <https://www.editorialmanager.com/pone/>.

If during submission you selected the option for your manuscript to be posted on the bioRxiv preprint server (<http://biorxiv.org>), we will be assessing the manuscript for suitability shortly. If suitable, your preprint will be made publicly available on bioRxiv and you will receive an email confirmation from them when it has posted. Please check your response to this question and email us as soon as possible at plosone@plos.org if it has been answered incorrectly. Further information about our partnership with bioRxiv to facilitate the rapid availability of life sciences research is available at <http://journals.plos.org/plosone/s/preprints>.

If you have any inquiries or other comments regarding this manuscript please contact plosone@plos.org.

Thank you for your support of PLOS ONE.

Kind regards,

PLOS ONE

8.2.2 Manuscrito

Spirituality and quality of life increased resilience in the initial stage of the COVID-19 pandemic

Leonardo Gonçalves, MD¹, Josiane Maliuk², Gianfranco Rizzotto de Souza³, Renato Gorga Bandeira de Mello, PhD⁴, Neusa Sica da Rocha, PhD⁵

¹PhD student, Graduate Program in Psychiatry, ²Centro Universitário Cesuca, ³Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFSPA), ⁴Medical School of Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS/FAMED) – Internal Medicine Service – Geriatrics team, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA); Graduate Program in Endocrinology, UFRGS, ⁵Graduate Program in Psychiatry, UFRGS; Graduate Program in Psychiatry, HCPA, Clinical Research Center and Psychiatry Service, IQoI

Corresponding Author:

Leonardo Gonçalves

Address: Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria - UFRGS. Rua Ramiro Barcelos, 2400 - 2º andar Bairro Santana – CEP 90035-003 – Porto Alegre, RS - Brasil.

Phone: +5551 [3308-5624](tel:+555133085624)

Email address: leogonc84@gmail.com

Alternate Corresponding Author:

nrsica@gmail.com

Abstract word count: 298

Main text word count: 2481

Funding sources:

- Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) – No. 102212/2020-0
- Hospital de Clínicas de Porto Alegre Research Incentive Fund (FIPE)
- Fundação de Amparo à Pesquisa do RS – No. 19/251-0001930-0
- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – No. 303652/2019-5

Running head (45 characters or less): Resilience in the COVID-19 pandemic

We certify that this work is novel of recent clinical research.

Key points:

- a) The new coronavirus pandemic had an important impact on the mental health of the population.
- b) Understanding the protective factors such as resilience and its predictors can contribute to mitigate the effects of the pandemic.
- c) Knowing how resilience manifests itself in different age groups contributes to possible focuses of intervention.

-“Why does this paper matter?”

To understand what are the protective factors for mental health of the population affected by the new coronavirus.

Impact Statement

This research specifically adds to the literature because it shows the association of resilience with other protective factors such as spirituality and quality of life and its increase according to the age group in the context of the COVID pandemic.

ABSTRACT

Background/Objectives: As the impact of the pandemic caused by the new coronavirus (SARS-CoV-2) has affected mental health worldwide, it is important to know which age groups are the most vulnerable and identify possible protective factors. Since resilience is one of the main protective factors for psychological stress, this study aimed to investigate resilience in different age groups (18–35, 36–59, and > 60 years) and its predictors. **Design:** This is a cross-sectional study. **Setting:** The study was conducted online. **Participants:** We used snowball sampling of 3278 participants. **Measurements:** We assessed sociodemographic characteristics, resilience (10-item Connor Davidson Resilience Scale [CDRISC-10]), depressive symptoms (Patient Health Questionnaire 9 [PHQ-9]), spirituality (abbreviated World Health Organization Quality of Life - Spirituality, Religiousness, and Personal Beliefs [WHOQOL-SRPB BREF]), social support (Medical Outcomes Study [MOS]), and quality of life (EUROHIS - Quality of Life [QOL] 8-item index). **Results:** The 3 age groups presented significant differences in all sociodemographic characteristics and in resilience levels ($F[2,3251] = 81.12$; $p < 0.001$). A Tukey's post-hoc test showed significant differences both between young and middle-aged adults ($\square M = -2.16$; 95% confidence interval [CI], -2.74–1.58; $p < 0.001$) and between middle-aged and older adults ($\square M = -2.34$; 95% CI, -3.20–1.48; $p < 0.001$). Multivariate regression revealed that the final model was responsible for 34.3% of the resilience variance, corresponding to a moderate effect size. The main positive predictors were spirituality ($\beta = 0.28$; $p < 0.001$) and quality of life ($\beta = 0.23$; $p < 0.001$). A depression diagnosis was a negative predictor ($\beta = -0.18$; $p < 0.001$). **Conclusion:** Older age was associated with higher resilience scores. Spirituality and quality of life were the main predictors of resilience and could represent direct mediators of mental health resilience. Longitudinal studies are needed to further test this hypothesis.

Keywords: COVID-19, resilience, older adults, quality of life, spirituality.

INTRODUCTION

In September 22, 2020, the John Hopkins University Coronavirus Resource Center had reported 31 389 682 cases and 966 152 deaths related to the new coronavirus disease (COVID-19) globally. The leading country in numbers of cases and deaths is the USA, with over 6 million infected people and 200 000 deaths¹. In Brazil, the latest

data reported 4 558 068 confirmed cases and 137 272 deaths. According to the Health Ministry, 34.7% of the cases are located in the Southeast region of the country, while 12% are in the South. The most affected state is São Paulo, with over 900 000 cases, followed by Minas Gerais, with over 270 000 cases². The health secretariat of the state of Rio Grande do Sul (RS) has reported 117 485 confirmed cases and 4472 deaths. Even though most cases are located in the state capital and metropolitan area, Porto Alegre (24 616 cases and 946 deaths), 492 of the 497 cities in the state already have confirmed cases of COVID-19³.

These data and the uncertainty about COVID-19 affect our physical and mental health, especially in terms of emotions and cognition⁴. In addition, social distancing has emerged as an effective measure to contain the spread of the new coronavirus (SARS-CoV-2), and quarantine measures were implemented in several countries^{5,6}. Isolation is strongly linked to depression, anxiety, and cognitive decline⁷, and various studies predict loneliness as a risk factor for depressive symptoms⁸. In this context, it is important to know what are the main protective factors when dealing with the psychological stress triggered by confinement. Resilience refers to a dynamic process of successful adaptation to different levels of stressful life events, from a small threat to significant trauma; it is a continuum with potential for lifelong changes⁹. Some studies show that resilience is a protective factor for depressive symptoms and is associated with satisfaction in life^{10,11}.

Background

Resilience can buffer psychological stress acutely and chronically through several mechanisms, such as the regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis; emotional regulation and social support are paramount factors in this context¹². Some studies show that emotional regulation can increase with age, possibly due to less

affective reactivity^{13,14}. Social support makes an individual believe that his or her support network can help him overcome life's challenges: in a study assessing patients with breast cancer, social support mediated the effect of resilience on quality of life¹⁵. Resilience is also related to other protective factors, such as spirituality; this aspect favors a sense of meaning and purpose in life, as well as the belief in something greater that transcends individuality¹⁶.

During a pandemic, it is important to know which age groups are more vulnerable to this considerable stressor that affects the whole population. However, no conclusive evidence has been published on the association between age and resilience, and some controversy still remains to be solved. Most studies show high levels of resilience in older people over age 65, especially in those aged 85 years or older¹⁷⁻²⁰, but few reports have compared these to younger populations²¹. On the other hand, in the context of the COVID-19 outbreak, a Chinese study classified people under 35 years old as a risk group for developing mental illness. Considering resilience as a protective factor for psychological distress, we understand that knowing which age group is the most protected and which is the most vulnerable is of substantial relevance. In addition, it is important to elucidate predictive factors that indicate better resilience.

Objectives and hypotheses

The primary objective of this study was to investigate whether there was a difference in resilience between age groups during the pandemic. Our hypothesis was that resilience levels increased according to age group. Our secondary objective was to evaluate which other factors were positive or negative predictors of resilience in this sample according to the hypothesis that age, quality of life, social support, and religiosity/spirituality would be positively associated with resilience. We also

hypothesized that depressive symptoms and a depression diagnosis would be negatively associated with resilience.

METHODS

Study design and setting

This cross-sectional study was conducted between April 14, 2020 and April 23, 2020, using a structured online survey based on Google Forms. At the time of data collection, the number of global COVID-19 cases was 2 611 182, while that of deaths was 182 004 (according to the John Hopkins University Coronavirus Resource Center). In Brazil, there were 43 079 infected people and 2741 deaths.

Participants and variables

Our participants were aged ≥ 18 years and, after giving informed consent, answered a research protocol consisting of a 7-part questionnaire. This protocol included demographic data, the EUROHIS-QOL 8-item index (quality of life)²², the Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9, depression)²³, the Medical Outcomes Study (MOS, social support)²⁴, the abbreviated World Health Organization Quality of Life - Spirituality, Religiousness, and Personal Beliefs (WHOQOL-SRPB, spirituality)²⁵, and the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC-10, resilience)²⁶. In order to respect social isolation measures, the study was disclosed on virtual environments of the Federal University of Rio Grande do Sul and on social media, where the link for accessing the research protocol was made available.

Data analysis

The definition of older adults as people aged over 60 years was based on the concept established by the World Health Organization (WHO) for developing countries. For most developed countries, this age group includes people over 65 years old. Other

participants were divided with a cut-off point at 35 years old, considering an average adult as being twice the minimum age of 18 years.

Statistical methods

Continuous sociodemographic variables were presented as means and standard deviations (SD). Categorical variables were presented as percentages and compared using the chi-squared test. One-way analysis of variance (ANOVA) was used to compare age groups regarding resilience. Tukey's post-hoc tests evaluated pairwise differences between groups. Pearson's bivariate correlation was used for the correlation test and multiple linear regression was used for multivariate analysis. The mediation analysis was performed with the statistically significant factors obtained in the logistic regression using the bootstrapping method described by Preacher and Hayes (28). The level of significance was set at $p < 0.05$. All analyses were performed using SPSS version 21.

ETHICAL ASPECTS

This research followed determinations of the National Health Council (CNS) resolution 516/2016, as well as the Declaration of Helsinki. It was assessed by the Research Ethics Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre and approved by GPPG 2020/0141. All participants agreed to a consent form explaining the objectives of the study. Data were anonymized before constructing the database to be analyzed, not allowing participant identification.

RESULTS

Participants and descriptive data

A total of 3278 people answered the standardized questionnaire (Table 1). Individuals were categorized into 3 age groups: young adults (18–36 years old), middle-aged adults (37–59 years old), and older adults (over 60 years) (figure 1); the overall mean age was 42.37 (SD \pm 13.41). The 3 groups differed in all sociodemographic characteristics. There was a predominance of female (78.4%) and White responders (91.2%), who were married (62.6%) and had a paid occupation (67.9%). The educational level was high: Most participants had graduate (52.7%) or undergraduate education (23.7%). Responders were mainly health care professionals (31.8%) and young or middle-aged adults; only 11.9% were categorized as older adults. Out of all participants, 0.4% stated being a suspected case of COVID-19 and 16.5% reported having some type of chronic disease, of which middle-aged adults suffered the most (55.7%).

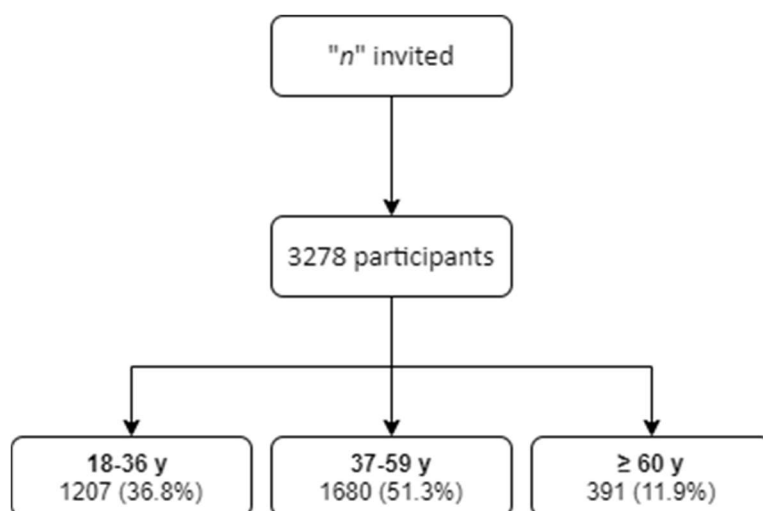


Figure 1: flowchart

Table 1. Sociodemographic characteristics of the sample

Characteristic	Young adult (18–36 years)	Mature adult (37–59 years)	Older adults (≥ 60 years)	Total (N = 3278)	χ^2/F	p
Age group, n (%)	1207 (36.8)	1680 (51.3)	391 (11.9)			
Age, mean (\pm SD)	28.43 (\pm 5.03)	47.08 (\pm 6.72)	65.15 (\pm 4.62)	42.37 (\pm 13.41)		
Sex, n (%)					9.667	0.008
Male	290 (41)	326 (46)	92 (13)	708 (21.6)		
Ethnicity, n (%)					27.139	< 0.001

White	1055 (88)	1544 (92,5)	368 (95.3)	2967 (91.2)		
Non-White	144 (12)	125 (7.5)	18 (4.7)	287 (8.8)		
Marital status, n (%)					743.843	< 0.001
Single	566 (47.5)	234 (14.1)	33 (4)	833 (8.7)		
Married or cohabiting	607 (50.9)	1194 (72.1)	220 (10.9)	2031 (58)		
Separated or divorced	18 (1.5)	211 (12.7)	87 (27.5)	318 (23)		
Widow/widower	1 (0.1)	17 (1.0)	39 (68.4)	58 (10.3)		
Occupation, n (%)					1537.470	<0.001
Retired due to disability	1 (0.1)	11 (0.7)	8 (2.1)	20 (0.6)		
Retired due to age	0 (0)	112 (6.8)	217 (57.4)	332 (10.1)		
With paid occupation	762 (64.5)	1316 (80.2)	134 (35.4)	2219 (67.9)		
Homemaker	32 (2.7)	78 (4.8)	11 (2.9)	122 (3.7)		
On sick leave	3 (0.3)	16 (1.0)	2 (0.5)	21 (0.6)		
Student	329 (27.9)	35 (2.1)	0 (0)	365 (11.2)		
Without occupation (not retired)	54 (4.6)	73 (4.4)	6 (1.6)	134 (4.1)		
Education, n (%)					300.114	<0.001
Incomplete primary education	0 (0)	6 (0.4)	3 (0.8)	9 (0.3)		
Complete primary education	3 (0.3)	5 (0.3)	1 (0.3)	9 (0.3)		
Incomplete secondary education	7 (0.6)	8 (0.5)	7 (1.8)	22 (0.7)		
Complete secondary education	85 (7.1)	90 (5.4)	30 (7.8)	205 (6.3)		
Incomplete higher education	343 (28.6)	153 (9.2)	26 (6.7)	522 (16)		
Complete higher education	298 (24.8)	356 (21.3)	118 (30.6)	772 (23.7)		
Graduate education	464 (38.7)	1052 (63)	201 (52.1)	1717 (52.7)		
Resilience (CDRISC-10), mean (SD)	25.06 (6.77)	27.22 (6.41)	29.56 (5.92)	26.72 (6.66)	5.20	<0.0001
Health care professional, n (%)	434 (41.7)	518 (49.7)	90 (8.6)	1043 (31.8)	22.250	<0.001
Suspected COVID-19 case, n (%)	3 (21.4)	11 (78.6)	0	14 (0.4)	4.630	<0.001
Chronic disease, n (%)	141 (26.1)	301 (55.7)	98 (18.1)	540 (16.5)	43.653	<0.001

Outcome data

Regarding resilience levels, there was a significant difference between groups ($F[2,3251] = 81.12; p < 0.001$). A Tukey's post-hoc test showed significant differences both between young and middle-aged adults ($\square M = -2.16$; 95% confidence interval [CI], -2.74 – 1.58 ; $p < 0.001$) and between middle-aged and older adults ($\square M = -2.34$; 95% CI, -3.20 – 1.48 ; $p < 0.001$). Subgroup analyses showed that older adults aged over 70 years presented higher mean resilience than older adults below this age, but this

difference was not significant, possibly due to the small sample size within this age range. Univariate analysis included the following factors associated with resilience: age, gender, quality of life (EUROHIS-QOL), spirituality (WHO-QOL SRPB), social support (MOS), diagnosis of depression (PHQ-9 > 5), and depressive symptoms (PHQ-9) (Table 2). Quality of life ($\rho = 0.446$; $p < 0.001$) and spirituality ($\rho = 0.417$; $p < 0.001$) had the greatest positive associations, while depressive symptoms presented a negative association ($\rho = -0.506$; $p < 0.001$).

Table 2. Univariate analysis of factors associated with resilience during the COVID-19 social isolation

Factors	Category	Spearman's Ro	t-test	P
Age		0.257		< 0.001
Sex	Male		26.37 (6.66)	< 0.001
	Female		28 (6.43)	
Spirituality ¹		0.449		< 0.001
Social support ²		0.254		< 0.001
Quality of life ³		0.463		< 0.001
PHQ-9		-0.506		
Depression diagnosis	Yes		28.11 (5.96)	< 0.001
	No		22.19 (6.79)	

CI = confidence interval;

¹Evaluated through the abbreviated World Health Organization Quality of Life - Spirituality, Religiousness, and Personal Beliefs (WHOQOL SRPB BREF);

²Evaluated through Social Support Questionnaire – Medical Outcomes Study (MOS);

³Evaluated through EUROHIS-Quality of Life (QOL) 8-item index.

In the stepwise multivariate analysis, the depression diagnosis (PHQ-9 > 5) predictor presented no significant association ($p > 0.2$) and was excluded from the final model. The full model was able to explain 34.3% ($B = 34.3$, $p < 0.0001$) of the variations in resilience, corresponding to a moderate effect size. The most important predictor of higher resilience scores was spirituality ($\beta = 0.28$; $p < 0.001$). A depression diagnosis was a negative predictor of resilience levels ($\beta = -0.18$; $p < 0.001$), as expected.

Table 3. Multivariate analysis of resilience predictors during the COVID-19 quarantine

Predictor	B (95% CI)	Standardized β	P
Age	0.71 (0.41 – 1.01)	0.07	<0.001
Sex (ref. = female)	1.63 (1.16 – 2.09)	0.1	<0.001
Spirituality ¹	0.56 (0.49 – 0.63)	0.26	<0.001
Social support ²	0.48 (0.24– 0.71)	0.06	<0.001
Quality of life ³	1.91 (1.51 – 2.31)	0.17	<0.001
Depression symptoms ⁴	-0.27 (-0.31 – 0.23)	-0,25	<0.001
Health care professional	0.59 (0.19 - 0.99)	0.04	<0.04

CI = confidence interval;

¹Evaluated through the abbreviated World Health Organization Quality of Life - Spirituality, Religiousness, and Personal Beliefs (WHOQOL SRPB BREF);

²Evaluated through Social Support Questionnaire – Medical Outcomes Study (MOS);

³Evaluated through EUROHIS-Quality of Life (QOL) 8-item index;

⁴ Evaluated through Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).

The age group prediction model for resilience used spirituality, quality of life, social support, and depressive symptoms as mediators. Figure 2 shows that the mediation effect was statistically significant for spirituality ($b = 0.83$; BCaCI 95% [0.68, 1.0]; $R^2 = 0.22$), quality of life ($b = 0.73$; BCaCI 95% [0.57, 0.89]; $R^2 = 0.23$), and depressive symptoms ($b = 1.52$; BCaCI 95% [1.34, 1.72]; $R^2 = 0.26$).

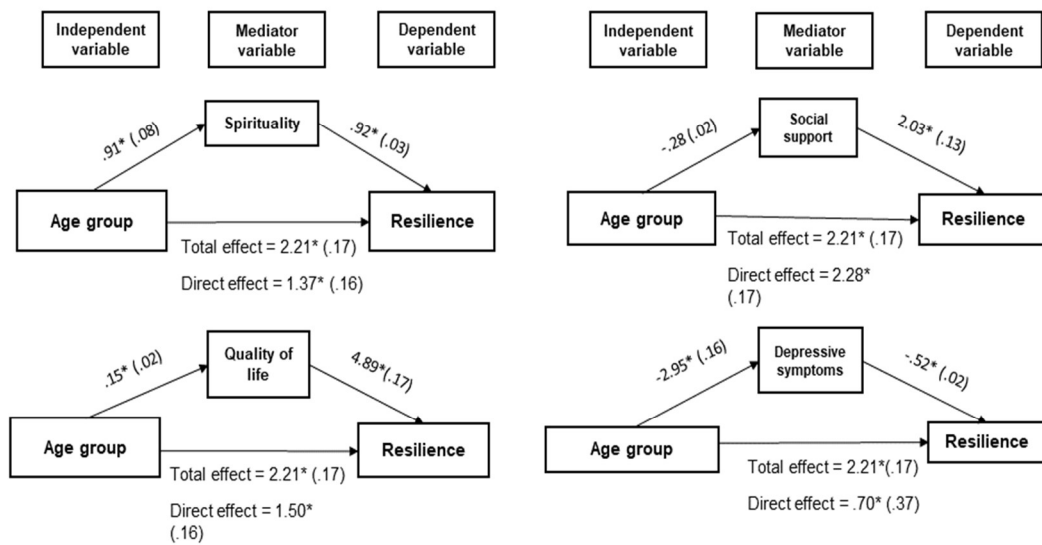


Figure 3. Age group model as a predictor of resilience (10-item Connor Davidson Resilience Scale [CDRISC-10]) mediated by spirituality (abbreviated World Health Organization Quality of Life - Spirituality, Religiousness, and Personal Beliefs [WHOQOL-SRPB BREF]), quality of life (EUROHIS - Quality of Life - [QOL] 8-item index), social support (Medical Outcomes Study [MOS]), and depressive symptoms (Patient Health Questionnaire 9 [PHQ-9]). All coefficients represent unstandardized beta coefficients (standard errors in parentheses). * $p < 0.001$.

DISCUSSION

Key results

To the best of our knowledge, this is the first study to compare resilience in these 3 age groups. Our main finding was that resilience increased by approximately 2 points between age groups, with the older population (> 60 years) being the most resilient. In the subgroup analysis of older people, those aged over 70 years still presented higher mean resilience by 1 point, although this was not a significant difference probably due to the small number of participants in this age group. This leads us to believe that there may be a subpopulation known as the oldest-old^{17,18}.

Interpretation

Studies that argue in favor of an increase in resilience with age consider that with maturity, coping strategies are expanded because these people have already experienced other types of crises throughout their lives²⁹. They have greater emotional stability, access to social resources through friends and institutions, and tolerate adversity better^{16,30,31}. On the other hand, studies that argue to the contrary consider the higher prevalence of chronic diseases in older adults, as well as a tendency toward social isolation, and losses^{32,33}. It is possible that there is an optimal level of stress that increases the mobilization of resilience, while some stressors can overcome it and lead to illness³⁴.

In a multivariate regression, a higher association was observed between resilience and spirituality and quality of life, probably because they are similar constructs associated with protective factors against physical and psychic illness. The contribution of spirituality consists in a sense of coherence, purpose of life, and self-transcendence that tends to increase with age, protecting people from life stressors such as losses and catastrophes¹⁶. Similarly, the diagnosis of depression had a negative association with resilience, as already described by other studies³⁵. The possible mechanism for this effect may be that the stress represented by the pandemic exceeds the buffering capacities of resilience and the coping mechanisms of the individual in dealing with several simultaneous challenges (eg, social isolation, financial crisis, anxiety about the future), thus leading to illness. Some studies have shown that this impact tends to be higher in younger populations³⁶.

The mediation analysis corroborated the importance of the factors observed in the multivariate regression, with the exception of social support (which had no indirect effect on resilience). As for depressive symptoms, increasing age was negatively correlated with depressive symptoms and also tended to reduce resilience, resulting in a positive indirect effect. The increase in protective factors with age, in this sample,

reveals a population of healthier older people, which may be associated with their higher socioeconomic status. Another study evaluating aspects specifically related to income is underway with this same sample.

Despite presenting a significant positive association with resilience, social support had a small contribution to the overall variation of the model. Previous studies have shown both a positive association³¹ or no association at all³⁷ between these constructs. The importance of social support in the context of social isolation may have been minimized through the restriction of people's access to otherwise available resources such as family, friends, and religious and social groups. The fact that our sample was collected in the beginning of the quarantine period may have affected the results of this association. The instrument did not specifically take into account the alternative means of contact currently used to compensate for face-to-face contact such as social networks and videoconferencing.

Limitations and generalisability

This is a cross-sectional study; therefore, we cannot fail to consider the possibility of reverse causality. In addition, the fact that the questionnaires were self-applicable carries a potential social desirability bias. Moreover, our sample mostly consisted of White, employed people with a high socioeconomic profile, hence not representing the majority of the Brazilian population affecting the generalisability of this study to other populations. This probably reflects the difficulty of the low-income population in accessing online tools. Other similar studies have had the same limitation^{4,38}. Finally, the size of the oldest-old sample was insufficient to prove a statistically significant difference between this subgroup and the remaining older adults, since the study design did not focus on this population.

Funding

This work was supported by Hospital de Clínicas de Porto Alegre Research Incentive Fund (FIPE), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior–Brasil (CAPES)—Finance Code 001, Fundação de Amparo à Pesquisa do RS (19/251-0001930-0) and Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (303652/2019-5). These agencies had no role in the design of the study, in obtaining, storing, processing the data or in writing the article.

Future perspectives

Our sample was collected in the initial stage of the COVID-19 pandemic in Brazil. It is possible that, as the pandemic develops and even after its end, the studied factors (such as resilience) could change according to how the population deals with the resulting changes such as grief and the economic crisis.

Longitudinal studies may reveal the direction taken by the effect of these variables on resilience. A follow-up study of this sample is underway to investigate these issues. To date, no studies have sought to understand how the phenomenon of resilience occurs in adolescents and children; the study of symptoms shows greater psychological suffering in these populations³⁶. The analysis of structural equations is an alternative to assess which are the mediators and moderators between resilience and the observed factors of the multivariate regression such as spirituality, quality of life, and the diagnosis of depression.

CONCLUSION

This study aimed to evaluate the effects caused by quarantine in 3 age groups regarding resilience and its main predictors. Resilience was higher in the older

population, possibly mediated by quality of life and spirituality, whereas depressive symptoms contributed negatively. We believe that the experience of this population with other stressful events throughout life such as losses, economic crises, or social problems contributed to a greater capacity of dealing with a completely new situation. Although the older population is a risk group for severe forms of COVID-19, it can contribute to the younger age groups by transmitting their wisdom, life experiences, and even hope while we overcome this serious global crisis. On the other hand, this is an important study that indicates that government actions should focus more on younger populations who have less resources to deal with stressful situations.

ACKNOWLEDGMENTS

The authors wish like to thank the Hospital de Clínicas de Porto Alegre Research Incentive Fund (FIPE) for the financial support.

Conflict of Interest Statement: The authors declare that this project was financed by the Hospital de Clínicas de Porto Alegre Research Incentive Fund (FIPE) and received funds from the following agencies: Institutional Program for Scientific Initiation Scholarships (PIBIC); RS Research Support Foundation and National Council for Scientific and Technological Development (CNPq).

Author Contributions: NR developed and coordinated the project. LG was responsible for the data analysis, literature review and writing of the manuscript. JM, and GRS were responsible for literature review and writing of the manuscript. RGBM revised the manuscript.

Sponsor's Role: there was no sponsorship in this study.

REFERENCES

1. Johns Hopkins University. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University. [Online].
2. The Ministry of Health. Coronavírus Brasil [Online].
3. Rio Grande do Sul State Health Department (Brazil). Coronavírus Covid19: Confirmados Rio Grande do Sul. [Online].
4. Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The impact of covid-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study on active weibo users. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(6). doi:10.3390/ijerph17062032
5. Jawaid A. Protecting older adults during social distancing Aggregated mobility data could help fight COVID-19 Disinfection threatens aquatic ecosystems. 2020;368(6487).
6. Banerjee D. Social isolation in Covid-19 : The impact of loneliness. 2020. doi:10.1177/0020764020922269
7. Webb L. Covid-19 lockdown: a perfect storm for older people's mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2020. doi:10.1111/jpm.12644
8. Zhao X, Zhang D, Wu M, et al. Loneliness and depression symptoms among the elderly in nursing homes: A moderated mediation model of resilience and social support. *Psychiatry Res*. 2018;268:143-151. doi:10.1016/j.psychres.2018.07.011
9. Southwick SM, Bonanno GA, Masten AS, Panter-Brick C, Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *Eur J Psychotraumatol*. 2014;5(February):0-14. doi:10.3402/ejpt.v5.25338
10. Griffiths FE, Boardman FK, Chondros P, et al. The effect of strategies of personal resilience on depression recovery in an Australian cohort: A mixed methods study. *Heal An Interdiscip J Soc Study Heal Illn Med*. 2015;19(1):86-106. doi:10.1177/1363459314539774
11. Shi M, Wang X, Bian Y, Wang L. The mediating role of resilience in the relationship between stress and life satisfaction among Chinese medical students: A cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2015;15(1):1-7. doi:10.1186/s12909-015-0297-2
12. Gaffey AE, Bergeman CS, Clark LA, Wirth MM. Aging and the HPA axis: Stress and resilience in older adults. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016;68:928-945. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.05.036
13. Etxebarria I, Etxebarria I, Urdaneta E. Profiles in emotional aging: does age matter? *Aging Ment Health*. 2018;22(10):1304-1312. doi:10.1080/13607863.2017.1286450
14. Diehl M, Hay EL. Risk and resilience factors in coping with daily stress in adulthood: the role of age, self-concept incoherence, and personal control. *Dev*

- Psychol.* 2010;46(5):1132-1146. doi:10.1037/a0019937
15. Zhang H, Zhao Q, Cao P, Ren G. Resilience and quality of life: Exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. *Med Sci Monit.* 2017;23:5969-5979. doi:10.12659/MSM.907730
 16. Nygren B, Aléx L, Jonsén E, Gustafson Y, Norberg A, Lundman B. Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging Ment Health.* 2005;9(4):354-362. doi:10.1080/1360500114415
 17. Shen K, Zeng Y. The association between resilience and survival among Chinese elderly. *Demogr Res.* 2010;23(5):105-116. doi:10.4054/DemRes.2010.23.5
 18. Zeng Y, Shen K. Resilience Significantly Contributes to Exceptional Longevity. Willcox DC, ed. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2010;2010:525693. doi:10.1155/2010/525693
 19. Moe A, Hellzen O, Ekker K, Enmarker I. Inner strength in relation to perceived physical and mental health among the oldest old people with chronic illness. *Aging Ment Heal.* 2013;17(2):189-196. doi:10.1080/13607863.2012.717257
 20. Lamond AJ, Depp CA, Allison M, et al. Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *J Psychiatr Res.* 2008;43(2):148-154. doi:10.1016/j.jpsychires.2008.03.007
 21. Gooding PA, Hurst A, Johnson J, TARRIER N. Psychological resilience in young and older adults. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2012;27(3):262-270. doi:10.1002/gps.2712
 22. Schmidt S, Mühlán H, Power M. The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *Eur J Public Health.* 2006;16(4):420—428. doi:10.1093/eurpub/cki155
 23. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
 24. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. [Social network and social support measures from the Pró-Saúde Study: pre-tests and pilot study]. *Cad Saude Publica.* 2001;17(4):887-896. doi:10.1590/s0102-311x2001000400022
 25. Skevington SM, Gunson KS, O'Connell KA. Introducing the WHOQOL-SRPB BREF: Developing a short-form instrument for assessing spiritual, religious and personal beliefs within quality of life. *Qual Life Res.* 2013;22(5):1073-1083. doi:10.1007/s11136-012-0237-0
 26. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new Resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety.* 2003;18(2):76-82. doi:10.1002/da.10113
 27. Ebrahim S. The Ageing & Development Report 1999: Poverty, Independence & the World's Older People. *BMJ Br Med J.* 2000;321(7259):517. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1118411/>.
 28. Preacher KJ, Hayes AF. SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behav Res Methods, Instruments, Comput.* 2004;36(4):717-731. doi:10.3758/BF03206553
 29. Fontes AP, Neri AL. Coping strategies as indicators of resilience in elderly

- subjects: a methodological study. *Cien Saude Colet.* 2019;24(4):1265-1276. doi:10.1590/1413-81232018244.05502017
30. Fontes AP, Neri AL. Resilience in aging: Literature review. *Cienc e Saude Coletiva.* 2015;20(5):1475-1495. doi:10.1590/1413-81232015205.00502014
 31. Hayman KJ, Kerse N, Consedine NS. Resilience in context: the special case of advanced age. *Aging Ment Heal.* 2017;21(6):577-585. doi:10.1080/13607863.2016.1196336
 32. Beutel ME, Glaesmer H, Decker O, Fischbeck S, Brähler E. Life satisfaction, distress, and resiliency across the life span of women. *Menopause.* 2009;16(6):1132-1138. doi:10.1097/gme.0b013e3181a857f8
 33. Beutel ME, Glaesmer H, Wiltink J, Marian H, Brähler E. Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *Aging Male.* 2010;13(1):32-39. doi:10.3109/13685530903296698
 34. Crane MF, Searle BJ, Kangas M, Nwiran Y. How resilience is strengthened by exposure to stressors: the systematic self-reflection model of resilience strengthening. *Anxiety, Stress Coping.* 2019;32(1):1-17. doi:10.1080/10615806.2018.1506640
 35. Pusch D, Dobson KS. Childhood adversity and adult depression: The protective role of psychological resilience. *Child Abus Negl.* 2017;64:89-100. doi:10.1016/j.chiabu.2016.12.012
 36. Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(5). doi:10.3390/ijerph17051729
 37. da Silva Júnior EG, Eulálio MDC, Souto RQ, Santos K de L, de Melo RLP, Lacerda AR. The capacity for resilience and social support in the urban elderly. *Cienc e Saude Coletiva.* 2019;24(1):7-16. doi:10.1590/1413-81232018241.32722016
 38. Zhang Y, Ma ZF. Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning Province, China: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(7). doi:10.3390/ijerph17072381

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese de doutorado buscou contribuir para o entendimento de fatores de resiliência envolvidos em populações com TMG e nas comunitárias em reação à pandemia por COVID-19. O primeiro artigo mostrou que as fatores de personalidade da afetividade negativa estavam negativamente associados à resiliência e o antagonismo estava positivamente associado através da faceta da grandiosidade. Quanto aos mecanismos de defesa, os maduros estavam positivamente associados à resiliência através do mecanismo do humor, uma característica já encontrada em outros estudos como um dos elementos fundamentais promotores de resiliência, assim como outras emoções positivas (4,31).

O diferencial deste estudo foi a investigação de fatores de personalidade utilizando a PID-V, escala compatível com uma amostra com TMG em psicoterapia, outra característica original deste trabalho. O estudo da resiliência em populações que já apresentam quadros crônicos tem representação reduzida, (com exceção aos pacientes com TEPT crônico) em relação às populações hípidas e as que se encontram em situação de risco de estressores como estudantes universitários e policiais. Há um questionamento na literatura se podemos considerar possível promover resiliência nestes perfis de pacientes considerando sua psicopatologia dentro de um *continuum*, ou se primeiro se deve estabilizá-los, ou se ainda eles não possuem capacidade para resiliência, como na discussão sobre um fator geral de psicopatologia, o *p factor* (117).

De fato, como esperado, a resiliência média destes pacientes foi de 49.85, compatível com a média de pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline de outra amostra brasileira (118). Outros fatores relevantes associados ao fenômeno da resiliência como o nível de estressores e apoio social não foram tão relevantes para esta amostra, quando considerados em conjunto com os fatores psicológicos na regressão multivariada. Já foi discutido na literatura que a afetividade negativa pode representar

um traço de personalidade (análogo ao neuroticismo do *Big Five*), e que os sintomas depressivos representam uma variável de estado, com ambos impactando na percepção do indivíduo quanto à sua capacidade de resiliência (1). Apesar da escala CDRISC ser a única desenvolvida como objetivo de avaliar mudanças na resiliência após uma intervenção, a impressão que é na sua avaliação transversal, seu poder de detecção foi mais expressivo quanto a variáveis que representam traço, como os fatores de personalidade e os mecanismos de defesa. O estudo longitudinal dessa amostra pode contribuir para entendermos se a resiliência pode aumentar com a evolução da psicoterapia e consequente redução de sintomas e esclarecer quais os preditores para isso.

O segundo artigo mostrou fatores associados a resiliência em uma amostra comunitária. Idade, espiritualidade, qualidade de vida estavam positivamente associadas à resiliência e a depressão foi negativamente associada. O estudo corroborou as associações encontradas nas literaturas entre esses fatores tanto em amostras clínicas quanto comunitárias fora do contexto de pandemia. Particularmente a idade mostrou uma tendência proporcional de aumento da resiliência conforme faixa etária. Este estudo também necessita de uma investigação longitudinal destes achados para comprovação dos preditores.

Entendemos que há ainda muito o que avançar no campo da resiliência dentro da psiquiatria. Há uma necessidade premente de consenso entre os especialistas da área sobre uma definição operacional do conceito que possa ser aplicada em estudos observacionais longitudinais e em ensaios clínicos que comprovem a eficácia de intervenções que promovam a resiliência, mas que também levem em conta variáveis clínicas. Talvez uma iniciativa internacional, colaborativa, multicêntrica e representativa, a qual leve em conta fatores biológicos, psicológicos, culturais, sociológicos, filosóficos e espirituais para a formação de um grupo de trabalho que

possa unificar o campo e nortear pesquisas futuras baseadas nesse consenso. Vale lembrar o exemplo do que ocorreu com o construto de qualidade de vida e o instrumento do WHOQOL, e suas diversas etapas (clarificação do conceito, estudo piloto qualitativo e de desenvolvimento e por fim estudo de campo) ((119).

Após a definição de um conceito operacional unificado, haverá a necessidade de desenvolver modelos metodológicos adequados para captar a complexidade de um construto multidimensional e dinâmico. Referências da área como Bonanno (2021) enfatizam a importância de uso de ferramentas mais sofisticadas como o *machine learning* para lidar com a multiplicidade de fatores preditores e problemas analíticos decorrentes como multicolinearidade, interações de ordem superior e relações não-lineares (120). Outros, como Kalisch (2015) propõem um modelo transdiagnóstico quantitativo, como uma medida direta da resiliência a partir das taxas de mudanças de sintomas de sofrimento mental após estressores. Para tanto exigiria um desenho longitudinal prospectivo com rigoroso e frequente monitoramento de medidas de estressores e subsequentes avaliações do nível de sintomas decorrentes, para assim descobrir os mecanismos subjacentes (22,121).

Em suma, o campo de estudo da resiliência psicológica, apesar dos significativos avanços nas últimas quatro décadas, ainda é foco de diversas controvérsias que prejudicam a compreensão de um fenômeno ubíquo, de alta relevância para a compreensão de processos de saúde-doença (mental e somática). Vencer o desafio de compreendê-la e estudá-la apropriadamente representa um avanço que poderia levar a uma mudança de paradigma na forma que abordamos e tratamos nossos pacientes, mais comumente nas psicoterapias e psicofarmacologia, mas também influenciando em políticas públicas na busca de prevenção e promoção de saúde mental nas populações híbridas e em risco de psicopatologia.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nunes KG, da Rocha NS. Resilience in severe mental disorders: correlations to clinical measures and quality of life in hospitalized patients with major depression, bipolar disorder, and schizophrenia. *Qual Life Res* [Internet]. 2021; Available from: <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02920-3>
2. Gonçalves L, Barbisan GK, Rebouças CDAV, da Rocha NS. Longitudinal investigation of psychotherapy outcomes (LIPO): Description of the study protocol. *Front Psychiatry*. 2019;10(APR):1–8.
3. Bozzatello P, Rocca P, Baldassarri L, Bosia M, Bellino S. The Role of Trauma in Early Onset Borderline Personality Disorder: A Biopsychosocial Perspective. *Front psychiatry*. 2021;12:721361.
4. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction. *Am Psychol*. 2000 Jan;55(1):5–14.
5. World Health Organization. Constitution Of the World Health Organization. New York, NY; 1946.
6. Werner EE. Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1996;5(1):47–51. Available from: <https://doi.org/10.1007/BF00538544>
7. Garmezy N. Resiliency and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated With Poverty. *Am Behav Sci* [Internet]. 1991;34(4):416–30. Available from: <https://doi.org/10.1177/0002764291034004003>
8. Rutter M. Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry*. 1985 Dec;147:598–611.
9. Fletcher D, Sarkar M. Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *Eur Psychol*. 2013;18(1):12–23.
10. Davidson J, Baldwin DS, Stein DJ, Pedersen R, Ahmed S, Musgnung J, et al. Effects of venlafaxine extended release on resilience in posttraumatic stress disorder: An item analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale. *Int Clin Psychopharmacol*. 2008;23(5):299–303.
11. Helmreich I, Kunzler A, Chmitorz A, König J, Binder H, Wessa M, et al. Psychological interventions for resilience enhancement in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2017(2).
12. Macedo T, Wilhelm L, Gonçalves R, Coutinho ESF, Vilete L, Figueira I, et al. Building resilience for future adversity: A systematic review of interventions in non-clinical samples of adults. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2014;14(1):227. Available from: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-014-0227-6>
13. Joyce S, Shand F, Tighe J, Laurent SJ, Bryant RA, Harvey SB. Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open*. 2018 Jun;8(6):e017858.
14. Rudrauf D. Structure-Function Relationships behind the Phenomenon of Cognitive Resilience in Neurology: Insights for Neuroscience and Medicine. *Adv Neurosci*. 2014;2014:1–28.

15. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry*. 2000 Aug;177:149–55.
16. Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M, Lasalvia A, Leese M. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006 Jun;41(6):457–63.
17. Johnson DL. Overview of severe mental illness. *Clin Psychol Rev*. 1997;17(3):247–57.
18. Earvolino-Ramirez M. Resilience: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2007;42(2):73–82.
19. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. Vol. 56, *American Psychologist*. US: American Psychological Association; 2001. p. 227–38.
20. Richardson GE. The metatheory of resilience and resiliency. *J Clin Psychol*. 2002 Mar;58(3):307–21.
21. Bonanno GA. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive after Extremely Aversive Events? *Am Psychol* [Internet]. 2004;59(1):20–8. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1942-9681.S.1.101>
22. Kalisch R, Müller MB, Tüscher O. A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behav Brain Sci* [Internet]. 2015;38:e92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25158686>
23. Herrman H, Stewart DE, Diaz-granados N, Dphil ELB, Jackson B, Yuen T. What Is Resilience? 2011;56(5).
24. Windle G. What is resilience? A review and concept analysis. *Rev Clin Gerontol* [Internet]. 2011;21(2):152–69. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0959259810000420
25. APA. Building Your Resilience [Internet]. American Psychological Association. 2020. p. 1–5. Available from: <https://www.apa.org/topics/resilience>
26. World Health Organization Europe. Strengthening resilience: a priority shared by Health 2020 and the Sustainable Development Goals. 2017.
27. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev* [Internet]. 2000;71(3):543–62. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1467-8624.00164>
28. Rutter M. Implications of Resilience Concepts. *Ann New York Acad Sci*. 2006;12:1–12.
29. Rutter M. Resilience as a dynamic concept. *Dev Psychopathol* [Internet]. 2012;24(2):335–44. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0954579412000028
30. Block J, Kremen AM. IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *J Pers Soc Psychol*. 1996 Feb;70(2):349–61.
31. Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL, Wallace KA. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *J Pers Soc*

- Psychol. 2006 Oct;91(4):730–49.
32. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY: Springer; 1984.
 33. Vanderbilt-Adriance E, Shaw DS. Conceptualizing and re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2008 Jun;11(1–2):30–58.
 34. Kalisch R, Baker DG, Basten U, Boks MP, Bonanno GA, Brummelman E, et al. The resilience framework as a strategy to combat stress-related disorders. Vol. 1, *Nature Human Behaviour*. 2017.
 35. Reppold CT, Mayer JC, Almeida LS, Hutz CS. Avaliação da Resiliência: Controvérsia em Torno do Uso das Escalas. *Psicol Reflex e Crit*. 2012;25(2):248–55.
 36. Katiúscia Gomes Nunes. Resiliência em pacientes com transtorno mental grave : estudo de correlação com desfechos clínicos e qualidade de vida [Internet]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/188925>
 37. Windle G, Bennett KM, Noyes J. A methodological review of resilience measurement scales. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2011;9(1):8. Available from: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-9-8>
 38. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new Resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76–82.
 39. Davidson J, Stein DJ, Rothbaum BO, Pedersen R, Szumski A, Baldwin DS. Resilience as a predictor of treatment response in patients with posttraumatic stress disorder treated with venlafaxine extended release or placebo. *J Psychopharmacol* [Internet]. 2012;26(6):778–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21926426>
 40. Solano JPC, Bracher ESB, Faisal-Cury A, Ashmawi HA, Carmona MJC, Lotufo Neto F, et al. Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson resilience scale among Brazilian adult patients. *Sao Paulo Med J* [Internet]. 2016;134(5):400–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802016000500400&lng=en&tlng=en
 41. Horn SR, Charney DS, Feder A. Understanding resilience: New approaches for preventing and treating PTSD. *Exp Neurol* [Internet]. 2016 Oct [cited 2018 Jun 18];284:119–32. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014488616302011>
 42. Pietrzak RH, Johnson DC, Goldstein MB, Malley JC, Rivers AJ, Morgan CA, et al. Psychosocial buffers of traumatic stress, depressive symptoms, and psychosocial difficulties in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom: the role of resilience, unit support, and postdeployment social support. *J Affect Disord*. 2010 Jan;120(1–3):188–92.
 43. Min JA, Lee CU, Chae JH. Resilience moderates the risk of depression and anxiety symptoms on suicidal ideation in patients with depression and/or anxiety disorders. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2015;56:103–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.07.022>

44. Mosqueiro BP, Da Rocha NS, Fleck MPDA. Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients. *J Affect Disord*. 2015;179:128–33.
45. Hjemdal O, Vogel PA, Solem S, Hagen K, Stiles TC, Wiley J. The Relationship between Resilience and Levels of Anxiety , Depression , and Obsessive – Compulsive Symptoms in Adolescents. *Clin Psychol Psychother Clin*. 2011;321(August 2010):314–21.
46. Hjemdal O, Friborg O, Stiles TC, Rosenvinge JH, Martinussen M. Resilience predicting psychiatric symptoms: a prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clin Psychol \& Psychother* [Internet]. 2006;13(3):194–201. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpp.488>
47. Sheerin CM, Lind MJ, Brown EA, Gardner CO, Kendler KS, Amstadter AB. The impact of resilience and subsequent stressful life events on MDD and GAD. *Depress Anxiety*. 2018 Feb;35(2):140–7.
48. Pusch D, Dobson KS. Childhood adversity and adult depression: The protective role of psychological resilience. *Child Abus Negl*. 2017 Feb 1;64:89–100.
49. Maccallum F, Galatzer-Levy IR, Bonanno GA. Trajectories of depression following spousal and child bereavement: A comparison of the heterogeneity in outcomes. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2015 Oct [cited 2018 May 4];69:72–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395615002101>
50. Laird KT, Krause B, Funes C, Lavretsky H. Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2019;9(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41398-019-0424-7>
51. Fredrickson BL, Tugade MM, Waugh CE, Larkin GR. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *J Pers Soc Psychol*. 2003 Feb;84(2):365–76.
52. Mizuno Y, Hofer A, Suzuki T, Frajo-Apor B, Wartelsteiner F, Kemmler G, et al. Clinical and biological correlates of resilience in patients with schizophrenia and bipolar disorder: A cross-sectional study. *Schizophr Res* [Internet]. 2016;175(1–3):148–53. Available from: http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L71847092%5Cnhttp://sfx.metabib.ch/sfx_locator?sid=EMBASE&issn=00063223&id=doi:&atitle=Clinical+and+biological+correlates+of+resilience+in+patients+with+schizophrenia,+bipolar+I+diso
53. Pfennig A, Leopold K, Martini J, Boehme A, Lambert M, Stamm T, et al. Improving early recognition and intervention in people at increased risk for the development of bipolar disorder: study protocol of a prospective-longitudinal, naturalistic cohort study (Early-BipoLife). *Int J Bipolar Disord* [Internet]. 2020;8(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s40345-020-00183-4>
54. Kim KR, Song YY, Park JY, Lee EH, Lee M, Lee SY, et al. The relationship between psychosocial functioning and resilience and negative symptoms in individuals at ultra-high risk for psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013;47(8):762–71.
55. Choi JW, Cha B, Jang J, Park CS, Kim BJ, Lee CS, et al. Resilience and impulsivity in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* [Internet].

- 2015;170:172–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.056>
56. Southwick SM, Charney DS. The science of resilience: Implications for the prevention and treatment of depression. *Science* (80-) [Internet]. 2012;338(6103):79–82. Available from: http://www.viriya.net/jabref/the_science_of_resilience_-_implications_for_the_prevention_and_treatment_of_depression.pdf
 57. Mackinnon DP, Dwyer JH. Estimating Mediated Effects in Prevention Studies. *Eval Rev* [Internet]. 1993 Apr 1;17(2):144–58. Available from: <https://doi.org/10.1177/0193841X9301700202>
 58. Sarubin N, Wolf M, Giegling I, Hilbert S, Naumann F, Gutt D, et al. Neuroticism and extraversion as mediators between positive/negative life events and resilience. *Pers Individ Dif*. 2015;82.
 59. Hu T, Zhang D, Wang J. A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2015;76:18–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>
 60. Lü W, Wang Z, Liu Y, Zhang H. Resilience as a mediator between extraversion, neuroticism and happiness, PA and NA. *Pers Individ Dif*. 2014 Jun 1;63:128–33.
 61. Oshio A, Taku K, Hirano M, Saeed G. Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis. *Pers Individ Dif*. 2018;127.
 62. Shiner RL, Masten AS. Childhood personality as a harbinger of competence and resilience in adulthood. *Dev Psychopathol*. 2012;24(2):507–28.
 63. Freud A. Ego e os mecanismos de defesa. Porto Alegre: Artmed; 2005.
 64. Vaillant GE. An empirically derived hierarchy of adaptive mechanisms and its usefulness as a potential diagnostic axis. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1985;319:171–80.
 65. Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, et al. Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2004;26(4):255–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15729460>
 66. Vaillant GE. Involuntary coping mechanisms: a psychodynamic perspective. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(3):366–70.
 67. Simeon D, Yehuda R, Cunill R, Knutelska M, Putnam FW, Smith LM. Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*. 2007;32(8–10):1149–52.
 68. Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health. *Clin Psychol Rev*. 2010 Jul;30(5):479–95.
 69. Vaillant GE, Vaillant CO. Natural history of male psychological health, XII: A 45-year study of predictors of successful aging at age 65. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1990 [cited 2021 Apr 21];147(1):31–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2293786/>
 70. P C, J B. Preschool antecedents of defense mechanism use in young adults: a longitudinal study. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1998 [cited 2021 Nov 3];74(1):159–69. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9457780/>

71. Di Giuseppe M, Zilcha-Mano S, Prout TA, Perry JC, Orrù G, Conversano C. Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 Among Italians During the First Week of Lockdown. *Front Psychiatry* [Internet]. 2020;11:1022. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2020.576597>
72. Di Giuseppe M, Nepa G, Prout TA, Albertini F, Marcelli S, Orrù G, et al. Stress, Burnout, and Resilience among Healthcare Workers during the COVID-19 Emergency: The Role of Defense Mechanisms. Vol. 18, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021.
73. Hersoug AG, Wærsted M, Lau B. Defensive Functioning Moderates the Effects of Nondirective Meditation. *Front Psychol*. 2021;12(January).
74. Song S, Yang X, Yang H, Zhou P, Ma H, Teng C, et al. Psychological Resilience as a Protective Factor for Depression and Anxiety Among the Public During the Outbreak of COVID-19. *Front Psychol*. 2020;11:618509.
75. Schmitt AAJ, Brenner AM, Primo de Carvalho Alves L, Claudino FC de A, Fleck MP de A, Rocha NS. Potential predictors of depressive symptoms during the initial stage of the COVID-19 outbreak among Brazilian adults. *J Affect Disord*. 2021 Mar;282:1090–5.
76. Ding K, Yang J, Chin M-K, Sullivan L, Demirhan G, Violant-Holz V, et al. Mental Health among Adults during the COVID-19 Pandemic Lockdown: A Cross-Sectional Multi-Country Comparison. Vol. 18, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021.
77. Havnen A, Anyan F, Hjemdal O, Solem S, Gurigard Riksfjord M, Hagen K. Resilience Moderates Negative Outcome from Stress during the COVID-19 Pandemic: A Moderated-Mediation Approach. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Sep;17(18).
78. Lin T, Yi Z, Zhang S, Veldhuis CB. Predictors of Psychological Distress and Resilience in the Post-COVID-19 Era. *Int J Behav Med*. 2021 Oct;1–11.
79. Ayed N, Toner S, Priebe S. Conceptualizing resilience in adult mental health literature: A systematic review and narrative synthesis. *Psychol Psychother Theory, Res Pract* [Internet]. 2019 Sep 1;92(3):299–341. Available from: <https://doi.org/10.1111/papt.12185>
80. Xu Y, Shao J, Zeng W, Wu X, Huang D, Zeng Y, et al. Depression and Creativity During COVID-19: Psychological Resilience as a Mediator and Deliberate Rumination as a Moderator [Internet]. Vol. 12, *Frontiers in Psychology*. 2021. p. 1570. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2021.665961>
81. Traunmüller C, Stefitz R, Schneider M, Schwerdtfeger A. Resilience moderates the relationship between the psychological impact of COVID-19 and anxiety. *Psychol Health Med*. 2021 Jul;1–12.
82. Veer IM, Riepenhausen A, Zerban M, Wackerhagen C, Puhmann LMC, Engen H, et al. Psycho-social factors associated with mental resilience in the Corona lockdown. *Transl Psychiatry*. 2021 Jan;11(1):67.
83. Yalçın İ, Can N, Mançe Çalışır Ö, Yalçın S, Çolak B. Latent profile analysis of COVID-19 fear, depression, anxiety, stress, mindfulness, and resilience. *Curr Psychol*. 2021 Mar;1–11.

84. Kubo T, Sugawara D, Masuyama A. The effect of ego-resiliency and COVID-19-related stress on mental health among the Japanese population. *Pers Individ Dif*. 2021 Jun;175:110702.
85. Tennant C, Andrews G. A Scale to Measure the Cause of Life Events. *Aust New Zeal J Psychiatry* [Internet]. 1977 Sep 26 [cited 2018 Nov 20];11(3):163–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/270333>
86. Cunha J. Manual da versão em português das Escalas Beck [Internet]. São Paulo: Casa do Psicólogo. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. p. 2001. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Manual+da+versão+em+português+das+Escalas+Beck#0>
87. Fleck MPA, Louzada S, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref.” Vol. 34, *Revista de Saúde Pública*. scielo ; 2000. p. 178–83.
88. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. [Social network and social support measures from the Pró-Saúde Study: pre-tests and pilot study]. *Cad Saude Publica*. 2001;17(4):887–96.
89. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*. 1991 Jan 1;32(6):705–14.
90. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health* [Internet]. 2012;51(2):579–86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-010-9429-5>
91. Davidson J, Connor K. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) Manual. Unpublished [Internet]. 2016; Available from: www.cd-risc.com
92. Schmidt S, Mühlhan H, Power M. The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *Eur J Public Health* [Internet]. 2006;16(4):420—428. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki155>
93. Moser A, Stuck AE, Silliman RA, Ganz PA, Clough-Gorr KM. The eight-item modified Medical Outcomes Study Social Support Survey: psychometric evaluation showed excellent performance. *J Clin Epidemiol*. 2012 Oct;65(10):1107–16.
94. Skevington SM, Gunson KS, O’Connell KA. Introducing the WHOQOL-SRPB BREF: Developing a short-form instrument for assessing spiritual, religious and personal beliefs within quality of life. *Qual Life Res* [Internet]. 2013 Jun 27 [cited 2018 Apr 8];22(5):1073–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22836375>
95. Bonanno GA, Romero SA, Klein SI. The Temporal Elements of Psychological Resilience: An Integrative Framework for the Study of Individuals, Families, and Communities. *Psychol Inq*. 2015;26(2):139–69.
96. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*. 2004 Jan;59(1):20–8.
97. Fletcher D, Sarkar M. Psychological resilience: A review and critique of

- definitions, concepts, and theory. *Eur Psychol.* 2013;18(1):12–23.
98. Forbes S, Fikretoglu D. Building resilience: The conceptual basis and research evidence for resilience training programs. *Rev Gen Psychol.* 2018;22(4):452–68.
 99. Chmitorz A, Kunzler A, Helmreich I, Tüscher O, Kalisch R, Kubiak T, et al. Intervention studies to foster resilience – A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clin Psychol Rev.* 2018;59(November 2017):78–100.
 100. Quilty LC, Ayearst L, Chmielewski M, Pollock BG, Bagby RM. The Psychometric Properties of the Personality Inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 Field Trial Sample. *Assessment.* 2013;20(3):362–9.
 101. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Vol. 21, *Cadernos de Saúde Pública.* scielo; 2005. p. 703–14.
 102. Hayes AF. *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression Based Approach.* Guilford Press; 2018.
 103. Campbell-Sills L, Forde DR, Stein MB. Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2009;43(12):1007–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.01.013>
 104. Ozbay F, Johnson DC, Dimoulas E, Morgan C a I, Charney D, Southwick S. Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont).* 2007;4(5):35–40.
 105. Zhang H, Zhao Q, Cao P, Ren G. Resilience and quality of life: Exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. *Med Sci Monit.* 2017;23:5969–79.
 106. Gong Y, Shi J, Ding H, Zhang M, Kang C, Wang K, et al. Personality traits and depressive symptoms: The moderating and mediating effects of resilience in Chinese adolescents. *J Affect Disord.* 2020 Mar;265:611–7.
 107. Sarubin N, Wolf M, Giegling I, Hilbert S, Naumann F, Gutt D, et al. Neuroticism and extraversion as mediators between positive/negative life events and resilience. *Pers Individ Dif.* 2015 Aug 1;82:193–8.
 108. Zager Kocjan G, Kavčič T, Avsec A. Resilience matters: Explaining the association between personality and psychological functioning during the COVID-19 pandemic. *Int J Clin Health Psychol.* 2021;21(1):100198.
 109. Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behav Res Ther.* 2006;44(4):585–99.
 110. Teche SP, Barros AJS, Rosa RG, Guimarães LP, Cordini KL, Goi JD, et al. Association between resilience and posttraumatic stress disorder among Brazilian victims of urban violence: a cross-sectional case-control study. *Trends psychiatry Psychother.* 2017;39(2):116–23.
 111. Gore WL. *The DSM-5 Dimensional Trait Model and the Five Factor Model* [Internet]. University of Kentucky,. 2013. Available from: https://uknowledge.uky.edu/psychology_etds/12

112. Steffens DC, Wang L, Manning KJ, Pearlson GD. Negative Affectivity, Aging, and Depression: Results From the Neurobiology of Late-Life Depression (NBOLD) Study. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2021 Apr 21];25(10):1135–49. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28457805/>
113. Min J-A, Jung Y-E, Kim D-J, Yim H-W, Kim J-J, Kim T-S, et al. Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Qual life Res an Int J Qual life Asp Treat care Rehabil*. 2013 Mar;22(2):231–41.
114. Um Y-H, Huh H-J, Kim S-Y, Chae J-H. Possible cultural effects on the increments of somatic symptoms in subjectively resilient depressed patients. *Asia-Pacific psychiatry Off J Pacific Rim Coll Psychiatr*. 2014 Sep;6(3):259–66.
115. Andrews G, Singh M, Bond M. The defense style questionnaire. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 1993 [cited 2021 Apr 21];181(4):246–56. Available from: </record/1993-27992-001>
116. Aburn G, Gott M, Hoare K. What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. *J Adv Nurs*. 2016;72(5):980–1000.
117. Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation*. 2017;4(1):1–11.
118. Solano JPC, Bracher ESB, Faisal-Cury A, Ashmawi HA, Carmona MJC, Neto FL, et al. Factor structure and psychometric properties of the connor-davidson resilience scale among Brazilian adult patients. *Sao Paulo Med J*. 2016;134(5):400–6.
119. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995 Nov;41(10):1403–9.
120. Bonanno GA. The resilience paradox. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1):1942642.
121. Kalisch R, Köber G, Binder H, Ahrens KF, Basten U, Chmitorz A, et al. The Frequent Stressor and Mental Health Monitoring-Paradigm: A Proposal for the Operationalization and Measurement of Resilience and the Identification of Resilience Processes in Longitudinal Observational Studies [Internet]. Vol. 12, *Frontiers in Psychology*. 2021. p. 3377. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2021.710493>

12. OUTRAS PRODUÇÕES

- (1) Apresentação oral na *9th Conference of the International Society of Interpersonal Psychotherapy: “Connecting People and Community: How IPT Brings Us Together”*. Evento virtual, 3 a 5 de novembro, 2021
- (2) Apresentação de pôster virtual no *52nd International Annual Meeting, Heidelberg, Germany*. Evento virtual, 23 a 26 de junho de 2021. Título: *“Mature defensive style is positively and depressive symptoms and negative affectivity are negatively associated to resilience in psychotherapy patients”*.
- (3) Apresentação de pôster virtual no *52nd International Annual Meeting, Heidelberg, Germany*. Evento virtual, 23 a 26 de junho de 2021. Título: *“Neurobiological Markers and Structural Evaluation by OPD-2-Axis IV in Patients with Severe Mental Disorders who Undergo Psychotherapy”*.

ANEXOS

Anexo A – Artigos publicados como primeiro autor e em coautoria durante o período do doutorado.

- (1) Gonçalves, L., Barbisan, G. K., Rebouças, C. D. A. V., & da Rocha, N. S. (2019). Longitudinal investigation of psychotherapy outcomes (LIPO): Description of the study protocol. *Frontiers in Psychiatry*, 10(APR), 1–8. DOI 10.3389/fpsyt.2019.00212
- (2) Gonçalves L, Rocha NS. A troca de psicoterapeuta e o impacto na condição global de pacientes em ambulatórios de residência em psiquiatria. *Rev. bras. psicoter.* 2020;22(2):29-37. DOI 10.5935/2318-0404.20200010
- (3) Claudino, F. C. de A., Gonçalves, L., Schuch, F. B., Martins, H. R. S., & Rocha, N. S. da. (2020). The Effects of Individual Psychotherapy in BDNF Levels of Patients With Mental Disorders: A Systematic Review. In *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 11, p. 445). DOI 10.3389/fpsyt.2020.00445
- (4) Rebouças, C. D. A. V., Bastos, A. G., Barbisan, G. K., Gonçalves, L., Carniel, B. P., & Rocha, N. S. da. (2020). Propriedades psicométricas do protocolo de sistema diagnóstico Operationalization of Psychodynamic Diagnosis 2 (OPD-2) em pacientes com transtorno mental grave em psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 22(3), 31–43. <https://doi.org/10.5935/2318-0404.20200021>
- (5) Barbisan, G. K., Rebouças, C. D. A. V., Gonçalves, L. & da Rocha, N. S. Positive Association between therapeutic alliance and quality of life in psychodynamic psychotherapy, cognitive behavior therapy and interpersonal

therapy: the patient's perspective. Artigo em revisão na revista *Frontiers in Psychiatry*.

(6) Menegol, R., Marczyk, J. R., Gonçalves, L., Rocha, N. S. da. (2021).

Association of Personality Dimensions with Depressive Symptoms in Patients in Psychotherapy. Submetido ao *Journal of Affective Disorders*.

Anexo B – Termos de consentimento Livre e Esclarecido e Protocolo do estudo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado Sr/Sra,

Você está sendo convidado para participar de um estudo que se propõe a avaliar o efeito das psicoterapias em longo prazo. Para tanto, você será avaliado em 6 momentos (hoje, em 6 meses de terapia, em 1 ano de terapia, 2 anos de terapia, 6 e 12 pós-alta da terapia). O efeito positivo das psicoterapias (de orientação analítica, interpessoal e cognitivo-comportamental) já foi determinado por inúmeros estudos internacionais e em populações brasileiras, mas seus efeitos a longo prazo ainda são pouco estudados.

Será feita uma coleta de amostra de sangue (10 ml), no do início da terapia e em sua alta. O sangue coletado será armazenado, para fins de pesquisa, e os riscos envolvidos neste procedimento são mal-estar passageiro ou mancha roxa no local da coleta de sangue. Além desta coleta de sangue, você fará uma avaliação psiquiátrica e psicológica, composta por alguns questionários. O preenchimento dos questionários não envolvem maiores riscos e levará em torno de 25 minutos e poderá ser feita por telefone. Algumas perguntas podem trazer algum desconforto e você tem a liberdade de não respondê-las. O nome do paciente será mantido em sigilo pelos pesquisadores, sendo estes dados utilizados apenas para esta pesquisa. Você não terá nenhum custo pela participação neste estudo. Além disto, não se conhece benefícios diretos por fazer parte desta pesquisa, mas você estará contribuindo enormemente para melhor conhecer os efeitos a longo prazo das psicoterapias.

Eu, _____, fui informado dos objetivos especificados acima e da justificativa desta pesquisa, de forma detalhada e clara. Recebi informações específicas sobre cada procedimento, dos desconfortos e riscos previstos, tanto dos benefícios esperados. Todas minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. Além disto, sei que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa de acordo com estas informações e a qualquer momento do estudo, sem que isto traga prejuízo ao meu atendimento.

O profissional _____ certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial, sem identificação do paciente.

Este documento foi elaborado em 2 vias, uma ficará com você e outra ficará arquivada com o pesquisador.

Em caso de dúvidas, entrar em contato com com Dra, Neusa Sica da Rocha pelos telefones 33598294 ou 33598413. Serviço de Psiquiatria- HCPA Ramiro Barcelos, 2350- 4º andar, sala 400 N.

Assinatura do paciente

Assinatura do investigador

Porto Alegre, ____ de _____ de ____

Caso tenha dúvidas sobre questões éticas desta pesquisa, Comitê de Ética em Pesquisa poderá ser contatado para esclarecimento de dúvidas, no 2º andar do HCPA, sala 2227, ou através do telefone 33597640, das 8h às 17h, de segunda à sexta.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Avaliação de Pacientes Atendidos em
Psicoterapia
(GPPG 15-0097)

NOME DO PACIENTE

NÚMERO DE PROTOCOLO

DATA DA INCLUSÃO

DATA DA AVALIAÇÃO

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Serviço de Psiquiatria

Protocolo n°

Data do preenchimento:

--	--	--	--	--	--	--	--

Entrevistador:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Qual psicoterapia está realizando? 1 POA 2 TIP 3 TCC

Quantas sessões já realizou?

1. Identificação

1.1. Prontuário HCPA:

1.2. Nome Completo:

1.3. Religião: 1 católica 2 evangélica 3 espírita
 4 judaica 5 outra : _____ 9 não quer informar

1.4. Origem: 1 Triagem 2 Em acompanhamento

1.5. Sexo: 1 Masculino 2 Feminino

1.6. Data de nascimento:

1.7. Idade: anos

1.8. Etnia: 1 branco 2 não-branco

1.9. Orientação Sexual: 1 heterossexual 2 homossexual 0 sem condições de responder
 3 bissexual 9 não quer informar

1.10. Situação Conjugal: 1 solteiro 2 casado ou companheiro fixo
 3 separado ou divorciado 4 viúvo

1.11. Ocupação: 1 estudante 2 com ocupação remunerada
 3 sem ocupação (não aposentado) 4 dona de casa
 5 em auxílio-doença 6 aposentado por invalidez
 7 aposentado por tempo serviço

1.12. Escolaridade: 0 Sem escolaridade 4 Médio completo
 1 Fundamental incompleto 5 Superior incompleto
 2 Fundamental completo 6 Superior completo
 3 Médio Incompleto 7 Pós-graduação

Tipo tentativa: 1 arma fogo 2 enforcamento 3 cortar pulsos
 4 medicação 5 pular de local alto
 6 outro, qual: _____

3. Hábitos

3.1. Tabagismo Passado: 1 sim 2 não Se sim, tempo de uso: anos

3.1.1 Tabagismo Atual: 1 sim 2 não Se sim, maços/dia:

3.2. Uso Atual Chá: 1 sim 2 não

Chimarrão: 1 sim 2 não

Café: 1 sim 2 não

3.3 Já usou ou usa drogas de abuso: 1 Sim 2 Não

Se sim, qual?

1 Maconha 1 Uso Atual 2 Uso passado

2 Cocaína 1 Uso Atual 2 Uso passado

3 Crack 1 Uso Atual 2 Uso passado

4 Alucinógeno 1 Uso Atual 2 Uso passado

5 Anfetaminas 1 Uso Atual 2 Uso passado

6 Álcool 1 Uso Atual 2 Uso passado

7 Benzodiazepínico 1 Uso Atual 2 Uso passado
sem prescrição

8 Outro. Qual? 1 Uso Atual 2 Uso passado

4. Tratamento Psiquiátrico

4.1. Você já foi submetido a algum tratamento psiquiátrico? 1 Sim 2 Não

4.2. Você já foi submetido a algum tratamento psicoterápico? 1 Sim 2 Não

4.2.1 Qual? 1 TCC 2 POA 3 TIP 4 Não sabe

4.2.2. Frequência? 1 semanal 2 quinzenal 3 2x/semana

4.2.3 Quanto tempo? _____ (número de meses)

4.2.4 Trocou de terapeuta? _____ (número de vezes)

4.3 Você está submetido a algum tratamento psiquiátrico medicamentoso?

1 Sim 2 Não

4.3.1 Se sim, quais **medicamentos** você tomou para qualquer dos comportamentos/ problemas psiquiátricos (por pelo menos 6 meses)?

- 1 Antidepressivos 4 Anticolinérgico
 2 Antipsicóticos 5 Benzodiazepínico
 3 Estabilizador do Humor 6 Metilfenidato 7 Não sabe informar

(Preencher de acordo com prontuário):

Medicação	Uso Atual		Dose	Medicação	Uso Atual		Dose
	0- Não	1-Sim			0- Não	1-Sim	

5. História Familiar de Doença Psiquiátrica:

Filho adotivo? 1 Sim 2 Não 9 Não Sabe 0 sem condições de informar

Código para transtorno: 1 – Transtorno Bipolar 2- Depressão 3- Esquizofrenia
 4- Ansiedade 5-Problemas com álcool 6-Problemas com drogas

Código para desfecho: 1- Tentativas de suicídio 2-Suicídio completo
 3-Internação psiquiátrica 4- Uso de medicação psiquiátrica

- 1 Mãe Transtorno: Desfecho:
 2 Pai Transtorno: Desfecho:
 3 Irmãos Quantos afetados? Transtorno: Desfecho:
 4 Avó/Avô Materno Quantos afetados? Transtorno: Desfecho:
 5 Avó/Avô Paterno Quantos afetados? Transtorno: Desfecho:
 6 Tios Maternos Quantos afetados? Transtorno: Desfecho:
 7 Tios Paternos Quantos afetados? Transtorno: Desfecho:

6. Uso de método contraceptivo:

6.1 1 sim 2 não 0 sem condições de informar

6.2. Se sim, qual(is): 1 Anticoncepcional oral (pílula) 2 DIU
 3 Camisinha 4 Diafragma 5 coito interrompido 6 L.Tubária
 7 Vasectomia 8 tabelinha 9 Anticoncepcional Injetável
 10 outro, qual: _____

7. Fatores relacionados ao sexo feminino (Obs: codificar para sexo masculino: 9- não se aplica)

7.1. Gravidez atual? 1 Sim 2 Não

7.2. Gestações:

7.3. Partos Normais:

7.4. Partos cesáreos:

7.5. Abortos: Espontâneos

Provocados

7.6. Menopausa: 1 sim 2 não Se sim, idade: anos.

7.8. Terapia de Reposição Hormonal (atual): 1 sim 2 não

7.9. Data da última menstruação:

8. Moradia:

Vive: 1 Sozinho 2 Com familiares 3 Em pensionato 4 Em instituição. Qual?

9. Classificação Econômica

9.1 Posse de Itens

	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em Cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada Mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de Pó	0	1	1	1	1
Máquina de Lavar	0	1	1	1	1
Vídeo Cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

9.2 Grau de Instrução do chefe da família

Analfabeto /Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

Classe:

1 A1 (30-34)

2 A2 (25-29)

3 B1 (21-24) 4 B2 (17-20)

5 C (11-16)

6 D (6-10)

7 E (0-5)

Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil-25^{BRASIL} (CD-RISC-25^{BRASIL}) ©

Quanto as afirmações abaixo são verdadeiras para você, pensando no **mês passado**?
Se algumas dessas situações não ocorreram no mês passado, responda como você acha que teria se sentido se elas tivessem ocorrido.

	Nem um pouco verdadeiro (0)	Raramente verdadeiro (1)	Às vezes verdadeiro (2)	Frequentemente verdadeiro (3)	Quase sempre verdadeiro (4)
1. Eu consigo me adaptar quando mudanças acontecem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eu tenho pelo menos um relacionamento próximo e seguro com alguém que me ajuda quando estou nervoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando meus problemas não têm uma solução clara, às vezes Deus ou o destino podem ajudar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eu consigo lidar com qualquer problema que acontece comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Os sucessos do passado me dão confiança para enfrentar novos desafios e dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu tento ver o lado humorístico das coisas quando estou com problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ter que lidar com situações estressantes me faz sentir mais forte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu costumo me recuperar bem de uma doença, acidentes e outras dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eu acredito que a maioria das coisas boas ou ruins acontecem por alguma razão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eu me esforço ao máximo, não importa qual seja o resultado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Eu acredito que posso atingir meus objetivos mesmo quando há obstáculos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mesmo quando tudo parece sem esperanças, eu não desisto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nos momentos difíceis ou de crise, eu sei onde procurar ajuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Fico concentrado e penso com clareza quando estou sob pressão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eu prefiro assumir a liderança para resolver problemas, em vez de deixar os outros tomarem as decisões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eu não desanimo facilmente com os fracassos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Eu me considero uma pessoa forte quando tenho que lidar com desafios e dificuldades da vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Se for necessário, eu consigo tomar decisões difíceis e desagradáveis que afetem outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eu consigo lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como tristeza, medo e raiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ao lidar com os problemas da vida, eu às vezes sigo minha intuição, sem saber por quê.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Eu sei onde quero chegar na vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Eu sinto que tenho controle sobre minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Eu gosto de desafios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Eu me esforço para atingir meus objetivos, não importa que obstáculos eu encontre pelo caminho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Eu tenho orgulho das minhas conquistas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Solano JP, Bracher E, Pietrobon R, Carmona MJ. Adaptação cultural e estudo de validade da escala de resiliência de Connor-Davidson para o Brasil. Nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópias simples e digitalização, sem permissão escrita de Dr. Davidson - mail@cd-risc.com. Direitos reservados.
Copyright © 2001, 2003, 2007, 2009, 2011, 2016 by Kathryn M. Connor, M.D., and Jonathan R.T. Davidson, M.D.



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.

**Casa do
Psicólogo®**

© 2001 Casapsi Livraria e Editora Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BAI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. Tristeza

- 0 Não me sinto triste.
- 1 Eu me sinto triste grande parte do tempo.
- 2 Estou triste o tempo todo.
- 3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.

2. Pessimismo

- 0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.
- 1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.
- 2 Não espero que as coisas dêem certo para mim.
- 3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.

3. Fracasso passado

- 0 Não me sinto um(a) fracassado(a).
- 1 Tenho fracassado mais do que deveria.
- 2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos.
- 3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.

4. Perda de prazer

- 0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto
- 1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.
- 2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar
- 3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.

5. Sentimentos de culpa

- 0 Não me sinto particularmente culpado(a)
- 1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.
- 2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.
- 3 Eu me sinto culpado(a) todo o tempo

6. Sentimentos de punição

- 0 Não sinto que estou sendo punido(a).
- 1 Sinto que posso ser punido(a).
- 2 Eu acho que serei punido(a).
- 3 Sinto que estou sendo punido(a).

7. Auto-estima

- 0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).

- 1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).
- 2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 3 Não gosto de mim.

8. Autocrítica

- 0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.
- 1 Estou sentindo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.
- 2 Eu me critico por todos os meus erros.
- 3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.

9. Pensamentos ou desejos suicidas

- 0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.
- 1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.
- 2 Gostaria de me matar.
- 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. Choro

- 0 Não choro mais do que chorava antes.
- 1 Choro mais agora do que costumava chorar.
- 2 Choro por qualquer coisa.
- 3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.

11. Agitação

- 0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.
- 1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.
- 2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).
- 3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.

12. Perda de interesse

- 0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.
- 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.
- 2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.
- 3 É difícil me interessar por alguma coisa.

13. Indecisão

- 0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.
- 1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.

- 2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.
- 3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.

14. Desvalorização

- 0 Não me sinto sem valor.
- 1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.
- 2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.
- 3 Eu me sinto completamente sem valor.

15. Falta de energia

- 0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.
- 1 Tenho menos energia do que costumava ter.
- 2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
- 3 Não tenho energia suficiente para nada.

16. Alterações no padrão de sono

- 0 Não percebo nenhuma mudança no meu sono.
- 1a Durmo um pouco mais que o habitual.
- 1b Durmo um pouco menos do que o habitual.
- 2a Durmo muito mais do que o habitual.
- 2b Durmo muito menos do que o habitual.
- 3a Durmo a maior parte do dia.
- 3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

17. Irritabilidade

- 0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual
- 1 Estou mais irritado(a) do que o habitual
- 2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual
- 3 Fico irritado(a) o tempo todo.

18. Alterações de apetite

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.
- 1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual
- 1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual

- 2a Meu apetite está muito menor do que antes.
- 2b Meu apetite está muito maior do que antes.
- 3a Não tenho nenhum apetite.
- 3b Quero comer o tempo todo.

19. Dificuldade de concentração

- 0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.
- 1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente
- 2 É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
- 3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.

20. Cansaço ou fadiga

- 0 Não estou mais cansado(a) ou fatigado(a) do que o habitual.
- 1 Fico cansado(a) ou fatigado(a) mais facilmente do que o habitual.
- 2 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer
- 3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

21. Perda de interesse por sexo

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
- 1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar
- 2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo

Subtotal da página 1 _____

Subtotal da página 2 _____

ESCORE TOTAL _____

QUESTIONÁRIO DE APOIO SOCIAL

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família e amigos na sua vida pessoal e oportunidades em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, ajuda ou outros tipos de apoio.

I1. Com quantos PARENTES você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Se for o caso, inclua esposo(a), companheiro(a) ou filhos nesta resposta)

_____ parentes não tenho nenhum parente

I2. Com quantos AMIGOS você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua nesta resposta esposo (a), companheiro (a), filhos ou outros parentes)

_____ amigos não tenho nenhum amigo

I3. Se você precisar, com que frequência você conta com alguém:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
a) Que o ajude se você ficar de cama?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b) Para lhe ouvir quando você precisa falar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c) Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d) Para levá-lo ao médico?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
e) Que demonstre amor e afeto por você?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
f) Para divertirem-se juntos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
g) Para lhe dar informação que o ajude a compreender determinada situação?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
h) Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
i) Que lhe dê um abraço?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
j) Com quem relaxar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
l) Para preparar suas refeições se você não puder prepará-las?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
m) De quem realmente quer conselhos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
n) Com quem distrair a cabeça?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
o) Para ajudá-lo nas tarefas diárias se você ficar doente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
p) Para compartilhar seus medos e preocupações mais íntimos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
q) Para dar sugestão sobre como lidar com um problema pessoal?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
r) Para fazer coisas agradáveis?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

13. Se você precisar, com que frequência você conta com alguém:	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
s) Que compreenda seus problemas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
t) Que você ame e faça você se sentir querido?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

QUALIDADE DE VIDA

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

		Muito Ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas duas últimas semanas:

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que a sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas:

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas:

		Muito Ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais	1	2	3	4	5

	(amigos, parentes, conhecidos, colegas)?					
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que freqüência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas:

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

Eventos de vida estressores

Nós estamos interessados na relação entre os acontecimentos de vida que possam ter-lhe estressado (estressores), o início e a evolução de sua depressão. Por favor, marque qualquer um dos seguintes acontecimentos de vida que possam ter-lhe estressado (estressores) que você enfrentou **nos 12 meses que antecederam o início da sua crise atual.**

Por favor, marque: 0 – não, 1 – sim

1. Um membro da família próximo (por exemplo esposa, filho, pai/mãe, tio, etc.)
 - (a) Teve uma doença médica grave
 - (b) Teve uma lesão grave (por exemplo, ferimento, batida)
 - (c) Morreu
2. Estive envolvido em uma briga séria com um parente, chefe, amigo íntimo ou vizinho.
3. Enfrentei problemas com a lei (isto é, com a justiça).
4. Tive dificuldades importantes com pessoas próximas (amigos, parentes, esposa, etc.).
5. Estive afastado do trabalho por mais de 3 meses.
6. Um relacionamento íntimo (casamento ou outro) terminou.
7. Um amigo íntimo morreu.
8. Tive uma doença médica grave.
9. Perdi meu emprego.
10. Tive uma crise financeira importante.
11. Tive uma lesão (ferimento, batida) grave.
12. Alguma coisa valiosa foi perdida ou roubada.
13. Fui agredido/atacado fisicamente.
14. Fui agredido/abusado sexualmente.
15. Outros acontecimentos de vida que possam ter-lhe estressado (estressores) – por favor informe qual/quais.

16. O quão estressante você consideraria todos os acontecimentos juntos?

Por favor use os códigos abaixo:

0 – nem um pouco, 1 – leve, 2 – moderado, 3 – grave, 4 – extremo, 5 – catastrófico

17. Dos acontecimentos de vida que lhe estressaram, qual foi **o que mais o abalou** nos 12 meses que antecederam o início desta crise?

18. Quão estressante para você foi **este acontecimento de vida?**

Por favor use os códigos abaixo:

0 – nem um pouco, 1 – leve, 2 – moderado, 3 – grave, 4 – extremo, 5 – catastrófico

INVENTÁRIO DE PERSONALIDADE PARA O DSM-V – PID-V

Krueger e cols (2012) *Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) v1.0*, Copyright ©2012 da Associação Americana de Psiquiatria.

A seguir há uma lista de frases que as pessoas usam para se descrever. Gostaríamos de saber como você se descreve. Não há respostas certas ou erradas. Tente ser o mais honesto possível ao responder. Suas respostas são confidenciais. Não há tempo limite. Leia atentamente as frases e atribua pontos de 1 a 4, conforme **o quanto elas são verdadeiras para você**, de acordo com a seguinte escala:

- 1 – **Nada** (não tem nada a ver comigo, falso).
- 2 – **Pouco** (tem um pouco a ver comigo, algumas vezes falso).
- 3 – **Moderadamente** (tem a ver comigo, algumas vezes verdadeiro).
- 4 – **Muito** (tem muito a ver comigo, totalmente verdadeiro).

		Nada	Pouco	Moderadamente	Muito
1.8	Quando se trata das minhas emoções, as pessoas dizem que sou frio.	1	2	3	4
2.15	Costumo fazer o que os outros acham que eu deveria fazer.	1	2	3	4
3.16	Geralmente faço coisas de maneira impulsiva sem pensar no que pode acontecer.	1	2	3	4
4.17	Não consigo parar de tomar decisões precipitadas, mesmo sabendo que sou assim.	1	2	3	4
5.38	Eu fico irritado facilmente.	1	2	3	4
6.40	Para ser honesto, eu sou mais importante do que as outras pessoas.	1	2	3	4
7.48	Eu faço muitas coisas que os outros consideram arriscadas.	1	2	3	4
8.53	Frequentemente invento coisas sobre mim mesmo para conseguir o que quero.	1	2	3	4
9.63	Faço o que os outros me dizem para fazer.	1	2	3	4
10.67	Eu gosto de me arriscar.	1	2	3	4
11.80	Tenho dificuldade de mudar o modo de fazer as coisas mesmo quando ele não funciona bem.	1	2	3	4
12.82	Eu mantenho distância das pessoas.	1	2	3	4
13.89	Prefiro manter relacionamentos amorosos longe de mim.	1	2	3	4
14.91	Eu não demonstro muito minhas emoções.	1	2	3	4
15.99	Algumas vezes ouço coisas que as pessoas não conseguem ouvir.	1	2	3	4
16.110	Eu me preocupo com quase tudo.	1	2	3	4
17.111	Eu gosto de me destacar numa multidão.	1	2	3	4
18.114	Sou melhor que quase todo mundo.	1	2	3	4
19.118	Tenho dificuldade em me focar no que precisa ser feito.	1	2	3	4
20.122	Eu me emociono com facilidade, muitas vezes por uma razão muito pequena.	1	2	3	4

		Nada	Pouco	Moderadamente	Muito
21.123	Insisto em fazer tudo com total perfeição, mesmo deixando as pessoas loucas com isso.	1	2	3	4
22.124	Eu quase nunca me sinto feliz com as atividades do meu dia a dia.	1	2	3	4
23.125	Minha lábia ajuda-me a conseguir o que quero.	1	2	3	4
24.127	Eu temo ficar sozinho na vida mais do que qualquer outra coisa.	1	2	3	4
25.128	Eu fico preso em uma maneira de fazer as coisas, mesmo quando está claro que não vai funcionar.	1	2	3	4
26.133	Parece que estou sempre recebendo um "tratamento injusto" dos outros.	1	2	3	4
27.139	Eu vi coisas que não estavam de fato lá.	1	2	3	4
28.144	Não consigo me focar em alguma coisa por muito tempo.	1	2	3	4
29.145	Eu evito relacionamentos românticos.	1	2	3	4
30.148	Sou uma pessoa inútil.	1	2	3	4
31.152	Eu penso sobre as coisas de uma maneira esquisita que não faz sentido para maioria das pessoas.	1	2	3	4
32.153	Não me importo se minhas ações machucam os outros.	1	2	3	4
33.157	Parece que nada me faz sentir bem.	1	2	3	4
34.158	Fico facilmente irritado com todo o tipo de coisas.	1	2	3	4
35.161	Não gosto de me aproximar muito das pessoas.	1	2	3	4
36.165	Fico emocionado até mesmo com pequenas coisas	1	2	3	4
37.166	Não é um grande problema eu ferir os sentimentos de alguém.	1	2	3	4
38.169	Sou uma pessoa sem valor.	1	2	3	4
39.171	Já "sumi do mapa" para evitar responsabilidades.	1	2	3	4
40.174	Estou sempre com muito medo sobre coisas ruins que podem acontecer.	1	2	3	4
41.175	Nunca quero ficar sozinho.	1	2	3	4
42.176	Continuo tentando melhorar as coisas que faço, mesmo quando elas já estão perfeitas.	1	2	3	4
43.180	Com certeza posso utilizar meu charme para que as coisas sejam do meu modo.	1	2	3	4
44.190	Suspeito que até as pessoas que se dizem meus "amigos" me traem com frequência.	1	2	3	4
45.192	Às vezes eu penso que alguém está roubando pensamentos da minha cabeça.	1	2	3	4
46.201	Eu simplesmente fujo de compromissos e reuniões se eu não estiver a fim.	1	2	3	4
47.205	Frequentemente tenho pensamentos que fazem sentido pra mim, mas que os outros dizem ser estranhos.	1	2	3	4
48.206	Eu uso as pessoas para conseguir o que quero.	1	2	3	4
49.211	Eu gosto de chamar atenção para mim mesmo.	1	2	3	4
50.217	As coisas ao meu redor parecem irreais, ou mais reais que o normal.	1	2	3	4



WHOQOL-SRPB BREF

Instrumento WHOQOL Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais (SRPB) – Versão Abreviada – 8 itens

Nº

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E MEDICINA LEGAL

As seguintes perguntas indagam a respeito das suas **crenças espirituais, religiosas ou pessoais**, e como essas crenças afetaram a sua qualidade de vida. Estas perguntas são planejadas para serem aplicáveis a pessoas com origem em muitas culturas diferentes, com uma variedade de crenças espirituais, religiosas ou pessoais. Se você acredita em determinada religião, como por exemplo o Judaísmo, Cristianismo, Islamismo ou Budismo, você provavelmente responderá às perguntas a seguir lembrando-se das suas crenças religiosas. Se não seguir a uma religião específica, mas ainda acredita que existe algo mais elevado e mais poderoso além do mundo físico e material, você poderá responder às perguntas que seguem a partir desta perspectiva. Por exemplo, você pode acreditar em uma força espiritual superior ou no poder curativo da Natureza. Por outro lado, você talvez não acredite em uma entidade espiritual superior, mas poderá ter crenças pessoais fortes ou algo que segue, como, por exemplo, acreditar em uma teoria científica, um modo de vida pessoal, uma determinada filosofia ou código moral e ético.

Quando em algumas perguntas forem utilizadas palavras como espiritualidade, por favor, responda em termos de seu próprio sistema de crença pessoal, seja ele religioso, espiritual ou pessoal.

As perguntas a seguir indagam como as suas crenças afetaram diversos aspectos da sua qualidade de vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, uma pergunta é: “Até que ponto você se sente ligado à sua mente corpo e alma? Se você tiver vivenciado muito isso, faça um círculo em torno do número abaixo de “muito”. Se não tiver vivenciado isto em nenhum momento, faça um círculo em torno do número abaixo de “nada”. Você deve fazer um círculo em torno de um dos números no meio, se desejar indicar que a sua resposta está em algum ponto entre “Nada” e “Muito”. As perguntas referem-se **às últimas duas semanas**.

SP1.1 Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP2.3 Até que ponto você sente que a sua vida tem uma finalidade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

1	2	3	4	5
SP8.2 Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia-a-dia?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

SP7.2 Até que ponto você está esperançoso com a sua vida?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

SP3.1 Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? (por exemplo: natureza, arte, música)				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

SP5.3 O quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

SP6.2 Até que ponto você tem paz interior?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

SP4.2 Quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Defense Style Questionnaire (DSQ-40)

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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa sobre: “Avaliação da Qualidade de vida na população em geral brasileira durante a quarentena/isolamento social da epidemia da Covid-19”. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós.

1. Objetivo deste estudo:

O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida de indivíduos adultos no período do isolamento social devido a epidemia do Corona vírus no Brasil.

2. Explicação dos Procedimentos:

Você terá que responder a 5 (três) questionários e escalas psicológicas online durante um tempo aproximado de 25 minutos.

3. Possíveis riscos e desconfortos:

Algumas perguntas podem trazer algum desconforto e você tem a liberdade de não respondê-las. Também poderá ter o possível desconforto pelo tempo gasto para responder às escalas psicológicas que deverá ser de, aproximadamente, 25 minutos.

4. Possíveis benefícios deste estudo: Não haverá benefício direto dessa pesquisa.

5. Voluntariedade: A participação no estudo é totalmente voluntária.

6. Custeio: Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo e o participante não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

7. Direito de Desistência: você tem toda a liberdade de desistir de participar do presente estudo a qualquer momento.

8. Privacidade: os pesquisadores se comprometem em manter a confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes, sendo que todas as informações obtidas nesse estudo poderão ser publicadas com finalidade científica, com os resultados divulgados de maneira agrupada, sem a identificação dos indivíduos que participaram do estudo.

A pesquisadora responsável é a Prof^a Neusa Sica da Rocha do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Caso queiram contatar com nossa equipe, isto poderá ser feito pelo telefone 51 3308-5624 ou pelo e-mail grupo-iqol@gmail.com.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, localizada no 2º andar, sala 2227A, com horário de atendimento das 8h às 17h, de segunda à sexta, fone/fax: 51 3359-7640; e-mail: cep@hcpa.edu.br e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa localizada SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte CEP: 70719-040, Brasília-DF Horário de atendimento on-line: 9h às 18h. Telefone: (61) 3315-5877. e-mail: conep@saude.gov.br, que poderão ser contatados para eventuais esclarecimentos.

Eu li e compreendi totalmente as informações fornecidas.

() Sendo conhecedor disto, concordo em participar desse estudo.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Qualidade de vida na
Quarentena do covid-19
(GPPG)**

Protocolo de Pesquisa

Dados demográficos1. **Nome:**2. **Telefone celular:**3. **e-mail:**4. **Sexo:** 1 masculino 2 feminino5. **Idade:** ____ anos6. **Etnia:** 1 branco 2 não-branco7. **Situação Conjugal:** 1 solteiro 2 casado ou companheiro fixo
 3 separado ou divorciado 4 viúvo
 666 prefere não informar 777 sem condições de responder8. **Ocupação:** 1 estudante 2 com ocupação remunerada
3 sem ocupação (não aposentado) 4 dona de casa
5 em auxílio-doença 6 aposentado por tempo serviço
7 aposentado por invalidez 666 prefere não informar
 777 sem condições de responder9. **Escolaridade:** 0 Sem escolaridade 4 Médio completo
 1 Fundamental incompleto 5 Superior incompleto
2 Fundamental completo 6 Superior completo
3 Médio Incompleto 7 Pós-graduação
666 não quer informar 777 sem condições de responder
 anos de estudo completos (contar a partir da primeira série, excluindo repetências)10. **Cidade onde mora?**11. **Você possui alguma Religião?**

() Sim () Não

Se você possui alguma Religião, qual?

12. **Desde que começaram as medidas de isolamento social, como você está atualmente:**

- () sem sair de casa
 () saio 1 vez por semana
 () saio mais de 1 vez por semana
 () saio todos os dias

() outra frequência. Qual?

13. Qual (is) razões você teria para ficar em casa?

() somente para respeitar as orientações de isolamento social, não faço parte de nenhum grupo de risco

() faço parte de algum do Grupo de risco. Qual?

() tenho um familiar de grupo de risco. Qual familiar?

() Estou com COVID-19

() Estou com suspeita de COVID-19

() Tive contato com caso ou suspeito de COVID-19

14. Se está em isolamento ou houve mudança na sua rotina de sair de casa, há quantos dias?

15. Você tem interesse de participar de estudos futuros sobre o tema?

() Sim () Não

16. Em uma palavra, resuma o que a epidemia representa para você:

**EUROHIS EUROHIS-QOL 8 ITEM:
Instrumento de qualidade de vida da OMS**

Instruções:

As questões seguintes perguntam sobre como você se sente em relação a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
3	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
4	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
5	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
6	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
7	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
8	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

PHQ-9

AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

1) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

2) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

3) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

4) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

5) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve falta de apetite ou comeu demais?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

6) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

7) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

8) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

9) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

10) Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

- (0) Nenhuma dificuldade
- (1) Pouca dificuldade
- (2) Muita dificuldade
- (3) Extrema dificuldade

QUESTIONÁRIO DE APOIO SOCIAL - ESTUDO MOS

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família e amigos na sua vida pessoal e oportunidades em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, ajuda ou outros tipos de apoio.

I1. Com quantos PARENTES você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Se for o caso, inclua esposo(a), companheiro(a) ou filhos nesta resposta)

_____ parentes não tenho nenhum parente

I2. Com quantos AMIGOS você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua nesta resposta esposo (a), companheiro (a), filhos ou outros parentes)

_____ amigos não tenho nenhum amigo

I3. Se você precisar, com que frequência você conta com alguém:	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
a) Que o ajude se você ficar de cama?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b) Para lhe ouvir quando você precisa falar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c) Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d) Para levá-lo ao médico?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
e) Que demonstre amor e afeto por você?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
f) Para divertirem-se juntos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
g) Para lhe dar informação que o ajude a compreender determinada situação?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
h) Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
i) Que lhe dê um abraço?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
j) Com quem relaxar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
l) Para preparar suas refeições se você não puder prepará-las?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
m) De quem realmente quer conselhos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
n) Com quem distrair a cabeça?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
o) Para ajudá-lo nas tarefas diárias se você ficar doente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
p) Para compartilhar seus medos e preocupações mais íntimos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
q) Para dar sugestão sobre como lidar com um problema pessoal?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
r) Para fazer coisas agradáveis?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
s) Que compreenda seus problemas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
t) Que você ame e faça você se sentir querido?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

WHOQOL-SRPB Abreviado

As seguintes perguntas indagam a respeito das suas crenças espirituais, religiosas ou pessoais, e como essas crenças afetaram a sua qualidade de vida. Estas perguntas são planejadas para serem aplicáveis a pessoas com origem em muitas culturas diferentes, com uma variedade de crenças espirituais, religiosas ou pessoais. Se você acredita em determinada religião, como por exemplo o Judaísmo, Cristianismo, Islamismo ou Budismo, você provavelmente responderá às perguntas a seguir lembrando-se das suas crenças religiosas. Se não seguir a uma religião específica, mas ainda acredita que existe algo mais elevado e mais poderoso além do mundo físico e material, você poderá responder às perguntas que seguem a partir desta perspectiva. Por exemplo, você pode acreditar em uma força espiritual superior ou no poder curativo da Natureza. Por outro lado, você talvez não acredite em uma entidade espiritual superior, mas poderá ter crenças pessoais fortes ou algo que segue, como, por exemplo, acreditar em uma teoria científica, um modo de vida pessoal, uma determinada filosofia ou código moral e ético. Quando em algumas perguntas forem utilizadas palavras como espiritualidade, por favor, responda em termos de seu próprio sistema de crença pessoal, seja ele religioso, espiritual ou pessoal. As perguntas a seguir indagam como as suas crenças afetaram diversos aspectos da sua qualidade de vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, uma pergunta é : “Até que ponto você se sente ligado à sua mente corpo e alma? Se você tiver vivenciado muito isso, faça um círculo em torno do número abaixo de “muito ”. Se não tiver vivenciado isto em nenhum momento, faça um círculo em torno do número abaixo de “nada”. Você deve fazer um círculo em torno de um dos números no meio, se desejar indicar que a sua resposta está em algum ponto entre “Nada” e “Muito”. As perguntas referem-se às últimas duas semanas.

SP1.1	Até que ponto alguma conexão com um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
SP2.3	Até que ponto você sente que sua vida tem uma finalidade?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
SP8.2	Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia-a-dia?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
SP7.2	Até que ponto você está esperançoso com sua vida?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
SP3.1	Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas ao seu redor? (p. ex., natureza, arte, música)				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
SP5.3	O quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

SP6.2	Até que ponto você sente paz interior?				
	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
SP4.2	Quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma?				
	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5

Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil-25^{BRASIL} (CD-RISC-25^{BRASIL}) ©

Quando as afirmações abaixo são verdadeiras para você, pensando no mês passado?
Se algumas dessas situações não ocorreram no mês passado, responda como você acha que teria se sentido se elas tivessem ocorrido.

	Nem um pouco verdadeiro (0)	Raramente verdadeiro (1)	Às vezes verdadeiro (2)	Frequentemente verdadeiro (3)	Quase sempre verdadeiro (4)
1. Eu consigo me adaptar quando mudanças acontecem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eu tenho pelo menos um relacionamento próximo e seguro com alguém que me ajuda quando estou nervoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando meus problemas não têm uma solução clara, às vezes Deus ou o destino podem ajudar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eu consigo lidar com qualquer problema que acontece comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Os sucessos do passado me dão confiança para enfrentar novos desafios e dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu tento ver o lado humorístico das coisas quando estou com problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ter que lidar com situações estressantes me faz sentir mais forte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu costumo me recuperar bem de uma doença, acidentes e outras dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eu acredito que a maioria das coisas boas ou ruins acontecem por alguma razão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eu me esforço ao máximo, não importa qual seja o resultado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Eu acredito que posso atingir meus objetivos mesmo quando há obstáculos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mesmo quando tudo parece sem esperanças, eu não desisto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nos momentos difíceis ou de crise, eu sei onde procurar ajuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Fico concentrado e penso com clareza quando estou sob pressão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eu prefiro assumir a liderança para resolver problemas, em vez de deixar os outros tomarem as decisões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eu não desanimo facilmente com os fracassos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Eu me considero uma pessoa forte quando tenho que lidar com desafios e dificuldades da vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Se for necessário, eu consigo tomar decisões difíceis e desagradáveis que afetem outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eu consigo lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como tristeza, medo e raiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ao lidar com os problemas da vida, eu às vezes sigo minha intuição, sem saber por quê.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Eu sei onde quero chegar na vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Eu sinto que tenho controle sobre minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Eu gosto de desafios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Eu me esforço para atingir meus objetivos, não importa que obstáculos eu encontre pelo caminho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Eu tenho orgulho das minhas conquistas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Solano JP, Bracher E, Pietrobón R, Carmona MJ. Adaptação cultural e estudo de validade da escala de resiliência de Connor-Davidson para o Brasil. Nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópias simples e digitalização, sem permissão escrita de Dr. Davidson - mail@cd-risc.com. Direitos reservados.
Copyright © 2001, 2003, 2007, 2008, 2011, 2016 by Kathryn M. Connor, M.D., and Jonathan R.T. Davidson, M.D.