

FERNANDA MONTERO
LANDEIRO

**DISTORÇÕES COGNITIVAS E
PERFECCIONISMO: Validação da
Cognitive Distortions Scale (CDS) e do
Multidimensional Perfectionism
Cognitions Inventory (MPCI)**

PROCESSOS INTERATIVOS
DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO • ICS • UFBA



Salvador
2019



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ICS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS
INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**



FERNANDA MONTERO LANDEIRO

DISTORÇÕES COGNITIVAS E PERFECCIONISMO:
Validação da *Cognitive Distortions Scale* (CDS) e do
Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory (MPCI)

Salvador

2019

FERNANDA MONTERO LANDEIRO

DISTORÇÕES COGNITIVAS E PERFECCIONISMO:
Validação da *Cognitive Distortions Scale (CDS)* e do *Multidimensional
Perfectionism Cognitions Inventory (MPCI)*

Tese apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Processos Interativos de Órgãos e Sistemas.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Pondé de Sena

Salvador

2019

Ficha catalográfica: Keite Birne de Lira CRB-5/1953

Landeiro, Fernanda Montero

Distorções cognitivas e perfeccionismo: Validação da *Cognitive Distortions Scale* (CDS) e do *Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory* (MPCI)./ [Manuscrito].

Fernanda Montero Landeiro. Salvador, 2019.

201 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Pondé de Sena.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Salvador, 2019.

1. Terapia cognitiva. 2. Psicometria. 3. Estudos de validação. 4. Questionários. I. Sena, Eduardo Pondé de. II. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. Programa de Pós- Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. III. Título

CDD – 616.891 42 21. ed.

TERMO DE APROVAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



TERMO DE APROVAÇÃO

DEFESA PÚBLICA DE TESE

FERNANDA MONTERO LANDEIRO

Distorções Cognitivas e Perfeccionismo: Análise Psicométrica da Cognitive Distortions Scale (CDS) e do Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory (MPCI)
Salvador, Bahia, 25 de fevereiro de 2019

COMISSÃO EXAMINADORA:

PROF. DR. EDUARDO PONDE DE SENA Universidade Federal da

PROFA. DRA. SÔNIA MARIA GUEDES GONDIM (Examinador Interno)

PROF. DR. FERNANDO LUÍS DE QUEIROZ CARVALHO (Examinador Interno)

PROF. DR. CARLITO LOPES NASCIMENTO SOBRINHO (Examinador Externo)

PROF. DR. RIVAL ALMEIDA BRANDÃO FILHO (Examinador Externo)

No fundo, todos temos necessidade de dizer quem somos e o que é que estamos a fazer e a necessidade de deixar algo feito, porque esta vida não é eterna e deixar coisas feitas pode ser uma forma de eternidade.

José Saramago (20.07.1997)

À minha pequena Betina, que ilumina minha vida e dá sentido à minha existência. Por todas as horas roubadas dela para a escrita desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

Se eu pudesse descrever o que representa a finalização desse trabalho, tendo espaço para a livre criação, ainda que tente me concentrar, minha mente está tão cheia de imagens e de sentimentos resultantes da nostalgia despertada por este momento, que eu teria grande dificuldade... Considerando esta tese como resultado de uma caminhada que não começou no Doutorado, o ato de agradecer pode não ser uma tarefa fácil, tão pouco justa. E, para não correr o risco da injustiça, agradeço de antemão a todos que, de alguma forma, passaram pela minha vida e contribuíram para essa construção. Algumas pessoas tiveram uma contribuição direta neste trabalho, que me exigiu empenho, dedicação, disciplina e muito estudo. Ao longo desses seis anos, foi muito frequente sentir-me perdida e, nesses momentos, pude contar com essas pessoas: dedicadas, amigas e competentes, essenciais para que eu conseguisse superar os momentos de dificuldade.

A presença do meu orientador, **Professor Dr. Eduardo Pondé de Sena**, foi muito mais que indispensável. Ele, que me acolheu num momento em que tudo parecia perdido, e embarcou comigo nessa jornada de viver 4 anos em 4 meses e depois recomeçar tudo de novo, me mostrando que seria possível, sem nunca desistir de mim. Foi intenso, cansativo, desgastante, mas muito recompensador e, sem a sua ajuda, teria sido **IMPOSSÍVEL!** Sua calma, tranquilidade, apoio e as orientações precisas tornaram a construção deste trabalho um lugar de parceria, me encorajando a seguir sempre em frente. A você, Prof. Eduardo, obrigada pelas palavras sempre doces, obrigada pela compreensão e pelo apoio quando tudo ficou difícil, obrigada pelas correções, e obrigada, sobretudo por acreditar em mim. Você tornou esse caminho possível! Você tornou esse Doutorado, que foi tão difícil e sofrido pra mim, um pouco mais leve, partilhando comigo momentos de descobertas, mas também de incertezas, e fez dessa jornada um tempo do qual já sinto saudade. Encerramos aqui uma etapa acadêmica juntos, mas espero que a parceria e a amizade perdurem para sempre.

Meus pais, **Helena e Landeiro**, e nosso amor incondicional, compartilhando momentos, presenças constantes, responsáveis pelos primeiros incentivos à leitura, pelo apoio nas horas incertas e nos momentos de dúvidas. E, principalmente, por estarem ao meu lado em cada vitória, comemorando junto cada conquista. Eles, que não mediram esforços para minha formação pessoal e acadêmica e que, em todo o período que estive concentrada nesse trabalho, se dedicaram com amor e sem medida à minha filha. Sem vocês eu não teria chegado até aqui.

À minha pequena **Betina**, por todas as horas roubadas dela para a escrita desse trabalho. Ela, que é minha luz, minha razão de continuar lutando, o meu motivo para sorrir, meu caminho certo pra seguir e a minha busca por ser a melhor mãe que eu puder, sempre tentando acertar, mesmo nas inúmeras vezes que erro; porque hoje eu sou menos por mim para ser mais por ela, e isso me tornou uma pessoa melhor. Esse trabalho é dedicado à ela e por ela.

À **Tia Carminha** por ser tão presente na minha vida e me fazer ter certeza de que nunca estou só. Às minhas amigas de infância, **Clara Dourado**, **Juliana Andion** e **Itala Pennella**, presenças constantes na minha vida, minhas certezas, nos momentos em que volto no tempo e descubro que nada mudou, que continuamos as mesmas meninas dos tempos de escola, onde podemos ser verdadeiras; e sei que essa amizade e companheirismo são para sempre!

Agradecimento especial à **Professor Igor Menezes**, **Victor Duran** e **Jersica Lozado**, que nos últimos meses fizeram a diferença para a conclusão desse trabalho. A tranquilidade e segurança de vocês foram essenciais! Tenho certeza que será o início de uma ótima parceria.

À **Prof. Dr. Roberto Paulo de Araújo**, por conduzir com maestria e extrema dedicação o Programa de Pós Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, do qual muito me orgulho em fazer parte. E por ter me acolhido e incentivado a continuar em um dos momentos mais difíceis da minha trajetória acadêmica.

LANDEIRO, Fernanda Montero. **Distorções cognitivas e perfeccionismo: Validação da *Cognitive Distortions Scale* (CDS) e do *Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory* (MPCI).** Salvador, 2019. 216p. Tese (Doutorado) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, 2019.

RESUMO

Introdução: Este trabalho tem como objetivo a validação de duas escalas: a *Cognitive Distortions Scale*, que tem como objetivo avaliar a frequência de 10 distorções, uma escala de perfeccionismo, *Mutidimensional Perfectionism Cognitions Inventory*, com 15 itens que mede o grau de perfeccionismo clínico. **Materiais e Método:** Este trabalho foi realizado na cidade de Salvador Bahia e os instrumentos foram respondidos por 364 estudantes de uma instituição de ensino superior. Todos os participantes responderam a 4 instrumentos: *Cognitive Distortions Scale*, *Mutidimensional Perfectionism Cognitions Inventory*, Inventário Beck de Depressão e Inventário Beck de Ansiedade. **Objetivos:** Sendo um estudo de validação, o objetivo principal foi validar os instrumentos para o português do Brasil e fazer a adaptação transcultural. Como objetivos específicos, buscou-se avaliar a consistência interna e a fidedignidade dos instrumentos CDS e MPCI, através do alfa de Cronbach; identificar a validade discriminativa com outros dois instrumentos: o Inventário Beck de Depressão e Inventário Beck de Ansiedade. **Resultados:** Os indicadores psicométricos da versão em português do CDS sugerem que esta é uma medida adequada e promissora das distorções cognitivas comuns, apresentando um alfa de Cronbach acima de 0,80. A versão em português da MPCI se apresenta como uma medida adequada e promissora do nível de perfeccionismo clínico. No que diz respeito a sua consistência interna, os valores de alpha obtidos foram significantes, acima de 0,80, o que revela uma excelente consistência interna. Os dois instrumentos apresentam boas qualidades psicométricas. **Conclusão:** Acreditamos que, com este trabalho, conseguimos alcançar os objetivos propostos, os instrumentos foram traduzidos e adaptados para o português brasileiro e tiveram suas qualidades psicométricas avaliadas, apresentando boa fidedignidade e validade, concluindo que os instrumentos possuem bom desempenho. Podemos considerar esse estudo como preliminar, pois não incluiu amostra clínica. Entretanto, muitos estudos de validação iniciam por amostras não clínicas e, em um segundo momento, validam para populações clínicas.

Palavras-chave: terapia cognitiva. psicometria. estudos de validação. questionários

LANDEIRO, Fernanda Montero. **Cognitive distortions and perfectionism: psychometric validation of Cognitive Distortions Scale (CDS) and Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory (MPCI).** Salvador, 2015. 216p. Thesis (PhD) –Institute of Health Sciences, Federal University of Bahia, 2019.

ABSTRACT

This thesis focuses on the psychometric analysis of two scales: Cognitive Distortions Scale (CDS), which aims to determine the frequency of 10 cognitive distortions, and the Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory (MPCI), a scale with 15 items which measures the clinical perfectionism degree. Cognitive distortions are logical mistakes that are made in different situations. They consist of dysfunctional automatic thoughts that are identified and evaluated under the therapy, allowing the therapist to help the patients to modify them and change negative emotions and dysfunctional behaviors. To Cognitive Behavioral Therapy (CBT), cognitive distortions are the basis of psychological and psychiatric disorders, and it is very important to develop studies to understand better these cognitions. The clinical perfectionism is a new concept in scientific literature. Some studies have demonstrated individuals with high scores of perfectionism and depressive symptoms have difficulty with social interaction and are more anxious. It happens when they are compared to a control group, having depressive symptoms only, without perfectionism. This evidence shows that people who have high scores in perfectionism instruments are more likely to develop psychopathology such as depression. This study was conducted on 364 college students in the city of Salvador, Bahia. All participants answered four instruments: CDS, MPCI, BDI and BAI. The objective of this research is to verify the internal consistency of CDS and MPCI, using Cronbach's Alpha; identify the discriminant validation with two other instruments: the Beck Depression Inventory (BDI) and the Beck Anxiety Inventory (BAI). The verification of the normal curve; the factor analysis of the instruments. Both had good internal consistency, with alphas above 0.80. The BDI and the BAI had positive correlations, but they were weak as far as the CDS and the MPCI was concerned. Both instruments have good psychometric properties.

Keywords: cognitive therapy. psychometrics. validation studies. questionnaires

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de Conceituação	27
Figura 2 -Etapas do Estudo	91
Figura 1- Artigo 1- Histograma dos escores totais (à direita) e o gráfico de quantil-quantil que compara os dados observados com uma distribuição teórica normal (à esquerda)	113
Figura 2- Artigo 1- Gráfico da Análise Paralela	115
Figura 1- Artigo 2- Histograma dos escores totais (à direita) e o gráfico de quantil-quantil que compara os dados observados com uma distribuição teórica normal (à esquerda)	128
Figura 2- Artigo 2- Gráfico de declividade para os itens do CDS	131
Figura 3- Artigo 2- Gráfico da Análise Paralela	131
Figura 4- Artigo 2- Evidências gráficas da semelhança entre os escores oriundos dos itens A e B.	137
Figura 5- Artigo 2- Curva ROC	141
Figura 6- Artigo 2- Curvas de informação dos itens (à esquerda) e curva de informação do teste (à direita)	146

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-Artigo1- Escores cumulativos	112
Tabela 2-Artigo1- Cargas Fatoriais	116
Tabela 3-Artigo1- Correlações entre os escores totais da MPCÍ e BAI BDI	117
Tabela 1 -Artigo 2- Dados Sociodemográficos	126
Tabela 2 - Artigo 2- Escores cumulativos	127
Tabela 3 - Artigo 2- Escores por Itens	129
Tabela 4 - Artigo 2- 2 Fatores- Rotação oblíqua (<i>oblimin</i>) pressupondo fatores correlacionados	132
Tabela 5 - Artigo 2- 1 Fator- Matriz com cargas fatoriais para a solução exploratória de fator	133
Tabela 6 - Artigo 2- Índices de Encaixe do Modelo de 1	136
Tabela 7 - Artigo 2- IM sugeridos para o Modelo	135
Tabela 8 - Artigo 2- Índices de ajuste para o modelo 2	135
Tabela 9 - Artigo 2- Valores das correlações entre os itens segundo Modelo 2. Valores padronizados e não padronizados (ou brutos)	136
Tabela 10 - Artigo 2- Modelo 3 (itens A)	138
Tabela 11 - Artigo 2- Modelo 4 (itens B)	138
Tabela 12 - Artigo 2- Correlações entre os escores totais da CDS (A e B) e os escores do BAI e do BDI	139
Tabela 13 - Artigo 2- Fidedignidade	140
Tabela 14 - Artigo 2- Unidimensionalidade	141
Tabela 15 - Artigo 2- Independência Local	142

Tabela 16 - Artigo 2- GRM <i>Constrained vs. Unconstrained</i>	143
Tabela 17 - Artigo 2- GPCM <i>Constrained vs. Unconstrained</i>	143
Tabela 18 - Artigo 2- Ajuste nas Margens Bidimensionais 1	144
Tabela 19 - Artigo 2- Ajuste nas Margens Bidimensionais 2	144
Tabela 20 – Artigo 2- Coeficiente dos Itens	145

LISTA DE ABREVIATURAS

TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
PA	Pensamento Automático
RPD	Registro de Pensamentos Disfuncionais
TC	Terapia Cognitiva
CDS	Cognitive Distortions Scale
MPCI	Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory
AF	Análise Fatorial

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1	TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL (TCC)	20
2.2	DISTORÇÕES COGNITIVAS	32
2.3	COGNITIVE DISTORTIONS SCALE (CDS)	52
2.4	PERFECCIONISMO	57
2.5	MULTIDIMENSIONAL PERFECTIONISM COGNITIONS INVENTORY (MPCI)	73
2.6	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS EM PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA	78
2.7	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS E ADAPTAÇÃO PARA DIFERENTES CULTURAS	86
3	OBJETIVOS	88
3.1	GERAL	88
3.2	ESPECÍFICO	88
4	HIPÓTESES	89
5	MATERIAIS E MÉTODOS	90
5.1	DESENHO DO ESTUDO	90
5.2	AMOSTRA	92
5.2.1	Procedimento de coleta de dados	92
5.2.2	Critérios para Seleção da Amostra	92
5.2.3	Cálculo Amostral	93
5.3	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	93

5.4	MATERIAIS	94
5.4.1	Dados Clínicos e Sócio-Demográficos	94
5.4.1.1	<i>BDI: O Inventário Beck para Depressão (BECK et al., 1995)</i>	94
5.4.1.2	<i>BAI: O Inventário Beck para Ansiedade</i>	95
5.4.1.3	<i>CDS: Cognitive Distortions Scale</i>	95
5.4.1.4	<i>MPCI: Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory</i>	96
6	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	97
7	RESULTADOS	99
	ARTIGO 1- Perfeccionismo Clínico: Validação e Adaptação Transcultural do Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory (MPCI)	100
	ARTIGO 2- Distorções Cognitivas: Validação da Versão em Português (BR) da Cognitive Distortions Scale (CDS) em uma Amostra da População Geral	119
8	DISCUSSÃO	149
9	CONCLUSÃO	153
	REFERÊNCIAS	154
	ANEXOS	182
	ANEXO A- AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (ICS - UFBA)	183
	ANEXO B- TCLE	184
	ANEXO C- INSTRUMENTOS UTILIZADOS	187
	ANEXO D- CARTA DE AUTORIZAÇÃO AUTOR ESCALA CDS	200
	ANEXO E- CARTA DE AUTORIZAÇÃO AUTOR ESCALA MPCI	201

1 INTRODUÇÃO

Investigar a relação entre distorções cognitivas, fatores psicológicos e comportamentais pode ajudar na compreensão das bases psicológicas que contribuem para a manutenção das atitudes e comportamentos disfuncionais em relação à saúde, que são contraproduativos para o indivíduo, e mantêm problemas como ansiedade e depressão (BECK, 1979). Ao estudar mais profundamente as distorções cognitivas, Beck identificou seis delas, que seriam mais comuns em sua prática clínica. Essa lista vem sendo constantemente ampliada e, em 1992, Freeman incluiu o termo "Perfeccionismo" como sendo uma distorção cognitiva, passando, assim, a fazer parte dessa lista de distorções, que atualmente já ultrapassa trinta categorizadas. Atualmente, o termo perfeccionismo, apesar de ainda figurar na lista das distorções cognitivas, vem ganhando cada vez mais importância, principalmente o "Perfeccionismo Clínico", que seria uma forma "patológica" de perfeccionismo, que está intimamente relacionada com o transtorno obsessivo-compulsivo e os transtornos alimentares, como é o caso da Anorexia Nervosa. Há um movimento científico para que o perfeccionismo clínico torne-se, de fato, uma entidade nosológica. Diante disso, é de suma importância o desenvolvimento de pesquisas para melhor compreensão e diagnóstico do perfeccionismo. Identificar as distorções cognitivas, os comportamentos disfuncionais e o perfeccionismo clínico pode, também ajudar profissionais que trabalham na área a entender como esses construtos impactam na saúde dos seus pacientes.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma forma estruturada de psicoterapia que enfatiza a primazia das cognições (ou pensamentos), influenciando os sentimentos e o comportamento do indivíduo. Esses pensamentos, chamados de Pensamentos Automáticos (PAs) podem ser positivos ou negativos; quando são negativos, levam o indivíduo a "distorcer" os acontecimentos, vendo-os de modo mais pessimista do que são na realidade. A TCC e suas pesquisas indicam que esse modo distorcido de pensar, chamado de distorções cognitivas, contribuem para o surgimento de transtornos psicológicos e comportamentais, comprometendo o bom funcionamento do indivíduo (BECK, 1979; BECK; FREEMAN; DAVIS, 2005; MILLION; DAVIS, 1996). O complexo imbricamento entre os fatores psicológicos, cognitivos e comportamentais, podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção de psicopatologias, tornando difícil o manejo clínico e o tratamento.

Munindo os profissionais da área de saúde com informações sobre o impacto das distorções cognitivas e do perfeccionismo, eles estarão aptos para compreender o paciente de

modo integral. Além disso, entenderão mais claramente que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) contribui para a melhora dos quadros psicopatológicos que geram altos custos para a saúde, como é o caso da depressão.

Ao adotar a TCC no tratamento de psicopatologias como ansiedade e depressão, os terapeutas não somente estarão aptos para ajudar indivíduos a desenvolver as habilidades que precisam, mas também a alterar cognições (como as distorções cognitivas e o perfeccionismo), que se constituem em barreiras impeditivas para alcançar objetivos, e comportamentos disfuncionais, que contribuem para a manutenção de crenças nucleares também disfuncionais. A apropriação destas habilidades pelo paciente pode gerar resultados mais positivos no tratamento, reduzindo os custos e otimizando o tempo do tratamento (BECK, 1979; MILLION; DAVIS, 1996).

Há uma clara necessidade na Psicologia da realização de estudos em validação de escalas e instrumentos, a parte da psicologia conhecida como Psicometria. Existem poucos estudos em validação e alguns nem mesmo são conduzidos por psicólogos; outros, muitas vezes, não apresentam metodologia adequada ou não obedecem à todas as rigorosas etapas necessárias para tradução, adaptação e validação (NAKANO, 2013) . Alguns avanços já foram feitos, como o Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (*Satepsi*), criado através da Resolução nº 2/2003 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2003). Entretanto, o próprio Conselho aponta para a necessidade de maior oferta de instrumentos válidos, fidedignos, padronizados e normatizados para serem utilizados com a população brasileira.

Pelo que sabemos, existem poucos instrumentos que avaliam as distorções cognitivas na Terapia Cognitivo-Comportamental e, muitos deles destinam-se apenas para uso clínico, sem uma mensuração precisa do construto. Com base nisto, a *Cognitive Distortions Scale* (CDS), tem como objetivo mensurar a frequência de dez distorções cognitivas, apresentando boas qualidades psicométricas e excelente aplicabilidade na condução do tratamento de pacientes com as mais diversas psicopatologias, nos países onde já foi validado.

Desse modo, uma vez validada para o Brasil, essa escala será útil para avaliação e acompanhamento em cada sessão durante a terapia, partindo da hipótese de que distorções cognitivas características e distintas se apresentam nos diferentes transtornos psiquiátricos. Nosso intento, portanto, é validar a CDS em amostras não-psiquiátricas, nas quais a caracterização das distorções cognitivas ainda se encontra em aberto.

De modo semelhante, pretende-se também validar o *Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory* (MPCI), uma vez que não existem instrumentos que mensurem os níveis de perfeccionismo válidos para o Brasil. O MPCI apresenta boas qualidades psicométricas e excelente aplicabilidade clínica nos países onde já foi validado. Esse instrumento também será muito útil para terapeutas, tanto na avaliação quanto para o planejamento do tratamento dos seus pacientes. O presente estudo tem como objetivo testar a validade e as propriedades psicométricas dos dois instrumentos citados acima.

Esperamos, com este trabalho, auxiliar no desenvolvimento e contribuir com a pesquisa em Terapia Cognitivo-Comportamental e em Psicometria, possibilitando a utilização de dois instrumentos importantes na TCC mundial, que não estão disponíveis, até a presente data, para utilização clínica no Brasil, possibilitando mensurar as distorções cognitivas e o perfeccionismo. Assim, pode-se programar o tratamento e a intervenção em algumas condições clínicas, como depressão, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos alimentares, entre outras, onde a incidência de distorções cognitivas e perfeccionismo é mais alta (BECK; FREEMAN; DAVIS, 2005).

Nesse sentido, este estudo se propõe a avaliar a validade da Escala de Distorções Cognitivas (ou *Cognitive Distortions Scale*, CDS), cujos autores originais são Roger Covin, David J. A. Dozois, Avital Ogniewicz, Pamela M. Seeds (COVIN *et al.*, 2011) da Universidade de Ontario, Canadá; e o Inventário Multidimensional de Perfeccionismo (ou *Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory*, MPCI), de autoria de Stoeber, Kobori, Brown (2014) na Universidade de Kent, na Inglaterra, em uma amostra de estudantes universitários, visando contribuir com o avanço da terapia cognitivo-comportamental no Brasil, uma vez que esses instrumentos são importantes para o terapeuta cognitivo-comportamental, entretanto, ainda não haviam sido validados para o português brasileiro.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)

A terapia cognitivo-comportamental é uma forma estruturada de psicoterapia que enfatiza a primazia das cognições (ou pensamentos), influenciando os sentimentos e o comportamento do indivíduo. A TCC foi desenvolvida principalmente por Aaron Beck, na década de 60, na Universidade da Pensilvânia, que tomou como base o modelo de processamento da informação. Seu modelo cognitivo, inicialmente desenvolvido para a depressão, foi precedido pelo desenvolvimento de um modelo conceitual influenciado pela revolução cognitiva que ocorreu a partir da década de 1950. Embora vários modelos teóricos e intervenções clínicas tenham sido desenvolvidos pelos terapeutas cognitivos, o modelo de Beck ainda é o mais conhecido e utilizado. Após a publicação de "Teoria Cognitiva da Depressão", na década de 60, Beck colaborou com a produção de inúmeros livros e artigos descrevendo os modelos cognitivos da ansiedade e outros transtornos psicológicos (BENNETT-LEVY *et al.*, 2003; BENNETT-LEVY *et al.*, 2004).

O nascimento da Terapia Cognitivo-Comportamental envolveu um processo tumultuado, de disputas e tentativas de provar qual modelo de psicoterapia seria mais eficaz (DOBSON; DOZOIS, 2001). Durante esse período, dois modelos psicoterápicos estavam bem estabelecidos: 1) o modelo psicanalítico, criado por Freud, em 1900, quando este publicou "A Interpretação dos Sonhos" (FREUD, 1950), marco da fundação da Psicanálise, 2) as escolas comportamentais, que tinham como principal idealizador Skinner (1958). Enquanto atuava como psicanalista, ainda em 1961, Beck percebeu que os pacientes deprimidos apresentavam um padrão de pensamentos negativos, o que os atrapalhava na associação livre (um modo livre de falar, encorajado pelo psicanalista). Esses pensamentos negativos, observou Beck (1967), faziam parte de um grupo de cognições, que ele descreveu como sendo "eventos reais e pictóricos, que são conscientes e de fácil acesso pelo paciente, atitudes baseadas em crenças, expectativas e esquemas" (BECK, 1979, p. 4). Essas cognições ultrapassam o controle consciente, e veem à cabeça sem a vontade do paciente, ou seja, são intrusivos e, por isso, chamados de Pensamentos Automáticos (PA).

Beck comparou esses Pensamentos Automáticos ao conceito de pré-consciente freudiano. Em seu modelo cognitivo original, que já começava a se esboçar, Beck (1967)

propôs que os pacientes dificilmente atentavam para seus pensamentos, mas que sempre tomavam consciência da emoção negativa gerada pelos Pensamentos Automáticos, os PAs. Esses Pensamentos Automáticos negativos foram classificados como tipos específicos de erros lógicos de pensamentos, denominados distorções cognitivas, e descritas em categorias (BECK, 1991, p. 368; 1993). As cognições de uma pessoa, observou Beck, seriam decorrentes da experiência passada, tornando-se padrões habituais de pensamento sobre si mesmo, o mundo, e o futuro, que influenciariam profundamente na sua emoção e em seu comportamento (BECK *et al.*, 1979; BECK *et al.*, 1993; BECK; FREEMAN, 1990; BECK; FREEMAN; DAVIS, 2004; ELLIS; GEIGER, 1977).

Além disso, Beck (1961, 1964, 1967, 1976) reconhece que nem a escavação de traumas infantis, nem a modificação de padrões de estímulo-resposta foram suficientes para produzir alterações duradouras na emoção e no comportamento humano. Outro autor da TCC, Albert Ellis, cofundador da teoria, juntamente com Beck, também enfatizava a importância do presente, em detrimento de traumas infantis (ELLIS, 1958, 1962, 1973). Ellis e Beck identificaram uma série de padrões de pensamento disfuncional entre seus pacientes. Por exemplo, Ellis (1958, 1962, 1973) propôs onze crenças irracionais; ele acreditava que indivíduos com essas crenças eram mais predispostos a consequências emocionais e comportamentais negativas.

Beck (1967) cunhou o termo "terapia cognitiva" depois de descobrir uma correlação entre o pensamento negativo e os sentimentos de seus pacientes deprimidos. Ao identificar, explorar e modificar essas cognições frequentemente imprecisas, Beck (1964, 1967, 1979) assistiu a uma clara melhoria do humor de seus pacientes. Consequentemente, Ellis, Beck e seus seguidores viram nos processos cognitivos disfuncionais os alvos primários para a psicoterapia. Beck propôs ainda que os pensamentos automáticos, que surgem a partir de interpretações de eventos, têm como base uma rede de crenças secundárias, premissas, fórmulas e regras, e estão, muitas vezes, ligados às memórias relevantes. Assim, ele desenvolveu uma abordagem prática, com foco nos eventos e nas dificuldades atuais. O estilo da terapia cognitiva, idealizada por Beck, é colaborativo, no qual paciente e terapeuta trabalham conjuntamente, em parceria. O paciente tem papel ativo nas sessões com o objetivo de avaliar a realidade e as limitações de suas cognições, caracterizadas como pensamentos automáticos, pressupostos e crenças nucleares (BECK, 1976, 2004). A TCC enfatiza as estratégias cognitivas e os experimentos comportamentais, que proporcionam aos pacientes formas objetivas de avaliar a veracidade de suas cognições, de promover a autodescoberta e

facilitar a reestruturação cognitiva, ajudando-os a tornarem-se seus próprios terapeutas (BENNETT-LEVY *et al.*, 2004). A Terapia Cognitiva (ou Terapia Cognitivo-Comportamental) ganhou destaque na década de 1960 e início de 1970, em resposta as insuficiências nas abordagens comportamentais e psicodinâmicas que dominavam a psicoterapia na época (BECK, 1976, 2004; BECK; EMERY; GREENBERG, 1985; DOBSON; DOZOIS, 2001; LIESE; BECK, 1997).

O foco mecanicista do modelo comportamental não conseguia explicar a multiplicidade de forças que guiam o comportamento humano. Apesar de terapeutas comportamentais serem capazes de produzir com sucesso a mudança terapêutica, focando nos transtornos caracterizados por comportamentos não adaptados ou visando sintomas comportamentais, muitos estavam cientes de que eles ofereciam apenas soluções paliativas aos problemas psicológicos complexos (BECK, 1976, 2004; BECK, EMERY; GREENBERG, 1985). Em contraste, os terapeutas psicodinâmicos viam a mudança terapêutica como um processo extremamente complexo, enfatizando os mecanismos inconscientes, as primeiras experiências, e uma relação terapêutica a longo prazo (BECK, 1976, 2004; BECK; EMERY; GREENBERG, 1985). No entanto, um número crescente de críticos observaram que não havia provas suficientes da eficácia da terapia psicodinâmica tradicional.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é, desse modo, fundada sobre três princípios básicos (DOBSON; DOZOIS, 2001). A primeira proposição é que as cognições influenciam o comportamento. Esta suposição emana da filosofia dos estóicos gregos, que acreditavam que a percepção subjetiva do evento, ao invés do evento em si, determina a resposta comportamental (BECK; WEISHAAR, 1989; ELLIS; DRYDEN, 1997). A segunda proposição é que os processos cognitivos são passíveis de observação e mudança (DOBSON; DOZOIS, 2001), e a terceira proposição está diretamente relacionada com a primeira: alterando cognições pode-se alcançar uma mudança de comportamento desejada (BECK, 1976, 2004; BECK; EMERY; GREENBERG, 1985; LIESE; BECK, 1997).

Beck identificou a tríade cognitiva, que consiste em uma visão negativa acerca de si mesmo, dos outros e do futuro (BECK, 1976; BECK *et al.*, 1979). A presença desse modo negativo de compreensão pode ser entendida como um modo irracional de organizar e interpretar a realidade (BECK; WEISHAAR, 1989; DERUBEIS; TANG; BECK, 2001). Assim, problemas psicológicos, como a depressão, são produtos de processos cognitivos como o que ele chamou de "inferências arbitrárias", que são um tipo de distorções cognitivas,

onde o indivíduo se baseia em informações incompletas ou inadequadas, resultando em pensamentos distorcidos e crenças irracionais (BECK, 1967; 1976). Uma vez iniciado esse processo, as distorções cognitivas reforçam percepções negativas acerca de si mesmo, desesperança para modificar situações e crenças negativas sobre o futuro (BECK, 1972; 1975). Em uma conceituação baseada na relação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos, a tríade cognitiva é, ainda hoje, parte fundamental das intervenções em TCC (BECK, 1976; BENNETT-LEVY *et al.*, 2004; COHEN *et al.*, 2004; FREEMAN *et al.*, 2004).

Partindo de conceitos filosóficos, Beck pensou em três mecanismos principais para indução de mudanças na terapia cognitiva: empirismo colaborativo, o diálogo socrático e descoberta guiada (BECK, 1976; BECK; WEISHAAR, 1989). No empirismo colaborativo, o paciente e o terapeuta determinam conjuntamente os objetivos do tratamento, que podem mudar ao longo da terapia, e o paciente é estimulado a dar um *feedback* ao terapeuta. Através do diálogo socrático, o terapeuta cria um conjunto de perguntas para promover o aprendizado consistente, com a ênfase terapêutica na clareza dos objetivos, nos processos cognitivos e na compreensão dos mecanismos subjacentes às crenças mal-adaptativas (BECK, 2004; BECK; EMERY; GREENBERG, 1985). Na descoberta guiada, o terapeuta age como um facilitador da mudança, direcionando o processo de alterar crenças e premissas distorcidas. Beck *et al.* (2003) sugeriram que pensamentos negativos e distorções eram bastante recorrentes nos pacientes com depressão (BECK, 1972, 1975; DERUBEIS *et al.*, 1990; DERUBEIS *et al.*, 1999; DERUBEIS; TANG; BECK, 2001).

Beck (1976) reconheceu semelhanças essenciais entre a terapia cognitiva e terapia comportamental. Primeiro, ambas as modalidades são mais estruturadas do que outros formatos terapêuticos, e o terapeuta assume um papel mais ativo. Na sequência de uma entrevista de diagnóstico detalhado, o terapeuta formula um problema, apresentando-o ao paciente, de acordo com termos cognitivos ou comportamentais, e lança mão de um sistema de estratégias que objetivam intervir em áreas problemáticas específicas do paciente (BECK, 2004; BECK; EMERY; GREENBERG, 1985). O processo terapêutico é estratégico e focado no objetivo, com o terapeuta atuando como treinador, guia e facilitador para induzir as respostas e comportamentos desejados. Uma segunda semelhança é que ambas (a terapia cognitiva e a terapia comportamental) agem diretamente sobre os sintomas que causam sofrimento (BECK, 1976). Um terceiro ponto em comum é que existe muito menos ênfase, do que há em terapias psicodinâmicas, sobre problemas relativos às questões de desenvolvimento infantil e da dinâmica familiar precoce.

Ambas, a terapia cognitiva e a terapia comportamental, enfatizam o "aqui-e-agora", em oposição ao passado (BECK, 1976, p. 321). Beck também notou diferenças entre as abordagens cognitivas e comportamentais. No entanto, a maioria das intervenções atuais se enquadram na categoria de "terapia cognitivo-comportamental" (TCC), um termo que engloba mais de 20 abordagens terapêuticas diferentes derivadas do modelo cognitivo (YOUNG; KLOSKO, 1994; YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2003). Beck (1993) reconheceu que o componente comportamental na TCC expandiu-se para ocupar uma parte significativa das intervenções terapêuticas. Atualmente, os termos "Terapia Cognitiva" (TC) e "Terapia Cognitivo-Comportamental" (TCC), são usados como sinônimos (DOBSON; DOZOIS, 2001).

Desde o início da TCC, em meados do século 20, um corpo de evidências empíricas sustentam sua eficácia (BENNETT-LEVY *et al.*, 2004; COHEN *et al.*, 2004; DERUBEIS; TANG; BECK, 2001; DOBSON; DOZOIS, 2001; FREEMAN *et al.*, 2004). O uso mais extenso da TCC tem sido no tratamento da depressão (BECK, 1993). Além de tratar a depressão, a TCC também tem suporte empírico para o tratamento de distúrbios de ansiedade, transtorno de pânico e agorafobia, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, distúrbios alimentares, e mesmo psicoses e esquizofrenia (BENNETT-LEVY *et al.*, 2004; DERUBEIS; TANG; BECK, 2001; DOBSON; DOZOIS, 2001; FREEMAN *et al.*, 2004). Um método mais recente, intenso e complexo de formulação da TCC se mostrou promissor com uma variedade de transtornos de personalidade (Beck, 1998). Esse método, chamado de Terapia do Esquema, é uma extensão da terapia cognitiva, e foi desenvolvido por Jeffrey Young, exclusivamente para o tratamento de transtornos de personalidade (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2003). Esse é apenas um exemplo, mas a lista de aplicações clínicas da TCC e suas modificações está em constante expansão. Mesmo de forma mais ampla, a TCC parece ser o modelo de escolha para o gerenciamento de problemas de saúde complexos, como psicopatologias graves, devido ao grande número de estudos publicados, atestando boas evidências científicas de sua aplicabilidade e sucesso terapêutico (SENECAL; NOUWEN; WHITE, 2000).

Existem três aspectos centrais que distinguem a TCC das outras formas de tratamento psicológico. Primeiro, a TCC é centrada na conceituação cognitiva e explica os fenômenos ou problemas baseando-se nesse modelo (COOPER *et al.*, 2003). Mais especificamente, o tratamento é derivado de uma teoria que demonstra que a manutenção do problema é reforçada pela natureza circular dos pensamentos automáticos, sentimentos e comportamentos, ou seja o processo cognitivo. Por exemplo, em casos de depressão, pressupõem-se que a manutenção

do problema deve-se a presença de certos pensamentos negativos característicos e crenças disfuncionais acerca de si (exemplo: "não tenho valor"), do mundo ("o mundo é perigoso") e do futuro ("meu futuro é sombrio" ou "não tenho esperança no futuro") (BECK, 1976, 2004; BECK; EMERY; GREENBERG, 1985; LIESE; BECK, 1997).

O segundo aspecto central é que a TCC foi formulada para modificar as cognições e crenças distorcidas que mantêm o mecanismo da psicopatologia; identificá-las e alterá-las são passos necessários para uma mudança mais efetiva e a longo prazo (COOPER *et al.*, 2003). Conseqüentemente, o objetivo da TCC é produzir uma mudança cognitiva, transformando a maneira de pensar para, então, alterar os sentimentos e comportamentos.

O terceiro aspecto central da TCC é que, como o próprio nome diz, combina procedimentos comportamentais e aspectos cognitivos para identificar e modificar os pensamentos e comportamentos que mantêm o transtorno (BENNETT-LEVY *et al.*, 2004). Entre os procedimentos comumente utilizados na TCC está a apresentação do modelo cognitivo; esse modelo é construído colaborativamente com o paciente, e deve ser confirmado por ele. Se não fizer sentido para o paciente, deverá ser refeito. Além disso, a TCC também utiliza estratégias comportamentais para modificar comportamentos disfuncionais (SHAFRAN; COOPER; FAIRBURN, 2002). Outro procedimento bastante utilizado na Terapia Cognitiva é a identificação sistemática e a avaliação de pensamentos automáticos e pressupostos disfuncionais, utilizando métodos como empirismo colaborativo, questionamento socrático e descoberta guiada (BECK, 1976). Todos os procedimentos terapêuticos implementados durante a condução do processo de terapia são baseados em um pressuposto: os processos cognitivos têm um papel predominante na constituição e perpetuação dos transtornos psicológicos e psiquiátricos e, conseqüentemente, podem mediar as mudanças comportamentais se forem modificados e adaptados (BENNETT-LEVY *et al.*, 2004; DOBSON; DOZOIS, 2001).

A parceria entre terapeuta e paciente é desenvolvida e mantida quando eles compartilham informações e técnicas de acordo com o modelo da TCC, sendo a psicoeducação um aspecto relevante. A psicoeducação consiste em ensinar ao paciente aspectos básicos acerca do seu transtorno, aumentando a adesão e habilitando o paciente para colaborar mais no processo terapêutico. Essa atitude colaborativa, estimulada durante toda a terapia, também é encorajada através de habilidades centrais do terapeuta que envolvem empatia, escuta reflexiva e uso do questionamento socrático. Através delas, a importância das

contribuições do paciente nas sessões é enfatizada (BECK, 2004; BECK; EMERY; GREENBERG, 1985; LIESE; BECK, 1997).

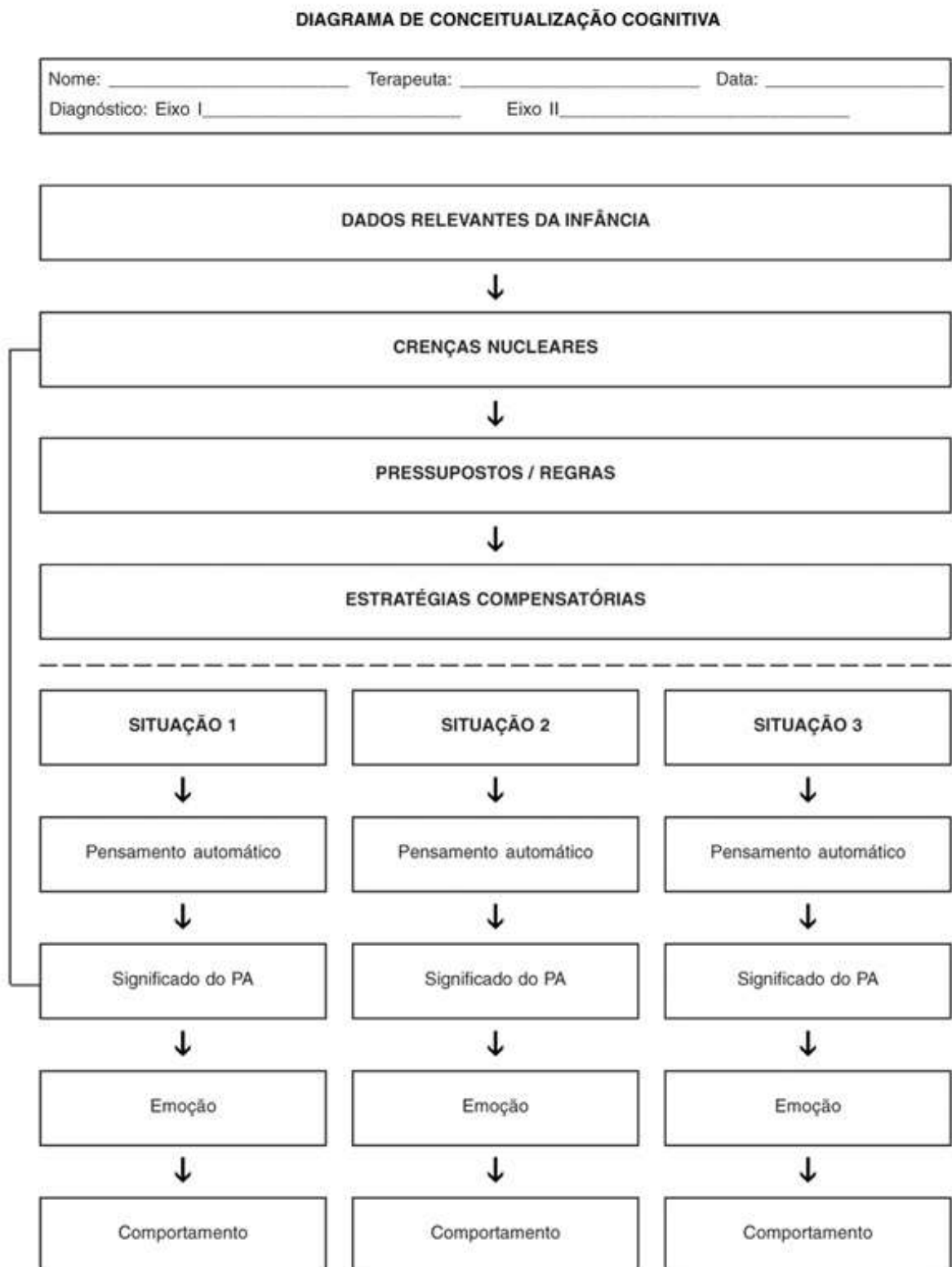
De acordo com Beck (2011), os pacientes que apresentam ansiedade ou transtornos depressivos e que têm uma estrutura de personalidade essencialmente saudável são capazes de exibir, baseados na realidade, crenças funcionais adaptativas sobre o eu, os outros, e os seus lugares no mundo. Equipados com um repertório de estratégias comportamentais, eles têm a capacidade de fazer avaliações realistas e escolher estratégias apropriadas. Na verdade, os pacientes tratados com sucesso podem ver o mundo através de um viés otimista. Embora a sua angústia seja causada por crenças irracionais, a maioria dos clientes não tem maiores problemas, depois de os sintomas serem aliviados. Por outro lado, indivíduos com transtornos de personalidade podem apresentar crenças disfuncionais e estratégias comportamentais mal adaptadas (BECK, 2011), onde praticamente todas as informações são processadas dentro do contexto de crenças negativas. Os pacientes com transtornos de personalidade têm um repertório comportamental limitado, que atende às necessidades de suas crenças nucleares. Por exemplo, as crenças centrais de indivíduos com transtorno de personalidade paranóide determinam que eles são vulneráveis e que outras pessoas são mal-intencionados. Deste ponto de vista a sua segurança é garantida se permanecerem hipervigilantes e eternamente desconfiados dos outros.

Young, Klosko e Weishaar (2003) propuseram três processos do esquema, que refletem o modelo cognitivo de Beck (2011) de transtornos de personalidade. Trata-se de manutenção, prevenção e compensação (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2003). Os esquemas representam o nível mais profundamente enraizado dos processos cognitivos, assim, as distorções cognitivas resultantes são menos acessíveis para pacientes com transtornos de personalidade (YOUNG; KLOSKO, 1994; YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2003).

Técnicas cognitivas são projetadas para confrontar diretamente e para desafiar a crenças errôneas e suposições mal adaptativas do paciente (DOBSON; DOZOIS, 2001). O formato consiste em experiências de aprendizagem especializadas, que têm como finalidade ensinar o paciente: 1) a monitorar seus pensamentos automáticos negativos; 2) reconhecer as ligações entre cognição, afeto e comportamento; 3) examinar as provas que suportam ou refutam as crenças distorcidas; 4) substituir as crenças distorcidas e tendenciosas por interpretações mais baseadas na realidade e 5) aprender a identificar e mudar as crenças disfuncionais que predisõem à distorcer experiências (BECK *et al.*, 1979). O componente cognitivo é altamente verbal (BECK *et al.*, 1979), e a natureza colaborativa da TCC cria uma forte aliança

terapêutica (BECK; WEISHAAR, 1989; BECK *et al.*, 1998). Paciente e terapeuta estabelecem um diálogo contínuo sobre questões do tratamento e os objetivos, que são sujeitos a alterações no decorrer do tratamento (BENNETT-LEVY *et al.*, 2004; FREEMAN *et al.*, 2004). O processo terapêutico começa com uma explicação sobre a lógica subjacente à abordagem cognitiva, também chamado de Modelo Cognitivo, demonstrado na Figura 1 (BECK *et al.*, 1979; DERUBEIS; TANG; BECK, 2001, 2011).

Figura 1 - Diagrama de Conceituação



Fonte: Beck, 2011

O paciente aprende a reconhecer, monitorar e gravar as cognições distorcidas no Registro de Pensamentos Disfuncionais, o RPD (BECK, 2011; GREENBERGER, PADESKY, 1995). Um dos pontos-chave da TCC é que o paciente assume um papel ativo na terapia, através da auto-monitorização, completando tarefas de casa, e proporcionando ao terapeuta um *feedback* após o final de cada sessão; essas são algumas das estratégias que funcionam para "desmistificar" a psicoterapia, que muitas vezes é vista como um tratamento demorado e com poucos resultados, reforçar o aprendizado, e fazer o paciente entender que ele é responsável pelo resultado do seu tratamento (BECK; WEISHAAR, 1989; GREENBERGER, PADESKY, 1995). Como dito anteriormente, os três mecanismos essenciais para a produção de mudança na TCC são o empirismo colaborativo, o diálogo socrático e a descoberta guiada (BECK, 1976; BECK; WEISHAAR, 1989).

Embora Beck enfatizasse o uso de técnicas verbais, ele reconhece o papel da imagem no processamento cognitivo (BECK; WEISHAAR, 1989; EDWARDS, 1989). Dado este reconhecimento, Beck enfatiza a importância de buscar informações sobre a imagem visual espontânea do paciente, com o objetivo de reestruturar essas distorções imagéticas; este processo é análogo ao de reestruturação dos pensamentos mal adaptados. Representações esquemáticas de realidade não são nem essencialmente verbais nem visuais; conseqüentemente, elas podem ser interpretadas e renovadas através de qualquer modalidade (EDWARDS, 1989, 1990).

Durante todo o curso da TCC, o terapeuta e o paciente colaboram para mudar o processamento de informação do nível "primitivo" ou disfuncional para um nível mais adaptativo ou funcional (BECK; WEISHAAR, 1989). O processo baseia-se em dois elementos centrais de processamento de informações (BECK, 1976; BECK; WEISHAAR, 1989). Primeiro, o terapeuta e o paciente utilizam o teste de realidade, direcionando a atenção do paciente para evidências que contradizem ou refutam as suas conclusões. Em segundo lugar, o terapeuta estimula o paciente a buscar todos os dados relevantes de uma determinada situação, não só os dados que suportam as crenças disfuncionais, mas principalmente os fatos que refutam o seu pensamento disfuncional. Este processo expande e aumenta a capacidade do paciente para processar a informação cognitiva com precisão (BECK, 1976; BECK; WEISHAAR, 1989). Ao mesmo tempo, o processo de elaboração de experimentos para testes de crenças também amplia processos de atenção do paciente e permite a introdução de explicações alternativas. Assim, a TCC facilita o retorno do paciente para um sistema de

processamento de informações funcionais (BECK, 1976; BECK; WEISHAAR, 1989; EDWARDS, 1989, 1990).

A TCC sempre incluiu intervenções cognitivas e comportamentais em seu repertório (BECK *et al.*, 1979; ELLIS, 1957, 1962). Em, talvez, um dos comentários mais abrangentes de terapia cognitivo-comportamental, Brewin (1996) sustentou que a TCC tem evoluído para um ponto no qual abrange diversos conjuntos de teorias e procedimentos. Historicamente, Brewin afirmou que os campos cognitivos e comportamentais sofriam de uma "ausência de um papel explícito para o condicionamento comportamental em terapias cognitivas e à ausência de um papel de mediação verbal em terapias de comportamento" (BREWIN, 1996. p. 34); isso levou a um período de estranhamento e depreciação entre os dois modelos. A TCC está cada vez mais focada na mudança cognitiva e na mudança do comportamento disfuncional, sendo que, as duas têm igual importância no processo da psicoterapia (BECK, 2011; GREENBERGER; PADESKY, 1995).

Uma ampla revisão da literatura (DERUBEIS; CRITS-CRISTOPH, 1998), indicou resultados diferenciais para as intervenções, que eram principalmente cognitivas versus aquelas que eram predominantemente comportamentais. Seu trabalho demonstrou que, as intervenções predominantemente comportamentais têm revelado bons resultados com determinadas condições do Eixo I, como fobias específicas, fobia social, transtorno do pânico, transtorno do estresse pós traumático, entre outras. Por outro lado, tanto os transtornos de personalidade como os transtornos depressivos e ansiosos responderam melhor a intervenções predominantemente cognitivas (DERUBEIS; CRITS-CRISTOPH, 1998). Leichsenring e Leibing (2003) também demonstraram a eficácia da TCC no tratamento de transtornos de personalidade. Outros estudos descobriram que as intervenções tanto cognitivas como comportamentais foram eficazes (DERUBEIS; CRITS-CRISTOPH, 1997; RACHMAN, 1993, 1997; RACHMAN; SHAFRAN, 1999). Estes estudos indicam que existem componentes cognitivos e comportamentais, tanto em transtornos do Eixo I e Eixo II que podem ser melhorados, quer através de meios predominantemente cognitivos ou comportamentais (RACHMAN; SHAFRAN, 1999).

Embora as abordagens modernas da TCC empreguem intervenções que podem ser cognitivas, comportamentais, interpessoais ou imaginárias (McMULLIN, 2000), os objetivos teóricos finais são voltados para refutar crenças mal-adaptadas e corrigir as distorções cognitivas (BECK *et al.*, 1979; BUTLER *et al.*, 2006). De acordo com Beck, Emery e Greenberg (1985), Stopa e Clark (1993, 2000) e Taylor (1996), o paciente com algum transtorno

psicológico, especialmente ansiedade e depressão, apresenta falhas no processamento cognitivo, com tendência a distorcer a avaliação das experiências interpessoais. O paciente mantém pensamentos negativos acerca de si mesmo, de suas experiências e de seu futuro; seletivamente procura evidências que confirmam sua visão negativa, reforçando as crenças e mantendo os sintomas cognitivos, comportamentais e físicos. Os erros sistemáticos do processamento cognitivo levam à manutenção dos pensamentos distorcidos do paciente, apesar das evidências contra isso (CLARK; WELLS, 1995; CLARK; BECK, 1988; BECK e; EMERY; GREENBERG, 1985; TAYLOR, 1996). Assim, de acordo com a TCC, quando os PAs distorcem a realidade, fortemente influenciados pelas emoções negativas, estes são denominados de distorções cognitivas (CLARK, BECK, 1988).

Desse modo, os pensamentos automáticos negativos e as distorções cognitivas coexistem com o nosso fluxo de pensamentos cotidianos. São facilmente acessíveis e, ainda que o paciente não perceba ou lembre deles, com um pouco de treino, é possível trazer esses pensamentos à consciência (BECK, 1964). Quando tomamos consciência dos nossos pensamentos automáticos (PAs) podemos fazer uma verificação da realidade e buscar evidências mais racionais para lidar com as situações e com os sentimentos; isso é válido para pessoas que sofrem de transtornos psicológicos (como depressão, ansiedade, etc.), mas também para pessoas sem um transtorno diagnosticado ou evidente (BECK, 1964). Como o próprio nome evidencia, pelo fato de serem automáticos, existe uma possibilidade grande desses pensamentos estarem equivocados; são usualmente breves e o paciente distorce a realidade a partir desses pensamentos, pois tende a avaliá-los mais com a emoção do que com o racional e diminuem a habilidade do indivíduo de fazer julgamentos e atingir suas metas. Embora surjam espontaneamente, eles se tornam bastante previsíveis, uma vez identificadas as crenças nucleares do paciente (BECK, 1967; BECK; WEISHAAR, 1995).

Os pensamentos automáticos disfuncionais são sempre negativos e fortemente influenciados pelas emoções (também negativas) do paciente (BECK, 1967; BECK; WEISHAAR, 1995). Em um nível mais profundo ainda, estão as crenças disfuncionais ou esquemas, como "Eu não sou digno de ser amado" ou "Eu sou um fracasso" ou ainda "Eu não valho nada". Essas estruturas cognitivas são desenvolvidas no início da vida, a partir de experiências pessoais, de identificação com os outros e de reforço (BECK, 1967; BECK; WEISHAAR, 1995). Assim, os padrões persistentes de generalização, ampliação, exclusão e outros tipos de distorções, levam a uma visão distorcida dos estímulos internos e externos, promovendo um viés de confirmação, que suporta uma constelação de crenças, que podem

não refletir com precisão a realidade (ALFORD; BECK, 1997; YURICA, 2002; YURICA; DITOMASSO, 2002). Por exemplo, um sistema de crenças pode moldar a experiência de maneiras que são análogas às lentes ópticas. Óculos que são cuidadosamente elaborados para ajudar a criança a ver o mundo de forma mais clara devem ser ajustados conforme a criança cresce. As lentes que não são devidamente alteradas podem distorcer eventos tão drasticamente que prejudicam o funcionamento e causam uma grande angústia. Da mesma forma, agem os esquemas ou crenças sobre o próprio eu, moldadas pelas experiências da primeira infância, promovendo regras, pressupostos e expectativas que não se adequam ao mundo real. Quando isso ocorre, as distorções cognitivas podem surgir e deturpar sistematicamente a realidade, causando prejuízo e sofrimento, e impedindo o indivíduo de resolver seus próprios problemas.

Assim, as distorções cognitivas desempenham um papel fundamental no início, na manutenção, e em última análise, a melhora ou piora de todos os tipos de transtornos psicológicos, sejam eles Eixo I e II (BECK *et al.*, 2004). Beck *et al.* (1979) propuseram que as pessoas distorcem a realidade de seis maneiras distintas, criando uma lista de seis distorções cognitivas: Personalização, Pensamento Dicotômico, Catastrofização, Supergeneralização, Abstração Seletiva, Inferências Arbitrárias (ou Conclusões Precipitadas). A identificação dessas primeiras seis distorções ajudaram a formular a compreensão básica de como pensamento e sentimentos influenciamos comportamentos. Além disso, a relação entre humor, cognições e comportamentos é uma parte importante da compreensão cognitiva dos problemas psicológicos (BECK, 1976; DOBSON; DOZOIS, 2001).

Desde então, muitos tipos de distorções têm sido postuladas, e essa lista é constantemente ampliada (BURNS, 1980a,1990,1999; FREEMAN; OSTER, 1999; YURICA, 2002). Por exemplo, em 1999, Burns expandiu essa lista para dez distorções e modificou alguns termos, para torná-los mais compreensíveis e acessíveis para os pacientes (BURNS, 1999).

As distorções cognitivas são facilmente observáveis em quase todos os transtornos psicológicos e, em conjunção com o humor, podem formar o cenário ideal para um ciclo que perpetua o transtorno (BECK *et al.*, 1990; FREEMAN *et al.*, 1999, 2004, REINECKE; DATILIO; FREEMAN, 2003). O pensamento humano está sujeito à distorções cognitivas, que podem gerar conclusões precipitadas e afetar a maneira como o indivíduo percebe determinada situação. Quando as situações são percebidas de maneira errônea, as distorções amplificam o impacto das falsas percepções, o que perpetua o ciclo de auto-sabotagem (FREEMAN, A. M. *et al.*, 1999; FREEMAN, D. *et al.*, 2010).

2.2 DISTORÇÕES COGNITIVAS

De acordo com Alford e Beck (1997), a partir de pensamentos automáticos negativos, esquemas cognitivos atuam como um erro sistemático da informação, produzindo as distorções cognitivas. Os indivíduos tornam-se susceptíveis a alguns tipos específicos de distorções cognitivas, o que os predispõe a transtornos emocionais. Esses esquemas cognitivos (também chamados de crenças nucleares), no entanto, estão em nível inconsciente, de difícil acesso para o indivíduo, o que dificulta sua definição e mensuração (OEI; BARANOFF, 2007). Beck (1996) notou que as crenças estão em um nível tão difícil de acessar conscientemente, que o paciente tem dificuldade de articulá-los verbalmente. Essa natureza inconsciente das crenças nucleares é uma limitação ao tratamento. Além disso, o terapeuta precisa de tempo para identificar, explicar ao paciente e tratar, e, dependendo da natureza da crenças, esse tempo poderá ser maior ou menor.

Os esquemas ou crenças nucleares podem ser entendidos em um *continuum* que abrange desde a flexibilidade até a rigidez. Esse *continuum* significa que algumas crenças são mais facilmente modificáveis (mais flexíveis) do que outras (mais rígidas) (BECK, 1996; PADESKY, 1991, 1994). Por exemplo, crenças continuamente ativas, em pacientes com transtornos de personalidade, podem ser mais facilmente identificáveis, mas muito mais difíceis de tratar, devido às características dos transtornos de personalidade, que possuem cognições, comportamentos e sentimentos mais arraigados (PADESKY, 1991; 1994).

Pode levar anos para alterar crenças profundamente arraigadas dos pacientes sobre si mesmos, dos outros e do mundo. Alternativamente, crenças menos ativas, que não foram tão persistentemente reforçadas, podem ser mais difíceis de identificar, mas mais sensíveis à mudança no tratamento. Crenças nucleares muitas vezes podem ser identificadas e modificadas através de cognições conscientes mais acessíveis (BECK, 1996). As distorções cognitivas, que derivam de crenças nucleares mal adaptativas, são passíveis de modificação e tratamento, através da terapia cognitivo-comportamental (BECK, 1996; PADESKY, 1991; 1994). Os pacientes podem ser ensinados a identificar pensamentos distorcidos, submetê-los a testes de hipóteses, corrigindo esses pensamentos. Novos pensamentos mais adaptativos podem ser gerados para substituir as cognições distorcidas. Essa mudança pode ocorrer também com as crenças nucleares.

No entanto, como mencionado anteriormente, este processo muitas vezes leva mais tempo por causa do nível de reforço ao longo do tempo que ajudou a reforçar as crenças.

Assim, ambas (as crenças nucleares e as distorções cognitivas) são tratadas da mesma forma, embora as distorções cognitivas respondam melhor a curto prazo, como resultado de uma maior acessibilidade e de um reforço menos persistente ao longo do tempo, enquanto as crenças normalmente persistem mais fortemente e levam mais tempo para alterar (BECK, 1996; PADESKY, 1991; 1994).

O pensamento automático distorcido, por ser mais acessível, é um ponto de partida óbvio para os terapeutas e seus pacientes, porque eles são, em parte, perpetuados por cognições que são acessíveis, e as crenças podem, frequentemente, ser identificadas de forma confiável e modificadas através de conteúdo cognitivo (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2003). Através de suas observações com pacientes deprimidos, Beck (1964) relatou que o teor das crenças pode ser identificado através de "equívocos, atitudes distorcidas e objetivos e expectativas irrealistas" (p. 563). Nas últimas cinco décadas, Beck e seus colegas estudaram e desenvolveram a teoria, avaliação e tratamento das distorções cognitivas. Uma das principais contribuições da teoria cognitiva para o campo da psicologia tem sido sua ênfase no efeito mediador desse "conteúdo de pensamento idiossincrático, indicativo de conceituações distorcidas ou irreais" nos mais diversos transtornos psicológicos e psiquiátricos (BECK, 1963, p. 36). Beck (1967, 1993) identificou que essas distorções cognitivas são o resultado do processamento de informações, de uma maneira que, previsivelmente, resultou em erros identificáveis no pensamento.

Em seu trabalho com pacientes deprimidos, Beck definiu seis erros sistemáticos no pensamento: inferência arbitrária, abstração seletiva, generalização, ampliação e minimização, personalização e pensamento dicotômico (BECK, 1961, 1967); essas distorções cognitivas são até hoje utilizadas amplamente em Terapia Cognitiva (BECK, 1961; BECK *et al.*, 1979; DOBSON; DOZOIS, 2001; ELLIS; GRIEGER, 1977).

Outros autores continuaram estudando essas distorções, não só ampliando a lista de distorções de Beck, como também revendo e definindo melhor o construto. Por exemplo, Haaga, Dyck e Ernst (1991, p. 178) definiram o conceito de distorção cognitiva como "um julgamento ou conclusão que é diferente ou é incompatível com alguma medida comumente aceita da realidade objetiva". Da mesma forma, Barriga *et al.* (2000), postulou que distorções cognitivas são como "formas imprecisas de pensamento que conferem sentido à experiência" (BARRIGA *et al.*, 2000). Freeman *et al.* (2004), identificou distorções cognitivas como erros de lógica, que levam os indivíduos a conclusões precipitadas e, portanto, com maior chance de cometer equívocos. Burns (1980b) estendeu a lista de distorções cognitivas de Beck para

dez tipos: o pensamento de tudo ou nada, supergeneralização, filtro mental, minimização do positivo, conclusões precipitadas, ampliação, raciocínio emocional, afirmações do tipo deveria; rotulação e personalização. Distorções cognitivas adicionais, definidas por Freeman e DeWolf (1990, 1992) e Freeman e Oster (1999), incluem: externalização de autoestima, comparação e imperfeição. Mais recentemente, Gilson e Freeman (1999) identificaram outros oito tipos de distorções cognitivas na forma de falácias: mudança, preocupação, equidade, ignorar, estar certo, controle e a recompensa de Deus.

Os pesquisadores têm expandido a identificação e tratamento das distorções cognitivas à muitos transtornos, além do transtorno depressivo, inicialmente identificado por Beck (BECK *et al.*, 1990; DITOMASSO, MARTIN; KOVNAT, 2000; FREEMAN *et al.*, 2004; FREEMAN; FUSCO, 2004; WELLS, 1995, 1997, 2000). As distorções cognitivas são consideradas centrais no desenvolvimento e manutenção de problemas sexuais (LEIBLUM; ROSEN, 2000), transtornos alimentares (SHAFRAN *et al.*, 1999), comportamento criminoso (McGRATH; CANN; KONOPASKY, 1998), jogos de azar, vícios e comportamento infrator (DELFABBRO; WINEFIELD, 2000; FISHER; BEECH; BROWNE, 1999). Além da identificação de distorções cognitivas nos transtornos do Eixo I, as distorções parecem desempenhar um papel importante nos distúrbios do Eixo II. Transtornos do Eixo II são basicamente os transtornos de personalidade. Beck *et al.* (1990) e Freeman *et al.* (2004) identificaram o pensamento dicotômico como uma distorção primária em pacientes com Transtorno da Personalidade Borderline. Layden *et al.* (1993) também identificaram várias outras distorções cognitivas utilizadas por pacientes com outros Transtornos de Personalidade. Assim, o uso de distorções cognitivas nos pacientes com Transtorno de Personalidade Histriônica (pensamento dicotômico, tirar conclusões precipitadas, e raciocínio emocional), Transtorno de Personalidade Narcisista (ampliação de si, abstração seletiva, minimização de outros) e Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsivo (ampliação, afirmações do tipo "deveria", perfeccionismo e pensamento dicotômico) foram documentadas na literatura clínica (BECK; FREEMAN, 1990; BECK; FREEMAN; DAVIS, 2004).

Pesquisadores desenvolveram vários modelos na tentativa de compreender o processamento da informação cognitiva. Kendall (1992) propôs um modelo de taxonomia cognitiva com uma descrição dos aspectos relevantes da cognição envolvidos na criação de distorções cognitivas. A Taxonomia de Kendall inclui as seguintes características: conteúdo cognitivo, processo cognitivo, produtos cognitivos e estruturas cognitivas. Estas características constituem a estrutura cognitiva geral que serve para filtrar certos processos

cognitivos. As distorções cognitivas residem no domínio dos processos cognitivos. Dentro dos processos cognitivos, Kendall fez distinções entre as deficiências de processamento e distorções de processamento. O processamento deficiente ocorre quando uma falta de atividade cognitiva resulta em uma consequência indesejada. As distorções de processamento ocorrem quando um processo de pensamento ativo filtra, através de algum processo de raciocínio falho, resultando em uma consequência indesejada. A diferença é a incapacidade para pensar em comparação com um padrão de pensamento distorcido (KENDALL, 1985, 1992). Finalmente, Kendall (1992) também sugeriu que percepções mais acuradas do mundo não conduzem necessariamente à saúde mental ou ao ajustamento comportamental.

As distorções cognitivas enviesadas na direção excessivamente positiva tendem a ser funcionais, e beneficiam o indivíduo em manter uma saúde mental positiva (embora uma visão "muito positiva" pode ser interpretado como narcisismo). O oposto também pode ocorrer. Em estudos de estudantes deprimidos e não deprimidos, Libb *et al.* (1990) relataram que indivíduos deprimidos foram mais precisos em suas percepções e julgamentos em comparação com indivíduos não-deprimidos; esse fenômeno pode ser chamado de "realismo depressivo" (LIBB *et al.*, 1990). Entretanto, pesquisas posteriores não endossaram esse achado, e os pesquisadores concluíram que o processo de distorção cognitiva é mais complexo do que apenas a percepção (INGRAM; KENDAL, 1986; INGRAM; MIRANDA; SEGAL, 1998). Dentro dos campos da psicologia cognitiva, outros sistemas de processamento de informação foram desenvolvidos, que sugerem as teorias para a formação de distorções cognitivas (BERRY; BROADBENT, 1984; HASHER; ZACKS, 1979; NISBETT; WILSON, 1977; SCHNEIDER; SHIFFRIN, 1977). Além disso, os psicólogos do desenvolvimento sugeriram que pensamentos distorcidos podem se desenvolver a partir de um comportamento aprendido, enquanto os psicólogos evolucionistas (GILBERT, 1998) sugeriram o desenvolvimento de um sistema de processamento de informação evolutiva ao longo do tempo que levou a uma abordagem de processamento do tipo "melhor prevenir do que remediar".

Como já dito anteriormente, Beck (1967), havia originalmente identificado seis distorções cognitivas. De modo mais detalhado, são as seguintes:

- a) Conclusões Precipitadas (também conhecidos como Inferência Arbitrária): interpretar situações, eventos ou experiências sem provas suficientes ou em face de evidências que não confirmam o pensamento (BECK, 1963 , p. 40).

- b) Abstração Seletiva (também conhecido como Filtro Mental): a atenção está focada em um detalhe da situação, enquanto outras explicações plausíveis e, possivelmente, mais detalhadas são ignoradas (BURNS, 1999, p. 8; FREEMAN *et al.*, 2004, p. 5).
- c) Supergeneralização: eventos são vistos como generalizações, e não como fatos isolados que ocorrem com pouca frequência (FREEMAN *et al.*, 2004, p. 5).
- d) Ampliação/ Minimização (também referida como Catastrofização): avaliação em que eventos negativos são vistos como catastróficos e insuportáveis ou eventos positivos são tratados como reais, mas insignificantes (BECK, 1963, p. 41; FREEMAN *et al.*, 2004, p. 5).
- e) Personalização: a pessoa se acusa de ser a causa de um evento externo, sem avaliar a possibilidade de outros fatores terem interferido (FREEMAN *et al.*, 2004, p. 5). Processo de assumir a causalidade pessoal para situações, eventos e reações dos outros, quando não há provas que sustentam essa conclusão (BECK *et al.*, 1979; BURNS, 1980a, 1989, 1999; FREEMAN; DEWOLF, 1992). Exemplo: "Esse comentário não foi apenas aleatório, ele deve ter sido direcionado para mim" (FREEMAN; LURIE, 1994).
- f) Pensamento Dicotômico (também conhecido como Tudo-ou-Nada): eventos são vistos em termos de categorias mutuamente excludentes, sem "tons de cinza", somente preto ou branco (FREEMAN *et al.*, 2004, p. 5). Tendência para visualizar todas as experiências como duas categorias (por exemplo, positivas ou negativas, boas ou más), sem a capacidade de colocar a si mesmo, aos outros e as experiências ao longo de um *continuum* (BECK *et al.*, 1979; BURNS, 1980a, 1989, 1999; FREEMAN; DEWOLF, 1992). Exemplo: "Comi mais do que deveria, portanto estraguei completamente minha dieta" (BURNS, 1989).

A seguir está uma lista de outras distorções cognitivas notáveis, que vem sendo constantemente ampliada por diversos autores da TCC: (FREEMAN *et al.*, 2004, p. 5)

- a) Afirmações do tipo "deveria": Teste das expectativas internas ou exigências sobre si mesmo, sem exame da razoabilidade dessas expectativas no contexto de vida, habilidades e outros recursos (BURNS, 1980a, 1989, 1999; FREEMAN; DEWOLF, 1992). Exemplo: "Eu não deveria ter cometido tantos erros" (BURNS, 1989).

- b) Rotulação: rotular a si mesmo e aos outros, ao invés de situações ou comportamentos específicos (BURNS, 1980a, 1989, 1999; FREEMAN; DEWOLF, 1992). Exemplo: "Eu sou um perdedor" (BURNS, 1989; FREEMAN *et al.*, 2004, p. 5).
- c) Raciocínio Emocional: raciocínio baseado em reações emocionais, ao invés de lógica. Se a pessoa se sente de certa forma, é porque a sensação deve refletir a verdadeira natureza da situação (FREEMAN *et al.*, 2004, p. 5). Uso predominante de um estado emocional para formar conclusões sobre si mesmo, os outros ou situações (BECK et al, 1979; BURNS, 1980b, 1989, 1999; FREEMAN; OSTER, 1999). Exemplo: "Eu me sinto apavorado quando viajo de avião, logo deve ser muito perigoso" (BURNS, 1989)
- d) Previsão do Futuro: pensamentos e expectativas negativas sobre eventos futuros que não ocorreram, mas são considerados fatos (FREEMAN *et al.*, 2004, p. 5).
- e) Leitura Mental: o pressuposto de que os outros pensam ou agem de forma negativa sem ter provas para verificar se isto é verdadeiro; "eu sei o que ele está pensando" ou "ele acha que sou incompetente" (FREEMAN *et al.*, 2004, p. 5). Uma conclusão arbitrária sem provas concretas para apoiar essa conclusão (BURNSb, 1980, 1989, 1999). Exemplo: "Eu só sei que ele / ela me desaprova" (FREEMAN *et al.*, 1999; FREEMAN; ROSENFELD, 2002).
- f) Comparações Injustas: comparando-se negativamente com os outros, concluindo que é inferior à eles (FREEMAN; DEWOLF, 1992; FREEMAN; OSTER, 1999). Tendência para se comparar com outras pessoas, sendo que o resultado normalmente recai na conclusão de que o sujeito é inferior ou pior do que os outros (FREEMAN; DEWOLF, 1992; FREEMAN; OSTER, 1999). Exemplo: "Eu gostaria de me sentir tão confortável com as mulheres quanto meu irmão" (FREEMAN; DEWOLF, 1990).
- g) Perfeccionismo: acreditar que deve alcançar padrões inatingíveis de perfeição sem rever provas de razoabilidade destas normas (FREEMAN; DEWOLF, 1992; FREEMAN; OSTER, 1999). Constante luta para viver de acordo com alguma representação interna ou externa da perfeição, sem examinar as evidências da razoabilidade destas normas, muitas vezes na tentativa de evitar uma experiência subjetiva de falha (FREEMAN; DEWOLF, 1992; FREEMAN; OSTER, 1999). Exemplo: "Fazer um trabalho meramente adequado é semelhante a ser um fracasso" (FREEMAN; ROSENFELD, 2002).
- h) Falácia de Mudança: a crença de que se pode mudar o que os outros pensam ou como eles se comportam. Muitas vezes, a própria felicidade depende da mudança dos outros (GILSON; FREEMAN, 1999).

- i) Falácia da Equidade: a crença de que o mundo deveria ser um lugar justo (GILSON; FREEMAN, 1999).
- j) Falácia "Ignorando": a crença de que ignorando ou evitando problemas eles vão desaparecer (GILSON; FREEMAN, 1999).
- k) Falácia do "estar certo": a crença de que estar errado é catastrófico e que se deve sempre provar que os seus pensamentos e ações estão corretas (GILSON, FREEMAN; 1999).
- l) Falácia do Amor: a crença de que estar em um relacionamento íntimo vai resolver outros problemas não relacionados (GILSON; FREEMAN, 1999).
- m) Falácia da Recompensa: a crença de que se fizer tudo perfeitamente, será recompensado. A raiva é o resultado da decepção, quando a recompensa não vem (GILSON; FREEMAN, 1999).
- n) Culpar os outros: crença de que os outros são responsáveis por seus problemas. Esta distorção impede as pessoas de reconhecer sua responsabilidade em seus problemas (BURNS, 1999, p. 11).
- o) Fusão Pensamento-Ação: um pensamento intrusivo aumenta a probabilidade de um evento negativo ocorrer; "se eu penso isso, então é verdade e vai acontecer" (RACHMAN; SHAFRAN, 1999).
- p) Inferência arbitrária ou tirar conclusões precipitadas: processo de chegar a uma conclusão negativa, na ausência de elementos precisos para essa conclusão (BECK *et al.*, 1979; BURNS, 1980a, 1989, 1999). Exemplo: "Amanhã farei a prova de matemática e vou tirar uma nota muito baixa" (BURNS, 1999).
- q) Catastrofização: processo de avaliação, em que se acredita que o resultado será o pior possível, antes mesmo de o evento ocorrer (BECK *et al.*, 1979;. BURNS, 1980a, 1999). Exemplo: "É melhor eu não tentar, porque eu posso falhar, e isso seria terrível" (FREEMAN; ROSENFELD, 2002).
- r) Desqualificação dos Aspectos Positivos: processo de rejeitar experiências positivas, características, ou atributos (BURNS, 1980a, 1989, 1999). Exemplo: "Essa experiência de sucesso foi apenas um golpe de sorte" (FREEMAN; ROSENFELD, 2002).
- s) Externalização de auto-estima: desenvolvimento e manutenção de auto-estima baseada quase que exclusivamente sobre a forma como o mundo externo o vê (FREEMAN; DEWOLF, 1992; FREEMAN; OSTER, 1999). Exemplo: "Meu valor é dependente do que os outros pensam de mim" (FREEMAN; ROSENFELD, 2002).

- t) Adivinhação: processo de prever ou prever o resultado negativo de um evento ou eventos futuros, acreditando que esta previsão é absolutamente verdadeira (BURNS, 1980a, 1999).
- u) Ampliação: tendência a exagerar ou ampliar qualquer consequência de algum traço pessoal, evento ou circunstância (BURNS, 1980b, 1999) positivo ou negativo. Exemplo: "Eu tenho a tendência a exagerar a importância de eventos menores" (YURICA; DITOMASSO, 2001).
- v) Minimização: processo de minimização da importância de alguns eventos, traços ou circunstâncias (BURNS, 1980b, 1989, 1999). Exemplo: "Eu subestimo a gravidade das situações" (YURICA; DITOMASSO, 2001).

Esta lista de distorções cognitivas, embora não exaustiva, apresenta muitos erros comuns na maneira de pensar. Note-se que um certo grau de distorção cognitiva é normal em seres humanos, mas os indivíduos com transtornos emocionais parecem mostrar um maior grau de pensamento distorcido, de modo mais constante e frequente (BECK, 1964; ROSENFELD, 2004).

As distorções cognitivas têm sido estudadas em várias populações, incluindo adultos, crianças e adolescentes, além de populações clínicas, sendo identificadas em diversos transtornos psicológicos e psiquiátricos, como por exemplo, depressão e ansiedade (CLARK; BECK; ALFORD, 1999; DOZOIS; BECK, 2008; STALLARD, 2008; STALLARD *et al.*, 2014). A investigação tem sugerido continuamente o importante papel que as cognições exercem em distúrbios emocionais, e uma série de estudos apoiam este ponto (BECK, 1963; CLARK; BECK; ALFORD, 1999; DOZOIS; BECK, 2008; STALLARD, 2008; STALLARD *et al.*, 2014). Por exemplo, em seu influente trabalho, Beck (1963) identificou um conteúdo temático em cognições dos pacientes, que era congruente com transtorno emocional específico. Era comum os pacientes atendidos por Beck, referirem pensamentos de baixa autoestima e auto-culpa, característicos dos indivíduos com depressão. Os indivíduos deprimidos tendem a reagir a situações externas de uma forma "irrelevante e inadequada", além de se auto-avaliar negativamente, mesmo quando confrontado com evidências contrárias à esse pensamento (BECK, 1963). Da mesma forma, pacientes com ansiedade poderiam ser diferenciados de pacientes deprimidos por identificar cognições com temas de perigo pessoal ou ameaça (DOZOIS; BECK, 2008; STALLARD, 2008; STALLARD *et al.*, 2014).

Mais recentemente, Rosenfield (2004) demonstrou que os indivíduos que pontuaram de modo clinicamente significativo para um eixo I ou II no *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)*, relataram maior frequência de distorções cognitivas do que aqueles livres de distúrbios emocionais clinicamente significativos. Portanto, quanto maior o número de condições diagnosticáveis, maior o grau de distorção cognitiva que o indivíduo apresenta (ROSENFELD, 2004). Além disso, a presença de distorções cognitivas previram com êxito a gravidade de perturbações de Eixo I e II. Isto é, quanto mais distorções cognitivas identificadas, mais grave o nível de psicopatologia de um indivíduo (ROSENFELD, 2004; YURICA, 2002).

A literatura também identificou a presença de distorções cognitivas em outras populações, como crianças e adolescentes. Mobini *et al.* (2006) levantaram a hipótese de que as distorções cognitivas podem mediar o "controle comportamental, a regulação emocional e a capacidade cognitiva" (p. 125). Mais especificamente, esses autores examinaram essa relação como interdependente do uso de substâncias na adolescência e na idade adulta. Eles avaliaram o quanto as distorções afetam a regulação emocional, o comportamento, o funcionamento cognitivo executivo e qual a relação com o uso de drogas e álcool nesses indivíduos, desde a infância até a adolescência. Os pais também foram avaliados para o comportamento anti-social e uso de substâncias. Os resultados sugerem que altos níveis de distorções cognitivas são pré-requisitos para o transtorno de uso de substâncias (MOBINI *et al.*, 2006). Esses resultados são consistentes com o estudo de Alford e Beck (1997), que revelou que o processamento de informações interage com a cognição, afetando o comportamento, a emoção, a atenção e a memória.

Outros autores encontraram resultados semelhantes com populações adolescentes. Barriga *et al.* (2000) examinaram a relação entre as distorções cognitivas e problemas de comportamento em adolescentes. Os autores tinham a hipótese de que 96 presidiários, sendo 46 do sexo masculino e 50 do sexo feminino, todos adolescentes, com idades entre 13 e 19 anos, pontuariam mais em distorções classificadas como auto-degradante (exemplo, Catastrofização, Generalização, Personalização e Abstração Seletiva) ou distorções do tipo autocentradas (isto é, Culpar os outros, Minimização, Rotulação) do que um grupo controle de 66 alunos de escolas públicas. Além disso, as distorções tipo auto-degradante seriam mais fortemente relacionadas à internalização de comportamento e as distorções tipo autocentradas mais relacionadas à externalização de comportamento. Os resultados sugerem que as distorções cognitivas foram mais prevalentes entre os adolescentes presos do que em

adolescentes do ensino médio. Além disso, a evidência sugere possíveis diferenças no processamento de informações, como relacionado à internalização e externalização de problemas (BARRIGA *et al.*, 2000).

Kendall, Stark, e Adam (1990) conduziram estudos que examinaram o papel dos déficits cognitivos (ou seja, o déficit no processamento da informação ativa, que é a incapacidade de processar informações de forma eficiente) e distorções cognitivas (ou seja, o processamento distorcido que pode ser corrigido) na depressão infantil. Estudos anteriores (KENDALL; BRASWELL, 1985) sugerem que os resultados mistos podem ter sido consequência de variações na metodologia. No Estudo 1, os sujeitos foram 47 crianças da sexta série, avaliados por déficits de processamento de informações, distorções cognitivas e depressão. Estudo 2 foi conduzido para replicar os resultados do Estudo 1 com uma população mais jovem das crianças (n = 38 crianças) (KENDALL; BRASWELL, 1985).

Os resultados desses estudos sugerem que a depressão infantil está relacionada a uma auto-avaliação negativa, em vez de um déficit no processamento da informação, concluindo que o mais eficaz tratamento da depressão infantil envolveria o ensino de habilidades às crianças, para identificar e substituir as cognições distorcidas e mal adaptadas. Além disso, evidências para distorções cognitivas foram também identificadas em populações clínicas (KENDALL; BRASWELL, 1985).

Em um estudo conduzido por Farrell *et al.* (2004) examinou-se o papel das distorções cognitivas e estresse na adesão ao tratamento em crianças e adolescentes diagnosticadas com diabetes tipo I. Os indivíduos (n = 143), com idades entre 11 e 18 anos, foram submetidos a uma avaliação para distorções cognitivas, estresse e comportamento de adesão. Os resultados sugerem uma relação positiva entre as distorções cognitivas e estresse, bem como entre os níveis de estresse e comportamento de adesão. Embora os pesquisadores não tivessem encontrado um caminho direto entre o pensamento distorcido e comportamento de adesão, os dados que sugerem uma relação indireta (FARRELL *et al.*, 2004). Outros autores encontraram conexões semelhantes entre as condições médicas crônicas e pensamento distorcido. Lefebvre (1981) examinou o conteúdo cognitivo de 89 indivíduos com dor crônica lombar. Os participantes foram avaliados por distorções cognitivas, dores e distorções cognitivas especificamente relacionadas à dor e depressão. Os resultados sugerem que níveis similares de distorções cognitivas gerais estavam presentes na depressão nos grupos com e sem dor, em comparação com indivíduos não-deprimidos (LEFEBVRE, 1981). O autor concluiu que, se desencadeada por dor ou não, as pessoas com depressão tendem a apresentar

mais distorções cognitivas globais (LEFEBVRE, 1981). Este resultado está alinhado com os estudos de Beck *et al.* (1979), e sua a teoria do pensamento distorcido na depressão. Freeman *et al.* (2004) identificaram também uma série de distorções cognitivas nos transtornos de ansiedade.

Conceituada através da teoria cognitiva de Beck e da psicopatologia, o pensamento dos indivíduos com transtornos de ansiedade é caracterizado por temas de ameaça e perigo. As distorções do tipo Catastrofização, Abstração Seletiva, Generalização, Ampliação, Minimização e Inferências Arbitrárias são muito comuns. Indivíduos ansiosos tendem a acreditar que a preocupação e ruminação são respostas eficazes ao perigo ou ameaça possível, que o perfeccionismo minimiza ameaça ou perigo, e que é mais fácil evitar do que enfrentar as dificuldades da vida (ZWEMER; DEFFENBACHER, 1984). Deffenbacher *et al.* (1986) também encontraram diversas distorções cognitivas preditivas de diferentes transtornos de ansiedade.

Há suporte empírico para a associação entre as distorções cognitivas e uma série de condições clínicas, incluindo agressão sexual (BAUMEISTER; CATANESE; WALLACE, 2002), o jogo patológico (STEENBERGH *et al.*, 2002), ansiedade e transtornos depressivos (KENDALL *et al.*, 1992), a violência e a raiva nos relacionamentos conjugais (ECKHARDT; BARBOUR; DAVISON, 1998), depressão e ansiedade em adolescentes (KOLKO *et al.*, 2000). Na medida em que a cognição disfuncional e seus corolários podem contribuir para estes problemas, há esperança e evidências para a eficácia da aplicação da TCC em sua melhoria. Dadas as futuras tendências na evolução da pesquisa psicológica, prática clínica e TCC, esta capacidade de fornecer validação empírica de uma nova medida de distorções cognitivas poderia fornecer suporte adicional para o modelo cognitivo, prover clínicos com instrumentos de avaliação, e avançar mais no campo da psicoterapia. Além disso, poderia também identificar o grau em que as distorções cognitivas contribuem para os transtornos do Eixo I e Eixo II, agregando conhecimento prático para auxiliar os profissionais na avaliação e tratamento destes transtornos (COVIN *et al.*, 2011).

Uma revisão da literatura revelou que não há nenhuma pesquisa abordando a contribuição das distorções cognitivas, em população de adultos, para o surgimento e manutenção de uma ampla gama de distúrbios do DSM-V, em ambos Eixo I e Eixo II (CRAIGHEAD; CURRY; ILARDI, 1999; COVIN *et al.*, 2011). A maioria dos estudos foram limitados a investigações de diagnóstico, tais como depressão e ansiedade (ILARDI, CRAIGHEAD, 1994, 1995). Esta lacuna é muito problemática porque como indicam as

pesquisas, as distorções cognitivas podem contribuir para distúrbios psicológicos, e, portanto, um entendimento adicional dessas distorções se faz necessário, especialmente para aqueles pacientes com transtornos de personalidade, ou para aqueles que se apresentam com múltiplos diagnósticos em ambos os eixos (BECK; FREEMAN; DAVIS, 2005; MILLON; DAVIS, 1996).

Consequentemente, uma forma de mensuração breve e objetiva desses processos cognitivos fundamentais poderá ser benéfica, tanto para a investigação quanto para a prática clínica (COVIN *et al.*, 2011). Em primeiro lugar, os terapeutas cognitivos podem fornecer evidências convincentes dos resultados do tratamento bem-sucedido, usando um instrumento para estabelecer linhas de base objetivas e monitorar regularmente o comportamento e o humor do paciente, utilizando instrumentos empiricamente válidos e confiáveis. Embora tais medidas sejam úteis no diagnóstico e no plano de tratamento, para uma variedade de distúrbios, há uma escassez de instrumentos destinados a avaliar as distorções cognitivas diretamente (COVIN *et al.*, 2011). Identificar com precisão padrões específicos de distorções cognitivas no início do tratamento pode ajudar o terapeuta a direcionar de forma mais eficiente os padrões de pensamento disfuncionais que mantêm e agravam problemas (COVIN *et al.*, 2011; MILLON; DAVIS, 1996).

Além disso, um instrumento que forneça uma avaliação regular das distorções cognitivas durante todo o tratamento, pode fornecer uma medida objetiva de progresso, por exemplo no tratamento da depressão, (BECK *et al.*, 1961, BUTLER; BECK, 2000; HOLLON; KENDALL, 1980; YURICA, 2002) ansiedade (ROSS *et al.*, 1986; YURICA, 2002) e transtornos de personalidade (CRAIGHEAD; CURRY; ILARDI, 1999). Em segundo lugar, tem sido demonstrado que os tratamentos que ocorrem no início do curso de distúrbios psicológicos, correlacionam-se com um número de benefícios terapêuticos, incluindo resultados mais positivos ao tratamento, redução de consultas médicas e reduzidos custos de cuidados de saúde (BURNS, 1999; KAPLAN, 2000). Assim, a identificação precoce de distorções cognitivas pode permitir que o terapeuta e o paciente, de forma colaborativa, identifiquem mais rapidamente e modifiquem as crenças, que mantêm essas mesmas distorções cognitivas. Em terceiro lugar, um instrumento para mensurar as distorções poderia facilitar a identificação de padrões específicos de distorções cognitivas em determinados transtornos (COVIN *et al.*, 2011; MILLON; DAVIS, 1996).

Se os padrões de pensamento distorcidos são anotados, o terapeuta pode ensinar uma forma de pensamentos alternativos mais funcionais e habilidades comportamentais visando

explicitamente modificar essas distorções (BECK; FREEMAN, 1990). Em quarto lugar, podem surgir padrões característicos de distorções que delineiam o Eixo I versus condições mais frequentes no Eixo II. Se o instrumento para mensuração das distorções suportar essa diferença, seu uso pode aumentar a precisão do diagnóstico, o que, por sua vez, pode levar a seleção do tratamento mais eficaz. Em quinto lugar, demonstrando uma correlação entre a melhoria das distorções cognitivas e a remissão dos sintomas clínicos para as condições dos Eixo I e II, esses instrumentos prestariam apoio empírico para o modelo cognitivo de distúrbios psicológicos em ambos os eixos de diagnóstico (COVIN *et al.*, 2011; MILLON; DAVIS, 1996).

Finalmente, em uma revisão de 136 estudos de investigação, Grove e Meehl (1996) determinaram que os instrumentos de avaliação de personalidade com base empírica são consistentemente superiores aos métodos de entrevista clínica; estes instrumentos aumentam a eficiência do processo de avaliação, compreendem os pacientes mais plenamente, estabelecem *rapport*, formulam um diagnóstico preciso, desenvolvem *insight*, planejam melhor o tratamento orientado empiricamente, e podem prever o curso do tratamento (COSTA JUNIOR; McCRAE, 1992a, 1992b, 1992c). Por conseguinte, uma medida de autorrelato breve, destinada a medir a frequência das distorções cognitivas, administrada no início do processo de tratamento, pode aumentar a eficiência e precisão do diagnóstico, além de melhorar o planejamento do tratamento, reduzindo o tempo e, por extensão, os custos de saúde (COVIN *et al.*, 2011; MILLON; DAVIS, 1996).

Os dados sobre distorções cognitivas em distúrbios emocionais são claros e difundidos por toda a literatura científica. Atualmente, há evidências de distorções cognitivas mais comuns em determinados transtornos e populações. As distorções cognitivas provavelmente continuarão a influenciar no aparecimento e manutenção de diversos transtornos emocionais, e por isso é necessário que elas sejam exaustivamente estudadas e também que sejam desenvolvidos mais instrumentos capazes de mensurá-las (YURICA; DITOMASSO, 2002).

A seguir veremos uma série de instrumentos existentes atualmente para avaliar as distorções cognitivas que os clínicos da terapia cognitivo-comportamental comumente utilizam. Medidas de autorrelato, como o registro de pensamentos disfuncionais, o RPD, (BECK, 2011; BECK *et al.*, 1979; GREENBERGER, PADESKY, 1995; PERSONS, DAVIDSON, TOMPKINS, 2001) são comumente utilizadas para identificar os pensamentos automáticos as distorções cognitivas.

O sucesso no uso do registro de pensamento depende de uma série de fatores: a vontade do terapeuta para usar esta ferramenta; o conhecimento adequado sobre como usar essa ferramenta para ajudar o paciente a identificar distorções cognitivas; a capacidade e a vontade do paciente para escrever seus pensamentos automáticos; a capacidade do paciente para ver este como uma ferramenta valiosa, e a vontade do paciente de usar o registro de pensamentos fora da sessão (GREENBERGER, PADESKY, 1995; BECK, 2011). Pesquisadores identificaram outros inconvenientes para essa ferramenta, tais como: dificuldade em identificar pensamentos automáticos por parte dos pacientes; relutância dos pacientes a usar o registro do pensamento na sessão; crenças de pacientes que não é útil e descumprimento de deveres de casa para completar os registros de pensamento (PERSONS; DAVIDSON; TOMPKINS, 2001). Apesar destas limitações na prática clínica, os resultados de ensaios clínicos randomizados têm demonstrado a importância e o valor do registro de pensamento no tratamento de pacientes deprimidos, como uma ferramenta para identificar e mudar o pensamento disfuncional (CRAIGHEAD; CRAIGHEAD; ILARDI, 1995; DERUBEIS; CRITS-CHRISTOPH, 1998).

Uma revisão de medidas disponíveis para mensurar as distorções cognitivas, realizada para esse estudo, revela alguns instrumentos clínicos já existentes para medir o construto geral da distorção cognitiva dentro da literatura. São eles: a Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS), (WEISSMAN, 1979; WEISSMAN; BECK, 1978), traduzida e adaptada para o Brasil por Orsine, Tavares e Troccoli. (2006), o Questionário de Erros Cognitivos (CEQ) (LEFEBVRE, 1981), How I Think Questionnaire, HIT (GIBBS; BARRIGA; POTTER, 2001), Questionário de Pensamentos Automáticos (ATQ) (HOLLON; KENDALL, 1980), Cognitive Distortion Scale (CDS) (BRIERE, 2000), Cognitive Distortions Scale, (CDS) (WEISS *et al.*, 1998), Survey of Personal Beliefs, SPB (DEMARIA; KASSINOVE; DILL, 1989), o Inventário de Distorções Cognitivas (ICD) (YURICA; DITOMASSO, 2001), nenhum desses traduzidos e/ou validados para o português brasileiro.

A seguir, descreveremos alguns desses instrumentos.

O *Inventory of Cognitive Distortions*, ICD (YURICA; DITOMASSO, 2002) é uma escala de autorrelato, composta por 69 itens, que mede a frequência de erros sistemáticos de um indivíduo no pensamento lógico, ou distorções cognitivas. Os itens consistem em frases curtas que refletem os tipos de pensamento distorcido. As respostas individuais são escolhidas a partir de uma escala Likert de 5 pontos (ou seja, nunca, raramente, às vezes, muitas vezes, sempre), e valores de resposta variam de 1 = Nunca a 5 = Sempre. A gama de possíveis

pontuações no ICD é de 69 a 345 pontos e quanto mais alta a pontuação, maior a frequência do pensamento distorcido, enquanto os escores mais baixos indicam frequências mais baixas. Em relação à confiabilidade e validade do instrumento, o ICD mostrou validade de construto satisfatória. A análise fatorial revelou 11 fatores que se assemelham a 10 sub-escalas de distorção cognitiva derivada da teoria (ou seja, a externalização de autoestima, Ampliação, Rotulação, Perfeccionismo, Comparações Injustas, Raciocínio Emocional, Inferências Arbitrárias, Conclusões Precipitadas, Minimização, e Leitura Mental), além de uma subescala distorção cognitiva, que foi chamada de Raciocínio Emocional e Tomada de Decisão (YURICA, 2002).

A validade de conteúdo foi determinada por um grupo de três peritos de terapia cognitiva, os quais concordaram de forma inequívoca sobre a validade dos 69 itens originais. A confiabilidade teste-reteste indicou consistência interna muito forte, com pontuação total de 0,998 ($n = 28$, $p < 0,0001$). A validade concorrente foi boa, e o ICD foi significativamente correlacionado com medidas de pensamentos negativos, depressão e ansiedade. Os itens da ICD foram positiva e significativamente correlacionados com os escores de atitudes negativas ($r = 0,70$, $n = 159$, $p < 0,0001$). Yurica e DiTomasso (2002) também encontraram no ICD uma forte validade de critério. Sua amostra clínica consistiu de 122 participantes, e a amostra não-clínica de 66 sujeitos. O ICD foi capaz de distinguir de forma significativa os dois grupos ($F = 15,2$, $df = 169$, $p < 0,0001$).

A Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS) (WEISSMAN; BECK, 1978) é uma escala de autorrelato, com 40 itens, que busca medir o pensamento disfuncional de indivíduos com depressão. A DAS foi projetada para medir as atitudes negativas de uma pessoa deprimida, com relação a si mesmo, ao mundo e aos outros. Os itens são declarações de uma só frase, que são respondidas em uma escala Likert de 7 pontos. O instrumento fornece uma pontuação global com uma possível faixa, de 40 a 280 pontos, com escores mais altos indicando graus mais elevados de pensamento disfuncional. Além disso, a DAS tem sido correlacionada com outras medidas de depressão e pensamentos disfuncionais, sendo amplamente utilizada em pesquisas na área, para medir atitudes disfuncionais na depressão. O estudo psicométrico brasileiro da DAS também apresentou resultados satisfatórios, com Alpha de Cronbach de 0,71, considerada, portanto, adequada para utilização no Brasil (ORSINI; TAVARES; TROCCOLI, 2006).

O Questionário de Erros Cognitivos (CEQ), (LEFEBVRE, 1981) é um questionário de autorrelato, composto por 24 itens, desenvolvido para medir as distorções cognitivas. A escala

mede quatro distorções cognitivas de destaque na literatura psicológica, que são Catastrofização, Generalização, Personalização e Abstração Seletiva. Os itens do CEQ são compostos por vinhetas curtas de situações do cotidiano em uma variedade de contextos, que são seguidos por uma cognição que representa uma distorção cognitiva. Usando uma escala de 5 pontos, os sujeitos são convidados a avaliar o quão perto do seu próprio pensamento refletiria a declaração distorcida dada. A confiabilidade teste-reteste, a confiabilidade de formas alternativas e a consistência interna encontradas foram elevadas. Quanto à validade concorrente, a medida foi moderadamente correlacionada com a Hammen e Krantz (1976) Escala de Distorções Cognitivas para Pacientes Deprimidos.

O *Cognitive Distortions Scale*, CDS (NAJAVITS, 1993) é uma medida de 12 itens desenhados para identificar distorções cognitivas comuns em indivíduos com diagnóstico de Transtorno de Estresse Traumático (TEPT) e distúrbio de uso de substância (NAJAVITS *et al.*, 2004). As intercorrelações entre os itens do CDS sugerem uma baixa validade convergente (variação de 0,03-0,51). A consistência interna foi elevada, com um Alpha de 0,93. A análise de componentes principais identificou três fatores, que foram racionalização, conflito afetivo e distorção de tempo, representando 60% da variância total. O CDS diferenciou com sucesso o grupo diagnosticado com TEPT. No geral, a análise psicométrica do CDS sugere que este instrumento é adequado para distinguir pacientes com diagnóstico de TEPT, bem como para distinguir distorções cognitivas comuns entre esses indivíduos (NAJAVITS *et al.*, 2004).

O *Automatic Thoughts Questionnaire*, ATQ (HOLLON; KENDALL, 1980) é um questionário de autorrelato, composto por 30 itens, projetados para medir as auto-afirmações cognitivas de adultos deprimidos e de crianças nessa condição (KAZDIN, 1990). Os itens são pontuados em uma escala de "nada" até "o tempo todo", e escores totais são a soma de todos os 30 itens. Yurica (2002) observou que o ATQ tem alta correlação com o BDI-II, o Inventário de Personalidade Multifásico de Minnesota (MMPI), a Escala de Depressão e Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). O ATQ tem sido utilizado com populações clínicas, distinguindo com sucesso pacientes deprimidos dos não deprimidos. O ATQ apresentou validade do construto de moderada a alta.

O *Survey of Personal Beliefs*, SPB (DEMARIA; KASSINOVE; DILL, 1989) é uma escala de autorrelato, composta por 50 itens, com o objetivo de medir as distorções cognitivas, fundamentada na teoria racional emotiva (ELLIS, 1958). Esse instrumento ainda não foi validado para o Brasil. Os itens são pontuados em uma escala Likert de 6 pontos, com

escores mais baixos indicando maior distorção. Análise do SPB identificou cinco fatores, com alphas variando entre 0,57-0,72. O SPB demonstrou boa capacidade para discriminar ansiedade e depressão em uma amostra de estudantes universitários. Apenas três das cinco subescalas foram significativamente correlacionadas com outras medidas de avaliação de sintomas psicológicos (CHANG; D'ZURILLA; MAYDEU-OLIVARES, 1994). Steel *et al.* (2006) compararam sul-africanos e mexicanos com as amostras de estudantes universitários norte-americanos, a fim de examinar a confiabilidade inter-cultural do SPB. Os resultados indicaram um efeito significativo para a cultura, que os autores sugeriram poderia refletir diferenças reais no pensamento distorcido entre culturas ou então que confiabilidade transcultural do SPB foi insuficiente. No geral, a análise psicométrica do SPB sugere problemas com validade e confiabilidade, o que levanta dúvidas sobre a sua eficácia em ambientes clínicos. Assim, mais pesquisas são necessárias para consolidação do SPB (DEMARIA; KASSINOVE; DILL, 1989).

O *How I Think Questionnaire*, HIT (GIBBS; BARRIGA; POTTER, 2001) é um questionário de autorrelato, composto por 63 itens, usado para medir distorções cognitivas em jovens de 13 a 20 anos, que apresentam uma das quatro categorias de comportamentos antissociais, que são: (a) roubar, (b) mentir, (c) uso de agressão física e (d) desrespeito pelas regras, leis, e autoridade. Dos 63 itens, 43 representam distorções relacionados ao modo de lidar com seus atos (por exemplo, se alguém está descuidado o suficiente para perder sua carteira, ele ou ela merece ser roubado) e 20 são itens de controle. Doze dos 20 itens de controle são projetados para determinar o gerenciamento de impressões via respostas inconsistentes ou improváveis, enquanto os outros oito itens são relacionados ao comportamento pró-social para camuflar os itens de distorção. Os itens são pontuados em uma escala Likert de 6 pontos que varia de "concordo totalmente" a "discordo totalmente" (BARRIGA *et al.*, 2000). Os dados iniciais da análise psicométrica indicam alta confiabilidade teste-reteste do HIT ($r = 0,91$, $p < 0,001$). A consistência interna do HIT foi alta (BARRIGA; GIBBS, 1996). O HIT foi também correlacionado com a Escala de Externalização de Youth (*Self-Report Form*), com índice de correlação de moderado a alto ($r = 0,55$, $p < 0,001$), o que sugere que a medida tem validade de construto adequada. Além disso, as correlações entre as subescalas de distorção cognitiva e comportamento antissocial foram significativas (r variou 0,23-0,55). As distorções cognitivas foram altamente correlacionadas com o HIT global, com r variando de 0,87-0,92 (BARRIGA; GIBBS, 1996). O HIT foi apenas parcialmente bem sucedido em discriminar grupos de critério, que foram: a) 55

presos delinquentes masculinos adolescentes, b) 50 adolescentes do sexo masculino de uma classe trabalhadora e c) 42 adolescentes do sexo masculino de um subúrbio de classe média alta, estudantes de escola pública. Este sucesso parcial é preocupante para a medida, considerando que o grupo que está preso, foi julgado por crimes, incluindo roubo, estupro e assassinato (BARRIGA; GIBBS, 1996).

O Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest), ou Questionário de Distorções Cognitivas foi desenvolvido por Dr. Irismar Reis de Oliveira (DE OLIVEIRA, 2014), consiste em um instrumento que tem como objetivo identificar as distorções cognitivas, auxiliando na psicoeducação das mesmas e representando uma medida de acompanhamento da evolução dos pacientes em ambiente clínico. O primeiro estudo sobre o CD-Quest (DE OLIVEIRA; LANDEIRO, 2014) foi realizado com 184 estudantes universitários e através das análises psicométricas, percebeu-se que o CD-Quest possui boa consistência interna e que consegue discriminar os pacientes com depressão e ansiedade dos sem depressão e ansiedade (DE OLIVEIRA; LANDEIRO, 2014). Através das análises psicométricas, percebeu-se que o CD-Quest possui boa consistência interna (0.83 - 0.86) e que consegue discriminar os pacientes com depressão e ansiedade ($BDI \geq 12$ e $BAI \geq 11$) e sem depressão e ansiedade ($p < .001$) (DE OLIVEIRA, 2014).

O uso de instrumentos para mensurar distorções cognitivas em ambientes clínicos pode servir para um grande número de funções (BUTLER; BECK, 2000): 1) fornecer um método eficaz para a identificação das principais formas de pensamento distorcido pelos próprios pacientes, 2) identificar a frequência de determinados tipos de distorções para determinados diagnósticos, 3) fornecer uma ferramenta educacional voltada para a melhoria das competências metacognitivas dos pacientes, 4) ajudar a compreender o papel que as distorções cognitivas desempenham na manutenção disfuncional dos pensamentos, emoções e padrões de comportamento, e 5) fornecer uma ferramenta clínica para o uso como teste pré e pós intervenção terapêutica, além de acompanhar as mudanças nos padrões de pensamento distorcido dos pacientes (BECK *et al.*, 1961; HOLLON; KENDALL, 1980; YURICA, 2002).

Instrumentos para mensurar distorções cognitivas têm sido utilizados em investigações por todo o mundo. O DAS-A é o instrumento mais utilizado em estudos de pesquisa ao redor do mundo e mede as atitudes disfuncionais de depressivos (CHEN *et al.*, 1998;. LEYLAND; TEASDALE, 1996; MARTON; KUTCHER, 1995; OEI-TAN; YEOH, 1999; OHRT; THORELL, 1999; OTTO *et al.*, 1997; WERTHEIM; POULAKIS, 1992; ZARETSKY *et al.*, 1997). O DAS-A foi traduzido para várias línguas, (OHRT; THORELL, 1999) incluindo uma

versão chinesa (CHEN *et al.*, 1998). O ATQ tem sido utilizado em conjunto com o DAS (WEISSMAN, 1979) para medir distorções cognitivas no transtorno do pânico (OHRT; THORELL, 1999) e a diferença de terapia cognitivo-comportamental para grupos medicados e não-medicados (OEI-TAN, YEOH, 1999). Além disso, o ATQ foi ampliado, para avaliar, além de populações adultas, também para mensurar cognições depressivas em crianças (KAZDIN, 1990).

A avaliação das distorções cognitivas, sem dúvida, deve continuar no futuro, em um esforço para definir mais precisamente e quantificar as distorções cognitivas. A avaliação contínua desse construto cognitivo é importante por várias razões. Em primeiro lugar, a avaliação da distorção cognitiva é necessária para a conceituação cognitiva, planejamento do tratamento e aplicação de técnicas de tratamento e envolvimento do paciente. Em segundo lugar, são necessárias informações clínicas adicionais sobre as interações de vários processos cognitivos. Em terceiro lugar, a avaliação, e posterior tratamento de distorções cognitivas, provavelmente vai levar a alívio dos sintomas à longo prazo. Em quarto lugar, a avaliação pode dar uma visão sobre construtos cognitivos específicos do transtorno. Finalmente, as medidas de distorções cognitivas formuladas em pesquisas podem proporcionar ao campo da TCC ferramentas mais eficazes para medir as distorções cognitivas.

Yurica (2002) identificou uma série de limitações nas medidas de distorções cognitivas. Em primeiro lugar, há uma falta de coerência nas definições de várias distorções. Por exemplo, sobre o CDS, Najavits (1993) se referiu a "Exagerar", enquanto "tirar conclusões precipitadas", sendo esse mesmo conceito usado no ICD como "Catastrofização". Embora essas distorções pareçam estar medindo o mesmo construto (ou seja, antecipando uma conclusão mais negativa), a falta de uma terminologia consistente e definições de distorções cognitivas interfere na sua medida exata (YURICA, 2002). A segunda desvantagem para medidas de distorções cognitivas é que elas são muitas vezes derivadas da pesquisa sobre padrões de pensamentos negativos, em distúrbios e populações específicas, em vez de processos subjacentes gerais da cognição distorcida. Isso adiciona mais confusão à medição de distorções cognitivas. Yurica (2002) apontou que a DAS e o CEQ foram concebidos para avaliar distorções cognitivas na depressão, o que limita a sua aplicabilidade em contextos clínicos. Além disso, muitas medidas que fornecem uma pontuação total, como a DAS, deixam de classificar e identificar tipos específicos de distorções, que podem ser benéficas para o tratamento psicológico. Uma exceção a isso é o ICD, que prevê informações específicas mais padronizadas em distorções presentes em uma variedade de distúrbios psicológicos.

Muitas medidas existentes de mensuração das distorções cognitivas são carentes de aspectos psicométricos relevantes para a pesquisa científica. Especificamente, o ATQ (HOLLON; KENDALL, 1980), a DAS (WEISSMAN, 1979), e o CEQ (LEFEBVRE, 1981) foram projetados para avaliar distorções cognitivas inerentes à depressão. Além disso, a DAS produz apenas uma pontuação total das distorções. Isso é problemático em pesquisa porque essa medida não fornece uma visão clara sobre de que modo distorções específicas podem se correlacionar com distúrbios específicos. Na avaliação e na prática clínica, a DAS foi concebida para avaliar as crenças disfuncionais, mas não consegue identificar muitas distorções importantes, que poderiam ser alvo importante de tratamento. Em segundo lugar, das medidas em vigor de distorção cognitiva, apenas o ICD mede 11 distorções cognitivas diferentes em sub-escalas separadas, oferecendo assim uma vantagem significativa sobre tanto a DAS e CEQ, porque a DAS está limitada a apenas seis tipos de distorções (inferência arbitrária, supergeneralização, abstração seletiva, ampliação ou minimização, o pensamento dicotômico e personalização); já o CEQ é ainda mais limitado, medindo apenas quatro tipos de distorção (generalização, inferências arbitrárias, abstração seletiva, e ampliação ou minimização). Todos esses instrumentos existentes carecem de especificidade em suas definições das distorções cognitivas e sofrem de "ausência de consenso na definição, medição da variável através de instrumentos, aplicabilidade limitada e escopo limitado na medição de distorções cognitivas" (p. 57).

A importância de avaliar quais erros de pensamento, ou distorções cognitivas, estão contribuindo para estados emocionais negativos é fundamental, mas relativamente poucos estudos publicados têm examinado esta questão. Uma razão importante para a medição das distorções cognitivas específicas é a possibilidade de que algumas distorções são mais fortemente relacionadas com reações emocionais e comportamentais negativas do que outras. Por exemplo, Messer *et al.* (1994) descobriram que a subescala de generalização do *Children's Negative Cognitive Error Questionnaire* (CNCEQ), ou Questionário de Erros Cognitivos Negativos em Crianças, diferenciou significativamente dois grupos de adolescentes, aqueles com um transtorno afetivo versus aqueles com problemas de comportamento. Da mesma forma, Muran e Motta (1993) constataram que a abstração seletiva foi mais evidente entre um grupo clínico (ambulatório) do que uma amostra não-clínica (estudantes universitários). No entanto, as diferenças entre estes grupos não foram significativas em outras distorções cognitivas. É importante, para pesquisadores e clínicos, saber se alguns erros de pensamento são mais disfuncionais do que outros. Além disso, uma

avaliação dos erros cognitivos de um paciente pode facilitar a conceituação de caso (KUYKEN; PADESKY; DUDLEY, 2009) e plano de tratamento.

2.3. COGNITIVE DISTORTIONS SCALE (CDS)

A CDS (COVIN *et al.*, 2011) é uma escala que avalia individualmente a frequência com que os entrevistados cometem 10 tipos de distorções cognitivas. Além disso, a CDS é uma medida que permite aos entrevistados estimar o grau em que eles experimentaram erros, em dois domínios de sua vida: o domínio interpessoal e de realização (trabalho/ escola) (COVIN *et al.*, 2011). Esta decisão foi derivada da investigação teórica e empírica relacionada com esquemas interpessoais e realização (BECK, 1995; BECK *et al.*, 1993; CLARK *et al.*, 1998). Beck (1995), por exemplo, observou que as crenças centrais do indivíduo geralmente estão relacionadas à conteúdos de desamor (por exemplo: "Eu sou indigno", "Eu sou indesejável") ou desamparo (por exemplo, "Eu sou inadequado", "Eu sou incompetente"). Assim, a hipótese de que a frequência das distorções cognitivas pode variar a depender do domínio, de tal forma que, algumas distorções seriam mais comuns em alguns contextos (por exemplo, nos domínios social/ interpessoal) do que em outros (por exemplo, domínios de realização), parece fazer sentido. As distorções cognitivas desempenham um papel relativamente importante na teoria e na prática de distúrbios emocionais, e, apesar disso, ainda não existe atualmente nenhuma medida que avalie de forma abrangente as dez distorções cognitivas descritos por Burns (1980a) e, normalmente referidas na prática clínica.

Para o desenvolvimento da CDS, Covin *et al.* (2011) revisaram as dez distorções cognitivas descritas por Burns (1980), bem como outro material que forneceu descrições adicionais e exemplos de cada distorção (NEAL; EDELMANN, 2003). Com base na literatura existente acerca destas distorções, as definições foram então criadas para serem utilizadas no questionário. Exemplos de cada distorção também foram desenvolvidos para facilitar a compreensão dos entrevistados (COVIN *et al.*, 2011). Dada a intenção de medir distorções em domínios sociais e de realização, um exemplo de cada distorção foi fornecido para cada contexto (COVIN *et al.*, 2011). Ambos personagens, femininos e masculinos, foram utilizados nos exemplos para evitar problemas na linguagem dos itens. Além disso, os artigos foram escritos de tal forma que o questionário seria aplicável a uma variedade de populações e não apenas amostras de estudantes (por exemplo, cenários de realização nem sempre eram

sobre provas e trabalhos). Os itens também foram escritos em um nível tal que poderiam ser lidos e compreendidos por uma população diversificada (COVIN *et al.*, 2011).

Outra característica da CDS é que as palavras "tendenciosas", "distorções" e "erros", não estão contidas no questionário. O próprio título da escala é "Os Tipos de Pensamento". A justificativa para a construção do questionário desta forma é reduzir a atitude defensiva dos participantes (COVIN *et al.*, 2011). Os autores presumiram que, se os entrevistados fossem levados a acreditar que este questionário mediria distorções ou erros no pensamento, eles poderiam ser menos propensos a responder honestamente os itens (COVIN *et al.*, 2011). A fim de garantir que as definições e exemplos fossem claras e precisas, os autores enviaram o esboço inicial do questionário a vários psicólogos que identificaram sua orientação teórica principal como terapia cognitivo-comportamental (COVIN *et al.*, 2011). Além disso, também estudantes de pós-graduação do departamento de psicologia clínica da Universidade de Western Ontario revisaram o questionário e forneceram *feedback*. Depois de receber o *feedback* dos revisores, pequenas alterações foram feitas ao questionário. Por fim, os entrevistados foram instruídos a estimar quantas vezes eles tendem a cometer esses erros em uma escala de 1 (nunca) a 7 (o tempo todo) (COVIN *et al.*, 2011).

O texto seguinte é um exemplo de um item da CDS (COVIN *et al.*, 2011).

Leitura Mental

As pessoas algumas vezes presumem que os outros estão pensando negativamente sobre elas. Isto pode ocorrer mesmo se a outra pessoa não tiver dito nada de negativo. Isto é algumas vezes chamado de leitura mental. Como exemplo, por favor, leia as seguintes passagens:

- A. Sonia está tomando um cafezinho com seu namorado Jean. Ele está calado e Sonia pergunta se há algo errado. Jean responde que ele está 'OK' Sonia não acredita em Jean. Ela começa a pensar que ele está infeliz com ela.
- B. Bruno tem trabalhado em um projeto durante semanas. Finalmente entrega o produto final a seu chefe, e está curioso sobre a opinião dele sobre seu trabalho. Depois de passados alguns dias, Bruno começa a se preocupar, pensando que seu chefe acha que ele é incompetente.

Por favor, avalie quantas vezes você pensa desse modo(leitura mental) quando em situações sociais (como quando você está com amigos, parceiros ou com a família).

1 NUNCA	2	3	4 ÀS VEZES	5	6	7 SEMPRE
------------	---	---	---------------	---	---	-------------

Por favor, avalie quantas vezes você pensa desse modo(leitura mental) quando está em situações de realização (tais como, escola ou trabalho).

1 NUNCA	2	3	4 ÀS VEZES	5	6	7 SEMPRE
------------	---	---	---------------	---	---	-------------

O estudo de validação inicial da CDS (COVIN *et al.*, 2011) foi realizado com 118 alunos de graduação matriculados no curso de psicologia da Universidade de Ontario, no Canadá. Foram aplicados os seguintes questionários: BDI-II (BDI-II)(BECK; STEER; BROWN, 1996); ATQ, Escalas de Depressão Ansiedade e Estresse-21 (DASS-21) (LOVIBOND, S. H.; LOVIBOND, P. F., 1995); Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS) (WEISSMAN; BECK, 1978); Programação de Afeto Positivo e Negativo (PANAS) (WATSON; CLARK; TELLEGEN, 1988) e *State-Trait Anxiety Inventory* (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1970). A idade média dos participantes foi de 18 anos. A maioria dos participantes eram mulheres (73,1%), em seu primeiro ano de estudo de graduação (90,8%), solteira (99,2%). A média da amostra para o *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) estava na faixa não clínica, ou seja, sem escore que indica depressão (M = 12,34) (COVIN; *et al.*, 2011).

A consistência interna da escala foi avaliada por meio do Alfa de Cronbach. A confiabilidade geral da escala foi excelente ($\alpha = 0,85$). A validade concorrente do CDS foi avaliada através da realização de uma série de correlações com medidas teoricamente relevantes. Como previsto, a CDS foi significativamente relacionado com outras medidas de pensamento negativo (ou seja, ATQ e duas subescalas da DAS) (COVIN *et al.*, 2011).

Uma das questões que foi colocada na criação da CDS é se existe uma diferença entre as distorções cometidas em contextos interpessoais ou em contextos de realização, e se essas seriam diferentes ou mais intensas em algum contexto específico. A razão para a criação de

duas sub-escalas dentro da CDS foi baseada na predição de que alguns indivíduos são mais propensos a ter o pensamento enviesado num contexto que no outro (COVIN *et al.*, 2011). Foram realizados dez testes *t* dependentes comparando erros (ou distorções) cometidos em situações sociais e os seus homólogos em situações de desempenho. Para controlar erro de tipo I, um ajuste de Bonferroni foi feita ($0,05 / 10 = 0,005$). Os resultados mostram que leitura mental, raciocínio emocional, personalização e minimização ocorrem com mais frequência em situações sociais, enquanto Catastrofização, pensamento dicotômico e declarações do tipo deveria ocorrem mais frequentemente em situações de desempenho/ realização. Isso pode variar a depender do contexto cultural (COVIN *et al.*, 2011).

A CDS é composta por 10 distorções comumente conhecidas, com os respondentes indicando a frequência com que experimentam essas distorções em diferentes contextos (interpessoal e realização). Os resultados do estudo inicial (COVIN *et al.*, 2011) revelaram que a CDS tem propriedades psicométricas excelentes. Outras conclusões indicam que o contexto em que ocorre uma distorção cognitiva é importante, e que algumas distorções podem ser melhores preditores de emoções negativas do que outros. Embora estes resultados precisem de replicação, as propriedades psicométricas parecem promissoras (COVIN *et al.*, 2011). Como hipótese, alguns erros cognitivos eram mais prováveis de ocorrer em situações sociais do que em situações de desempenho (leitura mental, raciocínio emocional, personalização e minimização dos aspectos positivos) e vice-versa (Catastrofização, pensamento dicotômico, e afirmações do tipo deveria). Não é de estranhar que a leitura mental e personalização ocorram mais frequentemente em situações sociais, dada a sua natureza. Além disso, pensamento dicotômico e afirmações do tipo deveria, refletem aspectos de perfeccionismo, que podem ocorrer mais provavelmente em situações de desempenho (COVIN *et al.*, 2011).

Uma das razões para o desenvolvimento da CDS era para ser capaz de avaliar se alguns erros cognitivos têm maior impacto sobre as emoções do que outros. Este estudo inicial da CDS ajuda a sustentar esta hipótese, embora estudos adicionais sejam necessários para apoiar e esclarecer este achado (COVIN *et al.*, 2011).

Um segundo estudo, realizado pelos mesmos autores, porém com uma amostra maior, foi realizado a fim de avaliar a estrutura fatorial da CDS (COVIN *et al.*, 2011). Neste segundo estudo foi também incluída uma amostra clínica, onde foram examinadas as propriedades psicométricas da CDS entre indivíduos disfóricos, com níveis elevados de sintomatologia de depressão, a fim de reunir provas preliminares sobre a sua utilidade potencial entre uma

amostra clínica. A amostra foi composta por 200 alunos de graduação matriculados em um curso de introdução à psicologia da Universidade de Ontario.

Os questionários utilizados nesse segundo estudo incluem o BDI-II, ATQ-N, ATQ e a DASS-21, igual ao primeiro estudo. Entretanto, foi incluída a DAS. O coeficiente de confiabilidade interna para a CDS foi excelente (coeficiente alfa = 0,91), também nesse segundo estudo. Embora estudos empíricos adicionais sejam necessários para avaliar a utilidade clínica da CDS, os resultados atuais apontam para o potencial uso clínico desta medida. Os resultados mostram excelentes índices de confiabilidade em todos os estudos e a análise psicométrica global da CDS parece ser sólida e promissora (COVIN *et al.*, 2011).

Embora existam outras medidas para distorções cognitivas, a CDS é o único questionário que mede uma gama de erros cognitivos tipicamente discutidos e utilizados na TCC. A CDS também permite aos pesquisadores medir os erros cognitivos individuais nos vários contextos (social e de trabalho). Até o momento, se um pesquisador quer quantificar a presença de uma distorção, como leitura mental, nenhuma medida existente está disponível para realizar tal objetivo. Portanto, a CDS ajuda a preencher uma lacuna na literatura. No entanto, existem alguns problemas. Em primeiro lugar, embora a CDS seja útil em pesquisas básicas (por exemplo, com estudantes universitários), esse instrumento foi claramente projetado para ser usado com amostras clínicas. Uma limitação óbvia do estudo de validação original da CDS é que ele não foi avaliado em uma amostra clínica. Como tal, estes resultados devem ser considerados preliminares. Não é incomum os pesquisadores primeiro testarem uma medida clinicamente útil com amostras não clínicas. Tais descobertas podem oferecer informações úteis, que podem então ser usadas para justificar uma próxima fase de validação (ou seja, em amostras clínicas). No entanto, os resultados psicométricos da amostra subclínica foram encorajadores (COVIN *et al.*, 2011).

Um problema com a medição de erros cognitivos se refere ao formato do questionário. Foram fornecidas definições de cada erro e exemplos de situações sociais e de realização. É possível que alguns entrevistados baseiem suas respostas nos exemplos específicos prestados, em vez de usá-los como ilustrativos. Assim, os participantes podem ter avaliado o grau em que os exemplos (ao invés da distorção cognitiva) é verdade para eles. Não é provável, entretanto, que tais ocorrências tenham impacto na validade da CDS. Se alguém lê um exemplo e estima que este frequentemente ocorre, então é provável assumir que este erro cognitivo especial ocorre em outros momentos também. Usando o item leitura mental como um exemplo, se um entrevistado fez leitura mental com seu namorado(a), há uma boa chance

de que ele ou ela também experimente tais erros em outros contextos. Como já mencionado, há muitos problemas e limitações inerentes ao uso de medidas de viés cognitivo percebido (COVIN *et al.*, 2011). No entanto, as propriedades psicométricas desta medida, avaliada com duas amostras independentes, foram impressionantes. Além disso, sua utilização com uma amostra subclínica oferece muito incentivo. A CDS parece ser uma escala robusta, para ajudar a mover pesquisadores e clínicos na direção da compreensão das distorções cognitivas e, também, para o crescimento da Terapia Cognitiva enquanto ciência.

2.4 PERFECCIONISMO

O termo perfeccionismo é originário do latim *perfectione*, que significa vontade obsessiva de atingir a perfeição ou tendência para exigir a perfeição. De acordo com as definições do dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (HOUAISS; VILLAR, 2001, p. 2.186), perfeccionismo é a "disposição para considerar qualquer coisa aquém da perfeição como inaceitável", com perfeição definida como ausência de falha, ou um "grau insuperável de precisão ou excelência". Pode ainda ser definido como:

1. O traço caracterizado pela busca da perfeição de maneira excessiva. 2. Tendência de obstinar-se a fazer as coisas com perfeição; princípio de sistema de moral ou de doutrina religiosa que consiste basicamente em atingir a perfeição a partir de um modelo concebido previamente, o que ocorre com o cristianismo, o estoicismo, etc. 3. Obsessão pela perfeição; impecabilidade exagerada; esmero excessivo. 4. Ideal sacralizado. 4. Ideal inalcançável; ideal total; ideal incriticável. 5. Perfeccionomania; paixão pelos detalhes (HOUAISS; VILLAR, 2001, p. 2.186).

As pesquisas científicas sobre o tema, no entanto, evoluíram para uma visão mais diferenciada, que conceitua o perfeccionismo como uma característica de personalidade multidimensional (FROST *et al.*, 1993; HEWITT; FLETT, 1991a; SLANEY *et al.*, 2001). Inicialmente, dentro da TCC, o perfeccionismo aparecia como uma distorção cognitiva, desde 1992, quando foi incluída por Freeman. Dentro da lista de distorções cognitivas, o perfeccionismo foi definido como: 1. necessidade de alcançar padrões inatingíveis de perfeição sem rever provas de razoabilidade destas normas (FREEMAN; DEWOLF, 1992; FREEMAN; OSTER, 1999). 2. Constante luta para viver de acordo com alguma

representação interna ou externa da perfeição, sem examinar as evidências da razoabilidade destas normas, muitas vezes na tentativa de evitar uma experiência subjetiva de falha (FREEMAN; DEWOLF, 1992; FREEMAN; OSTER, 1999). Exemplo: "Fazer um trabalho meramente adequado é semelhante a ser um fracasso" (FREEMAN; ROSENFELD, 2002).

O conceito de perfeccionismo vem ganhando corpo nos últimos anos e tem cada vez mais aplicabilidade no contexto clínico, sendo visto atualmente como uma característica de personalidade multidimensional (FROST *et al.*, 1993; HEWITT; FLETT, 1991b; SLANEY *et al.*, 2001). Quando aplicado ao contexto clínico, o termo pode envolver prejuízo para a vida do indivíduo, associado a afetos negativos, sintomas depressivos e baixa autoestima, sendo assim chamado de "Perfeccionismo Clínico" (SHAFRAN; COOPER; FAIRBURN, 2002). O Perfeccionismo Clínico envolve componentes como alta expectativa acerca de si mesmo, auto-crítica elevada, independente de ter cometido erros ou não e, normalmente, está intimamente associado à sintomas depressivos (EGAN; WADE; SHAFRAN, 2012). Essa forma "patológica" de perfeccionismo está associada a diversos transtornos psicopatológicos, como transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), ansiedade social, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e transtorno do estresse pós traumático (TEPT) (BIELING *et al.*, 2003; BIELING; ISRAELI; ANTHONY, 2004).

Estudos demonstraram que indivíduos com escores elevados de perfeccionismo e sintomas depressivos apresentam maior dificuldade de interação social e maior grau de ansiedade, quando comparados a um grupo controle que apresenta sintomas depressivos somente, sem perfeccionismo (ENNS; COX; BORGER, 2001; HEWITT *et al.*, 1991; SASSAROLI *et al.*, 2008). Um estudo especificamente encontrou que o perfeccionismo excessivo, voltado para si mesmo, ou seja, implicando em uma auto-exigência exacerbada, era mais significativo em uma amostra de pacientes com níveis elevados de depressão, quando comparados à grupo controle, sem depressão (NORMAN *et al.*, 1998). Essa evidência demonstra que, pessoas que apresentam altos escores nos instrumentos de Perfeccionismo, estão mais propensas a desenvolverem psicopatologias (EGAN; WADE; SHAFRAN, 2012). Há também evidências científicas demonstrando a relação entre perfeccionismo e transtornos alimentares (anorexia e bulimia) (SHAFRAN; COOPER; FAIRBURN, 2002). Estudos recentes também demonstram forte associação entre preocupação patológica e perfeccionismo, em uma amostra de pacientes com transtorno de ansiedade generalizada (HANDLEY, 2014).

Uma das mais importantes contribuições para a compreensão e desenvolvimento do conceito clínico de perfeccionismo em psicopatologia foi um estudo prospectivo associando perfeccionismo e depressão. Hewitt, Flett e Ediger (1996) demonstraram que perfeccionismo clínico é um preditor para o desenvolvimento de sintomas depressivos. Em outro estudo, indivíduos com altos escores em uma escala de perfeccionismo aumentaram os sintomas depressivos ao longo de três anos de acompanhamento, piorando da depressão a medida em que o perfeccionismo também se agravava (DUNKLEY *et al.*, 2004, 2009). Diante desses estudos, é fundamental que pesquisadores e profissionais da área de saúde dêem mais atenção ao conceito de perfeccionismo, uma vez que está associado ao incremento de diversas psicopatologias (ALLOY *et al.*, 2009; EGAN.; WADE; SHAFRAN, 2011). Apesar de todas essas evidências científicas, no Brasil não existem instrumentos validados para medir graus de perfeccionismo, o que seria extremamente útil na prática clínica dos profissionais de saúde.

O perfeccionismo parece desempenhar um papel importante na etiologia, manutenção e curso de certos estados psicopatológicos. Ele foi identificado como um fator de risco específico para o desenvolvimento da anorexia nervosa (FAIRBURN *et al.*, 1999; LI-LIENFELD; WALDMAN; ISRAEL, 1994) e bulimia nervosa (FAIRBURN *et al.*, 1998; LI-LIENFELD; WOOD; GARB, 2000). Há evidências de que o perfeccionismo pode impedir o sucesso do tratamento da depressão (BLATT *et al.*, 1998) e é um elemento central do transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo (APA, 2000). Apesar disso, o perfeccionismo é um construto mal definido e pouco compreendido. Como usado atualmente, a construção de perfeccionismo pode ser "normal" (HAMACHEK, 1978) e "positiva" (FROST *et al.*, 1993) ou "patológica" (HAMACHEK, 1978) e "disfuncional" (FROST *et al.*, 1993). Quando a busca da excelência é funcional e positiva, tem pouca relevância clínica (BURNS, 1980a), ela pode ser chamada de "busca funcional por excelência" (ou perfeccionismo normal de "alto padrão") diferente do perfeccionismo disfuncional visto em amostras clínicas, onde elevados padrões são perseguidos, apesar das consequências adversas significativas.

As características do perfeccionismo foram bem descritas por pesquisadores como Hamachek (1978), Frost *et al.* (1991) e Hewitt e Flett (1991a). Esses pesquisadores observaram que pessoas com perfeccionismo clínico executam as tarefas que assumem, não apenas tentando fazer o melhor possível, mas, sim, fazendo melhor do que já foi feito antes. Estas são as pessoas cujos esforços, até mesmo em seus melhores momentos, nunca parecem ser suficientes, pelo menos para si mesmos. Parece sempre que essas pessoas poderiam e

deveriam fazer melhor. Essa procura por "um nível mais alto de desempenho do que normalmente é possível alcançar", reduz fortemente as suas possibilidades de se sentirem bem consigo mesmos" (HEWITT; FLETT, 1991b). A razão para estas normas exigentes auto-impostas é que eles "são motivados não tanto por um desejo de melhoria, mas, por um medo do fracasso. O medo leva ao comportamento de evitação, o que significa que é preciso estar sempre alerta e na defensiva para evitar o que se teme" (HEWITT; FLETT, 1991b).

Pessoas com perfeccionismo "estabelecem padrões pessoais excessivamente elevados" (HAMACHEK, 1978) e a sua auto-avaliação é fortemente influenciada pelo seu desempenho. Hollender (1965, 1978) também fornece relatos detalhados de pessoas com perfeccionismo. Ele chama a atenção para os processos cognitivos que mantêm o perfeccionismo, tais como atenção seletiva em que a pessoa está "constantemente em alerta para o que está errado e raramente se concentra no que é certo. Ele parece estar tão atento aos defeitos ou falhas, que vive sua vida como se fosse um inspetor no final de uma linha de produção" (HOLLENDER, 1965, p. 95).

A pessoa com perfeccionismo "julga a si mesmo pelo que faz, não pelo que ele é" (HOLLENDER, 1965, p. 99). Esta tipo de auto-avaliação dependente de sucesso em pessoas com perfeccionismo também é destacado por Burns (1980a). Ele observa que as pessoas com perfeccionismo definem irrealisticamente altos padrões, normalmente muito rígidos, interpretando os acontecimentos de maneira distorcida, e definem-se em termos de sua capacidade de atingir seus objetivos (BURNS, 1980a). Há também um consenso de que as pessoas com perfeccionismo prestam especial atenção às suas falhas percebidas em detrimento de seus sucessos, e que seu perfeccionismo tem consequências adversas. Estas descrições clínicas sugerem que as pessoas com perfeccionismo tendem a ser altamente críticas consigo mesmo, como um resultado de deficiências percebidas no seu desempenho (BURNS, 1980a).

Várias tentativas têm sido feitas para definir o construto "perfeccionismo". Ele tem sido definido como "a tirania dos deveres" (HORNEY, 1950) e como "a prática de exigir de si mesmo ou dos outros uma maior qualidade de desempenho do que é exigido pela situação" (HOLLENDER, 1965, p. 94). Burns (1980a) define as pessoas com perfeccionismo como "aqueles cujos padrões são elevados além do alcance ou razão; pessoas que se forçam compulsivamente e incessantemente em direção a objetivos impossíveis e que medem o seu próprio valor inteiramente em termos de produtividade e realização. Para essas pessoas, o autoconceito só pode ser destrutivo". Frost *et al.* (1990) definiram o perfeccionismo como "a

configuração de padrões excessivamente elevados de desempenho, acompanhados por auto-avaliação excessivamente crítica" (FROST *et al.*, 1990). Outra definição comum para o perfeccionismo tem relação com o transtorno obsessivo-compulsivo: "a tendência a acreditar que há uma solução perfeita para todos os problemas, e que fazendo algo perfeitamente (isto é, livre erro) não só é possível, como também necessária, e que até mesmo pequenos erros vão ter consequências graves" (FROST *et al.*, 1990; OCCWG, 1997).

Uma primeira tentativa de medir o perfeccionismo foi a subescala perfeccionismo do *Disfunctional Attitudes Scale* (DAS) (WEISSMAN; BECK, 1978) e sua adaptação por Burns (1980a). Nessa escala o perfeccionismo é considerado como um construto unidimensional. A sub-escala "sucesso" da DAS incluiu itens que apuravam a relação entre a dependência de auto-avaliação sobre a realização de alguma tarefa (por exemplo, "se eu falhar no meu trabalho, então eu sou um fracasso como pessoa"). A medida unidimensional semelhante de perfeccionismo desenvolvido no início de 1980 por Burns formou uma subescala do Inventário de Perturbações Alimentares amplamente utilizado (GARNER; OLMSTEAD; POLIVY, 1983).

No início dos anos 1990 o perfeccionismo passou a ser visto como um construto multidimensional. Esta mudança em perspectiva ocorreu por duas razões. Primeiro, argumentou-se que nas descrições clínicas, as pessoas com perfeccionismo se preocupam muito com os erros, duvidando da qualidade do seu trabalho, colocando um valor considerável nas expectativas de seus pais, e superestimando a ordem (FROST *et al.*, 1990). Em segundo lugar, a observação clínica também encontrou que o perfeccionismo tem aspectos interpessoais e que estes são importantes na auto-avaliação e na crítica e no julgamento que o paciente faz de si mesmo (HEWITT; FLETT, 1991b). Grupos de pesquisa independentes desenvolveram suas próprias escalas multidimensionais de perfeccionismo, incluindo as "dimensões" que consideravam compreender melhor o construto. A medida de Frost *et al.* (1990) inclui (1) "A preocupação com os erros (reagindo negativamente a erros, interpretando os erros como equivalente ao fracasso e o medo de perder o respeito dos outros após o fracasso, por exemplo, "eu deveria ficar chateado se cometer um erro", "Se eu falhar em parte, é tão ruim quanto ser um completo fracasso", "as pessoas vão, provavelmente, pensar algo ruim de mim, se eu cometer um erro", "quanto menos erros eu cometo, mais as pessoas vão gostar de mim"), (2) "Dúvidas sobre ações" (duvidar da qualidade do desempenho), (3) "padrões pessoais" (definição de padrões muito elevados e a excessiva importância dada à esses padrões elevados de auto-avaliação; por exemplo: "Eu tenho

objetivos muito elevados"), (4) "as expectativas dos Pais" (perceber que os pais têm expectativas elevadas) e (5) "Crítica Parental" (perceber seus pais como sendo excessivamente críticos). Alguns dos itens abordam crenças atuais (por exemplo: "As pessoas vão pensar mal de mim, se eu cometer um erro"), enquanto outros itens se referem a situações passadas. A escala multidimensional de Hewitt e Flett (1991a) é composta por três sub-escalas:

- a) Padrões pessoais: orientada para o auto perfeccionismo, aborda muitas das características clínicas descritas anteriormente, incluindo estabelecimento de normas exigentes para si mesmo, avaliar seu próprio comportamento rigorosamente e se esforçar para atingir a perfeição, bem como se esforçar para evitar o fracasso.
- b) Perfeccionismo voltado para os outros: é definido como padrões irrealisticamente altos para avaliação do comportamento dos outros (por exemplo, "tudo o que os outros fazem deve ser de alto nível de qualidade").
- c) Perfeição em relação ao social: avalia a crença de que os outros têm altos padrões para o indivíduo, que rigorosamente o avaliam e julgam o tempo todo, e que eles exercem pressão para o indivíduo ser perfeito (por exemplo: "as pessoas não esperam nada menos que a perfeição de mim" ou "Acho que é difícil atender as expectativas dos outros" ou ainda "As pessoas ao meu redor esperam que eu tenha sucesso em tudo o que faço").

Para entender perfeccionismo clinicamente relevante, é necessário definir o construto, de forma a compreender suas características principais. Shafran, Cooper e Fairburn (2002) propõem que o perfeccionismo clínico deve ser definido como: a necessidade de auto-avaliação rígida e excessivamente exigente, padrões de comportamento auto-impostos, em pelo menos um domínio da vida (social, trabalho/ escola), apesar de consequências adversas que essa auto-exigência possa causar de prejuízo para o indivíduo. O que esta definição, amplamente aceita atualmente, sugere é que as pessoas com perfeccionismo tem um esquema de avaliação do que é disfuncional de duas maneiras (SHAFRAN; COOPER, FAIRBURN, 2002). Primeiro, é excessivamente dependente de uma área ou seja, se esforça para alcançar padrões de exigência pessoalmente. Tal dependência excessiva significa que a auto-avaliação é extremamente vulnerável e, o não cumprimento desses padrões resulta em auto-crítica e auto-avaliação negativa. Em segundo lugar, o sistema de auto-avaliação é altamente dependente do domínio em que o perfeccionismo é expresso. Considerando a dependência

excessiva de auto-avaliação como parte da psicopatologia do perfeccionismo, fica claro que usar simplesmente a dimensão de "cumprimento de normas" como o único determinante do perfeccionismo é inadequada (SHAFRAN; COOPER; FAIRBURN, 2002). Outros fatores devem ser levados em consideração, dentro da visão multidimensional de perfeccionismo, pois algumas pessoas tendem a definir a si mesmos com padrões muito exigentes (FROST *et al.*, 1993; HAMACHEK, 1978; TERRY-SHORT *et al.*, 1995).

Essa definição multidimensional enfatiza a dependência da auto-avaliação crítica, em que a pessoa se esforça para cumprir as normas, acompanhada por elevada auto-crítica, o que pode resultar em falha percebida. Isso distingue o perfeccionismo clínico da "busca saudável de excelência", onde não há uma auto-crítica tão elevada, nem a percepção constante de falha. Uma parte importante da construção do perfeccionismo clinicamente relevante é que é disfuncional; o perfeccionismo patológico está presente quando exigentes padrões pessoais são perseguidos, apesar das consequências adversas significativas. Essas consequências podem ser emocionais (por exemplo, depressão), sociais (por exemplo, isolamento social), física (por exemplo, insônia), cognitivas (por exemplo, dificuldade de concentração) ou comportamentais (por exemplo, verificações repetidas do trabalho, refazer repetidas vezes uma tarefa, tempo excessivo para concluir tarefas (RHÉAUME *et al.*, 2000). Essas consequências são toleradas porque a auto-avaliação da pessoa depende da busca e obtenção de seus objetivos. Além disso, essas consequências não podem ser vistas pela pessoa como aversivas, uma vez que podem ser interpretadas como evidências da verdadeira luta para atingir os objetivos (de perfeição, que são essencialmente inatingíveis).

Incorporado nesta definição, está o reconhecimento de que as normas que as pessoas com perfeccionismo perseguem são autoimpostas (HAMACHEK, 1978); a adoção dessas normas como a suas é fundamental para a construção do perfeccionismo clínico. Uma característica do perfeccionismo diz respeito à natureza da norma que está sendo perseguida (FROST *et al.*, 1993 ;SHAFRAN; COOPER; FAIRBURN, 2002). Definições atuais de perfeccionismo indicam que as normas seguidas são excessivamente altas, dada a situação. No entanto, a experiência clínica evidencia que, embora as pessoas possam, muitas vezes, buscar padrões dessa natureza, isso não significa necessariamente um perfeccionismo clínico, uma vez que a característica essencial é que o padrão a ser alcançado têm de ser elevado e exigente na avaliação do próprio indivíduo. Pessoas com perfeccionismo tem altos padrões em domínios da vida que têm significado pessoal, mas não em domínios de pouca ou nenhuma relevância pessoal (FROST *et al.*, 1993; SHAFRAN; COOPER; FAIRBURN,

2002). Por exemplo, uma paciente com anorexia nervosa pode estar decidida a perseguir padrões de restrição alimentar (SHAFRAN; COOPER; FAIRBURN, 2002). No entanto, é pouco provável que ela esteja perseguindo padrões equivalentemente exigentes em domínios tais como o futebol ou a jardinagem, uma vez que estes não são áreas para ela. A consciência da importância de domínios é reconhecido na composição do perfeccionismo (FREESTON *et al.*, 1994a, 1997).

A psicopatologia nuclear do perfeccionismo é expressa como um medo mórbido de fracasso e a busca incessante do sucesso. Para as pessoas com perfeccionismo, qualquer falha percebida em seus resultados, em algum domínio relevante nas suas vidas, é motivo de severa autocrítica, o que mantém a visão negativa de si mesmos. Esta hipótese é consistente com dados que demonstram uma relação negativa entre o medo do fracasso e auto-estima (JOUBERT, 1990) e que o perfeccionismo auto-orientado "está associado a uma incapacidade de tolerar falhas" (FLETT *et al.*, 1991a) e o medo extremo do fracasso (FLETT *et al.*, 1991a).

Propõe-se que as pessoas com perfeccionismo operacionalizam internamente os seus padrões na forma de regras. Por exemplo, um paciente cujo objetivo era a perda de peso, tornou isso uma regra onde diariamente ele tinha que pesar pelo menos 1kg menos do que no dia anterior. Tais regras são, pela sua natureza, dicotômicas: ou elas são integralmente cumpridas, ou não são. Não é surpreendente, portanto, que as pessoas com perfeccionismo sejam caracterizadas como tendo um modo 'tudo ou nada' de pensamento, que caracteriza uma distorção cognitiva do tipo Pensamento Dicotômico (ANTONY; SWINSON, 1998; BECK, 1995; GREENBERGER; PADESKY, 1995). A tentativa de aderir a estas regras significa que a pessoa é dominada por 'deveres', pela culpa e por auto-recriminação quando uma regra é transgredida.

Pessoas com perfeccionismo dedicam-se à busca de seus padrões de exigência pessoal. Essa dedicação requer uma grande dose de auto-controle: na verdade, auto-controle é fundamental para a busca de uma melhor performance e realização de seus objetivos. Neste contexto, a 'performance' não se refere apenas à realização do objetivo particular, mas também a 'performance' da pessoa em termos de sua busca pelo objetivo (ANTONY; SWINSON, 1998; BECK, 1995; GREENBERGER; PADESKY, 1995). Por exemplo, uma paciente não avalia somente se seu peso diminuiu a cada dia, mas ela também avalia-se em termos do grau em que ela havia se esforçado para a perda de peso (por exemplo, conseguindo resistir a comer, apesar dos fortes sentimentos de fome). Sugere-se que algumas pessoas usam as consequências adversas de seu esforço como prova de que as suas normas e

seu desempenho são, de fato, bastante rigorosos (BECK, 1995; GREENBERGER; PADESKY, 1995). Outro exemplo, um paciente interpretou o fato de que ela estava dormindo apenas quatro horas por noite, como prova de que ele estava trabalhando duro e "fazendo o seu melhor". O não cumprimento desses padrões sugere que as pessoas com perfeccionismo clínico avaliam seus padrões e desempenho de forma tendenciosa. Tais preconceitos incluem atenção seletiva para o "fracasso" e ao desconto do "sucesso", minimizando sua importância (ANTONY; SWINSON, 1998; BURNS, 1980b; HAMACHEK, 1978; HOLLENDER, 1965). Trata-se de prestar mais atenção aos erros percebidos ou reais no desempenho do que aos pontos livres de erros (FROST *et al.*, 1997).

É inevitável que, para algumas pessoas, essa busca de normas e padrões rígidos e seu medo de não atingi-los torna-se tão aversivo que as faz adiar tarefas iniciais (procrastinação), abandoná-las no meio do caminho ou evitá-las completamente (ANTONY; SWINSON, 1998; BURNS, 1980a; FROST *et al.*, 1990; SLADE; OWENS, 1998). Uma análise detalhada da relação entre procrastinação e as medidas multidimensionais levou à sugestão de que a procrastinação é uma resposta a uma forma de avaliação social que envolve a imposição percebida de expectativas irreais sobre o *self* (FLETT; HEWITT; MARTIN, 1995). Esta esquiva não é a solução, no entanto, uma vez que as suas preocupações permanecem inalteradas e eles continuam a antecipar que eles vão deixar de cumprir as suas normas. Sugere-se que as pessoas com perfeccionismo serão mais autocríticas e irão avaliar-se negativamente depois de não conseguir cumprir as suas normas.

O cumprimento das normas com sucesso não é incomum para as pessoas com perfeccionismo clínico, atendendo, ocasionalmente, aos seus padrões rigorosos. Este "sucesso" tem duas consequências: primeiro, ele melhora temporariamente a auto-avaliação negativa e serve como um reforçador intermitente para continuar a busca por esses padrões (BURNS, 1980a). Em segundo lugar, no entanto, as normas são imediatamente reavaliadas como sendo insuficientes. Se os padrões da pessoa são realizáveis, em seguida, eles são considerados como tendo sido insuficientemente exigentes, por exemplo, um paciente que atingiu a nota máxima em seu grau considerou que seu tema era particularmente fácil. Ele justifica isso dizendo que havia poucas pessoas que lêem o seu assunto, que não estava competindo contra os alunos mais brilhantes. Ele pensou que seria improvável que conseguisse este resultado em um assunto 'bom'. Uma consequência da redefinição de padrões é que é ainda mais provável que a pessoa experimente o fracasso, assim, sua auto-crítica é

susceptível de ser mantida (ANTONY *et al.*, 1998; ANTONY; SWINSON, 1998; BURNS, 1980a; FROST *et al.*, 1990; SLADE; OWENS, 1998).

Outras razões para a persistência de perfeccionismo clínico ocorre em um contexto social no qual a busca de padrões elevados é muitas vezes tolerada. Pacientes com perfeccionismo frequentemente relatam expectativas e críticas dos pais (FROST; LAHART; ROSENBLATE, 1991; VIETH; TRULL, 1999). As pessoas que perseguem e alcançam altos padrões são frequentemente elogiadas e recebem recompensas. A busca determinada de alto padrão também pode ter o benefício indireto de simplificar a vida da pessoa, e dando-lhes um sentido de estrutura e controle. Estes aspectos positivos podem disfarçar consequências adversas, tais como ansiedade de desempenho, redução de interesses, isolamento social, cansaço, mau humor e um difuso sentimento de fracasso. Por isso, é raro que os pacientes com perfeccionismo clínico apresentem somente esse diagnóstico isolado. Pelo contrário, é normalmente visto em conjunto com outros transtornos de Eixo I ou Eixo II.

Perfeccionismo foi encontrado para prever a resposta fraca ao tratamento de depressão, independentemente da modalidade de tratamento, e tem sido sugerido que interfere no desenvolvimento da aliança terapêutica (BLATT; D'AFFILITI; QUINLAN, 1976; BLATT *et al.*, 1982; BLATT; ZUROFF 1992; ZUROFF; KOESTNER; POWERS, 1994; ZUROFF; MOSKOWITZ; CÔTÉ, 1999). Esta descoberta pode também ser atribuída, em parte, às características de depressão clínica e sua interação com o perfeccionismo. Pacientes com depressão caracteristicamente têm falta de motivação, o que aumenta a probabilidade de que eles não consigam cumprir as suas normas. Por sua vez, isso irá manter a sua negativa de auto-avaliação e de mau humor. Sugere-se que uma interação entre o perfeccionismo clínico e resposta ao tratamento será vista sempre que o domínio em que o perfeccionismo é expresso sobrepõem-se com o domínio afetado pelo transtorno psiquiátrico. Por exemplo, se os pacientes são perfeccionistas em termos de desempenho social, e seu transtorno psiquiátrico é fobia social, sugere-se que a presença do perfeccionismo servirá como um mecanismo de manutenção adicional do transtorno e, assim, dificultará o sucesso do tratamento.

Da mesma forma, se o perfeccionismo é expresso no domínio da ordem e transtorno de base é o TOC (transtorno obsessivo-compulsivo), sugere-se que o prognóstico é pior do que em pacientes sem perfeccionismo clínico (FROST; LAHART; ROSENBLATE, 1991; VIETH; TRULL, 1999). Atualmente acredita-se que o perfeccionismo clínico impede o sucesso do tratamento de transtornos do Eixo I. Diante disso, implicações para estratégias de tratamento cognitivo-comportamental para o tratamento de perfeccionismo (ANTONY;

SWINSON, 1998; BURNS, 1980b; FERGUSON; RODWAY, 1994) têm sido descritas. Com base na presente análise cognitivo-comportamental, alguns autores sugerem que o tratamento do perfeccionismo clínico deve ter quatro componentes. Em primeiro lugar, é importante ajudar o paciente a identificar o perfeccionismo como um problema, e para colocá-lo dentro de uma formulação de caso cognitivo-comportamental que faça sentido para ele. Dentro da formulação, os pacientes devem ser ajudados a reconhecer que parte do problema é a rigidez de seu esquema de auto-avaliação, que é muito dependente de um aspecto particular da sua vida. Além disso, o domínio em que o perfeccionismo é expresso (e em que o paciente avalia) é inerentemente disfuncional (por exemplo, atingir a magreza) e este deve ser identificado (FERGUSON; RODWAY, 1994).

Embora a formulação deva incluir um contexto histórico, a ênfase deve ser sobre os processos mantenedores do perfeccionismo. O segundo componente é estabelecer o objetivo do tratamento. Propõe-se que um dos principais objetivos do tratamento deve ser de ampliar o esquema do paciente para a auto-avaliação. Para isso, os terapeutas precisam examinar as estratégias existentes do paciente para avaliar a si mesmos (ou seja, o perfeccionismo). Em seguida, os pacientes devem ser ajudados a identificar e adotar formas alternativas de pensar e agir que irão ampliar seus meios de auto-avaliação, e a escolha de domínios que não sejam inerentemente disfuncionais. Se, por exemplo, a auto-avaliação de uma pessoa é totalmente dependente de um único domínio, por exemplo, ter interações sociais, então será mais frágil do que se vários domínios estão contribuindo para a auto-avaliação. O terceiro componente do tratamento envolve o uso de experimentos comportamentais para testar hipóteses concorrentes (FROST; LAHART; ROSENBLATE, 1991; VIETH; TRULL, 1999). Tais experimentos comportamentais, muitas vezes, incluem a exposição a situações evitadas (CLARK, 1997; RACHMAN; GRUTER-ANDREW; SHAFRAN, 2000). O quarto componente do tratamento é o uso de métodos cognitivo-comportamentais para lidar com padrões pessoais dos pacientes e auto-crítica em geral. Na prática, isso envolve ajudar os pacientes a identificar e alterar as regras que incorporam o pensamento dicotômico (por exemplo, 'se a casa não está totalmente arrumada, é uma confusão absoluta'). Métodos cognitivos tradicionais, como a reestruturação cognitiva e o uso da técnica do *continuum* podem ajudar a diminuir o pensamento dicotômico (GREENBERGER; PADESKY, 1995) podendo também ser usados como experimentos comportamentais.

Atenção especial também deve ser dada aos vieses cognitivos que mantêm o perfeccionismo, particularmente atenção seletiva para a possibilidade de falha (por exemplo, um

comentário negativo sobre um ensaio, uma falha em uma performance de ginástica) e o acompanhamento vigilante de desempenho. As estratégias podem ser adaptadas a partir de abordagens existentes para o perfeccionismo e auto-estima (ANTONY; SWINSON, 1998; BARROW; MOORE, 1983; BURNS, 1980b; FENNELL, 1997; PACHT, 1984) e à intolerância da incerteza, que pode ser abordada através de procedimentos do tratamento cognitivo-comportamental para transtorno obsessivo-compulsivo (FREESTON; RHÉAUME; LADOUCEUR, 1996). Estes métodos incluem o fornecimento de informações sobre a natureza da atenção seletiva, mantendo registros de dados positivos, tolerância à incerteza, aumentando o engajamento em atividades relaxantes e agradáveis, e exposição com prevenção de recaídas.

A autoavaliação de pessoas com perfeccionismo clinicamente relevante é vista como excessivamente dependente da busca de padrões de exigência pessoal em pelo menos um domínio, apesar das consequências adversas. Sugere-se que o perfeccionismo clínico é mantido pelo estabelecimento de normas dicotômicas, avaliando o esforço e o desempenho de uma forma tendenciosa, além de auto-crítica exacerbada. O perfeccionismo clínico é um fator que pode contribuir para a manutenção de comorbidades do Eixo I, quando o domínio em que o perfeccionismo é expresso sobrepõe o domínio afetado pelo transtorno psiquiátrico. Argumenta-se que a anorexia e a bulimia nervosas podem ser a expressão do perfeccionismo clínico no domínio da alimentação, forma ou peso e seu controle. Uma série de hipóteses testáveis são delineadas, e implicações para o tratamento discutido. Avaliação da análise e sua utilidade clínica está em andamento (RACHMAN; GRUTER-ANDREW; SHAFRAN, 2000).

Mais recentemente, foi proposto um modelo cognitivo-comportamental para o perfeccionismo clínico. Esta construção se deu a partir de observações clínicas realizadas no tratamento de pacientes com transtornos alimentares, e refere-se especificamente a um tipo disfuncional de perfeccionismo auto-centrado, em que o indivíduo prossegue com determinação auto-imposta, normas pessoalmente exigentes, apesar das consequências adversas. A visão de que a auto-avaliação do indivíduo é, em grande parte, ou mesmo exclusivamente, dependente da realização dos seus padrões de desempenho é central para esta construção desse construto (SHAFRAN; COOPER; FAIRBURN, 2002). Um componente crítico do perfeccionismo não é simplesmente que o indivíduo se esforça para obter padrões elevados, mas sim, o impacto do não cumprimento desses padrões sobre a auto-avaliação. De acordo com esse relato cognitivo-comportamental, uma série de mecanismos contribui para a manutenção do perfeccionismo clínico, incluindo comportamentos, tais como a verificação e

prevenção, e fatores cognitivos, como pensamento dicotômico operacionalizado como regras rígidas, também conhecido como distorções cognitivas (SHAFRAN; COOPER; FAIRBURN, 2002; RILEY; SHAFRAN, 2005).

Tem havido alguma controvérsia sobre o construto de perfeccionismo clínico, se este seria uni ou multidimensional (HEWITT *et al.*, 2003; HEWITT; FLETT, 1993, 2002; SHAFRAN; COOPER; FAIRBURN, 2003). As medidas multidimensionais propositadamente não especificam um prazo, porque a construção que eles são projetados para avaliar é um 'traço', estável e duradouro (ENNS; COX, 2002; ENNS; COX; BORGER, 2001). Por outro lado, o perfeccionismo clínico não é visto como um estilo de personalidade disfuncional estável, mas sim uma forma de psicopatologia mantida por cognições e comportamentos específicos (LUNDH; OST, 2001; ROSSER; ISSAKIDIS; PETERS, 2003).

O interesse teórico e pesquisa na construção do construto 'perfeccionismo' tem crescido significativamente ao longo da última década (ANTONY *et al.*, 1998; HEWITT; FLETT, 1991b, 1993; HEWITT; FLETT; TURNBULL-DONOVAN, 1992; HEWITT *et al.* 1991; HEWITT; FLETT, 1991a; SHAFRAN; MANSELL, 2001). Diversos autores sugerem que o perfeccionismo leva a uma sensação crônica de fracasso, indecisão, procrastinação, e vergonha (BURNS, 1980b; HAMACHEK, 1978; HOLLENDER, 1965; PACTH, 1984). Uma questão ainda não resolvida é se o perfeccionismo sempre, e de maneira uniforme, leva a dificuldades para o indivíduo. Certamente, as consequências deletérias do perfeccionismo tem sido enfatizadas, mas devem ser examinadas mais cuidadosamente (FROST *et al.*, 1990; HAMACHEK, 1978; HEWITT; FLETT, 1991a, 1991b; HOLLENDER, 1965; PACTH, 1984). No entanto, opiniões divergentes e pesquisas recentes sugerem que o perfeccionismo pode conter ambas as características, adaptativas e mal-adaptativas (BIELING *et al.*, 2003; ENNS *et al.*, 2001) e, curiosamente, há recentes evidências, do ponto de vista teórico, que duas formas de perfeccionismo co-existem (ENNS; COX; CLARA, 2002; ENNS; COX; CLARA, 2005; FROST *et al.*, 1993; HILL; MCINTIRE; BACHARACH, 1997; SLADE; OWENS, 1998).

A distinção entre perfeccionismo "saudável" ou adaptativo, e perfeccionismo mal-adaptativo é importante porque levanta uma série de questões conceituais e pragmáticas sobre a própria construção. Estes incluem a definição mais fundamental de perfeccionismo e construção de ferramentas de medição adequadas que capturar o construto subjacente. As duas medidas mais comuns de perfeccionismo foram obtidas a partir de uma perspectiva clínica, sendo o perfeccionismo visto como uma característica de personalidade que é

problemática e precisa de modificação. Essas escalas foram desenvolvidas na última década, por duas equipes distintas de pesquisadores (FROST *et al.*, 1990; HEWITT; FLETT, 1991a).

Paul Hewitt e seus colegas (HEWITT *et al.*, 1991; HEWITT; FLETT, 1991a, 1991b, 1993; HEWITT; FLETT; TURNBULL-DONOVAN, 1992) definiram o perfeccionismo como um construto multidimensional, com conteúdo intrapessoal e interpessoal. A sua escala tem três dimensões: perfeccionismo auto-orientado (definição de padrões pessoais excessivos e rigorosa avaliação de seu comportamento), perfeccionismo orientado para os outros (expectativas de perfeição que se tem para os outros) e perfeccionismo socialmente prescrito (a percepção de que as outras pessoas esperam um ser perfeito e que as pessoas são duras e punitivas) (HEWITT *et al.*, 1991; HEWITT; FLETT, 1991a, 1991b, 1993; HEWITT; FLETT; TURNBULL-DONOVAN, 1992). Frost *et al.* (1990) também se concentraram em elevados padrões rígidos em sua medida, chegando a sugerir que um componente do perfeccionismo é uma tendência a ser crítico com seu próprio comportamento (FROST *et al.*, 1990). A escala de Frost *et al.* (1990) também avalia a origem do perfeccionismo, as expectativas e críticas dos pais. Estas duas escalas de perfeccionismo têm sido associados com uma ampla variedade de psicopatologia (SHAFRAN; MANSELL, 2001), bem como as consequências comportamentais negativas (ALDEN; BIELING; WALLACE, 1994; BIELING; ALDEN, 2001; BIELING *et al.*, 2003).

No entanto, ao contrário dos desenvolvedores dessas escalas, os teóricos anteriores, como Hamachek (1978) argumentam que alguns aspectos do perfeccionismo podem ser adaptativos, uma vez que promovem a excelência e o esforço para cumprir metas importantes. Hamachek (1978) denominou essa forma mais adaptativa de "perfeccionismo normal" e chamou a forma mal-adaptativa de "perfeccionismo neurótico". É importante salientar que, na cultura mais ampla, fora da psicologia clínica e da personalidade, o perfeccionismo é muitas vezes tolerado, e até incentivado, devido à percepção de que a perfeição está associada com recompensas importantes em domínios tais como esportes, negócios, ciência e no âmbito acadêmico. Um argumento que pode explicar a percepção leiga do perfeccionismo tem sido avaliado por Slade e Owens (1998), que distingue conceitualmente entre as formas normal / saudável de perfeccionismo e uma forma patológica.

Baseado em um modelo comportamental, os autores sugerem que o perfeccionismo saudável está relacionado com o reforço positivo. Em outras palavras, o perfeccionismo que leva a obtenção de elevados padrões e, em última instância, as recompensas para alcançar essas normas podem não levar a distúrbios psicológicos. Em contraste, o perfeccionismo mal-

adaptativo parece estar relacionado com o reforço negativo e comportamentos prejudiciais para o indivíduo (SLADE; OWENS, 1998). Por exemplo, se preocupar com a forma como os outros o avaliam, dúvida excessiva, e se preocupar com cometer erros pode levar a comportamentos problemáticos (ou seja, a evasão de tarefas, verificação excessiva ou comportamentos que visam recuperar a auto-estima) (SLADE; OWENS, 1998; HEWITT; FLETT; TURNBULL-DONOVAN 1992). Esta conceitualização do perfeccionismo em componentes adaptativos e mal adaptativos pode ser parcialmente testada examinando cuidadosamente as medidas existentes de perfeccionismo para ambos os componentes positivos e negativos (HEWITT; FLETT; TURNBULL-DONOVAN, 1992).

Embora alguns estudos tenham explicitamente estabelecido a distinção entre o perfeccionismo positivo ou adaptativo e perfeccionismo negativo ou mal adaptado, há alguma evidência para essa distinção conceitual. Um dos primeiros estudos para lançar luz sobre esta questão foi realizado pela Frost *et al.* (1993), que estavam interessados nas relações entre as duas medidas de perfeccionismo multidimensionais. Estes pesquisadores descobriram que algumas sub-escalas das duas escalas perfeccionismo foram positivamente correlacionadas com efeito positivo e não correlacionados com efeito negativo. Além disso, a análise fatorial das nove sub-escalas das medidas de Frost e Hewitt revelou dois fatores, com cinco sub-escalas em um fator, e quatro sub-escalas em um segundo fator. Os autores concluíram que o segundo fator representou o 'aspecto adaptativo de motivação pessoal' (FROST *et al.*, 1993; 125 p.).

Outros estudos de validação e de correlação parecem fornecer evidências de uma distinção entre o perfeccionismo adaptativo e mal adaptado. Hill *et al.* (2004) realizaram um estudo para entender o posicionamento do perfeccionismo construir dentro de uma taxonomia de 5 pontos: neuroticismo, extroversão, abertura, afabilidade, e consciência (COSTA JUNIOR; McCRAE, 1976). Em uma amostra de alunos de graduação, os autores descobriram que o perfeccionismo auto-orientado foi associado a inúmeras facetas da consciência, e negativamente associado com a faceta vulnerabilidade para neuroticismo (HILL *et al.*, 2004). Este estudo sugere duas conotações (positiva e negativa) em termos da taxonomia proposta. Quando orientada para a auto perfeccionismo, parece ter consequências em grande parte adaptáveis, ao passo que o perfeccionismo socialmente prescrito teve consequências mais negativas (HILL *et al.*, 2004). Emergentes estudos também sugerem que esta distinção entre o perfeccionismo adaptativo e inadaptado tem pelo menos alguma validade. Perfeccionismo adaptativo parece levar a menos comportamentos autodestrutivos em situações de avaliação,

um foco na tarefa ao invés de ruminância sobre o desempenho na mesma, e menos vulnerabilidade à afetividade negativa (BIELING *et al.*, 2003; ENNS *et al.*, 2001; RHÉAUME *et al.*, 2000).

Em conjunto, as duas explicações teóricas e, pelo menos, alguns dados empíricos, sugerem que o perfeccionismo pode ter características tanto adaptativas quanto não-adaptativas. No entanto, estudos existentes ainda deixam em aberto a questão de o perfeccionismo ser melhor descrito como uma construção unitária, ou se é melhor descrito como tendo duas dimensões subjacentes, adaptativo e não-adaptativo. Outra questão é se as duas formas de perfeccionismo são independentes uma da outra, ou se elas estão correlacionadas, positiva ou negativamente (EGAN; WADE; SHAFRAN, 2011; ENNS *et al.*, 2001; SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

O perfeccionismo tem sido implicado na etiologia e manutenção dos transtornos alimentares, transtornos de ansiedade e depressão (SHAFRAN; MANSELL, 2001). Shafran e Mansell demonstraram uma clara associação entre perfeccionismo e psicopatologia, demonstrando que os escores de perfeccionismo são mais elevados em muitos distúrbios psiquiátricos, quando comparados com amostras não clínicas (EGAN; WADE; SHAFRAN, 2011).

Atualmente, considera-se um o perfeccionismo como um processo transdiagnóstico, não simplesmente como aquele que ocorre em diferentes diagnósticos, mas também aquele que é tanto um fator de risco para a doença, quanto um mecanismo de manutenção. A simples ocorrência de processos em diferentes transtornos é de interesse limitado, mas a demonstração de que esses processos contribuem para a etiologia e manutenção da psicopatologia tem implicações importantes para a prevenção e para o tratamento (EGAN; WADE; SHAFRAN, 2011). Por esta razão, o foco das pesquisas atuais está em estudos prospectivos e que informam a questão dos mecanismos compartilhados, mantendo os distúrbios, ao invés de estudos de associação simples (EGAN; WADE; SHAFRAN, 2011). Finalmente, é discutível se o perfeccionismo é uma característica de personalidade, um conjunto de características cognitivo-comportamentais, um sintoma de psicopatologia ou um "processo" (EGAN; WADE; SHAFRAN, 2011). Muitos autores consideram que se enquadre na definição de um processo como "um aspecto da cognição ou comportamento que pode contribuir para a manutenção de um distúrbio psicológico" (EGAN; WADE; SHAFRAN, 2011; HARVEY *et al.*, 2004, p. 14).

Dentro desse novo conceito transdiagnóstico para o construto de perfeccionismo, fez-se necessário o desenvolvimento de escalas de medida que atendessem a esse modo de compreensão. Assim, o Inventário Multidimensional de Perfeccionismo (MPCI) desenvolvido na Universidade de Tóquio, no Japão, é um instrumento promissor para avaliar a frequência de cognições associadas com perfeccionismo ao longo de três dimensões: padrões pessoais, busca da perfeição, e preocupação com os erros (KOBORI, 2006; KOBORI; TANNO, 2004; 2005).

2.5. MULTIDIMENSIONAL PERFECTIONISM COGNITIONS INVENTORY (MPCI)

O MPCI foi desenvolvido para fornecer uma avaliação multidimensional de cognições associadas com perfeccionismo auto-orientado (KOBORI, 2006; KOBORI; TANNO, 2004). O auto-perfeccionismo é uma forma de perfeccionismo que foi primeiramente descrita por Hewitt *et al.* (1991). É composto por crenças que a busca da perfeição e ser perfeito é importante, e é caracterizada pela definição de altos padrões para si mesmo e uma necessidade de buscar a perfeição. O perfeccionismo auto-orientado é uma forma intrapessoal de perfeccionismo: ele deriva de si mesmo e é direcionado para o *self*. Assim, o perfeccionismo auto-orientado é principalmente motivado internamente (ENNS; COX, 2002; HEWITT *et al.*, 1991; STOEBER; FEAST; HAYWARD, 2009). Para entender melhor a natureza do perfeccionismo auto-orientado, é útil compará-lo com o perfeccionismo socialmente prescrito, uma outra forma de perfeccionismo, descrito primeiramente por Hewitt *et al.* (1991). O perfeccionismo socialmente prescrito compreende as crenças que os outros têm altos padrões de exigência e que a aceitação dos outros é condicionada ao cumprimento desses padrões elevados. O perfeccionismo socialmente prescrito é uma forma interpessoal do perfeccionismo: ele deriva da percepção do indivíduo sobre os outros e suas expectativas. Assim, o perfeccionismo socialmente prescrito é principalmente motivado externamente (ENNS; COX, 2002; HEWITT *et al.*, 1991; STOEBER; OTTO, 2006; STOEBER *et al.*, 2007).

Para avaliar o perfeccionismo auto-orientado e socialmente prescrito, Hewitt e Flett desenvolveram a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (ou *Mutidimensional Perfectionism Scale* - MPS), que desde então se tornou uma das medidas multidimensionais mais amplamente utilizada para avaliar perfeccionismo. Ao revisar a literatura sobre o perfeccionismo auto-orientado e o perfeccionismo socialmente prescrito, Enns e Cox (2002) descobriram que o perfeccionismo socialmente prescrito representou uma forma negativa de

perfeccionismo, mostrando associações fortes e consistentes com afeto negativo e vários indicadores de desajuste psicológico. O perfeccionismo auto-orientado, por sua vez, apresentou um padrão misto de associações. Por um lado, o perfeccionismo auto-orientado foi associado a características negativas, processos, e resultados relacionados a neuroticismo e depressão (HEWITT; FLETT, 2004). Por outro lado, foi associado com características positivas, processos e resultados, tais como consciência, estratégias de *coping* orientado para tarefas, alcance de metas, e afeto positivo (DUNKLEY; BLANKSTEIN, 2000; FROST *et al.*, 1993; O'CONNOR; O'CONNOR; MARSHALL, 2007; POWERS; KOESTNER; TOPCIU, 2005; RICE; ASHBY; SLANEY, 2007).

O *Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory*, MPCCI (KOBORI; TANNO, 2004; 2005) foi desenvolvido para explorar ainda mais os aspectos positivos e negativos do perfeccionismo auto-orientado. Para tal, os autores construíram um instrumento para uma avaliação multidimensional das cognições de perfeccionismo, que incluem cognições positivas e negativas. A construção do MPCCI foi inspirada pelo *Perfectionism Cognitions Inventory*, o PCI (FLETT *et al.*, 1998). O PCI é uma medida para avaliar a frequência de cognições de perfeccionismo, composta por 25 itens que capturam pensamentos automáticos típicos para o perfeccionismo (por exemplo, "Meus objetivos são muito altos", "Eu devo ser perfeito", "Não importa o quanto eu faço, nunca é suficiente").

Instruções orientam os entrevistados que as afirmações do questionário descrevem "pensamentos sobre o perfeccionismo que às vezes surgem na cabeça das pessoas", e os entrevistados indicam a frequência com que experimentaram esses pensamentos ao longo da última semana" (KOBORI, 2006, p. 24). Os instrumentos anteriores, que consideram o perfeccionismo como unidimensional, contém instruções que dizem aos entrevistados que as afirmações do questionário descrevem "características pessoais e traços" (HEWITT; FLETT, 2004, p.14), e os entrevistados indicam o quanto eles concordam ou discordam de cada afirmação. Conseqüentemente, o PCI (*Perfectionism Cognitive Inventory*, que é um instrumento unidimensional), é projetado para capturar os aspectos mais transitórios de perfeccionismo. No entanto, ele tem uma importante limitação. Flett *et al.* (1998) e Flett *et al.* (2007) consideram o PCI como uma medida unidimensional e, assim, combinam todos os 25 itens para uma pontuação geral, independentemente de eles capturam padrões pessoais (por exemplo, "Meus objetivos são muito altos"), a necessidade de ser perfeito ("eu deveria ser perfeito"), ou preocupações avaliativas ("Não importa o quanto eu faça, nunca é o suficiente").

Pesquisas com medidas de perfeccionismo multidimensionais, no entanto, demonstraram que é importante diferenciar entre padrões pessoais e preocupações de avaliação (FROST *et al.*, 1990; SLANEY *et al.*, 2001.). Em particular, alguns autores demonstraram que quando os padrões pessoais e preocupações avaliativas são combinados para uma pontuação global de perfeccionismo, esta pontuação é associada com maior risco de desenvolvimento de patologias (FROST *et al.*, 1990;. STÖBER, 1998). Em contraste, quando os padrões pessoais e preocupações de avaliação são considerados separadamente, apenas preocupações de avaliação estão associados com maior angústia e afeto negativo, enquanto que padrões pessoais estão associados com afeto positivo (DiBARTOLO; LI; FROST, 2008; FROST *et al.*, 1993).

Neste contexto, o MPCCI foi desenvolvido para proporcionar um instrumento multidimensional, medindo ambas as cognições de perfeccionismo, positivos e negativos (KOBORI, 2006). Uma grande amostra de estudantes de graduação japoneses responderam a um conjunto inicial de itens com base em descrições de casos e discussões sobre os aspectos positivos e negativos de perfeccionismo auto-orientado (FROST *et al.*, 1990;. HAMACHEK, 1978; SAKURAI; OHTANI, 1997; SHAFRAN; COOPER; FAIRBURN, 2003). Em seguida, em uma análise fatorial exploratória foi realizada a extração de três fatores e usando a rotação oblíqua, com os fatores altamente correlacionados (RUSSELL, 2002). Após a exclusão de itens com cargas problemáticas (ou seja, cargas insubstanciais ou cargas substanciais em mais de um fator), foram selecionados os cinco itens com as maiores cargas fatoriais, e uma análise fatorial confirmatória foi realizada mostrando que o modelo oblíquo de três fatores revelou-se como um ajuste aceitável com os dados (KOBORI, 2006).

O inventário resultante foi chamado de *Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory* (MPCCI), que inclui três subescalas: padrões pessoais, que mede as cognições acerca de padrões perfeccionistas; busca da perfeição, que investiga sobre a necessidade de ser perfeito; e preocupação com erros, que avalia os erros e afetos negativos associados à necessidade de ser perfeito. Além disso, Kobori (2006) previa uma versão em Inglês do MPCCI, o MPCCI-E. O MPCCI-E foi traduzido a partir da versão japonesa usando um procedimento *backtranslation* padrão (BRISLIN; LONNER; THORNDIKE, 1973)

O primeiro estudo de validação (KOBORI, 2006; KOBORI; TANNO, 2004) utilizou uma amostra de 371 estudantes de graduação (132 do sexo masculino, 239 do sexo feminino), recrutada em uma grande universidade britânica, que completaram o MPCCI-E (FLETT *et al.*, 1998), e a escala de perfeccionismo auto-orientado (HEWITT; FLETT,

1991a). Além disso, eles completaram o Questionário de Pensamentos Automáticos - ATQ (HOLLON; KENDALL, 1980), medindo a frequência de pensamentos automáticos negativos durante a semana anterior. A versão em Inglês do Inventário Multidimensional de Cognitiones de Perfeccionismo (MPCI-E) (KOBORI, 2006) foi utilizada para avaliar a frequência de cognitiones perfeccionistas durante a última semana. O MPCI-E compreende 32 itens, respondidos em uma escala Likert de 7 pontos. A escala apresentou alphas de Cronbach $>0,80$, indicando alta confiabilidade (consistência interna).

Em primeiro lugar, foi realizada uma análise fatorial confirmatória dos itens MPCI-E. Com base nos resultados do estudo original do MPCI (KOBORI, 2006; KOBORI; TANNO, 2004), foi testada uma análise de três fatores de primeira ordem (consecutivamente denominado de três fatores modelo oblíquo). Este modelo foi então comparado com o modelo nulo (sem fatores, todos os itens não correlacionados) e para o modelo unifatorial (todos os itens forçados a carregar em um fator). Para avaliar o ajuste do modelo, é geralmente recomendado que várias medidas sejam consideradas para capturar diferentes aspectos de ajuste (HOYLE; PANTER, 1995). Dados os problemas conhecidos com a estatística qui-quadrado como medida de ajuste do modelo (HU; BENTLER, 1995; KAPLAN, 1990), o uso desta estatística foi restrita a testar as diferenças entre os dois modelos (ou seja, a um fator e o modelo oblíquo de três fatores).

O modelo oblíquo de três fatores apresentou um ajuste muito melhor do que o modelo de um fator (que não apresentou um ajuste aceitável). Para comparar o modelo de três fatores com o modelo de um fator, foi realizado um teste qui-quadrado (SATORRA; BENTLER, 2001; ULLMAN, 2006), sendo o modelo oblíquo de três fatores aceito como o modelo final. Todos os três fatores mostraram correlações substanciais entre si. Corroborando com as conclusões sobre o MPCI japonês (KOBORI, 2006; KOBORI; TANNO, 2004), no MPCI inglês, o fator que representa "busca da perfeição" mostrou alta correlação com o fator que representa "padrões pessoais"; já o fator "preocupação com erros", mostrou uma correlação mais modesta com os outros dois fatores (KOBORI, 2006). Quando escores da escala foram calculados pela média entre produtos, duas escalas mostraram alfa de Cronbach maior que 0,80. Em seguida, foi realizada uma primeira análise convergente e divergente do MPCI-E (KOBORI, 2006).

Primeiro foi examinada a validade convergente, inspecionando correlações das escalas com perfeccionismo auto-orientado e perfeccionismo socialmente prescrito. Tal como esperado, todas as escalas demonstraram correlações significativas que variam 0,31 a 0,71

(KOBORI, 2006). Além disso, uma inspeção mais próxima de correlações sugerem que as escalas mostraram correlações globais superiores com perfeccionismo auto-orientado do que com o perfeccionismo socialmente prescrito. A regressão linear realizada sugere que as cognições de perfeccionismo avaliadas com o MPCÍ são mais estreitamente relacionadas com o construto de perfeccionismo auto-orientado do que o de perfeccionismo socialmente prescrito, quando comparado à outras escalas de perfeccionismo já existentes (KOBORI, 2006).

Esse estudo inicial (KOBORI, 2006) forneceu uma primeira investigação sobre a confiabilidade e validade da versão em Inglês do Inventário Multidimensional de Cognições de Perfeccionismo (MPCI-E) e suas três sub-escalas: padrões pessoais, busca da perfeição, e preocupação com erros (KOBORI, 2006). Como esperado, a partir de análise fatorial com a versão japonesa original, o MPCÍ (KOBORI, 2006; KOBORI; TANNO, 2004), a análise fatorial confirmatória desse estudo (KOBORI, 2006) aponta a estrutura oblíqua de três fatores, proporcionando suporte para a validade fatorial do MPCÍ-E. Os resultados têm implicações importantes para a avaliação do perfeccionismo. Corroborando os resultados anteriores com o PCI (FLETT *et al.*, 1998, 2007), os achados com o MPCÍ-E mostram que é importante diferenciar entre cognições positivas e negativas ao avaliar o perfeccionismo. O MPCÍ-E tem uma clara vantagem sobre o PCI porque o MPCÍ-E prevê uma análise multidimensional das cognições perfeccionismo, proporcionando escalas que permitem a diferenciação entre cognições perfeccionismo positivas (padrões pessoais), ambivalentes (busca da perfeição), e negativas (preocupação com erros). Os achados têm algumas limitações, no entanto. Em primeiro lugar, a amostra foi composta por apenas participantes de etnia branca. Portanto, futuros estudos terão de demonstrar que os resultados podem ser generalizados para outros grupos étnicos. Em segundo lugar, o estudo foi composto por apenas um ponto de medição, não sendo realizado o teste-reteste do MPCÍ-E (KOBORI, 2006).

Estudos futuros terão de investigar essa questão e também devem incluir intervalos maiores do que três semanas (testado na versão japonesa) para examinar a estabilidade a curto e a longo prazo (KOBORI, 2006). Em terceiro lugar, estudos futuros deverão examinar como o MPCÍ se comporta, quando comparado com outras medidas multidimensionais de perfeccionismo [Exemplos: *Multidimensional Perfectionism Scale* (FMP) (FROST *et al.*, 1990), a *Almost Perfect Scale* (SLANEY *et al.*, 2001), *Perfectionism Inventory* (PI) (HILL *et al.*, 2004), *Perfectionism Scale Performance* (PPS) (CHANG, 2006). Nenhum desses

instrumentos está validado para o Português do Brasil, o que demonstra a necessidade de mais estudos psicométricos para o construto de perfeccionismo no Brasil.

A conclusão do estudo com MPCIE, apesar destas limitações, mostra que os achados representam uma primeira evidência indicando que a versão em Inglês do MPCIE, o MPCIE, é um novo instrumento promissor, que prevê uma avaliação multidimensional das cognições perfeccionismo e, portanto, tem o potencial para promover a compreensão da natureza de perfeccionismo, sendo, portanto de grande utilidade.

2.6 VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS EM PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA

A noção de medida é crucial para o campo da ciência. A definição clássica de medida é proposta por Stevens (1951): "medida é a designação de números a objetos ou eventos, de acordo com regras preestabelecidas". No campo da psicologia e psiquiatria, o problema é que os fenômenos a serem mensurados não são objetos ou eventos no sentido literal; nos interessam fenômenos abstratos, como comportamentos, pensamentos e sentimentos (PECK; DEAN, 1983; PICON, 2003). Portanto, precisamos de uma definição que englobe esses conceitos. A definição mais aceita é a que foi proposta por Carmines e Zellar (1979): "medida é o processo de ligar conceitos abstratos à indicadores empíricos".

Com o desenvolvimento de psicofármacos e sua avaliação em ensaios clínicos, veio também o desenvolvimento de escalas de avaliação de condições de saúde mental (CLARK; WATSON, 1998; FACHEL; CAMEY, 2000). A psiquiatria e a psicologia não dispõem de marcadores biológicos para identificar com total precisão as patologias, o que torna a abordagem epidemiológica muito necessária, assim como todo o esforço para quantificar aspectos subjetivos (EMBRETSON; REISE, 2000; PASQUALI, 2005). Assim, as escalas e os instrumentos de medida são essenciais na abordagem clínica, para avaliar com um método e alguma segurança os pacientes. As escalas de avaliação consistem em uma lista de perguntas ou afirmações que o profissional ou o próprio paciente responde (no caso das escalas de auto-relato), e, para cada resposta é dada uma pontuação (STREINER; NORMAN, 1995; IEA, 2013). Por fim, todas as pontuações são somadas para se obter uma pontuação total. Essas escalas ou instrumentos de medida têm duas funções: auxiliar na determinação de

diagnósticos e medir a variação de diversos sintomas, em frequência e/ou intensidade (EMBRETSON; REISE, 2000).

Antes de serem utilizadas, no entanto, tais escalas precisam ser verificados em sua confiabilidade e validade (HAIR *et al.*, 2005). Na avaliação destas duas propriedades, existe toda uma tradição de pesquisa psicométrica. No entanto, os métodos clássicos em psicometria não são suficientemente flexíveis para serem aplicados em ensaios clínicos com desenhos complexos. A pesquisa mais atual na área tem se ocupado em estender os métodos psicométricos clássicos, para a avaliação da confiabilidade em configurações mais gerais, que podem incluir estruturas de dados complexas, tais como medições longitudinais e multivariadas (EMBRETSON, REISE, 2000; CORTINA, 1993).

A Psicometria é a disciplina científica relacionada com a teoria e a técnica de medição psicológica (PASQUALI, 1996, 2003; TSUANG; TOHEN, 2002). Grande parte do trabalho teórico e aplicado no início da psicometria foi realizado em uma tentativa de medir a inteligência. Os pioneiros neste campo foram Charles Spearman (1904) e Louis L. Thurstone (1938). Em suas pesquisas sobre a inteligência, esses psicometristas fizeram importantes contribuições para a teoria e aplicação da análise fatorial. Mais recentemente, a teoria psicométrica foi aplicada na medição de personalidade, atitudes e crenças, desempenho acadêmico, e em áreas relacionadas com a saúde (STREINER; NORMAN, 2003).

Entretanto, a mensuração desses fenômenos observáveis é difícil, e grande parte da investigação neste domínio tem sido desenvolvida na tentativa de definir adequadamente e quantificar tais características intangíveis. A teoria psicométrica envolve várias áreas distintas de estudo (APA, 1985; PASQUALI, 2003). Primeiro, a "ciência psicométrica" criou um grande escopo teórico, utilizado no desenvolvimento de testes e análise dos dados coletados a partir de testes. Este trabalho pode ser dividido em teoria clássica dos testes (TCT) e teoria de resposta ao item (TRI), esta última criada mais recentemente, na qual são utilizadas técnicas multivariadas de avaliação da dificuldade e da discriminabilidade dos itens (EMBRETSON; REISE, 2000; GLASS; UHLENHUTH; KELLNER, 1987).

Em segundo lugar, psicometristas desenvolveram métodos para trabalhar com grandes matrizes de correlações e covariâncias. Nesse sentido, desenvolveram técnicas que incluem análise fatorial, escalonamento multidimensional, agrupamento de dados, e, mais recentemente, a modelagem de equações estruturais (DE BEURS *et al.*, 1999). É no contexto de desenvolvimento de testes, estudada pela teoria clássica dos testes (TCT), que os conceitos

de confiabilidade e validade desempenham um papel fundamental (PASQUALI, 2003, 2005; 2007a; SNAITH, 1981).

As análises ligadas a TRI, focadas na capacidade discriminativa do item, de vieses ligados aos itens (e não somente ao escore, como na TCT), e no funcionamento diferencial do item em diferentes grupos, promoveram um grande avanço no estudo psicométrico, que se desenvolveu e se consolidou enquanto ciência, a serviço não só da psicologia e psiquiatria, como também de outras áreas (EMBRETSON; REISE, 2000; RUSH *et al.*, 2000). A TRI baseia-se na capacidade discriminativa do item e não nas informações que os escores podem fornecer, mas, devido à sua complexidade, sua metodologia não está facilmente disponível (EMBRETSON; REISE, 2000).

O elaborado processo de construção de validação de um instrumento apenas se justifica diante da necessidade teórica e prática de um instrumento que seja capaz de quantificar determinado construto (FLAHERTY *et al.*, 1988). Para isso, a primeira etapa da metodologia de elaboração de um instrumento consiste no levantamento teórico dos instrumentos disponíveis na literatura e a especificação de um nicho teórico-prático que se beneficiará com a elaboração de uma nova escala psicométrica (CUNHA, 2001; EMBRETSON; REISE, 2000; GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000; JORGE, 2000; MILLER; LOVLER, 2013).

Um dos pontos principais dentro da validação de escalas é a análise de itens. Há dois tipos de análise de itens, a teórica (validação semântica) e a estatística (validação de construto). A análise teórica é realizada por juízes, especialistas no assunto do instrumento, e tem como objetivo estabelecer a compreensão dos itens, por isso chamada de Análise Semântica ou Validação Semântica. Consiste em uma etapa qualitativa em que o instrumento será avaliado em dois âmbitos: na adequação teórica entre os itens e nas dimensões, a partir de uma análise dos juízes. Eles irão ajuizar se os itens estão se referindo ou não ao traço latente em questão no instrumento avaliado. Com o intuito de averiguar o nível de concordância entre os juízes, uma tabela de dupla entrada servirá para coletar as informações, sendo observadas as distribuições das proporções das respostas no que diz respeito à escolha da dimensão associada a cada item. Espera-se pelo menos 70% de concordância entre os juízes, servindo como critério de decisão sobre a pertinência do item ao traço a que teoricamente se refere (PASQUALI, 2010). A concordância sobre a pertinência ou não do item a pelo menos uma dimensão será quantificada a partir do coeficiente de *kappa* para múltiplos juízes proposto por Fleiss (1971).

O segundo aspecto da validação semântica consiste no estudo piloto com o público alvo do instrumento. Busca-se, com isso, maiores garantias de que os sujeitos possuem capacidade para entender o conteúdo, para que haja unicidade na interpretação do instrumento e para assegurar que o vocabulário contido nos itens é facilmente entendido pelos sujeitos. As aplicações-piloto serão realizadas de modo assistido pelo pesquisador, e o sujeito é encorajado a emitir comentários a respeito da experiência de responder o questionário. Existe a possibilidade do descarte ou da reformulação, no caso de tradução e adaptação do instrumento em outra língua, de itens após o processo de validação semântica. Entretanto, a maior parte dos itens apontados como problemáticos por esse processo poderão ser aperfeiçoados com a reestruturação verbal do item (EMBRETSON; REISE, 2000; MILLER; LOVLER, 2013)

O outro processo, o estatístico, é chamado de validação de construto, que consiste na utilização de estratégias de cunho quantitativo de modo a confirmar a relação do que o instrumento mede com o construto que ele supõe medir, utilizando basicamente testes estatísticos. Para isso, o desempenho dos itens, seja na comparação com o instrumento inteiro, seja com eles mesmos, é realizada. Entre as análises comumente empregadas destacam-se as análises clássicas de fidedignidade, análise fatorial e análise de desempenho dos itens isoladamente.

A análise pela TCT consiste em três etapas gerais: 1) análise dos itens (dificuldade e discriminação), 2) análise de fidedignidade, e 3) análise fatorial. Chama-se de etapas gerais uma vez que considera-se não apenas o teste estatístico referente à etapa como também a avaliação dos pressupostos inerentes a cada uma delas. No que concerne à TCT, a maioria dos pressupostos está relacionada à normalidade da distribuição dos escores sendo avaliados, embora as análises específicas a serem efetuadas possuirão também outros pressupostos e critérios específicos. Pela TCT os itens são avaliados sobre dois principais critérios, o de dificuldade e o de discriminação. Ainda, os itens terão suas estatísticas descritivas avaliadas individualmente. Será avaliado nesta etapa o desvio padrão, a assimetria (*skewness*) e a curtose. A partir destes critérios descritivos os itens que não possuem bom desempenho passam a ser sinalizados como não adequados (EMBRETSON; REISE, 2000; MILLER; LOVLER, 2013).

O conjunto de sinalizações funciona como evidências estatísticas para a exclusão ou manutenção do item no instrumento. Particularmente, as medidas de assimetria e curtose também são importantes para indicar o grau de adequação dos itens para a realização da etapa

de análise fatorial. Afinal, a normalidade da distribuição de escores totais do teste e de escores individuais de cada item contribuem para a robustez dos resultados da análise fatorial descrita em seções subsequentes (PASQUALI, 2010). Nesse sentido, juntamente com os resultados e indicadores oriundos da própria análise fatorial, estes indicadores podem ser utilizados para orientar a remoção de itens. Os critérios de dificuldade e discriminação também possuem caráter de sinalizador, e também contribuem para a exclusão ou retenção de itens de itens. Após a avaliação das estatísticas descritivas faz-se a análise dos parâmetros de dificuldade e de discriminação dos itens pelos pressupostos da TCT.

A dificuldade consiste na base da ciência psicométrica: muitos dos conceitos da psicometria foram desenvolvidos num contexto de testes de aptidão, e devem ser adaptados na medida do possível para testes cujos itens não sejam necessariamente estruturados como “certo e errado” (CUNHA, 2001; GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000; JORGE, 2000). Assim, para o contexto da maioria dos instrumentos, um item considerado difícil deve ser interpretado como que exige níveis altos do traço latente associado a ele, e o contrário se aplica a um item considerado fácil. O índice de discriminação do item representa o grau de associação deste com o traço latente medido pelo instrumento como um todo, e será avaliado através dos índices de correlação item-total. Para a medida de discriminação, está previsto a divisão da escala em subescalas de acordo com a dimensionalidade proposta pela matriz de especificações, assim, deve ser realizada uma análise de discriminação dos itens antes do refinamento da análise fatorial e outra após, quando a dimensionalidade empírica for contrastada com a dimensionalidade teórica da escala (PASQUALI, 1999, 2003, 2007b, 2010).

A fidedignidade refere-se à extensão em que um teste, instrumento, escala ou questionário produz o mesmo resultado em sucessivas medições ou aferições. Embora essas medições repetidas contenham sempre um grau de erro aleatório, o que se objetiva é atingir um grau de reprodutibilidade entre as medidas que permita quantificar com o máximo de precisão os fenômenos psicológicos. Desse modo, a fidedignidade pode ser definida como a tendência consistente de reprodutibilidade entre as aferições de um mesmo fenômeno medido, através de um dado instrumento. Quanto mais consistentes os resultados, maior a fidedignidade do indicador empírico do fenômeno abstrato que se deseja medir (EMBRETSON; REISE, 2000; RUSH *et al.*, 2000).

Para avaliar a fidedignidade utiliza-se o Alpha de Cronbach. O estudo mais aprofundado da complexidade esperada para a dimensionalidade do construto em questão

permitirá definir os índices recomendados para a estatística de fidedignidade (MILLER; LOVLER, 2013). Nesta etapa, o Alpha de Cronbach também permite a identificação de itens não adequados, uma vez que é possível comparar o índice com o instrumento completo, e com a retirada de cada um dos itens. Esta estratégia permite a identificação de itens que, caso fossem removidos, apresentariam ganhos substanciais para o nível de fidedignidade da medida.

A análise fatorial consiste na última etapa da análise pela TCT e possui duas funções. A primeira delas é ser a principal técnica estatística associada à validade de construto. A segunda é testar o pressuposto de unidimensionalidade da TRI (PASQUALI, 2007), que será melhor detalhado abaixo. A intenção da análise fatorial é agrupar itens que possuam índices altos de covariância entre si. A partir disso, a estrutura dimensional prevista para os itens, a partir da revisão de literatura, pode ser testada e servir como mais uma evidência de validade, no caso, de construto, sendo mais um indício de que aqueles itens medem o que eles supostamente devem medir.

Para o presente estudo serão utilizados os métodos de análise fatorial exploratória e confirmatória. Contudo, serão realizados anteriormente testes estatísticos que visam avaliar a adequação da amostra à técnica de análise fatorial: será avaliada a matriz de correlações interitem (coeficientes e determinante), o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade da amostra (Barlett's test). Os coeficientes da matriz de correlações devem ser o mais alto possível, tendo o valor de limite mínimo em 0,3. O determinante dessa matriz deve ser diferente de 0, uma vez que a não-singularidade da matriz de correlação é condição fundamental para sua inversão, procedimento matemático essencial para a estimação dos fatores e por fim das cargas fatoriais dos itens nesses fatores. O KMO produz um índice único que deve manter-se acima de 0,6 para que se possa considerar a análise fatorial factível com base na amostra. Por último, o teste de esfericidade de Barlett compara a os coeficientes da matriz de correlações com a matriz identidade, devendo produzir um resultado significativo ($p < .05$); é a formalização estatística da avaliação feita anteriormente dos coeficientes da matriz de correlação. Caso algum destes testes não tenha sucesso, itens ruins devem ser removidos do banco de dados e os testes devem ser refeitos sem eles. É a primeira etapa formal de refinamento

do instrumento. Como critério para a eliminação de itens problemáticos pode ser utilizado a estatística da mudança do Alpha de Cronbach diante da remoção de um item bem

como os resultados das estatísticas descritivas realizados anteriormente (MILLER; LOVLER, 2013).

A partir da dimensionalidade que for verificada com a revisão refinada da literatura e com a elaboração da matriz de especificações, uma primeira análise fatorial exploratória usará o critério de autovalores > 1 (*eigenvalues*) para apontar um número de máximo de fatores que possuem carga fatorial superior ao equivalente a 1 item por fator, respeitando assim o princípio da parcimônia com a utilização mínima de parâmetros que contribuam para a redução das dimensões da escala. Em geral, a estratégia exploratória levanta fatores que vão além do necessário para a representação mínima adequada da dimensionalidade da escala. Utiliza-se, em seguida, a técnica de análise fatorial confirmatória, que se estrutura com a fixação do número de fatores a serem extraídos pela análise fatorial, com isso espera-se que os itens agrupem-se nos fatores previstos pela matriz de especificações. Soluções alternativas à prevista pela literatura serão também testadas, e caso sejam aceitas podem atestar a validade do instrumento ou mesmo servir de dado empírico que motive uma revisita das elaborações teóricas sobre os Sentidos Relacionados ao Trabalho. Está prevista também a remoção de itens que possuam comportamento anômalo àquele esperado quando da elaboração do instrumento. Esta decisão deve ser tomada em conjunção com os resultados tanto do processo de validação semântica (análise de juízes e teste piloto com população alvo) quanto das análises descritivas e de fidedignidade (EMBRETSON; REISE, 2000; MILLER; LOVLER, 2013)

Como critério para a escolha da melhor solução dimensional ideal serão observados principalmente a quantidade de fatores, a quantidade total de variância explicada por estes fatores e a carga fatorial de cada item nestes fatores. A quantidade de fatores deve, idealmente, estar minimamente condizente com o que prevê a literatura. O conjunto de fatores escolhido deve explicar no mínimo 40% da variância existente no conjunto de itens. A análise da carga fatorial dos itens atesta a manutenção daqueles itens que possuem carga fatorial de pelo menos 0,3 em algum dos fatores e cuja carga fatorial em outro fator seja pelo menos inferior em 0.1 daquele fator em que o item possui carga máxima (MILLER; LOVLER, 2013).

Além disso, a adequação do instrumento aos pressupostos da TRI, juntamente com a avaliação da qualidade destes itens, conforme preconiza a teoria, também são avaliados. Estes resultados contribuem como evidências para atestar a validade do instrumento quanto à congruência, ou seja, se realmente mede o construto de significados que se propõe a medir. A análise por TRI, conforme já fora descrito anteriormente, representa um avanço na avaliação

psicométrica de um instrumento por produzir parâmetros dos itens controlados pelo nível de habilidade do sujeito. Esse processo requer alto refinamento algébrico e computacional durante o processo de estimação dos parâmetros e encontra-se além do escopo deste projeto de pesquisa (BAKER; KIM, 2004).

A partir instrumento refinado pela análise completa da TCT serão encaixados os nos dados dois modelos de TRI para itens politômicos. Dois modelos concorrentes serão comparados na sua adequação aos dados empíricos: o *Graded Response Model* (GRM) (SAMEJIMA, 1969) e o *Generalized Partial Credit Model* (GPCM) (MURAKI, 1992). Entretanto, antes de proceder ao procedimento de testagem dos modelos, faz-se imprescindível a avaliação da violação dos pressupostos da TRI. Conforme referido anteriormente, os principais pressupostos da TRI são a Independência Local e a Unidimensionalidade. A análise fatorial será o instrumento estatístico utilizado para atestar a unidimensionalidade do construto avaliado. Caso o construto se mostre multidimensional, o instrumento será subdividido em subescalas referentes a cada uma das dimensões e o modelo de TRI será encaixado a cada uma dessas escalas individualmente, deste modo atendendo ao pressuposto da unidimensionalidade indispensável à TRI. A independência local será também avaliada separadamente no âmbito de cada uma das dimensões, em cada uma das subescalas. Para tanto, serão analisados os residuais da matriz de correlação interitem. Uma vez que se exige apenas que os itens sejam independentes em um dado “local” do traço latente avaliado. Uma eventual correlação entre as dimensões (dependência) poderia ser a causa por trás do levantamento equivocado de uma violação à independência local caso um instrumento multidimensional fosse avaliado quanto à sua independência local inteiramente.

Os dois modelos de TRI devem ser comparados através da avaliação do número de itens sinalizados como problemáticos pela avaliação da comparação entre as frequências de cada categoria de resposta esperada para cada item de acordo com o modelo e as frequências observadas nos dados. O modelo que apresentar o menor número de itens sinalizados como problemáticos será selecionado como de melhor encaixe. Uma vez atestada a adequação do modelo para representar os dados empíricos, os itens passam por novo escrutínio, objetivando maximizar o alcance do traço latente, representado pelo alcance dos níveis de dificuldade associados a cada categoria de cada item e também pelo máximo da curva de informação do item. Estes devem ser bastante espalhados de modo a produzir um instrumento que seja capaz de avaliar sujeitos dos mais diversos níveis de habilidade naquelas dimensões que o teste busca medir. Os parâmetros de discriminação servirão também para confirmar a manutenção

ou excluir novos itens que não contribuam de forma significativa (discriminação < 1) para a avaliação do traço latente de um examinando.

2.7. VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS E ADAPTAÇÃO PARA DIFERENTES CULTURAS

A adaptação transcultural de instrumentos é de fundamental importância, pois, uma vez já corretamente validada em outro país, se apresenta bons resultados, há um forte indicativo de que poderá ser utilizado em outros países, mantendo os bons resultados inicialmente apresentados. Entretanto, para utilizar instrumentos em outras línguas, que não a originalmente utilizada na construção do instrumento, não são suficientes suas traduções e adaptações simplesmente. Devem-se considerar as diferenças culturais entre as populações, com línguas distintas e, portanto, um novo processo de validação faz-se necessário.

A primeira necessidade é traduzir o instrumento da língua original para o idioma que se pretende validar. Esse processo é alcançado através de técnicas de tradução e retrotradução. O método de tradução e retrotradução ainda é o mais utilizado para adaptação transcultural de um instrumento, embora sujeito a imperfeições. O processo envolve: 1) a tradução do instrumento por tradutores bilíngües familiarizados com os conceitos avaliados pelo instrumento, levando em consideração a população-alvo para a qual se destina; 2) a retrotradução independente para a língua original do instrumento, por pesquisadores igualmente bilíngües e conhecedores dos conceitos que se pretende avaliar; 3) a comparação das duas versões, original e traduzida, para avaliação e correção de discrepâncias lingüísticas, semânticas e conceituais. O processo é usualmente seguido de uma série de modificações e revisões por pesquisadores bilíngües. Não há regras claras para se estabelecer quão próximas a tradução e a retrotradução devam ficar para serem aceitáveis. O objetivo é ter um mínimo de ambigüidades nos itens e a maior proximidade conceitual. A retrotradução é fundamental para assegurar que os conteúdos, do ponto de vista conceitual, não tenham se modificado na fase de tradução e é a chave para o estabelecimento da equivalência semântica do instrumento.

O processo de validação de instrumentos para outras culturas exige muito esforço e dedicação por parte dos pesquisadores, demanda recursos financeiros, técnicos, além de muito

tempo. Isso porque é indispensável seguir todos os passos de tradução, adaptação e validação, para, desse modo, garantir a qualidade e confiabilidade do instrumento. Somente assim podem-se obter dados de pesquisa confiáveis e compatíveis com os produzidos em grandes centros de pesquisa internacional, possibilitando comparações efetivas e relevantes e elevando a psicométrica brasileira ao nível internacional.

Pelo que sabemos, existem poucas escalas que avaliam as distorções cognitivas como são apresentadas e explicadas aos pacientes durante o processo psicoterápico, na Terapia Cognitivo-Comportamental e algumas são lícitas a poucas distorções ou apresentam esse conceito dentro de uma escala mais ampla. Com base nisso, a *Cognitive Distortions Scale* (CDS), tem como objetivo mensurar a frequência de dez distorções cognitivas, apresentando boas qualidades psicométricas e excelente aplicabilidade na condução do tratamento de pacientes com as mais diversas psicopatologias, nos países onde já foi validado.

Desse modo, uma vez validada para o Brasil, essa escala será útil para avaliação e acompanhamento em cada sessão durante a terapia, partindo da hipótese de que distorções cognitivas características e distintas se apresentam nos diferentes transtornos psiquiátricos. Nosso intento, portanto, é validar a CDS em amostras não-psiquiátricas, nas quais a caracterização das distorções cognitivas ainda se encontra em aberto.

De modo semelhante, pretende-se também validar o *Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory* (MPCI), uma vez que não existem instrumentos que mensurem os níveis de perfeccionismo válidos para o Brasil. O MPCI apresenta boas qualidades psicométricas e excelente aplicabilidade clínica nos países onde já foi validado. Esse instrumento também será muito útil para terapeutas, tanto na avaliação quanto para o planejamento do tratamento dos seus pacientes.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Adaptar transculturalmente e testar a validade da versão em português do Brasil do *Cognitive Distortions Scale (CDS)* e do *Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory (MPCI)* adaptado à cultura brasileira.

3.2 ESPECÍFICO

1. Traduzir a fazer a adaptação transcultural da CDS e da MPCI
2. Avaliar a fidedignidade e a validade da versão em português do CDS - Escala de Distorções Cognitivas (CDS-Português) e do Inventário Multidimensional de Cognitiones de Perfeccionismo (MPCI-Português)
3. Identificar a validade discriminativa com a BAI e a BDI

4 HIPÓTESES

Considerando-se as propriedades psicométricas do *Cognitive Distortions Scale* (CDS) e do *Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory* (MPCI), em suas versões originais em inglês, foram avaliadas as seguintes hipóteses conceituais:

- a) a tradução e adaptação do CDS e do MPCI para o português do Brasil pode ser adequada à cultura brasileira, com validade de critério e de conteúdo aceitáveis para sua utilização entre indivíduos brasileiros adultos.
- b) o CDS e o MPCI, em suas versões em português do Brasil, podem apresentar propriedades psicométricas semelhantes às das versões originais em inglês, em relação a: consistência interna, estabilidade temporal, validade fatorial (validade de construto), validade de critério concorrente, validade de construto convergente, divergente e discriminativa entre indivíduos adultos de ambos os sexos provenientes da população geral.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

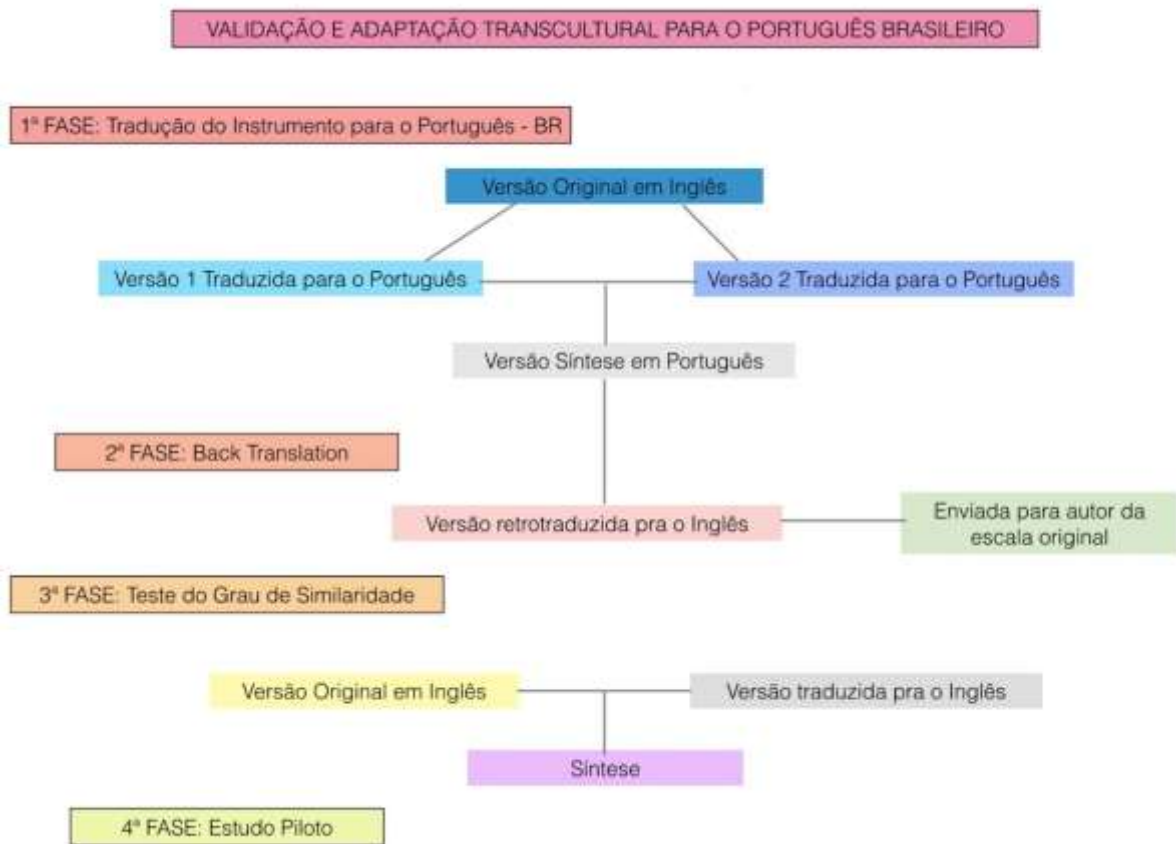
5.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de validação, onde foram validados dois instrumentos: o CDS e o MPCÍ (descritos abaixo). Em um primeiro momento, foi solicitada a autorização dos autores originais de cada uma das escalas, através de uma carta formal de anuência. Os instrumentos foram, inicialmente traduzidos do inglês para o português. Essa tradução foi realizada por tradutores juramentados bilíngües. Em seguida, a tradução foi revisada pela autora do estudo e seu orientador. Um terceiro passo foi uma nova tradução (do português para o inglês) por dois outros tradutores juramentados, que não tiveram acesso aos instrumentos originais em inglês. Esse procedimento é denominado *back translation*, seguindo os critérios de Brislin, (1970, 1986) e Brislin, Lonner, Thorndike (1973), conforme figura 2.

Em seguida, o instrumento retrotraduzido para o inglês foi enviado para os autores dos instrumentos, e submetidos à apreciação deles. Mediante a aprovação dos autores, esses instrumentos foram, então, submetidos a um teste piloto, com 10 sujeitos (estudantes universitários previamente selecionados pela autora principal deste estudo), em que foram discutidos todos os itens dos instrumentos para avaliar a compreensão e aplicabilidade, caracterizando-se a validação semântica. Por último, o instrumento, finalmente foi aplicado na amostra total de 364 estudantes.

Após a aplicação dos instrumentos em toda a amostra, os dados foram tabulados no programa Excel. Em seguida, procedeu-se a análise dos dados, utilizando softwares específicos (*SPSS* e *R*). A Figura 2 apresenta todas essas etapas de modo esquemático.

Figura 2 - Etapas do Estudo



Fonte: Adaptado de Brislin, 1970, 1986 e Brislin, Lonner e Thorndike, 1973

5.2 AMOSTRA

A amostra desse estudo foi constituída por um grupo de 364 estudantes universitários de ambos os sexos, de uma instituição de ensino superior pública, da cidade de Salvador, Bahia, para a validação dos instrumentos.

5.2.1 Procedimento de coleta de dados

Os dados foram coletados em uma instituição pública de ensino superior em Salvador Bahia. Os alunos responderam ao bloco de questionários elaborados pelos pesquisadores (em anexo) e todos assinaram o TCLE. Os alunos responderam aos instrumentos em sala de aula, durante o horário da aula. Um contato prévio foi realizado com cada professor, para que uma parte da aula fosse disponibilizada para o preenchimento dos instrumentos. Uma vez autorizados pelos professores, um grupo de pesquisadores previamente treinados ia até a sala de aula e aplicava os instrumentos. Os pesquisadores foram orientados a não emitir nenhum comentário sobre as questões durante a aplicação. Cada aluno era estimulado a responder o questionário completo, sendo que se alguém se sentisse cansado ou com algum desconforto, poderia parar imediatamente. Após a entrega dos questionários e do TCLE assinado, os alunos eram liberados. Os questionários eram anônimos e não continham qualquer identificação dos alunos. Os TCLEs eram guardados em caixas separadas e os questionários eram identificados com números correspondentes.

5.2.2 Critérios para Seleção da Amostra

Foram selecionados estudantes universitários de uma instituição de ensino superior pública, maiores de 18 anos e que estivessem dispostos a responder os instrumentos. Para isso, os professores foram contactados previamente para verificar a disponibilidade de aplicação. Os instrumentos foram respondidos em sala, na presença da autora principal deste estudo ou de pesquisadores que colaboraram, devidamente treinados para realizar a aplicação.

Foram excluídos sujeitos com deficiência mental e visual ou que não pudessem e/ou se recusassem a responder os instrumentos.

5.2.3 Cálculo Amostral

O cálculo amostral foi feito a partir de estatísticas não paramétricas. Atualmente sugere-se que, o tamanho da amostra seja de 5 (mínimo) a 10 sujeitos para cada item do questionário que deverá ser respondido (COUTO JUNIOR, 2009; PASQUALI, 1999). Neste estudo temos 2 instrumentos:

A CDS com 10 itens, sendo cada um dos itens composto de 2 subitens (A e B), totalizando 20 questões. E o MPCÍ, com 15 itens simples, sem subitens. Logo, baseado no método de cálculo proposto, temos: 20 itens da CDS X 10 sujeitos, totalizando 200 respondentes. E 15 itens do MPCÍ X 10 sujeitos, totalizando 150 respondentes. Portanto para esse estudo seriam necessários 350 respondentes. No nosso estudo foram aplicados 364 questionários, atendendo portanto ao cálculo amostral proposto. Esse cálculo é sujeito a um erro amostral de 2% (COUTO JUNIOR, 2009; PASQUALI, 1999). Desse modo, selecionamos 364 sujeitos, na tentativa de cobrir esse erro.

5.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo seguiu a orientação da Declaração de Helsinqui (1996) e da Resolução 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa que deu origem aos dados da presente tese foram previamente submetidos e aprovados pelos Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), parecer número 1.432.557 aprovado em 01 de Março de 2016.

Na amostra populacional de estudantes universitários a implementação do projeto foi precedida pela aprovação por escrito dos diretores das unidades de ensino e anuência verbal dos professores responsáveis pela turma para participação no estudo piloto.

O trabalho de campo foi precedido por assinatura de termo de consentimento informado ou termo de consentimento livre e esclarecido, em duas vias. (Anexo 1). O pesquisador principal comprometeu-se a manter arquivadas as segundas vias dos consentimentos informados, pelo prazo de cinco anos, conforme orientação do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O sigilo e a confidencialidade dos dados levantados foram garantidos pelos pesquisadores. Os estudos acarretaram risco ou dano mínimo aos participantes (fadiga,

cansaço, desconforto). Caso isso ocorresse, o participante poderia interromper sua participação no estudo e seria encaminhado para os serviços de atendimento psicológico e psiquiátrico

5.4 MATERIAIS

Foi confeccionado um caderno de pesquisa com a finalidade de garantir que todas as informações respondidas pelos 364 sujeitos, necessárias para o estudo, fossem coletadas com a qualidade requerida e com a padronização dos procedimentos de investigação, garantindo a confiabilidade das observações.

Cada sujeito possuía o seu próprio caderno individualizado, que era entregue a ele pelo investigador, contendo os instrumentos que deveriam ser respondidos e algumas informações sócio-demográficas. Os cadernos de pesquisa eram entregues à pesquisadora principal do estudo, a fim de salvaguardar as informações e manter o sigilo dos dados. Segue abaixo, a descrição mais detalhada dos instrumentos de avaliação utilizados no estudo.

O caderno de instrumentos está disponível no Anexo 2.

5.4.1 Dados Clínicos e Sócio-Demográficos

Consta no caderno de avaliação algumas perguntas para descrição da amostra e alguns dados clínicos. Foram feitas perguntas como: sexo, idade, curso, existência de diagnóstico psiquiátrico ou psicológico prévio e se está atualmente em uso de medicação psiquiátrica e qual a medicação.

5.4.1.1 BDI: O Inventário Beck para Depressão (BECK et al., 1995)

O BDI é uma versão de auto-administração, com 21 itens, que avalia sintomas cognitivos, afetivos, motivacionais e fisiológicos da depressão. Cada item recebe um escore de 0 (ausência do sintoma) a 3 (sintoma grave). Essa escala foi validada para o Brasil por

Cunha (2001). É composto por 21 categorias de sintomas e atitudes, sendo elas: humor, pessimismo, sentimentos de fracasso, insatisfação, sentimentos de culpa, sentimentos de punição, autodepreciação, auto-acusação, desejo de autopunição, crises de choro, irritabilidade, isolamento social, indecisão, inibição no trabalho, distúrbios do sono, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e perda da libido. Cada categoria contém quatro ou cinco alternativas que expressam níveis de gravidade dos sintomas depressivos. A pontuação para cada categoria, varia de zero a três, sendo zero a ausência dos sintomas depressivos e três a presença dos sintomas mais intensos. O BDI apresentará um resultado acerca do grau de intensidade dos sintomas depressivos: escore de 0 a 9 nível mínimo ou ausente de depressão; escore de 10 a 16, nível de depressão leve; escore de 17 a 29, nível de depressão moderado e escore de 30 a 63, nível de depressão grave.

5.4.1.2 BAI: O Inventário Beck para Ansiedade

O BAI é uma escala de auto-administração, desenhada para medir os níveis de ansiedade, validada para o Brasil por Cunha (2001) (BECK *et al.*, 1988). A escala consiste de 21 itens descrevendo sintomas comuns em quadros de ansiedade. Ao respondente é perguntado o quanto se sentiu incomodado por cada sintoma, durante a semana que passou, dentro de uma escala de quatro pontos, variando de 0 (não a todas) a 3 (severamente). Os itens somados resultam em escore total que pode variar de 0 a 63. Esses 21 itens refletem somática, afetiva e cognitivamente os sintomas característicos de ansiedade. Esta lista de verificação de ansiedade mostrou uma boa consistência interna ($\alpha = 0,92$) e boa confiabilidade teste – reteste com intervalo de uma semana $r = 0,75$ (BECK *et al.*, 1985).

5.4.1.3 CDS: Cognitive Distortions Scale

É um dos instrumentos que foi traduzido e validado nesta pesquisa. O CDS é o instrumento para medir as distorções cognitivas mais utilizado, além de ser considerado o instrumento mais compreensível, estruturado e com boas propriedades psicométricas, já validado para diversos países (COVIN; DOZOIS, 2011). É um instrumento que mede distorções cognitivas em populações heterogêneas, adultos, populações clínicas e diversas psicopatologias, sendo portanto, um instrumento para medir distorções cognitivas de modo geral, e não apenas em populações específicas (BECK *et al.*, 1979; BURNS, 1980a, 1999;

FREEMAN; DEWOLF, 1992; FREEMAN; OSTER, 1999). O CDS é um questionário de auto-resposta, composto por 10 itens, desenhado especificamente para mensurar a frequência das distorções cognitivas em populações clínicas e não-clínicas. O instrumento consiste em itens compostos por sentenças simples, que podem ser respondidas a partir de cinco pontos em uma escala Likert. O CDS permite identificar escores em dez tipos de distorções cognitivas.

5.4.1.4 MPCl: *Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory*

Esse instrumento foi traduzido e validado nesta pesquisa.

O *Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory* (MPCl) (KOBORI; TANNO, 2004; STOEBER; KOBORY; TANNO, 2010) é um instrumento novo, desenvolvido por pesquisadores japoneses e traduzido para o inglês por Stoeber, Kobory e Tanno (2010) destinado a acessar as cognições associadas ao perfeccionismo clínico: busca incessante pela perfeição, não admitir erros e se preocupar ou se julgar pelas próprias falhas. É composta de 32 itens de auto-resposta, que pode ser respondida em sete pontos da escala Likert (discordo completamente até concordo completamente). No estudo de validação do MPCl para o inglês Stoeber, Kobori, e Tanno (2010) com uma amostra de 371 estudantes universitários, o instrumento demonstrou excelentes qualidades psicométricas, boa consistência interna e Alpha de Cronbach satisfatório.

6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Com o objetivo de caracterização da amostra foi realizada análise descritiva com a utilização de frequências simples e relativas (percentuais) assim como medida de tendência central (média) e medida de dispersão (desvio padrão).

Com o objetivo de avaliar a possibilidade de agrupamento dos itens em fatores (sub-escalas), para explicar determinados sub-conceitos, foi empregada a Análise Fatorial Exploratória (AFE) técnica estatística multivariada apropriada para este objetivo, tanto no MPCÍ quanto na CDS.

Para avaliar a validade da AFE utilizamos o critério de KMO, o teste de esfericidade de Bartlett. O teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) é um critério para identificar se um modelo de análise fatorial que está sendo utilizado é adequadamente ajustado aos dados, testando a consistência geral dos dados. O teste de esfericidade de Bartlett testa a hipótese de que as variáveis não sejam correlacionadas na população. A hipótese básica diz que a matriz de correlação da população é uma matriz identidade a qual indica que o modelo fatorial é inapropriado.

Foi também observada a matriz de correlação de anti-imagem e as comunalidades. A extração dos fatores pode ser feita pelo método de componentes principais seguidas de uma rotação VARIMAX. Os fatores comuns retidos foram selecionados pelo critério de Kaiser, ou seja, a regra do auto-valor superior a 1, em harmonia com o critério de Scree Plot e porcentagem da variância retida associada a interpretação teórica.

A avaliação da consistência interna do instrumento foi medida por meio do coeficiente Alpha de Cronbach, no qual se considera o valor $> 0,70$ como critério para uma consistência interna satisfatória. Para avaliar se os instrumentos (MPCÍ e CDS) relacionam-se ou não com outras variáveis ou medidas do mesmo construto para o qual foram desenvolvidos, ou com indicadores de construtos distintos, serão testados com os seguintes instrumentos de comparação: BDI e BAI.

Cálculo do coeficiente de correlação de Pearson.

As correlações de 0 a 0,25 foram consideradas fracas; entre 0,26 e 0,50 moderadas; de 0,51 a 0,70 fortes e, acima de 0,71, muito fortes (FACHEL; CAMEY, 2000; STREINER; NORMAN, 2003).

Para avaliar a capacidade da escala em discriminar grupos extremos, utilizamos a Curva ROC (*Receiver Operating Characteristics Analyses*) (FLEISS, 1971), visando a examinar os pontos de corte que distinguem sujeitos considerados casos dos não-casos. Serão determinadas as notas de corte que melhor representem a sensibilidade e a especificidade do instrumento. A Curva ROC permite estudar a variação da sensibilidade e especificidade, para diferentes valores de corte.

Inicialmente verificamos o ajuste dos dados a serem analisados à Análise Fatorial. Para isto calculamos o índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett. No caso do KMO consideramos adequados índices acima de 0,60 e no teste Esfericidade, a rejeição da hipótese nula, de que a matriz de correlação é uma matriz identidade, ou seja, não há correlação entre as variáveis.

A análise dos componentes principais foi realizada com rotação varimax. Esta técnica maximiza as altas correlações existentes e minimiza as baixas simplificando a interpretação dos fatores. O critério utilizado para determinar o número de fatores a serem extraídos foi o de fatores com autovalores superiores a um. Deseja-se também percentual de variância acumulada explicada pelos fatores acima 50%; e carga fatorial (coeficientes de correlação entre as variáveis e os fatores) mínima de aproximadamente 0,40.

Para avaliar a consistência interna de cada fator usamos o coeficiente Alpha de Cronbach. Quanto maior a correlação entre os itens de um instrumento maior vai ser o valor do Alpha de Cronbach. Neste estudo serão considerados satisfatórios $\alpha > 0,60$ (CRONBACH, 1951. NUNNALLY, 1978)

Os procedimentos realizados nesta etapa objetivaram a caracterização da validade de conteúdo e de construto do instrumento, além de sua precisão e estabilidade.

7 RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os dois artigos elaborados a partir dos resultados desta pesquisa. O primeiro, intitulado: “PERFECCIONISMO CLÍNICO: VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO MULTIDIMENSIONAL PERFECTIONISM COGNITIONS INVENTORY (MPCI)”, aborda os resultados clínicos da pesquisa com o questionário de Perfeccionismo. O segundo, intitulado: “DISTRORÇÕES COGNITIVAS: VALIDAÇÃO DA VERSÃO EM PORTUGUÊS DA COGNITIVE DISTORTIONS SCALE (CDS)” que apresenta os achados do questionário de Distorções Cognitivas do nosso estudo.

ARTIGO 1

PERFECCIONISMO CLÍNICO: Validação e Adaptação Transcultural do Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory (MPCI).

Eduardo Pondé de Sena; Fernanda Landeiro

Universidade Federal da Bahia

Revista de Avaliação Psicológica - POPSIC- SCIELO

RESUMO

Introdução: Este estudo tem como objetivo a validação da escala de Perfeccionismo Clínico (MPCI). O perfeccionismo clínico é um conceito novo na literatura científica, e indivíduos com escores elevados de perfeccionismo apresentam maior dificuldade de interação social e maior grau de ansiedade, quando comparados a um grupo controle, sem perfeccionismo. Essa evidência demonstra que pessoas que apresentam altos escores nos instrumentos de Perfeccionismo estão mais propensas a desenvolverem psicopatologias como depressão e ansiedade. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Este trabalho foi realizado em 364 estudantes de uma instituição de ensino superior da cidade de Salvador Bahia. **OBJETIVOS:** Buscou-se através desse estudo verificar a consistência interna do MPCI, através do alpha de Cronbach; identificar a validade discriminativa com outros dois instrumentos: o *Beck Depression Inventory* (BDI) e o *Beck Anxiety Inventory* (BAI). **RESULTADOS:** o MPCI apresentou boa consistência interna, com alpha acima de 0,80. O BDI e o BAI apresentaram correlações positivas, porém fracas com o MPCI. O instrumento apresenta excelentes qualidades psicométricas, sendo válido para uso no Brasil.

Palavras-chave: terapia cognitiva. psicometria. estudos de validação. questionários

INTRODUÇÃO

O termo perfeccionismo é originário do latim *perfectio*, que significa vontade obsessiva de atingir a perfeição ou tendência para exigir a perfeição. Pesquisas científicas sobre o tema conceituam o perfeccionismo como uma característica de personalidade multidimensional (FROST *et al.*, 1990; HEWITT *et al.*, 1991; SLANEY *et al.*, 2001). Inicialmente, dentro da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), o perfeccionismo aparecia como uma distorção cognitiva. Dentro da lista de distorções cognitivas, o perfeccionismo foi definido como: 1. necessidade de alcançar padrões inatingíveis de perfeição sem rever provas de razoabilidade destas normas (FREEMAN; DEWOLF, 1990; FREEMAN; OSTER, 1999). Constante luta para viver de acordo com alguma representação interna ou externa da perfeição, sem examinar as evidências da razoabilidade destas normas, muitas vezes na tentativa de evitar uma experiência subjetiva de falha (FREEMAN; DEWOLF, 1992; FREEMAN; OSTER, 1999). Exemplo: "Fazer um trabalho meramente adequado é semelhante a ser um fracasso" (FREEMAN; ROSENFELD, 2002). Quando aplicado ao contexto clínico, o termo pode envolver prejuízo para a vida do indivíduo, associado a afetos negativos, sintomas depressivos e baixa autoestima, sendo assim chamado de "Perfeccionismo Clínico" (SHAFRAN; COOPER; FAIRBURN, 2002). O Perfeccionismo Clínico envolve componentes como alta expectativa acerca de si mesmo, auto-crítica elevada, independente de ter cometido erros ou não e, em geral, está intimamente associado à sintomas depressivos (EGAN; WADE; SHAFRAN, 2012). Essa forma "patológica" de perfeccionismo está associada a diversos transtornos psicopatológicos, como transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), ansiedade social, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e transtorno do estresse pós traumático (TEPT) (BIELING *et al.*, 2003; BIELING; ISRAELI; ANTONY, 2004).

Estudos vem demonstrando que indivíduos com escores elevados de perfeccionismo e sintomas depressivos apresentam maior dificuldade de interação social e maior grau de ansiedade, quando comparados a um grupo controle que apresenta sintomas depressivos somente, sem perfeccionismo (ENNS; COX; BORGER, 2001; HEWITT *et al.*, 1991; SASSAROLI *et al.*, 2008). Um estudo especificamente encontrou que o perfeccionismo excessivo, voltado para si mesmo, ou seja, implicando em uma auto-exigência exacerbada, era mais significativo em uma amostra de pacientes com níveis elevados de depressão, quando comparados ao grupo controle, sem depressão (NORMAN *et al.*, 1998). Essa evidência

demonstra que, pessoas que apresentam altos escores nos instrumentos de Perfeccionismo, estão mais propensas a desenvolverem psicopatologias (EGAN; WADE; SHAFRAN, 2012). Há também evidências científicas demonstrando a relação entre perfeccionismo e transtornos alimentares (anorexia e bulimia) (SHAFRAN; COOPER; FAIRBURN, 2002). Estudos recentes também demonstram forte associação entre preocupação patológica e perfeccionismo, em uma amostra de pacientes com transtorno de ansiedade generalizada (HANDLEY, 2014).

Apesar de todas essas evidências científicas, no Brasil não existem instrumentos validados para medir graus de perfeccionismo, o que seria extremamente útil na prática clínica dos profissionais de saúde. Uma primeira tentativa de medir o perfeccionismo foi a subescala perfeccionismo do *Disfunctional Attitudes Scale* (DAS) (WEISSMAN; BECK, 1978) e sua posterior adaptação (Burns, 1980a). Nessa escala o perfeccionismo é considerado como um construto unidimensional. A sub-escala "sucesso" da DAS incluiu itens que apuravam a relação entre a dependência de auto-avaliação sobre a realização de alguma tarefa (por exemplo, "se eu falhar no meu trabalho, então eu sou um fracasso como pessoa"). A medida unidimensional semelhante de perfeccionismo desenvolvido no início de 1980 (Burns, 1980a) formou uma subescala do Inventário de Perturbações Alimentares amplamente utilizado (GARNER; OLMSTEAD; POLIVY, 1983).

No início dos anos 1990 o perfeccionismo passou a ser visto como um construto multidimensional. Esta mudança em perspectiva ocorreu por duas razões. Primeiro, argumentou-se que nas descrições clínicas, as pessoas com perfeccionismo se preocupam muito com os erros, duvidando da qualidade do seu trabalho, colocando um valor considerável nas expectativas de seus pais, e superestimando a ordem (FROST *et al.*, 1990). Em segundo lugar, a observação clínica também encontrou que o perfeccionismo tem aspectos interpessoais e que estes são importantes na auto-avaliação e na crítica e no julgamento que o paciente faz de si mesmo (HEWITT; FLETT, 1991a). Grupos de pesquisa independentes desenvolveram suas próprias escalas multidimensionais de perfeccionismo, incluindo as "dimensões" que consideravam compreender melhor o construto. A medida de Frost *et al.* (1990) inclui (1) "A preocupação com os erros (reagindo negativamente a erros, interpretando os erros como equivalente ao fracasso e o medo de perder o respeito dos outros após o fracasso, por exemplo, "eu deveria ficar chateado se cometer um erro", "Se eu falhar em parte, é tão ruim quanto ser um completo fracasso", "as pessoas vão, provavelmente, pensar algo ruim de mim, se eu cometer um erro", "quanto menos erros eu cometo, mais as

peças vão gostar de mim"), (2) "Dúvidas sobre ações" (duvidar da qualidade do desempenho), (3) "padrões pessoais" (definição de padrões muito elevados e a excessiva importância dada à esses padrões elevados de auto-avaliação; por exemplo: "Eu tenho objetivos muito elevados"), (4) "as expectativas dos Pais" (perceber que os pais têm expectativas elevadas) e (5) "Crítica Parental" (perceber seus pais como sendo excessivamente críticos). Alguns dos itens abordam crenças atuais (por exemplo: "As pessoas vão pensar mal de mim, se eu cometer um erro"), enquanto outros itens se referem a situações passadas. A escala multidimensional de Hewitt e Flett (1991b) é composta por três sub-escalas:

- a) Padrões pessoais: orientada para o auto perfeccionismo, aborda muitas das características clínicas descritas anteriormente, incluindo estabelecimento de normas exigentes para si mesmo, avaliar seu próprio comportamento rigorosamente e se esforçar para atingir a perfeição, bem como se esforçar para evitar o fracasso.
- b) Perfeccionismo voltado para os outros: é definido como padrões irrealisticamente altos para avaliação do comportamento dos outros (por exemplo, "tudo o que os outros fazem deve ser de alto nível de qualidade").
- c) Perfeição em relação ao social: avalia a crença de que os outros têm altos padrões para o indivíduo, que rigorosamente o avaliam e julgam o tempo todo, e que eles exercem pressão para o indivíduo ser perfeito (por exemplo: "as pessoas não esperam nada menos que a perfeição de mim" ou "Acho que é difícil atender as expectativas dos outros" ou ainda "As pessoas ao meu redor esperam que eu tenha sucesso em tudo o que faço").

O interesse teórico e a pesquisa na construção do construto 'perfeccionismo' tem crescido significativamente ao longo das últimas décadas (ANTONY *et al.*, 1998; HEWITT *et al.*, 1991; HEWITT; FLETT, 1991, 1993; HEWITT; FLETT; TURNBULL-DONOVAN, 1992; SHAFRAN; MANSELL, 2001). Diversos autores sugerem que o perfeccionismo leva a uma sensação crônica de fracasso, indecisão, procrastinação, e vergonha (BURNS, 1980b; HAMACHEK, 1978; HOLLENDER, 1965; PACHT, 1984). Uma questão ainda não resolvida é se o perfeccionismo sempre, e de maneira uniforme, leva a dificuldades para o indivíduo. Certamente, as consequências deletérias do perfeccionismo tem sido enfatizadas, mas devem ser examinadas mais cuidadosamente (FROST *et al.*, 1990; HAMACHEK, 1978; HEWITT *et*

al., 1991; HEWITT; FLETT, 1991b; HOLLENDER, 1965; PACHT, 1984). No entanto, opiniões divergentes e pesquisas recentes sugerem que o perfeccionismo pode conter ambas as características, adaptativas e mal-adaptativas (BIELING *et al.*, 2003; ENNS *et al.*, 2001) e, curiosamente, há recentes evidências, do ponto de vista teórico, que duas formas de perfeccionismo co-existem (ENNS; COX; CLARA, 2002; ENNS, COX, CLARA, 2005; FROST *et al.*, 1993; HILL, McINTIRE; BACHARACH, 1997; SLADE; OWENS, 1998). A distinção entre perfeccionismo "saudável" ou adaptativo, e perfeccionismo mal-adaptativo é importante porque levanta uma série de questões conceituais e pragmáticas sobre a própria construção. Estas incluem a definição mais fundamental de perfeccionismo e construção de ferramentas de medição adequadas para capturar o construto subjacente. As duas medidas mais comuns de perfeccionismo foram obtidas a partir de uma perspectiva clínica, sendo o perfeccionismo visto como uma característica de personalidade que é problemática e precisa de modificação. Essas escalas foram desenvolvidas na última década, por duas equipes distintas de pesquisadores (FROST *et al.*, 1990; HEWITT *et al.*, 1991).

Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory (MPCI)

O MPCI foi desenvolvido para fornecer uma avaliação multidimensional de crenças associadas com perfeccionismo auto-orientado (KOBORI, 2006; KOBORI; TANNO, 2004). O auto-perfeccionismo é uma forma de perfeccionismo que foi primeiramente descrita por um grupo de pesquisadores no Canadá (HEWITT *et al.*, 1991). É composto por crenças que a busca da perfeição e ser perfeito é importante, e é caracterizada pela definição de altos padrões para si mesmo e uma necessidade de buscar a perfeição. O perfeccionismo auto-orientado é uma forma intrapessoal de perfeccionismo: ele deriva de si mesmo e é direcionado para o *self*. Assim, o perfeccionismo auto-orientado é principalmente motivado internamente (ENNS; COX; CLARA, 2002; HEWITT *et al.*, 1991; STOEBER; FEAST; HAYWARD, 2009). Para melhor entender a natureza do perfeccionismo auto-orientado é útil compará-lo com o perfeccionismo socialmente prescrito, uma outra forma de perfeccionismo, definido como perfeccionismo socialmente prescrito e compreendendo as crenças que os outros têm altos padrões de exigência e que a aceitação dos outros é condicionada ao cumprimento desses padrões elevados (HEWITT; FLETT, 1991a). O perfeccionismo socialmente prescrito é uma forma interpessoal do perfeccionismo: ele deriva da percepção do indivíduo sobre os outros e suas expectativas. O perfeccionismo socialmente prescrito é principalmente motivado

externamente (ENNS; COX; CLARA, 2002; HEWITT; FLETT, 1991a; STOEBER; KERSTING, 2007; STOEBER; OTTO, 2006).

Para avaliar o perfeccionismo auto-orientado e socialmente prescrito, foi desenvolvida a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (ou *Mutidimensional Perfectionism Scale* - MPS) (HEWITT *et al.*, 1991), que desde então se tornou uma das medidas multidimensionais mais amplamente utilizada para avaliar perfeccionismo. Ao revisar a literatura sobre o perfeccionismo auto-orientado e o perfeccionismo socialmente prescrito, Enns, Cox e Clara (2002) verificaram que o perfeccionismo socialmente prescrito representava uma forma negativa de perfeccionismo, mostrando associações fortes e consistentes com afeto negativo e vários indicadores de desajuste psicológico. O perfeccionismo auto-orientado, por sua vez, apresentou um padrão misto de associações. Por um lado, o perfeccionismo auto-orientado foi associado a características negativas, processos, e resultados relacionados a neuroticismo e depressão (HEWITT; FLETT, 2004). Por outro lado, foi associado com características positivas, processos e resultados, tais como consciência, estratégias de *coping* orientado para tarefas, alcance de metas, e afeto positivo (DUNKLEY; BLANKSTEIN, 2000; FROST *et al.*, 1993; O'CONNOR; O'CONNOR; MARSHALL, 2007; POWERS; KOESTNER; TOPCIU, 2005; RICE; ASHBY, 2007).

O MPCCI (KOBORI; TANNO, 2004, 2005) mostrou-se útil para explorar ainda mais os aspectos positivos e negativos do perfeccionismo auto-orientado. Para tal, os autores construíram um instrumento para uma avaliação multidimensional das cognições de perfeccionismo, que incluem cognições positivas e negativas. A construção do MPCCI foi inspirada pelo *Perfectionism Cognitions Inventory*, o PCI (FLETT *et al.*, 1998). O PCI é uma medida para avaliar a frequência de cognições de perfeccionismo, composta por 25 itens que capturam pensamentos automáticos típicos para o perfeccionismo (por exemplo, "Meus objetivos são muito altos", "Eu devo ser perfeito", "Não importa o quanto eu faço, nunca é suficiente").

Instruções orientam os entrevistados que as afirmações do questionário descrevem "pensamentos sobre o perfeccionismo que às vezes surgem na cabeça das pessoas", e os entrevistados indicam a frequência com que experimentaram esses pensamentos ao longo da última semana" (KOBORI, 2006). Os instrumentos anteriores, que consideram o perfeccionismo como unidimensional, contém instruções que dizem aos entrevistados que as afirmações do questionário descrevem "características pessoais e traços" (HEWITT; FLETT, 2004), e os entrevistados indicam o quanto eles concordam ou discordam de cada afirmação.

Conseqüentemente, o PCI (*Perfectionism Cognitive Inventory*, que é um instrumento unidimensional), é projetado para capturar os aspectos mais transitórios de perfeccionismo. No entanto, ele tem uma importante limitação. Pesquisadores (FLETT *et al.*, 1998, 2007) consideram o PCI como uma medida unidimensional e, assim, combinam todos os 25 itens para uma pontuação geral, independentemente de eles capturam padrões pessoais (por exemplo, "Meus objetivos são muito altos"), a necessidade de ser perfeito ("eu deveria ser perfeito"), ou preocupações avaliativas ("Não importa o quanto eu faça, nunca é o suficiente").

Pesquisas com medidas de perfeccionismo multidimensionais, no entanto, demonstraram que é importante diferenciar entre padrões pessoais e preocupações de avaliação (FROST *et al.*, 1990; SLANEY *et al.*, 2001). Em particular, alguns autores demonstraram que quando os padrões pessoais e preocupações avaliativas são combinados para uma pontuação global de perfeccionismo, esta pontuação é associada com maior risco de desenvolvimento de patologias (FROST *et al.*, 1990; STÖBER, 1998). Em contraste, quando os padrões pessoais e preocupações de avaliação são considerados separadamente, apenas preocupações de avaliação estão associados com maior angústia e afeto negativo, enquanto que padrões pessoais estão associados com afeto positivo (DiBARTOLO *et al.*, 2004; FROST *et al.*, 1993). Neste contexto, o MPCCI foi desenvolvido para proporcionar um instrumento multidimensional, medindo ambas as cognições de perfeccionismo, positivos e negativos (KOBORI, 2006). Uma grande amostra de estudantes de graduação japoneses responderam a um conjunto inicial de itens com base em descrições de casos e discussões sobre os aspectos positivos e negativos de perfeccionismo auto-orientado (FROST *et al.*, 1990; HAMACHEK, 1978; SAKURAI; OHTANI, 1997; SHAFRAN; COOPER; FAIRBURN, 2003). Em seguida, em uma análise fatorial exploratória foi realizada a extração de três fatores e usando a rotação oblíqua, com os fatores altamente correlacionados (RUSSELL, 2002). Após a exclusão de itens com cargas problemáticas (ou seja, cargas insubstanciais ou cargas substanciais em mais de um fator), foram selecionados os cinco itens com as maiores cargas fatoriais, e uma análise fatorial confirmatória foi realizada mostrando que o modelo oblíquo de três fatores revelou-se como um ajuste aceitável com os dados (KOBORI, 2006).

O inventário resultante foi chamado de *Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory* (MPCCI), que inclui três subescalas: padrões pessoais, que mede as cognições acerca de padrões perfeccionistas; busca da perfeição, que investiga sobre a necessidade de ser perfeito; e preocupação com erros, que avalia os erros e afetos negativos associados à

necessidade de ser perfeito. Além disso, Kobori (2006) previa uma versão em Inglês do MPCÍ, o MPCÍ-E. O MPCÍ-E foi traduzido a partir da versão japonesa usando um procedimento *backtranslation* padrão (BRISLIN; LONNER; THORNDIKE, 1973).

O primeiro estudo de validação (KOBORI, 2006; KOBORI; TANNO, 2004) utilizou uma amostra de 371 estudantes de graduação (132 do sexo masculino, 239 do sexo feminino), recrutada em uma grande universidade britânica, que completaram o Perfectionism Cognitions Inventory (PCI) (FLETT *et al.*, 1998) e a escala de perfeccionismo auto-orientado (HEWITT; FLETT, 1991b). Além disso, eles completaram o Questionário de Pensamentos Automáticos – ATQ (HOLLON; KENDALL, 1980), medindo a frequência de pensamentos automáticos negativos durante a semana anterior. A versão em Inglês do Inventário Multidimensional de Cognições de Perfeccionismo (MPCÍ-E) (KOBORI, 2006) foi utilizada para avaliar a frequência de cognições perfeccionistas durante a última semana. O MPCÍ-E compreende 32 itens, respondidos em uma escala Likert de 7 pontos. A escala apresentou alphas de Cronbach $>0,80$, indicando alta confiabilidade (consistência interna).

Em primeiro lugar, foi realizada uma análise fatorial confirmatória dos itens MPCÍ-E. Com base nos resultados do estudo original do MPCÍ (KOBORI, 2006; KOBORI; TANNO, 2004), foi testada uma análise de três fatores de primeira ordem (consecutivamente denominado de três fatores modelo oblíquo). Este modelo foi então comparado com o modelo nulo (sem fatores, todos os itens não correlacionados) e para o modelo unifatorial (todos os itens forçados a carregar em um fator). Para avaliar o ajuste do modelo, é geralmente recomendado que várias medidas sejam consideradas para capturar diferentes aspectos de ajuste (HOYLE; PANTER, 1995). Dados os problemas conhecidos com a estatística qui-quadrado como medida de ajuste do modelo (HU; BENTLER, 1995; KAPLAN, 1990), o uso desta estatística foi restrita a testar as diferenças entre os dois modelos (ou seja, a um fator e o modelo oblíquo de três fatores).

O modelo oblíquo de três fatores apresentou um ajuste muito melhor do que o modelo de um fator (que não apresentou um ajuste aceitável). Para comparar o modelo de três fatores com o modelo de um fator, foi realizado um teste qui-quadrado (SATORRA; BENTLER, 2001; ULLMAN, 2006), sendo o modelo oblíquo de três fatores aceito como o modelo final. Todos os três fatores mostraram correlações substanciais entre si. Corroborando com as conclusões sobre o MPCÍ japonês (KOBORI, 2006; KOBORI; TANNO, 2004), no MPCÍ inglês (STOEBER; KOBORI; TANNO, 2010), o fator que representa "busca da perfeição" mostrou alta correlação com o fator que representa "padrões pessoais"; uma vez que o fator

"preocupação com erros", mostrou uma correlação mais modesta com os outros dois fatores. Quando escores da escala foram calculados pela média entre produtos, duas escalas mostraram alfa de Cronbach maior que 0,80. Em seguida, foi realizada uma primeira análise convergente e divergente do MPCIE (KOBORI, 2006).

Primeiro foi examinada a validade convergente, inspecionando correlações das escalas com perfeccionismo auto-orientado e perfeccionismo socialmente prescrito. Tal como esperado, todas as escalas demonstraram correlações significativas que variam 0,31-0,71 (KOBORI, 2006). Além disso, uma inspeção mais próxima de correlações sugerem que as escalas mostraram correlações globais superiores com perfeccionismo auto-orientado do que com o perfeccionismo socialmente prescrito. A regressão linear realizada sugere que as cognições de perfeccionismo avaliadas com o MPCIE são mais estreitamente relacionadas com o construto de perfeccionismo auto-orientado do que o de perfeccionismo socialmente prescrito, quando comparado à outras escalas de perfeccionismo já existentes (KOBORI, 2006).

Esse estudo inicial Kobori (2006) forneceu uma primeira investigação sobre a confiabilidade e validade da versão em Inglês do Inventário Multidimensional de Cognições de Perfeccionismo (MPCIE) e suas três sub-escalas: padrões pessoais, busca da perfeição, e preocupação com erros. Como esperado, a partir de análise fatorial com a versão japonesa original, o MPCIE (KOBORI, 2006; KOBORI; TANNO, 2004), a análise fatorial confirmatória desse estudo (KOBORI, 2006) aponta a estrutura oblíqua de três fatores, proporcionando suporte para a validade fatorial do MPCIE. Os achados com o MPCIE mostram que é importante diferenciar entre cognições positivas e negativas ao avaliar o perfeccionismo. O MPCIE tem uma clara vantagem sobre o PCI porque o MPCIE prevê uma análise multidimensional das cognições perfeccionismo, proporcionando escalas que permitem a diferenciação entre cognições perfeccionismo positivas (padrões pessoais), ambivalentes (busca da perfeição), e negativas (preocupação com erros). Os achados têm algumas limitações, no entanto. Em primeiro lugar, a amostra foi composta por apenas participantes de etnia branca. Portanto, futuros estudos terão de demonstrar que os resultados podem ser generalizados para outros grupos étnicos. Em segundo lugar, o estudo foi composto por apenas um ponto de medição, não sendo realizado o teste-reteste do MPCIE (KOBORI, 2006).

A conclusão do estudo com MPCIE, apesar destas limitações, mostra que os achados representam uma primeira evidência indicando que a versão em Inglês do MPCIE, o MPCIE, é um novo instrumento promissor, que prevê uma avaliação multidimensional das cognições

perfeccionismo e, portanto, tem o potencial para promover a compreensão da natureza do perfeccionismo, sendo, portanto de grande utilidade.

O objetivo do presente estudo foi traduzir e adaptar transculturalmente a versão em português do Brasil do *Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory* (MPCI) adaptado à cultura brasileira, para uso entre adultos de ambos os sexos, além de avaliar a fidedignidade e a validade da versão em português do Inventário Multidimensional de Cognições de Perfeccionismo (MPCI-Português) para uso em amostras populacional e clínica brasileiras de indivíduos adultos de ambos os sexos, com a finalidade de rastreamento de casos de psicopatologias.

MÉTODOS

PARTICIPANTES

A amostra desse estudo foi constituída por um grupo de 10 estudantes universitários de ambos os sexos (para o estudo piloto) e 364 estudantes universitários de ambos os sexos, de uma instituição de ensino superior pública, da cidade de Salvador, Bahia, para a validação do instrumento. Foram selecionados estudantes universitários de uma instituição de ensino superior pública, maiores de 18 anos e que estivessem dispostos a responder os instrumentos. Os instrumentos foram respondidos em sala, na presença da autora principal deste estudo ou de pesquisadores que colaboraram, devidamente treinados para realizar a aplicação. Foram excluídos sujeitos com deficiência mental e visual ou que não pudessem e/ou se recusassem a responder os instrumentos.

INSTRUMENTOS

Os participantes da pesquisa responderam a um bloco de questionários composto pelos seguintes instrumentos: MPCI (validado neste estudo), BAI (Escala Beck de Ansiedade), BDI (Escala Beck de Depressão).

PROCEDIMENTOS

Trata-se de um estudo de validação do MPCI. Em um primeiro momento, foi solicitada a autorização dos autores originais da escala, através de uma carta formal de anuência. O instrumento foi, inicialmente traduzido do inglês para o português. Essa tradução foi realizada

por tradutores juramentados bilíngues. Em seguida, a tradução foi revisada pelos autores desse estudo. Um terceiro passo foi uma nova tradução (do português para o inglês) por dois outros tradutores juramentados, que não tiveram acesso aos instrumentos originais em inglês. Esse procedimento é denominado *back translation*. Em seguida, o instrumento retrotraduzido para o inglês foi enviado para os autores do instrumento, e submetidos à apreciação deles. Mediante a aprovação dos autores, o MPCCI foi, então, submetido a um teste piloto, com dez sujeitos (estudantes universitários previamente selecionados), em que foram discutidos todos os itens dos instrumentos para avaliar a compreensão e aplicabilidade, caracterizando-se a validação semântica. Por último, o instrumento, finalmente foi aplicado na amostra total. Após a aplicação do instrumento em toda a amostra, os dados foram tabulados no programa Excel. Em seguida, procedeu-se a análise dos dados, utilizando programas específicos (*SPSS* e *R*). Com o objetivo de caracterização da amostra foi realizada análise descritiva com a utilização de frequências simples e relativas (percentuais) assim como medida de tendência central (média) e medida de dispersão (desvio padrão). Com o objetivo de testar a possibilidade de agrupamento dos itens em fatores (sub-escalas), para explicar determinados sub-conceitos, foi empregada a Análise Fatorial Exploratória (AFE) técnica estatística multivariada apropriada para este objetivo. Para avaliar a validade da AFE utilizamos o critério de KMO, o teste de esfericidade de Bartlett. Foi também observada a matriz de correlação de anti-imagem e as comunalidades. A extração dos fatores foi realizada pelo método de componentes principais seguidas de uma rotação VARIMAX. Os fatores comuns retidos foram selecionados pelo critério de Kaiser, ou seja, a regra do auto-valor superior a 1, em harmonia com o critério de Scree Plot e porcentagem da variância retida associada a interpretação teórica. A avaliação da consistência interna do instrumento foi medida por meio do coeficiente Alpha de Cronbach, no qual se considera o valor $> 0,70$ como critério para uma consistência interna satisfatória. Para avaliar se o MPCCI relaciona-se ou não com outras variáveis ou medidas do mesmo construto para o qual foi desenvolvido, ou com indicadores de construtos distintos, foram testados com os seguintes instrumentos de comparação: BDI e BAI. Para o cálculo do coeficiente de correlação de Pearson, as correlações de 0 a 0,25 foram consideradas fracas; entre 0,26 e 0,50 moderadas; de 0,51 a 0,70 fortes e, acima de 0,71, muito fortes (FACHEL; CAMEY, 2000; STREINER; NORMAN, 2003). Para avaliar a capacidade da escala em discriminar grupos extremos, utilizamos a Curva ROC (*Receiver Operating Characteristics Analyses*) (FLEISS, 1971), visando a examinar os pontos de corte que distinguem sujeitos considerados casos dos não-casos. Foram determinadas as notas de corte que melhor representaram a sensibilidade e a especificidade do instrumento.

Inicialmente verificamos o ajuste dos dados a serem analisados à Análise Fatorial. Para isto calculamos o índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett. No caso do KMO consideramos adequados índices acima de 0,60 e no teste Esfericidade, a rejeição da hipótese nula, de que a matriz de correlação é uma matriz identidade, ou seja, não há correlação entre as variáveis. A análise dos componentes principais foi realizada com rotação varimax. Esta técnica maximiza as altas correlações existentes e minimiza as baixas simplificando a interpretação dos fatores. O critério utilizado para determinar o número de fatores a serem extraídos foi o de fatores com autovalores superiores a um. Deseja-se também percentual de variância acumulada explicada pelos fatores acima 50%; e carga fatorial (coeficientes de correlação entre as variáveis e os fatores) mínima de aproximadamente 0,40. Para avaliar a consistência interna de cada fator usamos o coeficiente Alpha de Cronbach. Quanto maior a correlação entre os itens de um instrumento maior vai ser o valor do Alpha de Cronbach. Neste estudo foram considerados satisfatórios $\alpha > 0,60$ (CRONBACH, 1951; NUNNALLY, 1978).

Os procedimentos realizados nesta etapa objetivaram a caracterização da validade de conteúdo e de construto do instrumento, além de sua precisão e estabilidade.

ANÁLISE DOS DADOS

O cálculo amostral foi feito a partir de estatísticas não paramétricas. Atualmente sugere-se que o tamanho da amostra seja de cinco (mínimo) a dez sujeitos para cada item do questionário que deverá ser respondido (COUTO JUNIOR 2009; PASQUALI, 1999). Neste estudo temos: o MPCÍ, com 15 itens simples, sem subitens. Logo, baseado no método de cálculo proposto, temos: 15 itens do MPCÍ multiplicado por dez sujeitos, totalizando 150 respondentes. No nosso estudo foram aplicados 364 questionários, atendendo portanto ao cálculo amostral proposto. Esse cálculo é sujeito a um erro amostral de 2% (COUTO JUNIOR 2009; PASQUALI, 1999). Desse modo, foram selecionados 364 sujeitos, na tentativa de cobrir esse erro.

O estudo seguiu a orientação da Declaração de Helsinqui (1996) e da Resolução 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa que deu origem aos dados da presente pesquisa foram previamente

submetidos e aprovados pelos Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). (Parecer número 1.432.557 aprovado em 01 de Março de 2016).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 364 estudantes universitários de uma instituição de ensino pública de Salvador, Bahia. Foram selecionados para as análises apenas os casos com informações completas em todas as variáveis utilizadas (incluindo sócio-demográficas). A amostra composta de 364 estudantes, com uma preponderância do sexo feminino, com 67,42% dos sujeitos. A idade média da amostra foi de 25,38 anos, com um desvio padrão de 8,5. Com relação à existência ou não de um diagnóstico prévio, 3,51% afirmaram terem sido diagnosticados previamente e 96,49% não possuíam diagnóstico psiquiátrico ou psicológico anterior. Quanto ao uso de medicação psiquiátrica, 2,51% afirmaram fazerem uso deste tipo de medicação e 97,49% não estarem em uso de medicação psiquiátrica.

Um estudo dos pressupostos das análises foi realizado, começando com a checagem do valor do fator de adequação KMO. O valor encontrado ($KMO = 0.84$) indica que os dados poderiam ser submetidos à Análise Fatorial (AF).

Além de caracterizar a distribuição dos escores totais, as análises das estatísticas descritivas da escala permitem avaliar a adequação da amostra para o uso da análise fatorial ao testar o pressuposto de normalidade dos escores cumulativos (Tabela 1).

Tabela 1 -Escore cumulativos

p.mean	item.mean	min	max	var	sd	skew	se.skew	z.skew	kurt	se.kurt	z.kurt
132.41	4.1378	32	189	431.14	20.763	-0.552	0.1259	-4.3812	1.2929	0.2520	5.1309

p.mean = Média dos participantes

item.mean = Média do escore do item

min = escore mínimo observado na escala

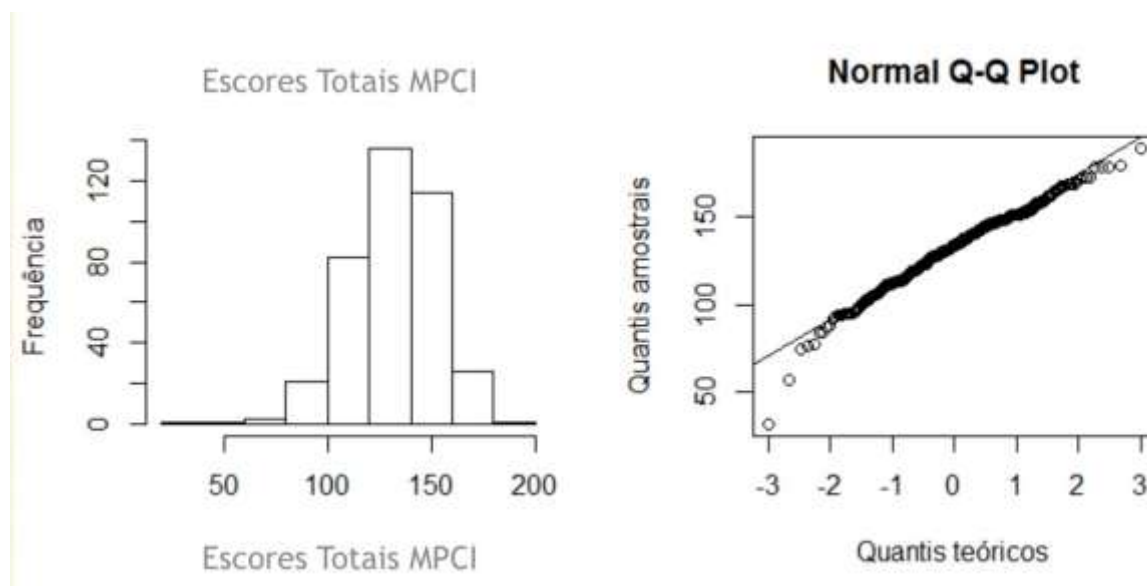
max = escore máximo observado na escala.

var = variância dos escores da escala

skew = skewness (assimetria) da distribuição dos escores da escala

kurt = Curtose da distribuição dos escores da escala

Figura 1 - Histograma dos escores totais (à direita) e o gráfico de quantil-quantil que compara os dados observados com uma distribuição teórica normal (à esquerda)



Fonte: autoria própria

Na figura 1, o histograma apresenta a distribuição das frequências dos escores totais da MPCl. Este gráfico apresenta um indicativo visual da normalidade da distribuição dos escores. O QQ-Plot compara uma distribuição teórica normal com a distribuição de escores observados. Neste último a não normalidade seria percebida na presença sistemática de pontos (círculos) fora da linha.

A distribuição dos escores apresenta boas evidências de normalidade, viabilizando o uso de análises paramétricas como a análise fatorial e a modelagem por equações estruturais. Essas evidências se fundamentam na ausência de substancial assimetria ($skewness < 1$) bem como no histograma e no qq-plot. O único indício de não normalidade está no valor da curtose ($kurt > 1$), o que indica uma distribuição mais leptocúrtica do que a distribuição normal, entretanto, não é o suficiente para excluir a possibilidade de usar a análise fatorial.

Também buscamos evidências de itens que não estão sendo bem respondidos pelos participantes da pesquisa. Médias muito altas ou muito baixas (muito acima ou muito abaixo de 4) indicam itens que são muito fáceis ou muito difíceis, respectivamente, o que não é ideal. Itens cujo mínimo e máximo não correspondem ao mínimo e máximo da escala Likert à qual estão associados são considerados inadequados por possuírem categorias desnecessárias. O

desvio padrão dos itens deve estar acima de 1, demonstrando boa variabilidade das marcações. A assimetria e a curtose não devem ultrapassar 1, atestando a normalidade também da distribuição dos escores dos itens.

Nos escores do MPCCI encontramos algumas evidências de não-normalidade nas distribuições dos itens (assimetria ou curtose > 1). Obviamente, apenas esse indício não é suficiente para defender a remoção de um item da escala, mas essas evidências devem ser associadas ao conjunto de evidências da validação de construto e podem culminar na remoção dos itens após análise fatorial exploratória e confirmatória. Ainda, é importante colocar que o maior escore de curtose (em módulo: 1,3293) e o maior escore de assimetria (em módulo: 1,24521) sequer encontram-se muito acima do critério para atestar normalidade, tal seja, 1.

Os mesmos dados ($N = 364$) foram selecionados randomicamente de uma distribuição normal com os mesmos parâmetros (média e desvio padrão) da distribuição dos escores da MPCCI e a distribuição dos seus valores foi comparada à distribuição obtida através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Um p-valor não significativo ($p > 0,05$) indica que as distribuições (observada e teórica) não são estatisticamente diferentes. Um total de 1000 simulações deste tipo foram realizadas e uma média dos p-valores foi extraída para garantir a robustez da estatística.

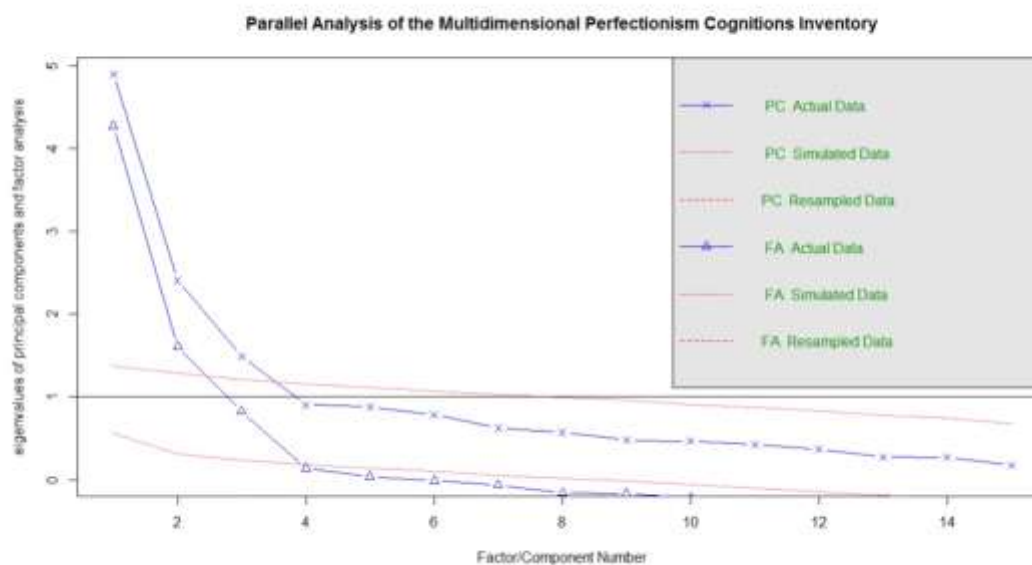
Média do p-valor de 1000 simulações do KS-test ($p = 0,309$)

Com relação às medidas de adequação da amostra, ou seja, testes dos pressupostos que precede a análise fatorial, todos os resultados são satisfatórios. O fator de adequação de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) encontrado foi de 0.84, sendo que já é considerado ideal quando acima de 0.60. Quanto ao Teste de Esfericidade de Bartlett's o valor encontrado foi inferior a 0.05, o que indica boa adequação. O Determinante da Matriz de correlação encontrado foi maior do que 0, permitindo a inversão da matriz de correlação dos itens. Todos esses testes nos permitiram seguir adiante, em direção à análise fatorial, mostrada a seguir.

A escolha da análise fatorial (em oposição à análise dos componentes principais) se deve ao fato de que a estrutura teórica pressupõe que o traço latente (dimensão) influencia o resultado (escore) e não que o fator é composto por uma combinação destes escores. Podemos verificar a exploração das evidências de dimensionalidade. O Scree Plot apresenta um cotovelo da curva, que é um indicador do ponto a partir do qual o acréscimo de fatores deixa de ser relevante para o incremento da quantidade de informação representada pelo conjunto de fatores. No caso, dada a presença de um cotovelo pouco marcado ou abaulado, não há uma

indicação clara da quantidade de fatores a partir desse indício. Por outro lado, a estatística dos autovalores (*eigenvalues* > 1) sugere o uso máximo de 3 fatores.

Figura 2- Gráfico Análise Paralela



Fonte: autoria própria

O output da análise paralela (Figura 2) sugere uma clara estrutura de 3 fatores e uma quantidade razoável de componentes principais (3). Essa indicação fica mais evidente quando somamos à evidência do *scree plot* e à evidência dos auto valores. Decidimos então, seguindo o estudo de validação original, rodar o modelo exploratório, com 3 dimensões, visto que aparecem três fatores claros no cotovelo da curva do gráfico (Figura 2). Os valores *eigenvalues* foram 4.90, 2.40 e 1.49, respectivamente. No estudo de validação original, os autores também optaram por uma matriz com 3 fatores. Entretanto, esses dados ainda serão confirmados com as análises de TRI, que ainda serão realizadas neste trabalho.

Tabela 2- Cargas Fatoriais

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Correlação Item - Total
15	0.78			0.53
14	0.77			0.57
12	0.72			0.5
11	0.59			0.52
13	0.51			0.39
7		0.83		0.66
8		0.79		0.65
6		0.65		0.51
9		0.52		0.44
10				-0.20
2			0.82	0.46
4			0.74	0.38
1			0.74	0.44
5			0.60	0.38
3				0.33

Fonte: dados da pesquisa

As correlações entre os escores da MPCCI e as escalas de Beck foram baixas, embora sejam significativas. Isso aponta um distanciamento maior entre os construtos (quando comparados com o CDS), embora seja possível dizer que a correlação entre eles existe. A MPCCI apresentou uma associação maior com a BDI do que com a BAI, o que se justifica teoricamente, já que a BAI avalia muitos sintomas físicos e a BDI avalia mais questões psicológicas relacionadas ao humor deprimido.

Note-se que essas análises são provisórias, uma vez que os resultados da análise fatorial podem levar à exclusão de itens na versão final brasileira, isso pode influenciar os resultados finais de validação convergente (Tabela 3).

Tabela 3 - Correlações entre os escores totais da MPCÍ e BAI BDI

Escala	MPCI	p-value
BAI	0,19	< 0,01
BDI	0,40	< 0,01

Fonte: dados da pesquisa

A análise da fidedignidade foi feita através do uso do Alpha de Cronbach. O alpha total sugere boa fidedignidade do MPCÍ (> 0,82). A mesma ressalva feita à validação convergente se repete aqui, ou seja, esses resultados podem mudar com o refino das etapas de análise fatorial exploratória e a realização da etapa de validação confirmatória, com a TRI.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo realizar a investigação psicométrica necessária para a validação do MPCÍ, imprescindível para o reconhecimento deste como um questionário adequado para utilização no ambiente clínico e científico. A análise psicométrica do MPCÍ mostrou que sua versão em português se apresenta como uma medida adequada e promissora do nível de perfeccionismo clínico. No que diz respeito a sua consistência interna, os valores de alpha obtidos foram significantes. Todos os itens foram também significativamente correlacionados com o escore total, demonstrando alta conformidade entre si e a adequação e coerência do instrumento na avaliação do construto. Isso significa dizer que o instrumento mede, de fato, o construto que ele propõe medir.

As análises demonstraram que o MPCÍ apresenta um Alpha de Cronbach de 0,82, o que revela uma excelente consistência interna. Seus itens também demonstraram boa correlação entre si. De modo geral a escala apresenta qualidades psicométricas aceitáveis e pode ser utilizada como instrumento para detecção de perfeccionismo clínico.

O presente estudo demonstra que a versão brasileira do MPCCI possui boa qualidade psicométrica, com índices de validade e confiabilidade satisfatórios. Este trabalho contribui, dessa forma, para a tentativa de consolidação da eficácia de instrumentos relevantes para a TCC e sua prática. A utilização deste questionário no cotidiano clínico permite ao terapeuta o acompanhamento da evolução do paciente durante a psicoterapia, podendo também auxiliar na investigação do quadro psicológico pré-tratamento. Permite também a utilização como instrumentos de pesquisa, ajudando o investigador na identificação do perfeccionismo clínico, diferenciando grupos com ou sem transtornos, e suas relações com diferentes padrões de pensamentos.

Uma importante limitação desse estudo de validação está na inclusão de estudantes de graduação de uma única região do Brasil, dificultando a possibilidade de generalização dos achados para outros contextos, como populações gerais e clínicas. Como os instrumentos foram desenvolvidos para serem utilizados em contextos clínicos, outra limitação óbvia deste trabalho é o fato de não termos utilizado uma amostra clínica. Contudo, não é incomum que os pesquisadores primeiro testem a utilidade clínica de uma medida com amostras não clínicas e, então, partam para o novo estágio de validação, ou seja, testá-la em amostras clínicas (COVIN *et al.*, 2011). Ainda pretendemos estender esse trabalho para outras populações, minimizando essa limitação da pesquisa. Assim, futuros estudos que avaliem os aspectos psicométricos deste instrumento em amostras diversificadas, especialmente na população geral e em amostras clínicas, são necessários.

CONCLUSÃO

Acreditamos que conseguimos alcançar os objetivos propostos, onde o MPCCI foi traduzido e adaptado para o português brasileiro. O instrumento teve suas qualidades psicométricas avaliadas, apresentando boa fidedignidade e validade.

Podemos concluir que o instrumento possui bom desempenho. São necessários mais estudos com o MPCCI, incluindo principalmente uma amostra clínica, que é uma limitação deste estudo. Podemos considerar esse estudo como preliminar, pois não incluiu amostra clínica. Entretanto, muitos estudos de validação iniciam por amostras não clínicas e, em um segundo momento, validam para populações clínicas, que é uma pretensão nossa, em trabalhos futuros.

ARTIGO 2

DISTORÇÕES COGNITIVAS: Validação da Versão em Português (BR) da Cognitive Distortions Scale (CDS) em uma Amostra da População Geral

Eduardo Pondé de Sena

Fernanda Landeiro

INTRODUÇÃO: DISTORÇÕES COGNITIVAS

De acordo com Alford e Beck (1997), a partir de pensamentos automáticos negativos, esquemas cognitivos atuam como um erro sistemático da informação, produzindo as distorções cognitivas. Os indivíduos tornam-se susceptíveis a alguns tipos específicos de distorções cognitivas, o que os predispõe a transtornos emocionais. Esses esquemas cognitivos (também chamados de crenças nucleares), no entanto, estão em nível inconsciente, de difícil acesso para o indivíduo, o que dificulta sua definição e mensuração (OEI; BARANOFF, 2007). Beck (1996) notou que as crenças estão em um nível tão difícil de acessar conscientemente, que o paciente tem dificuldade de articulá-las verbalmente. Essa natureza inconsciente das crenças nucleares é uma limitação ao tratamento. Além disso, o terapeuta precisa de tempo para identificar, explicar ao paciente e tratar, e, dependendo da natureza da crenças, esse tempo poderá ser maior ou menor.

O pensamento automático distorcido, por ser mais acessível, é um ponto de partida óbvio para os terapeutas e seus pacientes, porque eles são, em parte, perpetuados por cognições que são acessíveis, e as crenças podem, frequentemente, ser identificadas de forma confiável e modificadas por meio de conteúdo cognitivo (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2003). A partir de suas observações com pacientes deprimidos, Beck (1964) relatou que o teor das crenças pode ser identificado por meio de "equivocos, atitudes distorcidas e objetivos e expectativas irrealistas" (p. 563). Beck (1967, 1993) identificou que essas distorções cognitivas são o resultado do processamento de informações, de uma maneira que, previsivelmente, resultou em erros identificáveis no pensamento.

Em seu trabalho com pacientes deprimidos, Beck definiu seis erros sistemáticos no pensamento: inferência arbitrária, abstração seletiva, generalização, ampliação e minimização,

personalização e pensamento dicotômico (BECK, 1961, 1967); essas distorções cognitivas são até hoje utilizadas amplamente em Terapia Cognitiva (BECK, 1961; BECK *et al.*, 1979; DOBSON; DOZOIS, 2001; ELLIS; GRIEGER, 1977).

Outros autores continuaram estudando essas distorções, não só ampliando a lista de distorções de Beck, como também revendo e definindo melhor o construto. Há uma lista de outras distorções cognitivas notáveis, que foi ampliada por diversos autores da TCC, que atualmente consta constam mais de 30 Distorções Cognitivas, além das já descritas por Beck (FREEMAN *et al.*, 2004, p. 5). Esta lista de distorções cognitivas, embora não exaustiva, apresenta muitos erros comuns na maneira de pensar. Note-se que um certo grau de distorção cognitiva é normal em seres humanos, mas os indivíduos com transtornos emocionais parecem mostrar um maior grau de pensamento distorcido, de modo mais constante e frequente (BECK, 1964; ROSENFELD, 2004).

Posteriormente, Rosenfield (2004) demonstrou que os indivíduos que pontuaram de modo clinicamente significativo para um eixo I ou II no *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)*, relataram maior frequência de distorções cognitivas do que aqueles livres de distúrbios emocionais clinicamente significativos. Portanto, quanto maior o número de condições diagnosticáveis, maior o grau de distorção cognitiva que o indivíduo apresenta (ROSENFELD, 2004). Além disso, a presença de distorções cognitivas evidenciaram com êxito a gravidade de perturbações de Eixo I e II. Isto é, quanto mais distorções cognitivas identificadas, mais grave o nível de psicopatologia de um indivíduo (ROSENFELD, 2004; YURICA, 2002). Desse modo, uma forma de mensuração breve e objetiva desses processos cognitivos fundamentais poderá ser benéfica, tanto para a investigação quanto para a prática clínica (COVIN; DOZOIS, 2011). Além disso, um instrumento que auxilie na avaliação das distorções cognitivas durante todo o tratamento, pode fornecer uma medida objetiva de progresso, por exemplo no tratamento da depressão, (BECK *et al.*, 1961, BUTLER; BECK, 2000; HOLLON; KENDALL, 1980; YURICA, 2002) ansiedade (ROSS *et al.*, 1986; YURICA, 2002) e transtornos de personalidade (CRAIGHEAD; CURRY; ILARDI, 1999). Em segundo lugar, já foi amplamente demonstrado que os tratamentos que ocorrem no início do curso de distúrbios psicológicos, correlacionam-se com um número de benefícios terapêuticos, incluindo resultados mais positivos ao tratamento, redução de consultas médicas e reduzidos custos de cuidados de saúde (BURNS, 1999; KAPLAN, 2000). Assim, a identificação precoce de distorções cognitivas pode permitir que o terapeuta e o paciente, de forma colaborativa, identifiquem mais rapidamente e modifiquem as crenças, que

mantêm essas mesmas distorções cognitivas. Em terceiro lugar, um instrumento para mensurar as distorções poderia facilitar a identificação de padrões específicos de distorções cognitivas em determinados transtornos (COVIN; DOZOIS, 2011; MILLON; DAVIS, 1996).

O uso de instrumentos para mensurar distorções cognitivas em ambientes clínicos pode servir para um grande número de funções (BUTLER; BECK, 2000): 1) fornecer um método eficaz para a identificação das principais formas de pensamento distorcido pelos próprios pacientes, 2) identificar a frequência de determinados tipos de distorções para determinados diagnósticos, 3) fornecer uma ferramenta educacional voltada para a melhoria das competências metacognitivas dos pacientes, 4) ajudar a compreender o papel que as distorções cognitivas desempenham na manutenção disfuncional dos pensamentos, emoções e padrões de comportamento, e 5) fornecer uma ferramenta clínica para o uso como teste pré e pós intervenção terapêutica, além de acompanhar as mudanças nos padrões de pensamento distorcido dos pacientes (BECK *et al.*, 1961; HOLLON; KENDALL, 1980; YURICA, 2002).

Instrumentos para mensurar distorções cognitivas foram e continuam sendo utilizados em investigações por todo o mundo. O DAS-A é o instrumento mais utilizado em estudos de pesquisa ao redor do mundo e mede as atitudes disfuncionais de depressivos (CHEN *et al.*, 1998;. LEYLAND; TEASDALE, 1996; MARTON; KUTCHER, 1995; OEI-TAN; YEOH, 1999; OHRT; THORELL, 1999; OTTO *et al.*, 1997; WERTHEIM; POULAKIS, 1992; ZARETSKY *et al.*, 1997). O DAS-A foi traduzido para várias línguas, (OHRT; THORELL, 1999) incluindo uma versão chinesa (CHEN *et al.*, 1998). O ATQ tem sido utilizado em conjunto com o DAS (WEISSMAN, 1979) para medir distorções cognitivas no transtorno do pânico (OHRT; THORELL, 1999) e a diferença de terapia cognitivo-comportamental para grupos medicados e não-medicados (OEI-TAN; YEOH, 1999). Além disso, o ATQ foi ampliado, para avaliar, além de populações adultas, também para mensurar cognições depressivas em crianças (KAZDIN, 1990).

Finalmente, as medidas de distorções cognitivas formuladas em pesquisas podem proporcionar ao campo da TCC ferramentas mais eficazes para medir as distorções cognitivas.

Yurica (2002) identificou uma série de limitações nas medidas de distorções cognitivas. Em primeiro lugar, há uma falta de coerência nas definições de várias distorções. Por exemplo, sobre o CDS, Najavits (1993) se referiu a "Exagerar", enquanto "tirar conclusões precipitadas", sendo esse mesmo conceito usado no ICD como "Catastrofização". Embora essas distorções pareçam estar medindo o mesmo construto (ou seja, antecipando uma conclusão mais negativa), a falta de uma terminologia consistente e definições de distorções

cognitivas interfere na sua medida exata (YURICA, 2002). A segunda desvantagem para medidas de distorções cognitivas é que elas são muitas vezes derivadas da pesquisa sobre padrões de pensamentos negativos, em distúrbios e populações específicas, em vez de processos subjacentes gerais da cognição distorcida. Isso adiciona mais confusão à medição de distorções cognitivas. Muitas medidas existentes de mensuração das distorções cognitivas são carentes de aspectos psicométricos relevantes para a pesquisa científica. Especificamente, o ATQ (HOLLON; KENDALL, 1980), a DAS (WEISSMAN, 1979), e o CEQ (LEFEBVRE, 1981) foram projetados para avaliar distorções cognitivas inerentes à depressão.

Cognitive Distortions Scale (CDS)

A CDS (COVIN *et al.*, 2011) é uma escala que avalia individualmente a frequência com que os entrevistados cometem dez tipos de distorções cognitivas. Além disso, a CDS é uma medida que permite aos entrevistados estimar o grau em que eles experimentaram erros, em dois domínios de sua vida: o domínio interpessoal e de realização (trabalho/ escola) (COVIN *et al.*, 2011). Esta decisão foi derivada da investigação teórica e empírica relacionada com esquemas interpessoais e realização (BECK, 1995; BECK *et al.*, 1983; CLARK *et al.*, 1998). Beck (1995), por exemplo, observou que as crenças centrais do indivíduo geralmente estão relacionadas aos conteúdos de desamor (por exemplo: "Eu sou indigno", "Eu sou indesejável") ou desamparo (por exemplo, "Eu sou inadequado", "Eu sou incompetente"). Assim, a hipótese de que a frequência das distorções cognitivas pode variar a depender do domínio, de tal forma que, algumas distorções seriam mais comuns em alguns contextos (por exemplo, nos domínios social/ interpessoal) do que em outros (por exemplo, domínios de realização), parece fazer sentido. As distorções cognitivas desempenham um papel relativamente importante na teoria e na prática de distúrbios emocionais, e, apesar disso, ainda não existe atualmente nenhuma medida que avalie de forma abrangente as dez distorções cognitivas descritos por Burns (1980b) e, normalmente referidas na prática clínica.

Para o desenvolvimento da CDS, Covin *et al.* (2011) revisaram as dez distorções cognitivas descritas por Burns (1980), bem como outro material que forneceu descrições adicionais e exemplos de cada distorção (NEAL; EDELMANN, 2003). Com base na literatura existente acerca destas distorções, as definições foram então criadas para serem utilizadas no questionário. Exemplos de cada distorção também foram desenvolvidos para facilitar a compreensão dos entrevistados (COVIN *et al.*, 2011). Dada a intenção de medir distorções em

domínios sociais e de realização, um exemplo de cada distorção foi fornecido para cada contexto (COVIN *et al.*, 2011). Ambos personagens, femininos e masculinos, foram utilizados nos exemplos para evitar problemas na linguagem dos itens. Além disso, os artigos foram escritos de tal forma que o questionário seria aplicável a uma variedade de populações e não apenas amostras de estudantes (por exemplo, cenários de realização nem sempre eram sobre provas e trabalhos). Os itens também foram escritos em um nível tal que poderiam ser lidos e compreendidos por uma população diversificada (COVIN *et al.*, 2011).

O estudo de validação inicial da CDS (COVIN *et al.*, 2011) foi realizado com 118 alunos de graduação matriculados no curso de psicologia da Universidade de Ontário, no Canadá. Foram aplicados os seguintes questionários: BDI-II (BDI-II) (BECK; STEER; BROWN, 1996); ATQ, Escalas de Depressão Ansiedade e Estresse-21 (DASS-21) (LOVIBOND, S. H.; LOVIBOND, P.F. 1995); Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS) (WEISSMAN; BECK, 1978); Programação de Afeto Positivo e Negativo (PANAS) (WATSON; CLARK; TELLEGEN, 1988) e *State-Trait Anxiety Inventory*-STAI (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1970). A idade média dos participantes foi de 18 anos. A maioria dos participantes eram mulheres (73,1%), em seu primeiro ano de estudo de graduação (90,8%), solteira (99,2%). A média da amostra para o *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) estava na faixa não clínica, ou seja, sem escore que indica depressão ($M = 12,34$) (COVIN; *et al.*, 2011).

A consistência interna da escala foi avaliada por meio do Alfa de Cronbach. A confiabilidade geral da escala foi excelente ($\alpha = 0,85$). A validade concorrente do CDS foi avaliada através da realização de uma série de correlações com medidas teoricamente relevantes. Como previsto, a CDS foi significativamente relacionado com outras medidas de pensamento negativo (ou seja, ATQ e duas subescalas da DAS) (COVIN *et al.*, 2011).

A CDS é composta por dez distorções comumente conhecidas, com os respondentes indicando a frequência com que experimentam essas distorções em diferentes contextos (interpessoal e realização). Os resultados do estudo inicial (COVIN *et al.*, 2011) revelaram que a CDS tem propriedades psicométricas excelentes. Outras conclusões indicam que o contexto em que ocorre uma distorção cognitiva é importante, e que algumas distorções podem ser melhores preditores de emoções negativas do que outros. Embora estes resultados precisem de replicação, as propriedades psicométricas parecem promissoras (COVIN *et al.*, 2011). Como hipótese, alguns erros cognitivos eram mais prováveis de ocorrer em situações sociais do que em situações de desempenho (leitura mental, raciocínio emocional,

personalização e minimização dos aspectos positivos) e vice-versa (Catastrofização, pensamento dicotômico, e afirmações do tipo deveria). Não é de estranhar que a leitura mental e personalização ocorram mais frequentemente em situações sociais, dada a sua natureza. Além disso, pensamento dicotômico e afirmações do tipo deveria, refletem aspectos de perfeccionismo, que podem ocorrer mais provavelmente em situações de desempenho (COVIN *et al.*, 2011).

Embora existam outras medidas para distorções cognitivas, a CDS é o único questionário que mede uma gama de erros cognitivos tipicamente discutidos e utilizados na TCC. A CDS também permite aos pesquisadores medir os erros cognitivos individuais nos vários contextos (social e de trabalho). Até o momento, se um pesquisador quer quantificar a presença de uma distorção, como leitura mental, nenhuma medida existente está disponível para realizar tal objetivo. Portanto, a CDS ajuda a preencher uma lacuna na literatura. No entanto, existem alguns problemas. Em primeiro lugar, embora a CDS seja útil em pesquisas básicas (por exemplo, com estudantes universitários), esse instrumento foi claramente projetado para ser usado com amostras clínicas. Uma limitação óbvia do estudo de validação original da CDS é que ele não foi avaliado em uma amostra clínica. Como tal, estes resultados devem ser considerados preliminares. Não é incomum os pesquisadores primeiro testarem uma medida clinicamente útil com amostras não clínicas. Tais descobertas podem oferecer informações úteis, que podem então ser usadas para justificar uma próxima fase de validação (ou seja, em amostras clínicas). No entanto, os resultados psicométricos da amostra subclínica foram encorajadores (COVIN *et al.*, 2011). A CDS parece ser uma escala robusta, para ajudar a mover pesquisadores e clínicos na direção da compreensão das distorções cognitivas e, também, para o crescimento da Terapia Cognitiva enquanto ciência.

MATERIAIS E MÉTODO

Com o objetivo de caracterização da amostra foi realizada análise descritiva com a utilização de frequências simples e relativas (percentuais) assim como medida de tendência central (média) e medida de dispersão (desvio padrão).

Com o objetivo de testar a possibilidade de agrupamento dos itens em fatores (sub-escalas), para explicar determinados sub-conceitos, foi empregada a Análise Fatorial Exploratória (AFE) técnica estatística multivariada apropriada para este objetivo, tanto no

MPCI quanto na CDS. Para avaliar a validade da AFE utilizamos o critério de KMO, o teste de esfericidade de Bartlett. Foi também observada a matriz de correlação de anti-imagem e as comunalidades. A extração dos fatores pode ser feita pelo método de componentes principais seguidas de uma rotação VARIMAX. Os fatores comuns retidos foram selecionados pelo critério de Kaiser, ou seja, a regra do auto-valor superior a 1, em harmonia com o critério de Scree Plot e porcentagem da variância retida associada a interpretação teórica. A avaliação da consistência interna do instrumento foi medida por meio do coeficiente Alpha de Cronbach, no qual se considera o valor $> 0,70$ como critério para uma consistência interna satisfatória.

Para avaliar se os instrumentos (MPCI e CDS) relacionam-se ou não com outras variáveis ou medidas do mesmo construto para o qual foram desenvolvidos, ou com indicadores de construtos distintos, foram testados os seguintes instrumentos de comparação: BDI e BAI. As correlações de 0 a 0,25 foram consideradas fracas; entre 0,26 e 0,50 moderadas; de 0,51 a 0,70 fortes e, acima de 0,71, muito fortes (FACHEL; CAMEY, 2000; STREINER; NORMAN, 2003). Para avaliar a capacidade da escala em discriminar grupos extremos, utilizamos a Curva ROC (*Receiver Operating Characteristics Analyses*) (FLEISS, 1971), visando a examinar os pontos de corte que distinguem sujeitos considerados casos dos não-casos. Foram determinadas as notas de corte que melhor representaram a sensibilidade e a especificidade do instrumento.

Inicialmente verificamos o ajuste dos dados a serem analisados à Análise Fatorial. Para isto calculamos o índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett. No caso do KMO consideramos adequados índices acima de 0,60 e no teste Esfericidade, a rejeição da hipótese nula, de que a matriz de correlação é uma matriz identidade, ou seja, não há correlação entre as variáveis.

A análise dos componentes principais foi realizada com rotação varimax. Esta técnica maximiza as altas correlações existentes e minimiza as baixas simplificando a interpretação dos fatores. O critério utilizado para determinar o número de fatores a serem extraídos foi o de fatores com autovalores superiores a um. Calculou-se também percentual de variância acumulada explicada pelos fatores acima 50%; e carga fatorial (coeficientes de correlação entre as variáveis e os fatores) mínima de aproximadamente 0,40.

Para avaliar a consistência interna de cada fator usamos o coeficiente Alpha de Cronbach. Quanto maior a correlação entre os itens de um instrumento maior vai ser o valor do Alpha de Cronbach. Neste estudo foram considerados satisfatórios $\alpha > 0,60$ (CRONBACH, 1951; NUNNALLY, 1978)

Os procedimentos realizados nesta etapa objetivaram a caracterização da validade de conteúdo e de construto do instrumento, além de sua precisão e estabilidade.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 364 estudantes universitários de uma instituição de ensino pública de Salvador, Bahia, com uma preponderância do sexo feminino, com 67,42% dos sujeitos. A idade média da amostra foi de 25,38 anos, com um desvio padrão de 8,5. Com relação à existência ou não de um diagnóstico prévio, 3,51% afirmaram ter sido diagnosticados previamente e 96,49% não possuíam diagnóstico psiquiátrico ou psicológico anterior. Quanto ao uso de medicação psiquiátrica, 2,51% afirmaram fazerem uso deste tipo de medicação e 97,49% não estarem em uso de medicação psiquiátrica.

A Tabela 1 ilustra esses dados, contendo os escores médios e desvios-padrão dos dados sociodemográficos.

Tabela 1 - Dados Sócio-demográficos

Dados Socio-Demográficos	Amostra Total (n= 364)				
	---	Frequ.	%	Média	DP
F	---	253	67,42	---	---
M	---	111	32,58	---	---
Idade	---	---	---	25,38	8,50
Diagnóstico	Sim	14	3,51		
	Não	385	96,49		
Medicação Psiquiátrica	Sim	10	2,51		
	Não	389	97,49		

Fonte: dados pesquisa

Dados da Escala de Distorções Cognitivas (CDS)

Os escores cumulativos respondidos pelos sujeitos apresentam uma média de resposta de 65,1, sendo a média de escore por item de 3,2, o que significa que, em uma escala Likert de 1 a 7, sendo 1 "nunca" e 7 "sempre", a média de resposta dos sujeitos foi 3, o que está mais próximo da resposta "às vezes". O escore total mínimo observado como resposta 20, e o escore total máximo 137. A variância dos escores foi de 459,45; a assimetria da distribuição dos escores encontrada foi de 0,29 e a curtose da distribuição da escala foi de 0,24. Em uma distribuição normal dos dados, os valores devem ser próximos de zero. A distribuição normal e nos permite ir, um passo além dos dados, no sentido que de um conjunto de escore podemos calcular a probabilidade que um determinado escore irá acontecer. Nesse caso, temos valores considerados adequados de assimetria (skewness) e curtose. A Tabela 2 demonstra esses dados.

Tabela 2- Escores cumulativos

ps.mean	item.mean	Min	max	Var	skew	Kurt	se.kurt	z.kurt
65.128	3.2564	20	137	459.45	0.29944	-0.22714	0.24526	-0.92613

ps.meas = Média dos participantes

item.meas = Média do escore do item

min = escore mínimo observado na escala

max = escore máximo observado na escala.

var = variância dos escores da escala

skew = skewness (assimetria) da distribuição dos escores da escala

kurt = Curtose da distribuição dos escores da escala

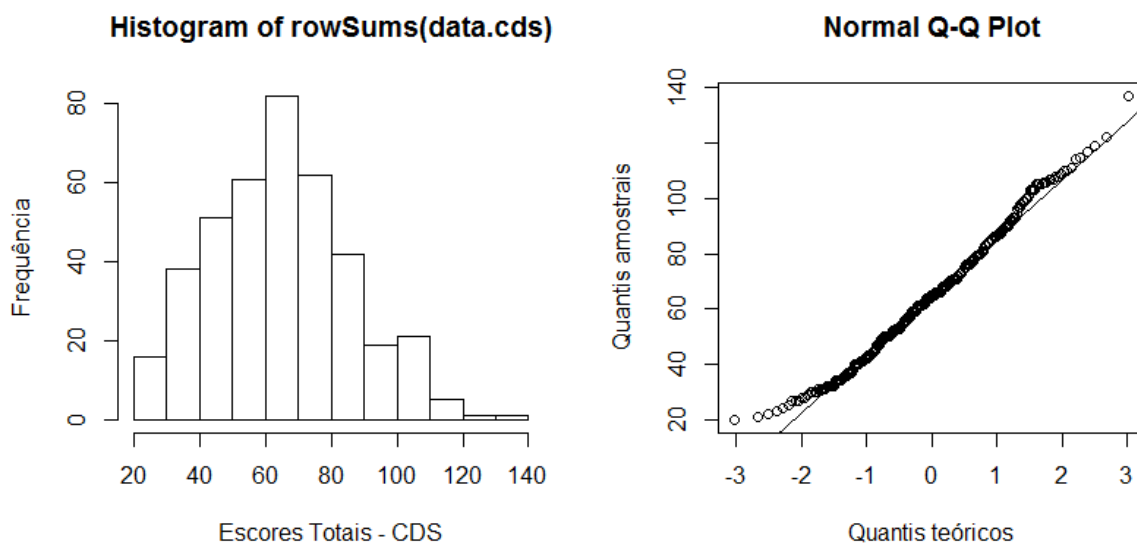
Fonte: dados pesquisa

Os dados (N = 364) foram selecionados randomicamente em uma distribuição normal com os mesmos parâmetros (média e desvio padrão) da distribuição dos escores da CDS. A distribuição dos seus valores foi comparada à distribuição obtida através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Um p-valor não significativo ($p > .05$) indica que as distribuições (observada e teórica) não são estatisticamente diferentes. Um total de 1000 simulações deste

tipo foram realizadas e uma média dos p-valores foi extraída para garantir a robustez da estatística.

A média do p-valor de 1000 simulações do KS-test encontrada não foi considerada significativa, ($p = 0.554$), o que é interessante e desejado, visto que não sendo significativo indica que não se distancia da curva normal. A Figura 1 demonstra esses dados graficamente.

Figura 1 -Histograma dos escores totais (à direita) e o gráfico de quantil-quantil que compara os dados observados com uma distribuição teórica normal (à esquerda)



Fonte: autoria própria

O histograma apresenta a distribuição das frequências dos escores totais da CDS. Este gráfico apresenta um indicativo visual da normalidade da distribuição dos escores. O QQ-Plot compara uma distribuição teórica normal com a distribuição de escores observados. Neste último, a não normalidade seria percebida na presença sistemática de muitos pontos (círculos) fora da linha.

A distribuição dos escores possui boas evidências de normalidade, viabilizando o uso de análises paramétricas como a análise fatorial e a modelagem por equações estruturais. Essas evidências se fundamentam na ausência de substancial assimetria e de curtose

(skewness e kurtosis < 1); nos resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov, bem como no histograma e no QQ- Plot.

Na Tabela 3, buscamos evidências de itens que não estão sendo bem respondidos pelos participantes da pesquisa. Médias muito altas ou muito baixas indicam itens que são muito fáceis ou muito difíceis, respectivamente, o que não é ideal. Itens cujo mínimo e máximo não correspondem ao mínimo e máximo da escala Likert de 7 pontos à qual estão associados, são considerados inadequados por possuírem categorias desnecessárias. O desvio padrão dos itens deve estar acima de 1, demonstrando boa variabilidade das marcações. A Skewness e a Kurtosis não devem ultrapassar 1, atestando a normalidade também da distribuição dos escores dos itens.

Podemos verificar na Tabela 3 que nenhum item possui média muito alta ou muito baixa, sendo que todos estão em uma variação de 2.2 a 3.6. Todos os desvio padrão estão acima de 1, e a Skewness e a Kurtosis não ultrapassam 1. Isso demonstra, como já foi dito, que o instrumento possui boa variabilidade de respostas e possui também uma distribuição normal dos escores por itens.

Tabela 3 - Escores por Itens

	mean	Min	max	var	sd	skew	se.skew	z.skew	Kurt	se.kurt	z.kurt
CDS1A	3.945	1	7	2.253	1.501	0.15630	0.1226	1.2746	-0.2959	0.2453	-1.207
CDS1B	3.875	1	7	2.813	1.677	0.12445	0.1226	1.0149	-0.7381	0.2453	-3.010
CDS2A	3.441	1	7	2.900	1.703	0.29918	0.1226	2.4397	-0.6932	0.2453	-2.826
CDS2B	3.504	1	7	3.195	1.788	0.23667	0.1226	1.9300	-0.8751	0.2453	-3.568
CDS3A	3.416	1	7	3.595	1.896	0.40737	0.1226	3.3220	-0.9197	0.2453	-3.750
CDS3B	3.484	1	7	3.607	1.899	0.36622	0.1226	2.9864	-0.9431	0.2453	-3.845
CDS4A	3.754	1	7	2.975	1.725	0.14999	0.1226	1.2232	-0.8367	0.2453	-3.411
CDS4B	3.283	1	7	2.741	1.656	0.31833	0.1226	2.5959	-0.7918	0.2453	-3.228
CDS5A	2.714	1	7	3.004	1.733	0.86397	0.1226	7.0455	-0.2903	0.2453	-1.184
CDS5B	3.063	1	7	3.386	1.840	0.57099	0.1226	4.6563	-0.7845	0.2453	-3.199
CDS6A	3.150	1	7	3.098	1.760	0.50061	0.1226	4.0824	-0.7095	0.2453	-2.893
CDS6B	3.093	1	7	3.019	1.738	0.48109	0.1226	3.9232	-0.7995	0.2453	-3.260
CDS7A	2.707	1	7	3.223	1.795	0.77189	0.1226	6.2945	-0.5207	0.2453	-2.123

CDS7B	2.762	1	7	2.916	1.707	0.72437	0.1226	5.9071	-0.4621	0.2453	-1.884
CDS8A	2.794	1	7	2.777	1.666	0.72483	0.1226	5.9108	-0.3505	0.2453	-1.429
CDS8B	2.799	1	7	2.342	1.530	0.54119	0.1226	4.4132	-0.4827	0.2453	-1.968
CDS9A	3.679	1	7	3.409	1.846	0.19042	0.1226	1.5528	-0.9967	0.2453	-4.064
CDS9B	3.940	1	7	3.368	1.835	-0.01626	0.1226	-0.1326	-0.9919	0.2453	-4.044
CDS10A	2.810	1	7	3.069	1.752	0.65924	0.1226	5.3760	-0.6014	0.2453	-2.452
CDS10B	2.915	1	7	3.189	1.786	0.62866	0.1226	5.1265	-0.6489	0.2453	-2.646

mean = Média do escore do item

min = escore mínimo observado no item

max = escore máximo observado no item.

var = variância dos escores do item

SD = desvio padrão

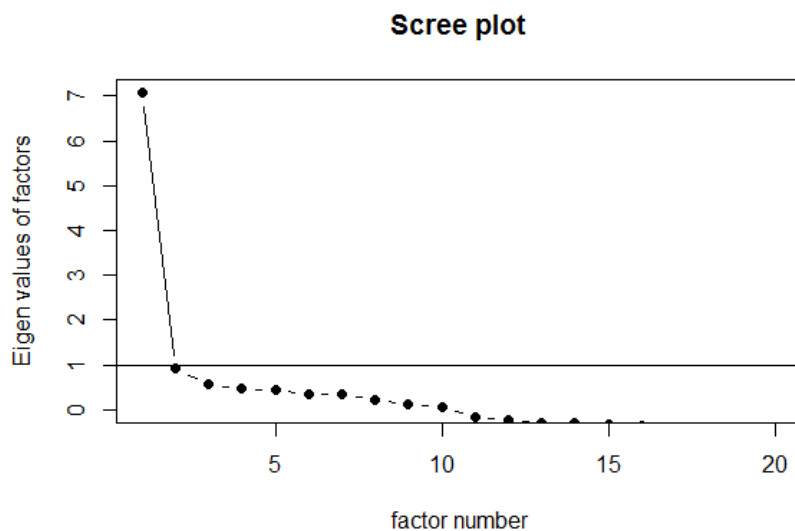
skew = skewness (assimetria) da distribuição dos escores do item (não deve ser acima de 1)

kurt = Curtose da distribuição dos escores no item

Fonte: dados pesquisa

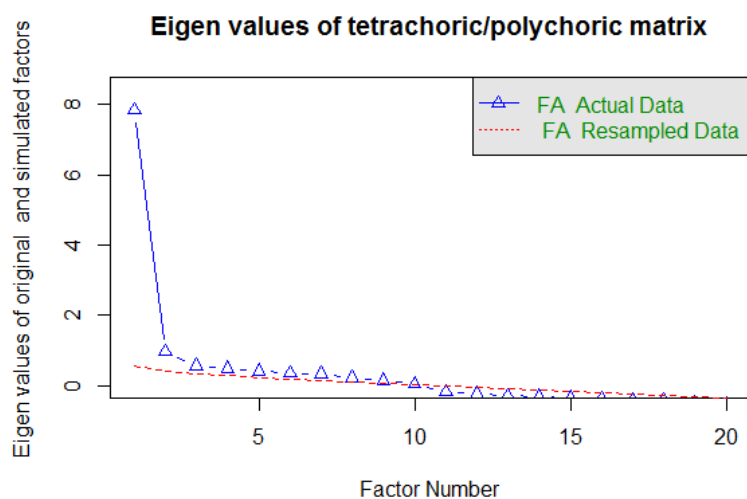
Com relação às medidas de adequação da amostra, ou seja, testes dos pressupostos que precede a análise fatorial, todos os resultados são satisfatórios. O fator de adequação de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) encontrado foi de 0.85, sendo que já é considerado ideal quando acima de 0.60. Um fatos de adequação KMO de 0.85 é bastante adequado para a realização das análises. Quanto mais baixo o valor de KMO, ou seja, quanto mais próximo de zero, aponta para a existência de correlações parciais, o que dificulta a identificação de fatores pela Análise Fatorial (AF). Entretanto, por ter sido encontrado um KMO de 0.85, esse dado não se aplica a esse estudo, revelando boa correlação. Quanto ao Teste de Esfericidade de Bartlett's o valor encontrado foi inferior a 0.05, o que indica boa adequação. O Determinante da Matriz de correlação encontrado foi maior do que zero, permitindo a inversão da matriz de correlação dos itens. Todos esses testes nos permitiram seguir adiante, em direção à análise fatorial, mostrada a seguir.

A escolha da análise fatorial (em oposição à análise dos componentes principais) se deve ao fato de que a estrutura teórica pressupõe que o traço latente (dimensão) influencia o resultado (escore) e não que o fator é composto por uma combinação destes escores. A Figura 2 aponta para fator único. O cotovelo da curva é um indicador do ponto a partir do qual o acréscimo de fatores deixa de ser relevante para o incremento da quantidade de informação representada pelo conjunto de fatores. No caso, dois fatores.

Figura 2- Gráfico de declividade para os itens do CDS

Fonte: autoria própria

A análise paralela é uma técnica de *bootstrapping* que re-simula os dados observados de modo a chegar num indicador empírico do número de fatores recomendados para a extração. A análise paralela sugeriu que o número de fatores fosse 10, o que não faz nenhum sentido teórico. Conjecturamos que, como o teste é muito sensível, ele combinou cada item e seus subitens, agrupando 1A e 1B, 2A e 2B e assim sucessivamente, como um fator cada. Quanto aos componentes principais, o teste sugere dois.

Figura 3 -Gráfico da Análise Paralela

Fonte: autoria própria

O gráfico da análise paralela sugere uma quantidade absurda de fatores e uma quantidade razoável de componentes principais. Isso é uma evidência, ainda fraca, da unidimensionalidade do construto. O próprio scree plot já apresenta que o segundo fator possui autovalor (*eigenvalue*) inferior a um, outro critério que pode ser utilizado para a escolha do número de fatores.

Diante dos dados encontrados na Análise paralela, decidimos "forçar" o programa a rodar com dois fatores. A Tabela 4 mostra o resultado.

Tabela 4 -2 Fatores–Rotação oblíqua (*oblimin*) pressupondo fatores correlacionados

	MR1	MR2
CDS1B	0.678	
CDS4B	0.671	
CDS2B	0.665	
CDS1A	0.627	
CDS2A	0.627	
CDS3A	0.610	
CDS6B	0.607	
CDS3B	0.596	
CDS6A	0.568	
CDS4A	0.566	
CDS5B	0.546	
CDS10A	0.516	
CDS5A	0.508	
CDS8B	0.501	
CDS10B	0.496	
CDS8A	0.491	
CDS9B	0.428	
CDS9A	0.403	
CDS7A		0.796
CDS7B		0.759

Fonte: dados pesquisa

As cargas fatoriais dos itens do CDS para uma solução com dois fatores também não apresentou um resultado satisfatório. Surge um segundo fator composto por dois itens que não possui qualquer sentido teórico. A variância explicada pelos dois fatores: 37,2%, que é considerada baixa. A matriz de cargas fatoriais sugere testar uma solução fatorial de apenas um fator. Todos os itens possuem carga fatorial acima de 0,30, indicando que a estrutura fatorial é sólida e apresenta evidências de validade de construto.

Quanto à fidedignidade, estudada através de Alpha de Cronbach, o valor encontrado foi 0,91. Esses resultados indicam que os dados têm excelente consistência interna.

Tabela 5 -1 Fator- Matriz com cargas fatoriais para a solução exploratória de 1 fator

	MR1
CDS6B	0.691
CDS6A	0.680
CDS5B	0.678
CDS5A	0.668
CDS4B	0.666
CDS8A	0.643
CDS8B	0.618
CDS2B	0.618
CDS7B	0.611
CDS4A	0.610
CDS10B	0.597
CDS10A	0.595
CDS7A	0.584
CDS1A	0.567
CDS2A	0.567
CDS1B	0.554
CDS9A	0.523
CDS9B	0.484
CDS3A	0.429
CDS3B	0.404

Fonte: dados pesquisa

Os itens carregam muito bem com um fator único. Não foi observada nenhuma carga fatorial menor do que 0,4, indicando bom encaixe da solução unifatorial. Procedeu-se, então, a testagem do modelo confirmatório. A variância explicada por 1 fator: 35.

Modelos Confirmatórios (CFA – SEM)

Como medidas de encaixe (*fit*) para os modelos confirmatórios, foram escolhidos o *Root Mean Squared Error of Approximation* (RMSEA; < .07), o *Comparative Fit Index* (CFI; > .90), o *Goodness of Fit Index* (GFI; > .90), o *Non-Normed Fit Index* (NNFI; > .90) e o Teste de Qui-Quadrado (; p-value > .05).

Os valores que seguem o “;” indicam o intervalo em que o índice aponta um bom encaixe do modelo.

A Tabela 6 apresenta o Modelo 1, com fator único e com todos os itens. Os resultados apontam encaixes péssimos, o que nos levou a observar os índices de modificação (IM), que sugerem alterações nos parâmetros modelo, que poderiam melhorar o encaixe.

Tabela 6 -Índices de Encaixe do Modelo de 1

RMSEA	CFI	GFI	NNFI		DF	P-value
0.148	0.630	0.731	0.586	1.653.463	170.000	0.000

Fonte: dados pesquisa

Na Tabela 7 podemos observar os dez maiores índices de modificação sugeridos para o modelo. As sugestões são todas para estimar as correlações entre os itens.

Tabela 7-IM sugeridos para o Modelo

Item	Op	rhs	mi	epc	sepc.lv	sepc.all	sepc.nox
CDS7A	~~	CDS7B	190.850	1.434	1.434	0.469	0.469
CDS6A	~~	CDS6B	179.352	1.189	1.189	0.390	0.390
CDS10A	~~	CDS10B	164.789	1.363	1.363	0.437	0.437
CDS5A	~~	CDS5B	143.241	1.134	1.134	0.357	0.357
CDS3A	~~	CDS3B	119.672	1.657	1.657	0.461	0.461
CDS9A	~~	CDS9B	97.659	1.288	1.288	0.381	0.381
CDS8A	~~	CDS8B	96.153	0.802	0.802	0.315	0.315
CDS2A	~~	CDS2B	95.931	1.017	1.017	0.335	0.335
CDS1A	~~	CDS1B	92.277	0.865	0.865	0.344	0.344
CDS4A	~~	CDS4B	44.299	0.601	0.601	0.211	0.211

Fonte: dados pesquisa

Acatamos as sugestões de modificação e permitimos a correlação entre os referidos pares de itens. Os resultados podem ser vistos na Tabela 8, onde foi sugerido o Modelo 2, com um único fator, sendo os itens A e B correlacionados.

Tabela 8 – Índices de ajuste para o modelo 2

RMSEA	CFI	GFI	NNFI		DF	P-value
0.048	0.963	0.929	0.956	309.538	160.000	0.000

Fonte: dados pesquisa

A melhora dos índices do encaixe é imensa. Se antes nenhum índice indicava um encaixe adequado, neste novo modelo, os índices estão quase todos na configuração aceitável. Apenas o Qui-quadrado que ainda aponta p-valor significativo. Entretanto, é conhecido na literatura o alto poder do teste tipo Qui-quadrado, principalmente com amostras acima de 100 sujeitos. Neste cenário, espera-se que o resultado do Qui-quadrado seja oriundo de erro do tipo 2, que significa que o teste é poderoso demais, o que leva a identificar qualquer pequena diferença como significativa.

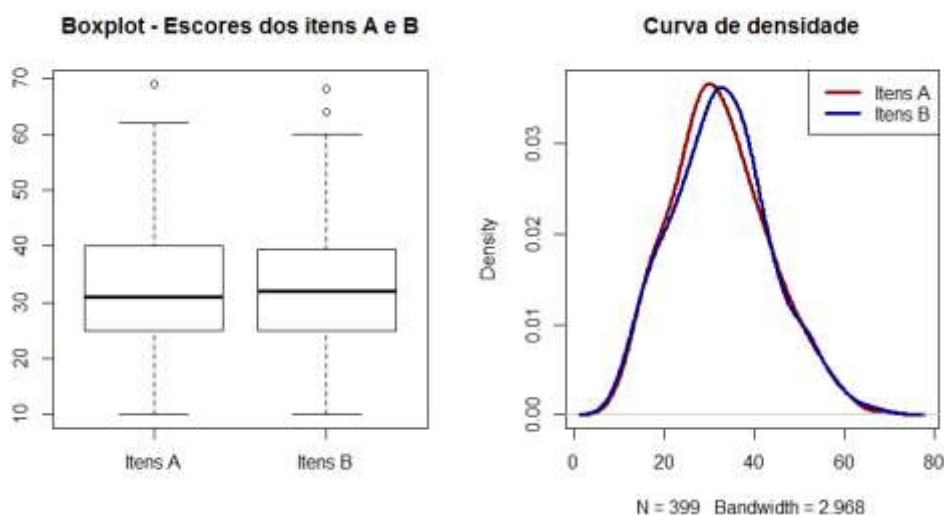
Tabela 9 -Valores das correlações entre os itens segundo Modelo 2. Valores padronizados e não padronizados (ou brutos)

		Estimate	Std.err	Z-value	P(> z)	Std.lv	Std.all
CDS7A ~~	CDS7B	1.383	0.135	10.237	0.000	1.383	0.672
CDS6A ~~	CDS6B	1.109	0.118	9.368	0.000	1.109	0.639
CDS10A ~~	CDS10B	1.312	0.135	9.717	0.000	1.312	0.625
CDS5A ~~	CDS5B	1.044	0.121	8.637	0.000	1.044	0.572
CDS3A ~~	CDS3B	1.608	0.176	9.148	0.000	1.608	0.539
CDS2A ~~	CDS2B	0.947	0.122	7.770	0.000	0.947	0.474
CDS9A ~~	CDS9B	1.245	0.151	8.249	0.000	1.245	0.487
CDS8A ~~	CDS8B	0.758	0.099	7.696	0.000	0.758	0.478
CDS1A ~~	CDS1B	0.810	0.104	7.773	0.000	0.810	0.466
CDS4A ~~	CDS4B	0.525	0.101	5.204	0.000	0.525	0.312

Fonte: dados pesquisa

Contudo, a avaliação das correlações entre os itens (coluna em negrito da Tabela 9) sugere a sobreposição do que os pares de itens estão avaliando, levando-nos a cogitar a possibilidade de excluir uma das subescalas. Prosseguimos à análise das evidências de sobreposição entre os itens, que serão seguidos pelos encaixes dos modelos compostos apenas pelos itens A ou apenas pelos itens B.

Figura 4 - Evidências gráficas da semelhança entre os escores oriundos dos itens A e B.



Fonte: autoria própria

Foi realizado o Test-t de Student. As medias dos itens A ($M = 32.41$, $DP = 10.92$) e dos itens B ($M = 32.72$, $DP = 11.06$) não são significativamente diferentes $T_{obs}(gl = 795,886) = -0,093$, p-valor = 0,694.

O Coeficiente de Correlação de Pearson é de $r = 0,90$; com p-valor $< 0,001$.

Os boxplots apresentados na Figura 4 são praticamente idênticos, e as distribuições se sobrepõem imensamente. O teste-t não é significativo, e o coeficiente de correlação é de 0,90. A partir dessas evidências é possível argumentar a sobreposição do conteúdo dos itens, sugerindo uma repetição desnecessária de itens, o que indica que o instrumento poderia ser igualmente preciso possuindo a metade dos itens, somente A ou somente B, sendo desnecessária a presença dos 2 subitens. Há uma justificativa teórica para essa sobreposição. Pensamos que questões culturais podem interferir nesse resultado. No Brasil as pessoas se comportam de modo semelhante no trabalho e em contextos sociais. No país onde o instrumento foi inicialmente validado (Inglaterra) as pessoas são muito formais no trabalho e menos formais em ambientes sociais e familiares. Apesar do teste medir distorções cognitivas, (e não propriamente o comportamento em cada um dos contextos), acreditamos que pelo fato de o brasileiro se comportar de modo muito semelhante nos dois contextos, isso deve interferir também nas respostas do teste.

Seguimos às análises confirmatórias dos modelos com apenas um dos grupos de itens, criando o Modelo 3, apenas com itens A (Tabela 10). Na Tabela 11 apresentamos o Modelo 4, onde constam apenas os itens B.

Tabela 10 -Modelo 3 (itens A)

RMSEA	CFI	GFI	NNFI	X2	DF	P-value
0.061	0.946	0.958	0.930	87.470	35.000	0.000

Fonte: dados pesquisa

Tabela 11 -Modelo 4 (itens B)

RMSEA	CFI	GFI	NNFI	X2	DF	P-value
0.051	0.964	0.965	0.954	70.758	35.000	0.000

Fonte: dados pesquisa

Os dois modelos apresentam bons índices de encaixe, superando os mínimos ou máximos necessários para se considerar o modelo como aceitável. Entretanto, os índices dos itens B são levemente melhores (em negrito na Tabela 11), colocando o Modelo 4 no parâmetro de excelência, acima de 0,95 para CFI, GFI e NNFI. Caso se decida pela exclusão da metade dos itens A, os resultados empíricos apontam para a escolha dos itens do grupo B para se manter no instrumento.

Essa exclusão se justifica teoricamente quando diz respeito à adaptação ao contexto cultural brasileiro, visto que estudos culturais no Brasil demonstram que o brasileiro (e especialmente o soteropolitano) se comporta de modo semelhante em contextos sociais e de trabalho, diferentemente da Inglaterra, onde o instrumento foi inicialmente validado, onde as pessoas costumam ser muito mais formais em ambientes sociais do que em ambientes de trabalho (DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. 2001). Os autores da escala sinalizaram essa possível diferença cultural que poderia aparecer nas análises.

A correlação entre o CDS e o BAI e o BDI é considerada fraca (menor do que 0,5). Isso é interessante porque demonstra que não há sobreposição entre os construtos, o que justifica a adaptação e validação de uma nova escala para o Brasil. Os construtos se relacionam mas não se sobrepõem. Como ainda não existe uma escala de Distorções Cognitivas voltada para *screening* na população geral, não foi possível comparar a CDS com outra escala de distorções cognitivas.

Tabela 12 -Correlações entre os escores totais da CDS (A e B) e os escores do BAI e do BDI

Escala	CDS-A	p-value	CDS-B	p-value
BAI	0,365	< 0,001	0,350	< 0,001
BDI	0,405	< 0,001	0,385	< 0,001

Fonte: dados da pesquisa

A análise do Alpha de Cronbach corrobora o entendimento de que deverão ser escolhidos os itens B. Contudo, o padrão se repete: ambas as subescalas possuem boa performance, com fidedignidade acima de 0,80. Apenas um item (3b) contribui para o aumento do alpha caso seja deletado, e mesmo assim uma contribuição ínfima (0,001), o que indica que todos os itens estão caminhando no mesmo sentido dentro das subescalas. O Alpha total encontrado foi de 0,91, o que indica que a escala é fidedigna.

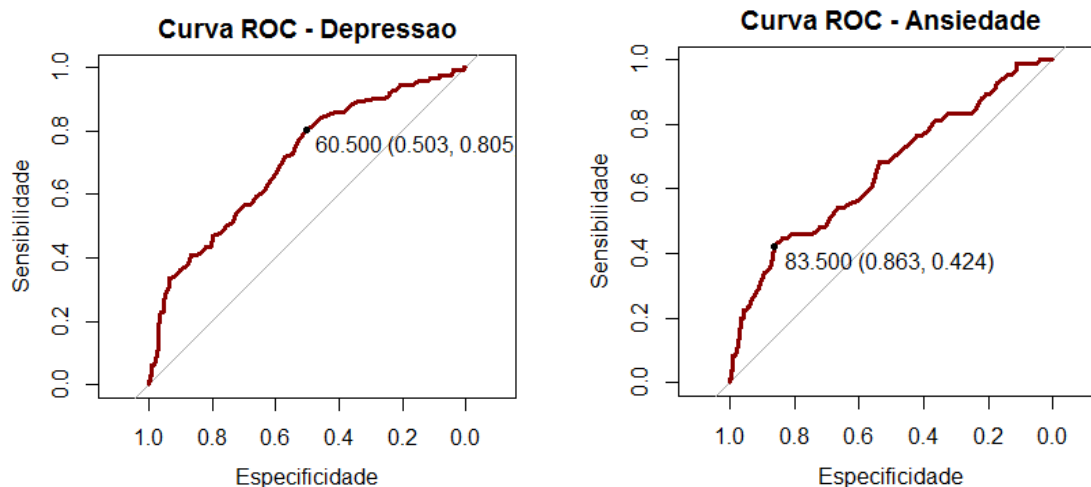
Tabela 13 -Fidedignidade

Itens A		Itens B	
Excluído		Excluído	
cds1a	0,815	cds1b	0,820
cds2a	0,813	cds2b	0,814
cds3a	0,829	cds3b	0,834
cds4a	0,812	cds4b	0,807
cds5a	0,808	cds5b	0,811
cds6a	0,805	cds6b	0,810
cds7a	0,813	cds7b	0,818
cds8a	0,807	cds8b	0,816
cds9a	0,820	cds9b	0,828
cds10a	0,813	cds10b	0,820
TOTAL	0,829	TOTAL	0,833

Fonte: dados da pesquisa

Curva ROC

Através da curva ROC é possível definir os pontos de corte do instrumento. Para o CDS, o ponto de corte para depressão é de 0,71 e para ansiedade é de 0,65. Isso significa que ele é mais sensível para depressão, enquanto que para ansiedade o CDS apresenta melhor especificidade. Sendo assim, o instrumento é eficiente para descartar os casos de ansiedade e sugerir casos de depressão.

Figura 5- Curva ROC.

Fonte: autoria própria

Análises de TRI da Cognitive Distortions Scale

O mesmo banco de dados utilizado para as análises de teoria clássica dos testes foi utilizado. Conforme decidido na análise fatorial confirmatória, optou-se pela utilização apenas de um dos grupos de itens (grupo B: referente ao ambiente social). Todas as análises de TRI foram realizadas utilizando o Software R, especificamente o pacote *ltm* (RIZOPOULOS, 2006).

Pressupostos:

Unidimensionalidade

As evidências de encaixe da análise confirmatória servem de teste para aferir a unidimensionalidade do grupo de itens selecionados para a análise por TRI. Os índices de encaixe do modelo unidimensional são aceitáveis para o RMSEA e excelentes para o GFI, o CFI e o NNFI (Tabela 14). Há clara evidência de unidimensionalidade.

Tabela 14- Unidimensionalidade

RMSEA	CFI	GFI	NNFI	X2	DF	P-value
0.051	0.964	0.965	0.954	70.758	35.000	0.000

Fonte: dados da pesquisa

Independência Local

A independência local está fortemente relacionada à unidimensionalidade mas a aferição de uma delas não garante a presença da outra. Para testar esse pressuposto utilizou-se a matriz de correlação dos resíduos do modelo confirmatório unidimensional. Perfeita independência local seria observada a partir da ausência completa de correlação entre os resíduos, o que não se espera que aconteça em nenhum banco de dados real. A partir da observação da “tabela” 2, é possível perceber que apenas uma correlação supera .3 (em módulo) o que é um resultado muito bom. É possível afirmar que há independência local entre os itens do CD-B.

Tabela 15- Independência Local

	CDS1B	CDS2B	CDS3B	CDS4B	CDS5B	CDS6B	CDS7B	CDS8B	CDS9B	CDS10B
CDS1B	0.000									
CDS2B	0.256	0.000								
CDS3B	0.132	0.238	0.000							
CDS4B	0.103	0.004	0.227	0.000						
CDS5B	0.002	-0.064	-0.232	-0.012	0.000					
CDS6B	-0.043	-0.027	-0.076	-0.020	0.047	0.000				
CDS7B	-0.150	0.030	-0.088	-0.037	0.032	0.046	0.000			
CDS8B	-0.060	-0.031	-0.063	-0.169	-0.063	0.077	0.142	0.000		
CDS9B	-0.389	-0.224	-0.053	0.136	0.216	0.069	-0.114	0.064	0.000	
CDS10B	0.026	-0.114	-0.182	-0.030	0.047	-0.111	0.018	0.197	0.124	0.000

Fonte: dados da pesquisa

Um total de quatro modelos são encaixados aos dados e estratégias empíricas e teóricas são utilizadas para decidir entre eles. Os dois primeiros são variações do *Graded Response Model- GRM* (SAMEJIMA, 1969), nas quais um deles fixa a discriminação dos itens em um, sendo um modelo mais simples (*constrained*), e o outro estima o parâmetro de discriminação para aqueles itens, sendo um modelo mais complexo (*unconstrained*). Esses dois tipos de modelos são chamados de “aninhados” (do inglês, *nested*) o que permite uma comparação simples entre eles do tipo qui-quadrado, no qual o ganho de precisão é ponderado em função do acréscimo de complexidade (estimação de mais parâmetros: discriminação). Um resultado significativo ($p. < 0,05$) implica dizer que os dois modelos são significativamente diferentes, o que permite concluir que o ganho de variância explicada é suficiente para justificar a perda de parcimônia pela estimação de novos parâmetros. Os outros dois modelos rodados são

também variações, dessa vez *do Generalized Partial Credit Model- GPCM* (MURAKI, 1992). O mesmo tipo de variação foi utilizada, com discriminação fixa em um e com discriminação estimada. Logicamente, estes dois modelos também se encaixam no critério de aninhados, permitindo o teste do tipo qui-quadrado entre eles.

A diferença entre esses dois modelos é eminentemente teórica, já que o GRM surgiu para avaliar escalas do tipo Likert, e o GPCM para avaliar itens aos quais seria possível atribuir crédito parcial (como questões de matemática que podem estar parcialmente corretas, recebendo uma parte da pontuação total possível). Ainda assim, ambos são amplamente utilizados para avaliar escalas comportamentais do tipo Likert. Assim, as comparações se seguem entre os modelos aninhados, a partir do teste referido, e em seguida entre os melhores dos dois modelos não aninhados. Para essa última comparação introduzimos outros dois tipos de teste de encaixe, que compara as distribuições marginais observadas e esperadas entre pares (*two-way margins*) e trios (*three-way margins*) de itens de acordo com o que prevê o modelo, para aquela população. Pares ou trios de itens que apresentem significativo desvio do esperado são sinalizados como com problemas de encaixe. Assim, espera-se escolher o modelo que possua o menor número de itens sinalizados. Caso haja um empate, será escolhido o modelo GRM por motivos teóricos, uma vez que ele foi originalmente desenvolvido para este tipo de escala.

Tabela 16- GRM *Constrained vs. Unconstrained*

	AIC	BIC	log.Lik	LRT	df	p.value
Fit 1B	13594.37	13837.69	-6736.18			
Fit 2B	13565.12	13844.34	-6712.56	47.25	9	<0.001

Fonte:dados da pesquisa

A Tabela 16 aponta um ganho significativo de informação a partir do acréscimo de parâmetros ao modelo GRM. Optou-se pelo modelo mais complexo, *unconstrained*, cujas discriminações variam.

Tabela 17- GPCM *Constrained vs. Unconstrained*

	AIC	BIC	log.Lik	LRT	df	p.value
Fit 3B	13834.46	14073.80	-6857.23		60	
Fit 4B	13627.17	13906.39	-6743.58	227.3	70	<0.001

Fonte: dados da pesquisa

Na comparação entre os modelos o desempenho deles é idêntico, no qual nenhum item sinalizou falta de encaixe. A região em branco nas duas tabelas (Tabela 18 e Tabela 19) exibiria asteriscos (***) caso fossem observados valores discrepantes do esperado nos pares de itens.

Tabela 18- Ajuste nas Margens Bidimensionais 1

	CDS1B	CDS2B	CDS3B	CDS4B	CDS5B	CDS6B	CDS7B	CDS8B	CDS9B	CDS10B
CDS1B	-	58.66	59.51	49.03	49.65	42.10	38.85	47.75	74.17	60.70
CDS2B		-	79.69	34.52	38.18	41.95	53.22	51.10	39.37	40.58
CDS3B			-	79.15	94.57	69.58	47.09	66.37	89.35	69.45
CDS4B				-	69.23	51.27	39.03	77.83	75.68	54.08
CDS5B					-	47.45	40.40	63.07	69.65	43.05
CDS6B						-	42.93	33.35	57.04	54.71
CDS7B							-	62.79	43.25	49.97
CDS8B								-	68.89	50.75
CDS9B									-	65.01
CDS10B										-

Fonte:dados da pesquisa

Tabela 19- Ajuste nas Margens Bidimensionais 2

	CDS1B	CDS2B	CDS3B	CDS4B	CDS5B	CDS6B	CDS7B	CDS8B	CDS9B	CDS10B
CDS1B	<NA>	63.93	63.11	50.26	55.76	46.93	45.76	54.47	83.14	72.06
CDS2B		<NA>	89.35	45.20	46.25	51.58	64.81	58.04	44.10	52.61
CDS3B			<NA>	83.47	98.75	80.73	54.31	72.23	94.88	72.82
CDS4B				<NA>	86.23	58.52	50.03	101.63	85.89	65.28
CDS5B					<NA>	60.05	49.51	71.84	74.14	53.70
CDS6B						<NA>	52.11	40.09	59.04	64.73
CDS7B							<NA>	69.75	43.72	56.28
CDS8B								<NA>	75.00	57.23
CDS9B									<NA>	73.52
CDS10B										<NA>

Fonte:dados da pesquisa

Na comparação entre os modelos o desempenho deles é idêntico, no qual nenhum item sinalizou falta de encaixe. A região em branco as duas tabelas exibiria asteriscos (***) caso fossem observados valores discrepantes do esperado nos pares de itens. A tabela não é exibida aqui por ocupar demasiado espaço e não acrescentar informação ao que pode ser descrito.

Em virtude da excelente qualidade de encaixe de ambos os modelos, utiliza-se o critério teórico e opta-se pelo modelo GRM, com variação no parâmetro de discriminação. A análise por TRI permite aprofundar o conhecimento sobre o instrumento levantando informações sobre os itens, categorias de resposta e âmbitos de informação do teste.

Ao observar a Tabela 20 de coeficientes dos itens deve-se atentar para os valores de discriminação (coluna em negrito). Alguns autores apontam como critério de excelência para o parâmetro de discriminação ser > 1 , e de aceitabilidade $> .5$ (DEMARS, 2010). Apenas um dos itens não atinge o valor de excelência, o que pode ser considerado como mais uma evidência de validade para o CDS. Os outros coeficientes referem-se aos limiares (*thresholds*) entre as categorias. Mais especificamente, devem ser entendidos como o ponto em que marcar uma determinada categoria ou todas as outras subsequentes é equiprovável. É ideal que esses parâmetros sejam espaçados ao longo do traço latente, indicando que o item é adequado para larga gama da população de respondentes. A observação dos valores numéricos permite apontar que todos os itens possuem os primeiros *thresholds* (para as categorias de resposta mais baixas) no espectro negativo da escala *teta*, e todos os últimos no espectro positivo. O menor alcance é o do item 5, que mesmo assim cobre uma extensão de 3,229 pontos na escala *teta*.

Tabela 20- Coeficiente dos Itens

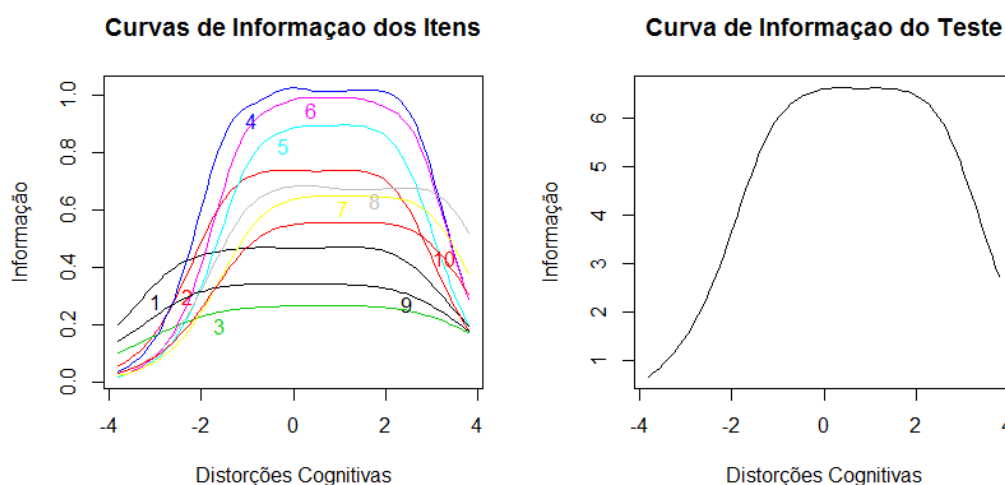
	Extrmt1	Extrmt2	Extrmt3	Extrmt4	Extrmt5	Extrmt6	Dscrmn
CDS1B	-2.434	-1.147	-0.475	0.727	1.609	2.408	1.220
CDS 2B	-1.408	-0.582	-0.030	0.863	1.534	2.250	1.523
CDS 3B	-1.867	-0.534	0.162	1.254	2.047	2.785	0.910
CDS 4B	-1.371	-0.337	0.112	1.003	1.802	2.573	1.810
CDS 5B	-0.903	-0.040	0.376	1.091	1.628	2.326	1.672

CDS 6B	-1.041	-0.100	0.304	1.095	1.661	2.580	1.770
CDS 7B	-724	0.171	0.657	1.484	2.229	3.000	1.423
CDS 8B	-969	-0.020	0.584	1.662	2.649	3.389	1.473
CDS 9B	-2.187	-1.215	-0.529	0.640	1.369	2.528	1.034
CDS 10B	-0.848	0.085	0.503	1.467	2.112	2.866	1.318

Fonte: dados da pesquisa

As curvas características dos itens (Item Characteristic Curves – ICC) provêm valiosas informações sobre as categorias de resposta de cada item. Na formatação ideal de uma ICC todas as curvas possuem uma faixa do *teta* em que são a mais alta curva, ou seja, que são a categoria de resposta mais provável para sujeitos que possuem determinados valores de teta. As análises gráficas completas contam no Anexo E. Isso não acontece com os itens do CDS. Na maioria deles a categoria 3 e 5 são suplantadas pelas outras categorias, o que indica que não são, em nenhum momento, a categoria mais provável de ser marcada. Isso é um cenário com indícios de uma quantidade desnecessária de categorias de resposta na escala Likert, o que implica no não entendimento por parte dos respondentes do que aquelas divisões realmente significam. É válido ressaltar que em nenhum momento há inversão das categorias (uma categoria de valor mais alto sendo preponderante em sujeitos com teta mais baixo), o que é um bom sinal. A curva de informação do teste é resultado da interação entre os limiares e os parâmetros de discriminação. Ela mostra onde no traço latente o instrumento é mais informativo, o que pode ser uma informação bastante útil no sentido de informar para qual população alvo os resultados do instrumento serão mais precisos (Figura 6).

Figura 6- Curvas de informação dos itens (à esquerda) e curva de informação do teste (à direita)



Fonte: autoria própria

De uma forma geral, a Figura 6 mostra que o CDS é informativo para sujeitos localizados em um amplo espectro do traço latente, o que é um resultado positivo. Ainda, é possível perceber a partir da curva de informação do teste que a maior parte da concentração está localizada na metade positiva do *teta* o que mostra que o instrumento é particularmente indicado para identificar sujeitos com altos índices de distorções cognitivas.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os indicadores psicométricos da versão em português do CDS sugerem que esta é uma medida adequada e promissora das distorções cognitivas comuns. No que diz respeito a sua consistência interna, os valores de alpha obtidos foram significantes, tanto para o escore total quanto para os escores das sub-escalas.

As correlações da validade concorrente do CDS com o BAI e BDI, foram classificadas como baixas (BAI = 0,160; BDI = 0,156;). Em comparação com o estudo de validade concorrente da CDS original, (COVIN *et al.*, 2011), os valores obtidos em nosso estudo foram ligeiramente superiores. NO estudo de validação original, a correlação entre o CDS e o BDI-II, assim como com o BAI, foi baixa, respectivamente 0,39 e 0,40.

A consistência interna, uma medida de precisão, que esta relacionada ao erro de medida e quão juntos caminham os itens do instrumento, demonstrou para o CDS um alpha de Cronbach acima de 0,80, o que revela uma excelente consistência interna. Seus itens também demonstraram boa correlação entre si, revelando que o alpha não se altera se cada um dos itens for excluído.

A validade discriminativa entre os itens da CDS e os sexo mostrou que os indivíduos do gênero masculino demonstraram maiores médias de pontuação geral. A literatura demonstra maior tendência das mulheres a possuir transtornos mentais como, por exemplo, transtornos do humor e de ansiedade (GONÇALVES; MELLO; ZIMERMANN, 2010). Segundo pressupõe a TCC, os transtornos mentais são originários ou são mantidos por, entre outros fatores, crenças disfuncionais e PA distorcidos (BECK, 1964), o que poderia explicar essa tendência, entretanto este fato não foi evidenciado neste estudo.

Em relação à capacidade de discriminar grupos em função da presença de sintomas depressivos, a CDS demonstrou, através da curva ROC, ($p \leq 0,0001$), o que sinaliza a tendência deste instrumento de diferenciar este tipo de grupo. Apesar do BDI não ser um instrumento diagnóstico, este oferece pontos de corte que sugerem as intensidades dos sintomas depressivos, levando à possibilidade de verificar os sujeitos com ausência de sintomas depressivos. Dessa forma, para a realização da validade discriminante de grupo, foi utilizada a pontuação apenas daqueles sujeitos que apresentaram escores $>$ do que 11, a qual exclui os indivíduos com ausência de sintomas depressivos.

Para compreender a tendência da CDS em discriminar pacientes com sintomas depressivos, pode-se recorrer à teoria de Beck, a qual afirma que os pacientes deprimidos apresentam maior tendência a apresentarem PA distorcidos, já que possuem crenças disfuncionais sobre si mesmas, o mundo e o futuro (BECK, 1964).

Indicadores de ansiedade demonstraram, na curva ROC, uma área sob a curva de $r = 0,71$ ($p \leq 0,0001$), o que também revela uma correlação significativa entre os indicadores de ansiedade e a CDS. Da mesma forma que o BDI, foi utilizado o escore $>$ 11 para a realização desta validade discriminativa de grupo, pois esta exclui os sujeitos na faixa leve de sintomas de ansiedade. Para a TCC, a ansiedade é proveniente de PA distorcidos (LEAHY, 2003). Assim, poderíamos compreender essa observação dos pacientes com maiores escores no BAI também apresentando maiores escores no questionário de distorções.

O grupamento de fatores sugerido pelos critérios de Kaiser, identificou 2 fatores. Em nossa opinião, tal divisão fatorial não oferece base conceitual lógica, nem se enquadram em uma explicação teórica que nos tenha parecido defensável; desse modo, buscou-se fixar um único fator. A utilização de um fator único nos pareceu mais coerente com a literatura e os conceitos da TCC.

Os resultados aqui apresentados, demonstraram que a versão brasileira da CDS possui boa qualidade psicométrica, com índices de validade e confiabilidade satisfatórios.

8 DISCUSSÃO

A análise psicométrica é essencial na avaliação de um instrumento. Apenas através dela pode-se reconhecer uma escala como cientificamente adequada para uso (PASQUALI, 1997). Dessa forma, o trabalho realizado nesta tese teve como objetivo realizar as investigações psicométricas necessárias para a validação da CDS, imprescindíveis para o reconhecimento deste como um questionário adequado para utilização no ambiente clínico e científico. Apesar de existirem outros questionários com o objetivo de avaliar as distorções cognitivas, (exemplos Cognitive Error Questionnaire (CEQ) (LEFEBVRE, 1981); o Negative and Positive Cognitive Errors Questionnaire (NPCEQ) (McKENNA, 1987), apenas o CDS permite o exame dos erros cognitivos específicos, como foram sugeridos por Beck *et al.* (1979). Covin *et al.* (2011) avaliaram a frequência com a qual os sujeitos que responderam ao questionário vivenciavam 10 erros cognitivos listados por Burns (1980a): leitura mental, catastrofização, pensamento do tipo tudo ou nada, raciocínio emocional, rotulação, filtro mental, supergeneralização, personalização, afirmações do tipo “deveria”, minimização ou desqualificação dos aspectos positivos. Os autores distribuem tais distorções em dois domínios: situações interpessoal e de desempenho.

Os indicadores psicométricos da versão em português do CDS sugerem que esta é uma medida adequada e promissora das distorções cognitivas comuns. No que diz respeito a sua consistência interna, os valores de alpha obtidos foram significantes, tanto para o escore total quanto para os escores das sub-escalas.

As correlações da validade concorrente do CDS com o BAI e BDI, foram classificadas como baixas (BAI = 0,160; BDI = 0,156;). Em comparação com o estudo de validade concorrente da CDS original, (COVIN *et al.*, 2011), os valores obtidos em nosso estudo foram ligeiramente superiores. NO estudo de validação original, a correlação entre o CDS e o BDI-II, assim como com o BAI, foi baixa, respectivamente 0,39 e 0,40.

A consistência interna, uma medida de precisão, que esta relacionada ao erro de medida e quão juntos caminham os itens do instrumento, demonstrou para o CDS um alpha de Cronbach acima de 0,80, o que revela uma excelente consistência interna. Seus itens também demonstraram boa correlação entre si, revelando que o alpha não se altera se cada um dos itens for excluído.

A validade discriminativa entre os itens da CDS e os sexo mostrou que os indivíduos do gênero masculino demonstraram maiores médias de pontuação geral. A literatura

demonstra maior tendência das mulheres a possuir transtornos mentais como, por exemplo, transtornos do humor e de ansiedade (GONÇALVES; MELLO; ZIMERMANN, 2010). Segundo pressupõe a TCC, os transtornos mentais são originários ou são mantidos por, entre outros fatores, crenças disfuncionais e PA distorcidos (BECK, 1964), o que poderia explicar essa tendência, entretanto este fato não foi evidenciado neste estudo.

Em relação à capacidade de discriminar grupos em função da presença de sintomas depressivos, a CDS demonstrou, através da curva ROC, ($p \leq 0,0001$), o que sinaliza a tendência deste instrumento de diferenciar este tipo de grupo. Apesar do BDI não ser um instrumento diagnóstico, este oferece pontos de corte que sugerem as intensidades dos sintomas depressivos, levando à possibilidade de verificar os sujeitos com ausência de sintomas depressivos. Dessa forma, para a realização da validade discriminante de grupo, foi utilizada a pontuação apenas daqueles sujeitos que apresentaram escores $>$ do que 11, a qual exclui os indivíduos com ausência de sintomas depressivos.

Para compreender a tendência da CDS em discriminar pacientes com sintomas depressivos, pode-se recorrer à teoria de Beck, a qual afirma que os pacientes deprimidos apresentam maior tendência a apresentarem PA distorcidos, já que possuem crenças disfuncionais sobre si mesmas, o mundo e o futuro (BECK, 1964).

Indicadores de ansiedade demonstraram, na curva ROC, uma área sob a curva de $r = 0,71$ ($p \leq 0,0001$), o que também revela uma correlação significativa entre os indicadores de ansiedade e a CDS. Da mesma forma que o BDI, foi utilizado o escore $>$ 11 para a realização desta validade discriminativa de grupo, pois esta exclui os sujeitos na faixa leve de sintomas de ansiedade. Para a TCC, a ansiedade é proveniente de PA distorcidos (LEAHY, 2003). Assim, poderíamos compreender essa observação dos pacientes com maiores escores no BAI também apresentando maiores escores no questionário de distorções.

O grupamento de fatores sugerido pelos critérios de Kaiser, identificou 2 fatores. Em nossa opinião, tal divisão fatorial não oferece base conceitual lógica, nem se enquadram em uma explicação teórica que nos tenha parecido defensável; desse modo, buscou-se fixar um único fator. A utilização de um fator único nos pareceu mais coerente com a literatura e os conceitos da TCC.

Algumas ressalvas devem ser feitas em relação a este estudo, principalmente como forma de sugerir análises futuras. Uma delas refere-se a ausência de um estudo piloto na tradução da CDS. Este ajudaria a verificar possíveis dificuldades de compressão, leitura e etc. Entretanto, nenhuma dificuldade significativa foi encontrada na aplicação do mesmo nos universitários. Outro ponto que deve ser levado em consideração é que poderia ter sido

verificado a confiabilidade do questionário através do teste-reteste. Esta é de grande importância para se verificar a estabilidade do resultado ao longo do tempo (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 1991). Sugerem-se novos estudos para a ratificação desta análise.

Quanto à análise psicométrica do MPCCI, de modo semelhante, a versão em português da MPCCI se apresenta como uma medida adequada e promissora do nível de perfeccionismo clínico. No que diz respeito a sua consistência interna, os valores de alpha obtidos foram significantes. Todos os itens foram também significativamente correlacionados com o escore total, demonstrando alta conformidade entre si e a adequação e coerência do instrumento na avaliação do construto. Isso significa dizer que o instrumento mede, de fato, o construto que ele propõe medir.

As análises demonstraram que o MPCCI apresenta um Alpha de Cronbach acima de 0,80, o que revela uma excelente consistência interna. Seus itens também demonstraram boa correlação entre si. Entretanto, se alguns itens fossem deletados, o alpha aumentaria (Itens 2, 5, 6, 8, 15, 21, 25 e 27). Isso indica que esses itens não estão totalmente de acordo com o restante da escala, o que diminui o alpha. Esses resultados podem mudar com o refino das etapas de análise fatorial exploratória e a realização da etapa de validação confirmatória.

De modo geral a escala apresenta qualidades psicométricas aceitáveis e pode ser utilizada como instrumento para detecção de perfeccionismo clínico.

Os estudos aqui apresentados, demonstraram que as versões brasileiras da CDS e da MPCCI possuem boa qualidade psicométrica, com índices de validade e confiabilidade satisfatórios. Este trabalho contribui, dessa forma, para a tentativa de consolidação da eficácia de instrumentos relevantes para a TCC e sua prática. A utilização destes questionários no cotidiano clínico permite ao terapeuta o acompanhamento da evolução do paciente durante a psicoterapia, podendo também auxiliar na investigação do quadro psicológico pré-tratamento. Permitem também a utilização como instrumentos de pesquisa, ajudando o investigador na identificação das distorções cognitivas e no perfeccionismo clínico, diferenciando grupos com ou sem transtornos, e suas relações com diferentes padrões de pensamentos.

Uma importante limitação de ambos os estudos de validação (CDS e MPCCI) está na inclusão de estudantes de graduação de uma única região do Brasil, impedindo a possibilidade de generalização dos achados para outros contextos, como populações gerais e clínicas. Como os instrumentos foram desenvolvidos para serem utilizados em contextos clínicos, outra limitação óbvia deste trabalho é o fato de não termos utilizado uma amostra clínica. Contudo, não é incomum que os pesquisadores primeiro testem a utilidade clínica de uma medida com amostras não clínicas e, então, partam para o novo estágio de validação, ou seja, testá-la em

amostras clínicas (COVIN *et al.*, 2011). Assim, futuros estudos que avaliem os aspectos psicométricos destes instrumentos em amostras diversificadas, especialmente na população geral e em amostras clínicas, são necessários.

9 CONCLUSÃO

Acreditamos que, com este trabalho, conseguimos alcançar os objetivos propostos:

- A. CDS e MPCCI foram traduzidos e adaptados transculturalmente para o português brasileiro
- B. Os dois instrumentos tiveram suas qualidades psicométricas avaliadas. Ambos apresentaram boa fidedignidade e validade
- C. Os dois instrumentos possuem bom desempenho
- D. São necessários mais estudos com os instrumentos, incluindo principalmente uma amostra clínica, que é uma limitação deste estudo.
- E. Podemos considerar esse estudo como preliminar, pois não incluiu amostra clínica. Entretanto, muitos estudos de validação iniciam por amostras não clínicas e, em um segundo momento, validam para populações clínicas.

REFERÊNCIAS

ALDEN, L. E.; BIELING, P. J.; WALLACE, S. T. Perfectionism and standards in depression and social anxiety: a self-regulation analysis. **Cognitive Therapy and Research**, Estados Unidos, n. 18, p. 297-316, 1994.

ALFORD, B. A.; BECK, A. T. **The integrative power of cognitive therapy**. New York: Guilford, 1997.

ALLOY, L. B. *et al.* Behavioral approach system (BAS) - Relevant cognitive styles and bipolar spectrum disorders: concurrent and prospective associations. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 118, n. 3, p. 459-471, 2009. DOI: 10.1037/a0016604

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). 4th ed. rev. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. Washington, DC, 2000.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). **Standards for Educational and Psychological Testing**. Washington, DC, 1985.

ANTONY, M. M. *et al.* Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. **Behaviour Research and Therapy**, v. 36, n.12, p. 1143-1154. 1998. DOI: 10.1016/s0005-7967(98)00083-7

ANTONY, M. M.; SWINSON, R. P. **When perfect isn't good enough**: strategies for coping with perfectionism. Oakland, CA: New Harbinger, 1998.

BAKER, F. B.; KIM, S.-H. **Item response theory**: parameter estimation techniques. 2nd ed. New York, NY: Marcel-Dekker, 2004.

BARRIGA, A. Q. *et al.* Cognitive distortion and problem behaviors in adolescents. **Criminal Justice and Behavior**, v. 27, n.1, p. 36-56, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1177/0093854800027001003>

BARRIGA, A. Q.; GIBBS, J. C. Measuring cognitive distortion in antisocial youth: development and preliminary validation of the How I Think Questionnaire. **Aggressive Behaviour**, v. 22, n.5, p. 333-343, 1996. DOI: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-2337\(1996\)22:5<333::AID-AB2>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-2337(1996)22:5<333::AID-AB2>3.0.CO;2-K)

BARROW, J. C.; MOORE, C. A. Group interventions with perfectionistic thinking. **Personnel and Guidance Journal**, v. 61, n.10, p. 612-615, 1983. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.2164-4918.1983.tb00008.x>

BAUMEISTER, R. F.; CATANESE, K. R.; WALLACE, H. M. Conquest by force: a narcissistic reactance theory of rape and sexual coercion. **Review of General Psychology**, v. 61, n.1, p. 92-135, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1037/1089-2680.6.1.92>

BECK, A. T. Cognitive therapy: a 30-year retrospective. **American Psychology** v. 46, n.4, p. 368-375, 1991. DOI: 10.1037//0003-066x.46.4.368

_____. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. **Am Psychiatry**. 2011;165(8):969–77. DOI: 10.1176/appi.ajp.2008.08050721

_____. Origin, evolution and current state of cognitive therapy: the inside story. In: CONGRESS OF THE EUROPEAN ASSOCIATION OF BEHAVIOURAL AND COGNITIVE THERAPIES, Manchester. 2004, Manchester. **Anais** [...] Keynote address. Manchester, 2004.

_____. Thinking and depression: II. Theory and therapy. **Archives of General Psychiatry**, v. 10, p. 561-571, 1964. DOI: 10.1001/archpsyc.1964.01720240015003

_____. **Cognitive therapy and the emotional disorders**. Madison, CT: International Universities Press, 1975.

_____. **Cognitive therapy and the emotional disorders**. New York: International Universities Press, 1976.

_____. A systematic investigation of depression. **Comprehensive Psychiatry**, v. 2, p. 163-170, 1961. DOI: 10.1016/s0010-440x(61)80020-5

_____. **Depression: causes and treatment**. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press, 1972.

_____. **Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects**. New York: Harper & Row, 1967a.

_____. **The diagnosis and management of depression**. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press, 1967b.

_____. Beyond belief: a theory of modes, personality, and psychopathology. In: SALKOVSKIS, P. M. (Ed.). **Frontiers of cognitive therapy**. New York: Guilford Press, 1996. p. 1-25.

_____. Cognitive therapy: past, present, and future. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 61, n.2, p. 194-198, 1993. DOI: 10.1037//0022-006x.61.2.194

_____. Member's corner: cognitive approaches to schizophrenia: a paradigm shift? Based on the 1999 Joseph Zubin award address. **Psychopathology Research**, v. 10, n. 2, p. 3-10, 2000.

_____. Thinking and depression: idiosyncratic content and cognitive distortions. **Psychological Bulletin**, v. 91, p. 3-26, 1963. DOI: 10.1001/archpsyc.1963.01720160014002

BECK, A. T. *et al.* Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. **American Journal of Psychiatry**, n. 147, p. 190-195, 1990b.

BECK, A. T. *et al.* An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, v. 4, p. 561-571, 1961. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

BECK, A. T. *et al.* Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. **Behaviour Research and Therapy**, v. 39, n.10, p. 1213-1225, 2001. DOI: 10.1016/s0005-7967(00)00099-1

BECK, A. T. *et al.* **Cognitive therapy of depression**. New York, NY: Guilford Press, 1979.

BECK, A. T. *et al.* **Cognitive therapy of personality disorders**. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2004.

BECK, A. T. *et al.* **Cognitive therapy of personality disorders**. New York: Guilford, 1990a.

BECK, A. T. *et al.* **Cognitive therapy of substance abuse**. New York: Guilford Press, 1993.

BECK, A. T. *et al.* **Development of the Sociotropy-Autonomy Scale: A measure of personality factors in psychopathology**. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy, University of Pennsylvania Medical School, 1983.

BECK, A. T. *et al.* An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **J Consult Clin Psychol**, v. 56, n.6, p. 893-897, 1988. DOI: 10.1037//0022-006x.56.6.893

BECK, A. T. *et al.* **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BECK, A. T.; BECK, J. S. **The personality belief questionnaire**: unpublished assessment instrument. Bala Cynwyd, Pennsylvania: The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, 1991.

BECK INSTITUTE [Internet]. Meta-analysis shows the effectiveness of cognitive therapy. 2004. Disponível em: <http://www.beckinstitute.org/beck.html>. Acesso em: 15 ago. 2004.

BECK J. S. **Cognitive Therapy**: basics and beyond. New York: Guilford Press, 1995.

BECK, A. T.; EMERY, G.; GREENBERG, R. I. **Anxiety disorders and phobias**: a cognitive perspective. New York: Basic Books, 1985.

BECK, A. T.; FREEMAN, A. **Cognitive therapy of personality disorders**. New York: Guilford Press and Associates, 1990.

BECK, A. T.; FREEMAN, A.; DAVIS, D. D. **Cognitive therapy of personality disorders**. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press & Associates, 2004.

_____. **Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

_____. **Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

BECK, A. T.; STEER, R. A. **Beck anxiety inventory**: manual. San Antonio: The Psychological Corporation; Harcourt Brace Jovanovich, 1990.

BECK, A. T.; STEER, R. A.; BROWN, G. K. **Manual for the Beck Depression Inventory—II**. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.

BECK, A. T.; WEISHAAR, M. E. Cognitive therapy. *In*: CORSINI D.; WEDDING, D. (Eds.). **Current Psychotherapies**. IL: Peacock Club, 1989. p. 285-317.

_____. Cognitive therapy. *In*: CORSINI, R. J.; WEDDINGS, D. (Eds.), **Current psychotherapies**. Itasca, IL: F. E. Peacock, 1995. p. 229-261.

BECK, J. **Cognitive therapy**: basics and beyond. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2011.

BENNETT-LEVY, J. *et al.* Cognitive therapy from the inside: enhancing therapist skills through practising what we preach. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v. 31, n.2, p. 143-58, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1352465803002029>

BENNETT-LEVY, J. *et al.* **The Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy**. Oxford: Oxford University Press, 2004.

BERRY, D. C.; BROADBENT, D. E. On the relationship between task performance and associated verbalizable knowledge. **The Quarterly Journal of Experimental Psychology**, v. 36A, n.2, p. 209-231, 1984.

BIELING, P. J. *et al.* Making the grade: the behavioral consequences of perfectionism in the classroom. **Personality and Individual Differences**, v. 35, n.1, p. 163-178, 2003. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00173-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00173-3)

BIELING, P. J.; ALDEN, L. E. Sociotropy, autonomy, and the interpersonal model of depression: an integration. **Cognitive Therapy and Research**, v. 25, n.2, p. 167–184, 2001.

BIELING, P. J.; ISRAELI, A. L.; ANTHONY, M. M. Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. **Personality and Individual Differences**, v. 36, n.6, p. 1373-1385, 2004.

BLATT, S. J. *et al.* Dependency and self-criticism: psychological dimensions of depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 50, n.1, p. 113-124, 1982. DOI: 10.1037//0022-006x.50.1.113

BLATT, S. J. *et al.* When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 66, n.2, p. 423-428, 1998. DOI: 10.1037//0022-006x.66.2.423

BLATT, S. J.; D'AFFILITI, J. R.; QUINLAN, D. M. **Depressive experiences questionnaire**. New Haven, CT: Yale University Press. 1976

BLATT, S. J.; ZUROFF, D.C. Interpersonal relatedness and self-definition. two prototypes for depression. **Clinical Psychology Review**, v. 12, n.5, p. 527-562, 1992. DOI: [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90070-O](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90070-O)

BREWIN, C. R. Theoretical foundations of cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression. **Annual Review of Psychology**, v. 47, p. 33-57, 1996. DOI: :10.1146/annurev.psych.47.1.33

BRIERE, J. **Cognitive distortion scales (CDS) professional manual**. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 2000.

BRISLIN, R. W. Back-translation for cross-cultural research. **Journal of Cross-Cultural Psychology**, v. 1, n. 3, p. 185-216, 1970.

BRISLIN, R. W. The wording and translation of research instruments. In: LONNER, W. J.; BERRY, J. W. (Eds.). **Field methods in cross-cultural research**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1986. p. 137-164.

BRISLIN, R. W.; LONNER, W. J.; THORNDIKE, R. M. **Cross-cultural research methods**. New York: Wiley, 1973.

BURNS, D. D. **Feeling good: the new mood therapy**. New York: Avon Books, 1999.

_____. **Feeling good: the new mood therapy**. New York: Signet, 1980a.

_____. **The feeling good handbook**. New York: William Morrow, 1990.

_____. The perfectionist's script for self-defeat. **Psychology Today**, v. 14, n. 6, p. 34-52, 1980b.

BUTLER, A. C. *et al.* The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. **Clinical Psychology Review**, v. 26, n. 1, p. 17-31, 2006.

BUTLER, A. C.; BECK, J. S. Cognitive therapy outcomes: a review of meta-analyses. **Journal of the Norwegian Psychological Association**, n. 37, p. 1-9, 2000.

CARMINES, E. G.; ZELLER, R. A. Reliability and validity assessment. In: SULLIVAN, J. L. (Ed.). **Quantitative applications in the Social Sciences**. Beverly Hills, CA: Sage University Press, 1979. p. 1-57.

CHANG, E. C. Conceptualization and measurement of adaptive and maladaptive aspects of performance perfectionism: relations to personality, psychological functioning, and academic achievement. **Cognitive Therapy and Research**, v. 30, n.6, p. 677-697, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9060-7>

CHANG, E. C. Perfectionism as a predictor of positive and negative psychological outcomes: examining a mediation model in younger and older adults. **Journal of Counseling Psychology**, n. 47, p. 18-26, 2000.

CHANG, E.C.; D'ZURILLA, T.J.; MAYDEU-OLIVARES, A. Assessing the dimensionality of optimism and pessimism using a multimeasure approach. **Cognitive Therapy and Research**, v. 18, p. 143-160, 1994.

CHEN, Y. *et al.* A preliminary study of the Dysfunctional Attitude Scale. China. **Chinese Mental Health**, v. 12, p. 265-267, 1998.

CLARK, D. A., BECK, A. T., ALFORD, B. A. **Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression**. New York: Wiley, 1999.

CLARK, D. M. *et al.* Two psychological treatments for hypochondriasis: a randomised controlled trial. **British Journal of Psychiatry**, v. 173, p. 218- 225, 1998. DOI: 10.1192/bjp.173.3.218

CLARK, D. M. Panic disorder and social phobia. In: CLARK, D. M.; FAIRBURN, C. G. (Eds.). **Science and practice of cognitive behaviour therapy**. Oxford: Oxford University Press, 1997. p. 119-153.

CLARK, D. M.; BECK, A. T. Cognitive approaches. *In*: LAST, C.; HERSEN, M. (Eds.). **Handbook of anxiety disorders** New York: Pergamon, 1988. p. 362-385.

CLARK, D. M.; WELLS, A. A cognitive model of social phobia. *In*: HEIMBERG, R. *et al.* (Eds.). **Social phobia: diagnosis, assessment and treatment**. New York: Guilford Press, 1995. p. 69-93.

CLARK, L. A, WATSON, D. Constructing validity: basic issues in objective scale development. In: KAZDIN, A. E. **Methodological issues and strategies in clinical research**. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 1998. p. 215-39.

COGNITIVE assessment of obsessive compulsive disorder. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. **Behaviour Research and Therapy**, v. 35, n.7, p. 667-681, 1997. DOI: 10.1016/s0005-7967(97)00017-x

COHEN J. A. *et al.* A multi-site randomized controlled trial for multiply traumatized children with sexual abuse-related PTSD. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 43, n. 4, p. 393-402, 2004. DOI: 10.1097/00004583-200404000-00005

COOPER, P. J. *et al.* Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. **British Journal of Psychiatry**, v. 182, p. 412-419, 2003.

CORTINA J. M. What is coefficient Alfa? An examination of theory and applications. **Applied Psychology**, v. 78, n.1, p. 98-104, 1993.

COSTA JUNIOR, P. T.; McCRAE, R. R. Comparability of alternative measures of the five-factor model in peer ratings. In: Annual Convention of the American Psychological Society, San Diego, **Anais** [...] San Diego, 1992a.

_____. Age differences in personality structure: a cluster analytic approach. **Journal of Gerontology**, v. 31, n.5, p. 564-570, 1976. doi: 10.1093/geronj/31.5.564

_____. Four ways five factors are basic. **Personality and Individual Differences**, v. 13, p. 653-665. 1992b.

_____. **Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)**: professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1992c.

- COUTO JUNIOR, E. de B. **Abordagem não-paramétrica para cálculo do tamanho da amostra com base em questionários ou escalas de avaliação na área de saúde**. 2009. Tese (Doutorado em Patologia) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- COVIN, R. *et al.* Measuring cognitive errors: initial development of the Cognitive Distortions Scale (CDS). **International Journal of Cognitive Therapy**, v. 4, n. 3, p. 297-322, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1521/ijct.2011.4.3.297>
- CRAIGHEAD, W. E.; CRAIGHEAD, L. W.; ILARDI, S. Behavior therapies in historical perspective. *In*: BONGAR, B.; BEUTLER, L. E. (Eds.). **Foundations of psychotherapy: theory, research, and practice**, Oxford: Oxford University Press, 1995. p. 64-83.
- CRAIGHEAD, W. E.; CURRY, J. C.; ILARDI, S. S. Relationship of children's depression inventory factors to major depression among adolescents. **Psychological Assessment**, v. 7, n. 1, p. 171-176, 1999.
- CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951.
- CUNHA J. A. (Org.). **Psicodiagnóstico**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- CUNHA J. A. **Manual da versão em português da escala Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DARLING, N.; STEINBERG, L. Parenting style as context: an integrative model. **Psychological Bulletin**, v. 113, n.3, p. 487-496, 1993.
- DE BEURS, E. *et al.* Convergent and divergent validity of the Beck anxiety inventory for patients with panic disorder and agoraphobia. **Depress Anxiety**, v. 6, n.4, p. 140-6, 1999. DOI: [doi: 10.1002/\(sici\)1520-6394\(1997\)6:4<140::aid-da2>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6394(1997)6:4<140::aid-da2>3.0.co;2-g)
- DE OLIVEIRA, I. R. Trial-based cognitive therapy (TBCT): A new cognitive-behavior therapy approach. *In*: DE OLIVEIRA, T. I. R.; SCHWARTZ, S. M. Stahl. Integrating psychotherapy and psychopharmacology: a handbook for clinicians. New York: Routledge, 2014.
- DE OLIVEIRA, I.R.; LANDEIRO, F.M. Terapia Cognitiva Processual. *In*: MELLO, WV et al. **Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014; 680p.
- DEFFENBACHER, J. L. *et al.* Irrational beliefs and anxiety. **Cognitive Therapy and Research**, v. 10, p. 281-292, 1986.
- DELFABBRO, P. H.; WINEFIELD, A. H. Predictors of irrational thinking in regular slot machine gamblers. **Journal of Psychology**, v. 134, n. 2, p. 117-128, 2000. DOI: [10.1080/00223980009600854](https://doi.org/10.1080/00223980009600854)
- DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

DEMARIA, T.; KASSINOVE, H.; DILL, C.A. Psychometric properties of the survey of personal beliefs: a rational-emotive measure of irrational thinking. **Journal of Personality Assessment**, v. 53, n. 2, p. 329-341, 1989. DOI: 10.1207/s15327752jpa5302_10

DEMARS, C. **Item Response Theory: Understanding Statistics Measurement**. Oxford: Oxford University Press, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195377033.001.0001>

DERUBEIS, R. J. *et al.* How does cognitive therapy work? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 58, n.6, p. 862-869. 1990. DOI: 10.1037//0022-006x.58.6.862

DERUBEIS, R. J. *et al.* Medications versus cognitive behavioral therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. **American Journal of Psychiatry**, v. 156, n.7, p. 1007-1013, 1999. DOI: 10.1176/ajp.156.7.1007

DERUBEIS, R. J.; CRITS-CHRISTOPH, P. Empirically supported individual and group psychological treatments for mental disorders. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 66, n.1, p. 37-52, 1998. DOI: 10.1037//0022-006x.66.1.37

DERUBEIS, R. J.; TANG, T. Z.; BECK, A. T. Cognitive therapy. *In*: DOBSON, K. S. (Ed.). **Handbook of cognitive behavioral therapies**. New York: Guilford Press. 2001. p. 349–392.

DESNOYERS, A.; ARPIN-CRIBBIE, C. Examining cognitive performance: Do perfectionism and rumination matter? **Personality and Individual Differences**, v.76, p.94-98, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.050>

DiBARTOLO, P. M. *et al.* Shedding light on the relationship between personal standards and psychopathology: the case for contingent self-worth. **Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy**, v. 22, n.4, p. 241-254, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1023/B:JORE.0000047310.94044.ac>

DiBARTOLO, P. M.; LI, C. Y.; FROST, R. O. How do the dimensions of perfectionism relate to mental health? **Cognitive Therapy and Research**, v. 32, n.3, p. 401-417, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9157-7>

DITOMASSO, R. A.; MARTIN, D. M.; KOVNAT, K. D. Medical patients in crisis. *In*: DATTILIO, F. M.; FREEMAN, A. (Eds.). **Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention**. New York: Guilford Press, 2000. p. 1-23.

DOBSON, K.; DOZOIS, D. Historical and philosophical basis of cognitive- behavioral therapy. *In*: DOBSON, K. (Ed.), **Handbook of cognitive-behavioral therapies**. New York: Guilford Press, 2001. p. 3–39.

DOZOIS, D. J. A.; BECK, A. T. Cognitive schemas, beliefs and assumptions. *In*: DOBSON, K. S.; DOZOIS, D. J. A. (Eds.). **Risk factors in depression**. Oxford, England: Elsevier/Academic Press, 2008, p. 121-143.

DUNKLEY, D. M. *et al.* Self-criticism versus neuroticism in predicting depression and psychosocial impairment for 4 years in a clinical sample. **Comprehensive Psychiatry**, v. 50, n. 4, p. 335-346, 2009. DOI: 10.1016/j.comppsy.2008.09.004

DUNKLEY D. M. *et al.* Validity of DAS perfectionism and need for approval in relation to the five-factor model of personality. **Pers Individ Differ**, v. 37, n.7, p. 1391-400, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.009>

DUNKLEY, D. M.; BLANKSTEIN, K. R. Self-critical perfectionism, coping, hassles, and current distress: a structural equation modeling approach. **Cognitive Therapy and Research**, v. 24, n.6, p. 713-730, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1005543529245>

ECKHARDT, C. I.; BARBOUR, K. A.; DAVISON, G. C. Articulated irrational thoughts in maritally violent and nonviolent men during anger arousal. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 66, n.2, p. 259-269, 1998. DOI: 10.1037//0022-006x.66.2.259

EDWARDS, D. J. A. Cognitive restructuring through guided imagery: lessons from Gestalt therapy. *In*: FREEMAN, A. *et al.* (Eds.). **Comprehensive handbook of cognitive therapy**. New York: Plenum, 1989. p. 283-297.

_____. Cognitive therapy and the restructuring of early memories through guided imagery. **Journal of Cognitive Psychotherapy**, v. 4, n.1, p. 33-50, 1990.

EGAN, S. J.; WADE, T. D.; SHAFRAN, R. Perfectionism as a transdiagnostic process. A clinical review. **Clinical Psychology Review**, v. 31, n.2, p. 203-212, 2011. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.04.009

_____. The transdiagnostic process of perfectionism. **Revista de Psicopatología y Psicología Clínica**, v. 17, n.3, p. 279-294, 2012. DOI: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11844>

EINSTEIN, D. A.; LOVIBOND, P. F.; GASTON, J. E. Relationship between perfectionism and emotional symptoms in an adolescent sample. **Australian Journal of Psychology**, v. 52, n.52 p. 89-93, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1080/00049530008255373>

ELLIS, A. **Humanistic psychotherapy: the rational-emotive approach**. New York: McGraw-Hill, 1973.

_____. Rational Psychotherapy and Individual Psychology. **Journal of Individual Psychology**, v. 13, p. 38-44, 1957.

_____. Rational psychotherapy. **Journal of General Psychology**, New York, v. 59, p. 35-49, 1958.

_____. **Reason and emotion in psychotherapy**. New York: Lyle Stuart, 1962.

ELLIS, A.; DRYDEN, W. **The practice of rational emotive behavior therapy**. 2nd ed. New York, NY: Springer, 1997.

ELLIS, A.; GRIEGER, R. **Handbook of rational-emotive therapy**. New York: Springer, 1977.

EMBRETSON, S., E.; REISE, S. P. **Item response theory for psychologists**. Mahwah, NJ: London, 2000.

ENNS, M. W. *et al.* Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. **Medical Education**, v. 35, n.11, p. 1034-1042, 2001. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2001.01044.x

ENNS, M. W.; COX, B. J. The nature and assessment of perfectionism: a critical analysis. *In*: FLETT, G. L.; HEWITT, P. L. (Eds.). **Perfectionism**. Washington, DC: American Psychological Association, 2002. p. 33-62.

ENNS, M. W.; COX, B.J.; BORGER, S.C. Correlates of analogue and clinical depression: a further test of the phenomenological continuity hypothesis. **Journal of Affective Disorders**, v. 66, n.2-3, p. 175-183, 2001. DOI:10.1016/s0165-0327(00)00305-0

ENNS, M. W.; COX, B. J.; CLARA, I. Adaptive and maladaptive perfectionism: developmental origins and association with depression proneness. **Personality and Individual Differences**, v. 33, n. 6, p. 921-935, 2002. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00202-](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00202-)

_____. Perfectionism and neuroticism: a longitudinal study of specific vulnerability and diathesis-stress models. **Cognitive Therapy and Research**, v. 29, n.4, p. 463, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10608-005-2843-04>

ESSAU, C. A. *et al.* Anxiety symptoms in Chinese and German adolescents: their relationship with early learning experiences, perfectionism, and learning motivation. **Depression and Anxiety**, v. 25, n.9, p. 801-810, 2008. DOI: 10.1002/da.20334

FACHEL, J. M. G.; CAMEY, S. Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. *In*: CUNHA, J. A. (Org.). **Psicodiagnóstico**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 158-70.

FAIRBURN, C. G. *et al.* Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. **Archives of General Psychiatry**, v. 56, n.5, p. 468-476, 1999. DOI: 10.1001/archpsyc.56.5.468

FAIRBURN, C. G. *et al.* Risk factors for binge eating disorder: a community-based case-control study. **Archives of General Psychiatry**, v. 55, n.5, p. 425-432, 1998. DOI: 10.1001/archpsyc.55.5.425

FAIRBURN, C. G.; COOPER, Z.; SHAFRAN, R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a transdiagnostic theory and treatment. **Behaviour Research and Therapy**, v. 41, n.5, p. 509-528, 2003. DOI: 10.1016/s0005-7967(02)00088-8

FARCHIONE, T. J. *et al.* Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. **Behavior Therapy**, v. 10, p. 1016, 2012. DOI: 10.1016/j.beth.2012.01.001

FARRELL, S. P. *et al.* The impact of cognitive distortions, stress, and adherence on metabolic control in youths with type 1 diabetes. **Journal of Adolescent Health**, v. 34, p. 461-467, 2004. DOI:10.1016/S1054-139X(03)00215-5

FENNELL, M. Low self-esteem: a cognitive perspective. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v. 25, n.1, p. 1-25, 1997.

FERGUSON, K. L.; RODWAY, M. R. Cognitive behavioural treatment of perfectionism: Initial evaluation studies. **Research on Social Work Practices**, v. 4, n. 3, p. 283-308, 1994.

FISHER, D.; BEECH, A.; BROWNE, K. Comparison of sex offenders to nonoffenders on selected psychological measures. **International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology**, v. 43, n. 4, p. 473-491, 1999.

FLAHERTY, J. A. *et al.* Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. **J Nerv Ment Dis.**, v. 176, n.5, p. 257-263, 1988.

FLEISS, J. L.; COHEN, J.; EVERITT, B. S. Large Sample Standard Errors of Kappa and Weighted Kappa. **Psychological Bulletin**. v.72, n.5, p.323-327, 1971. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0028106>

FLETT, G. L. *et al.* Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. *In*: FLETT, G. L.; HEWITT, P. L. (Eds.). **Perfectionism**. Washington, DC: American Psychological Association, 2002. p. 89-132.

FLETT, G. L. *et al.* Perfectionism, self-actualization, and personal adjustment. **Journal of Social Behavior and Personality**, v. 6, n.5, p. 147-160, 1991b.

FLETT, G. L. *et al.* Psychological distress and the frequency of perfectionistic thinking. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 75, n.5, p. 1363-1381, 1998. DOI: 10.1037//0022-3514.75.5.1363

FLETT, G. L. *et al.* **The child-adolescent perfectionism scale**: development, validation, and association with adjustment. Department of Psychology, Vancouver, Canada: University of British Columbia, 2000.

FLETT, G. L. *et al.* The perfectionism cognitions inventory: psychometric properties and associations with distress and deficits in cognitive self-management. **Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy**, v. 25, n.4, p. 255-277, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10942-007-0055-4>

FLETT, G. L. *et al.* Perfectionism and learned resourcefulness in depression and self-esteem. **Personality and Individual Differences**, v. 12, n.1, p. 61-68, 1991a. DOI: [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(91\)90132-U](https://doi.org/10.1016/0191-8869(91)90132-U)

FLETT, G. L.; HEWITT, P. L.; MARTIN, T. R. Dimensions of perfectionism and procrastination. *In*: PROCRASTINATION and task avoidance: theory, research, treatment. New York, NY: Plenum Press, 1995. p. 137-167.

FREEMAN, A. *et al.* **Clinical applications of cognitive therapy**, 2nd ed. New York: Kluwer Academic/Plenum Publications, 2004.

FREEMAN, A. M. *et al.* Millon multiaxial personality patterns differentiate depressed and anxious outpatients. **Depression and Anxiety**, v. 10, n. 2, p. 73-76, 1999.

FREEMAN, A.; DEWOLF, R. **Woulda, coulda, shoulda**. New York: Morrow, 1990.

_____. **Woulda, coulda, shoulda**. New York: Morrow, 1992.

FREEMAN, A.; FUSCO, G. M. **Borderline personality disorder: a therapist's guide to taking control**. New York, NY: W.W. Norton, 2004.

FREEMAN, A.; LURIE, M. **Depression: a cognitive therapy approach**. New York: Newbridge Communications, 1994

FREEMAN, A.; OSTER, C. Cognitive behavior therapy. *In*: HERSON, M.; BELLACK, A. S. (Eds.). **Handbook of interventions for adult disorders**. 2nd edition. New York: Wiley and Sons. 1999. p. 108-138.

FREEMAN, A.; ROSENFELD, B. Modifying therapeutic homework for patients with personality disorders. **Session Psychotherapy in Practice**, v. 58, n.5, p. 513-524, 2002. DOI: 10.1002/jclp.10029

FREEMAN, D. *et al.* Persecutory ideation and insomnia: findings from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. **Journal of Psychiatric Research**, v. 44, n. 15, p. 1021-6, 2010.

FREESTON, M. H. *et al.* Cognitive behavioral treatment of obsessive thoughts: a controlled study. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 65, n.3. p. 405-413, 1997. DOI: 10.1037//0022-006x.65.3.405

FREESTON, M. H. *et al.* L'inventaire d'anxiété de Beck: propriétés psychométriques d'une traduction française. **L'Encéphale**, v. 20, n.1, p. 47-55, 1994a.

FREESTON, M. H. *et al.* Why do people worry? **Personality and Individual Differences**, v. 17, n.6, p. 791-802, 1994b. DOI: [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)

FREESTON, M. H.; RHÉAUME, J.; LADOUCEUR, R. Correcting faulty appraisals of obsessional thought. **Behaviour Research and Therapy**, v. 34, n.5-6, p. 433-446, 1996. DOI: 10.1016/0005-7967(95)00076-3

FREUD, S. Screen memories. *In*: STRACHEY, J. (Ed.). **The Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud**. London: The Hogarth Press, 1962. v. 3.

FREUD, S. **The interpretation of dreams**. Hayes Barton Press, 1950.

FROST, R. O. *et al.* Personality traits in subclinical and non-obsessive-compulsive volunteers and their parents. **Behaviour Research and Therapy**, v. 32, n.1, p. 47-56, 1994. DOI: [doi: 10.1016/0005-7967\(94\)90083-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90083-3)

FROST, R. O. *et al.* Self-monitoring of mistakes among subjects high and low in perfectionistic concern over mistakes. **Cognitive Therapy and Research**, v. 27, p. 209-222, 1997.

FROST, R. O. *et al.* The development of perfectionism: a study of daughters and their parents. **Cognitive Therapy and Research**, v. 15, n. 6, p. 469-489, 1991.

FROST, R. O. *et al.* The dimensions of perfectionism. **Cognitive Therapy and Research**, v. 14, n. 5, p. 449-468, 1990.

FROST, R. O. *et al.* A comparison of two measures of perfectionism. **Personality and Individual Differences**, v. 14, p. 119-126, 1993.

FROST, R. O.; LAHART, C. M.; ROSENBLATE, R. The development of perfectionism: a study of daughters and their parents. **Cognitive Therapy and Research**, v. 15, p. 469-489, 1991.

FROST, R.O.; STEKETEE, G. Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. **Behaviour Research and Therapy**, v. 35, n.4, p. 291-296, 1997. DOI: 10.1016/s0005-7967(96)00108-8

GARNER, D. M.; OLMSTEAD, M. P.; POLIVY, J. Development and validation of a multi-dimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. **International Journal of Eating Disorders**, v. 2, p. 15-34, 1983. DOI: [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198321\)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6)

GIBBS, J. C.; BARRIGA, A. Q.; POTTER, G. B. **How I Think (HIT) questionnaire**. Champaign, IL: Research Press, 2001

GILBERT, P. The evolved basis and adaptive functions of cognitive distortions. **British Journal of Medical Psychology**, n. 71, p. 447-463, 1998.

GILMAN, R. *et al.* The relationship between perfectionism and multidimensional life satisfaction among Croatian and American youth. **Personality and Individual Differences**, v. 39, n.1, p. 155, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.12.014>

GILSON, M.; FREEMAN, A. **A cognitive therapy approach for taming the depression beast: client workbook**. San Antonio: Psychological Corporation, 1999.

GLASS, R. M.; UHLENHUTH, E. H.; KELLNER, R. The value of self-report assessment in studies of anxiety disorders. **J. Clin. Psychopharmacol.**, v. 7, n.4, p. 215-21, 1987.

GONÇALVES, L. H. T.; MELLO, A. L. S. F.; ZIMERMANN, K. Validação de instrumento de avaliação das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 839-847, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000400026>

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S.; ZUARDI, A. W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos, 2000.

GREENBERGER, D.; PADESKY, C. A. **Mind over mood**: change how you feel by changing the way you think. New York: Guilford Press, 1995.

GROVE, W. M.; MEEHL, P. E. Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: the clinical-statistical controversy. **Psychology, Public Policy, and Law**, v. 2, n.2, p. 293-323, 1996. DOI: <https://doi.org/10.1037/1076-8971.2.2.293>

GUNN, J. B.; LERNER, R.; PETERSON, A. C. (Eds.). **Encyclopedia of adolescence**. New York: Garland, 1991. v. 2.

HAAGA, D.; DYCK, M. J.; ERNST, D. Empirical status of cognitive theory of depression. **Psychological Bulletin**, v. 110, n.2, 215-236, 1991. DOI: 10.1037/0033-2909.110.2.215

HAIR, J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. 5. ed. São Paulo: Bookman; 2005.

HAMACHEK, D. E. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. **Psychology, A Journal of Human Behavior**, v. 15, n. 1, p. 27-33, 1978.

HAMMEN, C. L.; KRANTZ, S. Effect of success and failure on depressive cognitions. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 85, n.6, p. 577-586, 1976. DOI: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.85.6.577>

HANDLEY, A. K. **A randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for clinical perfectionism**. Thesis (Ph.D.) - Curtin University, School of Psychology and Speech Pathology, 2014.

HARVEY, A. G. *et al.* **Cognitive behavioural processes across psychological disorders: a transdiagnostic approach to research and treatment**. Oxford: Oxford University Press, 2004.

HASHER, L.; ZACKS, R. Automatic and effort full, processes in memory. **Journal of Experimental Psychology: General**, v. 108, n.3, p. 356-388, 1979. DOI: <https://doi.org/10.1037/0096-3445.108.3.356>

HEWITT, P. L. *et al.* Perfectionism is multidimensional: a reply to Shafran, Cooper, and Fairburn. **Behaviour Research and Therapy**, v. 41, n.10, p. 1221-1236, 2003. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00021-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00021-4)

HEWITT, P. L. *et al.* Suicide ideation in adolescent psychiatric patients: Perfectionism and hopelessness. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 25, 95-101, p. 1997.

HEWITT, P. L. *et al.* Perfectionism in children: associations with depression, anxiety, and anger. **Personality and Individual Differences**, v. 32, n.6, p. 1049-1061, 2002. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00109-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00109-X)

HEWITT, P. L. *et al.* The multidimensional perfectionism scale: reliability, validity, and psychometric properties in psychiatric samples. **Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 3, n.3, p. 464-468, 1991. DOI: <https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.3.464>

HEWITT, P. L. *et al.* Dimensions of perfectionism, hopelessness, and attempted suicide in a sample of alcoholics. **Suicide and Life Threatening Behaviour**, v. 28, n.4, p. 395-406, 1998.

HEWITT, P. L.; FLETT, G. L. Dimensions of perfectionism in unipolar depression. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 100, n.1, p. 98-101, 1991a. DOI: 10.1037//0021-843x.100.1.98

_____. Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: a test of the specific vulnerability hypothesis. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 102, n.1, p. 58-65, 1993. DOI: 10.1037//0021-843x.102.1.58

_____. Perfection in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 60, n.3, p. 456-470, 1991b. DOI: 10.1037//0022-3514.60.3.456

_____. Perfectionism and depression: a multidimensional analysis. **Journal of Social Behavior and Personality**, v. 5, n.5, p. 423-438, 1990.

_____. **Multidimensional perfectionism scale**: technical manual. Toronto: Multi-Health Systems, 2004.

HEWITT, P. L.; FLETT, G. L. Perfectionism and stress in psychopathology. *In*: FLETT, G. L.; HEWITT, P. L. (Eds.). **Perfectionism**: theory, research, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association, 2002. p. 255-284.

HEWITT, P.; FLETT, G.; EDIGER, E. Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 105, n.2, p. 276-280, 1996. DOI: 10.1037/0021-843X.105.2.276

HEWITT, P. L.; FLETT, G. L.; TURNBULL-DONOVAN, W. Perfectionism and suicide potential. **British Journal of Clinical Psychology**, v. 31, n.2, p. 181-190, 1992. DOI: 10.1111/j.2044-8260.1992.tb00982.x

HILL, R. W. *et al.* A new measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. **Journal of Personality Assessment**, v. 82, n.1, p. 80-91, 2004. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8201_13

HILL, R. W.; McINTIRE, K.; BACHARACH, V. R. Perfectionism and the big five factors. **Journal of Social Behaviour and Personality**, v. 12, p. 257-270, 1997.

HOLLENDER, M. H. Perfectionism. **Comprehensive Psychiatry**, v. 6, p. 2, p. 94-103, 1965.

_____. Perfectionism: a neglected personality trait. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 39, n.5, p. 384, 1978.

HOLLON, S. D.; KENDALL, P. C. Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. **Cognitive Therapy and Research**, v. 4, p. 383-395, 1980.

HORNEY, K. **Neurosis and human growth**. New York: W. W. Norton, 1950.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. de S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 2925 p.

HOYLE, R. H.; PANTER, A. T. Writing about structural equation models. *In*: HOYLE, R. H. (Ed.). **Structural equation modeling: concepts, issues, and applications** Thousand Oaks, CA: Sage, 1995. p. 158-176.

HU, L.; BENTLER, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. **Structural Equation Modeling**, v. 6, n.1, p. 1-55, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>

_____. Evaluating model fit. *In*: HOYLE, R. H (Ed.) **Structural equation modeling: Issues, concepts, and applications**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995. p. 76-99.

ILARDI, S. S.; CRAIGHEAD, W. E. The role of nonspecific factors in cognitive therapy for depression. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 1, n. 2, p. 138-156, 1994.

_____. Personality disorders and response to somatic treatments for major depression: a critical review. **Depression**, v. 2, n. 4, 200-217, 1994/1995. DOI: <https://doi.org/10.1002/depr.3050020404>

INGRAM, R. E.; KENDALL, P. C. Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective. *In*: INGRAM, R. (Ed.). **Information processing approaches to clinical psychology**. Waltham, Massachusetts: Academic Press, 1986.

INGRAM, R. E.; MIRANDA, J.; SEGAL, Z. V. **Cognitive vulnerability to depression**. New York: Guilford Press, 1998.

INTERNATIONAL EPIDEMIOLOGICAL ASSOCIATION (IEA). The IEA European Questionnaire Group. **Epidemiology deserves better questionnaires**. 2013. Disponível em: www.dundee.ac.uk/iea/EuroQuests.htm. Acesso em: 28 dez.2014.

JAMES, K. *et al.* Self criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. **Personality and Individual Differences**, v.79, p. 123-128, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.030>

JORGE, M. G. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental *In*: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S.; ZUARDI, A. W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos, 2000. p. 53-8.

JOUBERT, C. E. Relationship among self-esteem, psychological reactance, and other personality variables. **Psychological Reports**, v. 66, p. 1147-1151, 1990. DOI: [10.2466/pr0.1990.66.3c.1147](https://doi.org/10.2466/pr0.1990.66.3c.1147)

KAPLAN, D. Evaluating and modifying covariance structure models: a review and recommendation. **Multivariate Behavioral Research**, v.25, n.2, 137-155, 1990. DOI: [10.1207/s15327906mbr2502_1](https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2502_1)

KAPLAN, R. M. Two pathways to prevention. **American Psychologist**, v. 55, n.4, p. 382-396, 2000.

KAWAMURA, K. Y.; FROST, R. O.; HARMATZ, M. G. The relationship of perceived parenting styles to perfectionism. **Personality and Individual Differences**, v. 32, n.2, p. 317-327, 2002. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00026-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00026-5)

KAZDIN, A. E. Evaluation of the Automatic Thoughts Questionnaire negative cognitive processes and depression among children. **Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 2, n.1, p. 73-79, 1990. DOI: <https://doi.org/10.1037/1040-3590.2.1.73>

KENDALL, P. C. Healthy thinking. **Behavior Therapy**, v. 23, n.1, p. 1-11, 1992. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80304-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80304-1)

KENDALL, P. C. *et al.* Comorbidity of anxiety and depression in youth: Treatment implications. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 60, p. 869-880, 1992.

KENDALL, P. C. Toward a cognitive behavioral model of child psychotherapy and a critique related to interventions. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 13, n.3, p. 357-372, 1985. DOI: 10.1007/BF00912722

KENDALL, P. C.; BRASWELL, L. **Cognitive-behavioral therapy for impulsive children**. New York: Guilford Press, 1985.

KENDALL, P. C.; HOWARD, B.; HAYS, R. Self-referent speech and psychopathology: the balance of positive and negative thinking. **Cognitive Therapy and Research**, v. 13, p. 583-598, 1989.

KENDALL, P. C.; STARK, K. D.; ADAM, T. Cognitive deficit or cognitive distortion of childhood depression. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 18, n.3, p. 255-270, 1990. DOI: 10.1007/BF00916564

KOBORI, O. **A cognitive model of perfectionism**: the relationship of perfectionism personality to psychological adaptation and maladaptation. Dissertation (doctoral) - University of Tokyo, Tokyo, 2006.

KOBORI, O.; TANNO, Y. Self-oriented perfectionism and its relationship to positive and negative affect: the mediation of positive and negative perfectionism cognitions. **Cognitive Therapy and Research**, v. 29, n.5, p. 559-571, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10608-005-2835-4>

_____. Development of multidimensional perfectionism cognitions inventory. **Japanese Journal of Personality**, v. 13, n.1, p. 34-43, 2004. DOI: 10.2132/personality.13.34

KOLKO, D. J. et al. Cognitive and family therapies for adolescent depression: treatment specificity, mediation, and moderation. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 68, n.4, p. 603-614, 2000.

KUYKEN, W.; PADESKY, C. A.; DUDLEY, R. **Collaborative case conceptualisation**: working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy. New York: Guilford Press, 2009.

LAYDEN, M. A. *et al.* **Cognitive therapy of personality disorder**. Boston: Allyn and Bacon, 1993.

LEAHY, R. L. **Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide**. New York: Guilford Press, 2003.

LI, Y.; LAN, J.; JU, C. Achievement motivation and attributional style as mediators between perfectionism and subjective well-being in Chinese university students. **Personality and Individual Differences**, v.79, p. 146-151, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.050>

LEFEBVRE, M. F. Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.48, n. 4, p. 517-525, 1981. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.49.4.517>

LEIBLUM, S. R.; ROSEN, R. C. (Eds.). **Principles and practice of sex therapy**. 3rd ed. New York: Guilford, 2000.

LEICHSENRING, F.; LEIBING, E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. **American Journal of Psychiatry**, v. 160, n.7, p. 1223-1232, 2003. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.7.1223

LEYLAND, S.; TEASDALE, J. D. Depressive thinking: changes in schematic mental models of self and world. **Psychological Medicine**, v. 26, n.5, p. 1043-1051, 1996. DOI: 10.1017/s0033291700035364

LIBB, J. W. *et al.* Stability of the MCMI among depressed psychiatric outpatients. **Journal of Personality Assessment**, v. 55, n. 1-2, p. 209-218, 1990. DOI: 10.1080/00223891.1990.9674060

LIESE, B. S.; BECK, A. T. Back to basics: fundamental cognitive therapy skills for keeping drug-dependent individuals in treatment. **National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series**, v. 165, p. 411-30, 1997.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**, v. 140, p. 1-55, 1932.

LILIENFELD, S. O.; WALDMAN, I. D.; ISRAEL, A. C. A critical examination of the use of the term "comorbidity" in psychopathology research. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 1, n.1, p. 71-83, 1994. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1994.tb00007.x>

LILIENFELD, S. O.; WOOD, J. M.; GARB, H. N. The scientific status of projective tests. **Psychological Science in the Public Interest**, v. 1, n.2, p. 27-66, 2000. DOI: 10.1111/1529-1006.002

LOVIBOND, S. H.; LOVIBOND, P. F. **Manual for the depression anxiety stress scales**. Sydney: Psychology Foundation, 1995.

LUNDH, L-G.; OST, L-G. Attentional bias, self-consciousness, and perfectionism in social phobia before and after cognitive-behaviour therapy. **Scandinavian Journal of Behaviour Therapy**, v. 30, n.1, p. 4-16, 2001. DOI: 10.1080/028457101300140428

MARTON, P.; KUTCHER, S. The prevalence of cognitive distortion in depressed adolescents. **Journal of Psychiatry & Neuroscience**, v. 20, n.1, p. 33-38, 1995.

McCREARY, B. T. *et al.* The structure and correlates of perfectionism in African American children. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, v. 33, n.2, p. 313-324, 2004. DOI: 10.1207/s15374424jccp3302_13

McGRATH, M.; CANN, S.; KONOPASKY, R. New measures of defensiveness empathy, and cognitive distortions for sexual offenders against children. **Sexual Abuse, A Journal of Research and Treatment**, v. 10, n.1, p. 25-36, 1998.

McKENNA, J. Physical activity and mental well-being in older people participating in the Better Ageing Project. **European Journal of Applied Physiology**, v. 100, p. 591-602, 1987.

McMULLIN, R. E. **The new handbook of cognitive therapy techniques**. New York: Norton, 2000.

McVEY, G. L. *et al.* Risk and protective factors associated with disordered eating during adolescence. **Journal of Early Adolescence**, v. 22, n.1, p. 75-95, 2002. DOI: 10.1177/0272431602022001004

MESSER, S. C. *et al.* Cognitive distortions and adolescent affective disorder. Validity of the CNCEQ in an inpatient sample. **Behavior Modification**, v. 18, n.3, p. 339-351, 1994. DOI: 10.1177/01454455940183006

MILLER, L. A.; LOVLER, R. L. **Foundations of psychological testing: a practical approach**. 4th ed. Thousand Oaks, CA: SAGE, 2013.

MILLON, T.; DAVIS, R. D. **Disorders of personality: DSM IV and beyond**. 2nd ed. New York: John Wiley, 1996.

MOBINI, S. *et al.* The relationship between cognitive distortions, impulsivity, and sensation seeking in a non-clinical population sample. **Personality and Individual Differences**, v. 40, n. 6, p. 1153-1163, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.006>

MORROW, W.; FREEMAN, A.; DEWOLF, R. **The 10 dumbest mistakes smart people make and how to avoid them**. New York: HarperCollins, 1992.

MURAKI, E. A generalized partial credit model: application of an EM algorithm. **Applied Psychological Measurement**, v. 16, p. 159-176, 1992.

MURAN, E. M.; MOTTA, R. W. Cognitive distortions and irrational beliefs in post- traumatic stress, anxiety, and depressive disorders. **Journal of Clinical Psychology**, v. 49, n. 2, p. 166-176, 1993. DOI: 10.1002/1097-4679(199303)49:2<166::aid-jclp2270490207>3.0.co;2-6

NAJAVITS, L. M. **Cognitive Distortions Scale**. Unpublished measure. Boston, MA: Harvard Medical School/McLean Hospital, 1993.

NAJAVITS, L. M. *et al.* Cognitive distortions in the dual diagnosis of PTSD and substance use disorder. **Cognitive Therapy and Research**, v. 28, p. 159-172, 2004.

NAKANO, T de C. Problemas apresentados pelos instrumentos com parecer desfavorável no SATEPSI. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 12, n. 2, p. 121-130, ago. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 fev. 2019.

NEAL, J. A.; EDELMANN, R. J. The etiology of social phobia: Toward a developmental profile. **Clinical Psychology Review**, v. 23, n. 6, p. 761-786, 2003. DOI: 10.1016/s0272-7358(03)00076-x

NISBETT, R. E.; WILSON, T. D. Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. **Psychological Review**, v. 84, n. 3, p. 231-257, 1977.

NORMAN, R. M. G. *et al.* The relationship of two aspects of perfectionism with symptoms in a psychiatric outpatient population. **Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 17, n.1, p. 50-68, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1521/jscp.1998.17.1.50>

NOUNOPOULOS, A.; ASHBY, J. S.; GILMAN, R. Coping resources, perfectionism, and academic performance among adolescents. **Psychology in the Schools**, v. 43, n.5, p. 613-622, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1002/pits.20167>

NUNNALLY, J. C. **Psychometric Theory**. New York: McGraw-Hill, 1978.

OBSESSIVE Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). 1997

O'CONNOR, D. B.; O'CONNOR, R. C.; MARSHALL, R. Perfectionism and psychological distress: evidence of the mediating effects of rumination. **European Journal of Personality**, v. 21, n.4, p. 429-452, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1002/per.616>

O'CONNOR, R. C.; DIXON, D.; RASMUSSEN, S. The structure and temporal stability of the child and adolescent perfectionism scale. **Psychological Assessment**. (in press).

OEI, T. P. S.; BARANOFF, J. Young schema questionnaire: review of psychometric and measurement issues. **Australian Journal of Psychology**, v. 59, n.2, p. 78-86, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1080/00049530601148397>

OEI-TAN, P. S.; YEOH, A. Pre-existing antidepressant medication and outcome of group cognitive-behavioral therapy. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 33, n.1, p. 70-76, 1999. DOI: 10.1046/j.1440-1614.1999.00520.x

OGAWA, T. *et al.* Development of the general affect scales. **Japanese Journal of Psychology**, v. 71, n.3, p. 241-246, 2000. DOI: 10.4992/jjpsy.71.241

OHRT, T.; THORELL, L. H. Ratings of cognitive distortion in major depression: changes during treatment and prediction outcome. **Nordic. Journal of Psychiatry**, v. 21, p. 239-244, 1999. DOI: 10.1080/08039489850139166

ÖNGEN, D. E. The relationship between perfectionism and multidimensional life satisfaction among high school adolescents in Turkey. **Journal of Multicultural Counseling and Development**, v. 37, p. 52-64, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.2009.tb00091.x>

ORSINI, M. R. de C. A.; TAVARES, M.; TROCCOLI, B. T. Adaptação brasileira da Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS). **Psico-USF**, Itatiba, v. 11, n. 1, jun. 2006.

OTTO, M. W. *et al.* Life event, mood, and cognitive predictors of perceived stress before and after treatment for major depression. **Cognitive Therapy and Research**, v. 21, n.4, p. 409-420, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1021980209878>

PACHT, A. R. Reflections on perfection. **American Psychologist**, v. 39, n.4, p. 386-390, 1984. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.39.4.386>

PADESKY, C. A. Schema change processes in cognitive therapy. **Clinical Psychology and Psychotherapy**, An International Journal of Theory and Practice, v. 1, n. 5, p. 267-278, 1994.

PADESKY, C. Schema as self-prejudice. **International Cognitive Therapy Newsletter**, n. 6, p. 6-7, 1991.

PASQUALI, L. **Análise fatorial para pesquisadores**. Brasília: LabPAM, 2005.

_____. **Análise multivariada para pesquisadores**. Brasília: LabPAM, (no prelo a).

_____. **Delineamento de pesquisa em ciência**. v. 2: Fundamentos estatísticos da pesquisa científica. Brasília: LabPAM, (no prelo b).

_____. **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM / IBAPP, 1999.

_____. **Psicometria** : teoria e aplicações. Brasília, DF: Editora UnB. 1997.

_____. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

_____. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 3, n. 5, p. 206-213, 1998.

_____. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? **Psicologia, Teoria e Pesquisa**, v. 23(especial), p. 99-107, 2007b.

_____. **TRI - Teoria de Resposta ao Item**: teoria, procedimentos e aplicações. Brasília: LabPAM, 2007a.

PASQUALI, L. (Org.). **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento**. Brasília: INEP; 1996.

PECK, D. F.; DEAN C. Measurement in psychiatry. *In*: KENDALL, R. E.; ZEALLEY, A. K. (Eds.). **Companion to psychiatry studies**. 3rd ed. Edinburg: Churchill Livingstone, 1983. p. 223-4.

PERSONS, J. B.; DAVIDSON, J.; TOMPKINS, M. A. **Essential components of cognitive-behavioral therapy for depression**. Washington DC: American Psychological Association, 2001.

PICON, P. Epidemiologia e psiquiatria. *In*: CATALDO NETO, A.; GAUER, G. J. C.; FURTADO, N. R. (Orgs.). **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. p. 83-90.

PLEVA, J.; WADE, T. D. Guided self-help versus pure self-help for perfectionism: a randomised controlled trial. **Behaviour Research and Therapy**, California, v. 45, n.5, p. 849-861, 2007. DOI: 10.1016/j.brat.2006.08.009

POWERS, T. A.; KOESTNER, R.; TOPCIU, R. A. Implementation intentions, perfectionism, and goal progress: perhaps the road to hell is paved with good intentions. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 31, n.7, p. 902-912, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1177/0146167204272311>

RACHMAN, S. A cognitive theory of obsessions. **Behaviour Research and Therapy**, California, v. 35, n.9, p. 793-802, 1997. DOI: 10.1016/s0005-7967(97)00040-5

_____. Obsessions, responsibility and guilt. **Behaviour Research and Therapy**, California, v. 31, n.2, p. 149-154, 1993. DOI: 10.1016/0005-7967(93)90066-4

RACHMAN, S.; GRUTER-ANDREW, J.; SHAFRAN, R. Post-event processing in social anxiety. **Behaviour Research and Therapy**, California, v. 38, p. 611-617, 2000.

RACHMAN, S.; SHAFRAN, R. Cognitive distortions: thought-action fusion. **Cognitive Psychology and Psychotherapy**, v. 6, p. 80-85, 1999. DOI: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199905\)6:2<80::AID-CPP188>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<80::AID-CPP188>3.0.CO;2-C)

REINECKE, M. A.; DATTILIO, F. M.; FREEMAN, A. (Eds.). **Cognitive therapy with children and adolescents**. 2nd ed. New York: Guilford, 2003.

RHÉAUME, J. *et al.* Functional and dysfunctional perfectionists: Are they different on compulsive-like behaviors? **Behaviour Research and Therapy**, California, v. 38, n.2, p. 119-128, 2000. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00203-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00203-4)

RHÉAUME, J.; LADOUCEUR, R.; FREESTON, M. H. The prediction of obsessive-compulsive tendencies: Does perfectionism play a significant role? **Personality and Individual Differences**, v. 28, n.3, p. 583-592, 2000. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00121-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00121-X)

RICE, K. G.; ASHBY, J. S. An efficient method for classifying perfectionists. **Journal of Counseling Psychology**, v. 54, n.1, p. 72-85, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.72>

RICE, K. G.; ASHBY, J. S.; SLANEY, R. B. Perfectionism and the five-factor model of personality. **Assessment**, v. 14, n.4, p. 385-398, 2007. DOI:10.1177/1073191107303217

RILEY, C.; SHAFRAN, R. Clinical perfectionism: a preliminary qualitative analysis. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v. 33, n.3, p. 369-374, 2005.

RIZOPOULOS, D. ltm: An R Package for Latent Variable Modelling and Item Response Theory Analyses. **Journal of Statistical Software**, v.17, n.5, p.1-25, 2006.

ROSENFELD, B. M. The relationship between cognitive distortions and psychological disorders across diagnostic axes. Dissertacion (Unpublished doctoral) - Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Philadelphia, 2004.

ROSS, S. M. *et al.* Cognitive self-statements in depression: findings across clinical populations. **Cognitive Therapy and Research**, Alemanha, v. 10, n.2, p. 159-165, 1986. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01173722>

ROSSER, S.; ISSAKIDIS, C.; PETERS, L. Perfectionism and social phobia: Relationship between the constructs and impact on cognitive behaviour therapy. **Cognitive Therapy and Research**, v. 27, p. 143-151, 2003.

ROZENTAL, A. *et al.* A randomized controlled trial os internet-based Cognitive Behavior Therapy for perfectionism including an investigation of outcome predictors. **Behavior Research and Therapy**, California, v.95, p. 79-86, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.015>

RUSH, A. J. *et al.* **Handbook of psychiatric measures**: task force for the handbook of psychiatric measures. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

RUSSELL, D. W. In search of underlying dimensions: the use (and abuse) of factor analysis . **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 28, n.12, p. 1629- 1646, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1177/014616702237645>

SAKURAI, S.; OHTANI, Y. Relations of “self-oriented perfectionism” to depression and hopelessness. **Japanese Journal of Psychology**, Tsukuba, v. 68, n.3, p. 179-186, 1997. DOI: <https://doi.org/10.4992/jjpsy.68.179>

SAMEJIMA, F. Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. **Psychometrika Monograph Supplement**, California, v. 34, p. 100-114, 1969.

SASSAROLI, A. *et al.* Discrimination of mental workload levels in human subjects with functional near-infrared spectroscopy. **J. Innov. Opt. Health Sci.**, Londres, v. 1, n.2, p. 227–237, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1142/S1793545808000224>

SATORRA, A.; BENTLER, P. M. A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. **Psychometrika**, Estados Unidos, v. 66, p. 507-514, 2001.

SCHNEIDER, W.; SHIFFRIN, R. M. Controlled and automatic human information processing: I. Detection, search, and attention. **Psychological Review**, Washington, v. 84, n. 1, p. 1-66, 1977. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.1.1>

SELIGMAN, M. E. P.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology: an introduction. **American Psychologist**, Washington, v. 55, n.1, p. 5-14, 2000.

SENECAL, C.; NOUWEN, A.; WHITE, D. Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? **Health Psychology**, Washington, v. 19, n. 5, p. 452-457, 2000. DOI: 10.1037//0278-6133.19.5.452

SHAFRAN, R. *et al.* A cognitive distortion associated with eating disorders: thought-shape fusion. **British Journal of Clinical Psychology**, v. 38, n.2, p. 167-179, 1999. DOI: 10.1348/014466599162728

SHAFRAN, R. *et al.* Body checking and its avoidance in eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, v. 35, n.1, p. 93-101, 2004. DOI: 10.1002/eat.10228

SHAFRAN, R.; COOPER, Z.; FAIRBURN, C. G. Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. **Behaviour Research and Therapy**, California, v. 40, n.7, p. 773-791, 2002. DOI: 10.1016/s0005-7967(01)00059-6

_____. 'Clinical perfectionism' is not 'multidimensional perfectionism': a reply to Hewitt, Flett, Besser, Sherry, & McGee. **Behaviour Research and Therapy**, California, v. 41, n.10, p. 1217-1220, 2003. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00020-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00020-2)

SHAFRAN, R.; MANSELL, W. Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment. **Clinical Psychology Review**, v. 21, n.6, p. 879-906, 2001. DOI: 10.1016/s0272-7358(00)00072-6

SHAFRAN, R.; RACHMAN, S. Thought-Action Fusion: a review. **Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry**, Australia, v. 35, n.2, p. 87-107, 2004. DOI: 10.1016/j.jbtep.2004.04.002

SHAFRAN, R.; THORDARSON, D. S.; RACHMAN, S. Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. **Journal of Anxiety Disorders**, Canada, v. 10, n.5, p. 379-391, 1996. DOI: [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(96\)00018-7](https://doi.org/10.1016/0887-6185(96)00018-7)

SHAFRAN, R. *et al.* Is the devil in the detail? A randomized controlled trial of guided internet-based CBT for perfectionism. **Behavior Research and Therapy**, California, v. 95, p.99-106, 2017. DOI: 10.1016/j.brat.2017.05.014

SKINNER, B. F. Teaching machines. **Science**, v. 128, n.3330, p. 969-977, 1958.

SLADE, P. D.; OWENS, R. G. A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. **Behavior Modification**, v. 22, n. 3, p. 372-390, 1998. DOI: 10.1177/01454455980223010.

SLANEY, R. B. *et al.* The almost perfect scale-revised. **Measurement and Evaluation in Counseling and Development**, Londres, v. 34, p. 130-145, 2001.

SNAITH, R. P. Rating scales. **Br J Psychiatry**, v. 138, p. 512-524, 1981. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.138.6.512>

SOENENS, B. *et al.* Maladaptive perfectionism as an intervening variable between psychological control and adolescent depressive symptoms: a three-wave longitudinal study. **Journal of Family Psychology**, v. 22, n.3, p. 465-474, 2008. DOI: 10.1037/0893-3200.22.3.465

SPEARMAN, C. "General intelligence," objectively determined and measured. **American Journal of Psychology**, v. 15, n.2, p. 201-293, 1904. DOI: <https://doi.org/10.2307/1412107>

SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.E. **The state-trait anxiety inventory**: test manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1970.

STALLARD, P. **Anxiety**: cognitive behavioural therapy with children and young people. London: Bruner Routledge, 2008.

STALLARD, P. *et al.* The prevention of anxiety in children through school-based interventions: study protocol for a 24-month follow-up of the PACES project. **Trials**, v. 15, n. 1, p. 77, 2014.

STEEL, H. R. *et al.* The survey of personal beliefs: comparison of South African, Mexican and American samples. **Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy**, v. 24, n.2, p. 125-142, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10942-006-0028-z>

STEENBERGH, T. A. *et al.* Development and validation of the Gambler's Belief Questionnaire. **Psychology of Addictive Behavior**, Washigton, v. 16, n.2, p. 143-149, 2002.

STEVENS, S. S. Mathematics, measurement and psychophysics. *In*: STEVENS, S.S. (Ed.). **Handbook of experimental psychology**. New York, NY: Wiley; 1951. P.1-49.

STÖBER, J. The frost multidimensional perfectionism scale: more perfect with four (instead of six) dimensions. **Personality and Individual Differences**, Canada, v. 24, n.4, p. 481-491, 1998. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00207-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00207-9)

STÖBER, J.; JOORMANN, J. Worry, procrastination, and perfectionism: Differentiating amount of worry, pathological worry, anxiety, and depression. **Cognitive Therapy and Research**, Alemanha, v. 25, p. 49-60, 2001.

STOEBER, J. The 2 x 2 model of perfectionism: a critical comment and some suggestions. **Personality and Individual Differences**, Canada, v. 53, n. 5, p. 541-545, 2012. DOI: 10.1016/j.paid.2012.04.029

STOEBER, J. *et al.* Perfectionism and competitive anxiety in athletes: differentiating striving for perfection and negative reactions to imperfection. **Personality and Individual Differences**, Canada, n. 42, n.6, p. 959-969, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.006>

STOEBER, J.; FEAST, A. R.; HAYWARD, J. A. Self-oriented and socially prescribed perfectionism: differential relationships with intrinsic and extrinsic motivation and test anxiety. **Personality and Individual Differences**, Canada, v. 47, n.5, p. 423-427, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.014>

STOEBER, J.; KERSTING, M. Perfectionism and aptitude test performance: Testees who strive for perfection achieve better test results. **Personality and Individual Differences**, Canada, v. 42, n.6, p. 1093-1103, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.012>

STOEBER, J.; KOBORI, O.; BROWN, A. Examining mutual suppression effects in the assessment of perfectionism cognitions: evidence supporting multidimensional assessment. **Assessment**, v. 21, n. 6, p. 647-660, 2014. DOI: doi: 10.1177/1073191114534884

STOEBER, J.; KOBORI, O.; TANNO, Y. The Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory–English (MPCI-E): reliability, validity, and relationships with positive and negative affect. **Journal of Personality Assessment**, v. 92, n.1, p. 16-25, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1080/00223890903379159>

STOEBER, J.; OTTO, K. Positive conceptions of perfectionism: approaches, evidence, challenges. **Personality and Social Psychology Review**, v. 10, n.4, p. 295-319, 2006. DOI: 10.1207/s15327957pspr1004_2

STOEBER, J.; STOEBER, F. S. Domains of perfectionism: prevalence and relationships with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. **Personality and Individual Differences**, Canada, v. 46, n.4, p. 530-535, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.12.006>

STOPA, L.; CLARK, D. M. Cognitive processes in social phobia. **Behaviour Research and Therapy**, California, v. 31, n. 3, p. 255–267, 1993. DOI: doi: 10.1016/0005-7967(93)90024-o

_____. Social phobia and interpretation of social events. **Behaviour Research and Therapy**, California, v. 38, n.3, p.273-283, 2000. DOI: 10.1016/s0005-7967(99)00043-1

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. 2nd ed. London: Oxford University Press; 1995.

_____. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. 3th ed. London: Oxford University Press; 2003.

SUTTON, R.; STOEBER, J.; KAMBLE, S. Belief in a just world for oneself versus others, social goals and subjective well-being. **Personality and Individual Differences**, Canada, v.113, p. 115-119, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.03.026>

TAYLOR, S. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, v. 27, 1-9, 1996. DOI: 10.1016/0005-7916(95)00058-5

TRAN, L.; RIMES, K. Unhealthy perfectionism, negative beliefs about emotions, emotional suppression and depression in students: a meditational analysis. **Personality and Individual Differences**, Canada, v.110, n.1, 2017. p. 144-147. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.01.042>

- TERRY-SHORT, L. A. *et al.* Positive and negative perfectionism. **Personality and Individual Differences**, Canada, v. 18, n.5, p. 663-666, 1995. DOI: [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)00192-U](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)00192-U)
- THURSTONE, L. L. **Primary mental abilities**. Chicago: University of Chicago Press, 1938.
- TSUANG, M. T.; TOHEN, M. **Textbook in psychiatric epidemiology**. New York: John Wiley & Sons, 2002.
- ULLMAN, J. B. Structural equation modeling: reviewing the basics and moving forward. **Journal of Personality Assessment**, v. 87, n.1, p. 35-50, 2006. DOI: [10.1207/s15327752jpa8701_03](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8701_03)
- VIETH, A. Z.; TRULL, T. J. Family patterns of perfectionism: an examination of college students and their parents. **Journal of Personality Assessment**, v. 72, n.1, p. 49-67, 1999. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7201_3
- WALTZ, C. F.; STRICKLAND, O.; LENZ, E. **Measurement in nursing research**. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis, 1991.
- WANG, K. T.; YUEN, M.; SLANEY, R. B. Perfectionism, depression, and life satisfaction: a study of high school students in Hong Kong. **The Counseling Psychologist**, v. 37, n.2, p. 249-274, 2009. DOI: [10.1177/0011000008315975](https://doi.org/10.1177/0011000008315975)
- WATSON, D.; CLARK, L. A.; TELLEGEN, A. Cross-cultural convergence in the structure of mood: Japanese replication and a comparison with U.S. findings. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 47, n.1, p. 127-144, 1988. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.47.1.127>
- WEISS, R. D. *et al.* Validity of substance use self-reports in dually diagnosed outpatients. **Am J Psychiatry**, v. 155, n. 1, p. 127-8, Jan, 1998. DOI: [10.1176/ajp.155.1.127](https://doi.org/10.1176/ajp.155.1.127)
- WEISSMAN, A. N. The **Dysfunctional Attitude Scale**: a validation study. 1979. Tese (Doutorado) - Philadelphia: University of Pennsylvania, 1979.
- WEISSMAN, A. N.; BECK, A. T. A development and validation of the dysfunctional attitude scale: a preliminary investigation. In: Reunião Anual da Association for the Advancement of Behavior Therapy, 1978, Chicago. **Anais** [...] Chicago: Eric, 1978.
- WELLS, A. Meta-cognition and worry: a cognitive model of generalised anxiety disorder. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v. 23, n.3, p. 301-320, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1352465800015897>
- WELLS, A. **Cognitive therapy of anxiety disorders**: a practice manual and conceptual guide. Chichester, UK: Wiley, 1997.
- _____. **Emotional disorders and metacognition**: innovative cognitive therapy. Chichester, UK: Wiley, 2000.

WERTHEIM, E. H.; POULAKIS, Z. The relationship among the General Attitude Scale, other dysfunctional cognition measures, and depressive or bulimic tendencies. **Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy**, v. 10, n.4, p. 219-233, 1992. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01062376>

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S. **Reinventing your life**. New York: Plume Books, 1994.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. **Schema therapy: a practitioner's guide**. New York: Guilford, 2003.

YURICA, C. **Inventory of cognitive distortions: validation of a psychometric test for the measurement of cognitive distortions**. Dissertation (doctoral)- Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Philadelphia, 2002.

YURICA, C. L.; DITOMASSO, R. Inventory of Cognitive Distortions (ICD). *In: INVENTORY of Cognitive Distortions: development and validation of a psychometric test for the measurement of cognitive distortions*. Dissertation (doctoral)- Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Philadelphia, 2001.

YURICA, C. L.; DITOMASSO, R. Inventory of cognitive distortions. *In: YURICA, C. Inventory of cognitive distortions: validation of a psychometric test for the measurement of cognitive distortions*. Dissertation (doctoral)- Philadelphia College of Osteopathic Medicine: Philadelphia, 2002.

ZARETSKY, A. E. *et al.* Are dependency and self-criticism risk factors for major depressive disorders? **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 42, n.3, p. 291-297, 1997. DOI: [10.1177/070674379704200307](https://doi.org/10.1177/070674379704200307)

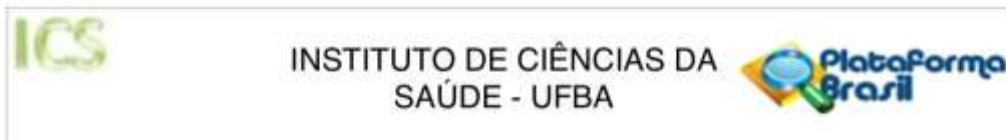
ZUROFF, D. C.; KOESTNER, R.; POWERS, T. A. Self-criticism at age 12: A longitudinal study of adjustment. **Cognitive Therapy & Research**, v. 18, n.4, p. 367-385, 1994. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF02357511>

ZUROFF, D. C.; MOSKOWITZ, D. S.; CÔTÉ, S. Dependency, self-criticism, interpersonal behaviour and affect: evolutionary perspectives. **British Journal of Clinical Psychology**, v. 38, n.3, p. 231-250, 1999. DOI: [10.1348/014466599162827](https://doi.org/10.1348/014466599162827)

ZWEMER, W. A.; DEFFENBACHER, J. L. Irrational beliefs, anger, and anxiety. **Journal of Counseling Psychology**, v. 31, n.3, p. 391-393, 1984. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-0167.31.3.391>

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (ICS - UFBA).



Continuação do Parecer: 1.432.557.

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_593332.pdf	16/02/2016 14:36:14		Aceito
Outros	respostaspendenciasestudovalidacaoda sescalas.doc	16/02/2016 14:34:50	Eduardo Pondé de Sena	Aceito
Outros	Versaoprojeto.docx	16/02/2016 12:32:44	Eduardo Pondé de Sena	Aceito
Cronograma	1cronograma1.jpg	17/12/2015 00:08:39	Eduardo Pondé de Sena	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia1.jpg	17/12/2015 00:08:02	Eduardo Pondé de Sena	Aceito
Folha de Rosto	ROSTO.pdf	17/12/2015 00:05:47	Eduardo Pondé de Sena	Aceito
Outros	anuencia.jpg	29/11/2015 23:07:42	Eduardo Pondé de Sena	Aceito
Outros	Equipe.pdf	29/11/2015 23:06:01	Eduardo Pondé de Sena	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CEP1.pdf	09/10/2015 22:45:57	Eduardo Pondé de Sena	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CEP.pdf	05/10/2015 11:47:32	Eduardo Pondé de Sena	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.doc	05/10/2015 11:45:59	Eduardo Pondé de Sena	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	16/09/2015 19:43:13	Eduardo Pondé de Sena	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 01 de Março de 2016

Assinado por:
ANA PAULA CORONA
 (Coordenador)

Endereço: Miguel Calmon

Bairro: Vale do Canela

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-8951

CEP: 40.110-902

E-mail: cep.ics@outlook.com

ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido***Construção e validação do Inventário de Distorções Cognitivas e do Inventário
Multidimensional de
Perfeccionismo para uso na Terapia Cognitiva****PESQUISADORES: Fernanda Landeiro e Dr. Eduardo Pondé de Sena****Descrição e objetivo do estudo**

Você está sendo convidado a participar do estudo de validação de um questionário que mede o estilo de pensamento das pessoas. O objetivo deste estudo é checar se este questionário pode ser útil na avaliação dos pensamentos de pessoas com e sem problemas psicológicos, com o propósito de distinguir os estilos de cada grupo.

Se você decidir participar do estudo, será solicitado preencher, em sala de aula, vários questionários. Caso você aceite participar, você se compromete a fornecer as informações de forma precisa e verdadeira. O preenchimento de tais questionários lhe tomará em torno de 30 minutos.

A sua participação é voluntária e, caso se recuse a participar ou se retire do estudo, isso não afetará sua relação com o autor ou qualquer outra pessoa envolvida no estudo.

Ao assinar este formulário, você nos autoriza a utilizar estas informações para fins específicos desta pesquisa, inclusive publicação dos dados. Sua identidade não será revelada, bem como os registros que permitam sua identificação serão mantidos confidenciais, de acordo com as leis que regulam tais procedimentos em pesquisa.

Riscos Potenciais, Efeitos Colaterais e Desconforto: não há riscos, efeitos colaterais ou desconforto gerado com a sua participação nesta pesquisa.

Benefícios para o participante: não há benefício direto para o participante desse estudo.

Compensação

Você não receberá nenhuma compensação para participar desta pesquisa e também não terá nenhuma despesa adicional.

Participação Voluntária/Desistência do Estudo

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, você somente participa se quiser.

A não participação no estudo não implicará em nenhuma alteração no seu acompanhamento médico tão pouco alterará a relação da equipe médica com o mesmo. Após assinar o consentimento, você terá total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem quaisquer prejuízos à continuidade do tratamento e acompanhamento na instituição.

Novas Informações

Quaisquer novas informações que possam afetar a sua segurança ou influenciar na sua decisão de continuar a participação no estudo serão fornecidas a você por escrito. Se você decidir continuar neste estudo, terá que assinar um novo (revisado) Termo de Consentimento informado para documentar seu conhecimento sobre novas informações.

Utilização de Registros Médicos e Confidencialidade

Todas as informações colhidas e os resultados dos testes serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) do paciente a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei.

Os registros médicos que trazem a sua identificação e esse termo de consentimento assinado poderão ser inspecionados por agências reguladoras e pelo CEP.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

Declaração de Consentimento

Concordo em participar deste estudo.

Li e entendi o documento de consentimento e o objetivo do estudo, bem como seus possíveis benefícios e riscos. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa. Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais. Eu autorizo a utilização dos meus registros médicos (prontuários médico) pelo pesquisador, autoridades regulatórias e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição.

Trata-se de estudo para validar instrumentos da Terapia Cognitiva para o Brasil. Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício. Porém, os resultados obtidos com este estudo poderão ajudar os profissionais da área a compreenderem melhor as dificuldades e transtornos de seus pacientes.

Caso você tenha alguma pergunta a respeito do estudo ou se alguma coisa acontecer durante o mesmo, você pode sempre entrar em contato com o responsável pelo estudo abaixo informado.

Nome: _____

Você receberá, após assinar e datar este formulário, uma cópia para referência pessoal.

Declaro que li e entendi o texto acima. Com a minha assinatura, concordo em participar deste estudo.

Data

Assinatura (Avaliado)

RG: _____

ANEXO C – INSTRUMENTOS UTILIZADOS - DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS**INSTRUMENTOS UTILIZADOS****DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS****PESQUISADORES: Fernanda Landeiro e Dr. Eduardo Pondé de Sena**

IDADE: _____ SEXO: _____

FACULDADE: _____ CURSO: _____

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO/ PSICOLÓGICO

 SIM NÃO QUAL? _____

USO DE MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA

 SIM NÃO QUAL? _____

ESCALA DE DISTORÇÕES COGNITIVAS
COGNITIVE DISTORTION SCALE

Roger Covin, David J. A. Dozois et al., 2011
University of Western Ontario, London, Ontario
Copyright Guilford Press. Reimpresso com a permissão do Guilford Press.

INSTRUÇÕES: Gostaríamos de saber mais sobre os diferentes tipos de pensamento que você tem; neste questionário, você lerá sobre 10 tipos de pensamento. Você receberá uma descrição de cada tipo de pensamento. Você também vai ler dois exemplos de casos que ajudam a explicar o tipo de pensamento. Haverá sempre dois exemplos de casos: um lidando com relacionamentos sociais (tais como amigos, parceiros e família), e um que lida com realizações pessoais (tais como, passar em um teste ou falhar em uma tarefa no trabalho). Estes exemplos de casos são usados para lhe ajudar a entender como cada tipo de pensamento pode parecer em um cenário real de vida. Sua tarefa é tentar e entender o tipo de pensamento que é descrito. Então, pede-se que você avalie quantas vezes você tem este tipo de pensamento. Pede-se que você pense quão frequentemente você tem este tipo de pensamento nos dois domínios descritos anteriormente: (cenários sociais e de realização). Por favor, pense bastante antes de dar suas respostas.

- LEITURA MENTAL

As pessoas algumas vezes presumem que os outros estão pensando negativamente sobre elas. Isto pode ocorrer mesmo se a outra pessoa não tiver dito nada de negativo. Isto é algumas vezes chamado de leitura mental. Como exemplo, por favor, leia as seguintes passagens:

- Sonia está tomando um cafezinho com seu namorado Jean. Ele está calado e Sonia pergunta se há algo errado. Jean responde que ele está 'OK' Sonia não acredita em Jean. Ela começa a pensar que ele está infeliz com ela.
- Bruno tem trabalhado em um projeto durante semanas. Finalmente entrega o produto final a seu chefe, e está curioso sobre a opinião dele sobre seu trabalho. Depois de passados alguns dias, Bruno começa a se preocupar, pensando que seu chefe acha que ele é incompetente.

Por favor avalie quantas vezes você pensa desse modo (leitura mental) quando em situações sociais (como quando você está com amigos, parceiros ou com a família).

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			ÀS VEZES			SEMPRE

Por favor avalie quantas vezes você pensa desse modo (leitura mental) quando está em situações de realização (tais como, escola ou trabalho).

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			ÀS VEZES			SEMPRE

2. CATASTROFIZAÇÃO

As pessoas podem fazer previsões negativas sobre o futuro, mesmo quando não há muitas evidências para estas previsões; isto chama-se de Catastrofização. Como exemplo, leia as seguintes passagens:

- João está cursando o primeiro ano de universidade. Ele só tirou uma nota 7.0 em seu exame de Biologia. Imediatamente, começa a se preocupar que terminará o curso com nota baixa, e terá muita dificuldade em ingressar numa Escola de Medicina
- O namorado de Tina fez algumas considerações sobre o relacionamento deles. Ele lhe disse que gostaria de passar mais algum tempo com seus amigos. Baseando-se neste comentário, Tina começa a prever que eles começarão a ficar distantes e eventualmente terminarão o namoro.

Por favor, avalie quantas vezes você pensa desse modo (Catastrofização) quando em situações sociais (como quando você está com seus amigos, parceiros ou família).

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			ÀS VEZES			SEMPRE

Por favor, avalie quantas vezes você pensa desse modo (Catastrofização) quando em situações de realização (como escola ou trabalho).

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			ÀS VEZES			SEMPRE

3. PENSAMENTO TIPO TUDO-OU-NADA

Quando as pessoas fazem avaliações, elas podem ser boas ou más. Elas podem ver as coisas como sendo “ou-ou”. Por exemplo, uma aula pode ser considerada boa ou ruim. Por outro lado, as pessoas podem também ver em tons de cinza quando fazem avaliações: a aula pode ter alguns aspectos negativos, mas pode ser considerado razoavelmente boa no conjunto. Quando alguém considera algo como sendo ou bom ou ruim, chamamos isto de pensamento tudo-ou-nada. Para exemplificar este ponto mais um pouco, por favor leia as seguintes passagens.

- Breno tira 7,0 em um exame. Ele está desapontado porque não foi um 10. Ele tende a considerar sucesso nos exames da seguinte forma: “Ou faço o melhor ou meu desempenho é um fracasso.”
- Eric é o tipo de indivíduo que ou gosta de uma pessoa ou não gosta. Ou uma pessoa está no seu lista de bons relacionamentos ou não.

Por favor avalie quantas vezes você pensa desse modo (“Tudo ou Nada”) em situações sociais (como quando está com amigos, parceiros e família).

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			ÀS VEZES			SEMPRE

Por favor avalie quantas vezes você pensa desse modo (“Tudo ou Nada”) em situações de realização (como escola e trabalho).

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			ÀS VEZES			SEMPRE

4. RACIOCÍNIO EMOCIONAL

A pessoas podem acreditar que algo é verdadeiro porque “sinto que é assim”. Para exemplificar, por favor, leia as passagens seguintes.

- Os amigos de Kiara lhe disseram que ela não podia vir ao show com eles, porque não tinham conseguido ingressos para todos. Kiara sabe que eles provavelmente não a excluíram de propósito, mas ela se sente rejeitada. Assim sendo, uma parte dela acredita que foi rejeitada.
- O chefe de Ted lhe disse que seu desempenho na companhia tem sido bom. Porém, Ted fica imaginando que ele poderia ter-se saído melhor. Realmente, ele se sente fracassado.

Por favor, avalie quantas vezes você pensa desse modo (Raciocínio Emocional), quando em situações sociais (como quando você está com amigos, parceiros e família).

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			ÀS VEZES			SEMPRE

Por favor avalie quantas vezes você pensa desse modo (Raciocínio Emocional) em situações de realização (como escola e trabalho).

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			ÀS VEZES			SEMPRE

5. ROTULAÇÃO

As pessoas podem se rotular como sendo um certo tipo de pessoa. Se isto ocorre depois que algo ruim acontece, chama-se de rotulação. Como exemplo, por favor, leia as seguintes passagens:

- Estando em um evento social, João pergunta a uma mulher se ela gostaria de dançar. Ela o rejeita. Como resultado, João se considera um perdedor.
- Durante a aula, o professor de Alissa pergunta se alguém sabe a resposta a uma pergunta. Alissa levanta a mão e dá uma resposta. Seu professor diz: 'Infelizmente isto não é correto. Alguém sabe a resposta?' Alissa diz a si mesma que ela é uma idiota.

Por favor avalie quantas vezes você pensa desse modo (Rotulação), quando em situações sociais (como quando você está com seus amigos, parceiros ou família).

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			ÀS VEZES			SEMPRE

Por favor avalie quantas vezes você pensa desse modo (Rotulação) em situações de realização (como escola e trabalho).

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			ÀS VEZES			SEMPRE

6. FILTRO MENTAL

As pessoas algumas vezes têm um filtro para informações. Quando há uma informação positiva e negativa, elas se focam somente na informação negativa. Isto é chamado de Filtro Mental. Como exemplo, por favor, leia as seguintes passagens:

1. Laura escuta por acaso seu novo namorado, Tom, falando sobre ela. Ele diz: Sim, as coisas estão correndo às mil maravilhas até agora. Ela é realmente inteligente e uma companhia agradável, e temos muitas coisas em comum. Algumas vezes ela consegue ser um pouco exigente, mas tudo bem”. Embora Tom tivesse mais coisas positivas a dizer, Laura se concentrou no único comentário negativo e se sentiu péssima.
2. Eduardo é aluno de escola secundária. Ele está lendo comentários de seu professor sobre seu ensaio recente. Seu professor escreveu; “Eduardo, você tem uma maneira excelente de expressar ideias. Eu realmente gosto da maneira como você escreve. Porém, você deve tentar fazer melhor transições de uma ideia para outra.’ Apesar do fato de que claramente que Eduardo teve bom desempenho, ele só conseguia pensar sobre a crítica e sentiu-se um trapo.

Por favor avalie quantas vezes você pensa desse modo (Filtro Mental), quando em situações sociais (como quando você está com seus amigos, parceiros ou família).

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			ÀS VEZES			SEMPRE

Por favor avalie quantas vezes você pensa desse modo (Filtro Mental) em situações de realização (como escola e trabalho)

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			ÀS VEZES			SEMPRE

7. SUPERGENERALIZAÇÃO

Quando um acontecimento negativo ocorre, as pessoas podem presumir que mais coisas ruins acontecerão. Elas veem um acontecimento negativo como o começo de um padrão. Como exemplo, leia as passagens seguintes;

- A. O namorado de Janete terminou com ela. Ela pensa consigo mesma: “Jamais vou conseguir um relacionamento estável.”
- B. William recentemente foi reprovado em seu exame de matemática. Ele pensa consigo mesmo: “Provavelmente vou também ser reprovado nos exames de meus outros cursos”.

Por favor avalie quantas vezes você pensa desse modo (Supergeneralização), quando em situações sociais (como quando você está com seus amigos, parceiros ou família).

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			ÀS VEZES			SEMPRE

Por favor avalie quantas vezes você pensa desse modo (Supergeneralização) em situações de realização (como escola e trabalho)

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			ÀS VEZES			SEMPRE

8. PERSONALIZAÇÃO

As pessoas podem acreditar que são responsáveis por coisas negativas, embora não o sejam. Em outras palavras, elas tomam um evento negativo e presumem que elas sejam culpadas. Isto é chamado de Personalização. Como exemplo leia as seguintes passagens:

- C. A empresa de Sandra não conseguiu um contrato importante. Embora muitas pessoas tivessem trabalhado duramente neste projeto, ela presume que foi a culpada.
- D. O melhor amigo de Cristiano tem estado num péssimo humor ultimamente, e tem sido difícil entrar em contato com ele. Cristiano presume que ele deve ter feito algo errado pessoalmente, para que seu amigo se comporte desta maneira.

Por favor avalie quantas vezes você pensa desse modo (Personalização), quando em situações sociais (como quando você está com seus amigos, parceiros ou família).

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			ÀS VEZES			SEMPRE

Por favor avalie quantas vezes você pensa desse modo (Personalização) em situações de realização (como escola e trabalho)

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			ÀS VEZES			SEMPRE

9. AFIRMAÇÕES DO TIPO “DEVERIA”

As pessoas algumas vezes acham que as coisas deveriam ser de uma certa maneira. Como exemplo, por favor leia as seguintes passagens:

- A. Bernardo está preocupado por ter tirado 8.5 em seu exame, porque acha que deveria ter tirado pelo menos a nota 9.0. Ele frequentemente tem estes pensamentos para muitas coisas. (por exemplo, ele acha que nunca deveria ter perdido um passe quando estava jogando futebol; seu quarto deve ser organizado de uma certa maneira)
- B. Anna acha que ela deve ser divertida e interessante quando está em situações sociais.

Por favor avalie quantas vezes você pensa desse modo (afirmações do tipo “Deveria”), quando em situações sociais (como quando você está com seus amigos, parceiros ou família).

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			ÀS VEZES			SEMPRE

Por favor avalie quantas vezes você pensa desse modo (afirmações do tipo "Deveria") em situações de realização (como escola e trabalho)

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			ÀS VEZES			SEMPRE

10. MINIMIZAÇÃO OU DESQUALIFICAÇÃO DOS ASPECTOS POSITIVOS

As pessoas podem, algumas vezes, ignorar as coisas positivas que acontecem com elas. Isto é chamado de Minimização ou Desqualificação de Aspectos Positivos. Como exemplo, leia as seguintes passagens:

- Brenda trabalha como agente imobiliária. Seu chefe há pouco tempo lhe disse que ela tinha feito um trabalho maravilhoso em uma venda recente. Em sua cabeça ela descarta sua realização porque provavelmente “foi pura sorte”
- Caio está se aprontando para um importante primeiro encontro. Seus amigos lhe dizem que ele está ótimo. Ele descarta o cumprimento deles porque acha que estão apenas querendo ser simpáticos.

Por favor avalie quantas vezes você tende a Minimizar ou Desqualificar aspectos positivos quando em situações sociais (como quando você está com seus amigos, parceiros ou família).

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			ÀS VEZES			SEMPRE

Por favor avalie quantas vezes você tende a Minimizar ou Desqualificar aspectos positivos em situações de realização (como escola e trabalho)

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			ÀS VEZES			SEMPRE

INVENTÁRIO MULTIDIMENSIONAL DE PERFECCIONISMO
MULTIDIMENSIONAL PERFECTIONISM COGNITIONS INVENTORY (MPCI)

1- NUNCA	2- RARAMENTE	3- ÀS VEZES	4- SEMPRE
-----------------	---------------------	--------------------	------------------

Padrões Pessoais:

1. Vou apontar para os mais altos padrões _____
2. É importante estabelecer padrões elevados para mim _____
3. Quanto maior é o objetivo, mais difícil ele será _____
4. Estabelecer padrões elevados para mim me ajuda a ser uma pessoa melhor, é para meu próprio benefício _____
5. Quanto mais alto o meu objetivo melhor _____

Busca da Perfeição:

6. Eu só consigo me sentir satisfeito quando as coisas são feitas perfeitamente _____
7. Eu devo ser perfeito a qualquer custo _____
8. Eu não posso estar satisfeito a menos que eu me torne perfeito _____
9. As coisas não devem ser imperfeitas _____
10. Não há sentido em "fazer algo perfeitamente" _____

Preocupação com erros:

11. Eu vou me culpar se eu cometer um erro _____
12. Se eu não posso fazer isso bem, isso significa que eu sou abaixo da média _____
13. É uma pena cometer um erro _____
14. Eu me sentiria inútil se eu falhasse _____
15. Eu me sinto miserável se eu cometer um erro _____

INVENTÁRIO DE BECK PARA DEPRESSÃO

Neste questionário, encontram-se grupos de afirmações. Por favor, leia cada grupo com cuidado. Então, escolha a única afirmação, em cada grupo, que descreve o modo como você esteve se sentindo na semana passada, INCLUSIVE HOJE. Circule o número ao lado da afirmação que você escolheu. **Certifique-se de ler todas as afirmações em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1. 0 Não me sinto triste.
1 Sinto-me triste.
2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso.
3 Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou particularmente desencorajado em relação ao futuro.
1 Sinto-me desencorajado em relação ao futuro.
2 Sinto que não tenho nada por que esperar.
Sinto que o futuro não tem esperanças e que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso
1 Sinto que falhei mais do que a média das pessoas.
2 Quando olho para trás em minha vida, tudo que consigo ver é um monte de fracassos.
3 Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.
4. 0 Obtenho tanta satisfação com as coisas quanto costumava ter.
1 Não gosto das coisas como costumava gostar.
2 Não obtenho satisfação real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou entediado com tudo.
5. 0 Não me sinto particularmente culpado.
1 Sinto-me culpado durante boa parte do tempo.
2 Sinto-me bastante culpado durante a maior parte do tempo.
3 Sinto-me culpado o tempo todo.
6. 0 Não sinto que estou sendo punido.
1 Sinto que posso ser punido.
2 Espero ser punido.
3 Sinto que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo.
1 Estou decepcionado comigo.
2 Estou aborrecido comigo.
3 Eu me odeio.
8. 0 Não sinto que eu seja pior do que qualquer outra pessoa.
1 Eu me critico pelas minhas fraquezas ou erros.

- 2 Eu me incrimino o tempo todo pelas minhas falhas.
3 Eu me incrimino por tudo de ruim que acontece.
- 9 0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.
1 Tenho pensamentos de me matar, mas não os colocaria em prática.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
- 10 0 Não choro mais do que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava chorar.
2 Choro o tempo inteiro agora.
3 Eu costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo chorar mesmo que queira.
- 11 0 Não estou mais irritado agora do que sempre estou.
1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava ficar.
2 Sinto-me irritado o tempo inteiro agora.
3 Não fico nem um pouco irritado por coisas que costumavam me irritar.
- 12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado nas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
- 13 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem quanto eu sempre consegui.
1 Adio tomar decisões mais do que costumava adiar.
2 Tenho maior dificuldade para tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisão alguma.
- 14 0 Não sinto que minha aparência esteja pior do que era.
1 Estou preocupado que esteja parecendo velho ou não atraente.
2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer não atraente.
3 Acredito que pareço feio.
- 15 0 Consigo trabalhar aproximadamente tão bem quanto antes.
1 É necessário um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho que me forçar muito para começar qualquer coisa.
3 Não consigo mais fazer trabalho algum.
- 16 0 Consigo dormir tão bem quanto o habitual.
1 Não durmo tão bem quanto costumava dormir.
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que o habitual e acho difícil voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir..
- 17 0 Não fico mais cansado do que o habitual
1 Fico cansado mais facilmente do que costumava ficar.
2 Fico cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não está tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
- 19 0 Perdi pouco ou nenhum peso ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 kg. Estou propositalmente tentando perder

2 Perdi mais de 5 kg. peso, comendo menos. Sim ____ Não ____
 3 Perdi mais de 7,5 kg.

- 20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.
 1 Estou preocupado com problemas físicos como mal-estar e dores; ou desconforto estomacal; ou constipação.
 2 Estou muito preocupado com meus problemas físicos e é difícil pensar em outras coisas.
 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em mais nada.

Inventário de Ansiedade de Beck

Por favor, marque o item na coluna que melhor descreve o que você sentiu na semana

	Absolutamente NÃO	Levemente Não me incomodou muito	Moderada- mente Foi muito desagradável, mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de dor				
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 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)				

CARTAS DE AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES DAS ESCALAS**ANEXO D - Carta de autorização Autor Escala CDS**

David J. A. Dozois, Ph.D., C.Psych.
Department of Psychology
University of Western Ontario
Westminster Hall, 313E
London, Ontario, Canada
N6A 3K7

August 25, 2014

Fernanda Landeiro
Psychologist
Cognitive Behavioral Therapist (Beck Institute- USA and Oxford University- UK).

Re: Permission for using the Cognitive Distortion Scale

Dear Fernanda,

This letter is to provide our permission – as authors of the measure - to translate and validate the Cognitive Distortion Scale in Brazil. You will also need to obtain permission from Guilford Press as this is the publisher who owns the copyright for this instrument. Guilford is the publisher of the *International Journal of Cognitive Therapy* where the measure has been published in the following article:

Covin, R., Dozois, D. J. A., Ogniewicz, A., & Seeds, P. M. (2011). Measuring cognitive errors: Initial development of the Cognitive Distortions Scale (CDS). *International Journal of Cognitive Therapy*, 4, 297-322.

We wish you all the best in your research. If you would be so kind as to send us a copy of the translated version and any research findings with this measure, it would be greatly appreciated. Please do not hesitate to contact me by phone (519-661-2111 ext. 84678) or e-mail (ddozois@uwo.ca) if you have any questions or require any further information.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "David J.A. Dozois".

David J.A. Dozois, Ph.D., C.Psych
Professor and Director
Clinical Psychology Graduate Program

cc. Dr. Roger Covin

ANEXO E - Carta de autorização Autor Escala MPCl



Joachim Stoeber, PhD
Professor of Psychology
Dialling code for Canterbury:
01227 (UK) or +44 1227 (International)
Tel: 824196 direct line
764000 switchboard (ext. 4196)
Fax: 827030
Email: J.Stoeber@kent.ac.uk

To:
Ms Fernanda Landeiro
c/o Doctoral Programme
Saúde | Universidade Federal da
Bahia

Date: 18 August 2014

Re: MPCl

To whom it may concern,

Herewith I authorize Ms Landeiro to conduct a study with the Portuguese version of the Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory (MPCl) as part of her doctoral programme at the Saúde | Universidade Federal da Bahia (ICS - UFBA).

With best regards,

Sincerely,


Prof Joachim Stoeber

Encl.: n/a



Instituto de Ciências da Saúde
Programa de Pós Graduação
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas
Avenida Reitor Miguel Calmon s/n - Vale do Canela. CEP: 40110-100
Salvador, Bahia, Brasil

<http://www.ppgorgsistem.ics.ufba.br>