

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

*As dimensões do perfeccionismo e os sintomas
psicopatológicos: O Papel das cognições
perfeccionistas*

Paula Cristina Trindade Cotão

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia
Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação de:
Prof.^a Doutora Cláudia Carmo

2018

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

*As dimensões do perfeccionismo e os sintomas
psicopatológicos: O Papel das cognições
perfeccionistas*

Paula Cristina Trindade Cotão

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia
Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação de:
Prof.^a Doutora Cláudia Carmo

2018

As dimensões do perfeccionismo e os sintomas psicopatológicos: O Papel das cognições perfeccionistas

Declaração de Autoria de Trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

(Paula Cristina Trindade Cotão)

«Copyright» em nome de Paula Cristina Trindade Cotão

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero fazer um especial agradecimento a todos os participantes que colaboraram connosco para que a realização deste estudo fosse possível.

À minha orientadora Prof.^a Doutora Cláudia Carmo por todo o apoio, disponibilidade e persistência. Por todos os conhecimentos transmitidos ao longo deste percurso.

Agradecer também à professora Helena Durão pela disponibilidade e prontidão em ajudar no processo de retroversão.

Aos meus pais Joaquim e Paulina e ao meu irmão António, por estarem sempre ao meu lado nesta longa caminhada, e acima de tudo, por nunca me deixarem desistir.

A ti Lucas, por toda a paciência, apoio e motivação neste que foi um dos anos mais difíceis da minha vida. Obrigada por todo o amor e obrigada por teres estado do meu lado incondicionalmente, por me reconfortares nos momentos mais difíceis e por comemorares comigo as minhas vitórias!

Aos meus amigos e aos meus colegas de trabalho que sempre se mostraram disponíveis e, acima de tudo, me incentivaram a terminar este projeto pessoal.

Resumo

O perfeccionismo tem suscitado uma atenção e interesse crescentes por parte de muitos investigadores. Apesar de todo o suporte teórico e conceptual acerca deste constructo, os resultados das investigações empíricas são ainda pouco conclusivos no que diz respeito ao papel desempenhado pelas cognições perfeccionistas na manutenção do perfeccionismo e dos sintomas psicopatológicos. As cognições perfeccionistas são pensamentos automáticos que refletem a necessidade de ser perfeito e as preocupações com a incapacidade de alcançar a perfeição. Incluir o estudo destas cognições nas investigações sobre perfeccionismo parece ser cada vez mais importante, inclusive por estas demonstrarem repercussões em sintomas psicopatológicos, que por vezes não são visíveis recorrendo apenas ao estudo do perfeccionismo-traço.

O presente trabalho é composto por dois estudos. O primeiro estudo pretende analisar as propriedades psicométricas do Inventário de Cognições Perfeccionistas (*PCI*) com uma amostra de 315 jovens-adultos e adultos portugueses. A amostra é composta por participantes de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 18 e os 66 anos ($M = 31.94$, $DP = 11.78$). Os participantes responderam ao Inventário de Cognições Perfeccionistas (*PCI*), à Escala Multidimensional de Perfeccionismo (*HMPS*) e à Escala Multidimensional de Perfeccionismo (*FMPS*) e para avaliar a frequência de pensamentos automáticos o Questionário de Pensamentos Automáticos – Revisto (*ATQ-R*).

Os resultados da análise fatorial exploratória permitiram replicar o modelo unifatorial original do *PCI* e os da análise fatorial confirmatória indicam índices de ajustamento bastante satisfatórios. Em relação à fiabilidade e validade, estes resultados vão ao encontro do estudo original do *PCI* e permitem considera-lo um instrumento viável e fidedigno para o estudo das cognições perfeccionistas.

O segundo estudo tem como objetivo compreender o papel das cognições perfeccionistas na relação entre o perfeccionismo e os sintomas psicopatológicos. Para este estudo utilizamos a mesma amostra ($N = 315$) e os mesmos instrumentos do estudo 1, apenas adicionando a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (*DASS-21*) para avaliar os sintomas psicopatológicos.

Foi possível observar que as diferentes dimensões de perfeccionismo surgem associadas de forma significativa às cognições perfeccionistas e que tanto o perfeccionismo-traço como as cognições surgem fortemente correlacionadas com os sintomas de depressão, ansiedade e stresse. Foi ainda possível concluir que as cognições perfeccionistas desempenham um papel mediador entre o perfeccionismo adaptativo e desadaptativo e os sintomas psicopatológicos.

Podemos concluir que as cognições perfeccionistas quando presentes em indivíduos perfeccionistas com sintomas psicopatológicos, podem funcionar como fator agravante, o que parece sugerir a necessidade de considerar a importância das cognições perfeccionistas no desenvolvimento e manutenção de alguns quadros clínicos.

Palavras-Chave: Perfeccionismo, Cognições perfeccionistas, PCI, psicopatologia.

Abstract

Perfectionism has attracted increasing attention and interest from many researchers. Despite all the theoretical and conceptual support for this construct, the results of the empirical investigations are still inconclusive with respect to the role played by perfectionist cognitions in the maintenance of perfectionism and psychopathological symptoms. Perfectionist cognitions are automatic thoughts that reflect the need to be perfect and concerns about the inability to achieve perfection. Including the study of these cognitions in the investigations of perfectionism seems to be increasingly important, even since they show repercussions on psychopathological symptoms, which are sometimes not visible by the study of perfectionism-trait only.

The present investigation is composed of two studies. The first study intends to analyze the psychometric properties of the Perfectionism Cognitions Inventory (*PCI*) with a sample of 315 Portuguese young adults and adults. The sample is composed of participants of both sexes aged between 18 and 66 years ($M = 31.94$, $SD = 11.78$). Participants responded to the Perfectionism Cognition Inventory (*PCI*), Hewitt & Flett Multidimensional Perfectionism Scale (*HMPS*) and Frost Multidimensional Perfectionism Scale (*FMPS*) and to evaluate the automatic thinking frequency, was used the Revised Automatic Thinking Questionnaire (*ATQ-R*).

The results of the exploratory factorial analysis allowed to replicate the original single-factor model of *PCI* and those of the confirmatory factorial analysis indicate quite satisfactory adjustment indices. Regarding reliability and validity, these results are in agreement with the original study of the *PCI* and allow it to be considered a viable and reliable instrument for the study of perfectionist cognitions.

The second study aims to understand the role of perfectionist cognitions in the relationship between perfectionism and psychopathological symptoms. For this study we used the same sample (N = 315) and the same instruments of study 1, only adding the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) to evaluate the psychopathological symptoms.

It was possible to observe that the different dimensions of perfectionism are significantly associated with perfectionist cognitions and that both perfectionism and cognition appear strongly correlated with the symptoms of depression, anxiety and stress. It was also possible to conclude that perfectionist cognitions play a mediating role between adaptive and maladaptive perfectionism and psychopathological symptoms.

We can conclude that perfectionist cognitions when present in perfectionistic individuals with psychopathological symptoms may act as an aggravating factor, which seems to suggest the need to consider the importance of perfectionist cognitions in the development and maintenance of some clinical conditions.

Key words: Perfectionism, Perfectionist cognitions, PCI, psychopathology

Índice

PARTE I - INTRODUÇÃO	13
1. Conceptualização do Perfeccionismo.....	14
2. Dimensões cognitivas do Perfeccionismo.....	21
PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS.....	28
3. Estudo 1. <i>Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa do Perfectionism Cognitions Inventory (Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Gray, L., 1998)</i>	29
3.1. Objetivos.....	29
3.2. Método.....	29
3.2.1. Amostra.....	29
3.2.2. Instrumentos.....	30
3.3. Procedimento.....	41
3.3.1. Procedimento de tradução.....	41
3.3.2. Procedimento de recolha de dados.....	42
3.3.3. Procedimento de análise de dados.....	42
3.4. Resultados.....	45
3.4.1. Análise Descritiva do Instrumento.....	45
3.4.2. Análise da Estrutura Interna.....	47
a) <i>Análise Fatorial Exploratória (AFE)</i>	47
b) <i>Análise Fatorial Confirmatória (AFC)</i>	50
3.4.3. Análise da Fiabilidade.....	51
a) <i>Análise da Consistência Interna</i>	51
b) <i>Análise da Estabilidade Temporal</i>	52
3.4.4. Análise da Validade.....	53
a) <i>Validade Convergente</i>	53
b) <i>Validade Concorrente</i>	54
3.4.5. Diferenças entre Grupos (em função do sexo).....	54
3.4.6. Discussão.....	54
4. Estudo 2. <i>Cognições Perfeccionistas e Sintomas psicopatológicos</i>	57
4.1. Objetivos.....	57
4.2. Método.....	58

4.2.1. Amostra	58
4.2.2. Instrumentos	58
4.2.2.1. Escala Multidimensional de Perfeccionismo (FMPS)	58
4.2.2.2. Escala Multidimensional de Perfeccionismo (HMPS)	59
4.2.2.3 Inventário de Cognitiones Perfeccionistas (PCI)	59
4.2.2.4 Questionário de Pensamentos Automáticos – Revisto (ATQ-R).....	59
4.2.2.5 Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS-21)	60
4.3.Procedimentos	61
4.3.1. Procedimento de recolha de dados	61
4.3.2. Procedimento de análise estatística	61
4.4 Resultados	63
4.4.1 Análise descritiva da amostra.....	63
4.4.2. Relação entre as cognitiones perfeccionistas e as diferentes dimensões do perfeccionismo	65
4.4.3. Relação entre as dimensões adaptativas e desadaptativa e as cognitiones perfeccionistas e relação entre estas dimensões com os sintomas psicopatológicos	66
4.4.4. Relação entre a frequência de pensamentos automáticos e o perfeccionismo	68
4.4.5. Relação entre o perfeccionismo e os sintomas psicopatológicos.....	69
4.4.6. Estudo do papel das cognitiones perfeccionistas na relação entre o perfeccionismo e os sintomas psicopatológicos.....	71
4.5. Discussão.....	78
Conclusões.....	83
Referências Bibliográficas.....	87

Índice de Tabelas

Tabela 1 <i>Síntese dos estudos da adaptação do PCI</i>	39
Tabela 2 <i>Descrição Estatística dos itens do PCI</i>	45
Tabela 3 <i>Análise Fatorial Exploratória do PCI: Método das componentes principais, com rotação Variamax</i>	47
Tabela 4 <i>Índices de Ajustamento para o modelo testado</i>	50
Tabela 5 <i>Valores de alfa em caso de eliminação de item e correlação item-escala</i>	51
Tabela 6 <i>Estabilidade Temporal do PCI</i>	53
Tabela 7 <i>Correlações entre o PCI e o ATQ-R, o HMPS e o FMPS</i>	54
Tabela 8 <i>Estatísticas Descritivas e diferenças entre sexo nas variáveis em estudo</i>	63
Tabela 9 <i>Correlação das cognições perfeccionistas com as dimensões do perfeccionismo da escala HMPS</i>	65
Tabela 10 <i>Correlações das cognições perfeccionistas com as dimensões de perfeccionismo da FMPS</i>	66
Tabela 11 <i>Correlação entre os sintomas psicopatológicos e as dimensões adaptativa e desadaptativa do perfeccionismo</i>	67
Tabela 12 <i>Correlação das dimensões adaptativa e desadaptativa do perfeccionismo com as cognições perfeccionistas e os pensamentos automáticos</i>	67
Tabela 13 <i>Relação entre a presença de pensamentos automáticos positivos e negativos e os níveis do perfeccionismo nas diferentes dimensões</i>	69
Tabela 14 <i>Correlações entre as dimensões do perfeccionismo e os sintomas psicopatológicos</i>	70
Tabela 15 <i>Efeito das cognições perfeccionistas na relação entre o Perfeccionismo Adaptativo e os sintomas psicopatológicos e na relação entre o Perfeccionismo Desadaptativo e os sintomas psicopatológicos</i>	72
Tabela 16 <i>Efeito do Perfeccionismo Adaptativo e do Perfeccionismo Desadaptativo nos diferentes sintomas psicopatológicos: Análise do estatuto mediador das cognições perfeccionistas (N = 315)</i>	74
Tabela 17 <i>Efeito dos sintomas psicopatológicos como mediador da relação entre o perfeccionismo e as cognições perfeccionistas</i>	76

Índice de Figuras

<i>Figura 1</i> - Scree Plot da retenção dos Fatores.....	49
<i>Figura 2</i> - Esquema Genérico da Mediação das cognições perfeccionistas no perfeccionismo e sintomas psicopatológicos	74
<i>Figura 3</i> - Efeito dos sintomas psicopatológicos na relação entre o perfeccionismo e as cognições perfeccionistas	76

PARTE I - INTRODUÇÃO

1. Conceptualização do Perfeccionismo

Desde a última metade do século XX que o conceito de perfeccionismo tem ganho interesse junto de clínicos e investigadores no campo da Psicologia (e.g., Adler, 1956; Hamachek, 1978; Hollender, 1965; Horney, 1950; Missildine, 1963; Pacht, 1984).

O aumento da investigação acerca do constructo poderá relacionar-se com a hipótese de este desempenhar um papel preponderante no desenvolvimento, manutenção e no prognóstico de alguns quadros psicopatológicos (Egan, Wade, & Shafran, 2011), nomeadamente nas perturbações do sono (e.g., Azevedo et al., 2009; Vicent & Walker, 2000), nas perturbações da ingestão e da alimentação (e.g., Boone, Braet, Vandereycken & Claes, 2013, Macedo et al., 2006; Steele, O'Shea, Murdock & Wade, 2011), nas perturbações da ansiedade (Antony, M. M., & Swinson, R. P., 1998; Kawamura, Hunt, Frost, & Marten DiBartolo, 2001; Handley, Egan, Kane & Rees, 2014), nas perturbações do espectro obsessivo-compulsivo (Coles et al., 2003; Ferrari, 1995) e nas perturbações depressivas (Cox & Enns, 2003; Noble, Ashby, & Gnilka, 2014).

Este aumento da atenção dirigida ao perfeccionismo contribuiu para um melhor conhecimento deste constructo e da sua influência nos quadros clínicos. No entanto, a variedade de contextos em que o conceito tem sido aplicado deu origem a diversas perspetivas e abordagens, gerando por isso algumas controvérsias e, principalmente, dificuldade em delinear os seus limites.

Uma das primeiras definições de perfeccionismo foi escrita por Hollender (1965). Segundo este autor, o perfeccionismo é “a prática de exigir a si próprio ou dos outros, uma qualidade de desempenho maior do que aquela que é realmente requerida pela

situação”. Os perfeccionistas, por sua vez, são indivíduos que se autoavaliam consoante o seu desempenho e não pelo que são.

Esta concepção foi partilhada por Burns (1980), que defende que o valor pessoal dos perfeccionistas é contingente à realização dos padrões e objetivos irrealistas por si estabelecidos. Para este autor, os perfeccionistas são aqueles que se “esforçam compulsivamente e incessantemente para atingir metas impossíveis e que medem o seu valor em termos de produtividade e realização”.

Apesar da variedade de significados e definições existentes, quase todos apontam como principal característica os padrões pessoais de desempenho excessivamente elevados. Estes padrões elevados de desempenho estão, muitas vezes, associados ao medo de falhar (Flett, Blankstein, Hewitt, & Koledin, 1992; Flett, Hewitt, Blankstein, & Mosher, 1991; Thompson, Davis, & Davidson, 1998) que parece ser a base motivacional para alguns comportamentos envolvidos na concretização dos objetivos irrealistas, nomeadamente dos comportamentos de verificação, de reafirmação da procura, a correção dos outros e a excessiva ruminação antes da tomada de decisão (Antony & Swinson, 1998). Além disso, este medo de falhar pode levar a comportamentos de evitamento face a situações que exijam padrões perfeccionistas (Macedo, 2012). O desejo de realizar as tarefas de forma perfeita, leva muitas vezes a que o indivíduo adie o seu início, procrastine ou abandone a sua realização, uma vez que a probabilidade de obter os resultados que ambiciona é muito reduzida (Antony & Swinson, 1998).

Também a conceptualização quanto à sua natureza tem sido alvo de controvérsia ao longo do tempo. Inicialmente, alguns autores caracterizavam o perfeccionismo como um constructo unidimensional, focando apenas aspetos disfuncionais e intrapessoais,

tais como fatores cognitivos na forma de crenças irracionais (Ellis, 1962) ou atitudes disfuncionais (Burns, 1980). Os primeiros instrumentos desenvolvidos para medir o perfeccionismo baseavam-se neste pressuposto unidimensional. Burns (1890) por exemplo desenvolveu uma escala de Perfeccionismo composta por algumas afirmações perfeccionistas. Estudos posteriores utilizando este instrumento permitiram comprovar que realmente a escala apresentava boa validade preditiva, na medida em que foi possível encontrar correlações significativas entre acontecimentos de vida stressantes e a depressão em indivíduos perfeccionistas (Hewitt & Dyck, 1986).

Pacht (1984), por sua vez, afirmava que o perfeccionismo dizia respeito a um traço de personalidade que é sempre patológico e que o alegado carácter normal ou positivo do perfeccionismo não passa de uma confusão com outros traços de personalidade como a conscienciosidade. Contudo, esta visão unidimensional é muito direcionada para os aspetos intrapessoais negativos e patológicos do perfeccionismo, o que fez com que alguns autores viessem defender uma perspetiva multidimensional que integrasse não só dimensões intrapessoais, auto-orientadas, como também componentes interpessoais (e.g., Frost et al., 1990; Hewitt et al., 2003).

Para Frost et. al., (1990) e Hewitt e Flett (1991), o constructo era demasiado complexo para ser compreendido tendo em conta apenas fatores intrapessoais. O aparecimento desta visão multidimensional foi fortalecida por dois instrumentos, que partilhavam a mesma designação – *Multidimensional Perfectionism Scale* (FMPS, Frost et al., 1990; HMPS, Hewitt & Flett, 1991), e que permitiram destacar os componentes intraindividuais e interindividuais do perfeccionismo.

Frost et al., (1990) desenvolveram a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (FMPS - *Multidimensional Perfectionism Scale*), reconhecida como uma das medidas

de perfeccionismo mundialmente mais utilizadas. A FMPS inclui dimensões intrapessoais, que avaliam o perfeccionismo direcionado para o próprio, como os Padrões Pessoais (PP) excessivamente elevados, a Preocupação Excessiva com os Erros (PE), as Dúvidas sobre as Ações Pessoais (DA), a importância exagerada atribuída à precisão, à ordem e à Organização (O); e dimensões interpessoais e desenvolvimentais, que refletem a percepção de exigências, nomeadamente as Expetativas Parentais (EP) e as Críticas Parentais (CP).

Hewitt e Flett (1991) por sua vez desenvolveram uma escala multidimensional de perfeccionismo (HMPS, *Multidimensional Perfectionism Scale*) em que atribuíram três dimensões ao perfeccionismo: o Perfeccionismo Auto-Orientado (PAO), no qual os comportamentos perfeccionistas são unicamente direcionados para o próprio e para a procura de atingir a perfeição através de padrões e metas rigorosas e autoavaliações. O Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) diz respeito à percepção de que outros significativos impõem exigências irrealistas ao indivíduo, o avaliam de forma demasiado exigente e exercem pressão para que seja perfeito. Por último, o Perfeccionismo Orientado para os Outros (POO) é uma dimensão do perfeccionismo, no qual o sujeito estabelece normas perfeccionistas que são direcionadas aos outros (aos olhos destes, os outros têm de ser perfeitos) (Hewitt & Flett, 1991).

A discussão acerca da multidimensionalidade do perfeccionismo remete-nos para uma outra controvérsia relacionada com o carácter patológico ou saudável do constructo e são diversos os autores que contribuíram para a compreensão desta dicotomia (e.g., Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991; Hill, McIntire & Bacharac, 1997; Stoeber & Otto, 2006). Uma análise fatorial realizada com as duas escalas multidimensionais de perfeccionismo (FMPS; Frost, et al., 1990; HMPS; Hewitt & Flett, 1991) realizada por Frost et. al., em 1993, permitiu confirmar esta divisão do perfeccionismo ao extrair dois

fatores nos quais é possível identificar as dimensões mais associadas ao perfeccionismo positivo e ao perfeccionismo negativo: o Esforço Positivo (*Positive Achievement Striving*), composto pelas dimensões PAO, POO (Hewitt & Flett, 1991), PP e O (Frost, et al., 1990), e as Preocupações Avaliativas Desadaptativas (*Maladaptive Evaluative Concerns*, compostas pelo PSP (Hewitt & Flett, 1991), PE, CP, EP e DA (Frost, et al., 1990). Adicionalmente, os autores procuraram ainda correlacionar estas duas escalas com medidas de psicopatologia (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; TAS; Sarason, 1984), chegando à conclusão que, apesar de ambos os fatores se correlacionarem com as medidas de psicopatologia, apenas as Preocupações Avaliativas Desadaptativas foram preditoras de psicopatologia. Também em 2004, Bieling et. al., realizaram uma análise factorial confirmatória destas mesmas escalas, que reforçou o modelo dos dois fatores. O fator Esforço Positivo (*Positive Striving*), incluía igualmente as dimensões PAO, POO (Hewitt & Flett, 1991), PP e O (Frost, et al., 1990). O fator perfeccionismo desadaptativo, designado por Preocupações Avaliativas Desadaptativas (*Maladaptive Evaluative Concerns*), incluía as dimensões PSP (Hewitt & Flett, 1991), EP, CP, PE e DA (Frost et al., 1990).

Assim, enquanto os autores que defendem uma visão unidimensional do perfeccionismo acreditam que este está associado a diversas formas de psicopatologia, por outro lado os autores que defendem uma perspectiva multidimensional fazem a distinção no perfeccionismo de uma componente mais adaptativa e outra desadaptativa mais direcionada para o carácter patológico, abrangendo ao mesmo tempo, as componentes intrapessoais e interpessoais. Por esta razão, é importante perceber quais as características do perfeccionismo que estão mais associadas a um funcionamento adaptativo e quais as que se relacionam mais frequentemente com perturbações psicopatológicas.

Alguns autores (e.g., Hewitt & Flett, 2002), concluíram, por exemplo que os perfeccionistas são mais propensos a sofrer várias formas negativas de stress, quando comparados a não-perfeccionistas. Além disso, a forma como idealizam a vida é propícia a um maior número de acontecimentos stressantes ou situações de fracasso, pois além de procurarem perfeição em muitos domínios do comportamento, tendem também a avaliar-se a si e aos outros de forma rígida, focando-se apenas nos aspetos negativos do desempenho (Hewitt & Flett, 2002).

Por outro lado, os perfeccionistas estão constantemente preocupados com o que poderá acontecer. Têm tendência a desenvolver cenários catastróficos, preocupando-se de forma excessiva com o seu desempenho e com a possibilidade de poder falhar. Desta forma, começam a prever o surgimento de erros e problemas. Estas previsões fazem com que o indivíduo perfeccionista comece a experienciar stresse por antecipação e a elaborar estratégias de resposta para fazer frente a problemas que ainda não surgiram. Vários estudos (e.g., Frost & Henderson, 1991; Flett et al., 1992) têm demonstrado que tanto o PAO, como o PSP se encontram associados ao medo de falhar, isto é, à antecipação de problemas de desempenho.

Além do medo de falhar, os perfeccionistas tendem também a autoculpabilizar-se e a adoptar estilos cognitivos que permitem que o estado de tensão emocional se mantenha. Os perfeccionistas experienciam com frequência pensamentos automáticos negativos relacionados com temas perfeccionistas que estão bastante associados ao afeto negativo (Flett et al., 1998).

Parecem existir evidências empíricas que apontam para a associação do perfeccionismo à psicopatologia (e.g. Ranieri et al., 1987; Rasmussen & Eisehn, 1992; Rosen et al., 1989; Flett et al., 1989; Hewitt et al., 1989; Thompson et al., 1987). Mais

recentemente, vários estudos têm demonstrado associações entre algumas dimensões do perfeccionismo e vários estados psicopatológicos como a depressão (Maia, 2011). Na maioria dos casos, verifica-se uma forte associação entre a dimensão PSP e a depressão (Enns & Cox 1999; Flett et al., 1991; Hewitt et al., 1996). Alguns autores (e.g., Shafran & Mansell, 2001) sugerem também que a depressão está associada a desesperança sobre o controlo dos resultados. Um indivíduo que tem medo de falhar e da desaprovação dos outros por não ser perfeito poderá estar mais vulnerável a experienciar depressão (Shafran & Mansell, 2001). Por outro lado, o perfeccionismo aparenta estar, de uma forma geral, associado a uma menor satisfação com a vida (Stoeber & Stoeber, 2009), a um menor afeto positivo (Kobori & Tanno, 2005; Saboonchi & Lundh, 2003; Stoeber, Kobori, & Tanno, 2010) e a um menor bem-estar psicológico (Chang, 2006; Stoeber & Rambow, 2007).

Alguns autores concluíram também que o perfeccionismo surge associado a perturbações da alimentação e ingestão (Macedo, et al., 2007; Soares et al., 2009; Bento et al., 2010); perturbações de ansiedade (Shafran & Mansell, 2011) e perturbações de sono (Azevedo et al., 2009; Azevedo et al., 2010). Para estes autores, o perfeccionismo demonstra constituir um fator de risco nestes quadros psicopatológicos e ao mesmo tempo contribuir como fator de manutenção dos sintomas e ser preditor do próprio tratamento (Egan et al., 2011).

Estudar o perfeccionismo enquanto fator de risco torna-se, por isso, fundamental para uma melhor compreensão da etologia dos sintomas que caracterizam alguns dos principais quadros clínicos como a depressão e a ansiedade e, conseqüentemente, desenvolver estratégias de prevenção e tratamento.

O entendimento da relação entre o perfeccionismo e a psicopatologia torna-se mais completo se conseguirmos compreender também os mecanismos cognitivos que os caracterizam e se percebermos qual o papel que estes desempenham nesta ligação. Este tema será abordado no ponto seguinte.

2. Dimensões cognitivas do Perfeccionismo

Um aspeto que aparenta ser universal é o de que o indivíduo perfeccionista coloca a si mesmo e aos outros padrões excessivamente rígidos e de difícil alcance, prestando uma atenção seletiva direcionada para os erros. Estas características funcionam como uma base estruturante de operações cognitivas, relacionadas com um autoconceito ideal que realiza autoavaliações baseadas em critérios excessivamente exigentes (Macedo, 2012).

Contudo, a grande maioria dos estudos sobre o perfeccionismo concentra-se no estudo do perfeccionismo enquanto traço de personalidade, avaliando a forma como os perfeccionistas pensam, sentem e se comportam (e.g., Frost et. al., 1990; Hewitt e Flett, 1991; Stoeber & Otto, 2006). Em contrapartida, uma visão mais cognitiva do perfeccionismo permite avaliar o pensamento perfeccionista e a frequência com que esses pensamentos ocorrem. Abordar os processos cognitivos presentes no perfeccionismo torna-se fulcral, não só para compreender a própria complexidade do constructo, mas também pela relação que estes processos cognitivos perfeccionistas têm com algumas perturbações do foro psicológico.

As cognições são todos os processos responsáveis pela aquisição de conhecimento, tais como a atenção, a aprendizagem, percepção, memória, raciocínio, pensamento, linguagem. Quando algum destes processos é caracterizado por padrões

disfuncionais, o dia-a-dia e a saúde física e mental dos indivíduos podem estar comprometidos (Neisser, 1976).

No perfeccionismo, os principais processos cognitivos responsáveis pela agudização e manutenção dos comportamentos perfeccionistas são os pensamentos automáticos inerentes ao medo de falhar e à necessidade extrema de ser perfeito que aparecem frequentemente na forma de preocupação ou de ruminação (Flett, Nepon & Hewitt, 2016).

Estudos desenvolvidos por Flett et al. (1998) parecem comprovar que os perfeccionistas podem experimentar pensamentos automáticos diferentes de indivíduos não-perfeccionistas e evidenciaram as ligações entre o pensamento perfeccionista e o distress. Numa amostra de 747 estudantes do ensino superior, concluíram que os indivíduos com cognições perfeccionistas mais frequentes eram também os que apresentam pensamentos automáticos mais frequentemente ($r = .66, p < .001$). Posteriormente, num estudo com 69 estudantes, demonstraram que os perfeccionistas com níveis mais elevados de cognições perfeccionistas estão mais suscetíveis de experimentar afeto negativo, na forma de depressão ($r = .53, p < .001$) por não terem conseguido obter a perfeição no passado, ou na forma de ansiedade ($r = .54, p < .001$), pela possibilidade de poderem vir a falhar no futuro. Realizaram ainda uma análise de regressão múltipla hierárquica, que lhes permitiu concluir que o Inventário de Cognições Perfeccionistas (*PCI*, Flett et. al., 1998) contribuiu para a variância única nos resultados dos sintomas depressivos. O que sugere a importância de analisar a frequência de pensamentos perfeccionistas no estudo da depressão.

Em 2007, Flett, Hewitt, Whelan e Martin, realizaram um estudo com uma amostra clínica, que incluía uma escala de pensamentos perfeccionistas, uma de

pensamentos automáticos, uma de perfeccionismo-traço e duas de sintomatologia específica. Vieram, mais uma vez, realçar a ligação dos pensamentos perfeccionistas às dimensões do perfeccionismo, e também a relação entre perfeccionismo e ansiedade ($r = .42, p < .001$), e o perfeccionismo e a depressão ($r = .48, p < .001$).

Anos mais tarde, Flett, Hewitt, Demerjian, Sturman, Sherry e Cheng (2011b) realizaram um estudo no qual também procuraram demonstrar a ligação das cognições perfeccionistas aos pensamentos automáticos negativos e ao perfeccionismo, com uma população de adolescentes. Além disso, procuraram compreender se existia alguma associação destas cognições perfeccionistas a sintomas depressivos. Concluíram, num primeiro estudo com 250 participantes, que o PCI estava associado significativamente aos sintomas depressivos ($r = .34, p < .001$) e que os sintomas depressivos, por sua vez se encontravam correlacionados com o PAO ($r = .23, p < .001$) e com o PSP ($r = .28, p < .001$). Os mesmos autores numa segunda amostra de 105 adolescentes, demonstraram que o PCI se encontrava significativamente associado às dimensões Perfeccionismo Auto-Orientado ($r = .60, p < .001$) e Perfeccionismo Socialmente Prescrito ($r = .50, p < .001$). Além disso, demonstraram que indivíduos com elevados níveis de pensamentos perfeccionistas podem apresentar altos níveis de autocrítica ($r = .38, p < .001$), dependência ($r = .39, p < .001$) e depressão ($r = .43, p < .001$). Numa análise futura, concluíram ainda que, apesar do PCI estar significativamente associado à medida de pensamentos negativos (ATQ-N), não se encontrava associado de forma significativa ao pensamento positivo (ATQ-P).

Pirbaglou et al., (2013), num estudo com 900 estudantes universitários concluiu que o PCI surgia associado de forma significativa a pensamentos automáticos negativos, sensibilidade à ansiedade, ansiedade e depressão, sendo ainda que a sensibilidade à

ansiedade e os pensamentos automáticos negativos surgiam como mediadores na relação entre as cognições perfeccionistas e ansiedade e depressão.

Há ainda estudos que demonstram a importância da preocupação e da ruminação como estilos de pensamento automático negativo, uma vez que surgem frequentemente associados ao perfeccionismo mas também a várias formas de distress psicológico. (O'Connor, O'Connor, & Marshall, 2007).

A preocupação é um processo muito próximo do medo constituído por pensamentos e imagens que ocorrem quando o indivíduo está perante um problema e percebe que o resultado é incerto e/ou poderá ser negativo (Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). No caso dos indivíduos perfeccionistas, a preocupação está muito ligada ao medo da avaliação social (Borkovec, Metzger & Pruzinsky, 1986). Num estudo com estudantes universitários, desenvolvido por Blankstein, Flett, Hewitt e Eng (1993), foi possível demonstrar esta ligação. Verificou-se que os participantes que pontuavam nas dimensões PAO e PSP, tinham medo de perder o controlo, falhar ou cometer erros. Na dimensão PSP verificou-se também o medo de ser ridicularizado e criticado pelos seus erros. Flett, Hewitt, Endler e Tassone (1994/1995), além de concordarem com a ligação do PAO e PSP à preocupação cognitiva e à ansiedade traço e estado, estudaram ainda a influência do envolvimento do ego no estudo do perfeccionismo, comprovando que a ligação do PSP à ansiedade-estado é superior quando há um elevado envolvimento do ego.

Também Kawamura, Hunt, Frost e Marten DiBartolo (2001) procuraram demonstrar a ligação do perfeccionismo à preocupação/ansiedade-traço. Concluíram que o perfeccionismo desadaptativo estava associado positivamente com a ansiedade social/ansiedade-traço/preocupação, mesmo após controlado pela depressão.

Buhr e Dugas (2006) procuraram examinar as ligações existentes entre medidas de preocupação, intolerância à incerteza, intolerância à ambiguidade, perfeccionismo e controlo percebido, numa amostra de 197 estudantes universitários. Concluíram que tanto o PAO como o PSP estavam fortemente ligados a níveis elevados de preocupação patológica, bem como de intolerância à incerteza e a ambiguidade.

Apesar disso, para os perfeccionistas a preocupação é encarada, numa perspetiva metacognitiva, como algo adaptativo e útil (Macedo, Marques, & Pereira, 2014). A frequente intolerância à incerteza associada à necessidade de não cometer erros e ser aceite pelos outros leva os perfeccionistas a recorrer à preocupação como uma forma de se manterem preparados para as situações de stress futuras, e evitar assim falhar e desiludir os outros (Costello & Borkovec, 1992).

A ruminação, por outro lado, é caracterizada pela tendência para focar em emoções e sintomas negativos, bem como nos seus significados e consequências, de forma repetitiva e constante (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema, 2000). Tal como na preocupação, a partir do momento em que os pensamentos são recorrentes, incontroláveis e excessivos, a ruminação passa a ser considerada uma estratégia de *coping* desadaptativa, capaz de agravar e prolongar estados psicopatológicos, mais especificamente estados depressivos.

A ruminação parece estar frequentemente associada ao perfeccionismo, principalmente na dimensão PSP (Besharat, Issazadegan, Etemadinia, Golssanamlou & Abdolmanafi, 2014; Flett, Madorsky, Hewitt, & Heisel, 2002; Rudolph, Flett & Hewitt, 2007; Short & Manzmanian, 2013).

Segundo Flett, Madorsky, Hewitt e Heisel (2002), as cognições perfeccionistas, o PAO e o PSP surgem correlacionados positivamente com a ruminação. Em 2011, Flett,

Coulter, Hewitt e Nepon também comprovaram que tanto a ruminação como a preocupação estão positivamente associadas ao PAO e às cognições perfeccionistas, sendo que neste estudo, o PSP apenas correlacionava com a preocupação e não com a ruminação.

Rudolph, Flett e Hewitt (2007) demonstraram ainda, num estudo com 100 estudantes, que a frequência de pensamentos envolvendo temas perfeccionistas está associada a tendências de regulação emocional cognitiva desadaptativa, incluindo catastrofização, autculpabilização, ruminação e falta de reavaliação positiva, principalmente quando pontuam mais na dimensão PSP. Também valores elevados de depressão surgiram associados a cognições perfeccionistas, PSP e défices na regulação emocional cognitiva. Ademais, a ruminação parece surgir também associada ao perfeccionismo desadaptativo, à dimensão PP e PE (Egan, Hattaway & Kane, 2014).

De uma forma geral, ambas são responsáveis pela persistência dos pensamentos perfeccionistas e pela consequente manutenção de quadros psicopatológicos e de problemas como dificuldades de concentração, dificuldades de resolução de problemas e de desempenho, prolongamento de estados de stress. Tanto a preocupação como a ruminação relacionam-se positivamente com o neuroticismo e com a afetividade negativa (Rammstedt, 2007; Roelofs et al., 2008). Além disso, alguns estudos comprovaram que as cognições perfeccionistas explicavam variância em sintomas depressivos, sintomas de ansiedade, pensamentos bulímicos (Flett et al., 1998; Flett et al., 2007; Flett et al., 2011; Flett et al., 2012; AP Hill & Appleton, 2011). Estas conclusões vêm confirmar que o conceito “cognição perfeccionista” é importante e útil para a literatura do perfeccionismo.

Pelas razões apontadas anteriormente, atualmente são vários os investigadores que têm vindo a afastar-se da simples categorização do perfeccionismo e que têm procurado aprofundar os pensamentos automáticos perfeccionistas e as ligações do perfeccionismo à preocupação, ruminação e afeto negativo. As semelhanças destes processos cognitivos do perfeccionismo aos processos cognitivos de diversas formas de distress parecem ser alvo de alguma preocupação no seio da investigação.

Parece cada vez mais iminente que se abordem os aspetos cognitivos, nomeadamente os pensamentos automáticos, sendo por isso fulcral que se desenvolvam e aperfeiçoem instrumentos de medida que reflitam os fatores mais vulneráveis ao distress psicológico.

PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS

3. Estudo 1. *Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa do Perfectionism Cognitions Inventory (Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Gray, L., 1998)*

3.1. Objetivos

O presente estudo tem como principais objetivos: (a) estudar as características psicométricas da adaptação portuguesa do Inventário de Cognitiones Perfeccionistas (PCI). Os objetivos específicos são (1) traduzir e adaptar para a língua portuguesa o PCI; (2) analisar a estrutura interna do PCI, avaliando a possibilidade de replicar na amostra em estudo a estrutura fatorial obtida pelos autores do estudo original; (3) analisar a fiabilidade das medidas proporcionadas pelo PCI; (4) avaliar a sua validade concorrente; e (5) caracterizar as diferenças entre grupos no PCI, consoante o sexo.

3.2. Método

3.2.1. Amostra

A amostra utilizada neste estudo foi composta por 315 jovens adultos, 261 do sexo feminino (82.9%) e 54 do sexo masculino (17.1%), com idades compreendidas entre os 18 e os 66 anos ($M = 31.94$, $DP = 11.78$). Quanto ao estado civil, 208 participantes são solteiros (66%), 94 estão casados ou em união de facto (29.8%), 11 encontram-se divorciados (3.5%) e apenas dois estão viúvos (0.6%). Os participantes são, maioritariamente naturais dos distritos de Portalegre (47.6%), Faro (19%) e Lisboa (8.3%). Do total da amostra, 225 dos participantes possuem habilitações a nível de ensino superior (71.4%), 74 a nível do ensino secundário (23.5%), 13 possuem o 3º ciclo de estudos (4.1%) e 3 que completaram apenas o 2º ciclo (1%). Nas categorias

profissionais¹, 31.7% da população indica estar desempregada, 30.5% fazem parte da categoria 2 e 21.3% exercem profissões da categoria 5. Por fim, dos 315 participantes, apenas 22% indicam estar a receber tratamento psicológico/psiquiátrico na altura da recolha de dados.

Uma subamostra de 100 participantes (31.7% da amostra total) composta por 85 participantes do sexo feminino e 15 do sexo masculino respondeu novamente aos questionários, com um intervalo de tempo que variou entre as quatro e cinco semanas.

A comparação entre a amostra total ($N = 315$) e a subamostra ($N = 100$) permitiu-nos verificar que não existem entre si diferenças estatisticamente significativas. A média de idades nesta subamostra ($M = 29.78$, $DP = 10.04$) manteve-se semelhante à da amostra total. Também as diferenças relativamente ao sexo ($\chi^2(1) = 0.638$, $p = .424$) não são significativas. Portanto, as características sociodemográficas principais da amostra de reteste não se distinguem da amostra original, pelo que poderemos considerá-la uma amostra representativa da original.

3.2.2. Instrumentos

3.2.2.1. Questionário Sociodemográfico

A informação sociodemográfica da amostra foi recolhida através de um breve questionário, desenvolvido no âmbito desta investigação que permitiu caracterizar os participantes quanto ao sexo, idade, nacionalidade, estado civil, (habilitações literárias e profissão).

¹ Categorias profissionais segundo o INE:

Categoria 1- Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes e gestores executivos; categoria 2 - especialistas das atividades intelectuais e científicas; categoria 3 - técnicos e profissões de nível intermédio; categoria 4 - pessoal administrativo; categoria 5 - trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores; categoria 6 – agricultores, trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta ; categoria 7 - trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; categoria 8 – operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; categoria 9 – trabalhadores não qualificados; categoria 10 – desempregado.

3.2.2.2. Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (FMPS)

A Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost et. al., (1990) é um instrumento de autorrelato composto por 35 itens avaliados numa escala de tipo Likert de 5 pontos (1 = *Discordo completamente*; 5 = *Concordo completamente*) consoante o grau de concordância com a afirmação, sendo que valores mais elevados de concordância associam-se a um maior perfeccionismo geral.

Os itens estão distribuídos por seis subescalas, correspondentes a seis dimensões de perfeccionismo distintas (Frost et al., 1990): Padrões Pessoais (PP), que avalia a tendência para estabelecer padrões excessivamente exigentes e elevados que se tornam impossíveis de alcançar de forma satisfatória (e.g., “Eu tenho objetivos extremamente elevados”), Preocupação com os Erros (PE), que corresponde às reações negativas perante a possibilidade de errar (e.g., “Eu devo ficar aborrecido se cometo um erro”), Dúvidas sobre as Ações (DA), avalia a tendência para duvidar da qualidade das suas ações e das capacidades para alcançar objetivos (e.g. Mesmo quando faço algo muito cuidadosamente, sinto frequentemente que não está muito bem”), Organização (O), que avalia a importância de precisão e ordem (e.g. Procuro ser uma pessoa arrumada”). Expectativas Parentais (EP), relacionada com a perceção de expectativas parentais elevadas (e.g., “Os meus pais queriam que eu fosse o melhor em tudo”); Críticas Parentais (CP) que se relaciona com perceção de que os pais são excessivamente críticos (e.g., “Nunca senti que conseguia atingir os padrões dos meus pais”). Relativamente às características psicométricas, a pontuação total da escala, assim como as diferentes subescalas demonstraram adequada consistência interna, sendo que o coeficiente de *alfa* de *Cronbach* para a pontuação total é de $\alpha = .90$, e para as subescalas

variam entre .77 e .93 (PP =.83, PE =.88, DA =.77, O =.93, EP =.84 e CP =.84) (Frost et al., 1990).

A validade concorrente foi também suportada no estudo original de Frost et al. (1990) através da comparação da FMPS com outras duas medidas de perfeccionismo: a *Burns Perfectionism Scale* ($r = .85$) e a subescala Perfeccionismo do *Eating Disorder Inventory* ($r = .59$).

A cotação da FMPS (Frost et al., 1990) é feita através do somatório das pontuações de todas as dimensões, à exceção da dimensão Organização (O), visto que esta subescala demonstrou uma fraca correlação com as restantes. As pontuações das subescalas obtêm-se somando a cotação de cada um dos itens. Os resultados indicam que quanto maior for a pontuação, mais elevado é o nível de perfeccionismo. Além disso, é ainda possível calcular dois outros fatores de segunda ordem: o perfeccionismo adaptativo (obtido através do somatório das subescalas PP e O) e o perfeccionismo desadaptativo (PE, DA, EP e CP) (Frost et al, 1993).

Esta escala foi adaptada à população portuguesa por Carmo et. al., (2012), com uma amostra de 832 estudantes do ensino secundário e do ensino universitário, com idades compreendidas entre os 16 e os 30 anos ($M = 19.48$, $DP = 2.47$). A análise fatorial confirmatória permitiu considerar o modelo multidimensional de seis fatores a melhor representação dos dados, replicando a solução original. Os resultados mostraram boas propriedades psicométricas. A consistência interna da escala apresentou coeficientes bastante satisfatórios ($\alpha = .853$). O método teste-reteste, realizado com uma amostra de 119 participantes, sugeriu uma boa estabilidade temporal da escala ($r = .779$). Globalmente a FMPS é um instrumento fiável e validado para o estudo do perfeccionismo em Portugal.

Na presente investigação optamos por retirar os itens relacionados com as escalas Críticas Parentais (itens. 3, 5, 22, 35) e Expectativas Parentais (itens. 1, 11, 15, 20, 26) uma vez que são itens que remetem para questões desenvolvimentistas do perfeccionismo, não abordadas no estudo.

No presente estudo, apesar de termos excluído alguns itens também obtivemos uma boa consistência interna para esta versão ($\alpha = .88$)

3.2.2.3. Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett (HMPS)

A escala multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett (1991) foi construída tendo por base um modelo teórico multidimensional que defende a existência tanto de aspectos intrapessoais como aspectos interpessoais no perfeccionismo. Na escala foram incluídas uma componente intrapessoal (Perfeccionismo Auto-Orientado) e duas componentes interpessoais (Perfeccionismo Socialmente Prescrito e Perfeccionismo Dirigido aos Outros).

Esta escala é composta por 45 itens distribuídos por três subescalas (Perfeccionismo Auto-Orientado - PAO, Perfeccionismo Orientado para os Outros - POO e Perfeccionismo Socialmente Prescrito - PSP), cotados numa escala de tipo *Likert*, composta por 7 pontos (1 = *Discordo completamente*; 7 = *Concordo completamente* (Soares, Gomes, Macedo e Azevedo, 2003).

Dos 45 itens que compõem a escala, 19 são cotados em sentido inverso. A pontuação total é obtida através da soma da pontuação em cada item e pode variar entre 45 e 315, correspondendo uma pontuação elevada a níveis mais elevados de perfeccionismo.

Relativamente às subescalas, a de Perfeccionismo Auto-Orientado (PAO) é composta por 18 itens (e.g., “Preocupo-me em ter um resultado perfeito em tudo.”) e é caracterizada por identificar comportamentos perfeccionistas unicamente direcionados para o próprio e para a procura de atingir a perfeição através de padrões e metas rigorosos e autoavaliações demasiado exigentes. O Perfeccionismo Orientado para os Outros (POO) conta com 8 itens (e.g., “Espero muito das pessoas que são importantes para mim”) e é uma dimensão que pressupõem-se a existência de padrões e crenças irrealistas e exigentes para com os outros, isto é, estes perfeccionistas têm tendência a exigir ao outro a perfeição nos seus desempenhos e nas suas características. Por fim, o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) engloba 14 itens (e.g., “Sinto que as outras pessoas exigem demais de mim.”) e refere-se à percepção que o próprio tem acerca do que os outros pensam de si. Indivíduos com este grau de perfeccionismo percebem que outras pessoas significativas lhes exigem que sejam perfeitos, acreditando que se não atingirem tais expectativas impostas pelos outros, poderão não obter a sua aprovação (Hewitt & Flett, 1991).

Em Portugal, Soares, Gomes Macedo e Azevedo (2003) realizaram um estudo com 943 estudantes da Universidade de Coimbra, com idades compreendidas entre os 17 e os 51 anos. Uma segunda aplicação do questionário a um subgrupo da amostra inicial ($N = 464$), com um intervalo de 4 a 6 semanas foi aplicada com o intuito de validar a estabilidade temporal. Os estudos de fidelidade e da estrutura fatorial da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Perfeccionismo demonstram resultados satisfatórios correspondentes aos recolhidos na amostra total.

Quanto às características psicométricas, é possível verificar que esta versão apresenta uma boa consistência interna com um *alpha* de Cronbach .885 e coeficientes de Spearman-Brown de .847 e de Guttman de .842, sendo a correlação entre metades

igual a .734. Por outro lado, também foi encontrada uma boa estabilidade temporal ($r = .85$, $p = .000$). No nosso estudo, o instrumento também apresentou uma boa consistência interna ($\alpha = .885$).

A análise fatorial realizada com a rotação *Varimax* aos componentes principais da escala permitiu a extrair três fatores principais, que explicam 33.18% da variância total. Assim, a análise efetuada aos 45 itens da Escala Multidimensional de Perfeccionismo (versão portuguesa), permitiu a obtenção de três fatores significativos, à semelhança de outras versões já existentes (inglesa e francófona) (Soares et al., 2003).

3.2.2.4. Inventário de Cognitiones Perfeccionistas (PCI)

Grande parte das medidas de perfeccionismo existentes (e.g. Bruns, 1980; Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991; Johnson & Slaney, 1996) foca-se em definir e clarificar as dimensões do perfeccionismo e embora se realce a importância dos pensamentos automáticos, estas medidas não conseguem fornecer informação acerca da atividade cognitiva. Como consequência, Flett et al., (1998) procuraram validar uma medida confiável de pensamentos automáticos perfeccionistas: o Perfectionism Cognitions Inventory (PCI)

O PCI é um instrumento formado por um total de 25 itens composto por uma lista de pensamentos perfeccionistas que foi criado para avaliar a frequência de pensamentos automáticos relacionados à obtenção de padrões perfeccionistas. É por isso baseado no pressuposto de que os perfeccionistas (enquanto indivíduos focados em obter a perfeição, com padrões e regras rígidas e elevadas, e que revelam uma frequente discrepância entre o self atual e o self ideal) tendem a experienciar cognições que refletem cognições perfeccionistas (Flett, et. al, 2011b). Os itens do instrumento são

cotados numa escala tipo Likert de 4 pontos (0 = *Nenhuma Vez*; 4 = *Constantemente*). A cotação total da escala é obtida somando os resultados dos itens.

Inicialmente, o PCI era composto por 55 itens, seleccionados com base num conhecimento aprofundado do constructo, na literatura disponível e na experiência com perfeccionistas. Estes itens abordavam várias características inerentes aos perfeccionistas, não só fazendo referências diretas ao perfeccionismo (e.g. “Eu deveria ser perfeito”), como ao esforço ascendente pela busca pelo perfeccionismo (e.g. “Eu posso sempre fazer melhor, mesmo que as coisas sejam quase perfeitas”) e ainda à comparação social (e.g. “Eu tenho que ser o melhor”). Além disso, existiam ainda itens que abordavam a percepção de um indivíduo de ser imperfeito e não alcançar metas elevadas (e.g. “Por que não posso ser perfeito?”). Após procederem à correção e reformulação de itens, bem como à eliminação dos itens duplicados, obtiveram um total de 36 itens.

Foi realizado um primeiro estudo com uma amostra de 243 estudantes de psicologia utilizando a versão dos 36 itens. Após uma análise dos componentes principais, concluíram que apenas 25 desses itens apresentavam boas características psicométricas, resultando então numa correção do instrumento. A versão de 25 itens apresentou uma adequada consistência interna ($\alpha = .96$) e uma correlação média entre itens de .49 (Flett et al., 1998). Após 3 meses, foi submetido uma nova aplicação, verificando-se uma boa estabilidade temporal ($r = .67$).

Um estudo com uma amostra superior ($N = 747$ estudantes) foi realizado com o intuito de verificar se a estrutura do PCI era adequada a amostras maiores. A replicabilidade dos resultados obtidos anteriormente para a primeira amostra foi investigada através da realização de uma análise de componentes principais sobre as respostas ao PCI administrado à amostra de 747 estudantes. Esta análise confirmou que

a escala consiste num componente grande com cargas variando de .38 a .75, a maioria do peso fatorial é .50 ou mais elevado. O valor de *eigenvalue* para este componente foi 9,39, e representou 37,6% da variância. De uma forma geral estes resultados indicaram que o PCI é uma medida unidimensional com uma adequada consistência interna.

Posteriormente, e de forma a analisar a validade concorrente, realizaram ainda outro estudo com uma amostra de 44 estudantes universitários, onde correlacionaram o PCI com escalas de avaliação de atitudes para com o self e de desejabilidade social. Os resultados demonstraram que o PCI apresentava boa validade concorrente, correlacionando de forma significativa com as mesmas escalas ($r = .55$, *Attitudes Toward Self Scale* – Carver, La Voie, Kuhl & Ganellen, 1988; $r = .33$, *Jenkins Activity Survey* – Jenkins, Zyzanski & Rosenman, 1971) (Flett et al., 1998).

Estudos posteriores ao trabalho pioneiro de Flett et al, (1998) permitiram validar este instrumento em diferentes amostras e contextos. Nomeadamente, o PCI foi utilizado para estudar amostras não clínicas (e.g. Flett, Madorsky, Hewitt & Heisel, 2002; Rudolph, Flett & Hewitt, 2007; Wimberley & Stasio, 2012), amostras de adolescentes (Flett et al., 2011b) e amostras clínicas (Flett, 2007), sendo que em apresentou boas propriedades psicométricas em todas elas, como será demonstrado a seguir.

Em 2004, Flett, Greene e Hewitt realizaram um estudo com uma amostra de 177 estudantes com o intuito de estudar de que forma as dimensões do perfeccionismo estão associadas às componentes relacionadas com o constructo de sensibilidade à ansiedade. Obtiveram um alfa de Cronbach para o PCI de .91.

Flett, et. al (2011b), realizaram dois estudos, um com 250 adolescentes outro com 105, com o objetivo de avaliar as propriedades psicométricas do PCI. Incluíram para

isso o PCI, medidas de perfeccionismo-traço para adolescentes (CAPS, Flett et al. 1997), questionários de pensamentos automáticos (ATQ, Hollon and Kendall 1980, & ATQ-P, Ingram and Wisnicki, 1988), e escalas de avaliação de sintomatologia depressiva (CES-D, Radloff, 1977: & DEQ-A, Fichman et. al., 1994). À semelhança do estudo original, obtiveram um instrumento com apenas um fator que explica 36,49% da variância. Em ambos os estudos obtiveram uma adequada consistência interna ($\alpha = .91$) e compreenderam que apesar de as mulheres apresentarem mais pensamentos perfeccionistas do que os homens, esta diferença não é significativa, tal como aconteceu no estudo original de Flett et al., (1998) (Flett, et. al., 2011b). No estudo 2, puderam também comprovar a existência de validade concorrente pois o PCI estava significativamente associado ao PAO ($r = .60, p < .001$) e ao PSP ($r = .50, p < .001$). Além disso, concluíram ainda que o PCI está correlacionado de forma significativa com a depressão ($r = .43$), com a frequência de pensamentos negativos ($r = .46$) mas surge associado de forma pouco significativa à frequência de pensamentos automáticos positivos ($r = .09$) (Flett et al., 2011b).

Wimberley e Stasio (2013) por exemplo, num estudo com uma amostra de 113 estudantes universitários utilizaram uma versão mais reduzida do Inventário de Cognações Perfeccionistas (PCI), retirando os itens 13 (“Os meus objetivos são muito altos”), 17 (“O meu trabalho tem de ser superior”), e 23 (“I Eu certamente tenho padrões elevados”) por serem semelhantes a alguns utilizados na Escala Multidimensional do Perfeccionismo de Frost (Frost, et al., 1990). Esta versão obteve uma adequada consistência interna ($\alpha = .94$).

No que diz respeito à adaptação do instrumento a outras línguas, concluímos que não existem ainda muitas versões e que algumas delas não estão publicadas.

Conseguimos ainda assim ter acesso à adaptação do PCI para Farsi (Irão) (não publicada) e Japonês (Tabela 1).

Tabela 1

Síntese dos estudos da adaptação do PCI

Estudo	Língua/País	Amostra	Dimensões	Alfa
Hayashi (2001) (a)	Japonês/Japão	(b)	6 fatores (25 itens)	$\alpha = .62$
Hiroaki (2002)	Japonês/Japão	$N = 316$. Estudantes universitários	6 fatores (25 itens)	$\alpha = .92$
Flett, Madorsky, Hewitt & Heisel (2002)	Inglês/EUA	$N = 65$. Estudantes universitários	1 fator (25 itens)	(b)
Besharat (2006). (c)	Farsi/Irão	$N = 286$. Estudantes universitários	(b)	$\alpha = .91$
Flett (2007)	Inglês/EUA	$N = 258$. Amostra clínica	1 fator (25 itens)	$\alpha = .95$
Flett, Hewitt, Demerjian, Sturman & Sherry (2011)	Inglês/EUA	$N = 250$. Adolescentes	1 fator (25 itens)	$\alpha = .91$
Wimberley & Stasio (2013)	Inglês/EUA	$N = 113$. Estudantes universitários	1 fator (22 itens)	$\alpha = .94$
Besharat & Kamali (2016)	Farsi/Irão	$N = 66$. Voluntários da população geral com sintomas de POC	1 fator (25 itens)	$\alpha = .78$

Nota. (a) Estudo não disponível, dados obtidos através de citação. (b) Informação disponibilizada insuficiente. (c) artigo de pesquisa não publicado.

Além destas versões adaptadas, existe também uma tradução para alemão, realizada por Ehret, Joorman e Berking (2014), sem que tivesse sido feito ainda assim o estudo da adaptação do instrumento à população alemã.

Dada a relevância deste instrumento na investigação sobre o perfeccionismo e particularmente no estudo dos mecanismos cognitivos do perfeccionismo nos sintomas psicopatológicos, e na ausência de uma versão portuguesa do Inventário de Crenças Perfeccionistas, tornou-se primordial a sua adaptação para português europeu para a realização deste projeto.

3.2.2.5. Questionário de Pensamentos Automáticos-Revisto (ATQ – R)

O Questionário de Pensamentos Automáticos – Revisto é uma medida de autorelato que permite avaliar a frequência em que ocorrem os pensamentos automáticos negativos e positivos relacionados com a depressão. É composto por quarenta itens, dos quais trinta são afirmações/pensamentos negativos (e.g.: “Sinto que tenho o mundo contra mim”, “Sou muito fraco(a)”, “Por que razão não consigo ter sucesso?”) e dez são afirmações positivas (e.g.: “Tenho orgulho em mim próprio/a.”, “Aconteça o que acontecer, sei que irei ser capaz”, “Sinto-me muito feliz”), com um formato de resposta numa escala de tipo Likert de 5 pontos (0 = *Nunca*; 4 = *Sempre*). É pedido aos participantes que indiquem com que frequência experienciaram cada pensamento na semana anterior.

A cotação desta medida pode ser feita obtendo um score total, invertendo os dez itens positivos e somando todos os restantes itens (total entre 40 e 200), o que corresponde à medida de pensamentos depressogénicos. Pode ainda ser cotado efetuando uma divisão de duas subescalas – uma de pensamentos automáticos positivos e outra de pensamentos automáticos negativos, obtendo dois totais diferentes. Quanto mais elevados forem os resultados em cada uma das dimensões maior é a frequência do tipo de pensamentos automáticos avaliados.

As suas qualidades psicométricas mostraram ser adequadas, tendo sido obtido no estudo original (QPA-R; ATQ-R; Kendall et al., 1989) um valor de consistência interna, alfa de Cronbach, igual a .90.

O QPA-R encontra-se adaptado à população portuguesa por Pereira, Matos, e Azevedo, A. (2014), apresentando também adequadas qualidades psicométricas, com um elevado alfa de Cronbach em ambas as dimensões negativas e positivas da escala (.91 e .94, respetivamente), assim como para a nota total da escala (.96).

No presente estudo, o instrumento apresentou adequada consistência interna, com um alfa total de $\alpha = .96$, sendo que para a escala positiva foi de $\alpha = .90$ e para a negativa de $\alpha = .97$.

3.3. Procedimento

3.3.1. Procedimento de tradução

Para realizar a adaptação do Inventário de Crenças Perfeccionistas (PCI, Flett et., al., 1998) para língua portuguesa foi previamente efetuado um pedido de autorização ao autor original. Após a receção da permissão por escrito do autor, iniciou-se o processo de tradução. Num primeiro momento, realizou-se a tradução da escala original, de inglês para português. A tradução foi depois corrigida por dois juízes independentes e, num segundo momento iniciou-se a retroversão independente por um professor do 2º ciclo bilingue de língua materna inglesa que desconhecia a versão original. Por fim, confrontámos todas as versões (original, tradução e retroversão) e, em contacto com os tradutores, efetuámos pequenas alterações na versão traduzida, de modo a preservar o sentido dos itens originais. As instruções iniciais de preenchimento da escala também foram alvo de tradução e retroversão e manteve-se o aspeto gráfico semelhante ao da escala original.

3.3.2. Procedimento de recolha de dados

A recolha dos dados foi feita de forma aleatória recorrendo a questionários de preenchimento *online* distribuídos através das redes sociais. Foi selecionado aleatoriamente um grupo inicial de indivíduos, sendo depois pedido aos mesmos que reencaminhassem o questionário a mais participantes que estivessem dentro dos parâmetros da população alvo em causa e assim sucessivamente, gerando assim um “efeito de bola de neve”.

Os questionários foram realizados exclusivamente para este estudo, sendo que a confidencialidade e anonimato foram garantidos desde o início. Os questionários incluem ainda uma breve nota introdutória acerca dos objetivos do estudo.

Para avaliar a estabilidade temporal do instrumento adaptado no contexto deste estudo, uma subamostra respondeu pela segunda vez ao questionário, com um intervalo de tempo que variou entre as quatro e as cinco semanas. Para recolher esta segunda amostra, pedimos aos participantes da primeira recolha que colocassem o e-mail caso desejassem continuar a colaborar no estudo.

A informação recolhida foi posteriormente organizada e analisada de acordo com os objetivos do presente estudo.

3.3.3. Procedimento de análise de dados

As análises do Estudo 1 foram realizadas maioritariamente através do programa de tratamento de dados estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)

(24.0) para Windows. Recorreu-se também ao *software Analysis of Moment Structures* (AMOS) (versão 24.0) para efetuar a análise fatorial confirmatória do PCI.

Posteriormente procedemos ao estudo das propriedades psicométricas dos itens do instrumento, analisando as seguintes medidas: tendência central (média); dispersão (desvios-padrão); distribuição (assimetria e curtose) e precisão (consistência interna calculada com recurso ao alfa de Cronbach). Para efeito de interpretação de dados foi considerado o valor máximo de 3 para a assimetria e de 10 para a curtose, sugeridos por Kline (2011). No que respeita a assimetria, valores acima de 3 são representativos duma assimetria positiva, enquanto valores abaixo de 3 representam assimetria negativa. No caso da curtose, valores iguais a zero indicam uma distribuição normal ou mesocúrtica, valores positivos representam uma distribuição leptocúrtica e valores negativos uma distribuição platicúrtica. Valores acima de 10 sugerem que a distribuição não é normal. Ainda neste âmbito também foram estudados o coeficiente de correlação item-total corrigido e o valor do alfa de Cronbach, se o item for eliminado.

Para realizar o estudo da estrutura interna, mais especificamente da análise fatorial confirmatória e da análise fatorial exploratória, procedemos à divisão aleatória da amostra total em duas subamostras equivalente do ponto de vista das variáveis sociodemográficas.

Procedeu-se então à análise fatorial exploratória ($N = 153$), na qual cada um dos questionários foi submetido a análise estatística para determinar se cumpriam os requisitos para análise fatorial, através do cálculo da medida *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e do *Barlett Test of Sphericity*. Após esta análise, foram utilizados o método de Componentes Principais com rotação *Varimax* e o programa Monte Carlo para determinar o número de fatores a reter. Para determinar o número de fatores a serem

retidos, utilizaram-se dois critérios: a observação do *scree plot* e pelo software *Monte Carlo Parallel Analysis*..

Realizou-se também uma análise fatorial confirmatória ($N = 163$) para avaliar a qualidade do ajustamento aos dados, tendo por base os seguintes índices: qui-quadrado (χ^2) e respetivos graus de liberdade (gl); Raiz da média quadrática do erro de aproximação (*Root mean square error of approximation*, RMSEA); Índice Tucker-Lewis (*Tucker-Lewis index*, TLI); Raiz da média quadrática residual (*Standardized root mean square residual*, SRMR); Índice de bondade do ajustamento (*Goodness-of-fit index*, GFI); Índice de ajustamento comparativo (*Comparative fit index*, CFI); Índice de ajustamento normalizado de parcimónia (*Parsimonious normed fit index*, PNFI); e o Índice esperado de validação cruzada (*Expected cross-validation index*, ECVI). Todos os dados cumpriram com os valores de referência, ou seja, o valor de χ^2/gl é]2;5] (apesar de não ser um valor ótimo é considerado sofrível), o de RMSEA é $< .05$, os de TLI, CFI e GFI são $> .9$ (Marôco, 2010).

Procedeu-se ainda ao estudo da fiabilidade do instrumento, através da análise da consistência interna, com recurso ao alfa de Cronbach, e da estabilidade temporal através do método teste-reteste (coeficiente de correlação de Pearson e teste t de Student para amostras emparelhadas). De igual modo foram avaliadas as validades convergente (índice da Variância extraída média, VEM) e concorrente (coeficiente de correlação de Pearson). Posteriormente foram examinadas diferenças entre grupos (sexo masculino e feminino) com recurso ao teste t de Student para amostras independentes. Neste âmbito procedeu-se ao cálculo do d de Cohen.

3.4. Resultados

3.4.1. Análise Descritiva do Instrumento

A Tabela 2 apresenta a análise descritiva dos itens do PCI, com referência às medidas de tendência central (média), de dispersão (desvio-padrão) e de distribuição (assimetria e curtose) e os índices de validade interna dos itens (coeficiente de correlação item-total corrigido e valor do alfa de Cronbach, se o item for eliminado).

Tabela 2

Descrição Estatística dos itens do PCI

Item	M	DP	A	C	ritc	Alfa s/item
1. Porque é que não posso ser perfeito?	1.94	1.020	0.947	0.161	.542	.931
2. Preciso de fazer melhor	3.54	1.059	-0.444	-0.538	.568	.931
3. Deveria ser perfeito	2.11	1.177	0.809	-0.399	.638	.930
4. Nunca deveria cometer o mesmo erro duas vezes	2.94	1.266	0.070	-1.085	.589	.931
5. Tenho de continuar a trabalhar nos meus objetivos	4.23	0.890	-1.189	1.301	.503	.932
6. Tenho de ser o melhor	2.93	1.281	-0.048	-1.061	.594	.931
7. Deveria estar a fazer mais	3.50	1.098	-0.373	-0.671	.531	.931
8. Não suporto cometer erros	3.00	1.084	0.025	-1.009	.595	.931
9. Tenho sempre que trabalhar muito	3.25	1.084	-0.165	-0.628	.575	.931
10. Não importa o quanto faça, nunca é suficiente	2.43	1.185	0.456	-0.735	.547	.931
11. As pessoas esperam que eu seja perfeito	2.49	1.248	0.518	-0.748	.592	.931
12. Tenho de ser sempre eficiente	3.30	1.167	-0.278	-0.746	.661	.930
13. Os meus objetivos são muito elevados	3.07	1.245	0.007	-0.994	.619	.930
14. Posso sempre fazer melhor, mesmo que as coisas estejam quase perfeitas	3.33	1.249	-0.327	-0.897	.659	.930
15. Espero ser perfeito	2.34	1.293	0.531	-0.900	.710	.929
16. Porque é que as coisas não podem ser perfeitas?	2.42	1.232	0.493	-0.739	.608	.930

17. O meu trabalho tem de ser superior	2.72	1.185	0.144	-0.902	.662	.929
18. Seria fantástico se tudo na minha vida fosse perfeito	2.80	1.357	0.144	-1.236	.571	.931
19. O meu trabalho não deveria ter falhas	3.00	1.217	-0.049	-0.919	.648	.930
20. As coisas raramente são ideais	2.80	1.158	0.180	-0.790	.499	.932
21. Quão bem me estou a sair?	3.05	1.083	-0.246	-0.710	.464	.932
22. Não consigo fazer isto de forma perfeita	2.46	1.038	0.407	-0.435	.589	.931
23. Tenho definitivamente padrões elevados	2.97	1.178	0.038	-0.918	.628	.930
24. Talvez deva baixar os meus objetivos	1.87	0.985	0.981	0.266	.357	.934
25. Sou demasiado perfeccionista	2.94	1.300	0.054	-1.119	.493	.932

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *A* = Assimetria; *C* = Curtose; = Coeficiente de correlação item-total corrigido; *alfa s/item* = Valor do alfa de Cronbach, se o item for eliminado.

A média das frequências de pensamentos perfeccionistas situou-se na generalidade entre 1 e 3, à exceção do item 5 (“Tenho de continuar a trabalhar nos meus objetivos). Este foi o item que obteve a média mais elevada ($M = 4.23$, $DP = 0.89$) e o item 24 (“Talvez deva baixar os meus objetivos) apresentou a média mais baixa ($M = 1.87$, $DP = 0.99$). Grande parte dos itens apresenta um desvio-padrão superior a 1, o que indica uma dispersão dos valores em relação à média.

Em relação às medidas de distribuição, a assimetria oscilou entre os valores - 1.189 e 0.981, sendo que maioritariamente estes valores foram positivos, o que indicia a preferência dos participantes pelos níveis mais baixos da escala de resposta (o que corrobora as médias baixas); apesar disso, observaram-se nove itens com assimetria negativa, que correspondem aos itens com valores médios mais elevados.

No que respeita à curtose, os valores variaram entre -1.236 e 1.301, sendo que a maioria apresenta uma distribuição platicúrtica, ou seja, a distribuição apresenta maioritariamente valores inferiores a zero (Marôco, 2011).

Segundo Marôco (2011) uma distribuição é considerada normal quando os valores de assimetria e o quociente de curtose se próximos de zero (dentro de um intervalo de -0.5 e +0.5), o que significa, neste caso, que algumas das respostas da amostra não apresentariam uma distribuição normal. Contudo, estes valores de referência podem ser considerados demasiado rigorosos. Kline (2011) defende que apenas se a assimetria apresentar valores superiores a 3 e a curtose superiores a 10 se trata de uma distribuição inadequada. Assim, segundo a Tabela 2, apesar de alguns itens apresentarem valores de desvio à normalidade, estes podem ser considerados ligeiros ou negligenciáveis, pelo que a distribuição dos resultados pode ser considerada normal.

3.4.2. Análise da Estrutura Interna

a) Análise Fatorial Exploratória (AFE)

A realização da AFE foi assegurada pelo teste de Esfericidade de Bartlett ($X^2=2077.17$, $p =.000$) que demonstra que todas as variáveis estão correlacionadas significativamente, e pelo teste *Kaiser-Meyer-Olkin of Sample Adequacy* (KMO) (.92), sendo este valor considerado como “muito bom” (Pestana & Gageiro, 2014). Nesta análise foi utilizada uma subamostra ($N = 153$) da amostra total, selecionada aleatoriamente.

Na Tabela 3 encontram-se os valores obtidos na AFE, que foi realizada através do método das componentes principais, com rotação varimax.

Tabela 3

Análise Fatorial Exploratória do PCI: Método das componentes principais, com Rotação Varimax.

Item	F1	F2	F3	F4	F5	h^2
1. Porque é que não posso ser perfeito?	.572	.540	-.228	.001	.156	.695

2. Preciso de fazer melhor	.665	-.121	-.207	.497	.000	.747
3. Deveria ser perfeito	.662	.447	-.242	-.100	.024	.706
4. Nunca deveria cometer o mesmo erro duas vezes	.585	-.088	.330	.036	-.338	.574
5. Tenho de continuar a trabalhar nos meus objetivos	.622	-.394	-.212	-0.091	0,082	.590
6. Tenho de ser o melhor	.612	-.113	-.398	.085	-,153	.576
7. Deveria estar a fazer mais	.629	-.085	-.145	.544	-,099	.730
8. Não suporto cometer erros	.653	-.163	.143	-.027	-,413	.645
9. Tenho sempre que trabalhar muito	.644	-.353	-.101	.194	.049	.590
10. Não importa o quanto faça, nunca é suficiente	.618	.138	.344	.294	.035	.607
11. As pessoas esperam que eu seja perfeito	.615	.149	.014	-.102	,035	.413
12. Tenho de ser sempre eficiente	.750	-.254	-.171	-.107	-0,074	.673
13. Os meus objetivos são muito elevados	.660	-.313	-.007	-.360	.139	.683
14. Posso sempre fazer melhor, mesmo que as coisas estejam quase perfeitas	.733	-.269	-.079	-.193	.174	.683
15. Espero ser perfeito	.751	.314	-.193	-.257	.019	.766
16. Porque é que as coisas não podem ser perfeitas?	.639	.584	-.017	-.098	.055	.762
17. O meu trabalho tem de ser superior	.745	-.082	-.026	-.098	-.024	.572
18. Seria fantástico se tudo na minha vida fosse perfeito	.527	.504	-.123	-.083	-.350	.676
19. O meu trabalho não deveria ter falhas	.658	-.050	.155	.010	-,419	.635
20. As coisas raramente são ideais	.600	.074	.485	.092	.011	.610
21. Quão bem me estou a sair?	.591	-.116	.049	.252	.494	.672
22. Não consigo fazer isto de forma perfeita	.591	.350	.174	.192	.310	.635
23. Tenho definitivamente padrões elevados	.733	-.312	.145	-.177	.140	.707
24. Talvez deva baixar os meus objetivos	.329	.119	.624	-.056	.090	.523
25. Sou demasiado perfeccionista	.603	-.209	.078	-.401	.103	.585
Valor Próprio (eigenvalue)	10.150	2.115	1.433	1.273	1.086	

Variância Explicada (%)	40.598	8.461	5.731	5.093	4.343
-------------------------	--------	-------	-------	-------	-------

Nota. N= 153. h^2 comunalidades

Recorrendo ao método das componentes principais e tendo como referência o Critério de Kaiser, todos os componentes com valor próprio inferior a 1 são excluídos. Face a isto, iríamos obter 5 fatores. Através do software Monte Carlo Parallel Analysis, são excluídos os fatores com valor próprio igual ou inferior a 1.8124, o que neste caso significa a exclusão de todos os fatores abaixo do 2º fator, e conseqüentemente, a retenção dos primeiros 2 fatores.

Contudo, recorrendo à tabela 3, podemos concluir que todos os itens, à exceção do item 24, saturam significativamente (critério de saturação superior a .4) no 1º fator, que apresenta um valor próprio de 10.150, e explica 40.60% da variância. Esta análise vai de encontro ao estudo original do PCI, no qual se extraiu apenas um fator que explicava 37.6% da variância (eigenvalue 9.39). A confirmação da retenção de um fator foi realizada com recurso ao *scree plot* (Figura 1).

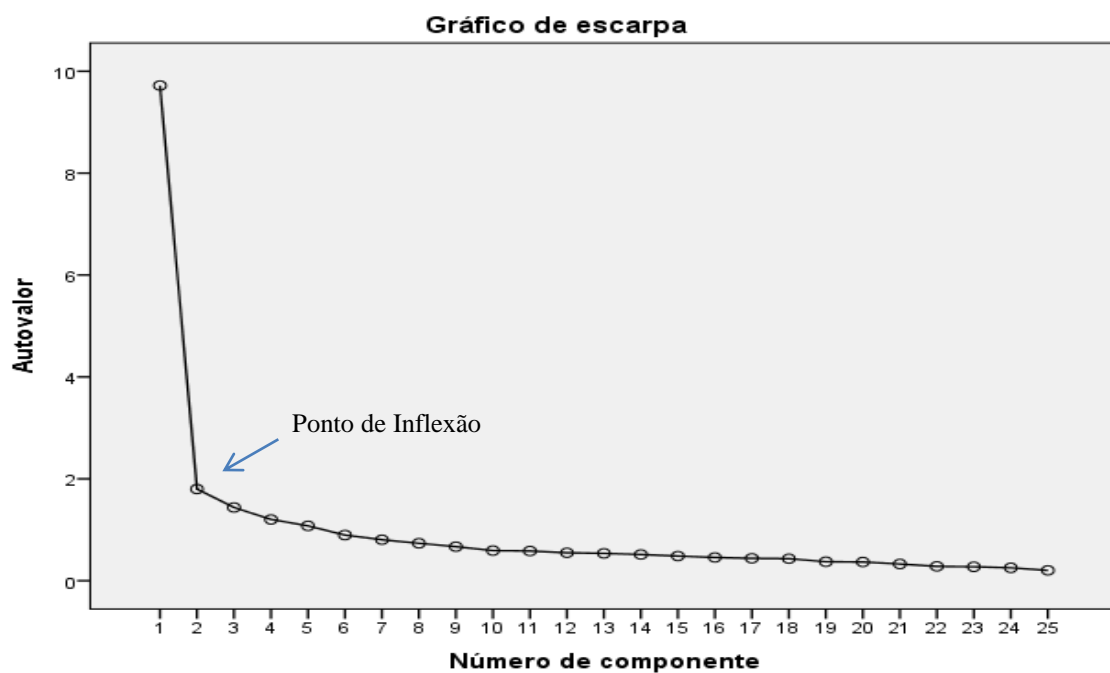


Figura 1 - Scree Plot da retenção dos Fatores

b) Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

Na Tabela 4 apresentam-se os índices de ajustamento para o modelo testado com a amostra em estudo.

Tabela 4

Índices de Ajustamento para o modelo testado

Modelo	χ^2	Gf	χ^2 / gf	RMSEA (IC) 90 %	SRMR	GFI	TLI	CFI	PNFI	ECVI
Modelo 1 fator (25 itens)	270.302	229	1.180	0.030]0,011;0,048[.0495	.890	.970	.977	.665	2.854

Nota. χ^2 = Qui-quadrado; gf = Graus de liberdade; RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*); SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*); GFI (*Goodness-of-Fit Index*); TLI (*Tucker-Lewis Index*); CFI (*Comparative Fit Index*); PNFI (*Parsimonious Normed Fit Index*); ECVI (*Expected Cross-Validation Index*)

A análise do modelo com 1 fator foi realizada com uma parte da amostra selecionada aleatoriamente ($N = 163$) com os 25 itens que compõem o instrumento. Analisando a Tabela 4, é possível verificar que o quociente do χ^2 pelos graus de liberdade está de acordo com o que é considerado aceitável (> 5) (Marôco, 2010). Também os valores dos índices de ajustamento TLI (.970), CFI (.977) e GFI (.890) foram satisfatórios, considerando o valor desejável ($>.9$) (Marôco, 2010). Quanto à Raiz da média quadrática do erro de aproximação (RMSEA), os valores são também bastante satisfatórios (.030), tendo em conta o valor de referência ($>.05$) (Marôco, 2010).

Assim, é possível constatar que o modelo de um fator tem um ajustamento bom, sendo por isso considerado adequado para este estudo.

3.4.3. Análise da Fiabilidade

a) Análise da Consistência Interna

De acordo com os parâmetros sugeridos por Nunnally e Bernstein (1994), a consistência interna pode ser considerada muito boa se o valor do coeficiente alfa de Cronbach for superior a .9; boa se o valor de α variar entre .8 e .9; razoável se o α oscilar entre .7 e .8; fraca se o α se situar entre .6 e .7 e inadmissível se o valor de α for inferior a .6.

No nosso caso, a consistência interna é considerada muito boa, com um valor de $\alpha = .933$. Ao verificarmos a tabela 5, podemos constatar que o valor de alfa não aumenta, caso eliminemos algum dos itens que compõe este grupo.

Tabela 5

Valores de alfa em caso de eliminação de item e correlação item-escala

Item	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1	69.50	311.735	.542	.931
2	67.90	310.000	.568	.931
3	69.33	304.698	.638	.930
4	68.50	304.709	.589	.931
5	67.20	315.615	.503	.932
6	68.50	304.130	.594	.931
7	67.94	310.547	.531	.931
8	68.44	304.394	.595	.931
9	68.19	309.210	.575	.931
10	69.01	308.172	.547	.931
11	68.95	304.968	.592	.931
12	68.14	304.046	.661	.930
13	68.37	303.896	.619	.930
14	68.10	302.151	.659	.930
15	69.10	298.898	.710	.929
16	69.02	304.665	.608	.930

17	68.71	303.568	.662	.929
18	68.64	303.493	.571	.931
19	68.43	303.374	.648	.930
20	68.64	310.607	.499	.932
21	68.39	313.366	.464	.932
22	68.97	309.738	.589	.931
23	68.47	305.103	.628	.930
24	69.57	318.788	.357	.934
25	68.50	308.130	.493	.932

Nota. N=315.

Comparando com o valor de referência, apenas o Alpha do item 24 é superior, mas não influencia de forma significativa, o que significa que todos os itens são necessários para manter a fiabilidade do instrumento.

Em relação à correlação item-subescala, todos os valores são superior a .30 pelo que todos os itens apresentam poder discriminativo adequado.

b) *Análise da Estabilidade Temporal*

A estabilidade temporal do PCI foi examinada com recurso ao método teste-reteste, a fim de se analisar o grau de correlação entre os resultados conseguidos no primeiro e segundo momento de resposta e averiguar a existência de diferenças significativas entre os mesmos (Tabela 6).

Esta análise foi efetuada numa amostra de 100 jovens-adultos, os quais procederam ao preenchimento do PCI, com um intervalo de tempo de 3 a 4 semanas, entre os dois momentos de aplicação do instrumento.

Tabela 6

Estabilidade Temporal do PCI

	Teste		Reteste		R	t	gl	D
	M	DP	M	DP				
PCI	71.600	17.794	68.830	18.843	.813***	2.462	99	0.15

Nota. N = 100. M = média; DP = Desvio-padrão; r = Coeficientes de correlação de Pearson entre os dois momentos de avaliação; t = Teste t de Student para amostras emparelhadas. d de Cohen.

*** $p < .001$.

A análise dos valores de correlação de Pearson entre os dois momentos de avaliação evidenciaram uma boa estabilidade temporal da escala, com valores de correlação significativos ($p < .001$) Relativamente aos valores médios, observa-se que não existem diferenças significativas, sugerindo assim a constância nas respostas dos participantes ($d = 0.15$).

3.4.4. Análise da Validade

a) *Validade Convergente*

A validade convergente permite avaliar a coesão do conjunto de itens categorizados num dado fator, esperando-se que saturam fortemente nesse fator. Para realizar essa análise iremos recorrer ao índice VEM (Variância extraída média), sendo que para que a subescala utilizada seja considerada uma medida válida do fator, o valor VEM deve ser superior a .5.

No nosso caso, os resultados não são totalmente favoráveis uma vez que o índice de validade convergente é inferior ao desejável (VEM = .356), isto significa que os itens da escala podem não propiciar medidas suficientemente puras do constructo que o inventário pretende medir.

b) *Validade Concorrente*

A validade concorrente é estudada com recurso ao cálculo do Coeficiente de Pearson, para analisar a correlação entre o PCI, a escala de pensamentos automáticos (ATQ-R) e ambas as escalas multidimensionais de perfeccionismo (HMPS e FMPS).

Tabela 7

Correlações entre o PCI e o ATQ-R, o HMPS e o FMPS

	ATQ – R	HMPS	FMPS
PCI	0,422***	0,608***	0,566***

Nota. $N = 315$. ATQ-R = questionário de pensamentos automáticos – revisto; HMPS = Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett; FMPS = Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost.

*** $p < .001$

Analisando a tabela 7 podemos verificar que o PCI se encontra relacionado positivamente com os pensamentos automáticos e com as duas escalas de perfeccionismo.

3.4.5. Diferenças entre Grupos (em função do sexo)

Para analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias do PCI no género feminino e masculino, usámos o teste t de *Student* para amostras independentes. Foi possível concluir que não houve diferenças estatísticas significativas entre as respostas apresentadas no PCI. A média para os participantes do sexo masculino foi de $M = 69,056$ ($DP = 18,486$), e para o sexo feminino $M = 71,931$ ($DP = 18,318$).

3.4.6. Discussão

O objetivo deste estudo foi analisar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do PCI, um instrumento que avalia a frequência de pensamentos automáticos relacionados com padrões perfeccionistas. Os resultados sugerem

características psicométricas satisfatórias, oferecendo um contributo para a adaptação portuguesa deste instrumento.

A análise das características descritivas do PCI sugere que a população estudada, na generalidade, apresenta uma baixa frequência de pensamentos automáticos perfeccionistas, devido ao facto de os valores médios de cada item não terem sido muito elevados (maioritariamente inferiores a 4).

Em relação às medidas de distribuição, a assimetria apresentou valores maioritariamente positivos, entre -1.189 e 0.981, o que indicia a preferência dos participantes pelos valores mais baixos da escala de *Likert* (Marôco, 2011). Quanto à curtose, apresentou maioritariamente valores inferior a zero, variando entre -1.236 e 1.301. Assim, apesar de alguns itens terem apresentado valores de desvio à normalidade, estes são considerados ligeiros ou negligenciáveis, pelo que a distribuição dos resultados pode ser considerada normal.

Com o objetivo de analisar a estrutura interna do PCI efetuou-se inicialmente a AFE, onde foi possível calcular a percentagem da variância total explicada pela matriz fatorial do instrumento (40.6%). Todos os itens obtiveram valores satisfatórios no respetivo fator primário, o que permite inferir sobre a qualidade da matriz de dados. Seguidamente iniciou-se a AFC com a avaliação do índice de ajustamento dos dados através do modelo com um fator, abrangendo os 25 itens. Tal como no estudo original, este é o modelo que mais se adequa pois vai de encontro aos níveis de qualidade exigidos (Kline, 2011). Foi possível verificar, neste estudo, que os valores de TLI, CFI e GFI foram superiores a .9, que o quociente do χ^2 pelos graus de liberdade está abaixo de 5 e que a RMSEA também apresenta valores adequados abaixo de .0, o que indica um bom ajustamento do modelo de um fator.

A análise da consistência interna da versão portuguesa do PCI apresentou coeficientes bastante satisfatórios e semelhantes aos encontrados na versão original (Flett et. al., 1998) e na grande maioria de estudos que utilizaram o instrumento original (e.g. Hiroaki, 2002; Flett (2007); Flett, Hewitt, Demerjian, Sturman & Sherry; 2011; Besharat & Kamali, 2016).

A estabilidade temporal, inserida ainda na análise da fiabilidade, revelou que a correlação entre os fatores é positiva e significativa, sendo esse resultado bastante satisfatório e indicando assim que o instrumento apresenta uma boa estabilidade temporal num intervalo de tempo de aproximadamente um mês. Em relação à existência de diferenças significativas entre os dois momentos de resposta, os resultados sugerem a ausência dessas diferenças, ou seja, parece haver uma constância dos resultados ao longo do tempo. Pode, assim, concluir-se que o PCI apresenta uma boa fiabilidade.

Quanto ao estudo da validade convergente, o valor de VEM não é totalmente satisfatório indiciando que os itens que compõem o PCI não são claros quanto ao constructo que o instrumento pretende medir. No entanto, no que toca à validade concorrente, verifica-se que o PCI apresenta, tal como esperado, correlações positivas e significativas com o Questionário de Pensamentos Automáticos e com as duas escalas multidimensionais de perfeccionismo (HMPS e FMPS).

Na análise das diferenças entre grupos foi possível concluir que não existem diferenças significativas na frequência de pensamentos perfeccionistas entre os homens e as mulheres, à semelhança do que aconteceu no estudo original (Flett et. al., 1998). Ainda assim, a falta de informação mais detalhada da adaptação do instrumento noutros idiomas impossibilitou uma discussão alargada e comparativa para além do estudo original.

Podemos apontar como limitação deste estudo o facto da amostra em estudo ser reduzida e maioritariamente composta por participantes do sexo feminino. Contudo, e apesar disto, os resultados permitem concluir que a versão portuguesa do PCI apresenta uma boa fiabilidade e uma adequada validade, constituindo-se como um instrumento fiável e válido para o estudo das cognições perfeccionistas em Portugal.

4. Estudo 2. *Cognições Perfeccionistas e Sintomas psicopatológicos*

4.1. Objetivos

Este estudo procura demonstrar se as cognições perfeccionistas estão associadas aos pensamentos automáticos negativos e às medidas de perfeccionismo-traço. Além disso, procuramos compreender se o PCI apresenta um papel mediador entre o perfeccionismo e o distress psicológico, nomeadamente ansiedade e depressão.

Como tal, definimos como objetivo principal avaliar a frequência de cognições perfeccionistas e compreender a importância que exercem como fator de mediação entre o perfeccionismo e os sintomas psicopatológicos. De modo a concretizar o objetivo principal, consideramos os seguintes objetivos específicos: (1) analisar as relações entre as cognições perfeccionistas e as diferentes dimensões do perfeccionismo; (2) compreender a relação entre as cognições perfeccionistas e as componentes adaptativa e desadaptativa do perfeccionismo; (3) estudar a relação entre a frequência de pensamentos automáticos e o perfeccionismo; (4) compreender se existe relação entre o perfeccionismo e os sintomas psicopatológicos; (5) averiguar se as cognições perfeccionistas desempenham um papel mediador na relação entre o perfeccionismo e os sintomas psicopatológicos

4.2. Método

4.2.1. Amostra

A amostra utilizada neste estudo foi a mesma amostra que utilizamos para o Estudo 1, composta por 315 jovens adultos, 261 do sexo feminino (82,9%) e 54 do sexo masculino (17,1%), com idades compreendidas entre os 18 e os 66 anos ($M = 31,94$, $DP = 11,78$).²

4.2.2. Instrumentos

De acordo com os objetivos deste estudo foram utilizadas as seguintes medidas de avaliação: o inventário de cognições perfeccionistas - *Perfectionism Cognitions Inventory* (PCI; Flet et.al., 1998); duas escalas para avaliar os níveis de perfeccionismo – *Multidimensional Perfectionism Scale* (FMPS; Frost, et al., 1990) e *Multidimensional Perfectionism Scale* (HMPS; Hewitt & Flett, 1991); uma escala de pensamentos automáticos - *Automatic Thoughts Questionnaire – Revised* (ATQ-R; Kendall, et al., 1989).); e uma escala de avaliação de sintomatologia psicopatológica - *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995),

Os dados sociodemográficos foram recolhidos com recurso a um questionário sociodemográfico que permitiu caracterizar os participantes quando ao sexo, idade, nacionalidade, estado civil, habilitações literárias e categoria profissional.

4.2.2.1. Escala Multidimensional de Perfeccionismo (FMPS)

A Escala Multidimensional de Perfeccionismo (FMPS; Frost, et al., 1990) foi utilizada para avaliar os níveis de perfeccionismo da amostra. Como referimos no Estudo 1, utilizamos 4 das 6 subescalas do instrumento original – Preocupação com os erros (PE), Padrões pessoais (PP), Dúvidas sobre as ações (DA) e Organização (O) –

² Análise descritiva da amostra detalhada no ponto 3.2.1 do Estudo 1.

uma vez que se tem justificado a sua utilização no estudo da génese e manutenção do perfeccionismo.

4.2.2.2. Escala Multidimensional de Perfeccionismo (HMPS)

A Escala Multidimensional de Perfeccionismo (HMPS; Hewitt & Flett, 1991) foi também utilizada novamente para medir três dimensões de perfeccionismo dos jovens: Perfeccionismo Auto-orientado (PAO), Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) e Perfeccionismo Orientado para os Outros (POO).

4.2.2.3 Inventário de Cognitiones Perfeccionistas (PCI)

O PCI (Flett et. al., 1998) é um instrumento formado por um total de 25 itens composto por uma lista de pensamentos perfeccionistas que foi criado para avaliar a frequência de pensamentos automáticos relacionados à obtenção de padrões perfeccionistas. Para este estudo será utilizada a versão portuguesa adaptada no âmbito deste trabalho apresentada no Estudo 1³.

4.2.2.4 Questionário de Pensamentos Automáticos – Revisto (ATQ-R)

O Questionário de Pensamentos Automáticos – Revisto (Kendall et al., 1989) é uma medida de autorelato que permite avaliar a frequência em que ocorrem os pensamentos automáticos negativos e positivos relacionados com a depressão. É composto por 40 itens, dos quais 30 são afirmações/pensamentos negativos e 10 são relativos a pensamentos/afirmações positivas.

³ Consultar página 29: *Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa do Perfectionism Cognitions Inventory (Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Gray, L., 1998).*

4.2.2.5 Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS-21)

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress foi originalmente criada por Lovibond e Lovibond (1995) com o intuito de obter uma avaliação geral de sintomas de ansiedade (e.g.: “Senti dificuldades em respirar”, “Senti-me quase a entrar em pânico.”, “Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico”) e de depressão (“Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.”, “Senti-me desanimado e melancólico.”, “Senti que não tinha muito valor como pessoa.”) e de fazer uma discriminação entre ambos os constructos. Um terceiro fator foi obtido após o estudo fatorial da escala, que incluía itens menos discriminativos das duas dimensões anteriormente referidas, (e.g.: “Senti dificuldade em relaxar-me.”, “Dei por mim a ficar agitado”, “Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.”). Este novo fator foi denominado de “Stress”, ficando assim a escala composta por 3 subescalas. Cada subescala possui um total de sete itens, sendo a escala completa composta por 21 itens.

Dentro de cada subescala é ainda possível identificar diferentes conceitos, nomeadamente: Excitação do Sistema Autónomo (três itens), Efeitos Músculo Esqueléticos (um item), Ansiedade Situacional (um item), Experiências subjetivas de ansiedade (dois itens) na Ansiedade; na Depressão a Disforia (um item), Desânimo (um item), Desvalorização da vida (um item), Auto Depreciação (um item), Falta de interesse ou envolvimento (um item), Anedonia (um item), Inércia (um item); e no Stress a Dificuldade em relaxar (dois itens), Excitação Nervosa (um item), Facilmente Agitado/Chateado (um item), Irritação/Reação Exagerada (dois itens), Impaciência (um item).

Os itens avaliam a severidade e frequência dos sintomas experimentados ao longo da última semana através de uma escala de tipo Likert de 4 pontos (0 = *Não se aplicou nada a mim*; 3 = *Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*).

A cotação de cada escala é obtida pela soma dos resultados dos 7 itens, obtendo-se uma nota para cada subescala com um resultado mínimo de 0 e máximo de 21. As notas mais elevadas correspondem a estados afetivos mais negativos.

Em Portugal, o instrumento encontra-se adaptado por Ribeiro, Honrado e Leal (2004). Nesta versão, foi possível verificar que o instrumento obteve uma adequada consistência interna, apresentando para a subescala depressão um alfa de Cronbach = .85, de .74 para a de ansiedade e de .81 para a de stress.

No presente estudo, também obtivemos boa consistência interna nas subescalas, (Depressão: $\alpha = .89$; Ansiedade: $\alpha = .90$; Stress: $\alpha = .91$)

4.3.Procedimentos

4.3.1. Procedimento de recolha de dados

O processo de recolha de dados foi semelhante ao decorrido para a realização do primeiro estudo deste trabalho (Estudo 1).⁴

A recolha dos dados foi feita de forma aleatória recorrendo a questionários de preenchimento *online* distribuídos através das redes sociais. Foi selecionado aleatoriamente um grupo inicial de indivíduos, sendo depois pedido aos mesmos que reencaminhassem o questionário a mais participantes.

4.3.2. Procedimento de análise estatística

⁴ Procedimento integralmente apresentado no ponto 3.3.2 do Estudo 1.

No presente estudo as análises foram realizadas através do programa de tratamento de dados estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (24.0) para Windows.

Procedeu-se inicialmente ao cálculo das estatísticas descritivas (média e desvio padrão) e das diferentes correlações entre as variáveis em estudo (perfeccionismo, cognições perfeccionistas, sintomas psicopatológicos e pensamentos automáticos). Este procedimento foi realizado para a amostra total ($N = 315$).

Verificou-se também se existem diferenças em função do sexo, na amostra total, no que diz respeito às pontuações obtidas no PCI, através do cálculo da média e desvio-padrão, como também o efeito de magnitude (através do d de Cohen) e o teste t de student para amostras independentes.

Posteriormente, foi analisado o papel preditor da variável perfeccionismo ($N = 315$), isto é, o contributo das componentes do perfeccionismo (adaptativo e desadaptativo) na explicação dos sintomas psicopatológicos com recurso à regressão linear simples e múltipla.

Por último, foram efetuadas análises de mediação através dos procedimentos sugeridos por Baron e Kenny (1986), que são os seguintes: (1) averiguar se existe uma relação linear entre a variável independente (VI) e a variável dependente (VD), indicando se há ou não um efeito total da VI sobre a VD, através de uma regressão linear simples; (2) verificar se existe relação linear entre a VI e a variável mediadora (M), com recurso a uma regressão linear simples; (3) apurar se o M influencia a relação entre VI e VD, utilizando uma regressão múltipla; (4) testar a significância do efeito mediado, recorrendo ao *Teste de Sobel*; (5) confirmar se a mediação é total ou parcial, através da percentagem do efeito indireto face ao efeito total.

4.4 Resultados

4.4.1 Análise descritiva da amostra

De forma a melhor caracterizar a amostra, procedeu-se à examinação das estatísticas descritivas e das diferenças entre sexo das variáveis em questão, isto é, das cognições perfeccionistas, do perfeccionismo, dos sintomas psicopatológicos e dos pensamentos automáticos (Tabela 8).

Tabela 8

Estatísticas Descritivas e diferenças entre sexo das variáveis em estudo

Variáveis		Amostra total		Sexo		<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	Feminino	Masculino			
		(N = 315)		(N = 261)	(N = 54)			
				Média	Média			
				(<i>DP</i>)	(<i>DP</i>)			
Cognições Perfeccionistas	PCI	71.438	71.438	71.931 (18.173)	69.056 (18.486)	0.157	-1.055	.292
	PAO	83.165	18.463	83.977 (17.996)	79.241 (19.973)	0.249	-1,727	.085
Perfeccionismo	HMPS	46.098	12.786	45.862 (12.659)	47.240 (13.446)	-0.106	0.721	.472
	POO	44.178	8.010	44.280 (7.933)	43.685 (8.434)	0.073	-0.496	.620
	PP	22.949	5.181	22.904 (5.156)	23.167 (5.340)	-0.050	0.338	.735
	PE	22.679	7.317	22.743 (7.228)	22.370 (7.780)	0.050	-0.340	.734
	FMPS	10.108	3.494	10.100 (3.516)	10.167 (3.413)	-0.019	0.136	.892
	O	24.819	4.456	25.092 (4.362)	23.500 (4.705)	0.351	-2.408	.017*
Sintomas	DASS- Ansiedade	4.431	4.927	4.671	3.278	0.313	-1.899	.020*

Psicopatológicos	21				(5.124)	(3.657)			
		Depressão	4.819	4.643	4.966 (4.778)	4.111 (3.884)	0.196	-1.232	.219
		Stress	7.724	5.237	8.054 (5.249)	6.130 (4.922)	0.378	-2.584	.014*
					25.066	19.537			
Pensamentos	ATQ-	ATQ-N	24.118	21.723	(22.363)	(17.796)	0.274	-1.473	.142
Automáticos	R	ATQ-P	17.282	7.858	17.576 (7.806)	15.852 (8.925)	0.206	-1.982	.089

Nota. $N = 315$. Sexo Feminino ($N = 261$). Sexo Masculino ($N = 54$). PCI = Inventário de cognições Perfeccionistas, de Flett et al., 1998; HMPS = Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett (1991); PAO = Perfeccionismo Auto-orientado; PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO = Perfeccionismo Orientado para os Outros; FMPS = Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost et. al (1990); PE = Preocupação com os Erros; PP = Padrões Pessoais; DA = Dúvidas sobre as Ações; O = Organização; DASS-21 = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de Lovibond e Lovibond (1995); . ATQ-R = Questionário de pensamentos automáticos - revisto (Kendall et al., 1989); ATQ-P = Itens positivos do ATQ; ATQ-N = Itens negativos do ATQ. *d de Cohen*
* $p < .05$.

De acordo com a Tabela 8, a média das cognições perfeccionistas foi de 71.438 ($DP = 18,230$), sendo que os valores possíveis variam entre 25 e 125, o que permite concluir que a amostra não apresenta valores muito elevados de cognições perfeccionistas. Quanto às dimensões de perfeccionismo, as que apresentaram valores médios mais elevados foram o Perfeccionismo auto-orientado PAO da HMPS ($M = 83.165$, $DP = 18.463$, num máximo possível 126) e a Organização (O) da FMPS ($M = 24.819$, $DP = 4.456$, num máximo possível de 30 pontos). No que diz respeito à sintomatologia, podemos concluir que a mais frequente foi o Stress ($M = 7.724$, $DP = 5.237$) e que a ocorrência de pensamentos automáticos negativa também é mais evidente ($M = 24.118$, $DP = 21.723$), comparativamente à ocorrência de pensamentos automáticos positivos.

Procuramos também averiguar se havia diferenças significativas entre sexos e concluímos que no que diz respeito tanto às cognições perfeccionistas como aos pensamentos automáticos (tanto positivos como negativos) que as mulheres apresentam valores médios mais elevados comparativamente aos homens, porém, essas diferenças

não são significativas ($p < .05$). Relativamente ao perfeccionismo, podemos concluir que os homens apresentam valores superiores no Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) do HMPS, maior Preocupação com os Erros (PE) e mais Dúvidas sobre as Ações (DA) da FMPS, sendo que em todas as restantes escalas são as mulheres que apresentam valores mais elevados de perfeccionismo. Ainda assim, nenhuma destas diferenças é significativa ($p < .05$), à exceção da diferença apresentada na subescala Organização ($t_{(313)} = -2.408, p = .017$). Quanto à análise da sintomatologia, foi possível verificar que as mulheres apresentam valores médios mais elevados, sendo que na Ansiedade ($t_{(313)} = -1.899, p = .020$) e no Stress ($t_{(313)} = -2.584, p = .014$). Relativamente ao d de Cohen, os valores indicam uma magnitude de efeito reduzido.

4.4.2. Relação entre as cognições perfeccionistas e as diferentes dimensões do perfeccionismo

Para compreender melhor qual a relação entre as cognições perfeccionistas e o perfeccionismo realizou-se uma análise correlacional

Tabela 9

Correlação das cognições perfeccionistas com as dimensões do perfeccionismo da escala HMPS

	PAO	PSP	POO	HMPS total
PCI	.596***	.523***	.142***	.608***

Nota. $N = 315$. PCI (Inventário de cognições Perfeccionistas); HMPS = Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett (1991); PAO = Perfeccionismo Auto-orientado; PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO = Perfeccionismo Orientado para os Outros; HMPS total = Valor total de perfeccionismo avaliado pela HMPS; *** $p < .001$

O estudo da relação entre a presença de cognições perfeccionistas e as várias dimensões do perfeccionismo permitiu observar que ambas se correlacionam

moderadamente ($r = .608$, $p < .01$), com valores mais elevados nas dimensões PAO ($r = .596$, $p < .01$) e PSP ($r = .523$, $p < .01$).

Tabela 10

Correlações das cognições perfeccionistas com as dimensões de perfeccionismo da FMPS

	PP	PE	DA	O	FMPS total
PCI	.496***	.499***	.363***	.142***	.566***

Nota. $N = 315$. FMPS = Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost et. al (1990); PE = Preocupação com os Erros; PP = Padrões Pessoais; DA = Dúvidas sobre as Ações; O = Organização.
*** $p < .001$

Quanto às dimensões da escala de Frost et al., (1990) conclui-se que as cognições perfeccionistas se correlacionam fortemente com o valor total da Escala Multidimensional de Frost (FMPS; $r = .566$). Sublinhando que, as cognições perfeccionistas parecem estar mais relacionadas aos Padrões Pessoais ($r = .496$), à Preocupação com os Erros ($r = .499$) e às Duvidas sobre Ações ($r = .363$).

4.4.3. Relação entre as dimensões adaptativas e desadaptativa e as cognições perfeccionistas e relação entre estas dimensões com os sintomas psicopatológicos

Para melhor compreender as diferenças entre o perfeccionismo adaptativo e desadaptativo, assim como para perceber qual a relação que ambas as dimensões têm com as cognições perfeccionistas, recorreremos a uma análise correlacional, agrupando as dimensões do perfeccionismo da seguinte forma (segundo a divisão realizada por Frost et. al., em 1993) Perfeccionismo Adaptativo composto pelas dimensões PAO e POO (HMPS, Hewitt & Flett, 1991) PP e O (FMPS, Frost et. al., 1990) e o Perfeccionismo Desadaptativo por PSP (Hewitt & Flett, 1991), PE e DA (FMPS, Frost et. al., 1990).

Tabela 11

Correlação entre os sintomas psicopatológicos e as dimensões adaptativa e desadaptativa do perfeccionismo

	Ansiedade	Depressão	Stress	DASS-21
Adaptativo	.197**	.128*	.215**	.199**
Desadaptativo	.383**	.469**	.405**	.458**

Nota. $N = 315$. DASS-21 = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de Lovibond e Lovibond (1995).

** $p < .01$ * $p < .05$

Analisando a tabela 11, é possível concluir que tanto a dimensão adaptativa como a desadaptativa estão correlacionadas positivamente com a presença de sintomas psicopatológicos. No entanto é possível verificar que a dimensão desadaptativa correlaciona mais significativamente com os sintomas psicopatológicos ($r = .458$) do que a dimensão adaptativa ($r = .199$).

Mais particularmente podemos concluir que o Perfeccionismo Desadaptativo apresenta uma maior correlação com a Depressão ($r = .469$), seguido do Stress ($r = .405$) e por último com a Ansiedade ($r = .383$).

Tabela 12

Correlação das dimensões adaptativa e desadaptativa do perfeccionismo com as cognições perfeccionistas e os pensamentos automáticos

	PCI	ATQ-R	ATQ-N	ATQ-P
Adaptativo	.460**	.021	.073	-.131*
Desadaptativo	.518**	.525**	.539**	.277**

Nota. $N = 315$. ATQ-R = Questionário de pensamentos automáticos - revisto; ATQ-N = Itens negativos do ATQ; ATQ-P = Itens positivos do ATQ

** $p < .01$ * $p < .05$

Relativamente às cognições perfeccionistas é possível verificar que correlaciona significativamente com ambas as dimensões (Tabela 12). No entanto, no que toca à

análise da correlação entre a presença de pensamentos automáticos e as dimensões adaptativa e desadaptativa existem algumas diferenças significativas. Os indivíduos que pontuaram mais na presença de pensamentos automáticos apresentam também maiores pontuações nas dimensões desadaptativa ($r = .518$), sendo que apenas correlacionam significativamente nos pensamentos automáticos negativos ($r = .539$). Por outro lado, na dimensão desadaptativa a correlação com os pensamentos automáticos é pouco significativa ($r = .021$), e inclusive de forma negativa com os pensamentos automáticos positivos ($r = -.131$).

4.4.4. Relação entre a frequência de pensamentos automáticos e o perfeccionismo

A análise correlacional entre as crenças perfeccionistas e a frequência de pensamentos automáticos permitiu compreender que ambas as escalas se correlacionam positivamente, o que significa que os indivíduos com crenças perfeccionistas mais frequentes são também os que apresentam pensamentos automáticos mais frequentemente ($r = .422$). Conclui-se ainda que as crenças perfeccionistas apenas se correlacionam de forma significativa com os pensamentos automáticos negativos ($r = .496$), não apresentando praticamente nenhuma relação com os pensamentos automáticos positivos ($r = .050$) (Tabela 13).

Além disso, a frequência de pensamentos automáticos parece estar associada também ao perfeccionismo, tanto na escala HMPS (Hewitt & Flett, 1991) ($r = .318, p < .01$) como FMPS (Frost et. al., 1990) ($r = .428, p < .01$).

No que diz respeito às subescalas, conclui-se que a presença de pensamentos automáticos correlaciona positivamente e de forma significativa com todas as

subescalas de perfeccionismo à exceção da subescala POO ($r = .016$) e O ($r = .139$, $p < .05$).

Já os pensamentos negativos correlacionam de forma significativa com o PCI ($r = .496$), com o PSP ($r = .496$), com a PE ($r = .471$) e com a DA ($r = .484$).

Tabela 13

Relação entre a presença de pensamentos automáticos positivos e negativos e os níveis do perfeccionismo nas diferentes dimensões

	ATQ-P	ATQ-N	ATQ-R
PCI	.050	.496***	.422***
PAO	.020	.206***	.175***
PSP	.254***	.509***	.493***
POO	.000	.019	.016
HMPS total	.119**	.344***	.318***
PP	-.105	.195**	.129**
PE	.240***	.471***	.458***
DA	.256***	.484***	.473***
O	-.111**	-.129**	-.139**
FMPS total	.159***	.464***	.428***

Nota. $N = 315$. ATQ-R = Questionário de pensamentos automáticos - revisto (Kendall et al., 1989); ATQ-P = Itens positivos do ATQ; ATQ-N = Itens negativos do ATQ.

*** $p < .001$

4.4.5. Relação entre o perfeccionismo e os sintomas psicopatológicos

Em relação à análise dos sintomas psicopatológicos, concluímos que de uma forma geral os sintomas psicopatológicos surgem associados ao perfeccionismo, tanto no HMPS ($r = .306$, $p < .01$) como no FMPS ($r = .421$). De forma mais específica, a ansiedade parece estar mais correlacionada significativamente com o PSP ($r = .398$), PE

($r = .326$) e DA ($r = .356$) e menos fortemente, mas ainda assim de forma significativa, com o PAO ($r = .170$) e PP ($r = .216$).

A depressão, por sua vez, parece correlacionar positivamente com o PAO ($r = .168$), com o PSP ($r = .430$), com os PP ($r = .168$), PE ($r = .390$) e DA ($r = .465$). E de forma negativa com o POO ($r = -.22$).

Também o stress correlaciona de forma significativa com todas as subescalas, à exceção da POO e da O.

Foi ainda possível concluir que o distress psicológico se correlaciona fortemente com os pensamentos automáticos ($r = .707$), principalmente no que diz respeito aos pensamentos automáticos negativos ($r = .748$). Obteve-se também uma correlação forte entre os pensamentos automáticos e a depressão ($r = .808$).

Os pensamentos automáticos negativos, surgem associados fortemente com todos os níveis de distress, principalmente com a depressão ($r = .826$). Os pensamentos positivos, por sua vez, também apresentaram associações positivas, embora fracas ($r < .20$), com a ansiedade e o stress e mais fortemente com a depressão.

As cognições perfeccionistas correlacionam de forma significativa com as três formas de distress psicológico (Tabela 14).

Tabela 14
Correlações entre as dimensões do perfeccionismo e os sintomas psicopatológicos

Variáveis	Ansiedade	Depressão	Stress
PCI	.390**	.416**	.447**
PAO	.170**	.168**	.225**
PSP	.398**	.430**	.372**
POO	-.030	-.022	.047
HMPS total	.257*	.279**	.299**

PP	.216**	.168**	.255**
PE	.326**	.390**	.335**
DA	.356**	.465**	.406**
O	.070	.005	.048
FMPS total	.1358**	.404**	.392**
ATQ-P	.181**	.437**	.257**
ATQ-N	.612**	.826**	.621**
ATQ-R	.556**	.808**	.586**

Nota. $N = 315$. PCI = Inventário de cognições perfeccionistas; PAO = Perfeccionismo Auto Orientado; PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO = Perfeccionismo Orientado para Outros; HMPS total = Escala Multidimensional de perfeccionismo de Hewitt; PP = Padrões Pessoais; PE = Preocupação com os Erros; DA = Dúvidas sobre as Ações; O = Organização; FMPS total = Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost; ATQ-P = Pensamentos automáticos positivos; ATQ-N = Pensamentos automáticos negativos; ATQ-R = Escala de pensamentos automáticos-revista ** $p < .01$ * $p < .05$

4.4.6. Estudo do papel das cognições perfeccionistas na relação entre o perfeccionismo e os sintomas psicopatológicos

Para estimar o contributo do perfeccionismo adaptativo e desadaptativo nos sintomas psicopatológicos, recorreu-se à técnica da regressão múltipla, considerando o PA e PD variáveis preditivas e os sintomas psicopatológicos como variáveis dependentes. De modo a compreender esta relação procedeu-se à identificação das cognições perfeccionistas como variável mediadora desta relação (Tabela 15).

Tabela 15

Efeito das Cognitiones Perfeccionistas na relação entre o Perfeccionismo Adaptativo e os Sintomas Psicopatológicos e na relação entre o Perfeccionismo Desadaptativo e os Sintomas Psicopatológicos

Variáveis em estudo	Ansiedade		Depressão		Stress	
	β	R^2	β	R^2	β	R^2
		.039***		.016***		.046***
PA	.197**		.128**		.215**	
		.153***		.178***		.199***
PA	.022		-.080		.012	
PCI	.380**		.452**		.441**	
		.147***		.220***		.164***
PD	.383**		.469**		.405**	
		.197***		.261***		.241***
PD	.247**		.347**		.238**	
PCI	.262**		.236**		.323**	

Nota. β = Coeficiente de regressão padronizado; R^2 = Coeficiente de determinação; PA = Perfeccionismo Adaptativo; PD = Perfeccionismo Desadaptativo; PCI = Inventário de Cognitiones Perfeccionistas.
** $p < .01$; * $p < .05$ *** $p < .001$.

A análise dos resultados permitiu-nos concluir que o contributo do perfeccionismo adaptativo (PA) na predição de sintomas psicopatológicos é bastante reduzido. O perfeccionismo adaptativo parece contribuir para a ansiedade numa ordem de grandeza de 3,9%, para o stress o valor sobe para 4,6% e na depressão o valor foi o mais baixo na ordem de grandeza de 1,6%. Os valores beta indicam que, apesar do contributo do PA ser reduzido, ainda assim este é significativo ($p < .001$).

Quando se consideraram as cognitiones perfeccionistas (PCI) como mediador a ordem de grandeza para a ansiedade subiu para 15,3%, 17,8% para a depressão e 19,9%

para o stress. Por outro lado, os betas do PA desceram em todas as regressões e deixaram de ser significativos, sendo que os betas do PCI foram nos três casos elevados e significativos. O que indica que a presença de cognições perfeccionistas parece mediar contributo do perfeccionismo adaptativo na predição dos sintomas.

Quanto à análise do Perfeccionismo desadaptativo, concluímos que este apresenta um contributo superior na predição dos sintomas, principalmente a nível da depressão (26,1%) e no stress (24,1%). Na ansiedade a ordem de grandeza é também significativa (19,7%, $p < .001$). Quanto aos valores beta, são significativos em todas as variáveis e mesmo depois de submetidos à influência do PCI, apesar de diminuírem ligeiramente continuam a ser significativos, o que mostra que o Perfeccionismo Desadaptativo só por si é um bom preditor de sintomas psicopatológicos. Apesar disto, o PCI também apresenta valores beta significativos, o que nos pode sugerir que contribui em parte para este efeito de predição.

Posto isto, tentamos perceber se o papel das cognições perfeccionistas é suficientemente significativo para que desempenhem um papel mediador nesta relação, recorreremos para isso à análise da mediação. A mediação é caracterizada pelo efeito de um preditor sobre uma variável dependente, através do efeito indireto de uma terceira variável: a mediadora. O processo de análise de mediação foi realizado através dos procedimentos sugeridos por Baron e Kenny (1986), em que foi testado, primeiramente, um modelo no qual o perfeccionismo (adaptativo e desadaptativo) é a variável independente e os sintomas psicopatológicos são a variável dependente, utilizando a escala total do PCI como variável mediadora para a amostra total. A significância do efeito indireto ou mediado foi calculado com recurso ao Teste de Sobel.

Na Figura 2 está representado o esquema genérico da relação entre as variáveis em estudo.

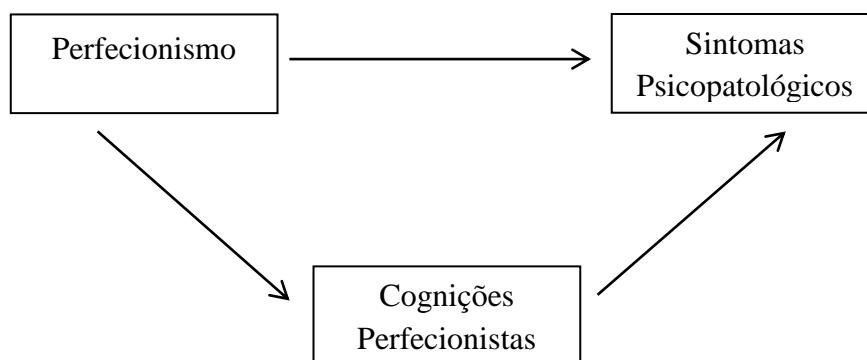


Figura 2 - Esquema Genérico da Mediação das cognições perfeccionistas no perfeccionismo e sintomas psicopatológicos

No nosso caso, analisamos detalhadamente cada Sintoma individualmente, tanto para o Perfeccionismo Adaptativo como para o Perfeccionismo Desadaptativo.

Tabela 16

Efeito do Perfeccionismo adaptativo e do Perfeccionismo desadaptativo nos diferentes sintomas psicopatológicos: Análise do estatuto mediador das cognições perfeccionistas (N = 315)

Variáveis em estudo	Efeito total	Efeito Direto	Efeito Indireto (PCI)	Mediação
PA -> Ansiedade	.197**	.022	2.541	11% (mediação total)
PA -> Depressão	.128*	-.080	2.601	-62,5% (supressão)
PA -> Stress	.215**	.012	2.611	5,58% (mediação total)
PD -> Ansiedade	.383**	.247**	4.162	64.49% (mediação parcial)
PD -> Depressão	.469*	.347**	4.036	16.27% (mediação parcial)
PD -> Stress	.405**	.238**	4.978	58.76% (mediação parcial)

Nota. ^a A significância do efeito indireto foi obtida através do Teste de Sobel.

PA = Perfeccionismo Adaptativo.; PD = Perfeccionismo Desadaptativo; PCI = Inventário de cognições perfeccionistas

* $p < .05$; ** $p < .01$

A análise dos resultados permitiu-nos observar que o efeito mediador das cognições perfeccionistas está presente tanto para o perfeccionismo adaptativo como para o perfeccionismo desadaptativo.

O efeito do perfeccionismo adaptativo na ansiedade e no stress parece ser totalmente mediado pela presença destas cognições perfeccionistas (11% e 5,58%, respetivamente). Na depressão, por sua vez, o PCI apresenta um papel supressor (-62,5%). Estes resultados sugerem que as cognições perfeccionistas desempenham um papel crucial na manifestação de sintomas em indivíduos com perfeccionismo adaptativo. Ainda assim, os valores do impacto indireto nesta análise não são muito elevados (menos de 20% do impacto total),

Já no perfeccionismo desadaptativo, os resultados indicam que o PCI medeia parcialmente a sua relação com os sintomas psicopatológicos. No caso da ansiedade e do stress, concluímos que mais de metade do efeito do PD nestes sintomas é derivada à presença das cognições perfeccionistas (64,49% na ansiedade e 58,76% no stress). Na depressão, por sua vez, esta mediação parcial é mais baixa, sendo que o valor indireto representa 16,27% do efeito total entre o PD e a depressão. Isto indica-nos que existem outros fatores além das cognições perfeccionistas que podem aumentar a relação do perfeccionismo desadaptativo com a depressão.

Posteriormente procurámos ainda compreender qual o papel que os sintomas psicopatológicos exerciam na relação entre as cognições perfeccionistas e o perfeccionismo. Neste modelo, o perfeccionismo é a variável independente e as cognições perfeccionistas são a variável dependente, utilizando os sintomas psicopatológicos como variável mediadora para a amostra total (Figura 3).

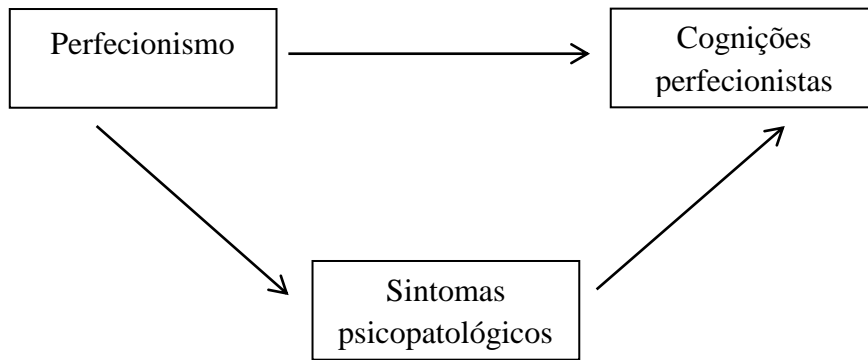


Figura 3 - Efeito dos sintomas psicopatológicos na relação entre o perfeccionismo e as cognições perfeccionistas

Analisando os diferentes sintomas psicopatológicos em separado foi possível verificar que estes exercem um papel mediador significativo na relação do Perfeccionismo (PA e PD) com o PCI ($p < .001$) (Tabela 17).

Tabela 17

Efeito dos Sintomas Psicopatológicos como mediador da relação entre o Perfeccionismo e as Cognições Perfeccionistas

Variáveis em estudo	PCI	
	β	R^2
		.212***
PA	.460**	
		.341***
PA	.399**	
Ansiedade	.312**	
		.334***
PA	.414**	
Depressão	.364**	
		.197***
PA	.364**	
Stress	.262**	
		.269***
PD	.518**	
		.312***
PD	.432**	
Ansiedade	.224**	
		.307***

PD	.414**	
Depressão	.221**	
		.336***
PD	.404**	
Stress	.283**	

Nota. PA = Perfeccionismo Adaptativo; PD = Perfeccionismo Desadaptativo.

** $p < .01$. *** $p < .001$

A presença de sintomatologia parece contribuir para as cognições perfeccionistas numa ordem de grandeza de 21,12% no perfeccionismo adaptativo. Notou-se que, quando em conjunto com a ansiedade esta ordem subia para 30,5%, com a depressão passava para 34,1% e para o stress para 33,4%. Ainda assim os valores de beta continuam a ser significativos, o que indica que a presença de sintomas no PA pode predizer uma parte das cognições perfeccionistas mas que o PA só por si é um bom preditor de PCI.

No perfeccionismo desadaptativo, a presença de sintomatologia parece contribuir para as cognições perfeccionistas numa ordem de grandeza de 26,9%. No entanto, quando em conjunto com a ansiedade esta ordem subiu para 31,2%, com a depressão passou para 30,7% e para o stress para 33,6%. Tal como aconteceu no perfeccionismo adaptativo, também os valores de beta continuaram significativos após introduzir estas variáveis, o que sugere que a sintomatologia psicopatológica desempenha um papel preditor, mas que o PD só por si é um bom preditor destas cognições.

De acordo com a análise de dados efetuada, iremos proceder de seguida à discussão dos resultados mais pertinentes de acordo com os objetivos do presente estudo.

4.5. Discussão

Tal como abordado na introdução deste trabalho, algumas evidências empíricas apontam para a importância de ter em consideração os aspetos cognitivos quando se estuda o perfeccionismo, não só para compreender a própria complexidade do constructo, como também pela influência que os processos cognitivos perfeccionistas parecem exercer no desenvolvimento e manutenção de sintomas psicopatológicos.

Este estudo teve como principais objetivos demonstrar se as cognições perfeccionistas estavam associadas a pensamentos automáticos, perfeccionismo (adaptativo e desadaptativo) e sintomas psicopatológicos. Procuramos também verificar se as cognições perfeccionistas desempenhavam um papel mediador entre o perfeccionismo e o distress psicológico.

Para isso, analisamos em primeiro lugar as características sociodemográficas da nossa amostra total ($N = 315$). No estudo do perfeccionismo, a análise dos resultados mostrou que a dimensão que apresentou valores médios mais elevados foi o Perfeccionismo Auto-Orientado da HMPS. A dimensão Perfeccionismo Orientado para os Outros (POO) foi onde os participantes apresentaram valores mais baixos. Podemos notar que estes dados foram concordantes com os resultados obtidos no estudo realizado na adaptação portuguesa da HMPS (Soares et. al., 2003). À semelhança do observado no estudo de adaptação portuguesa, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre sexos nas pontuações das várias dimensões da HMPS. Quanto à FMPS, a subescala que obteve valores médios mais baixos foi a subescala Dúvidas sobre as Ações, ao passo que a subescala onde os participantes mais pontuaram foi na Organização. Quando analisamos as cognições perfeccionistas, podemos verificar que a análise das diferenças de grupos foi ao encontro do estudo original do instrumento (Flett et al., 1998), sendo que as mulheres apresentam em ambos os estudos valores médios

mais elevados do que os homens, no entanto a diferença não é significativa. Também na frequência de pensamentos automáticos e na presença de sintomas psicopatológicos as mulheres apresentam valores superiores aos homens. Ainda assim, estas diferenças só são significativas na Ansiedade e no Stress. Podemos ainda concluir relativamente a estas duas variáveis que nesta amostra os sintomas psicopatológicos mais frequentes estão relacionados com o Stress, ao mesmo tempo que a ocorrência de pensamentos automáticos de carácter negativo prevalece sobre os pensamentos automáticos positivos.

A análise dos resultados permitiu-nos verificar que as cognições perfeccionistas surgem de facto associadas às diferentes formas de perfeccionismo, principalmente no PAO e no PSP, tal como alguns autores concluíram anteriormente (e.g. Flett, 2011b). Na escala de FMPS foi possível verificar que as cognições perfeccionistas correlacionam positivamente com os Padrões Pessoais, com a Preocupação com os Erros e as Dúvidas sobre as Ações. Estes resultados vão de encontro à literatura que analisa frequentemente o perfeccionista como alguém com padrões e regras extremamente elevadas que se preocupa frequentemente com as suas ações e desempenhos futuros e que rumina de forma exaustiva acerca dos erros cometidos no passado.

Note-se ainda que os indivíduos que apresentam cognições de conteúdo perfeccionista mais frequentemente são também os que experienciam mais pensamentos automáticos, principalmente de carácter negativo. Estes pensamentos automáticos negativos surgem, por sua vez, também associados às diferentes formas de distress avaliadas neste estudo (que são também as mais frequentemente apontadas na literatura (e.g. Flett et al., 1998; Flett et al., 2011b).

No caso das cognições perfeccionistas, foi possível concluir que estão relacionadas tanto com a ansiedade, como com a depressão e stress. O que nos levou a considerar o estudo de um possível papel mediador nesta variável.

Assim, procurou-se compreender qual o efeito que as cognições perfeccionistas desempenhavam sobre a relação do perfeccionismo com os sintomas psicopatológicos. Observamos que o Perfeccionismo Adaptativo apresentava um contributo sobre a manifestação de sintomas, ainda que bastante reduzido. No entanto, verificamos que, após incluir as cognições perfeccionistas, este efeito deixava de ser significativo, passando então a relação do PA com os sintomas a ser mediada pelas cognições perfeccionistas. Este aspeto é reforçado através da análise da mediação, na qual concluímos que a relação do PA com os sintomas “Ansiedade” e “Stress” é totalmente mediada pelas cognições perfeccionistas, o que nos sugere que só quando experienciam cognições de carácter perfeccionista é que os indivíduos com perfeccionismo adaptativo têm maior probabilidade de desenvolver sintomas de ansiedade e stress. Na depressão, por sua vez, verificamos que as cognições perfeccionistas desempenham um papel supressor da relação da depressão com o perfeccionismo.

No caso do perfeccionismo desadaptativo, concluímos que este apresenta um contributo superior ao manifestado pelo PA, apresentando-se como preditor da depressão, do stress da ansiedade na nossa amostra. Estes resultados vão ao encontro de outros realizados anteriormente que indicavam o papel preditor das cognições perfeccionistas, por exemplo na depressão e na ansiedade (Flett et al., 1998). Verificamos que os valores de beta se mantinham significativos após a influência das cognições perfeccionistas, o que sugere que o PD só por si é um bom preditor de sintomas. Ainda assim, o PCI também apresenta valores significativos, o que nos levou à realização da mediação. Tal como esperado, a mediação existe, mas não é total. Não obstante,

observamos que mais de metade da relação do PD com a ansiedade e do PD com o stress é mediada pelas cognições perfeccionistas, sendo que, no caso da depressão esta mediação é um pouco inferior. Neste caso, não foi possível encontrar na literatura dados disponíveis que nos permitissem discutir os resultados obtidos no nosso estudo relativamente à mediação.

Ainda assim, estes resultados são bastante esclarecedores acerca da importância de ter em consideração o perfeccionismo no estudo da psicopatologia, tendo em consideração a presença de traços e cognições perfeccionistas. Face a isto, e para realçar ainda mais este aspeto, quisemos também compreender se os sintomas psicopatológicos exerciam algum efeito sobre a relação do perfeccionismo com a presença de cognições perfeccionistas.

Ao analisarmos o contributo do perfeccionismo adaptativo para as cognições perfeccionistas verificamos que a ordem de grandeza subiu ao adicionarmos a ansiedade, a depressão e o stress acontece o mesmo. Os valores de beta mantiveram-se significativos, o que pode indicar que a presença de sintomas no perfeccionismo adaptativo pode prever a frequência de pensamentos perfeccionistas, mas que o facto de o PA existir só por si, logicamente é um bom preditor para que estes pensamentos ocorram. No caso do PD, verificamos que também aqui a ordem de grandeza aumentou com a presença da ansiedade, da depressão, do stress,. Também os valores de beta se mantiveram significativos, indicam o forte poder preditivo do PD sobre as cognições perfeccionistas.

Podemos identificar como limitações a este estudo a escassez de estudos com a variável cognições perfeccionistas. Tal como referido anteriormente, ainda existem poucos estudos que analisem esta variável e uma grande parte da investigação no

perfeccionismo prende-se ao estudo das suas características comportamentais e não tanto aos seus aspetos cognitivos.

Como proposta para estudos futuros neste âmbito, seria interessante testar outras variáveis como mediadores, como por exemplo os pensamentos automáticos positivos e negativos.

Ainda assim, este estudo demonstrou resultados muito interessantes, na medida em que a frequência de cognições perfeccionistas pode ser explicada em parte pela presença de sintomas psicopatológicos no indivíduo perfeccionista. E, por sua vez, como vimos anteriormente, os sintomas, quando influenciados pelas cognições perfeccionistas podem tornar-se mais evidentes. Este efeito “bola de neve” aponta, de forma bastante clara para a estrita relação entre o perfeccionismo e o desenvolvimento de psicopatologias. O facto de termos em consideração a avaliação do perfeccionismo no diagnóstico clínico pode prevenir a agudização de alguns sintomas e ser uma mais-valia na delimitação do plano de tratamento.

Conclusões

A revisão da literatura realizada no âmbito global das cognições perfeccionistas e da génese do perfeccionismo permitiu-nos conhecer um pouco mais acerca das consequências deste constructo quando surge de forma recorrente e também compreender a importância de ir além das características base e abordar um pouco mais o perfeccionismo enquanto estado, avaliando, por exemplo a frequência de cognições perfeccionistas. O facto de tanto o perfeccionismo como as suas cognições estarem tão associadas a diversos quadros psicopatológicos e a sua presença ser relevante em alguns deles levou-nos ao desenvolvimento deste projeto. Procurou-se averiguar as relações entre as cognições perfeccionistas e os sintomas psicopatológicos, ao mesmo tempo que tentamos observar as diferenças nestas cognições em cada dimensão do perfeccionismo. Posto isto, tentamos esclarecer se as cognições perfeccionistas desempenhavam um papel mediador na relação entre o perfeccionismo e a presença de sintomas psicopatológicos.

O primeiro capítulo inclui uma breve introdução no qual foi possível descrever e clarificar os constructos abordados ao longo do estudo. Esta revisão teórica permitiu-nos levantar algumas questões de investigação que procuramos responder através da realização de estudos empíricos.

O primeiro estudo incidiu na análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa do Inventário de Cognições Perfeccionistas (*PCI*; Flett et. al., 1998). O *PCI* trata-se de um instrumento que engloba uma visão mais cognitiva do perfeccionismo e permitiu avaliar a frequência com quem ocorrem pensamentos de carácter perfeccionista. Por essa razão, achamos fundamental a sua inclusão no âmbito deste trabalho, sendo por isso um dos nossos objetivos principais adaptá-lo à população portuguesa.

Globalmente, os resultados revelaram que a versão portuguesa do PCI possui características psicométricas satisfatórias. A análise confirmatória permitiu replicar a estrutura fatorial original proposta por Flett et. al. (1998) e análise da consistência interna apresentou coeficientes bastante satisfatórios e em linha com os apresentados em estudos anteriores incluindo o mesmo instrumento. O estudo da validade convergente não se mostrou completamente satisfatório indiciando que os itens que compõem o PCI não são claros quanto ao constructo que o instrumento pretende medir. No entanto, no que toca à validade concorrente, verifica-se que o PCI apresenta, tal como esperado, correlações positivas e significativas com o Questionário de Pensamentos Automáticos e com as duas escalas multidimensionais de perfeccionismo (HMPS e FMPS).

No estudo 2, procuramos verificar as diferentes relações entre as cognições perfeccionistas, o perfeccionismo, os pensamentos automáticos (positivos e negativos) e os sintomas psicopatológicos. Verificámos que as cognições perfeccionistas surgem de facto associadas às diferentes formas de perfeccionismo, principalmente no PAO e no PSP. Na escala de FMPS foi possível verificar que as cognições perfeccionistas correlacionam positivamente com os Padrões Pessoais, com a Preocupação com os Erros e as Dúvidas sobre as Ações. Estes resultados vão ao encontro à literatura que analisa frequentemente o perfeccionista como alguém com padrões e regras extremamente elevadas que se preocupa frequentemente com as suas ações e desempenhos futuros e que rumina de forma exaustiva acerca dos erros cometidos no passado.

Na mesma linha de pensamento conseguimos perceber que os indivíduos que apresentam cognições de conteúdo perfeccionista mais frequentemente são também os que experienciam mais pensamentos automáticos, principalmente de carácter negativo. Concluímos ainda que estes pensamentos automáticos negativos surgem também associados às diferentes formas de distress avaliadas neste estudo.

No caso das cognições perfeccionistas, foi possível concluir que estão correlacionadas tanto com a ansiedade, como com a depressão e stress. O que nos confirma a importância de ter em consideração a presença do perfeccionismo e de cognições acerca da perfeição no estudo da psicopatologia. Para confirmar esta hipótese, realizamos regressões hierárquicas múltiplas que nos permitiram concluir acerca, não só do papel preditivo das cognições na Ansiedade, Depressão e Stress, como também verificar que estas exercem um papel mediador no que toca à relação do perfeccionismo com os sintomas. Isto significa que a presença de cognições de carácter perfeccionista influencia o aumento da manifestação de sintomatologia em indivíduos perfeccionistas.

Por outro lado, compreendemos que também os sintomas psicopatológicos contribuem para a frequência de pensamentos automáticos perfeccionistas no perfeccionismo, o que reforça ainda mais a importância de termos em consideração a presença deste traço de personalidade, bem como a frequência de pensamentos que caracterizam o dia-a-dia de indivíduos perfeccionistas para um melhor diagnóstico e um tratamento mais ajustado de determinadas psicopatologias.

Por fim, apontamos algumas das limitações deste trabalho. Deparamos-nos com uma limitação de carácter específico direccionada para a constituição das nossas amostras. As amostras utilizadas não tiveram um intervalo de idades pré-definidos, sendo que foram constituídas por jovens, jovens-adultos e adultos, impossibilitando assim a generalização dos resultados a populações mais específicas. Ainda no que diz respeito à amostra, consideramos uma limitação importante o facto das amostras serem desiguais no que toca ao sexo, o número de participantes do sexo feminino foi claramente superior aos do sexo masculino o que dificultou em alguns momentos a interpretação e inferência dos resultados estatísticos.

Como proposta para estudos futuros acerca das cognições perfeccionistas, seria interessante averiguar as relações entre as variáveis em amostras maiores e mais específicas. Também achamos que seria interessante explorar outras variáveis como mediadoras da relação das cognições perfeccionistas e do perfeccionismo. A continuidade do estudo das cognições perfeccionistas parece fundamental para prevenir determinados sintomas essencialmente de quadros ansiogênicos e depressivos. Sugerimos, por isso, o estudo do desenvolvimento de programas de intervenção que privilegiem também a componente cognitiva do perfeccionismo de modo a flexibilizar e reestruturar o processo cognitivo típico dos indivíduos perfeccionistas.

Referências Bibliográficas

- Adler, A. (1956). The neurotic disposition. In H. L. Ansbacher & R. R. Ansbacher (Eds.), *The individual psychology of Alfred Adler*. New York: Harper & Row.
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1998). *When perfect isn't good enough: strategies for coping with perfectionism*. Oakland, CA: New Harbinger Publication.
- Azevedo, M., Bos, S., Soares, M., Marques, M., Pereira, A., Maia, B., Gomes, A., Macedo, A. (2009). Perfectionism and sleep disturbance. *World Journal of Biological Psychiatry*, 10(3)-225-233.
- Azevedo, M. H., Bos, S. C., Soares, M. J., Marques, M., Pereira, A. T., Maia, B., et al. (2010). Longitudinal study on Perfectionism and sleep disturbance *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(2), 476-485.
- Baron, R., Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Pshychology*; 51, 1173-1182.
- Bento, C., Pereira, A., Maia, B., Marques, M., Soares, M., Bos, S., Valente, J., Gomes, A., Azevedo, M., Macedo, A. (2010). Perfectionism and eating behavior in portuguese adolescents. *European Eating Disorders Review*; 18(4):328-37.
- Blankstein, K., Flett, G., Hewitt, P., Eng, A., (1993). Dimensions of perfectionism and irrational fears: an examination with the fear survey schedule. *Personality and Individual Differences*; 15: 323-8.
- Besharat, M. A., Issazadegan, A., Etemadinia, M., Golssanamlou, S., & Abdolmanafi, A. (2014). Risk factors associated with depressive symptoms among undergraduate students. *Asian Journal of Psychiatry*, 10, 21–26. DOI: 10.1016/j.ajp.2014.02.002
- Besharat, M. A., Kamali, Z., S., (2016). Predicting obsessions and compulsions according to superego and ego characteristics: a comparison between scrupulosity and non-religious obsessive-compulsive symptoms.. *Asian Journal of Psychiatry*, 19, 73–78. DOI: 10.1016/j.ajp.2016.01.003.
- Boone, L., Braet, C., Vandereycken, W. and Claes, L. (2013), Are Maladaptive Schema Domains and Perfectionism Related to Body Image Concerns in Eating Disorder Patients?. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 21: 45–51. doi:10.1002/erv.2175

- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9-16.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct of intolerance of uncertainty and its unique relationship to worry. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 222-236.
- Burns, D. D. (1980). The Perfectionists Script for Self-Defeat. *Psychology Today*, 14(6), 34-52.
- Carmo, C. (2012). *A Influência do Perfeccionismo Parental, dos Estilos Parentais e dos Padrões de Vinculação no Desenvolvimento do Perfeccionismo em Jovens Adultos*. Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve. Portugal.
- Chang, E. C. (2006). Perfectionism and dimensions of psychological well-being in a college student sample: A test of a stress-mediation model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(9), 1001-1022.
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Rhéaume, J. (2003). "Not just right experiences": Perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 41(6), 681-700.
- Costello, E., & Borkovec, T.D. (1992). Generalized anxiety disorder. In A. Freeman & F. M. Dattilo (Eds.), *Casebook of cognitive therapy* (pp. 53-60). New York: Springer. ISBN: 9780306440694
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological Assessment*, 14(3), 365-373. doi: Doi 10.1037//1040-3590.14.3.365
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 203-212.
- Egan, S. J., Hattaway, M., & Kane, R. T. (2014). The relationship between perfectionism and rumination in post traumatic stress disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 211-223.
- Ehret, A., Joormann, J., & Berking, M. (2015) Examining risk and resilience factors for depression: The role of self-criticism and self-compassion, *Cognition and Emotion*, 29:8, 1496-1504, DOI: 10.1080/02699931.2014.992394
- Ellis, A. (1962). Reason an emotion in psychotherapy. *New York, Lyle Stuart*.

- Enns, M., & Cox. B. (1999). Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder. *Behavior Research and Therapy*; 37, 783-794.
- Ferrari, J. (1995). Perfectionism cognitions with nonclinical and clinical samples. *Journal of Social Behavior and Personality*; 10: 143-56.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Dyck, D. G. (1989). Self-Oriented Perfectionism, Neuroticism and Anxiety. *Personality and Individual Differences*, 10(7), 731-735.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Mosher, S. W. (1991). Perfectionism, Self-Actualization, and Personal Adjustment. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6(5), 147-160.
- Flett, G. L., Blankstein, K. R., Hewitt, P. L., & Koledin, S. (1992). Components of Perfectionism and procrastination in college students. *Social Behavior and Personality*, 20(2), 85-94.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Endler, N. S., & Tassone, C. (1994/1995). Perfectionism and components of state and trait anxiety. *Current Psychology*, 13, 326-350.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Gray, L. (1998). Psychological distress and the frequency of perfectionistic thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1363-1381. DOI:10.1037/0022-3514.75.5.1363
- Flett, G. L., Madorsky, D., Hewitt, P. L., & Heisel, M. J. (2002). Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 20, 33-47.
- Flett, G. L., Greene, A., & Hewitt, P. L. (2004). Dimensions of perfectionism and anxiety sensitivity. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 22, 39-57.
- Flett., G. L., Hewitt, P. L., Whelan, T. & Martin, T. R., (2007). The Perfectionism cognitions inventory: psychometric properties and associations with distress and deficits in cognitive self-management. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 25, pp. 255-277 . DOI:10.1007/s10942-007-0055-4
- Flett, G. L., Coulter, L., Hewitt, P. L., & Nepon, T. (2011a). Perfectionism, rumination, worry, and depressive symptoms in early adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*, 26, 159-176.

- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Demerjian, A., Sturman, E. D., Sherry, S. B., & Cheng, W. (2011b). Perfectionistic automatic thoughts and psychological distress in adolescents: An analysis of the perfectionism cognitions inventory. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 30, 91-104. DOI: 10.1007/s10942-011-0131-7.
- Flett G., Nepon T., Hewitt P. (2016) Perfectionism, Worry, and Rumination in Health and Mental Health: A Review and a Conceptual Framework for a Cognitive Theory of Perfectionism. In: Sirois F., Molnar D. (eds) *Perfectionism, Health, and Well-Being*. Springer, Cham.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation modeling with unobserved variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.
- Frost, R. O., Lahart, C. M., & Rosenblate, R. (1991). The Development of Perfectionism: A Study of Daughters and Their Parents. *Cognitive Therapy and Research*, 15(6), 469-489.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 119- 126.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27-33.
- Handley, A. K., Egan, S. J., Kane, R. T., & Rees, C. S., (2014). The relationships between perfectionism, pathological worry and generalized anxiety disorder. *BMC Psychiatry*, 14:98. Doi:10.1186/1471-244X-14-98
- Hewitt P., Dyck D. (1986). Perfectionism, stress and vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*; 10-137-42.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2002). Perfectionism and stress processes in psychopathology. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory,*

- research, and treatment* (pp. 255-284). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(2), 276-280.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., & McGee, B. (2003). Perfectionism is Multidimensional: A reply to Shafran, Cooper and Fairburn (2002). *Behaviour Research and Therapy, 41*, 1221-1236.
- Hill, R. W., McIntire, K., & Bacharach, V. R. (1997). Perfectionism and the Big Five Factors. *Journal of Social Behavior and Personality, 12*(1), 257-270.
- Hill, AP and Appleton, PA (2012) Perfectionism and Athlete Burnout in Junior Elite Athletes: The Mediating Role of Motivation Regulations. *Journal of Clinical Sport Psychology, 6* (2). 129 - 146 (17). ISSN 1932-9261
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(2), 276-280.
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry, 6*(2), 94-103.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and Human Growth*. New York: Norton.
- Kawamura, K. Y., Hunt, S. L., Frost, R. O., & DiBartolo, P. M. (2001). Perfectionism, anxiety, and depression: Are the relationships independent? *Cognitive Therapy and Research, 25*, 291–301.
- Kendall, P. C., Howard, B. L., & Hays, R. C. (1989). Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking. *Cognitive Therapy and Research, 13*, 583–598. doi: 10.1007/BF01176069
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press.

- Kobori, O., & Tanno, Y. (2005). Self-oriented perfectionism and its relationship to positive and negative affect: The mediation of positive and negative perfectionism cognitions. *Cognitive Therapy and Research*, 29(5), 555-567.
- Lovibond, S. & Lovibond, P. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd Ed.). Sydney, Australia: The Psychology Foundation of Australia.
- Macedo, A., Soares, M., Gomes, A., Marques, M., Pereira, A., Maia, B., Bos, S., Pato, M., Azevedo, M., (2006). Comportamento alimentar e perfeccionismo. *Psiquiatria Clínica*; 28 (2 e 3), 297-307.
- Macedo, A., Soares, M. J., Azevedo, M. H., Gomes, A., Pereira, A. T., Maia, B. and Pato, M. (2007), Perfectionism and eating attitudes in Portuguese university students. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 15: 296–304. doi:10.1002/erv.735
- Macedo, A. F. (2012). Ser ou não ser (perfeito)? - Perfeccionismo e psicopatologia. Lisboa: Lidel. ISBN:978-972-757-936-5.
- Macedo, A., Marques M., Pereira, A. (2014). Perfectionism and psychological distress: a review of the cognitive factors. *International journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*. 1:6. <http://dx.doi.org/10.21035/ijcnmh.2014.1.6>
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pero Pinheiro: Report Number.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Pero Pinheiro: Report Number.
- Neisser, U. (1976). *Cognition and reality: Principles and implications of cognitive psychology*. New York, NY, US: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co
- Noble, C. L., Ashby, J. S. and Gnilka, P. B. (2014), Multidimensional Perfectionism, Coping, and Depression: Differential Prediction of Depression Symptoms by Perfectionism Type. *Journal of College Counseling*, 17: 80–94. doi:10.1002/j.2161-1882.2014.00049.x

- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- O'Connor, D. B., O'Connor, R. C. and Marshall, R. (2007), Perfectionism and psychological distress: evidence of the mediating effects of rumination. *Eur. J. Pers.*, 21: 429–452. doi:10.1002/per.616
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on Perfection. *American Psychologist*, 39(4), 386-390.
- Pereira, I., Matos, A, Azevedo, A., (2014). Versão Portuguesa do questionário de pensamentos automáticos-revisto: relação com sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*; 15(1), 37-47.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais - A complementariedade do SPSS* (2.^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pirbaglou, Meysam et al (2013) Perfectionism, Anxiety, and Depressive Distress: Evidence for the Mediating Role of Negative Automatic Thoughts and Anxiety Sensitivity. *Journal of American College Health*, Volume 61, Issue 8, 477-483
- Rammstedt, B. (2007). Who worries and who is happy? Explaining individual differences in worries and satisfaction by personality. *Personality and Individual Differences*; 43(6):1626-34.
- Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (2), 229-239.
- Roelofs, L., Huibers, M., Peeters, F., Arntz, A., (2008). Effects os neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a possible mediator. *Personality and Individual Differences*; 44(3):576-86.

- Rudolph, S. G., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2007). Perfectionism and deficits in cognitive emotion regulation. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 25, 343–357.
- Saboonchi, F., & Lundh, L. G. (2003). Perfectionism, anger, somatic health, and positive affect. *Personality and Individual Differences*, 35(7), 1585-1599. doi: Doi 10.1016/S0191-8869(02)00382-3
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A Review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 879-906.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Short, M. M., Mazmanian, D., Oinonen, K., and Mushquash, C. J. (2015). Executive function and self-regulation mediate dispositional mindfulness and well-being. *Pers. Individ. Differ.* doi: 10.1016/j.paid.2015.08.007
- Soares, M. J., Gomes, A. A., Macedo, A. F., & Azevedo, M. H. P. (2003). Escala multidimensional de perfeccionismo: Adaptação à população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 46-55.
- Soares, M. J., Macedo, A., Bos, S. C., Marques, M., Maia, B., Pereira, A. T., et al. (2009). Perfectionism and Eating Attitudes in Portuguese Students: A Longitudinal Study. *European Eating Disorders Review*, 17(5), 390-398. doi: Doi 10.1002/Erv.926
- Steele, A. L., O'Shea, A., Murdock, A. and Wade, T. D. (2011), Perfectionism and its relation to overevaluation of weight and shape and depression in an eating disorder sample. *Int. J. Eat. Disord.*, 44: 459–464. doi:10.1002/eat.20817
- Stoeber, J., Kobori, O., & Tanno, Y. (2010). The Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory-English (MPCI-E): Reliability, Validity, and Relationships With Positive and Negative Affect. *Journal of Personality Assessment*, 92(1), 16-25. doi: Doi 10.1080/00223890903379159 Pii 917721588
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295-319.

- Stoeber, J., & Rambow, A. (2007). Perfectionism in adolescent school students: Relations with motivation, achievement, and well-being. *Personality and Individual Differences* 42(7), 1379-1389.
- Stoeber, J., & Stoeber, F. S. (2009). Domains of perfectionism: Prevalence and relationships with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 560-535.
- Thompson, T., Davis, H., & Davidson, J. (1998). Attributional and affective responses of impostors to academic success and failure outcomes. *Personality and Individual Differences*, 25(2), 381-396.
- Vicent, N., Walker, J., (2000). Perfectionism and chronic insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*; 49, 349-354.
- Wimberley, T. E., Stasio, M. J., (2013). Perfectionistic thoughts, personal standards, and evaluative concerns: Further investigations relationships to psychological distress. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 277-283. DOI: 10.1007/s10608-012-9462-7