



UNIVERSIDADE D
COIMBRA



Paola Lucena dos Santos

TERAPIAS COMPORTAMENTAIS DE TERCEIRA GERAÇÃO
DISSEMINAÇÃO A FALANTES DE LÍNGUA PORTUGUESA,
VALIDADE TRANSCULTURAL E APLICABILIDADE NO BRASIL

Tese de Doutoramento em Psicologia, especialidade em Psicologia Clínica,
orientada pelo Professor Doutor José Augusto da Veiga Pinto de Gouveia
e pela Professora Doutora Margareth da Silva Oliveira,
e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
da Universidade de Coimbra

Agosto de 2018

Terapias Comportamentais de Terceira Geração:

Disseminação aos falantes de língua portuguesa,
validade transcultural e aplicabilidade no Brasil

Paola Lucena dos Santos

Tese de Doutoramento em Psicologia, especialidade em Psicologia Clínica,
orientada pelo Professor Doutor José Augusto da Veiga Pinto de Gouveia e pela
Professora Doutora Margareth da Silva Oliveira, e apresentada à Faculdade de
Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra



Julho de 2018

Dissertação de Doutoramento

Título

Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Disseminação a falantes de língua portuguesa, validade transcultural e aplicabilidade no Brasil

Autor

Paola Lucena dos Santos

Orientação Científica

Professor José Augusto da Veiga Pinto de Gouveia

Universidade de Coimbra, Portugal

Professora Margareth da Silva Oliveira

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

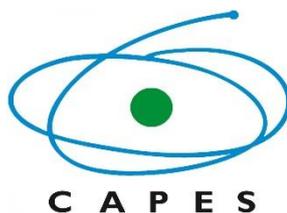
Domínio Científico

Psicologia, especialidade em Psicologia Clínica

Instituição

Universidade de Coimbra

Os estudos desta dissertação contaram com uma Bolsa de Doutorado Pleno no Exterior concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; BEX 0514/12-8) e com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, Referência: 408697/2013-0) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS, Referência: 2263–2551/14-4SIAFEM).



À Fátima, minha mãe

Ao meu filho, Pedro Lucas

Adquire a sabedoria, adquiere o entendimento e não te esqueças das palavras da minha boca, nem delas te apartes.

Não desampares a sabedoria, e ela te guardará; ama-a, e ela te protegerá.

O princípio da sabedoria é:

Adquire a sabedoria; sim, com tudo o que possuis adquiere o entendimento.

Estima-a, e ela te exaltará; se a abraçares, ela te honrará.

Dará à tua cabeça um diadema de graça e uma coroa de glória te entregará.

Ouve filho meu, e aceita as minhas palavras, e se te multiplicarão os anos de vida...

Aos meus ensinamentos inclina os ouvidos.

Não os deixes apartar-se dos teus olhos; guarda-os no mais íntimo do teu coração.

Porque são vida para quem os acha e saúde para o seu corpo.

Sobre tudo o que se deve guardar, guarda o coração, porque dele procedem as fontes da vida.

Provérbios 4:5-23

Bíblia Sagrada

Agradecimentos

Ao Professor Doutor José Pinto Gouveia, gostaria de expressar o meu mais genuíno carinho e gratidão. Mais do que um orientador, foste um porto-seguro emocional durante aqueles que foram, seguramente, os anos mais turbulentos e sofridos de minha vida pessoal. Aceitaste-me como eu era, com toda a “informalidade” que se faz presente no meu jeito de falar, de agir e de me portar. Nunca te importaste que eu o chamasse apenas de “senhor”. Certa vez, meus colegas portugueses me alertaram para o fato de que o mais apropriado era chamar-te de “Professor” ou “Senhor Professor”. Lembro-me, com muito carinho, do que me disseste após eu chamar-te, pela primeira vez, da forma mais “apropriada”. Disseste-me: “Paola, nunca me chamaste assim. Continues a me chamar de ‘senhor’. Não quero que mudes o teu jeito”. E, de fato, ano após ano, sempre fizeste de tudo para que eu me sentisse à vontade perto de ti. Para que eu fosse eu mesma. Para que eu me sentisse aceita, tal como eu era. Com tua sabedoria e experiência, deixaste-me livre para voar, conhecer e explorar aquela nova realidade, tão diferente de tudo o que eu conhecia até então. Distante da minha família e rede de apoio, sozinha em outro país, eu não fazia a mais pequena ideia de tudo o que aconteceria nos anos vindouros. Certamente sabias que, naturalmente, haveriam alturas difíceis para mim, momentos em que eu precisaria de pessoas próximas por perto. Conhecedor da cultura portuguesa, mas também da brasileira, estavas ciente da frieza e “falta de abertura” que eu provavelmente sentiria por parte do povo português. Mais que um “Professor Doutor” no sentido formal do termo, deste-me a experiência mais próxima que já tive de como seria ter presente em minha vida a figura de um pai. Um pai que se preocupa, que “puxa as orelhas”, que está sempre disponível para ajudar o filho quando ele recorre ao seu auxílio. Por motivos diversos, não foram poucas as vezes em que eu passei os finais de semana ou feriados sozinha em casa, sem ter com quem conversar, ou mesmo sem ter

uma simples companhia para tomar um café. Porém eu tinha a certeza de que, se eu precisasse, o senhor estaria à distância de um telefonema. Professores catedráticos existem muitos por aí. Mas professores humanos, compassivos e empáticos, estão verdadeiramente em extinção. E por teres escolhido ser quem foste pra mim, da exata maneira como foste, eu te serei sempre grata.

À Professora Doutora Margareth da Silva Oliveira, eu gostaria de expressar a minha eterna gratidão, admiração e amizade. Já trabalhamos juntas há 11 anos. Acompanhaste-me em tantas fases diferentes! Lembro-me perfeitamente da primeira vez em que cheguei em teu grupo de pesquisa, sozinha, a pedir-te a oportunidade de ser tua colaboradora. Confesso que estava preparada para receber uma resposta negativa. Afinal de contas, naquela época era realmente difícil ser selecionada para fazer parte de um grupo de investigação. Em uma universidade de renome internacional onde quase a totalidade dos estudantes eram provenientes de famílias abastadas eu, estudante de baixa renda, com bolsa integral do governo, vestindo roupas simples e desgastadas, já estava acostumada a ser olhada de “cima a baixo” toda a vez que chegava perto de alguém “importante” em busca de uma oportunidade. Negativa após negativa, finalmente a conheci. Uma pessoa com o coração maior que o mundo, que me acolheu e, aos poucos, foi-me ensinando tantas coisas importantes... Ensinaste-me a não cobrar dos outros os mesmos resultados que eu obtinha, a não esperar deles as mesmas atitudes que eu teria, a ser mais “diplomática”, a delegar tarefas, a dar *feedbacks* positivos aos colegas, a trabalhar em equipe, a ser mais paciente, a exercitar a empatia. Ensinaste-me a fazer as primeiras buscas em bases de dados, a escrever os primeiros artigos e pedidos de financiamento. Literalmente aprendi mais no teu grupo de pesquisa do que aprendi no decorrer das disciplinas e práticas que realizei durante os cinco anos de formação em psicologia. O que mais me impressionava é que, apesar de não

precisares estar a ensinar o “be-a-bá” para pessoas que não sabem nada, escolheste (e continuas a escolher) este caminho. Optaste pelo caminho mais árduo: o de ensinar. E, para mim, essa é a diferença entre o professor e o mestre. És mestre porque desejas que teus colaboradores tenham condições de caminhar sozinhos e de ensinar outros a fazer o mesmo. És mestre porque vibras com cada conquista de teus aprendizes, celebrando suas vitórias como se fossem tuas. Não é a toa que todos os ex-integrantes do teu grupo sempre acabam por “retornar à casa”. Foi lá que foram acolhidos, ensinados e impulsionados. Foi lá que obtiveram as ferramentas necessárias para galgarem passos mais audaciosos. Só tenho a agradecer por estares sempre ao meu lado desde o início da faculdade. Por sempre acreditares e apostares em mim, mesmo quando minhas ideias parecem-te “mirabolantes”. Por teres permanecido ao meu lado quando o meu desempenho drasticamente diminuiu durante o doutoramento. Poderias ter-me criticado, recriminado e cobrado o desempenho que sempre te demonstrei nos anos anteriores. Mas não. Escolheste a empatia. Escolheste buscar saber o que estava acontecendo. Escolheste estender-me uma mão amiga e generosa, mesmo quando eu passei a não ter condições de te dar nada “em troca”. E por isso, e muito mais, eu não consigo encontrar palavras que consigam transmitir a profundidade do carinho e do amor que sinto por ti.

À minha mãe agradeço por seres meu grande exemplo e modelo de mulher, amiga, irmã, confidente, trabalhadora e, principalmente, de ser humano. Por sempre teres agido de forma coerente com aquilo que querias ensinar a mim e aos meus irmãos. Por seres uma mulher que honra sua palavra. Por nunca teres desistido de lutar, apesar de tantas “surras” que já levaste da vida. Agradeço por seres a primeira pessoa da qual me lembro quando ouço alguém falar em honestidade, generosidade, despreendimento, caráter ou comprometimento. Órfã de pai e mãe, a viver distante de todos os irmãos, divorciada, com três filhos pequenos para educar e sustentar, ergueste a

cabeça e lutaste por nós. Enfrentaste sozinha dificuldade atrás de dificuldade, superaste decepção após decepção, mas nunca nos deixou faltar o que era necessário para vivermos de forma digna e para que continuássemos a estudar. Ouviste inúmeras vezes que teus filhos nunca seriam “alguém na vida” e que nunca serias capaz de nos proporcionar estudos sem a ajuda do nosso pai. Resolveste ignorar os comentários maldosos e seguir lutando pelo que acreditavas ser o melhor para nós. Sempre disseste-nos que não há verdade que o tempo não venha a revelar. Pois bem. O tempo se encarregou de mostrar que teu filho mais moço faria a faculdade e se formaria em primeiro lugar, com distinção. Hoje possui casa própria, seu próprio carro, quatro pós-graduações, trabalha na empresa que sempre desejou e, mais recentemente, foi aprovado em outro concurso, sendo promovido a gerente. O tempo também mostrou que teu filho mais velho não só completaria o décimo segundo ano e um curso técnico profissionalizante, como também conseguiria comprar sua casa, seu carro e realizaria o que foi o seu sonho de uma vida inteira: abrir e gerenciar seu próprio restaurante. E, finalmente, o tempo mostrou que tua filha do meio faria faculdade em uma universidade de “gente rica” e também se formaria em primeiro lugar, com distinções. Quem diria! TUA filha, apesar de todos os obstáculos, se destacaria dentre tantos colegas cheios de suportes e facilidades que ela não possuía (e.g., casas confortáveis e bem equipadas, empregadas domésticas, locomoção própria, alimentação nos melhores restaurantes, facilidade de compra de todos os materiais necessários, dinheiro para atividades desportivas e de lazer, férias, etc.). O tempo também mostrou que, antes mesmo de se formar em psicologia, ela ganharia uma bolsa de estudos para fazer o doutorado pleno na Europa. Hoje ela é psicóloga, mestre em psicologia, publicou um livro com ampla aceitação em nosso país e se encontra a finalizar o doutoramento. Ah... o tempo. Nada melhor do que ele pra revelar o que uma mãe é capaz de fazer e de conquistar por amor a seus filhos.

Ao Pedro Lucas, meu bebê “luso-gauchinho”, agradeço por me fazeres sentir tão realizada e completa. Por me teres introduzido a esse mundo maravilhoso, surpreendente e gratificante da maternidade. Nunca imaginei que seria capaz de sentir por alguém o que sinto por ti. Agradeço por todas as alegrias e aprendizados diários que me proporcionas. Foste o maior presente que eu poderia ganhar durante esses anos de doutoramento. Queria ser mãe há tanto tempo! Jamais imaginava que serias tão mimoso, carinhoso, sorridente, esperto e perfeitinho como és. Vieste iluminar a vida de toda a nossa família. És o nosso primogênito: o primeiro filho, primeiro sobrinho, primeiro netinho. A vida da mamãe ganhou novo significado ao teu lado. Sou eternamente grata ao Papai do Céu pela tua vida. Minha preciosidade, meu tesourinho amado. Te amo.

A todos os membros da minha família e amigos mais chegados, agradeço por todo o carinho, amor e apoio que me deram durante todos os anos de distância. Por me terem incentivado a lutar pelos meus objetivos e aspirações, mesmo que isso implicasse em ficar longe de vocês. Também agradeço pela recepção e acolhimento caloroso com que me receberam quando cheguei ao Brasil em gravidez avançada para ganhar o meu filho perto de quem nos ama. O apoio e dedicação que recebemos de vocês certamente não teríamos recebido em nenhum outro lugar. E por esse amor e aceitação incondicional sou eternamente grata.

À Jaqueline Garcia, minha confidente de todas as horas, agradeço por estar sempre disponível para me ouvir. Durante esses anos no exterior nos aproximamos de tal maneira que, em meu coração, sinto que ganhei uma irmã. Mesmo distantes sempre te fizeste presente durante essa jornada, tanto nos momentos bons, como nos ruins. Bastava uma mensagem minha no teu Whatsapp ou Messenger e já logo dizias-me “Skype?”. Não fazes a mais pequena ideia do quanto tua presença era valiosa nesses momentos. Obrigada por seres aquela presença contínua do outro lado do ecrã. Uma

presença incondicional e não-julgadora. Contigo posso ser quem eu sou, sem máscaras ou defesas. Contigo posso mostrar minhas fragilidades, meus defeitos e minhas vulnerabilidades. E isso não tem preço. Agradeço de coração por seres quem és na minha vida.

À Sandra Hermani, agradeço por me teres estendido a mão durante um momento tão delicado e sofrido da minha estada em Portugal. Talvez por sermos não somente do mesmo país, mas também do mesmo estado e cultura, sinto que tens uma compreensão especial dos meus posicionamentos, valores e da leitura que faço do mundo e das pessoas. Sempre confiaste em mim enquanto pessoa e enquanto profissional. Aliás, sempre acreditaste mais em mim do que eu própria. Sou grata por isso e também por me provares, com teu próprio jeito de ser, que é possível levar a vida com leveza e paz interior, mesmo quando enfrentamos turbulentas tempestades.

Ao Gustavo Flores, meu amado amigo gaiteiro... Sou muito mais feliz desde que nos conhecemos e nos aproximamos. És uma pessoa muito especial, cheia de carisma, talento, charme e competência. És amigo leal e sincero. Tens uma energia gostosa. És cheio de vida, esperança e curiosidade. Ainda nutres aquele brilho no olhar, aquela vontade de fazer diferente, aquela paixão pelo que é correto e sincero, aquela genuinidade tão pura e, infelizmente, tão ausente nos dias de hoje... Sei que não tens intimidade com muitas pessoas, talvez por não dares espaço para isso. Mas das poucas pessoas das quais te aproximas, te entregas de coração. Obrigada por me teres escolhido e por me teres dado abertura para que eu também fizesse parte da tua vida. És especial. E fazes com que eu me sinta especial.

À Renata Brasil e à Graça de Castro, agradeço por serem minhas amigas. Apesar dos anos de distância e dos contatos mais escassos, o carinho, amor, admiração e gratidão que sinto por vocês não diminuiu. Pelo contrário, só aumentou. Nos dias de hoje, em que amigos verdadeiros são extremamente

raros, me sinto especialmente agraciada e afortunada por vocês fazerem parte da minha história.

À Rosa Maria, agradeço pelas inúmeras vezes em que estive ao pé de ti, fosse pra desabafar, chorar, rir, conversar ou, simplesmente, para estar ali quietinha, a desfrutar da tua companhia. Me consolaste tantas e tantas vezes... Quando lembro-me de ti vem-me logo à cabeça aquele versículo bíblico que diz “*Deus é o nosso refúgio e fortaleza, socorro bem presente nas tribulações*” (Salmos 46:1), pois era isso o que representavas para mim. Quando sentia-me particularmente vulnerável, sozinha ou triste, eu sabia que podia ir até o RS ter contigo e que sairia de lá com o ânimo renovado.

À Luciana Silva, Michele Menezes, Hélio Santana, Laura Traub, Camilinha, Patrícia Silva e Henriqueta Sampaio, agradeço pela amizade, parceria e companheirismo, pelas risadas e por todos os pequenos momentos de descontração.

Ao Carlos Honório agradeço por todo o empenho e auxílio na fase final de entrega da tese. Também sou grata pelo esforço sistemático que tens demonstrado nos últimos meses em tornares-te uma pessoa melhor, com atitudes congruentes com o que dizes realmente valorizar na vida.

À equipe da Sinopsys Editora, em especial ao Ricardo Gusmão e à Mônica Ballejo Canto, por apostar e investir nas minhas propostas editoriais, pelo profissionalismo, comprometimento, qualidade e seriedade de trabalho.

A todos os autores dos capítulos da obra *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para profissionais* (Sinopsys Editora) agradeço por terem aceito o nosso convite. Sem o nosso esforço conjunto esse projeto não sairia do papel. Agradeço pela dedicação que demonstraram em abordar todos os conteúdos previstos para cada capítulo, pela competência com que o fizeram, pelo entusiasmo em divulgar a obra em todo o Brasil e, principalmente, pela confiança que depositaram em nós enquanto

organizadores. Igualmente agradeço a todos os profissionais, estudantes e pesquisadores que adquiriram a obra, que a adotaram como livro-texto em disciplinas de cursos de graduação e pós-graduação em psicologia, assim como em cursos de extensão espalhados por todo o Brasil, bem como agradeço por citarem/indicarem a mesma em conferências, jornadas, sites especializados em terapia comportamental e outros eventos de caráter profissional/científico. Sem vocês, por muito que o livro estivesse escrito, os objetivos traçados para ele não teriam sido alcançados. A obra foi cuidadosamente elaborada justamente para isso: disseminar as Terapias Comportamentais Contextuais entre falantes da língua portuguesa. Assim, ficamos imensamente gratos pela receptividade e espírito colaborativo.

A todos os graduandos, mestrandos, doutorandos, psicólogos, nutricionistas, pesquisadores, professores e demais profissionais que têm entrado em contato conosco solicitando a utilização das escalas que traduzimos, adaptamos e validamos para uso no Brasil. Agradeço pelo interesse em nosso trabalho, assim como pelas propostas de parcerias científicas que têm surgido. É gratificante saber que nossos esforços estão a gerar frutos e a se multiplicar. Semelhantemente, é muito satisfatório saber que pesquisadores de diferentes instituições de ensino e pesquisa avaliam o nosso trabalho como sendo de qualidade e propõem parcerias de capacitação dos seus discentes, assim como de colaboração em análises estatísticas e escrita de trabalhos em conjunto. O objetivo primário desta dissertação é o de disseminar as terapias comportamentais de terceira geração nos países de língua portuguesa. Sendo assim, acreditamos que as vertentes de capacitação e colaboração científica são inerentes a este trabalho. Por isso, tenho imensa gratidão por ter tido a oportunidade única de ver nossas metas alcançadas ainda antes do término do doutoramento.

À Jacqueline Pistorello, por acreditar e investir na proposta de elaborarmos o manual internacional de ACT. Agradeço profundamente pelo preciosíssimo

tempo que tens dedicado a esse projeto durante os últimos anos. Tenho plena consciência de que sem os teus esforços essa ideia não teria “saído do papel”. Agradeço pela amizade, carinho, compreensão, assim como pela admirável competência e experiência prática no trabalho com ACT, com a qual muito aprendi durante as revisões dos capítulos. Infelizmente a obra, embora quase finalizada e com lançamento marcado, não ficou pronta a tempo de integrar as produções desta dissertação. Porém, acima de tudo, todos esses anos de dedicação foram motivados por algo muito maior: aquilo que nos é verdadeiramente importante. Assim, ver finalmente esse trabalho chegar em sua fase final é algo que me traz profunda alegria e gratificação. Algo que me faz acreditar que somos capazes de realizar coisas muito maiores do que imaginávamos. Algo que me prova que, de fato, só não nos é possível concretizar aquilo que nunca idealizamos. Certa vez ouvi em algum lugar que o ser humano é o único ser vivo capaz de fazer mágica, pois é o único capaz de imaginar algo e o tornar realidade. E assim é a vida que quero viver. Por isso, não tenho palavras para expressar o quanto foste importante no meu percurso, não só a nível profissional, mas principalmente a nível pessoal. Cresci muito ao longo desse trabalho, que marcou e influenciou de forma expressiva os anos dedicados ao doutoramento.

À Sónia Cherpe, Joana Costa e Cristiana Carvalho agradeço pela calorosa acolhida e amizade, especialmente nos momentos iniciais desse percurso.

À Lara Palmeira, para simplificar: sou grata simplesmente por saber que que existes, que te importas com os outros e que ages de forma coerente com aquilo que acreditas.

À Ana Xavier, pela extrema generosidade e espírito de equipe que demonstraste para com todos, consistente, ao longo dos anos. São pessoas como você que possuem o poder de formar equipes coesas e colaborativas.

À Inês Trindade agradeço pela sensibilidade. As datas comemorativas eram momentos particularmente delicados para mim, principalmente aquelas em

que, tradicionalmente, os portugueses celebram junto com suas famílias ou amigos mais chegados. Infelizmente, muitas vezes aconteceu de eu encontrar-me só durante essas alturas. A realidade é que, em Coimbra, nem sempre é fácil ser “de fora”. Não só os brasileiros, mas os estrangeiros em geral, frequentemente acabam se relacionando e fazendo amizade uns com os outros durante sua estada no exterior. Com o tempo percebi que o mesmo também ocorre com muitos portugueses que não são de Coimbra. Dezenas e dezenas deles chegaram mesmo a verbalizar-me o quanto achavam o pessoal de Coimbra “fechado”, dizendo que um dos principais motivos de viajarem para suas cidades aos finais de semana era o fato de não possuírem amigos ou programações na “cidade dos estudantes”. O problema de ser um estrangeiro residente de longa duração é que a estada da maioria dos demais estrangeiros é apenas por curtos períodos de tempo. Sendo assim, quando uma certa intimidade começa a existir, os novos companheiros retornam aos seus países. Para quem foi ao exterior com o espírito de que “era por pouco tempo”, talvez seja mais fácil de lidar com as despedidas. Porém, para o estrangeiro que permanece, nem sempre é fácil ter apenas amigos que a curto prazo não estarão por perto. E assim foram os meus anos em Coimbra: novas e intensas amizades seguidas de expectáveis e dolorosas despedidas. De alguma forma a Inês era ciente dessa realidade. Diversas vezes me convidaste para passar as datas comemorativas juntamente contigo, tua família e/ou amigos, os quais sequer me conheciam. Por isso, fica aqui registrado o quanto a tua empatia e sensibilidade me foram marcantes durante essa jornada.

Ao Sérgio Carvalho... Nem consigo encontrar as palavras que gostaria para expressar com exatidão o quanto eu gosto de ti. És um ser humano verdadeiramente adorável, te admiro de uma maneira ímpar. Cativaste-me com tua empatia, senso de humor, brilhantismo, companheirismo, entusiasmo, comprometimento, delicadeza, compaixão e cordialidade. Tenho

profundo orgulho em ti. E também a mais sincera gratidão por ter tido o privilégio de te conhecer e de contigo conviver. Torço, com todas as minhas forças, para que tenhas muita saúde, paz e sucesso em todos os objetivos que traçares para tua vida. Torço para que tuas vitórias sejam muito maiores do que alguma vez imaginaste. E para que eu possa estar por perto para aplaudir-te de pé. Reserva-me um lugar na primeira fila!

À Paula Castilho agradeço pelo especial suporte, carinho e despreendimento que demonstraste para comigo. Não é difícil de perceber o motivo que leva todas as pessoas que conheço a gostarem tanto de ti e a nutrirem um carinho particularmente diferenciado para contigo. Muito obrigada. Por tudo.

À Professora Marina Cunha agradeço pelo especial carinho e suporte, pelo misto de competência e humanidade, por seres uma pessoa particularmente admirável.

Ao Professor Doutor João Maroco, agradeço pela competência, paciência e rigor científico que demonstraste durante as nossas consultorias individuais. Me ajudaste a dar os primeiros passos em Modelagem de Equações Estruturais. Pode parecer divertido, mas a verdade é que, ainda hoje, quando realizo a leitura de manuais e livros da área, é com a tua voz que minha mente reproduz internamente o que estou a ler. Por isso, com toda a certeza, foste uma figura relevante durante esse processo de aprendizado.

A todos os membros do Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC, Universidade de Coimbra, Portugal), agradeço por todos os momentos de aprendizado, trocas, partilhas, conversas, risadas e confraternizações. Em particular, agradeço aos professores Marina Cunha, Paula Castilho, Cláudia Ferreira, Daniel Rijo, Maria do Céu Salvador e aos colegas Lara Palmeira, Ana Xavier, Inês Trindade, Sérgio Carvalho, Sónia Cherpe, João Leitão, Cristiana Duarte,

Joana Duarte, Marcela Matos, Joana Costa, Cristiana Carvalho, Sónia Gregório, Carolina Motta e Nélio Brazão.

A todos os membros do Grupo de Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitivo e Comportamental (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil), agradeço pelo acolhimento deste projeto de doutoramento, em especial às psicólogas e mestres Letícia Ribeiro Santos e Renata Klein Zancan pelos anos dedicados a me ajudar na coordenação da equipe de pesquisa brasileira, assim como às bolsistas de iniciação científica Marina Barth e Daniele Franceschini pelo especial empenho, dedicação e comprometimento que demonstraram para com esta pesquisa.

Preâmbulo

A presente tese foi elaborada no âmbito de um edital da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Ministério da Educação, Governo Federal, Brasil) de Bolsas de Doutorado Pleno no Exterior. Esse edital priorizava propostas de pesquisa sobre temáticas pouco estudadas e difundidas no Brasil, que incluíssem a disseminação e estudo em amostras brasileiras. Assim, era pré-requisito que não existissem linhas de pesquisas sobre as temáticas abordadas no projeto de investigação, a fim de justificar que os alunos de doutoramento realizassem todo o referido curso no exterior, em centros de investigação de prestígio internacional.

A escolha da temática desta dissertação se deu dentro do contexto supramencionado. O interesse pessoal em aprender mais sobre as terapias comportamentais de terceira geração começou durante a execução de tarefas no grupo de investigação brasileiro do qual eu fazia parte. Especificamente, comecei a perceber que artigos sobre as terapias baseadas em mindfulness e aceitação apareciam muito frequentemente nos resultados das buscas que eu realizava para a escrita de artigos, trabalhos, ou capítulos de livro. Essas abordagens pareciam-me interessantes, promissoras e, ao mesmo tempo, deixavam-me com algumas “pulguinhas atrás da orelha”. Perguntava-me como era possível que abordagens tão pesquisadas no exterior não fossem sequer mencionadas durante os cinco anos de formação superior em psicologia. Perguntava-me se as técnicas de reestruturação cognitiva aprendidas na faculdade e treinadas nos estágios supervisionados traziam, de fato, benefícios adicionais para os pacientes. Perguntava-me se havia algum motivo para que ninguém estudasse essas abordagens nos grupos de pesquisa e/ou projetos de investigação dos quais eu fazia parte. Assim, aquando da escolha da temática para preparação da candidatura, naturalmente fui averiguar se existiam linhas de pesquisa brasileiras na área de psicologia clínica que se debruçassem sobre essas abordagens.

O passo seguinte consistia em saber quais os grupos de pesquisa no exterior que trabalhavam nessa área. Foi nesse contexto que foram feitos diversos contatos com o Professor Doutor Pinto-Gouveia para elaborarmos a proposta de pesquisa a ser submetida. Havia ainda outro pormenor: o edital do concurso de bolsas, apesar de priorizar propostas sobre as quais não existissem linhas de pesquisa brasileiras, exigia que o projeto de investigação estivesse relacionado com a experiência prévia do candidato.

Ocorre que naquela altura praticamente toda a minha experiência científica focava-se na área das dependências químicas (tanto a nível de intervenção, como a nível de avaliação psicológica e/ou estudos psicométricos), com poucas exceções. As exceções diziam respeito a participações pontuais como membro da equipe de projetos na área da obesidade e/ou comportamento alimentar. Ora, uma vez que a linha de trabalhos do Professor Pinto-Gouveia não estava mais voltada para a área das adições, restou-me a opção de desenvolver a proposta em amostras de indivíduos com sobrepeso/obesidade e dificuldades relacionadas ao comportamento alimentar. E assim foi, muito embora não fosse novidade pra ninguém que, apesar de ser verdadeiramente entusiasta em relação às abordagens, não possuía especial interesse em estudar a problemática da obesidade ou do comportamento alimentar.

Entretanto confesso que, com o passar do tempo, comecei a ter interesse nessa área. Tal interesse surgiu sobretudo durante as pesquisas sobre o assunto, durante as quais minha mente inquieta fazia-me perguntas em cima de perguntas, levando-me a realizar pesquisas atrás de pesquisas para “fechar a questão” na minha cabeça. No início do doutoramento eu dizia que “de maneira alguma” eu voltaria a trabalhar com obesidade/comportamento alimentar depois de entregar a dissertação. Hoje já digo exatamente o oposto.

Por variados motivos, há muitos dados obtidos durante o doutoramento que não foram utilizados na elaboração desta dissertação.

Material que envolveu um total de mais de 9.000 participantes, treinamento e gerenciamento simultâneo de equipes em dois diferentes países, cuja coleta e processamento de dados foram conduzidos com todo o rigor. Material que merece ser explorado e divulgado. Há artigos já submetidos que faço questão de revisar e publicar, ainda que não façam parte da dissertação que fora formalmente entregue. Há outros estudos em fase final de elaboração que foram escritos com muito prazer, na esperança de que possam servir de base para elaboração de estratégias de prevenção, tratamento e/ou promoção de saúde.

Por variados motivos, não possuo mais a “aversão” que possuía pelas temáticas em questão. Admito que elas eram-me particularmente desafiadoras por eu própria ter excesso de peso/obesidade e dificuldades relacionadas ao comportamento alimentar. Obviamente parecia-me mais fácil simplesmente evitar pensar sobre o assunto. Mas como fazê-lo quando se tem uma tese de doutoramento justamente nessa área? Por conseguinte, o próprio processo de desenvolvimento desta dissertação possibilitou inúmeros momentos de introspecção, clarificação de valores/sentido de vida e, principalmente, foi na etapa final desse percurso que aprendi a verdadeiramente valorizar e apreciar o momento presente.

Afinal, o único tempo que verdadeiramente existe é o presente. O passado já passou. O futuro não chegou. Nenhum dos dois existe. É no presente que todas as coisas acontecem. O “agora” é o único tempo que temos. Quando alguém recebe o diagnóstico de uma doença terminal, pergunta-se quanto “tempo de vida” essa pessoa ainda tem, pois é no tempo que a vida acontece. Quem não aprecia o tempo, não aprecia a vida. E para que a vida faça sentido há de se saber desfrutar do presente. E se devo esses aprendizados a algo/alguém, eu devo isso justamente às temáticas contempladas neste projeto de doutoramento que, em última instância, levaram-me a maior conexão e zelo comigo própria.

Sumário

Resumo.....	29
Abstract.....	33
Apresentação.....	37

Parte I. Introdução

Capítulo 1. Enquadramento teórico.....	49
Capítulo 2. Objetivos e metodologia geral.....	77

Parte II. Publicações de livro e capítulos de livro em português sobre as terapias comportamentais de terceira geração

Capítulo 3. Terapias comportamentais de terceira geração: Guia para profissionais.....	95
Capítulo 4. Primeira, segunda e terceira geração de terapias Comportamentais.....	125
Capítulo 5. Escalas que avaliam construtos da Terapia de Aceitação e Compromisso e sua disponibilidade para uso no Brasil.....	159

Parte III. Estudos empíricos em amostras brasileiras

Capítulo 6. Is the widely used two-factor structure of the Ruminative Responses Scale invariant across different samples of women?	203
Capítulo 7. Cognitive Fusion Questionnaire: Exploring measurement invariance across three groups of Brazilian women and the role of cognitive fusion as a mediator in the relationship between rumination and depression.....	237
Capítulo 8. Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image: Psychometric properties and its incremental power in the prediction of binge eating severity.....	275
Capítulo 9. Body-Image Acceptance and Action Questionnaire: Its deleterious influence on binge eating and psychometric validation.....	301

Parte IV. Discussão

Capítulo 10. Síntese e considerações finais.....	331
--	-----

Referências.....	367
------------------	-----

Resumo

Introdução: O propósito primário do mundo acadêmico é criar e disseminar conhecimento, o qual se depara com diversos obstáculos no atual cenário científico. O obstáculo mais saliente consiste no exacerbado prestígio e reconhecimento outorgados para as publicações em forma de artigos publicados em revistas científicas internacionais com revisões pelos pares e fator de impacto, juntamente com o descrédito e/ou desvalorização de outras formas de publicações, como os livros e capítulos de livro – muito embora exista o reconhecimento explícito de sua relevância para a efetiva disseminação do conhecimento. Outro obstáculo digno de nota diz respeito às barreiras linguísticas que resultam do fato da língua inglesa ser considerada a “língua da ciência”. As informações disponibilizadas apenas em inglês tornam-se inacessíveis a falantes nativos de outras línguas, como é o caso de falantes da língua portuguesa – que representam 265 milhões de pessoas em todo o mundo, 78% das quais estão concentradas no Brasil. Inevitavelmente a disseminação do conhecimento baseado em evidências na área da psicologia clínica se depara com esses obstáculos. O compromisso com valores empíricos na clínica psicológica foi instaurado através do movimento da Terapia Comportamental, que possui três gerações sucessivas. A psicoterapia baseada em evidências vem passando por uma ampla reorganização a nível mundial e a terceira geração de intervenções comportamentais tem exercido grande influência no Brasil e demais países de língua portuguesa. Contudo, há marcada escassez de materiais sobre essas abordagens em português. Assim, a presente dissertação tem como objetivo último disseminar as terapias comportamentais de terceira geração a falantes de língua portuguesa através de três objetivos maiores: (i) disponibilizar livro/capítulos de livro publicados em português sobre as terapias comportamentais de terceira geração; (ii) viabilizar a realização de estudos empíricos que englobem construtos contextuais em amostras

brasileiras, através de traduções, adaptações, validade transcultural de conteúdo e estudos psicométricos de escalas de autorrelato; e (iii) verificar a aplicabilidade de modelos conceituais com bases contextuais em amostras brasileiras. **Métodos:** Os capítulos de livro foram elaborados através de revisões críticas da literatura. Os estudos empíricos possuem *design* transversal e foram conduzidos em amostras clínicas (mulheres com IMC ≥ 25 em tratamento para perda de peso) e não clínicas (estudantes universitárias e mulheres da população geral). As escalas validadas nesta tese foram submetidas a um processo prévio de tradução, adaptação e validade transcultural de conteúdo. As coletas de dados foram realizadas através de instrumentos de autorrelato. **Resultados:** Foi realizada a organização/edição do primeiro livro sobre as terapias comportamentais contextuais publicado em língua portuguesa. Adicionalmente, foram publicados dois capítulos de livro. O primeiro apresentou um panorama histórico da primeira, segunda e terceira geração da Terapia Comportamental, enquanto o segundo apresentou uma descrição detalhada das principais escalas existentes para avaliação de construtos teóricos da Terapia de Aceitação e Compromisso juntamente com informações atualizadas sobre a disponibilidade desses instrumentos para uso no Brasil. Ademais, foram realizadas as traduções, adaptações, validade transcultural de conteúdo e estudos psicométricos de três escalas que avaliam construtos contextuais: *Cognitive Fusion Questionnaire* (CFQ) *Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image* (CFQ-BI) e *Body-Image Acceptance and Action Questionnaire* (BI-AAQ) – demonstrando invariância de medida, estrutura unifatorial, excelente consistência interna e validade concorrente. Finalmente, foi explorada a aplicabilidade de dois modelos teóricos em amostras clínicas de mulheres com sobrepeso ou obesidade em tratamento para perda de peso: (i) o primeiro modelo explicou 47% da sintomatologia depressiva e verificou que na presença de fusão cognitiva (como mediadora) a ruminação deixou de predizer significativamente a sintomatologia

depressiva – como etapa preliminar, a *Ruminative Responses Scale* foi validada no Brasil, passando pelos mesmos procedimentos que as escalas supracitadas; (ii) o segundo modelo explicou 42% da severidade do comer compulsivo e observou que a inflexibilidade psicológica relacionada à imagem corporal emergiu como mediadora parcial dos efeitos da procura da magreza e do autocrítico sobre a severidade da compulsão alimentar. **Conclusões:** Esta dissertação contribui para a disseminação das terapias comportamentais de terceira geração entre os falantes de língua portuguesa através da publicação de um livro e dois capítulos de livro em português. Adicionalmente esta tese disponibilizou três medidas culturalmente adaptadas e com características psicométricas robustas para a avaliação de relevantes processos contextuais, possibilitando a realização de futuros estudos no país. Para além disso, esta dissertação também explorou a aplicabilidade de dois modelos contextuais em amostras brasileiras. Os resultados do primeiro estudo parecem suportar a hipótese de que é através da fusão cognitiva que a ruminação exerce seu efeito negativo na sintomatologia depressiva. Por fim, os resultados do segundo estudo parecem sugerir que uma maneira autocrítica de se relacionar consigo próprio associada à procura da magreza influencia os comportamentos de comer compulsivo em parte devido à uma indisponibilidade de entrar em contato com experiências internas indesejáveis relacionadas à imagem corporal e aos subsequentes esforços de evitar essas experiências.

Palavras-chave: terapias comportamentais de terceira geração, terapia de aceitação e compromisso, regulação emocional, psicopatologia, fatores preditivos, compulsão alimentar, excesso de peso, obesidade, estudos transculturais, disseminação do conhecimento.

Abstract

Introduction: The primary purpose of the academic world is to create and disseminate knowledge, which faces many obstacles in the current scientific setting. The most salient obstacle is the exacerbated prestige and recognition granted to publications in the form of articles published in peer-reviewed international scientific journals with impact factor, along with the discredit and/or devaluation of other forms of publication, such as books and book chapters - although there is an explicit recognition of its relevance to the effective dissemination of knowledge. Another notable obstacle is related to language barriers that result from the fact that English is considered the "language of science". Information available only in English becomes inaccessible to native speakers of other languages, such as Portuguese speakers - who represent 265 million people worldwide, 78% of whom are concentrated in Brazil. Inevitably, the dissemination of evidence-based knowledge in the clinical psychology field is faced with such obstacles. The commitment to empirical values in clinical practice was established through the Behavioural Therapy movement, which has three successive generations. Evidence-based psychotherapy has been undergoing a worldwide reorganization, and the third generation of behavioural interventions has played large influence in Brazil and other Portuguese-speaking countries. However, there is a considerable lack of materials on these approaches in Portuguese. Thus, this dissertation aims to disseminate the third generation behavioural therapies to Portuguese speakers through three major objectives: (i) to provide book/book chapters published in Portuguese on third generation behavioural therapies; (ii) to enable the conduction of empirical studies including contextual constructs in Brazilian samples, through translations, adaptations, transcultural validity of content and psychometric studies of self-report scales; and (iii) to verify the applicability of conceptual models with contextual grounds in Brazilian

samples. **Methods:** Book chapters have been elaborated through critical reviews of literature. Empirical studies have a cross-sectional design and were conducted in clinical (women with BMI ≥ 25 undergoing weight loss treatment) and non-clinical (college students and women from general population) samples. Scales validated in this thesis were previously submitted to a process of translation, adaptation and transcultural validity of content. Data collection was conducted through self-report instruments. **Results:** It was performed the edition of the first book on contextual behavioural therapies published in Portuguese. In addition, two book chapters have been published. The first presented a historical overview of the first, second, and third generation of Behavioural Therapy, while the second presented a detailed description of the main existing scales for assessing theoretical constructs of Acceptance and Commitment Therapy along with up-to-date information on the availability of these instruments for use in Brazil. In addition, translations, adaptations, transcultural validity of content and psychometric studies of three scales that evaluate contextual constructs were carried out: Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ), Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image (CFQ-BI) and Body-Image Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ) – demonstrating measurement invariance, one-factor structure, excellent internal consistency and concurrent validity. Finally, it was explored the applicability of two theoretical models in clinical samples of women with overweight or obesity in weight loss treatment: (i) the first model explained 47% of depression symptoms and observed that in the presence of cognitive fusion (as mediator) rumination no longer predict the depressive symptomatology – as a preliminary step, the Ruminative Responses Scale was validated in Brazil, undergoing the same procedures as the abovementioned scales; (ii) the second model explained 42% of binge eating severity and observed that body image-related psychological inflexibility emerged as a partial mediator of the effects of drive for thinness and self-

criticism on binge eating severity. **Conclusions:** This dissertation contributes to the dissemination of third generation behavioural therapies among Portuguese speakers through the publication of a book and two book chapters in Portuguese. Additionally, this thesis made available three culturally adapted measures with robust psychometric characteristics for the evaluation of relevant contextual processes, making possible the conduction of future studies in Brazil. Furthermore, this dissertation also explored the applicability of two contextual models in Brazilian samples. The first study's results seem to support the hypothesis that it is through cognitive fusion that rumination exerts its negative effect on depressive symptomatology. Finally, the second study's results seem to suggest that a self-critical way of relating to oneself associated with a drive for thinness influence binge eating behaviors in part due to an unwillingness to be in contact with undesirable internal experiences related to body image together with the subsequent efforts to avoid such experiences.

Keywords: third-generation behavioural therapies, acceptance and commitment therapy, emotional regulation, psychopathology, predictive factors, binge eating, overweight, obesity, cross-cultural studies, knowledge dissemination

Apresentação

A ciência é um dos mais importantes propulsores de mudanças e de desenvolvimento a nível individual, social e global, sendo crucial que o conhecimento seja disseminado em todos os níveis da sociedade e não apenas “de cientistas para cientistas”. Dessa forma, a habilidade de escrever/comunicar ciência de forma simples, direcionada para o público em geral, deve ser encarada pelos pesquisadores como um dever/responsabilidade (Ratnasiri, 2015) para que os conhecimentos produzidos possam melhorar a vida das pessoas (McCormack et al., 2013). Dentro desse panorama, os cientistas possuem a clara percepção acerca do particular contributo de publicações em forma de livros/capítulos de livro para a efetiva disseminação do saber (*Research Information Network* [RIN], & *Joint Information Systems Committee* [JISC], 2009). Porém, a realidade é que muitos investigadores não conseguem ultrapassar o desafio prático de “encaixar” essa tarefa entre as inúmeras demandas e pressões que sofrem em suas carreiras científicas.

Contudo, ainda que o desafio supramencionado estivesse sendo superado, é igualmente importante observar que disponibilizar o conhecimento científico em um formato compreensível e acessível ao público não é suficiente, visto que a sua disseminação ainda sofrerá o impacto das barreiras linguísticas. O fato da língua inglesa ser considerada a “língua da ciência” não fez com que a barreira linguística deixasse de ser um obstáculo para a disseminação do conhecimento. Um dos problemas advindos dessa realidade é o fato das informações ficarem inacessíveis para falantes nativos de outras línguas (Amano, González-Varo, & Sutherland, 2016), como é o caso de inúmeros falantes da língua portuguesa.

A língua portuguesa é uma das línguas com maior influência global, contando com 265 milhões de falantes nativos em todo o mundo. Dentro desse cenário, o Brasil concentra o maior número de falantes nativos da

língua portuguesa (i.e., 207.848.000 pessoas), representando mais de 78% do total (Reto, Machado & Esperança, 2016). Contudo, o Brasil não consegue formar estudantes com bom nível de proficiência na língua inglesa, sendo tal realidade reconhecida por especialistas, professores e até pelo próprio governo (Instituto de Pesquisa Data Popular, 2014).

Como no caso de outras áreas de estudo, a disseminação do conhecimento baseado em evidências na área da psicologia clínica tem igualmente enfrentado os obstáculos supracitados. A esse respeito, é importante ressaltar que o compromisso com uma perspectiva científica na clínica psicológica foi instaurado através do movimento da Terapia Comportamental (Álvarez, 2006; Mañas, 2007; Hayes, 2004), o qual possui três gerações sucessivas. A terceira geração abriu o movimento à novas ideias e desenvolvimentos mantendo-se fiel ao compromisso com os valores empíricos (Hayes, 2004).

Dentre as abordagens mais conhecidas da terceira geração da Terapia Comportamental estão a Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991), Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT - *Acceptance and Commitment Therapy*; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999/2012), Terapia Comportamental Dialética (Linehan, 1993), Terapia Comportamental Integrativa de Casais (Jacobson & Christensen, 1996), Ativação Comportamental (Jacobson et al., 1996; Jacobson, Martell, & Dimidjan, 2001), Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (Segal, Williams, & Teasdale, 2002), Terapia Focada na Compaixão (Gilbert, 2005) e o Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness* (Kabat-Zinn, 1994), tendo a ACT tornado-se a abordagem mais proeminente dessa fase do movimento (Pérez-Álvarez, 2012) – inúmeros estudos têm sido conduzidos ao redor do mundo com o objetivo de verificar os benefícios de intervenções ACT para diversas condições médicas e de saúde mental (e.g., Dindo, Van Liew, & Arch, 2017; Ruiz, 2010; A-Tjak, 2015; Pinto et al., 2017; Levin & Hayes, 2009).

É fato que o campo da psicoterapia baseada em evidências vem passando por uma ampla reorganização a nível mundial e, no que diz respeito ao Brasil e demais países de língua portuguesa, a terceira geração de intervenções comportamentais tem realmente exercido grande influência (Hayes & Pistorello, 2015). Contudo, há marcada escassez de materiais sobre as abordagens disponíveis na língua portuguesa, o que obstaculiza sua disseminação e utilização entre mais de 260 milhões de pessoas.

Assim, a presente dissertação tem como objetivo último disseminar as terapias comportamentais de terceira geração a falantes de língua portuguesa através de três objetivos maiores: (i) disponibilizar livro/capítulos de livro em português sobre as terapias comportamentais de terceira geração (**Capítulos 3-5**); (ii) viabilizar a realização de estudos empíricos que englobem construtos de natureza contextual em amostras brasileiras, através de traduções e adaptações de escalas para o português do Brasil, juntamente com análises de validade transcultural de conteúdo e estudos psicométricos (**Capítulos 7-9**); e (iii) verificar a aplicabilidade de modelos conceituais com bases contextuais em amostras brasileiras (**Capítulos 7 e 9**, estudo preliminar: **Capítulo 6**).

A tese foi elaborada em forma de compilação, sendo composta por um conjunto de estudos empíricos apresentados na forma de artigos (quatro artigos publicados em revistas internacionais com fator de impacto e revisão por pares), juntamente com dois capítulos de livro e a organização/edição de um livro sobre as terapias comportamentais de terceira geração. Para fins didáticos, esta dissertação foi organizada em quatro partes.

A **Parte I** é a seção introdutória do trabalho, composta por dois capítulos (**Capítulos 1 e 2**).

O **Capítulo 1** apresenta o enquadramento teórico que serviu de base à identificação de lacunas e/ou deficiências existentes acerca das temáticas em estudo que, por consequência, levaram à elaboração dos objetivos

contemplados nesta tese. Os objetivos de cada capítulo da tese foram apresentados de forma sucinta no **Capítulo 2**, onde também foram descritos os aspectos metodológicos gerais adotados. O fio condutor e/ou articulação entre os capítulos que constituem esta dissertação é apresentado nesta seção (i.e., **Apresentação**).

A **Parte II** é composta por três capítulos que possuem como tronco comum o objetivo de disponibilizar livro/capítulos de livro, publicados em português, sobre as terapias comportamentais de terceira geração contribuindo, assim, para a disseminação do conhecimento na área.

O **Capítulo 3** apresenta o *preview* público do primeiro guia técnico sobre as terapias comportamentais contextuais publicado em língua portuguesa, intitulado *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para Profissionais* (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015a) que objetiva a disseminação dessas abordagens entre falantes do idioma. As características do livro (i.e., número de capítulos, total de páginas, ISBN, público-alvo, estrutura, caráter didático, informações sobre o prefácio, qualificação dos autores, lançamentos, comercialização e alcance/aceitação) também foram descritas no capítulo em questão.

Mas “O que impulsionou o desenvolvimento do movimento da Terapia Comportamental?”, “Quais as características desse movimento?”, “No que consiste cada fase do movimento?”, “Quais os enfoques clínicos de cada geração?”, “O que motivou o surgimento/desenvolvimento de novas/sucessivas fases dentro do movimento comportamental?”, “O que as terapias comportamentais de Terceira geração têm em comum?”, “Alguns autores utilizam o termo ‘Terapias Comportamentais’ enquanto outros utilizam o termo ‘Terapias Cognitivo-Comportamentais’, eles estão se referindo à mesma coisa?”, “Por que falar em terceira geração de terapias comportamentais? Existe consenso sobre a classificação das novas abordagens como uma fase distinta do movimento?”, “Quais as diferenças

entre as terapias comportamentais de segunda e de terceira geração?”. O **Capítulo 4** buscou responder essas e outras questões através da publicação de um capítulo de livro (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015b) – que figurou como capítulo introdutório da obra supracitada.

Finalmente, o **Capítulo 5** (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, Zancan, & Oliveira, 2015) foi introduzido no livro *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para profissionais* em uma etapa mais avançada do processo editorial. Isso porque foram inúmeros os e-mails recebidos por nossa equipe a fazer pedidos do gênero: “Vocês poderiam indicar quais escalas avaliam os construtos da ACT? Se sim, poderiam enviar as referências dos artigos de desenvolvimento/validação?”, “Vocês teriam algum material em português sobre as características psicométricas das escalas utilizadas em pesquisas sobre a ACT para que possamos decidir quais seriam as melhores para a nossa investigação?”, “Vocês poderiam informar quais as escalas já estão disponíveis para uso no Brasil?”. Por conseguinte, de maneira a sermos congruentes com o próprio objetivo primário desta tese e respectivo entendimento de *disseminação do conhecimento*, decidimos ajustar os nossos esforços às necessidades específicas do público-alvo (muitas delas existentes devido à dificuldade de realizar leituras na língua inglesa) e disponibilizar o material apresentado no Capítulo 5, que buscou responder às questões supracitadas.

A **Parte III** é composta por quatro artigos (**Capítulos 6-9**) que apresentam estudos empíricos conduzidos no Brasil. Tais estudos buscaram viabilizar a realização de pesquisas brasileiras que englobem construtos de natureza contextual, através da tradução, adaptação, análise de validade de conteúdo a nível transcultural e estudos psicométricos de escalas, bem como demonstrar a aplicabilidade de modelos conceituais com bases contextuais aos dados obtidos em amostras brasileiras.

A fusão cognitiva é um dos processos centrais no modelo de inflexibilidade psicológica da ACT (Hayes et al., 2012) e tem sido consistentemente associada a diversos indicadores de sofrimento psicológico (Herzberg et al., 2012; Dinis, Carvalho, Pinto-Gouveia & Estanqueiro, 2015; Bolderston, 2013; Hayes & Pankey, 2002; Merwin et al., 2011; Trindade & Ferreira, 2014; Romero-Moreno, Márquez-González, Losada, Gillanders, & Fernández-Fernández, 2014; Bardeen, & Fergus, 2016; Reuman, Buchholz, & Abramowitz, 2018; Gillanders et al., 2014). Esse processo refere-se a um apego excessivo ao conteúdo de pensamentos, regras e/ou crenças (processos verbais), os quais são frequentemente percebidos como afirmações literais e precisas da realidade (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Gillanders et al., 2014).

Contudo, é importante ressaltar que a distinção entre construtos teóricos utilizados na segunda geração da Terapia Comportamental e construtos utilizados na terceira fase do movimento nem sempre é tarefa fácil. No que diz respeito à fusão cognitiva em particular, existe um processo psicológico que, apesar de possuir semelhanças, é distinto a nível teórico: a *ruminação*. Esse construto, amplamente utilizado na segunda geração da Terapia Comportamental, é descrito como um processo específico de atenção autofocada, que envolve tanto o pensamento repetitivo sobre os próprios sentimentos negativos, como uma autorreflexão sobre os eventos que os ocasionaram (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991).

Diante de tais definições, fica difícil elencar os aspetos distintivos da ruminação e da fusão cognitiva, assim como seus respectivos efeitos na predição de psicopatologia. Por exemplo: será que a ruminação, um preditor bem estabelecido de sintomas depressivos (Nolen-Hoeksema, 2004; Watkins, 2008), continuaria a predizer essa sintomatologia na presença de fusão cognitiva (enquanto um processo mediador)? Tal questionamento é particularmente intrigante, uma vez que a relação entre ruminação e

sintomatologia depressiva não é linear, o que sugere que existem outros mecanismos psicológicos a operar nessa relação.

De fato, a fusão cognitiva tem sido considerada um importante processo psicológico envolvido na manutenção dos sintomas depressivos. Aliado a isso, sabe-se que, a nível conceitual, o efeito negativo da fusão cognitiva resulta do próprio emaranhamento com o processo do pensamento e da incapacidade de manter uma visão distanciada desse processo (Zettle, 2007). Assim, considerando que tanto a ruminação como a fusão cognitiva são processos de natureza verbal, é possível hipotetizar que é a fusão cognitiva que contribui para o efeito negativo das respostas ruminativas na depressão, através do seu mecanismo de se manter emaranhado com o pensamento. Todavia, esse mecanismo nunca foi empiricamente analisado. Isto posto, o **Capítulo 7** (Lucena-Santos, Carvalho, Pinto-Gouveia, Gillanders, & Oliveira, 2017) buscou testar a aplicabilidade desse modelo conceitual em uma amostra brasileira. Como etapas preliminares necessárias à execução desse estudo foram realizadas as traduções, adaptações transculturais para o português do Brasil, análises de validade transculturais de conteúdo e estudos de psicométrica de duas escalas: a *Ruminative Responses Scale* (RRS-10, Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003) e o *Cognitive Fusion Questionnaire* (CFQ-7; Gillanders et al., 2014), apresentadas nos **Capítulos 6** (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, Carvalho, & Oliveira, 2017) e **7**, respectivamente.

Sabe-se que a fusão cognitiva está associada a maior insatisfação corporal e severidade de sintomatologia alimentar em mulheres adultas (Trindade, & Ferreira, 2014), exercendo impacto negativo em indicadores psicopatológicos em mulheres que experienciam dificuldades relacionadas ao peso e ao comportamento alimentar (Duarte, Pinto-Gouveia, & Ferreira, 2017). Ao mesmo tempo, o excesso de peso está entre um dos maiores fatores de risco para diversas doenças crônicas (e.g., diabetes, doenças cardiovasculares, doenças músculoesqueléticas e alguns tipos de câncer),

sendo que o risco para essas patologias cresce conforme aumenta o IMC (Índice de Massa Corporal; *World Health Organization* [WHO], 2018; WHO, 2017). Para se ter uma ideia, cerca de 1,9 bilhões de adultos apresentava sobrepeso (*Global Health Observatory*, 2017) enquanto mais de 650 milhões apresentavam obesidade (WHO, 2017) em 2016. Além disso, cerca de 30% a 55% dos participantes de tratamentos para perda de peso apresentam compulsão alimentar (quando avaliada através de instrumentos de autorrelato; e.g., Dalle Grave et al., 2010; Bittencourt, Lucena-Santos, Moraes & Oliveira, 2012; Melo, Peixoto & Silveira, 2015; Klobukoski & Höfelmann, 2017), podendo chegar a 60% ou mesmo 75% em pacientes superobesos (IMC entre 50 e 59,9) ou super superobesos (IMC ≥ 60) (Melo et al., 2015).

A isso soma-se o fato de que esse subgrupo específico de pessoas (i.e., sobrepeso/obesidade + compulsão alimentar), comparativamente ao subgrupo sem compulsão alimentar, apresenta significativamente mais problemas alimentares e psicossociais (White, Kalarchian, Masheb, Marcus, & Grilo, 2010), maior dificuldade em regular as emoções (Leehr et al., 2015), menor qualidade de vida relacionada à saúde (Ágh et al., 2015) e piores *outcomes* pós-tratamento (de Zwaan et al., 2010; Livhits et al., 2012; White et al., 2010). Assim, parece haver uma fraca compreensão sobre a complexa interação entre os fatores de risco e mecanismos subjacentes envolvidos na predição do comer compulsivo, o que pode dificultar o desenvolvimento de intervenções que realmente se foquem nas necessidades específicas desses pacientes.

No contexto do comportamento alimentar, considerando o impacto negativo que a insatisfação com a imagem corporal pode desempenhar na saúde mental (Stice, Marti, & Durant, 2011; Buote, Wilson, Strahan, Gazzola, & Papps, 2011) e a pertinência de se utilizar medidas que avaliem construtos psicológicos especificamente relacionados às dificuldades comumente encontradas nas amostras a serem avaliadas (Wendell, Masuda,

& Le, 2012; Sandoz, Wilson, Merwin, & Kellum, 2013; Gifford et al., 2004), foram criados o *Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image* (CFQ-BI; Ferreira, Trindade, Duarte, & Pinto-Gouveia, 2015) e o *Body-Image Acceptance and Action Questionnaire* (BI-AAQ; Sandoz et al., 2013). Ambas as escalas foram desenvolvidas no sentido de possibilitar a avaliação de processos/mecanismos de regulação emocional subjacentes ao modelo de psicopatologia da ACT no contexto das dificuldades com a imagem corporal.

Contudo, apesar de existirem relevantes evidências acerca do papel indireto que a fusão cognitiva relacionada à imagem corporal (FC-IC; avaliada pelo CFQ-BI) parece exercer na severidade da psicopatologia alimentar (e do comer compulsivo, em particular), bem como acerca da potencial utilidade clínica de se avaliar e trabalhar esse processo desadaptativo de regulação emocional (Ferreira, Palmeira, & Trindade, 2014; Trindade & Ferreira, 2014; Marta-Simões, Ferreira, & Mendes, 2017; Duarte et al., 2017a; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017), o mesmo permanece subexplorado, uma vez que inexistem estudos em amostras que não sejam portuguesas. Assim, o **Capítulo 8** (Lucena-Santos, Trindade, Oliveira, & Pinto-Gouveia, 2017) procurou colmatar esta lacuna, através da tradução, adaptação, análise de validade transcultural de conteúdo e estudos psicométricos do CFQ-BI para o Brasil.

À semelhança da FC-IC, outro construto que tem merecido particular atenção em pesquisas recentes na área do comportamento alimentar é a (in)flexibilidade psicológica relacionada à imagem corporal (IP-IC/FP-IC; avaliado pelo BI-AAQ). Evidências prévias têm clarificado o importante papel que esse processo parece desempenhar nas dificuldades que alguns indivíduos apresentam em regular de forma adaptativa os seus comportamentos alimentares, especialmente o comer compulsivo (e.g., Kelly, Vimalakanthan, & Miller, 2014; Butryn et al., 2013; Duarte & Pinto-Gouveia, 2015; Timko, Juarascio, Martin, Faherty, & Kalodner, 2014). Esses achados fornecem suporte preliminar para a hipótese de que o construto

avaliado pelo BI-AAQ trata-se de um relevante processo de autorregulação emocional, que potencialmente encontra-se envolvido de forma subjacente na predição da compulsão alimentar.

A isso acresce o fato de que, apesar do impacto negativo que o autocriticismo e a procura da magreza parecem desempenhar na compulsão alimentar (e.g., Palmeira, Pinto-Gouveia, Cunha, & Carvalho, 2017; Dunkley & Grilo, 2007; Duarte, Pinto-Gouveia, & Ferreira, 2014; Lewer, Bauer, Hartmann, & Vocks, 2017), os mecanismos através dos quais esses efeitos ocorrem não estão suficientemente explorados. Levando isso em consideração, o **Capítulo 9** (Lucena-Santos, Carvalho, Oliveira, & Pinto-Gouveia, 2017) buscou verificar a aplicabilidade de um modelo conceitual onde a inflexibilidade psicológica relacionada à imagem corporal emergiria como mediadora dos efeitos da procura da magreza e do autocriticismo sobre a severidade do comer compulsivo. Como atividade preliminar necessária à execução do estudo, no mesmo capítulo foi realizada a tradução, adaptação, validade transcultural de conteúdo e estudos psicométricos do BI-AAQ para o português do Brasil.

Finalmente, a **Parte IV** desta tese (i.e., Discussão) é composta por um capítulo de síntese e considerações finais (**Capítulo 10**), onde procurou-se fornecer uma compreensão articulada acerca das principais contribuições dos capítulos que integram esta dissertação. Ademais, foram apontadas as limitações, direções futuras, pontos fortes e implicações clínicas dos estudos apresentados.

Por último, é apresentada uma seção de **Referências**, na qual estão listadas as referências utilizadas na elaboração da **Apresentação, Parte I** e **Parte IV** desta dissertação. As referências utilizadas na **Parte II** e **Parte III** foram apresentadas nos capítulos correspondentes.

PARTE I

Introdução

Capítulo 1

Enquadramento teórico

Capítulo 2

Objetivos e metodologia geral

Capítulo 1

Enquadramento teórico

Enquadramento teórico

Disseminação do conhecimento científico

Publicação como principal forma de disseminar o conhecimento

O propósito primário do mundo acadêmico é criar e disseminar conhecimento (Harzing & Adler, 2016). De forma geral, há uma noção básica de que os pesquisadores são movidos pelo desejo de aumentar o conhecimento e compreensão acerca dos fenômenos do mundo em que habitamos, assim como pelo desejo de comunicar as suas descobertas (*Research Information Network [RIN], & Joint Information Systems Committee [JISC], 2009*).

Antes do advento da escrita, a única forma de disseminar conhecimento era através da comunicação oral. O surgimento da escrita possibilitou o registro dos conhecimentos e, conseqüentemente, sua transmissão em forma física. Isso ampliou as maneiras através das quais os trabalhos intelectuais poderiam ser disseminados. A própria existência de um trabalho é assegurada quando ele é publicado, visto que o torna conhecido e acessível. Nas sociedades letradas a publicação se solidificou como a principal forma de disseminar conhecimento. Parte disso se deu devido à necessidade dos pesquisadores de acessar os trabalhos produzidos pelos seus contemporâneos e antecessores, de maneira a poder produzir os seus próprios, juntamente com a necessidade de compartilhar o conhecimento por eles criado (Neavill, 1975).

Disseminação do conhecimento: Definições e função no mundo acadêmico

Em linhas gerais, o termo *disseminação do conhecimento* pode ser definido como o ato de distribuir/transmitir o conhecimento científico

produzido para aqueles que possam utilizá-lo ou que dele possam precisar (Kingston, 2012; Neavill, 1975). Na área da saúde, a disseminação do conhecimento pode ser entendida como uma abordagem ativa para difundir informações e/ou intervenções baseadas em evidências entre o público-alvo (e.g., pacientes e/ou profissionais de saúde), através de determinados canais de comunicação, com o objetivo de possibilitar o aumento da adoção e implementação de informações/intervenções cientificamente embasados (McCormack et al., 2013; Rabin, Brownson, Haire-Joshu, Kreuter, & Weaver, 2008).

Acerca disso, existe consenso entre os pesquisadores de que é necessário que o conhecimento produzido seja efetivamente disseminado entre o público que dele possa se beneficiar, possibilitando a elaboração de políticas e práticas de saúde funcionais e oportunas (McCormack et al., 2013). Por conseguinte, a disseminação do conhecimento tem sido cada vez mais reconhecida como uma função principal do mundo acadêmico e, como tal, tem sido considerada prioritária entre grandes órgãos da área da saúde, com relevância a nível internacional, como o *National Institute of Health* e o *Centers for Disease and Control Prevention* (Rabin et al., 2008).

Deficiências e obstáculos relacionados à disseminação do conhecimento

Uma vez que os recursos destinados aos cuidados de saúde são limitados, é imperativo que se assegure que as práticas de saúde disponíveis sejam da mais alta qualidade possível, levando em conta o conhecimento científico existente. Porém, há um crescimento considerável do reconhecimento de que o potencial de benefícios que o conhecimento existente pode trazer não tem sido suficientemente explorado – no que diz respeito a melhorar as práticas relacionadas aos cuidados de saúde. Assim, enfrentar deficiências na disseminação e transferência do conhecimento é

uma meta prioritária na agenda de políticas de saúde a nível global (Wilson, Petticrew, Calnan, & Nazareth, 2010).

Dentro desse panorama, vários obstáculos têm sido identificados para a efetiva disseminação do conhecimento. Primeiramente, para que exista uma maior compreensão, adoção e uso de informações baseadas em evidências, é imprescindível que a comunicação do conhecimento utilize formato e linguagem de fácil compreensão. Contudo, os relatórios, artigos científicos, ou trabalhos que sintetizam a literatura existente, embora de indispensável importância, são frequentemente escritos utilizando linguagem técnica, complexa e rebuscada, ao invés de serem direcionados aos pacientes ou profissionais que, em última instância, irão tomar decisões relacionadas à saúde (McCormack et al., 2013).

A principal crítica ao sistema atual de disseminação do conhecimento reside no fato de seu objetivo primário ter mudado. Se antes o objetivo principal focalizava-se no benefício da sociedade através do avanço do conhecimento, atualmente verifica-se que o foco de milhares de pesquisadores do mundo inteiro está mais direcionado em conseguir publicar seus trabalhos em *high status journals* (HSJ), enquanto os HSJ focalizam-se em manter o seu prestígio. Subjacente a essas tentativas, existe uma competição nociva que objetiva maximizar o número de citações angariadas. Tal competição é perigosamente problemática enquanto tática de disseminação de conhecimento relevante e capaz de aumentar o bem-estar da sociedade (Harzing & Adler, 2016).

Nesse cenário, muitos cientistas se sentem particularmente desconfortáveis pelo alto crédito outorgado aos artigos publicados em HSJ, em detrimento de outras formas de publicações que, na maioria das vezes, podem ser mais adequadas para audiências não acadêmicas, ou para a aplicação e impacto prático dos conhecimentos produzidos. De acordo com a visão de alguns pesquisadores, as publicações disseminadas através de

outros meios/formatos têm sido desincentivadas e parecem ter baixo prestígio no mundo acadêmico (RIN & JISC, 2009).

De fato, o sistema corrente de avaliação da produtividade científica tem sido apontado como uma das principais causas da atual conjectura científica. Em linhas gerais, as instituições de ensino e entidades financiadoras estão cada vez mais interessadas em saber os retornos sociais e econômicos dos investimentos realizados e, portanto, em avaliar a produtividade científica (RIN & JISC, 2009). Em função disso, é exigido substancial e crescente comprometimento dos cientistas no sentido de disseminar o conhecimento advindo de seus estudos (Wilson et al., 2010). O problema é que, apesar de existir consenso entre os pesquisadores sobre o papel/relevância da disseminação do conhecimento entre os pacientes e profissionais de saúde (McCormack et al., 2013), o crédito desproporcional atribuído aos artigos publicados em HSJ, juntamente com a ascendente desvalorização de outras formas de publicações, faz com que os investigadores recebam mensagens conflituosas sobre quais canais de comunicação devem adotar para disseminar seus trabalhos.

Diante da inexistência de consenso sobre como a efetiva disseminação do conhecimento deve ser analisada/valorizada enquanto parâmetro de produtividade (Wilson et al., 2010), muitos são os cientistas que sofrem um verdadeiro impasse entre disseminar seus conhecimentos entre o público-alvo, ou ceder à pressão acadêmica relacionada à publicação em HSJ. Na prática, tais profissionais têm produzido mais e mais artigos científicos, apesar de se ressentirem da brevidade do formato e de sentirem que sua autonomia intelectual está sendo restringida (RIN & JISC, 2009). Isso porque, inegavelmente, a publicação de artigos científicos oportuniza o preenchimento de requisitos indispensáveis para promoções de trabalho a nível acadêmico, o aumento da possibilidade de conseguir financiamentos ou bolsas de pesquisa, de ser considerado um *expert* em determinada área de

estudo, ou de obter reconhecimento a nível individual, departamental, ou institucional (Asnake, 2015).

Publicações de livro e/ou capítulos de livro e a efetiva disseminação do conhecimento

No que diz respeito à importância atribuída a diferentes canais de comunicação para a disseminação do conhecimento, uma pesquisa feita com mais de oito centenas de pesquisadores do Reino Unido (RIN & JISC, 2009) revelou que 83% deles reconhecia o valor da publicação em forma de capítulos de livro (i.e., 60% classificou como *muito importante* e 23% como *extremamente importante* – cf. escala Likert de 3 pontos: *extremamente, muito* ou *nada importante*). Ademais, dentre as maiores influências apontadas para a decisão de publicar livros/capítulos de livro, a maximização da disseminação dos seus trabalhos para os respectivos públicos-alvos figurou em primeiro lugar. Todavia, a esmagadora maioria dos profissionais da ciência julga um desperdício de tempo investir na publicação de livros/capítulos de livro, muito embora exista a clara percepção de que tais produções são importantes para a efetiva disseminação do saber (RIN & JISC, 2009).

Na década de 90, quando a publicação de livros era mais valorizada, dentre as motivações que levavam os cientistas a escrever livros para audiências mais amplas citavam-se: (a) o senso crescente de que a disseminação do conhecimento é essencial para a própria saúde/manutenção da ciência; (b) o desejo de informar as pessoas sobre as implicações práticas de suas áreas de estudo para sociedade e políticas públicas; (c) a frustração com o fato do público em geral saber tão pouco sobre o que eles andavam a fazer e de seus conhecimentos serem basicamente comunicados entre os pares; e (d) o fato da própria experiência de escrever proporcionar-lhes aprendizado e uma visão mais abrangente sobre suas áreas de estudo (Ben-Ari, 1999).

A ciência é um dos mais importantes propulsores de mudanças e de desenvolvimento a nível individual, social, nacional e global. Sendo assim, é crucial que o conhecimento científico seja disseminado em todos os níveis da sociedade e não apenas “de cientistas para cientistas”. Nesse sentido, a habilidade de escrever/comunicar ciência, de forma simples, para o público em geral, deve ser encarada pelos pesquisadores como um dever/responsabilidade (Ratnasiri, 2015), de maneira a que os conhecimentos produzidos possam, em última instância, melhorar a vida das pessoas (McCormack et al., 2013). Porém, a realidade é que existem muitos investigadores que, embora tenham motivação para disseminar conhecimento através da escrita de livros, não conseguem ultrapassar o desafio prático de conseguir tempo para incluir essa tarefa entre as inúmeras demandas e pressões que sofrem em suas carreiras.

As barreiras linguísticas

É importante observar que simplesmente disponibilizar o conhecimento científico em um formato compreensível e acessível ao público não é suficiente, visto que a sua disseminação ainda sofrerá o impacto das barreiras linguísticas. Ao contrário do que muitos acreditam, o fato da língua inglesa ser considerada a “língua da ciência” não fez com que a barreira linguística deixasse de ser um obstáculo para a disseminação do conhecimento. Apesar do inglês desempenhar um papel de inquestionável relevância para a ciência – possibilitando a centralização do conhecimento –, um dos problemas advindos dessa realidade é que, muito frequentemente, as informações ficam inacessíveis para inúmeros falantes nativos de outras línguas, que não dominam a língua inglesa (Amano, González-Varo, & Sutherland, 2016).

Disseminar o próprio trabalho tem sido um desafio para os pesquisadores, tendo em vista que apenas “publicar” não tem sido suficiente – dado que as publicações em HSJ se têm tornado uma necessidade. Sendo

assim, os pesquisadores cuja língua nativa é o português e que publicam apenas nesse idioma acabam não sendo lidos e/ou citados (Luis, 2011). Por outro lado, ao escolher o idioma e tipo de publicação que irão utilizar para disseminar seus resultados, esses profissionais também devem ponderar que, atualmente, grande parte do conhecimento produzido localmente não está sendo disponibilizado na língua local, dado que os trabalhos redigidos na língua inglesa se têm tornado mais e mais prevalentes entre cientistas cuja língua nativa não é o inglês (Amano et al., 2016).

Os falantes de língua portuguesa e a disseminação do conhecimento

A língua portuguesa é uma das línguas com maior influência global (juntamente com o inglês, espanhol, alemão e chinês), contando com 265 milhões de falantes nativos em todo o mundo e apresentando a maior taxa de crescimento anual dentre o conjunto de idiomas mais influentes. Dentro desse cenário, o Brasil concentra o maior número de falantes nativos da língua portuguesa (i.e., 207.848.000 pessoas), representando mais de 78% do total (Reto, Machado & Esperança, 2016). Contudo, o Brasil não consegue formar estudantes com bom nível de proficiência na língua inglesa, sendo tal realidade reconhecida por especialistas, professores e até pelo próprio governo. A nível prático, o ensino do inglês resume-se a noções iniciais de gramática e leitura de textos curtos, o que faz com que o mercado de trabalho brasileiro enfrente marcada dificuldade em encontrar profissionais proficientes no idioma (Instituto de Pesquisa Data Popular, 2014).

Só para se ter uma ideia, 13% dos professores de inglês do ensino público brasileiro sequer possuem formação superior. Dentre os que possuem curso superior, apenas 39% possui formação específica para o ensino da língua inglesa (sendo 13% Letras/Língua Estrangeira e 26% Letras/Língua Portuguesa e Estrangeira). Para além disso, o ensino do idioma é pouco regulamentado no Brasil, há pouca padronização de sua oferta e não existe um processo de avaliação e mensuração do ensino do

inglês a nível nacional, o que torna difícil controlar a qualidade (Instituto de Pesquisas Plano CDE, 2015). O cenário é ainda mais alarmante se considerarmos que os próprios produtores de conhecimento científico no Brasil (i.e., profissionais doutorados) não dominam totalmente a língua inglesa (Vasconcelos, 2008).

Infelizmente, no que tange às barreiras linguísticas existentes na disseminação do conhecimento baseado em evidências na área da psicologia clínica, o cenário não é muito diferente. A esse respeito, é importante ressaltar que o compromisso com uma perspectiva científica na clínica psicológica só foi instaurado através do movimento da Terapia Comportamental, como a seguir se explanará.

O movimento da Terapia Comportamental

O movimento da Terapia Comportamental¹ instaurou uma nova fase na psicologia clínica, marcada por estudos rigorosos e objetivos do comportamento humano (Álvarez, 2006; Mañas, 2007; Hayes, 2004), cuja promoção da saúde mental se dava por meio da observação, predição e modificação comportamental (Skinner, 1953; Moreira & Medeiros, 2007).

A primeira fase da Terapia Comportamental surgiu no contexto de uma mobilização contra as concepções clínicas até então predominantes – as quais não eram embasadas em estudos científicos que demonstrassem os benefícios das intervenções utilizadas. Assim, o movimento contrapôs-se à ineficácia e subjetividade na psicoterapia, apontando a fraqueza científica percebida nas tradições existentes (Braga & Vandenbergue, 2006; Hayes, 2004).

Neste sentido, apesar dos primeiros esforços dos comportamentalistas terem surgido desde o início do século XX, foi no início da década de 1950

¹ Neste capítulo será utilizado o termo *Terapia Comportamental* para se referir às três fases do movimento (vide **Capítulo 4** desta dissertação para maiores informações sobre o emprego das terminologias).

que a abordagem começou a ganhar força e a ser efetivamente levada a sério. Através da realização de estudos experimentais com animais muitos princípios de aprendizagem foram desenvolvidos e refinados (Spiegler & Guevremont, 2010). A modificação do comportamento era o foco do trabalho clínico, que era desenvolvido por meio da utilização de técnicas derivadas de princípios do condicionamento clássico e operante (Herbert & Forman, 2011; Hayes, Masuda, & De Mey 2003; Álvarez, 2006).

Durante a década de 1960, ao mesmo tempo em que técnicas e procedimentos já bem estabelecidos do comportamentalismo eram refinados, Albert Bandura, Aaron Beck e Albert Ellis desenvolveram suas abordagens, enfatizando o papel das cognições no desenvolvimento e tratamento de dificuldades psicológicas. Juntamente com isso, muitos terapeutas tinham a percepção de que o foco exclusivo em comportamentos observáveis era demasiadamente restritivo (Spiegler & Guevremont, 2010) e de que necessitavam lidar com os pensamentos e sentimentos de forma mais direta (Hayes, 2004). Isto fez com que se passasse a falar em *Terapia Cognitivo-Comportamental* (TCC) (Brown, Gaudiano, & Miller, 2011), considerada a segunda geração da Terapia Comportamental.

Dessa forma, a ciência psicológica passou a abrir espaço para a combinação de técnicas cognitivas e comportamentais (Álvarez, 2006). E, à semelhança do que era feito durante a primeira fase do movimento, a ampla realização de estudos empíricos, demonstrando a eficácia da TCC para diversas dificuldades psicológicas, outorgou-lhe reconhecimento devido ao compromisso com uma perspectiva científica (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006; Hofmann, Sawyer, & Fang, 2010). Por conseguinte, a TCC se tornou a força dominante em psicoterapia em quase todo o mundo e seus tratamentos renderam diversas centenas de estudos, tanto sobre teorias cognitivo-comportamentais, como sobre a avaliação de sua eficácia para uma ampla gama de condições (Herbert & Forman, 2011).

Todavia, com o passar do tempo a eficácia das estratégias cognitivas passou a ser questionada e testada. Foi constatado que não havia um padrão de evidências que desse suporte à ideia de que as técnicas cognitivas eram efetivamente uma peça chave para as melhorias terapêuticas observadas na TCC (Forman & Herbert, 2009; Longmore & Worrell, 2007; Álvarez, 2006; Hayes, 2004). De fato, para além de não terem sido observados benefícios adicionais em associar técnicas cognitivas às técnicas comportamentais, estudos comprovando o papel contraproducente da supressão de pensamentos fizeram com que um número cada vez maior de pesquisadores passasse a não acreditar na eficácia de determinadas estratégias cognitivas (Barraca, 2012).

Dessa forma, passou-se a questionar uma das ideias centrais da segunda geração da Terapia Comportamental: a assumpção de que era necessário que os pensamentos fossem diretamente modificados/reestruturados para que houvessem melhoras a nível clínico. Concomitantemente, mudanças a nível filosófico começaram a acontecer, onde maior importância era outorgada ao contexto no qual os eventos psicológicos ocorrem. Assim, passou-se a buscar a modificação das funções dos pensamentos (e não necessariamente de suas formas), o que minou a suposição de que a forma e/ou frequência de determinadas cognições eram aspectos-chave das problemáticas observadas (Hayes, 2004).

Diante disso, a Terapia Comportamental continuou evoluindo, de maneira que nos anos de 1990 começaram a ser desenvolvidas abordagens destinadas a aliviar o sofrimento dos clientes, as quais baseavam-se em estratégias de aceitação e mindfulness (Spiegler & Guevremont, 2010; Pérez-Álvarez, 2012). Nascia, então, a terceira fase do movimento – ainda que tal denominação só viesse a ser dada em 2004, por Steven Hayes, considerado o grande difusor da ideia da evolução da Terapia Comportamental em três gerações sucessivas.

Nas terapias comportamentais de terceira geração a importância dos processos cognitivos e verbais continua a ser reconhecida em suas teorias de psicopatologia e em seus tratamentos. Contudo, ao invés de lutar para mudar as experiências internas consideradas indesejáveis, as novas abordagens se focam no cultivo de uma atitude de aceitação, sem julgamentos, para com todas as experiências humanas (Herbert & Forman, 2011). Essas novas terapias utilizam-se de estratégias de mudança contextuais e experienciais com o objetivo de alterar as funções dos eventos psicológicos problemáticos, uma vez que possuem a premissa de que o contexto é o mais importante, sendo através dele que ocorre a compreensão das funções dos comportamentos (Cullen, 2008; Hayes, 2004).

Assim sendo, a terceira geração da Terapia Comportamental enfatiza tópicos pouco convencionais no trabalho clínico como desfusão cognitiva, aceitação, valores de vida e mindfulness (Hayes et al., 2003) para aprimorar o repertório comportamental dos clientes, através da promoção de novas habilidades – passíveis de serem aplicadas em diferentes contextos. Por conseguinte, os modelos e métodos de terceira geração, também fortemente amparados pelo compromisso com os valores empíricos, abriram o movimento comportamental à novas ideias e desenvolvimentos (Hayes, 2004).

Dentre as abordagens mais conhecidas da terceira geração da Terapia Comportamental, estão a Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991), Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999/2012), Terapia Comportamental Dialética (Linehan, 1993), Terapia Comportamental Integrativa de Casais (Jacobson & Christensen, 1996), Ativação Comportamental (Jacobson et al., 1996; Jacobson, Martell, & Dimidjan, 2001), Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (Segal, Williams, & Teasdale, 2002), Terapia Focada na Compaixão (Gilbert, 2005) e o Programa de Redução de Estresse Baseado em Mindfulness (Kabat-Zinn, 1994).

Esses novos desenvolvimentos mudaram drasticamente o campo da Terapia Comportamental, sendo inegável o notável aumento do interesse de cientistas, clínicos e estudantes nas teorias e abordagens clínicas baseadas em mindfulness e aceitação (Herbert & Forman, 2011). É fato que o campo da psicoterapia baseada em evidências vem passando por uma ampla reorganização a nível mundial e, no que diz respeito ao Brasil e demais países de língua portuguesa, a terceira geração de intervenções comportamentais tem realmente exercido grande influência (Hayes & Pistorello, 2015). Contudo, a grande maioria dos materiais publicados está na língua inglesa, o que dificulta a disseminação dessas abordagens entre os falantes da língua portuguesa.

Terapia de Aceitação e Compromisso

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT - *Acceptance and Commitment Therapy*) tornou-se a mais proeminente terapia de terceira geração (Pérez-Álvarez, 2012). Na ACT as cognições são vistas como uma forma de comportamento (i.e., comportamento privado) que, uma vez identificado, deve ter sua função alterada. Nessa abordagem busca-se promover a aceitação de todas as experiências humanas - incluindo os pensamentos avaliados como indesejáveis (Hayes et al., 2012). Assim, enquanto na TCC o foco terapêutico frequentemente repousa no conteúdo dos pensamentos, na ACT o foco reside na promoção de estratégias de regulação emocional que se opõem à esquiva das experiências internas - mantendo seu foco na mudança da relação da pessoa com suas experiências, mais do que na mudança dos acontecimentos em si (Hofmann et al., 2010).

É importante ressaltar que a esquiva experiencial é, em grande parte, estimulada pela sociedade ocidental, que vê sentimentos, pensamentos e sensações indesejadas como coisas “anormais”, que devem ser removidas, ou evitadas (Harris, 2006). No entanto, ao ser reforçada negativamente

(Moreira & Medeiros, 2007), a esquivia experiencial tem sua probabilidade de ocorrência aumentada, o que limita/restringe as respostas comportamentais à direções específicas (Fletcher & Hayes, 2005).

O que a maioria das pessoas não consegue perceber é que as tentativas de evitar o sofrimento interno somente as mantêm presas em um ciclo que se autoperpetua, criando uma dependência de comportamentos de evitação que nada lhes ensina sobre como lidar de forma eficaz com as inevitáveis dificuldades de vida. A ACT acredita que o evitamento experiencial encontra-se no cerne das problemáticas emocionais, desempenhando papel central no desenvolvimento e manutenção de psicopatologias (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Ou seja, a ACT não objetiva eliminar as fontes de sofrimento, mas sim discriminar quais comportamentos são mais adequados e saudáveis em cada situação, aceitando que experiências dolorosas inevitavelmente ocorrerão. Dessa forma, objetiva-se aumentar a flexibilidade psicológica – i.e., ser consciente do que acontece no momento presente, aceitar as experiências internas e decidir permanecer no mesmo tipo de comportamento, ou alterá-lo, conforme o mesmo seja consistente com os valores de vida escolhidos (Hayes et al., 2012). Em outras palavras, a flexibilidade psicológica tem sido conceitualizada como a habilidade de experienciar o momento presente de forma aberta e sem julgamentos, enquanto se comporta de forma consistente com os valores, mesmo quando as experiências do momento presente incluem emoções, pensamentos, memórias, ou sensações corporais consideradas difíceis (Hayes et al., 2006).

Dado o crescente interesse de pesquisadores e clínicos na ACT, inúmeros estudos têm sido conduzidos ao redor do mundo com o objetivo de verificar os benefícios de intervenções ACT para diversas condições médicas e de saúde mental (e.g., Dindo, Van Liew, & Arch, 2017; Ruiz, 2010; A-Tjak, 2015; Pinto et al., 2017; Levin & Hayes, 2009). Entretanto, à semelhança do que acontece com as demais terapias comportamentais de terceira geração,

há marcada escassez de materiais sobre a ACT disponíveis na língua portuguesa, o que obstaculariza a disseminação e utilização da abordagem entre mais de 260 milhões de pessoas.

Fusão cognitiva

Um dos processos centrais no modelo de inflexibilidade psicológica da ACT e, portanto, no seu entendimento de psicopatologia, é a fusão cognitiva (Hayes et al., 2012), que refere-se a um apego excessivo ao conteúdo de pensamentos, regras e/ou crenças (processos verbais), os quais são frequentemente percebidos como afirmações literais e precisas da realidade (Hayes et al., 2006; Gillanders et al., 2014). Assim, os comportamentos se tornam demasiadamente regulados por processos verbais inflexíveis, deixando de levar em consideração as contingências ambientais presentes em cada contexto. O excessivo grau de identificação gera a tendência a reagir a um pensamento acerca de um evento como se fosse o próprio evento (Blackledge & Hayes, 2001; Eifert & Forsyth, 2005), ao invés de o considerar apenas como parte das experiências mentais normais dos seres humanos (i.e., desfusão cognitiva). Assim, diante de experiências internas desconfortáveis, existe a tendência a tentar evitá-las ou mudá-las, o que gradualmente acaba por restringir o repertório comportamental, levando ao afastamento de importantes valores de vida (Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2012).

De fato, a literatura tem consistentemente demonstrado a associação entre fusão cognitiva e indicadores de sofrimento psicológico, como ansiedade (Herzberg et al., 2012), depressão, memórias de vergonha (Dinis, Carvalho, Pinto-Gouveia & Estanqueiro, 2015), afeto negativo, perturbações da personalidade (Bolderston, 2013), comportamento alimentar desordenado (e.g., Hayes & Pankey, 2002; Merwin et al., 2011; Trindade & Ferreira, 2014), estresse (Romero-Moreno, Márquez-González, Losada, Gillanders, & Fernández-Fernández, 2014), sintomas de estresse pós-traumático

(Bardeen, & Fergus, 2016), sintomatologia obsessivo-compulsiva (Reuman, Buchholz, & Abramowitz, 2018), ruminação, *burnout*, baixa qualidade de vida (Gillanders et al., 2014) e baixa satisfação com a vida (Gillanders et al., 2014; Romero-Moreno et al., 2014).

Fusão cognitiva versus ruminação

A distinção entre construtos teóricos utilizados na segunda geração da Terapia Comportamental e construtos utilizados na terceira fase do movimento nem sempre é tarefa fácil. No que diz respeito à fusão cognitiva em particular, existe um processo psicológico que, apesar de possuir semelhanças, é teoricamente distinto: a *ruminação*. Esse construto, amplamente utilizado na segunda geração da Terapia Comportamental, é descrito como um processo específico de atenção autofocada que envolve tanto o pensamento repetitivo sobre os próprios sentimentos negativos como uma autorreflexão sobre os eventos que os ocasionaram (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991).

Contudo, diante de tal definição, fica difícil elencar os aspectos distintivos da ruminação e da fusão cognitiva, assim como seus respectivos efeitos na predição de psicopatologia. Por exemplo: será que a ruminação, um preditor bem estabelecido de sintomas depressivos (Nolen-Hoeksema, 2004; Watkins, 2008), continuaria a predizer essa sintomatologia na presença de fusão cognitiva (enquanto um processo mediador)? Tal questionamento é particularmente intrigante, uma vez que a relação entre ruminação e sintomatologia depressiva não é linear, o que sugere que existem outros mecanismos psicológicos a operar nessa relação.

De fato, a fusão cognitiva tem sido considerada um importante processo psicológico envolvido na manutenção dos sintomas depressivos. Aliado a isso, sabe-se que o efeito negativo da fusão cognitiva resulta do próprio emaranhamento com o processo do pensamento e da incapacidade de manter uma visão distanciada desse processo (Zettle, 2007). Isto posto, e

considerando que tanto a ruminação como a fusão cognitiva são processos de natureza verbal, é possível hipotetizar que é a fusão cognitiva que contribui para o efeito negativo das respostas ruminativas na depressão, através do seu mecanismo de se manter emaranhado com o pensamento. Todavia esse mecanismo nunca foi empiricamente analisado.

Adicionalmente, apesar da conhecida associação e impacto da ruminação em diversas dificuldades psicológicas e/ou comportamentais (e.g., Ehring & Ehlers, 2014; Knowles, Tai, Cristensen & Bentall, 2005; Wang, Lydecker, & Grilo, 2017; Gordon, Holm-Denoma, Troop-Gordon, & Sand, 2012; Naumann, Tuschen-Caffier, Voderholzer, Schäfer, & Svaldi, 2016), o seu estudo em amostras médicas tem recebido menos atenção. Contudo, existe alguma evidência de que a ruminação está associada a piores indicadores no contexto de dor lombar crônica (Le Borgne, Boudoukha, Petit, & Roquelaure, 2017), pressão arterial (Hogan & Linden, 2004) e de outras doenças físicas (e.g., Soo, Burney, & Basten, 2009; Sansone & Sansone, 2012). Ademais, sabe-se que altos níveis de ruminação estão associados a maior IMC em pessoas com sobrepeso ou obesidade (Tan, Xin, Wang, & Yao, 2018).

Para além disso, a ruminação é considerada um processo relevante no que diz respeito às diferenças relacionadas ao gênero, uma vez que as mulheres parecem ruminar mais do que os homens (Simonson, Mezulis, & Davis, 2011). O mesmo fenómeno parece ocorrer em relação à fusão cognitiva, tendo em vista que estudos prévios sugerem que mulheres apresentam maiores níveis de fusão cognitiva do que os homens (Dinis et al., 2015) e que cuidadores do sexo feminino com sintomas depressivos apresentam maiores escores de fusão cognitiva do que aqueles sem sintomatologia depressiva, enquanto que o mesmo não ocorre entre cuidadores do sexo masculino (Romero-Moreno et al., 2014). Adicionalmente, achados prévios permitem supor que as mulheres tendem a apresentar mais

sintomas depressivos do que os homens (Dinis et al., 2015; Romans, Tyas, Cohen, & Silverstone, 2007; Oksuzyan, Gumà, & Doblhammer, 2018).

Somado a isso, a literatura tem repetidamente estabelecido a relação entre obesidade e sintomatologia depressiva, sendo a obesidade considerada um fator de risco para a depressão (vide Luppino et al., 2010, para uma revisão sistemática e metanálise de estudos longitudinais). Finalmente, resultados anteriores demonstraram que a fusão cognitiva está associada a maior insatisfação corporal e severidade de sintomatologia alimentar em mulheres adultas (Trindade & Ferreira, 2014), exercendo impacto negativo em indicadores psicopatológicos em mulheres que experienciam dificuldades relacionadas ao peso e ao comportamento alimentar (Duarte, Pinto-Gouveia, & Ferreira, 2017).

Assim, parece ser de particular relevância estudar o mecanismo supracitado (i.e., fusão cognitiva como mediadora dos efeitos da ruminação na sintomatologia depressiva) em amostras médicas de mulheres com sobrepeso ou obesidade em tratamento para perda de peso.

Sobrepeso, obesidade e comer compulsivo

Sobrepeso e obesidade são caracterizados por um acúmulo excessivo ou anormal de gordura que apresenta riscos para a saúde, sendo o IMC o critério mais frequentemente utilizado para sua avaliação. Esse acúmulo excessivo de gordura está entre um dos maiores fatores de risco para diversas doenças crônicas, como diabetes, doenças cardiovasculares, doenças músculoesqueléticas e alguns tipos de câncer, incluindo câncer de endométrio, mama, ovário, próstata, cólon, fígado, vesícula e rim - o risco para essas doenças cresce conforme aumenta o IMC (*World Health Organization* [WHO], 2018; WHO, 2017).

Segundo dados disponibilizados pela WHO, através do Observatório Global de Saúde, a nível mundial cerca de 38,9% das pessoas com idade ≥ 18 anos estavam com sobrepeso (i.e., $IMC \geq 25$) em 2016, o que representa mais

de 1,9 bilhões de adultos. Esses dados tornam-se ainda mais estarrecedores quando leva-se em consideração somente a Europa ou as Américas, onde a prevalência é de 58,7% e 62,5%, respectivamente (*Global Health Observatory*, 2017). Especificamente em relação à obesidade (i.e., $IMC \geq 30$), 13% dos adultos a nível mundial (11% dos homens e 15% das mulheres) eram obesos em 2016, o que representa mais de 650 milhões de pessoas. Ademais, é digno de nota que mundialmente a prevalência de obesidade quase triplicou entre 1975 e 2016 (WHO, 2017).

Quanto aos tratamentos para obesidade, mesmo considerando os tratamentos de primeira linha (i.e., terapia comportamental), a realidade é que, em média, cerca de um terço do peso perdido é recuperado no primeiro ano após o término do tratamento e aproximadamente metade dos participantes retornam ao seu peso original dentro de cinco anos (Butryn, Webb, & Wadden, 2011). Dentro deste cenário, o comer compulsivo tem recebido crescente interesse por parte de clínicos, pesquisadores e da sociedade em geral, tendo em vista que a natureza dos hábitos e padrões alimentares exerce um importante papel no estabelecimento e/ou manutenção do excesso de peso e obesidade (Stunkard, 2011).

A compulsão alimentar é caracterizada pela ocorrência de episódios onde há o consumo de uma grande quantidade de alimento, dentro de um período delimitado de tempo, definitivamente maior do que a maioria das pessoas ingeriria em circunstâncias semelhantes. Juntamente com isso, há uma sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (i.e., sentir que não consegue parar de comer, ou que não consegue controlar o que/o quanto está comendo). Episódios recorrentes de compulsão alimentar constituem um dos critérios diagnósticos para o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e para a Bulimia Nervosa (BN) (*American Psychiatric Association* [APA], 2013).

As grandes quantidades de comida ingeridas durante os episódios de comer compulsivo, associados à ausência de comportamentos

compensatórios tipicamente exibidos por aqueles que sofrem de BN, parecem ser as principais responsáveis pela alta frequência de obesidade entre os portadores de TCAP, apesar do excesso de peso não ser um critério diagnóstico (Peterson, Latendresse, Bartholome, Warren & Raymond, 2012). De fato, existem associações robustas entre obesidade e TCAP (APA, 2013), razão pela qual recomenda-se que os clínicos avaliem de forma ativa a presença de episódios de compulsão alimentar em pacientes com IMC ≥ 25 em tratamento para perda de peso (Stunkard, 2011).

Os hábitos alimentares inusuais e prejudiciais presentes em indivíduos com excesso de peso/obesidade e em pessoas que apresentam comportamento alimentar desordenado reduzem a expectativa e a qualidade de vida (Lee, Elias, & Lozano, 2018). Estima-se que cerca de 30% a 55% dos participantes de tratamentos para perda de peso apresentam compulsão alimentar (quando avaliada através de instrumentos de autorrelato; e.g., Dalle Grave et al., 2010; Bittencourt, Lucena-Santos, Moraes & Oliveira, 2012; Melo, Peixoto & Silveira, 2015; Klobukoski & Höfelmann, 2017), podendo chegar a 60% ou mesmo 75% em pacientes superobesos (IMC entre 50 e 59,9) ou super superobesos (IMC ≥ 60) (Melo et al., 2015).

O comer compulsivo é considerado um grave problema de saúde associado com excesso de peso/obesidade, comorbidades físicas e psiquiátricas (Kessler et al., 2013; Striegel-Moore et al., 2000; Stunkard, 2011; Peterson et al., 2012). Por exemplo, estudo que contou com amostra representativa de adultos americanos (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007) revelou que 78,9% dos indivíduos com compulsão alimentar apresentaram comorbidades com pelo menos um transtorno de ansiedade, de humor, transtorno de controle dos impulsos e/ou de uso de substâncias, mesmo após controlar os efeitos de idade, sexo e raça/etnicidade.

Isso é particularmente perturbador, principalmente tendo em vista que esse subgrupo específico de pessoas (i.e., sobrepeso/obesidade + compulsão alimentar), comparativamente ao que não apresenta compulsão

alimentar, apresenta significativamente mais problemas alimentares e psicossociais (White, Kalarchian, Masheb, Marcus, & Grilo, 2010), maior dificuldade em regular as emoções (Leehr et al., 2015), menor qualidade de vida relacionada à saúde (Ágh et al., 2015) e piores *outcomes* pós-tratamento (de Zwaan et al., 2010; Livhits et al., 2012; White et al., 2010). Tal insucesso possivelmente está ligado a uma fraca compreensão acerca da complexa interação entre os fatores de risco e mecanismos subjacentes que contribuem para a predição do comer compulsivo, o que dificulta o desenvolvimento de intervenções que realmente se foquem nas necessidades específicas desses pacientes.

Mecanismos envolvidos na predição da compulsão alimentar

Autocriticismo e procura da magreza

O autocriticismo tem sido consistentemente associado com o comportamento alimentar perturbado, compulsão alimentar e dificuldades relacionadas ao peso (Palmeira, Pinto-Gouveia, Cunha, & Carvalho, 2017; Duarte et al., 2017b; Dunkley & Grilo, 2007; Duarte, Pinto-Gouveia, & Ferreira, 2014). Esse processo tem sido conceitualizado como uma maneira particularmente hostil de se relacionar consigo próprio, na qual adota-se uma postura punitiva, crítica e/ou de cunho acusatório para consigo mesmo, diante de situações onde há a percepção de falha, inferioridade e/ou desapontamento (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004; Gilbert & Irons, 2005).

Estudo recente conduzido em amostra de mulheres adultas com sobrepeso ou obesidade revelou que as participantes com compulsão alimentar apresentavam níveis significativamente mais elevados de autocriticismo quando comparadas com as que não apresentavam comer compulsivo (Palmeira et al., 2017). Semelhantemente, outro estudo – realizado em 2.236 mulheres com sobrepeso ou obesidade em tratamento

para manejo do peso – revelou que o autocriticismo parece desempenhar um papel particularmente relevante na regulação do comportamento alimentar podendo, juntamente com a vergonha e comparações sociais desfavoráveis, eliciar o aumento do afeto negativo relacionado ao peso o qual, por sua vez, está relacionado a maior desinibição alimentar e suscetibilidade à fome (Duarte et al., 2017b). Na mesma linha de pensamento, outra pesquisa identificou que o autocriticismo estava associado a uma sobreavaliação do peso e forma corporal em amostra de pacientes com TCAP (Dunkley & Grilo, 2007). Ademais, mesmo em amostras não clínicas o autocriticismo encontra-se moderadamente associado com a severidade da compulsão alimentar, exercendo importante papel na predição do comer compulsivo (Duarte et al., 2014).

Concomitantemente, o autocriticismo encontra-se intrinsecamente relacionado à procura da magreza (Pinto-Gouveia, Ferreira, & Duarte, 2014; Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2013), que refere-se a uma preocupação exagerada/desproporcional com o peso, refletindo-se no intenso desejo de emagrecer, assim como no medo de engordar (Garner, Olmsted, & Polivy, 1983). A procura da magreza encontra-se moderadamente ou fortemente associada a maior insatisfação corporal, preocupações com a alimentação, sintomatologia alimentar e afeto negativo em pessoas com psicopatologia alimentar que já necessitaram de tratamento intensivo para distúrbios alimentares (Levinson, Brosf, Ma, Fewell, & Lenze, 2017). Além disso, mulheres com transtornos alimentares apresentam maior procura da magreza e insatisfação corporal do que mulheres da população geral (Clausen, Rosenvinge, Friborg, & Rokkedal, 2011).

De facto, a subescala *Drive for Thinness* (DT) do *Eating Disorders Inventory* (EDI; Garner et al., 1983), cujos itens avaliam o intenso desejo de emagrecer aliado ao medo de ganhar peso, tem se mostrado útil para diferenciar grupos clínicos de grupos não clínicos no que diz respeito à psicopatologia alimentar (Garner, Olmsted, Polivy, & Garfinkel, 1984;

Peñas-Lledó et al., 2009). Adicionalmente, em amostras de estudantes universitárias (Ko et al., 2015) a procura da magreza mostrou-se positivamente associada com o IMC, sendo que os escores da subescala DT diferiram significativamente entre três diferentes categorias de IMC (sendo maiores nas participantes acima do peso e menores nas estudantes com peso normal e abaixo do peso, respectivamente). Com efeito, pessoas com TCAP apresentam dificuldades com a imagem corporal na forma de preocupação excessiva com o seu peso e forma; e indivíduos com sobrepeso/obesidade com TCAP apresentam maior insatisfação corporal do que os que não apresentam o transtorno (vide Lewer, Bauer, Hartmann, & Vocks, 2017 para uma revisão).

Contudo, apesar do impacto negativo que o autocriticismo e a procura da magreza parecem desempenhar na compulsão alimentar, os mecanismos subjacentes através dos quais esses efeitos ocorrem não estão suficientemente explorados, especialmente em amostras clínicas de mulheres com sobrepeso/obesidade.

Fusão cognitiva e (in)flexibilidade psicológica relacionadas à imagem corporal

No contexto do comportamento alimentar, considerando o impacto negativo que a insatisfação com a imagem corporal pode desempenhar (Stice, Marti, & Durant, 2011; Buote, Wilson, Strahan, Gazzola, & Papps, 2011) e a pertinência de se utilizar medidas que avaliem construtos psicológicos especificamente relacionados às dificuldades comumente encontradas nas amostras a serem avaliadas (Wendell, Masuda, & Le, 2012; Sandoz, Wilson, Merwin, & Kellum, 2013; Gifford et al., 2004), foram criados o *Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image* (CFQ-BI; Ferreira, Trindade, Duarte, & Pinto-Gouveia, 2015) e o *Body-Image Acceptance and Action Questionnaire* (BI-AAQ; Sandoz et al., 2013). Ambas as escalas foram desenvolvidas no sentido de possibilitar a avaliação de processos de

regulação emocional subjacentes ao modelo de psicopatologia da ACT no contexto das dificuldades com a imagem corporal.

A fusão cognitiva relacionada à imagem corporal (FC-IC) é avaliada pelo CFQ-BI e pode ser definida como o grau em que os indivíduos se tornam fusionados com seus pensamentos acerca da imagem corporal (Ferreira et al., 2015). Já a (in)flexibilidade psicológica relacionada à imagem corporal (IP-IC/FP-IC), avaliada pelo BI-AAQ, avalia a (in)capacidade experienciar de forma aberta e intencional as percepções, sensações, pensamentos, sentimentos e crenças associados à imagem corporal, enquanto se comporta de forma consistente com os valores escolhidos (Sandoz et al., 2013).

Os problemas de comportamento alimentar têm sido conceitualizados como problemas de inflexibilidade psicológica, a qual seria responsável pelo desenvolvimento e manutenção do comer perturbado. Segundo esse entendimento, pessoas com psicopatologia alimentar apresentariam déficits ou ausência de estratégias de regulação emocional adaptativas – as quais promovem a capacidade de conseguir identificar e lidar adequadamente com os estados emocionais (Merwin et al., 2011; Gianini, White, & Mashed, 2013; Leehr et al., 2015).

No que diz respeito à compulsão alimentar em específico, dificuldades de regulação emocional contribuíram significativamente para o comer emocional e para sintomatologia alimentar em uma amostra clínica de adultos obesos com TCAP em tratamento, mesmo após controlar os efeitos do sexo e do afeto negativo (Gianini et al., 2013). Déficit em processos de regulação emocional constituem-se em uma explicação comum e amplamente utilizada para o desenvolvimento e manutenção do TCAP, onde assume-se que o comer compulsivo é utilizado como uma forma disfuncional de lidar com experiências internas negativas e encontrar alívio (vide Leehr et al., 2015 para uma revisão). Estudo de revisão sistemática encontrou evidências de que as emoções negativas servem como gatilho para o comer

compulsivo em obesos com TCAP, o que não foi verificado em obesos sem essa patologia (Leehr et al., 2015).

Estudos recentes têm revelado que o papel preditor de conhecidos fatores de risco da psicopatologia alimentar (i.e., insatisfação corporal e comparações sociais desfavoráveis) é mediado pela FC-IC em amostras não clínicas de mulheres (Ferreira, Palmeira, & Trindade, 2014; Trindade & Ferreira, 2014). Adicionalmente, outra pesquisa revelou que a FC-IC emergiu como mediadora dos efeitos da insatisfação com a imagem corporal e da apreciação corporal sobre a sintomatologia alimentar em mulheres adultas, mesmo após controlar os efeitos do IMC (Marta-Simões, Ferreira, & Mendes, 2017).

Em pacientes com diagnóstico de TCAP a severidade da compulsão alimentar encontrou-se significativamente associada com sintomas depressivos, vergonha, preocupações com a alimentação, peso e forma corporal e com a FC-IC. O mesmo estudo observou que a FC-IC emergiu como mediadora parcial dos efeitos da vergonha externa na predição da severidade do comer compulsivo, mesmo após controlar os efeitos dos sintomas depressivos (Duarte et al., 2017a). Corroborando a importância da FC-IC na predição da psicopatologia alimentar, em amostra de mulheres com TCAP foi verificado que experiências atuais de vergonha estavam significativamente relacionadas com a FC-IC a qual, por sua vez, predizia a severidade da compulsão alimentar (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017).

Tomados em conjunto, esses estudos oferecem relevantes evidências acerca do papel indireto que a FC-IC parece exercer na severidade da psicopatologia alimentar e do comer compulsivo, em particular. Contudo, apesar do aparente potencial clínico de se avaliar e trabalhar esse processo desadaptativo de regulação emocional, o mesmo permanece subexplorado, uma vez que inexistem estudos em amostras que não sejam portuguesas.

À semelhança da FC-IC, outro construto que tem merecido particular atenção em pesquisas recentes na área do comportamento alimentar é a IP-

IC/FP-IC. Estudos prévios verificaram que a FP-IC se correlaciona positivamente com a autocompaixão e negativamente com a insatisfação corporal, procura da magreza, sintomatologia alimentar e afeto negativo (i.e., ansiedade, depressão e estresse) em pessoas da população geral (Ferreira et al., 2011). Em amostras não clínicas de mulheres a FP-IC mostrou-se positivamente relacionada à autocompaixão e ao comer intuitivo (Schoenefeld & Webb, 2013) e negativamente relacionada ao IMC e sintomatologia alimentar (Kelly, Vimalakanthan, & Miller, 2014). O mesmo padrão parece ocorrer em amostras clínicas de mulheres com transtornos alimentares, onde a FP-IC mostrou-se negativamente relacionada à sintomatologia alimentar, insatisfação corporal e procura da magreza (Butryn et al., 2013). Para além disso, conforme teoricamente esperado, a FP-IC mostrou-se negativamente associada com o comer emocional em amostras não clínicas de mulheres. Análise de efeitos indiretos sugere que, em mulheres que apresentam tendência a comer em resposta às emoções negativas, aquelas com maior FP-IC tendem a apresentar menos comportamentos de comer compulsivo (Duarte & Pinto-Gouveia, 2015).

Do mesmo modo, a IP-IC mostrou-se intrinsecamente relacionada com a insatisfação corporal e procura da magreza em amostras não clínicas de mulheres adultas, onde emergiu como mediadora dos efeitos da insatisfação corporal sobre o comer desordenado (Timko, Juarascio, Martin, Faherty, & Kalodner, 2014). Finalmente, o mesmo estudo revelou que as mulheres que se identificavam como estando em dieta com o propósito de perder peso apresentavam significativamente mais IP-IC do que as mulheres que se identificavam como não estando em dieta – ou como estando em dieta apenas com o propósito de manter o peso.

Os resultados dos estudos supracitados clarificam o importante papel que a IP-IC/FP-IC parece desempenhar nas dificuldades que alguns indivíduos apresentam em regular de forma adaptativa os seus comportamentos alimentares, especialmente o comer compulsivo. Ademais,

os presentes achados fornecem suporte preliminar para a hipótese de que o construto avaliado pelo BI-AAQ trata-se de um relevante processo de autorregulação emocional, que potencialmente encontra-se envolvido de forma subjacente na predição da compulsão alimentar. Contudo, infelizmente o estudo do papel indireto que esse construto parece desempenhar tem sido amplamente negligenciado, principalmente quando se trata de amostras com alta prevalência de comer compulsivo, como é o caso de mulheres com sobrepeso/obesidade em tratamento para perda de peso.

Capítulo 2

Objetivos e metodologia geral

Objetivos e metodologia geral

A presente dissertação tem como objetivo último disseminar as terapias comportamentais de terceira geração a falantes de língua portuguesa através de três objetivos gerais: (1) disponibilizar livro/capítulos de livro em português sobre as terapias comportamentais de terceira geração; (2) viabilizar a realização de estudos empíricos que englobem construtos de natureza contextual em amostras brasileiras, através de traduções e adaptações de escalas para o português do Brasil, juntamente com análises de validade transcultural de conteúdo e estudos psicométricos; e (3) verificar a aplicabilidade de modelos conceituais com bases contextuais em amostras brasileiras. De seguida serão descritos os objetivos supracitados juntamente com os respectivos capítulos desta tese que os contemplam.

Objetivos

1. Disponibilizar livro/capítulos de livro em português sobre as terapias comportamentais de terceira geração

Buscou-se contemplar o primeiro objetivo na **Parte II** desta dissertação, a qual é composta por três capítulos:

O **Capítulo 3** apresenta o *preview* público do primeiro livro sobre as terapias comportamentais contextuais publicado em língua portuguesa, intitulado *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para Profissionais* (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015a), que possuía como objetivo a disseminação dessas abordagens entre falantes do idioma. O **Capítulo 4** intitulado *Primeira, Segunda e Terceira Geração de Terapias Comportamentais* (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015b) trata-se de um capítulo de livro, escrito em linguagem simples e

publicado em português, que apresenta um panorama histórico da primeira, segunda e terceira fase do movimento da Terapia Comportamental, abordando aspectos referentes às terminologias utilizadas, origem, evolução, aspectos críticos, enfoques clínicos, comparações entre abordagens de segunda e terceira geração e características distintivas das terapias de terceira geração. Complementarmente, o **Capítulo 5** apresenta um capítulo de livro publicado em português intitulado *Escalas que avaliam construtos da Terapia de Aceitação e Compromisso e sua disponibilidade para uso no Brasil* (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, Zancan, & Oliveira, 2015) o qual objetivou apresentar ao leitor os principais instrumentos existentes para avaliação de construtos da Terapia de Aceitação e Compromisso, contendo a área específica de avaliação, referências das validações originais, características gerais das medidas, exemplos de itens, índices de confiabilidade originais e, ainda, fornecer informações atualizadas sobre a disponibilidade e existência de estudos de tradução, adaptação e/ou validação dessas escalas para uso na realidade brasileira. Ademais, quando as escalas em questão foram traduzidas, adaptadas transculturalmente e/ou psicometricamente estudadas por um ou mais autores do capítulo, apresentou-se uma ilustração do formato de instruções, opções de resposta, juntamente com um dos itens da versão final.

2. Viabilizar a realização de estudos empíricos que englobem construtos de natureza contextual em amostras brasileiras, através de traduções e adaptações de escalas para o português do Brasil, juntamente com análises de validade transcultural de conteúdo e estudos psicométricos

Esse objetivo geral é contemplado por três capítulos que compõem a **Parte III** desta dissertação, descritos a seguir:

Sob o título *Cognitive Fusion Questionnaire: Exploring measurement invariance across three groups of Brazilian women and the role of cognitive*

fusion as a mediator in the relationship between rumination and depression, o **Capítulo 7** apresenta um artigo (Lucena-Santos, Carvalho, Pinto-Gouveia, Gillanders, & Oliveira, 2017) que engloba a tradução, adaptação transcultural, análise de validade transcultural de conteúdo e estudos psicométricos da escala *Cognitive Fusion Questionnaire* (CFQ-7; Gillanders et al., 2014), uma medida geral de fusão cognitiva. Os mesmos estudos foram realizados no **Capítulo 8** com o *Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image* (CFQ-BI; Ferreira, Trindade, Duarte, & Pinto-Gouveia, 2015), que avalia a fusão cognitiva relacionada à imagem corporal, no artigo intitulado *Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image: Psychometric properties and its incremental power in the prediction of binge eating severity* (Lucena-Santos, Trindade, Oliveira, & Pinto-Gouveia, 2017). Finalmente, o artigo que compõe o **Capítulo 9** intitulado *Body-Image Acceptance and Action Questionnaire: Its deleterious influence on binge eating and psychometric validation* (Lucena-Santos, Carvalho, Oliveira, & Pinto-Gouveia, 2017) engloba a tradução, adaptação, validade transcultural de conteúdo e estudos psicométricos do *Body-Image Acceptance and Action Questionnaire* (Sandoz et al., 2013) que avalia a (in)flexibilidade psicológica relacionada à imagem corporal.

3. Verificar a aplicabilidade de modelos conceituais com bases contextuais em amostras brasileiras

Esse objetivo geral é contemplado por dois capítulos que compõem a **Parte III** desta dissertação, conforme exposto a seguir:

O **Capítulo 7** (Lucena-Santos et al., 2017a) buscou verificar se a ruminação continuaria a predizer a sintomatologia depressiva na presença de fusão cognitiva enquanto um processo mediador. Nesse sentido, foi hipotetizado que é a fusão cognitiva que contribui para o efeito negativo das respostas ruminativas na depressão através do seu mecanismo de se manter emaranhado com o pensamento. Adicionalmente, como etapa preliminar

necessária à execução desse estudo, foi necessário realizar a tradução, adaptação, análise de validade de conteúdo e estudos de psicometria da *Ruminative Responses Scale* (RRS-10, Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003), o que foi feito no artigo *Is the widely used two-factor structure of the Ruminative Responses Scale invariant across different samples of women?* (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, Carvalho, & Oliveira, 2017) apresentado no **Capítulo 6**.

Finalmente, o **Capítulo 9** (Lucena-Santos et al., 2017b) buscou verificar a aplicabilidade de um modelo no qual a inflexibilidade psicológica relacionada à imagem corporal emergiria como mediadora dos efeitos da procura da magreza e do autocrítico sobre a severidade do comer compulsivo.

Metodologia Geral

Os **Capítulos 4 e 5** apresentam capítulos de livro compostos por revisões críticas da literatura, entendidas como estudos onde os autores resumem, analisam e/ou sintetizam informações disponíveis na literatura científica acerca de um ou mais temas, mas não seguem necessariamente uma metodologia predefinida, como é o caso das revisões sistemáticas (Mancini & Sampaio, 2006).

Os estudos empíricos apresentados nesta dissertação (**Capítulos 6-9**) possuem *design* transversal, foram conduzidos em participantes do sexo feminino provenientes de amostras clínicas (mulheres com IMC ≥ 25 em tratamento para perda de peso) e não clínicas (estudantes universitárias e mulheres da população geral), com idades compreendidas entre 18 e 60 anos. As coletas de dados foram realizadas através de instrumentos de autorrelato. O projeto de doutoramento, que englobava todos os estudos apresentados nesta tese, foi previamente submetido e aprovado quanto aos

aspectos éticos em pesquisas com seres humanos pelo Comitê Científico de uma universidade da cidade de Porto Alegre (Estado do Rio Grande do Sul – Brasil) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da mesma instituição, sob protocolos nº 014/2013 e 386.978, respectivamente. Ademais, o mesmo projeto foi objeto de apreciação e aprovação, especificamente quanto aos aspectos éticos, pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Os objetivos de pesquisa e seu caráter voluntário e confidencial foram informados para todos os participantes, que assinaram um termo de consentimento informado antes da participação nos estudos. Nenhum participante recebeu qualquer tipo de compensação. Os procedimentos e métodos de recolhas de dados, as características das amostras, os instrumentos de autorrelato aplicados, os programas e/ou *softwares* estatísticos utilizados e as estratégias analíticas adotadas foram oportunamente detalhados em cada um dos estudos e, portanto, não serão discriminados nesta seção.

Finalmente, os procedimentos metodológicos (e respectivo embasamento teórico) utilizados no processo de tradução, adaptação e validade transcultural de conteúdo das escalas trabalhadas no âmbito desta dissertação, estão descritos a seguir.

Tradução e adaptação e validade transcultural de conteúdo

A utilização de instrumentos de autorrelato tem recebido grande destaque no cenário científico atual. Uma das razões frequentemente apontadas para o crescente uso de tais medidas é o fato de que as mesmas facilitam tanto a comparação de resultados entre estudos conduzidos dentro do mesmo país, como de achados científicos provenientes de diferentes países (Gjersing, Caplehorn, & Clausen, 2010). Assim, há quem defenda que é preferível a realização do processo de adaptação de uma medida já existente do que o desenvolvimento de um novo instrumento, uma vez que a capacidade de generalização dos resultados é aumentada pelo fato de

determinada medida possuir um único embasamento teórico do construto ou conceito de interesse (Hambleton, 2005).

Estudos transculturais podem fornecer evidências com importantes implicações clínicas a nível mundial, porém a sua qualidade depende em grande medida da acurácia das avaliações realizadas (Sousa & Rojjanasrirat, 2011). Comparações transculturais têm tornado-se cada vez mais populares no contexto científico, o qual se depara com a difícil tarefa de assegurar que instrumentos originalmente desenvolvidos em determinada cultura sejam válidos e (trans)culturalmente adaptados para utilização segura em outros países (Van de Vijver & Poortinga, 1997).

Infelizmente, a realização de um adequado processo de adaptação transcultural muitas vezes não é levada em consideração, sendo tratada como algo de pouca importância no protocolo de estudo e implementada sem a merecida atenção aos aspectos cruciais envolvidos. É digno de nota que a realização de um rigoroso processo de adaptação transcultural é uma tarefa árdua que requer um considerável investimento de tempo. Em função disso, a abordagem que tem sido mais utilizada é a tradução simples do instrumento (i.e., diretamente da língua de origem para a linguagem alvo), que não é suficiente para assegurar a equivalência quanto ao que se deseja avaliar. Tal falha metodológica relacionada à qualidade da tradução, adaptação transcultural e correspondência dos itens originais para uma cultura diferente, apesar de muitas vezes não ser detectada, pode comprometer a validade das conclusões retiradas dos resultados de pesquisa (Sperber, 2004), os quais podem não refletir de forma acurada o que se desejava avaliar (Gjersing et al., 2010), ameaçando tanto a validade dos dados como a agregação segura dos mesmos a outros bancos de dados para estudos comparativos (Wild et al., 2005).

O processo de adaptação transcultural de instrumentos de autorrelato requer rigoroso planejamento e adoção cuidadosa de abordagens metodológicas, a fim de obter uma medida válida e confiável do conceito de

interesse. Propiciar a pesquisadores e a clínicos o acesso a instrumentos confiáveis e válidos fornece, em última análise, um contributo significativo para que os pacientes tenham um atendimento de qualidade, uma vez que toda a prestação de serviços de saúde depende de uma avaliação precisa e compreensão aprofundada do contexto e cultura em que os avaliados encontram-se inseridos (Sousa & Rojjanasrirat, 2011).

No que diz respeito aos instrumentos alvos de estudos nesta dissertação (i.e., CFQ [Capítulo 7], CFQ-BI [Capítulo 8], BI-AAQ [Capítulo 9] e RRS-10 [Capítulo 6]), importa salientar que todos eles foram submetidos aos mesmos procedimentos, quais sejam:

Autorização formal

Consiste na realização de um pedido formal de autorização aos autores da versão original da medida para traduzir e adaptar transculturalmente o instrumento. Esta etapa é frequentemente omitida na descrição da execução do processo de adaptação transcultural, embora quase sempre seja realizada (Wild et al., 2005). A julgar pela experiência dos autores dos estudos desta dissertação, considera-se que o pedido formal de autorização é importante não só por razões éticas e de *copyright*, mas também pelo fato de que frequentemente os autores mantêm um controle dos nomes e contatos dos pesquisadores/profissionais responsáveis pela tradução e adaptação do instrumento em cada país. Não é incomum, por exemplo, que os novos requerentes sejam informados de que o instrumento de interesse já está sendo traduzido/adaptado/validado para a linguagem e cultura desejadas. Nesses casos, os autores costumam disponibilizar os nomes e contatos dos profissionais responsáveis pelos estudos da medida naquele país para facilitar aos novos interessados a obtenção/utilização do instrumento.

Elaboração de material teórico de apoio

Consiste na elaboração de material de apoio contendo o enquadramento teórico detalhado do construto que o instrumento a ser adaptado se propõe a medir. Sugere-se que o material seja lido previamente pelos avaliadores que farão parte do comitê de juízes, ainda que esses avaliadores sejam *experts* na área. Tal processo visa uniformizar as avaliações que os juízes realizarão, de maneira a fortalecer o grau de equivalência teórica entre a versão original e a versão final obtida na linguagem alvo, ajudando a evitar versões que levem a interpretações errôneas e/ou que se distanciem dos conceitos que os itens pretendem avaliar (Wild et al., 2005).

Traduções simples

A tradução simples consiste na tradução do instrumento da sua linguagem original para a linguagem alvo (*Target Language* – TL). Os profissionais responsáveis pela realização das traduções simples devem ser falantes nativos da linguagem alvo e fluentes na linguagem original (frequentemente a língua inglesa). Ademais, é preferível que os tradutores residam no país para o qual a medida será adaptada (Wild et al., 2005). A realização de no mínimo duas traduções é usualmente recomendada (Sousa & Rojjanasrirat, 2011; Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000), uma vez que permite comparar possíveis discrepâncias entre as traduções, evitando palavras ou expressões ambíguas e/ou escolhas de termos menos usuais/adequados (Beaton et al., 2000). Ademais, a existência de dois tradutores reduz o risco de obter uma versão demasiadamente influenciada pelo estilo de escrita de uma única pessoa (Wild et al., 2005). Outro aspecto a ser levado em consideração pelos tradutores nesta etapa é o uso de linguagem simples, a fim de que os itens sejam compreendidos inclusive pelos extratos educacionais mais baixos da população (Cassep-Borges, Balbinotti, & Teodoro, 2010).

Assim, após autorização formal dos autores dos instrumentos, dois tradutores bilíngues (fluentes na língua inglesa e cuja língua nativa era o português do Brasil), com experiência prévia na tradução e adaptação transcultural de escalas e que tivessem residido em diferentes unidades federativas do Brasil (para assegurar que a versão brasileira seria compreendida por pessoas provenientes de diferentes culturas do país), realizaram duas traduções simples independentes. Como resultado deste processo, obtiveram-se duas diferentes traduções de cada item para o português do Brasil (denominadas TL1 e TL2).

Backtranslation

A *backtranslation* (também denominada *retroversão* ou *retrotradução*) consiste na tradução da tradução simples de volta à linguagem original (Wild et al., 2005) e possui o propósito de obter maior clareza acerca das palavras e sentenças utilizadas (Sousa & Rojjanasrirat, 2011), detectar possíveis inconsistências e/ou erros conceituais nas traduções (Beaton et al., 2000) e avaliar em que medida a retroversão reflete o conteúdo do item em sua versão original (Borsa, Damásio, & Bandeira, 2012). O desejado é que a retroversão seja o mais semelhante possível à versão original, porém devem os pesquisadores manterem-se atentos a algumas restrições, como seria o caso de retroversões de traduções muito literais, as quais apesar de ficarem potencialmente muito semelhantes (ou mesmo iguais) aos itens originais, podem não fazer sentido na linguagem alvo (Cassep-Borges et al., 2010). Dessa forma, nesta dissertação foram realizadas as *backtranslations* da TL1 e TL2 (B-TL1 e B-TL2, respectivamente) para cada uma das escalas.

Consolidação das traduções: Obtenção da versão preliminar

De posse das traduções e retroversões de cada escala (i.e., TL1, B-TL1, TL2 e BTL-2), o método de comitê de juízes deve ser utilizado para realizar o procedimento de consolidação das traduções, de modo a gerar uma versão preliminar do instrumento (Cassep-Borges et al., 2010; Beaton et al., 2000). A etapa de consolidação visa comparar e integrar mais de uma tradução em uma única versão (Wild et al., 2005).

Após ter manifestado sua concordância em ser integrante do comitê, cada juiz recebeu instruções específicas acerca de sua participação ao longo de todas as etapas do processo. Em um primeiro momento, cada juiz deveria: (a) realizar a leitura do material de apoio contendo o enquadramento teórico do instrumento e esclarecer eventuais dúvidas com os pesquisadores antes de passar à etapa seguinte; (b) para cada item, assinalar a versão que retrotraduzida estava mais próxima do sentido/conteúdo do item no seu original e que, ao mesmo tempo, a respectiva tradução estivesse mais compreensível aos brasileiros (considerando inclusive os substratos escolares mais baixos); (c) assinalar a opção *Penso que não há uma melhor que a outra* no caso de julgar que todas as traduções estavam igualmente compreensíveis aos brasileiros e conservavam o conteúdo do item original (em suas retroversões); (d) assinalar a opção *Penso que nenhum dos itens está apropriado*, no caso de julgar que nenhuma das traduções para o português estava adequada. Neste caso, era solicitado que escrevesse sua própria sugestão de tradução do item.

De seguida as respostas e sugestões de cada um dos elementos do júri são enviadas a todos os demais integrantes para leitura e conhecimento prévio. Após, é realizada uma reunião com a presença de todos os membros do comitê de juízes para revisão conjunta das traduções, avaliações e sugestões, visando alcançar consenso acerca de quaisquer discordâncias, de maneira a consolidar a versão preliminar (Beaton et al., 2000). No decorrer dessa reunião alguns itens podem ser reformulados (i.e., podem não ficar

exatamente iguais a nenhuma das duas opções de tradução para o português) enquanto outros podem permanecer iguais a TL1 ou a TL2, originando a versão preliminar do instrumento.

Validade transcultural de conteúdo

A avaliação da validade transcultural de conteúdo (i.e., validade de conteúdo da adaptação transcultural) contou com os seguintes passos, baseados nas recomendações de Cassep-Borges e colegas (2010): (a) avaliação quantitativa: cada item da versão preliminar da escala foi avaliado individualmente por cada um dos integrantes do comitê de juízes (escala *Likert* de 5 pontos, sendo 1 *quase nada* e 5 *muito*) quanto a três domínios: grau de clareza de linguagem, pertinência prática para a cultura de destino e relevância teórica; e (b) cálculo do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC): de posse dos resultados das avaliações individuais de cada juiz, foram calculados os CVCs (de acordo com Hernández-Nieto, 2002) de cada item da versão preliminar para cada um dos três domínios supracitados, assim como o CVC total (i.e., média do CVC obtido nos três domínios) – o CVC varia de 0 a 1, quanto maior, maior a validade de conteúdo dos itens. Foram considerados aptos a compor a versão que seria aplicada no estudo piloto os itens que apresentassem CVC total $\geq 0,8$. Caso um ou mais itens apresentassem CVC $< 0,8$ (Hernández-Nieto, 2002), os pesquisadores entrariam novamente em contato com os integrantes do comitê de juízes, a fim de que os mesmos decidissem se os itens em questão deveriam ser alterados, ou se preferiam manter suas apresentações e aguardar as informações fornecidas pelos resultados do estudo piloto. No caso das escalas traduzidas e adaptadas no âmbito desta dissertação, uma vez que todos os itens apresentaram CVC $\geq 0,8$ - indicando boa validade transcultural de conteúdo - passou-se à etapa seguinte.

Estudo piloto

O estudo piloto consiste na aplicação do instrumento em amostra de pequena dimensão (usualmente entre 20 e 30 participantes) com o objetivo de verificar a possibilidade da medida se comportar de uma forma diferente da esperada pelos pesquisadores (Cassepp-Borges et al., 2010), analisar o grau de compreensibilidade, receber sugestões de palavras ou termos alternativos e averiguar a adaptação transcultural da versão utilizada (Wild et al., 2005). Com o objetivo de fornecer uma ideia geral do instrumento a ser avaliado, o protocolo de pesquisa utilizado no estudo piloto foi acompanhado da escala em seu formato de aplicação (contendo os itens da versão preliminar). Os participantes foram instruídos a classificar as instruções e cada um dos itens do instrumento em *pouco compreensível*, *mais ou menos compreensível* ou *muito compreensível*, assim como reescrevê-los em suas próprias palavras. Sempre que um participante classificasse um item como *pouco* ou *mais ou menos compreensível*, era solicitado que indicasse o que não ficou claro e/ou que escrevesse dúvidas/sugestões.

A reescrita dos itens durante a fase do estudo piloto é considerada uma prática mais apropriada do que apenas indagar os participantes acerca da existência de palavras ou itens de difícil compreensão. De posse da reescrita torna-se mais fácil a detecção de quaisquer discrepâncias entre o entendimento dos participantes e o que realmente se pretendia avaliar em cada um dos itens. Dessa forma é minimizada a subjetividade por parte dos integrantes do comitê de juízes no momento de avaliarem se a compreensão de cada item foi atingida (Gjersing et al., 2010). Através da utilização desta metodologia, os juízes também possuirão dados quantitativos (i.e., percentagem de participantes que classificaram cada item como *pouco*, *mais ou menos* ou *muito compreensível*) para embasarem suas conclusões acerca dos resultados do estudo piloto.

Versão final

De posse dos dados qualitativos e quantitativos obtidos por meio do estudo piloto, é realizada uma reunião final entre os integrantes do comitê de juízes com o objetivo de obter a versão final do instrumento, ou seja, a versão que será aplicada na coleta de dados propriamente dita. Nesta etapa, caso se verifiquem dificuldades de compreensão em um ou mais itens, os mesmos ainda poderão sofrer alterações. No caso específico do CFQ, CFQ-BI, BI-AAQ e RRS-10, que passaram pelos procedimentos de tradução, adaptação e validade transcultural de conteúdo, não foram detectadas dificuldades de compreensão aquando da análise qualitativa e quantitativa dos resultados do estudo piloto. Dessa forma, a versão final dos referidos instrumentos no Brasil ficou igual às respectivas versões preliminares.

PARTE II

Publicações de livro e capítulos de livro em português sobre as terapias comportamentais de terceira geração

Capítulo 3

Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para
Profissionais

Capítulo 4

Primeira, Segunda e Terceira Geração de Terapias Comportamentais

Capítulo 5

Escalas que avaliam construtos da Terapia de Aceitação e
Compromisso e sua disponibilidade para uso no Brasil

Capítulo 3

Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para Profissionais

Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. S. (Eds.). (2015). *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para profissionais*. Novo Hamburgo, RS: Sinopsys Editora.

Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para profissionais

Este capítulo apresenta o *preview* público¹ do primeiro guia técnico sobre as terapias comportamentais contextuais publicado em língua portuguesa, intitulado *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para Profissionais* (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015a) que possuía como objetivo a disseminação dessas abordagens entre falantes do idioma.

Foi somente após 18 meses de estudos e pesquisas sobre as referidas abordagens que julgou-se possuir o embasamento mínimo necessário para concepção da estrutura da obra, assim como dos títulos e conteúdos a serem abordados em cada um dos capítulos. Como resultado, publicou-se um livro com as características elencadas a seguir:

Tamanho

Composto por 17 capítulos, perfazendo um total de 526 páginas.

International Standard Book Number (ISBN)

978-85-64468-46-7

Conteúdo

Contempla as abordagens de terceira geração mais conhecidas: Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991), Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999/2012), Terapia Comportamental Dialética (Linehan, 1993), Terapia Comportamental Integrativa de Casais (Jacobson & Christensen, 1996), Ativação Comportamental (Jacobson et al., 1996; Jacobson, Martell, & Dimidjan, 2001), Terapia Cognitiva Baseada em

¹ Em caráter de exceção, o conteúdo do *preview* (que é parte integrante deste capítulo) está sendo apresentado no formato publicado, devido a questões de *copyright*. O mesmo material está disponível gratuitamente em <https://www.sinopsyseditora.com.br/livros/terapias-comportamentais-de-terceira-gera-o-guia-para-profissionais-370>

Mindfulness (Segal, Williams, & Teasdale, 2002), Terapia Focada na Compaixão (Gilbert, 2005) e o Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness* (Kabat-Zinn, 1994).

Público-alvo

Leitores iniciantes, intermediários e avançados: desde estudantes e profissionais de saúde até professores e/ou pesquisadores.

Estrutura generalista

Concebeu-se um material que fosse acessível aos leitores iniciantes, fornecendo as bases introdutórias necessárias a uma adequada compreensão, ao mesmo tempo em que buscou-se alcançar leitores intermediários e avançados contemplando tópicos como informações/explanações sobre comparações entre abordagens, aspectos distintivos, fundamentos filosóficos e teóricos, informações sobre pesquisa básica/aplicada, aspectos psicométricos de escalas de avaliação e instruções/dicas práticas direcionadas aos terapeutas.

Caráter didático

Os autores foram instruídos a adotar linguagem simples, utilizar subtítulos nos capítulos, finalizar cada subdivisão com um quadro contendo um resumo dos principais pontos abordados e fornecer exemplos/vinhetas clínicas, sempre que possível. O cuidado com a utilização de linguagem acessível esteve constantemente presente, quer nas instruções para a escrita dos capítulos, quer nas revisões técnicas dos materiais – que incluíam sugestões (dos editores aos autores) relacionadas à adaptação da linguagem e/ou à necessidade de fornecer exemplos e/ou definições de determinadas terminologias.

Prefácio

Escrito pela pesquisadora norte-americana Doutora Jacqueline Pistorello juntamente com o Doutor Steven Hayes, autor principal da Terapia de Aceitação e Compromisso.

Perfil dos autores

O livro foi resultado do esforço conjunto de um time amplamente capacitado de autores (vide minicurrículos), os quais prontamente aceitaram o convite para escrever os capítulos, juntamente com o desafio de o fazer de forma adaptada ao público-alvo e aos objetivos concebidos para a obra.

Lançamentos (Brasil e Portugal)

No Brasil foi lançado na *45ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia* (Belo Horizonte, Minas Gerais) e na *I Jornada de Análise Aplicada do Comportamento* (Curitiba, Paraná), enquanto em Portugal foi lançado no *III Congresso Internacional do CINEICC e II Congresso Nacional da Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento* (Coimbra).

Circulação internacional (Portugal e Brasil)

Em Portugal é comercializado pela editora e livraria *European Center for Cognitive Behavioral Therapies* (ETCC, com sede em Loulé/Algarve), enquanto no Brasil está à venda em dezenas de livrarias presentes em diversos estados/regiões (muitas delas com opções de *e-commerce*), assim como através do site da própria editora.

Alcance/aceitação

Foi adotado como livro-texto em diversas disciplinas de cursos de graduação, pós-graduação e especialização em Psicologia e em cursos de extensão espalhados pelo Brasil. Da mesma maneira, tem sido referenciado/indicado em sites/portais especializados de terapia comportamental, congressos, jornadas,

workshops e demais eventos científicos realizados em território brasileiro. A primeira tiragem da obra esgotou-se em menos de um ano após o lançamento, necessitando de reimpressões.

*TERAPIAS
COMPORTAMENTAIS
DE TERCEIRA GERAÇÃO*

T315 Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais / organizado por Paola Lucena-Santos, José Pinto-Gouveia e Margareth da Silva Oliveira... [et al.] – Novo Hamburgo : Sinopsys, 2015.
16x23 cm ; 526p.

ISBN 978-85-64468-46-7

1. Psicologia –Terapias comportamentais. I. Lucena-Santos, Paola. II. Pinto-Gouveia, José. III. Oliveira, Margareth da Silva Oliveira. IV. Título.

CDU 159.922

Catálogo na publicação: Mônica Ballejo Canto – CRB 10/1023

*TERAPIAS
COMPORTAMENTAIS
DE TERCEIRA GERAÇÃO*

Guia para profissionais

PAOLA LUCENA-SANTOS
JOSÉ PINTO-GOUVEIA
MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA
ORGANIZADORES



2015

© Sinopsys Editora e Sistemas Ltda., 2015
Terapias Comportamentais de Terceira Geração
Paola Lucena-Santos, José Pinto-Gouveia e Margareth da Silva Oliveira (orgs.)

Capa: *Maurício Pamplona*

Revisão: *Danielle Teixeira*

Tradução do prefácio: *Paola Lucena-Santos*

Supervisão editorial: *Mônica Ballejo Canto*

Editores: *Formato Artes Gráficas*

Sinopsys Editora

Fone: (51) 3066-3690

E-mail: atendimento@sinopsyseditora.com.br

Site: www.sinopsyseditora.com.br

À minha mãe, Fátima, aos meus padrinhos, Regina e José, às amigas Renata e Graça, à Selma, aos meus orientadores de doutoramento, Prof^a. Margareth e Prof. Pinto-Gouveia, aos meus irmãos e demais familiares e amigos que sempre me apoiaram, incentivaram e torceram por mim.

Paola Lucena-Santos

Aos meus alunos de doutoramento e colaboradores que, ao longo dos anos, foram construindo o CINEICC.

José Pinto-Gouveia

Aos meus alunos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS e, em especial, ao Prof. Pinto-Gouveia e à Paola Lucena dos Santos (Universidade de Coimbra) que apostaram neste projeto.

Margareth da Silva Oliveira



Agradecimentos

Aos colaboradores desta obra que prontamente aceitaram o nosso convite e somaram forças conosco, tornando este projeto possível.

À Sinopsys Editora pela confiança em nós depositada, assim como pela organização e pela qualidade de trabalho demonstradas durante todas as etapas do processo editorial.

Ao Steven Hayes e à Jacqueline Pistorello por terem prontamente aceito o nosso convite para a escrita do prefácio desta obra e, em especial, à Jacqueline pelo carinho.

Aos colaboradores e à equipe do Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenções Cognitivo-Comportamentais (CINEICC), da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, pela constante troca de conhecimentos sobre as Terapias Comportamentais de Terceira Geração, as quais são foco de diversos trabalhos acadêmicos do centro de investigação há mais de uma década.

Aos colaboradores e à equipe do Grupo de Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva e Comportamental (GAAPCC), do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, por terem abraçado uma nova frente de trabalho desde 2011 (em parceria com o CINEICC) e por terem demonstrado, desde então, constante entusiasmo e dedicação em aprender e disseminar as Terapias Comportamentais de Terceira Geração (especialmente a Terapia de Aceitação e Compromisso e a Terapia Focada na Compaixão) em território brasileiro.

A todos os interessados nas Terapias Comportamentais de Terceira Geração que, devido ao interesse demonstrado pelas temáticas, tornaram este projeto viável.



Autores

Paola Lucena-Santos (org.). Psicóloga graduada pela PUC/RS. Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, na subárea de especialidade em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e da Saúde (Universidade de Coimbra). Doutoranda em Psicologia Clínica no Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Membro da *Association for Contextual Behavioral Science* (ACBS). Atualmente suas atividades de pesquisa são inteiramente focadas nos processos da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e da Terapia Focada na Compaixão (CFT) e suas aplicabilidades em diferentes psicopatologias e contextos. Parecerista *ad hoc* de periódicos científicos nacionais e internacionais indexados e com revisões pelos pares.

José Pinto-Gouveia (org.). Médico Psiquiatra pela Universidade de Coimbra/Portugal. Doutor em Psicologia Clínica pela mesma instituição. Professor Catedrático da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC). Coordenador do Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenções Cognitivo-Comportamentais da FPCE-UC. Orientador de Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado. Editor da revista *Psychologica*. Presidente da Associação Portuguesa para o *Mindfulness* (APM). Membro efetivo do *International Committee of World Congresses of Behavioural and Cognitive Therapies*. Realiza pesquisas na área das Terapias Cognitivo-Comportamentais de Terceira Geração há muitos anos, sendo orientador de dezenas de mestrados e doutorados que foram realizados na área. Publicou, somente nos últimos dois anos, mais de 100 artigos em revistas internacionais com fator de impacto.

Margareth da Silva Oliveira(org.). Psicóloga pela PUC/RS. Mestre em Psicologia pela PUCRS. Doutora em Psiquiatria e Psicologia Médica pela UNIFESP. Realizou Pós-Doutorado na *University of Maryland*. Professora titular do Programa de Pós-Graduação (PPG) em Psicologia da PUC/RS. Coordena, há 13 anos, o Grupo de Pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva e Comportamental da Faculdade de Psicologia da PUC/RS. Orientadora de Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado. Bolsista Produtividade Nível 1 (CNPq). Durante toda a sua trajetória como pesquisadora trabalhou com a Terapia Cognitivo-Comportamental tradicional e Entrevista Motivacional e, nos últimos anos, expandiu

seus estudos para as Terapias de Terceira Geração. É membro da Associação Latino-Americana de Psicoterapias Cognitivas (ALAPCO). Membro fundador da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas.

Bernard Pimentel Rangé. Psicólogo pela PUC/RJ. Mestre em Psicologia Teórica-Experimental pela PUC/RJ. Doutor em Psicologia pelo IP/UFRJ. Foi um dos primeiros terapeutas comportamentais do Brasil. Foi Presidente-fundador da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (ABPMC), Vice-presidente fundador da Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas (SBTC, atual FBTC). Presidente da Associação Latino-Americana de Psicoterapias Cognitivas (ALAPCO). Especialista por treinamento extramuros do *Beck Institute*. Orientador de Mestrado e Doutorado, Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Organizador do livro *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Coautor juntamente com Camilla Vorkapic do livro *Mindfulness, meditação, yoga e técnicas contemplativas*, dentre outras obras.

Cristina Würdig Sayago. Psicóloga pela PUC/RS. Mestre em Psicologia pela PUC/RS, na área de concentração de Psicologia Clínica. Formação em Terapias Baseadas em Evidências para o Transtorno da Personalidade Borderline pela FORO/ARG. Especialista em Terapias Cognitivo-Comportamentais. Membro do GEP (primeira e, atualmente, única equipe de Terapia Comportamental Dialética do Brasil), onde todos os integrantes possuem treinamento na condução da terapia individual, grupoterapia de habilidades, grupo de familiares, consultoria de terapeutas e intervenções ambientes (dentro do modelo da Terapia Comportamental Dialética). Desenvolve no GEP os papéis de terapeuta individual e integrante da consultoria de terapeutas. Cursa o *Dialectical Behavior Therapy – Intensive Training (Behavioral Tech)*/EUA e Foro/ARG). Coordenadora do Curso de Formação em Terapias Cognitivo-Comportamentais de Terceira Geração do InTCC. Sócia do InTCC.

Elisa Harumi Kozasa. Graduada em Ciências Biológicas pela Universidade de São Paulo. Mestre, Doutora e Pós-doutora pelo Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (Capes 7), onde é professora afiliada. Pesquisadora do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Suas principais pesquisas abordam a neurofisiologia de estados de consciência como a meditação, através da neuroimagem funcional, e a avaliação de intervenções que envolvem treinamento de habilidades cognitivas e comportamentais e que promovem uma melhor qualidade de vida e bem-estar. Nestas áreas participou dos diálogos entre pesquisadores e o Dalai Lama, na interface entre efeitos de práticas contemplativas para a saúde em 2006 e 2011. Possui colaborações internacionais em andamento com pesquisadores do *MD Anderson Cancer Center* e *Harvard Medical School*. Atuou como editora convidada de número especial da revista *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine* em 2013. Uma das três finalistas do Prêmio Saúde 2012 e 2013 na categoria de saúde mental e emocional. Primeira autora do “The Most Downloaded Paper” da revista *Neuroimage* (fator de impacto 5.895) por quatro meses entre 2011/2012. Graduada 5º dan em Aikido com certificado reconhecido pela *International Aikido Federation*. Foi treinada por Paul Ekman e Alan Wallace para ministrar o treinamento *Cultivating Emotional Balance*.

Fabián Orlando Olaz. Psicólogo. Doutor em Psicologia pela Universidade Nacional de Córdoba, Argentina. Professor Adjunto da disciplina de graduação Clínica Psicológica. Membro do Comitê acadêmico da carreira de Doutor em Psicologia da Universidade Nacional de Córdoba. Diretor do Laboratório de Comportamento Interpessoal da Faculdade de Psicologia a Universidade Nacional de Córdoba/Argentina. Psicoterapeuta ACT e FAP com especialidade no modelo Matrix. Tem mais de 300 horas de treinamento e supervisão no modelo ACT e FAP com representantes dos modelos (Steven Hayes, Mavis Tsai, Bob Kohlenberg, Kelly Wilson, Robin Walser, Kirk Strosahl, Benjamin Schoendorff, Vijay Shankar e outros). Tem participado no *Intensive Internship in the Medical Center of the Department of Veterans Affairs. PTSD Intensive Outpatient Training Program*, em Augusta (Maine), junto aos Doutores Jerold Hambricht e Kevin Polk, com quem mantém reuniões de trabalho e discussão. Organizador de *workshops* internacionais de Terapia de Aceitação e Compromisso na Argentina e no Brasil. Organizador do primeiro Workshop de ACT conduzido por Steven Hayes e Jaqueline Pistorello no Brasil e de outros importantes representantes do modelo. *Trainer* do *Contextual Psychology Institute*, dirigido por Benjamin Schoendorff. Supervisor e Diretor Clínico do *Centro Integral de Psicoterapias Contextuales* (Córdoba). Membro da *Association for Contextual Behavioral Science* (ACBS) e da *American Psychological Association* (APA). Representante na Argentina da Associação Psicológica Ibero-americana de Clínica e Saúde (APICSA). Palestrante reconhecido na Argentina e no Brasil onde mais de 1.000 participantes assistiram seus cursos e *workshops* na área de Terapias de Terceira Geração. Escreveu e publicou dezenas de trabalhos sobre ACT e Terapia Cognitiva e Comportamental. Atualmente está preparando um livro em coautoria com Kevin Polk, Benjamin Schoendorff e Mark Webster sobre o Modelo Matrix que será publicado em 2015 pela editora *New Harbinger Publications, Inc.*

Giovana Del Prette. Psicóloga. Atua como terapeuta, professora, supervisora clínica e pesquisadora. Graduada em Psicologia pela USP. Mestre e Doutora em Psicologia Clínica pela USP. Pós-doutorado pelo Instituto de Psiquiatria da USP. Participou de discussões de pesquisa sobre Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP) com Robert Kohlenberg, Mavis Tsai, Jonathan Kanter e Glenn Calaghan durante a *37th Annual Convention of Applied Behavior Analysis*. Fez cursos de formação em FAP com Jonathan Kanter na *University of Washington*, Terapia Comportamental Dialética com Luc Vandenberghe na PUC/Goiás e Terapia de Aceitação e Compromisso aprimorada por FAP com Benjamin Schoendorff e Marie-France Bolduc no *Institut de Psychologie Contextuelle*. Participou de grupo de Supervisão FAP de Sonia Meyer durante seis anos. Está vinculada ao Setor de Psiquiatria Geral do HC/FMUSP, como professora e supervisora clínica do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência e do curso de Terapia Comportamental e Cognitiva da residência em Psiquiatria Geral. Professora e supervisora do Núcleo Paradigma de Análise do Comportamento. Foi vice-presidente da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (ABPMC-2012), da qual é membro desde 2001.

Igor da Rosa Finger. Psicólogo pela PUC/RS. Mestre em Psicologia Clínica pela PUC/RS. Especialista em Terapias Cognitivo-Comportamentais pela FADERGS/Infapa. Professor da Faculdade de Psicologia da Unisinos e de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais do InTCC. Professor convidado de diversas especializações e formações nas áreas da

TCC no Brasil. Atua em consultório com Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Apresentou a ACT em *workshops* e congressos nacionais e internacionais de TCCs. Professor do curso de Formação em TCCs de Terceira Geração no InTCC. Membro da *Association for Contextual Behavioral Science* (ACBS).

Isabel Cristina Weiss de Souza. Psicóloga pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CES/JF). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Especialista em Terapias Cognitivas pela USP/SP. Doutoranda do Departamento de Psicobiologia da UNIFESP. Realizou treinamento em *Mindfulness-Based Relapse Prevention* (MBRP) na *University of California (School of Medicine)* e *Advanced Teacher Training in MBRP* na Inglaterra. Psicóloga clínica. Professora da Especialização em Terapias Cognitivas do Núcleo de Estudos em Saúde Mental de Juiz de Fora e professora do Centro Regional de Referência sobre Drogas (CRR) da UNIFESP. Ministrou treinamentos, apresentou trabalhos e foi organizadora de cursos e *workshops* sobre Prevenção da Recaída Baseada em *Mindfulness*. Participou, juntamente com outros autores, da validação brasileira do *Mindful Attention Awareness Scale* e do *Five Facet Mindfulness Questionnaire*. Possui diversos trabalhos publicados sobre MBRP, Terapia Cognitiva e prevenção na área de comportamentos aditivos.

Jacqueline Pistorello. Ph.D. Pesquisadora nos Serviços de *Counseling* da *University of Nevada, Reno* (USA), onde tem trabalhado com estudantes universitários utilizando abordagens de terceira onda durante quase 20 anos. Especializada na adaptação da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e da Terapia Comportamental Dialética para a prevenção e tratamento de problemas de saúde mental em estudantes universitários. Recebeu mais de 5 milhões de dólares em financiamentos de pesquisa de institutos nacionais de saúde norte-americanos para realização de estudos na sua área de especialidade. Publicou um livro de autoajuda intitulado *Finding Life Beyond Trauma*, no qual a ACT é proposta como um caminho para lidar com os efeitos do trauma. Foi organizadora do livro *Mindfulness and Acceptance for Counseling College Students*.

Juliana Helena dos Santos Silvério Abreu. Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Doutoranda em Psicologia Experimental na USP. Professora, terapeuta e coordenadora do Instituto de Análise do Comportamento de Curitiba (IACC).

Karen Vogel. Psicóloga pela PUC/SP. Especialista em Análise do Comportamento pelo Núcleo Paradigma-SP. Mestranda na Faculdade de Medicina-USP. Fundadora do Instituto Brasileiro de Prática em *Mindfulness*. Professora e supervisora do curso de Terapia de Aceitação e Compromisso do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP. Supervisora do Instituto de Psiquiatria da USP. Autora do livro *Fada Helena Boazinha*. Atua em consultório com prática clínica baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e *Mindfulness*. Fez curso de Terapia Focada na Compaixão com Professor Paul Gilbert no *IX World ACBS Washington Conference*.

Lina Sue Matsumoto. Psicóloga pela Universidade Paulista (NIP/RS). Psicoterapeuta certificada em Terapia Processual. Possui aprimoramento em Transtornos Alimentares pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina/Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP). Experiência clínica em transtornos de ansiedade, transtornos

do humor, transtornos alimentares e Transtorno do Estresse Pós-Traumático, tendo também trabalhado com reeducação alimentar de pessoas com obesidade, diabetes e pré/pós-cirurgia bariátrica. Psicóloga no Ambulatório de Ansiedade do Ipq-HCFMUSP. Atuou como professora do curso de graduação em psicologia da UNIP aonde lecionou sobre Psicoterapia Cognitiva e Construtivista e Processos Psicológicos Básicos. Professora convidada no Instituto Catarinense de Terapia Cognitiva (ICTC-SC) e no Instituto Paranaense de Terapia Cognitiva (IPTC-PR).

Luc Vandenberghe. Doutor em Psicologia pela *Université de l'État à Liège* – Bélgica. Mestre em Psicologia Clínica e do Desenvolvimento pelo *Rijksuniversiteit Gent* – Bélgica. Trabalhou como psicoterapeuta e terapeuta de casal na Alemanha de 1989 até 1994 e depois desta data no Brasil. Fez suas primeiras experiências com a Terapia Comportamental Dialética no fim da década de 1980. Após um curso com John Teasdale em Londres, em 1993, começou a trabalhar sistematicamente com *Mindfulness* no processo psicoterapêutico individual e de casal. Supervisionou estágio em terapia comportamental da terceira onda (com ênfase em FAP e ACT) na PUC de Minas Gerais em Belo Horizonte em 1996. Professor e supervisor clínico na PUC/Goias. Publicou sobre o tratamento comportamental de dor crônica, o relacionamento terapêutico como instrumento de cura e a terapia de casal em várias revistas britânicas, brasileiras e estadunidenses durante as últimas décadas.

Marcelo Batista de Oliveira. Psicólogo. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo, onde trabalha em um projeto de pesquisa que avalia os níveis de *Mindfulness* e tipos clínicos de Burnout em médicos de família brasileiros. Possui certificação em *Mindfulness* pelo Instituto *Breathworks*/Inglaterra (*Mindfulness Based approaches for Health and Stress* e em *Mindfulness Based Relapse Prevention Level 1*). Membro e professor do Grupo Mente Aberta – Núcleo de *Mindfulness* e Promoção da Saúde – UNIFESP. É sócio fundador do website Iniciativa *Mindfulness* e do Centro Paulista de *mindfulness*, onde conduz grupos de *mindfulness* e oferece *workshops* sobre a temática.

Marcelo Marcos Piva Demarzo. Médico pela USP. Doutor em Patologia pela USP. Especialista em Medicina de Família e Comunidade pelo Hospital das Clínicas da FMRP-USP. Especialista em Medicina do Exercício e do Esporte pela Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Profissional em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz. Professor adjunto da Universidade Federal de São Paulo, e *Senior Fellow do International Primary Care Research Leadership Programme (Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford)*. Realizou estágio de pesquisa pós-doutoral em *Mindfulness* e Promoção da Saúde no *Grupo de Salud Mental en Atención Primaria del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (Universidad de Zaragoza/Espanha)*. Instrutor certificado de “*Mindfulness* para Saúde” (com Jon Kabat-Zinn e Saki Santorelli pelo Center for *Mindfulness*/USA e pelo Instituto *Breathworks*, Reino Unido). Coordena o “Mente Aberta” – Centro Brasileiro de *Mindfulness* e Promoção da Saúde (www.mindfulnessbrasil.com), centro de extensão, ensino e pesquisa em *mindfulness* aplicado à saúde e sociedade.

Michaele Terena Saban. Psicóloga pela PUC/SP. Mestre em Psicologia Experimental pela PUC/SP. Especialista em Psicologia Analítico-comportamental pelo Núcleo Paradigma de

Análise de Comportamento. Docente no Curso de Extensão em Terapia de Aceitação e Compromisso no Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP. Organizadora e tradutora de *workshops* internacionais de Terapia de Aceitação e Compromisso. Foi ministrante de diversos cursos, *workshops*, mesas redondas, simpósios, palestras, aulas, treinamentos, sessões coordenadas, cursos de verão, apresentações orais e de painéis sobre Terapia de Aceitação e Compromisso e análise do comportamento. Seu trabalho de conclusão de curso *Uma Leitura Behaviorista Radical da Terapia de Aceitação e Compromisso* recebeu Menção Honrosa no XV Prêmio Ana Maria Poppovic para o melhor TCC em Psicologia (PUC/SP). Participa anualmente, desde 2007, em congressos internacionais na área de Terapias Contextuais, tendo realizado inúmeros cursos e treinamentos na área. Autora do livro *Introdução à Terapia de Aceitação e Compromisso*, uma das únicas obras correntemente disponíveis em português sobre ACT.

Paulo Roberto Abreu. Psicólogo pela Universidade Federal do Paraná. Doutor em Psicologia Experimental pelo Instituto de Psicologia-USP. Editor Associado da *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* (RBTCC) da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (ABPMC). Coordenador do Instituto de Análise do Comportamento de Curitiba (IACC), onde atua também como docente e psicólogo clínico.

Renata Klein Zancan. Psicóloga pela UNIJUI/RS. Pós-Graduada em Psicologia em Saúde Mental e Coletiva pelo ICPG/SC. Mestre em Psicologia Clínica pela UNISINOS/RS. Bolsista DTI/FAPERGS/CAPES no Grupo de Avaliação e Pesquisa em Terapia Cognitivo e Comportamental do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC/RS. Atua em estudos e pesquisas envolvendo a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), Terapia Focada na Compaixão e *Mindfulness*. Possui experiência na área clínica, área da saúde (especialmente em psico-oncologia) e docência.

Rodrigo Rodrigues Costa Boavista. Psicólogo pela Faculdade Ruy Barbosa – BA. Mestre em Psicologia Experimental – Análise do Comportamento pela PUC/SP. Especialista em Clínica Analítico-Comportamental de Adultos pelo Núcleo Paradigma de Análise de Comportamento. Atua em consultório com prática clínica baseada nas Terapias de Terceira Geração, em especial na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Docente da Universidade Paulista (UNIP). Seu trabalho de conclusão de curso de graduação deu origem ao livro *Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): Mais uma possibilidade para clínica comportamental*, uma dentre as únicas obras correntemente disponíveis em português sobre ACT. Em sua monografia de especialização investigou o fenômeno da esquiva experiencial e em sua dissertação de mestrado revisou a literatura empírica produzida à luz da Teoria das Molduras Relacionais (RFT). Ministrou cursos sobre Terapia de Aceitação e Compromisso e RFT, apresentou e publicou diversos trabalhos científicos na área.

Stephen William Little. Irlandês, físico e budista ordenado, formado no método *Breathworks*, Inglaterra, aluno do Michael Chaskalson, especialista em Atenção Plena, Cambridge, Inglaterra. Palestrante experiente do ensino da prática de Atenção Plena (*Mindfulness*) no Brasil e na Europa. É uma das pessoas responsáveis pela introdução do método no Brasil e tem se dedicado a alguns trabalhos de pesquisa (*Perceptual and Motor Skills*, 2010 / *Current Pain and Headache Reports*, 2012) e consultoria na área, há mais de 21 anos. Instrutor de programas

educativos focados em saúde ou em liderança que envolvem meditação *Mindfulness* (Atenção Plena). Revisor técnico do livro *Viva Bem com a Dor e Doença*, por Vidyamala Burch. Ministrou cursos para funcionários da Escola Paulista de Medicina, da Justiça Federal e em várias empresas e projetos sociais no Estado de São Paulo. Era co-coordenador (com Elisa Kozasa) do Grupo GEMTECOMSAÚDE – Grupo de Estudos de Meditação e Técnicas Complementares em Saúde (São Paulo). Diretor do Centro de Vivência em Atenção Plena (São Paulo) onde oferece atendimento individual. Possui publicações nacionais e internacionais sobre meditação e suas aplicabilidades.

Steven C. Hayes. Ph.D. Professor fundador do Departamento de Psicologia da *University of Nevada*, Reno (USA). Autor de 41 livros e mais de 575 artigos científicos, este pesquisador tem demonstrado, através de suas pesquisas, de que forma a linguagem e os pensamentos levam ao sofrimento humano. Dr. Hayes tem sido presidente de diversas sociedades científicas e tem recebido prêmios tais como o *Lifetime Achievement Award* da *Association for Behavioral and Cognitive Therapy*.

Tiago Pires Tatton Ramos. Psicólogo e instrutor de *Mindfulness*. Mestre em Ciência da Religião pela UFJF/MG. Doutorando em Psicologia pela UFRGS/RS, onde é membro do Laboratório de Fenomenologia Experimental e Cognição (LaFEC). Sua pesquisa de tese investiga a eficácia de uma Intervenção Baseada em *Mindfulness* (MBI) para a promoção de qualidade de vida em cardiopatas isquêmicos. No ano de 2014, concluiu estágio de doutoramento no Instituto de Psiquiatria do *King's College* de Londres, junto à professora Ph.D. Tamara A. Russell, criadora do protocolo *Body in Mind Training*. Possui treinamentos de *Mindfulness* nos mais importantes centros da Argentina e da Inglaterra, incluindo o *Oxford Mindfulness Centre*. Na Inglaterra, é associado ao *Mindfulness Centre of Excellence* e, no Brasil, é um dos membros fundadores da Iniciativa *Mindfulness*, grupo que reúne acadêmicos e instrutores de *Mindfulness* certificados internacionalmente.

Vinícius Guimarães Dornelles. Psicólogo pela PUC/RS. Mestre em Psicologia pela PUC/RS, dentro da área de concentração de Cognição Humana. Formação em Terapias Baseadas em Evidências para o Transtorno da Personalidade Borderline pela FORO/ARG. Especialista em Terapias Cognitivo-Comportamentais. Coordenador do GEP (primeira e, atualmente, única equipe de Terapia Comportamental Dialética do Brasil), onde todos os integrantes possuem treinamento na condução da terapia individual, grupoterapia de habilidades, grupo de familiares, consultoria de terapeutas e intervenções ambientes (dentro do modelo da Terapia Comportamental Dialética). Desenvolve no GEP os papéis de terapeuta individual, coordenador do grupo de familiares e integrante da consultoria de terapeutas. Cursa o *Dialectical Behavior Therapy – Intensive Training (Behavioral Tech)*/EUA e Foro/ARG). Coordenador do Curso de Formação em Terapias Cognitivo-Comportamentais de Terceira Geração do InTCC. Sócio do InTCC e Sócio da *International Society for the Study of Personality Disorders*.

Vitor Borges Friary. Psicólogo pela *Middlesex University*. Mestre em Psicologia Clínica com especialização em Terapia Cognitiva e Comportamental (TCC) e Terapia Cognitiva baseada em *Mindfulness* (MBCT) pela *London Metropolitan University*, ambas na Inglaterra, onde viveu e adquiriu experiência profissional por 12 anos. Possui experiência de pesquisa em Terapia Cognitiva baseada em *Mindfulness* e especialização em Terapia de Aceitação e Compro-

misso, tendo participado em mais de 150 horas de treinamento no ACT *Summer Institute* da *Association for Contextual Behavioral Science* (ACBS). Foi residente em Psicologia no *Saint Thomas Hospital* em Londres, e atuou como Psicólogo no *Priory Hospital*, onde facilitou grupos de *Mindfulness* sob a supervisão da Profa. Pippa O'Connor do *North London Buddhist Centre*. Em 2011 assumiu o cargo de Supervisor Clínico e Psicoterapeuta do programa *Improving Access to Psychological Therapies* do *National Health Service* (NHS), tendo realizado um treinamento de extensão em Supervisão Clínica no *Institute of Psychiatry do King's College London* (IoP). No Brasil, desde 2012 atua como colaborador de Pesquisa na Universidade Federal do Rio de Janeiro e trabalha em parceria com o Hospital Federal de Bonsucesso e com o Centro Integrado de Reabilitação (Neurologia e Ortopedia) no Rio de Janeiro. Professor no curso de Psicologia da UNIABEU. Membro do comitê de docentes da Associação de Terapias Cognitivas do Estado do Rio de Janeiro (ATC-RJ). Autor de publicações em revistas Britânicas (AXM, *Counselling Directory*, *OM Magazine*) e em Jornal Acadêmico (*Saúde e Desenvolvimento Humano*).

Viviam Vargas de Barros. Psicóloga e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Trabalhou na validação de dois instrumentos psicométricos que avaliam o nível de *mindfulness*: *Five Facet Mindfulness Questionnaire* e *Mindful Attention Awareness Scale*. Doutoranda no Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo, avaliando a efetividade do protocolo *Mindfulness-Based Relapse Prevention* para dependentes de benzodiazepínicos. Possui formação em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Núcleo de Estudo Interdisciplinar em Saúde Mental (NEISME). Possui certificação em *Mindfulness Based Relapse Prevention* (MBRP) pela Universidade da Califórnia (Escola de Medicina de San Diego) e Treinamento Avançado para Professores em MBRP pelo *Centre for Addiction Treatment Studies* (Warminster, Inglaterra). Integrante do Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS) e do Mente Aberta (Centro Brasileiro de *Mindfulness* e Promoção da Saúde), tendo como principais temas de estudo o uso de substâncias e as intervenções baseadas em *mindfulness*, além de oferecer treinamentos de *Mindfulness* e MBRP para profissionais de saúde. Sócia-fundadora do website "Iniciativa *Mindfulness*" e do Centro Paulista de *Mindfulness*, onde conduz grupos de *mindfulness* e oferece *workshops* sobre a temática.



Sumário

Prefácio – A Terceira Geração da Terapia Cognitiva e Comportamental no Brasil e nos Demais Países de Língua Portuguesa	21
<i>Steven C. Hayes e Jacqueline Pistorello</i>	
1 Primeira, Segunda e Terceira Geração de Terapias Comportamentais	29
<i>Paola Lucena-Santos, José Pinto-Gouveia e Margareth da Silva Oliveira</i>	
<i>Mindfulness</i> e as Terapias Comportamentais e Cognitivo-Comportamentais	
2 O Que é <i>Mindfulness</i>?	59
<i>Tiago Pires Tatton Ramos</i>	
3 Semelhanças e Diferenças entre <i>Mindfulness</i> e as Técnicas Cognitivas Tradicionais no Trabalho Psicoterapêutico.....	81
<i>Bernard Rangé e Isabel Cristina Weiss de Souza</i>	
Redução de Estresse Baseada em <i>Mindfulness</i>	
4 Programa de Redução de Estresse Baseado em <i>Mindfulness</i>.....	104
<i>Elisa Harumi Kozasa, Stephen Little e Isabel Cristina Weiss de Souza</i>	
Terapia Cognitiva Baseada em <i>Mindfulness</i>	
5 Terapia Cognitiva Baseada em <i>Mindfulness</i>.....	127
<i>Marcelo Marcos Piva Demarzo, Viviam Vargas de Barros, e Marcelo Batista de Oliveira</i>	

Terapia de Aceitação e Compromisso

- 6 Teoria das Molduras Relacionais** 151
Rodrigo R. C. Boavista
- 7 O Que é Terapia de Aceitação e Compromisso?** 179
Michaele Terena Saban
- 8 Aplicabilidades da Terapia de Aceitação e Compromisso** 217
Vitor Friary
- 9 O Modelo Matriz de Flexibilidade Psicológica** 250
Igor da Rosa Finger
- 10 Escalas que Avaliam Construtos da Terapia de Aceitação e Compromisso e sua Disponibilidade Para Uso no Brasil** 273
Paola Lucena-Santos, José Pinto-Gouveia, Renata Klein Zancan e Margareth da Silva Oliveira

Psicoterapia Analítico-Funcional

- 11 O Que é Psicoterapia Analítico-Funcional e Como Ela é Aplicada?** 310
Giovana Del Prette
- 12 FACT: Integrando Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP) e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)** 343
Fabián Orlando Olaz

Terapia Focada na Compaixão

- 13 O Que é Terapia Focada na Compaixão?** 376
Karen Vogel e Lina Sue Matsumoto

Ativação Comportamental

- 14 Ativação Comportamental** 406
Paulo Roberto Abreu e Juliana Helena dos Santos Silvério Abreu

Terapia Comportamental Dialética

- 15 Terapia Comportamental Dialética: Princípios e Bases do Tratamento** 440
Vinicius Guimarães Dornelles e Cristina Würdig Sayago

16	Terapia Comportamental Dialética:	
	Estrutura e Estratégias de Tratamento.....	474
	<i>Cristina Würdig Sayago e Vinícius Guimarães Dornelles</i>	
Terapia Comportamental Integrativa de Casais		
17	Terapia Comportamental Integrativa de Casais.....	506
	<i>Luc Vandenberghe</i>	

Materiais disponíveis em:
www.sinopsyseditora.com.br/fortctg
estão indicados nos rodapés.



Prefácio

A Terceira Geração da Terapia Cognitiva e Comportamental no Brasil e nos Demais Países de Língua Portuguesa

Steven C. Hayes e Jacqueline Pistorello

O Brasil tem sido, há longo tempo, um país ligado a intervenções psicológicas baseadas em evidências. Foi um dos primeiros a adotar a Terapia Comportamental e Análise do Comportamento, contribuindo, assim, para o avanço dessas áreas. Por exemplo, o falecido Fred Keller, amigo e aliado de longa data de B. F. Skinner, passou anos produtivos na Universidade de Brasília após sua aposentadoria da Universidade de Columbia, onde desenvolveu e testou o sistema personalizado de instrução lá existente.

Mesmo sociedades científicas brasileiras com foco generalizado, como a Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental (ABPMC), antes denominada Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental, têm tido uma longa e forte orientação comportamental, assim como associações científico-profissionais portuguesas, a exemplo da Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento (APTIC), fundada em 1984. A tradição cognitiva no Brasil é mais recente, mas também é robusta, conforme representada em sociedades como a Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Na última década, o campo da psicoterapia baseada em evidências vem passando por uma ampla reorganização em nível mundial. A Terceira Geração de intervenções

comportamentais e cognitivas (Hayes, 2004) está realmente exercendo um grande impacto no Brasil e na comunidade de língua portuguesa em geral. Esse impacto é, em parte, resultado do que nós estamos focando nas psicoterapias baseadas em evidências, mas também é resultado de como nós estamos pensando o nosso campo e suas diferenças teóricas.

Conforme poderá ser observado no Capítulo 1 desta obra e em outros lugares, a Terapia Comportamental possuía dois compromissos primários quando emergiu: o compromisso com intervenções cuidadosamente definidas e empiricamente testadas; e o compromisso de relacionar as intervenções psicológicas a princípios básicos. Os primeiros terapeutas comportamentais rejeitaram conceitos, teorias e tecnologias clínicas mal especificados, vagamente argumentados ou pouco pesquisados.

Entretanto, logo se tornou evidente que a Terapia Comportamental não possuía uma maneira coerente e potente de lidar com a cognição humana. Assim, a primeira onda da Terapia Comportamental, baseada diretamente em princípios clássicos de aprendizagem, foi dando lugar à Segunda Onda de Terapia Comportamental e Cognitiva conforme os conceitos cognitivos foram sendo trazidos para o centro da psicoterapia comportamental. Essa transição, de alguma forma, ocorreu mais tarde no Brasil (p. ex., a maior sociedade brasileira de Terapia Cognitiva, a FBTC, começou somente em 1998), em parte porque a tradição comportamental foi muito forte e em parte porque os conceitos comportamentais foram usados de uma forma mais flexível no Brasil para lidar com o fenômeno cognitivo.

O crescimento da “Terapia Cognitivo-Comportamental” (TCC), independentemente do fator tempo, envolveu mais do que a simples disponibilidade de focar a cognição. Uma vez que não existia nenhuma abordagem da cognição humana para prover o mesmo tipo de orientação para intervenções cognitivas que os princípios comportamentais forneciam para as intervenções comportamentais, os terapeutas desenvolveram teorias cognitivas baseadas na clínica. Assim, a segunda geração foi muito mais geral em seu uso de teoria e princípios.

A segunda geração de TCC tem sido um sucesso notável, e, de área-problema a área-problema, clínicos empíricos têm demonstrado a

utilidade da TCC em pesquisas controladas. Tanto no Brasil, como em outros países de língua portuguesa, existem dados provenientes de estudos bem desenhados em TCC. Entretanto, parte desse sucesso decorre do fato de que o campo da psicoterapia baseada em evidências e da TCC começou a incorporar ensaios clínicos randomizados de programas focados em síndromes. Esse foi considerado o modelo primário de desenvolvimento de conhecimento nos cuidados baseados em evidências. A isso se seguiu um enorme aumento nos financiamentos científicos desses ensaios.

Por outro lado, algumas anomalias começaram a surgir, o que levou a questionamentos acerca da ideia central de que a mudança no conteúdo cognitivo era uma peça-chave para que houvessem mudanças clínicas. Análises amplas de componentes chegaram à conclusão perturbadora de que “não há benefícios adicionais em adicionar intervenções cognitivas na Terapia Cognitiva” (Dobson & Khatri, 2000, p. 913). Análises mediacionais desenhadas para testar modelos cognitivo-comportamentais tiveram dificuldades de mostrar suporte empírico (Longmore & Worrell, 2007).

Gradualmente, a Terceira Geração de intervenções cognitivas e comportamentais foi emergindo dentro do escopo comportamental e cognitivo, encontrando uma maneira de abordar essas áreas problemáticas. Todas essas abordagens de terceira onda fazem parte da presente obra. Elas incluem algumas inovações terapêuticas como a Terapia Comportamental Dialética (Linehan, 1993), Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (Segal, Williams, & Teasdale, 2002), Psicoterapia Analítico-Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991), Terapia Comportamental Integrativa de Casais (Jacobsen & Christensen, 2002), e Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), dentre outras.

Métodos desenhados na Primeira Geração de Terapia Comportamental, como a Ativação Comportamental, foram revitalizados com assunções que se encaixam nas ideias de Terceira Geração, aparecendo em novas e robustas formas (Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001). De modo mais ou menos similar, métodos desenhados a partir de tradições espirituais e meditativas foram manualizados e desenhados dentro

de intervenções baseadas em evidências, incluindo *mindfulness* (ou atenção plena) e métodos de práticas contemplativas de todos os tipos, como o Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness* (Kabat-Zinn, 1994) e a Terapia Focada na Compaixão (Gilbert, 2009).

A Terceira Geração de Terapias Cognitivas e Comportamentais, considerando suas assunções e ideias centrais, foi caracterizada da seguinte forma:

Enraizada em uma abordagem empírica e focada em princípios, a terceira onda de terapia comportamental e cognitiva é particularmente sensível ao contexto e às funções dos fenômenos psicológicos, não somente nas suas formas, e assim tende a enfatizar estratégias de mudança contextuais e experienciais em adição às estratégias mais diretas e didáticas. Estes tratamentos tendem a buscar a construção de repertórios amplos, flexíveis e efetivos acima de uma abordagem eliminativa de problemas estreitamente definidos, e a enfatizar a relevância dos problemas tanto para os clientes como para os clínicos. (Hayes, 2004, p. 658)

Essas são caracterizações muito amplas e não há uma linha divisória clara entre as várias “gerações” de psicoterapias baseadas em evidências e TCC. Isso, na verdade, é uma coisa boa. Os terapeutas comportamentais de Primeira Geração sofreram quando a Segunda Geração emergiu, e, em retrospectiva, nós podemos ver que, algumas vezes, as inovações de Segunda Geração foram demasiadamente promovidas. Enquanto as inovações de Terceira geração entram na corrente principal da Terapia Comportamental e Cognitiva, não é sábio criar disrupções desnecessárias. De forma recíproca, também não é sábio fazer de conta que “isto é a mesma coisa que nós temos feito há muito tempo”. Isto não é. Isto é um passo adiante, baseado nos progressos e nas conquistas passadas.

A presente obra é a primeira que cobre verdadeiramente uma ampla variedade de tratamentos de Terceira Geração em um livro terapêutico original em português, elaborado por três organizadores. Um dos organizadores é coordenador do Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Universidade de Coimbra, que trabalha com projetos de pesquisa na

área de Terapias Comportamentais de Terceira Geração há mais de 10 anos. O livro foi cuidadosamente desenvolvido para incluir tanto inovações advindas do escopo cognitivo e comportamental quanto aquelas oriundas das tradições de *mindfulness* de forma mais geral. Os autores dos capítulos, frequentemente treinados em diversas partes do mundo, são indivíduos dedicados e altamente qualificados que estão implementando, estudando, ensinando ou disseminando essas abordagens de ponta no Brasil e em outros países de língua portuguesa. Muitos dos autores têm adaptado essas abordagens e, com frequência, traduzem materiais e instrumentos de avaliação para a língua portuguesa, com os benefícios adicionais de *insights* sobre as diferenças culturais.

O livro fornecerá uma valiosa introdução sobre a Terceira Geração e tratamentos baseados em *mindfulness* para o leitor iniciante, mas também satisfará o apetite de leitores intermediários e avançados por comparações entre tratamentos, recentes inovações tecnológicas, informações sobre ferramentas e dispositivos de avaliação disponíveis em português e desenvolvimentos de teoria básica, como a Teoria das Molduras Relacionais (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001). Como tal, este é um livro impressionantemente amplo, que dá o devido peso a uma ampla variedade de abordagens, conceitos, ferramentas e técnicas. Esta obra, muito provavelmente, será um impulsionador para a disseminação das abordagens de *mindfulness* e de Terceira Geração nos países de língua portuguesa.

O que une esses novos métodos, mais do que qualquer outra coisa, é um reexame baseado em princípios acerca da importância do contexto para as funções de conteúdos psicológicos difíceis na psicopatologia. Tal abordagem espera reunir as tradições. Os novos métodos focam como as pessoas se relacionam com seus próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos. Aconteça o que acontecer, daqui para a frente, já está claro que o questionamento de assunções básicas por parte de teóricos de terceira geração, bem como a inovação dos desenvolvedores de tratamentos baseados em *mindfulness* e de Terceira Onda, têm alterado de forma fundamental o panorama teórico e prático dos tratamentos baseados em evidência ao redor do mundo.

Uma característica muito importante deve ser salientada ao examinar esses métodos em um contexto brasileiro e português. O Brasil não é somente o maior país em termos territoriais da América do Sul, ele é também um país incrivelmente diversificado. Tal diversidade é ainda mais óbvia quando toda a comunidade de países de língua portuguesa é considerada. Duas das características mais importantes dos métodos de terceira geração são que eles são mais contextuais e focados nos princípios e processos direcionados a pessoas e seus problemas e desejos de felicidade do que em pacotes de síndromes. Esse foco no processo torna mais fácil imaginar maneiras de superar a divisão comportamental e cognitiva. Da mesma forma, parece ser mais fácil encaixar conceitos de terceira geração em diferentes culturas, por meio de diferentes métodos, para problemas enfrentados por pessoas advindas de diferentes realidades socioeconômicas, ou para a extensão que vai de um foco no problema a um foco positivo e revitalizador. Como tal, nós temos a esperança de que métodos de terceira geração venham a atingir os pobres e minorias étnicas ou a abordar de maneira mais efetiva os problemas diários de ordem social e cultural. Em grande parte, esses métodos – conforme refletidos na própria organização deste livro – parecem estar reduzindo o desnecessário conflito entre as perspectivas comportamentais e cognitivas.

Nós não podemos simplesmente permitir que a psicologia baseada em evidências signifique psicoterapia para aqueles que podem ter acesso semanal a horas psicoterápicas de 50 minutos e pagar por isso. Nós também não podemos permitir que sociedades profissionais lutem incessantemente a favor de modelos e métodos em vez de aprofundarem-se nos processos-chave e de importância para as pessoas. Este livro nos ajuda a ver um tipo diferente de futuro em ambas as áreas.

Nativos da língua portuguesa têm tido uma longa tradição de ciência comportamental e psicológica ligada a matérias de justiça social. Nós temos a esperança de que, conforme o trabalho da terceira geração for sendo construído no Brasil e nos demais países de língua portuguesa, ele vá assumindo a liderança em ajudar o mundo inteiro a melhor compreender o uso desses métodos para promover a justiça social e a prosperidade humana. Nós também temos a esperança de que a comu-

nidade de língua portuguesa venha a ajudar a reduzir barreiras desnecessárias entre teorias e perspectivas concorrentes, de forma que os dados, e não as posturas profissionais ou políticas, sejam o centro do progresso. Assim, este livro é o início de um processo que nós esperamos que continue tendo relevância por muitos e muitos anos.

REFERÊNCIAS

- Dobson, K. S. & Khatri, N. (2000). Cognitive therapy: Looking backward, looking forward. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 907-923.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to facing the challenges of life*. London: Constable Robinson.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy, 35*, 639-665
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001) (Eds.), *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Jacobson, N. S. & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: Norton.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science & Practice, 8*, 255-270.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review, 27*, 173-187.
- Segal, Z. J., Williams, M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapses*. New York: Guilford Press.

Capítulo 4

Primeira, Segunda e Terceira Geração de Terapias Comportamentais

Adaptado de:

Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. S. (2015). Primeira, Segunda e Terceira Geração de Terapias Comportamentais. In P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira, M. S. (Eds.), *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para Profissionais* (pp. 29-58). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys Editora.

Primeira, segunda e terceira geração de Terapias Comportamentais

É inegável que o movimento da Terapia Comportamental fundou uma nova fase na psicologia clínica, rompendo com a prática psicológica dominante da época e instaurando a utilização de uma terapia embasada cientificamente (Álvarez, 2006). Desde suas origens, a abordagem é caracterizada pelo estudo do comportamento humano de forma objetiva e racional, com rigor científico e com o desenvolvimento de leis de aprendizagem que sejam validadas empiricamente (Mañas, 2007). Os comportamentalistas defendiam que as teorias deveriam ser construídas a partir de princípios básicos bem estabelecidos do ponto de vista científico, e que as tecnologias utilizadas deveriam ser bem especificadas e testadas (Hayes, 2004). Assim, o movimento instaurou um foco na promoção de saúde mental através da observação, predição e modificação comportamental (Skinner, 1953).

Este capítulo apresenta um panorama histórico da primeira, segunda e terceira geração de Terapias Comportamentais, abordando aspectos referentes às terminologias utilizadas, origem, evolução e focos clínicos das referidas abordagens.

Resumindo:

- O movimento da Terapia Comportamental instaurou a utilização de terapias embasadas cientificamente.
- A abordagem é caracterizada pelo estudo do comportamento humano e pelo desenvolvimento de leis de aprendizagem sob uma perspectiva empírica.
- Os comportamentalistas defendiam que as tecnologias utilizadas deveriam ser bem especificadas e testadas.

Desenvolvimento da abordagem

Neste ponto o leitor pode se perguntar: “O que impulsionou o desenvolvimento do movimento da Terapia Comportamental?”.

A primeira geração da Terapia Comportamental foi, ao menos em parte, uma movimentação contra as concepções clínicas predominantes na época, visto que estas eram pouco relacionadas com princípios básicos cientificamente testados. As especificações das intervenções utilizadas eram muito vagas, havendo fracas evidências científicas que demonstrassem o impacto positivo dessas intervenções. Assim, as duas correntes comportamentalistas da época, o neobehaviorismo e a análise do comportamento, ambas fortemente embasadas cientificamente, se uniram contra os paradigmas clínicos predominantes (Hayes, 2004). Em outras palavras, a Terapia Comportamental se contrapôs à subjetividade e à ineficácia na psicoterapia (Braga & Vandenbergue, 2006), e passou a ser largamente desenvolvida em resposta à fraqueza percebida na teoria e na prática psicanalítica. Assim, o comportamentalismo apontou a fraqueza científica das tradições clínicas existentes e realizou esforços de mudanças de primeira ordem empiricamente estudados, os quais estavam relacionados a princípios comportamentais que tinham como alvo aspectos clinicamente relevantes (Hayes, 2004).

É importante ressaltar que, apesar de os trabalhos experimentais sobre aprendizagem terem sido conduzidos desde o início do século XX, marcando o surgimento da Terapia Comportamental Contemporânea, a abordagem só começou a ganhar força e a ser efetivamente levada a sério na década de 1950, por meio dos esforços de Hans Eysenck, que desempenhou um importante papel dentro do movimento. Eysenck examinou a efetividade das chamadas *terapias de insight* (sendo a psicanálise a mais conhecida) por meio de registros de hospitais e de companhias de seguro. Seu estudo concluiu que as pessoas tratadas com terapias de *insight* não tinham maior probabilidade de melhoras do que aquelas que não recebiam tratamento algum. Dessa forma, Eysenck observou e

disseminou a ideia de que os tratamentos psicoterápicos da época não possuíam evidências de eficácia. Tal conclusão despertou nos psicoterapeutas a busca por alternativas mais efetivas, sendo que a melhor alternativa era a Terapia Comportamental (Spiegler & Guevremont, 2010; Eysenck, 1952).

Resumindo:

- A primeira geração da Terapia Comportamental foi uma movimentação contra as concepções clínicas predominantes na época.
- As duas correntes comportamentalistas da época, o neobehaviorismo e a análise do comportamento, se uniram contra os paradigmas clínicos predominantes.
- Em outras palavras, a Terapia Comportamental foi largamente desenvolvida em resposta à fraqueza percebida na teoria e na prática psicanalítica.
- Os trabalhos experimentais sobre aprendizagem foram conduzidos desde o início do século XX, marcando o surgimento da Terapia Comportamental Contemporânea.
- A abordagem só começou a ganhar força e a ser efetivamente levada a sério na década de 1950, por meio dos esforços de Hans Eysenck.
- Eysenck observou e disseminou a ideia de que os tratamentos psicoterápicos da época não possuíam evidências de eficácia, o que despertou nos psicoterapeutas a busca por alternativas mais efetivas.

Antes de uma explanação mais detalhada das três gerações do movimento comportamental, convém esclarecer o emprego da terminologia “Terapia Comportamental” e “Terapia Cognitivo-Comportamental”.

Terminologias: Terapia Comportamental ou Terapia Cognitivo-Comportamental?

A Terapia Comportamental é frequentemente chamada na literatura como *Terapia de Modificação do Comportamento* e *Terapia Cognitivo-Comportamental*. Muitos terapeutas distinguem os termos, mas tais distinções não são padronizadas (Martin & Pear, 2007; Wilson, 1978).

Herbet e Forman (2011), por exemplo, utilizam o termo *Terapia Cognitivo-Comportamental* (TCC) para se referir a todo o movimento de Terapias

Comportamentais. Os autores ressaltam que o termo se tornou tão amplo que é difícil encontrar uma definição clara, uma vez que diversas teorias, modelos, princípios e técnicas estão contemplados pela TCC. Adicionalmente, esses pesquisadores enfatizam que, assim como as demais disciplinas científicas, a TCC possui caráter dinâmico, uma vez que está continuamente e inevitavelmente evoluindo. Isso porque existe um reconhecimento geral de que as abordagens atuais são imperfeitas, e que mesmo as nossas melhores teorias estão incompletas, embora ainda não saibamos precisamente de que forma. Hoffmann e Asmundson (2008) utilizam o termo TCC de forma ampla, incluindo o trabalho cognitivo-comportamental que utiliza estratégias baseadas em aceitação, chegando a utilizar a denominação “TCC enriquecida” para se referir à utilização de tais estratégias por parte dos terapeutas cognitivo-comportamentais.

Por outro lado, na opinião de Spiegler e Guevremont (2010), o termo *Terapia Comportamental* é o mais apropriado para se referir a todo o campo de estudos que inclui as chamadas “três gerações”, uma vez que o termo *Terapia Cognitivo-Comportamental* é utilizado por muitos pesquisadores e clínicos para se referir especificamente a tratamentos que incluem estratégias de reestruturação cognitiva. Os autores afirmam que não existe uma definição geral que possa descrever de forma adequada e concisa o que é Terapia Comportamental (no seu sentido mais amplo), porém salientam que essa abordagem possui temas e características centrais, sendo considerada:

- 1) *Científica*: possui o compromisso com uma abordagem científica precisa, avaliada e suportada empiricamente.
- 2) *Ativa*: os pacientes devem fazer algo para lidar com seus problemas e não somente falar sobre eles. A Terapia Comportamental é uma terapia de ação, tanto dentro da sessão como fora dela, através do uso de tarefas de casa.
- 3) *Focada no presente*: os terapeutas comportamentais partem da premissa de que os problemas dos clientes que ocorrem no presente são influenciados por condições do presente. Assim, os procedimentos empregados visam à

mudança de fatores atuais que estão afetando os comportamentos dos clientes.

- 4) *Focada na aprendizagem*: a ênfase na aprendizagem é um fator distintivo da terapia comportamental, que assume que a maioria dos problemas comportamentais é desenvolvida, mantida e mudada primariamente através da aprendizagem. Um forte componente educacional está presente, e o desenvolvimento de algumas abordagens dentro desse campo foi originalmente embasado em princípios básicos e em teorias de aprendizagens (p. ex., condicionamentos clássico e operante, os quais serão abordados neste capítulo).
- 5) *Individualizada*: as circunstâncias específicas perante as quais os problemas ocorrem e as características pessoais dos clientes são levadas em alta consideração na terapia comportamental.
- 6) *Progressiva*: frequentemente se move do mais simples ao mais complexo, do mais fácil ao mais difícil, ou do menos ao mais ameaçador.
- 7) *Breve*: a abordagem é relativamente breve, envolvendo menos sessões e, frequentemente, menos tempo global do que muitos outros tipos de terapia. A duração do tratamento varia conforme a complexidade e a severidade do problema que está sendo tratado. Geralmente, a duração será maior quanto mais complexo e severo o problema for.

Em concordância com Spiegler e Guevremont (2010), Hayes, Masuda e De Mey (2003) empregam o termo “*Terapia Comportamental*” de forma ampla para se referir à Terapia Comportamental tradicional, à Análise Clínica do Comportamento, à Terapia Cognitivo-Comportamental, à Terapia Cognitiva e às Terapias de Terceira Geração.

Nesse sentido, o termo “Terapia Comportamental” é empregado de forma genérica para se referir a uma ampla variedade de técnicas que podem ser utilizadas para tratar de problemas psicológicos, assim como para se referir à análise comportamental e à combinação de tal análise com a prática

psicoterápica. De forma geral, seus métodos focam somente os comportamentos, ou uma combinação dos comportamentos com pensamentos e sentimentos.

Neste capítulo, optamos por adotar o termo Terapia Comportamental para se referir às três fases do movimento.

Resumindo:

- A Terapia Comportamental é frequentemente chamada na literatura como *Terapia de Modificação do Comportamento* e *Terapia Cognitivo-Comportamental*. Apesar de muitos terapeutas e pesquisadores distinguirem os termos que utilizam, ainda não há definições padronizadas.
- Alguns autores utilizam o termo *Terapia Cognitivo-Comportamental* para se referir a todo o movimento de *Terapias Comportamentais* (incluindo o movimento de terceira onda), enquanto outros julgam como mais apropriado o termo Terapia Comportamental, uma vez que o termo *Terapia Cognitivo-Comportamental* é frequentemente utilizado para se referir a tratamentos que incluem estratégias de reestruturação cognitiva.
- Não existe uma definição geral que possa descrever de forma concisa e adequada o que é Terapia Comportamental (no seu sentido mais amplo), porém é considerada uma abordagem científica, ativa, individualizada, progressiva, breve, focada no presente e na aprendizagem.
- O termo Terapia Comportamental é empregado de forma ampla para se referir à Terapia Comportamental tradicional, à Análise Clínica do Comportamento, à Terapia Cognitivo-Comportamental, à Terapia Cognitiva e às Terapias de Terceira Geração.

Mas, de onde surgiu a proposta de classificação do movimento em “gerações” ou “ondas”?

Proposta de Classificação em Três Gerações

Steven Hayes é considerado o grande difusor da ideia de evolução da Terapia Comportamental em três gerações sucessivas, e tem recebido crescente apoio da comunidade científica, apesar desse tema não estar livre de controvérsias.

O termo “Terapias de Terceira Geração” se refere a um conjunto de terapias que emergiu nos anos de 1990 dentro da tradição da terapia

comportamental (Pérez-Álvarez, 2012), ainda que tal denominação só viesse a ser dada em 2004. Dentre as terapias de terceira geração, as primeiras que tiveram um nome específico foram a Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes, McCurry, Afari & Wilson, 1991), a Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991) e a Terapia Comportamental Dialética (Linehan, 1993). Assim, “Terceira geração” é um termo relativamente recente, uma vez que foi difundido em grande parte pelo trabalho de Hayes, publicado em 2004, intitulado *“Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies”* (Hayes, 2004), no qual o autor propõe a existência de três ondas sucessivas da Terapia Comportamental, as quais representam assunções, métodos e objetivos dominantes do movimento.

Considerando o grande número de terapias emergentes juntamente com a dificuldade de incluí-las em alguma das classificações então existentes, Steven Hayes emprega a expressão “Terceira onda de Terapias Comportamentais”, para se referir a um grupo específico de terapias comportamentais emergentes que compartilham elementos comuns. A terceira onda de terapia comportamental emergiu a partir das gerações anteriores. Dessa forma, a terceira geração reformula e sintetiza as gerações prévias, além de direcioná-las para temas e domínios previamente valorizados por outras tradições terapêuticas, buscando melhorar seus resultados (Hayes, 2004). Essas novas intervenções se aventuraram em áreas tradicionalmente consideradas como menos empíricas no âmbito do trabalho clínico, enfatizando tópicos como *mindfulness*, desfusão cognitiva, aceitação, valores de vida, entre outros. Em relação aos aspectos filosóficos, elas possuem caráter contextual, e no que tange às estratégias de mudança, são enfatizadas tanto as mudanças de primeira como as de segunda ordem (Hayes et al., 2003).

Segundo Hayes (2004), dentre as principais razões que suportam uma nova onda de terapias comportamentais estão as irregularidades identificadas na segunda geração e as mudanças filosóficas, conforme especificado no Quadro 1.

Quadro 1. Razões que suportam uma nova “onda” de Terapias Comportamentais

Razões que suportam uma nova “onda” de Terapias Comportamentais

Irregularidades: de acordo com a segunda onda, as limitações dos métodos comportamentais e dos modelos de condicionamentos eram superadas pela adição de métodos e de modelos cognitivos de mudança. Havia a ideia central de que a mudança cognitiva abordada de maneira direta era necessária, ou mesmo considerada como um método primário para a melhora clínica. Entretanto, foram verificadas irregularidades em alguns estudos como:

- 1) No caso da depressão, não foram observados benefícios adicionais ao implementar as intervenções cognitivas;
- 2) Respostas clínicas observadas na terapia cognitiva tradicional, com frequência, ocorriam antes de os aspectos presumidamente “chaves” terem sido implementados de forma adequada; e
- 3) Os suportes empíricos para os mediadores de mudança terapêutica da terapia cognitiva são irregulares.

Mudanças filosóficas: de acordo com o prisma da segunda onda, se um pensamento em particular é identificado como estando associado a um tipo de desajustamento, o conteúdo desse pensamento, em geral, é alvo direto das intervenções. Assim, falhas lógicas do seu conteúdo podem ser identificadas, sua verdade pode ser testada e pensamentos alternativos podem ser construídos e treinados. Tais intervenções supõem que a forma ou a frequência do pensamento está diretamente associada a efeitos emocionais ou comportamentais. Com o passar do tempo, diversos pesquisadores clínicos começaram a pensar em termos de modelos e abordagens de tratamentos gerais que englobem não só uma análise empírica e estratégias de mudança de primeira ordem, mas também de segunda ordem. Assim, gradualmente, novas ideias e inovações foram surgindo, com um foco mais contextual em detrimento de uma simples abordagem eliminativa, buscando a alteração das funções dos eventos e não necessariamente das suas formas. Essa mudança minou a suposição de que a forma ou a frequência de determinados pensamentos problemáticos são aspectos-chave. Tornou-se mais importante o contexto psicológico no qual as cognições ocorrem.

(Hayes, 2004)

A amplitude atual das mudanças e o desvio dos pressupostos centrais das gerações anteriores sugerem o início de uma nova geração de terapia cognitiva e comportamental (Hayes, 2004).

Resumindo:

- Steven Hayes é considerado o grande difusor da ideia de evolução da Terapia Comportamental em três gerações sucessivas.
- O termo “Terapias de Terceira Geração” se refere a um conjunto de terapias que emergiu nos anos de 1990 dentro da tradição da terapia comportamental.
- Dentre as terapias de terceira geração, as primeiras que tiveram um nome específico foram a Terapia de Aceitação e Compromisso, a Psicoterapia Analítica Funcional e a Terapia Comportamental Dialética.
- O termo “Terceira geração” é relativamente recente, uma vez que foi difundido em grande parte pelo trabalho de Hayes, publicado em 2004, intitulado “*Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies*”.
- Segundo a perspectiva de Steven Hayes, a terceira onda de terapia comportamental emergiu a partir de ambas as gerações anteriores, que foram reformuladas, sintetizadas e direcionadas a temas e domínios previamente valorizados por outras tradições terapêuticas.
- A terceira geração, no que tange aos aspectos filosóficos, possui caráter contextual, e no que tange às estratégias de mudança, são enfatizadas tanto as mudanças de primeira como as de segunda ordem.
- Dentre as principais razões que suportam uma nova onda de terapias comportamentais estão as irregularidades identificadas na segunda geração e as mudanças filosóficas.

Após abordarmos a origem da classificação em três “ondas” ou “gerações”, convém falarmos um pouco acerca da adoção de tal classificação por pesquisadores e terapeutas da área.

Nota sobre o consenso acerca da classificação das novas abordagens

É inegável que a última década testemunhou um notável aumento de interesse em teorias e abordagens clínicas baseadas em aceitação e *mindfulness*, não só por parte de cientistas, mas também por parte de estudantes e clínicos. Esses novos desenvolvimentos mudaram drasticamente o campo de terapias cognitivo-comportamentais. Entretanto, a classificação das novas abordagens como “terceira onda” não estão livres de controvérsias (Herbert & Forman, 2011).

Sobre esse assunto, diversos estudiosos opinam que realmente se trata de uma revolução na qual o proceder habitual da TCC é questionado (Pareja, 2010), enquanto críticos da terceira onda defendem que tal classificação superestima a

distinção desses novos desenvolvimentos em relação às teorias já estabelecidas. Tais críticos reconhecem o crescente interesse e a possível utilidade clínica das novas abordagens ao mesmo tempo em que acreditam que elas não são fundamentalmente distintas das abordagens já existentes (Arch & Craske, 2008; Hofmann & Asmundson, 2008; Hofmann, Sawyer & Fang, 2010; Pareja, 2010).

A este respeito Herbert e Forman (2011) argumentam que a análise de Hayes não tem como objetivo representar a “verdade” e que, em última análise, a divisão em três gerações demarcadas por períodos históricos que incluem eventos contemporâneos não é sábia, uma vez que pode estar enviesada. Segundo os autores, uma perspectiva menos enviesada e prematura só será possível com o passar do tempo.

Resumindo:

- A última década testemunhou um notável aumento de interesse em teorias e abordagens clínicas baseadas em aceitação e *mindfulness* que mudaram drasticamente o campo de terapias cognitivo-comportamentais.
- A classificação das novas abordagens como “terceira onda” não estão livres de controvérsias.
- Diversos estudiosos opinam que realmente se trata de uma revolução na qual o proceder habitual da TCC é questionado, enquanto críticos da terceira onda defendem que tal classificação superestima a distinção desses novos desenvolvimentos em relação às teorias já estabelecidas.

Dito isso, passaremos para uma explanação histórica acerca da origem e evolução do movimento das terapias comportamentais.

Primeira Geração: Aspectos históricos²

No início do século XX, um fisiologista russo chamado Ivan Pavlov forneceu a primeira explicação sistemática daquilo que passou a ser chamado de *condicionamento clássico* ou *condicionamento Pavloviano*.

Pavlov (1927) realizou um experimento com cachorros, o qual é sistematicamente descrito para a explicação do condicionamento clássico. Nesse experimento, um *estímulo neutro* (que não elicia nenhum tipo de resposta em

² A referência básica utilizada na elaboração desta sessão foi a de Spiegler e Guevremont (2010).

particular, como uma luz ou um sino, por exemplo) é repetidamente apresentado com um estímulo que naturalmente elicia determinada resposta (p. ex., comida, que produz salivação), até o ponto em que o estímulo que antes era neutro passe a produzir sozinho a salivação (passando a ser chamado de *estímulo condicionado*).

O trabalho de Pavlov forneceu material escrito sobre a aplicação de procedimentos de aprendizagem no tratamento de transtornos psicológicos e influenciou o psicólogo experimental John Watson, considerado o fundador do behaviorismo. O Behaviorismo de Watson enfatizava a importância da objetividade nos estudos dos comportamentos, os quais deveriam ser feitos somente com estímulos e respostas passíveis de observação direta. Em 1924, Mary Cover Jones, uma aluna de Watson, tratou com êxito um menino de três anos chamado Peter, por meio de dois procedimentos terapêuticos que, após refinados, deram origem às atuais técnicas de modelagem e dessensibilização *in vivo* (largamente utilizadas no tratamento comportamental de fobias).

Ao mesmo tempo em que Pavlov estudava o condicionamento clássico, o psicólogo Edward Thorndike investigava o fortalecimento e o enfraquecimento de comportamentos por meio da modificação de suas consequências, como o reforço e a punição. Esse tipo de aprendizagem passou a ser chamado de *condicionamento operante* ou *instrumental*.

Na década de 1930, o fisiologista Edmund Jacobson estudava o relaxamento muscular como um tratamento para a tensão associada a uma vasta gama de distúrbios psicológicos e físicos. Atualmente, o relaxamento progressivo de Jacobson é a base para o uso do relaxamento muscular na Terapia Comportamental.

Conforme dito anteriormente, apesar de os esforços da Terapia Comportamental terem se mostrado sistematicamente efetivos, só foram impulsionados na década de 1950, com o estudo retrospectivo de Eysenck. Na mesma década, houve o início formal da Terapia Comportamental, o qual ocorreu de forma simultânea nos Estados Unidos, na África do Sul e na Grã-Bretanha.

Na América do Norte, a Terapia Comportamental se desenvolveu por meio dos esforços do psicólogo B. F. Skinner, sobre o condicionamento operante, e de seus seguidores (p. ex., Lindsley, Ayllon, Azrin), os quais aplicaram os princípios operantes no âmbito terapêutico.

Enquanto isso, na África do Sul, o psiquiatra Joseph Wolpe desenvolveu diversas técnicas, sendo a dessensibilização sistemática a mais notável. Arnold Lazarus e Stanley Rachman, treinados por Wolpe, também desempenharam um importante papel, sendo o de Lazarus mais voltado a estender os limites da Terapia Comportamental. Em 1966, Lazarus praticou e ensinou Terapia Comportamental nos Estados Unidos. Rachman, que havia trabalhado com Lazarus na África do Sul, emigrou para a Grã-Bretanha em 1959, onde trabalhou perto de Eysenck e introduziu a dessensibilização sistemática para os terapeutas comportamentais britânicos, tornando-se um dos principais disseminadores e pesquisadores da Grã-Bretanha. Na Grã-Bretanha, o desenvolvimento da Terapia Comportamental foi encabeçado por Eysenck.

É importante ressaltar que, embora o comportamentalismo tenha suas origens na América do Norte, na África do Sul e na Grã-Bretanha, hoje, encontra-se disseminado ao redor do mundo.

Resumindo:

- No início do século XX, um fisiologista russo chamado Ivan Pavlov forneceu a primeira explicação sistemática daquilo que passou a ser chamado de *condicionamento clássico* ou *condicionamento Pavloviano*.
- O trabalho de Pavlov influenciou o psicólogo experimental John Watson, considerado o fundador do behaviorismo.
- O Behaviorismo de Watson enfatizava a importância da objetividade nos estudos dos comportamentos, os quais deveriam ser feitos somente com estímulos e respostas passíveis de observação direta.
- Edward Thorndike investigou o fortalecimento e o enfraquecimento de comportamentos por meio da modificação de suas consequências, como o reforço e a punição. Esse tipo de aprendizagem passou a ser chamado de *condicionamento operante* ou *instrumental*.
- Na década de 1930, o fisiologista Edmund Jacobson estudava o relaxamento muscular e, atualmente, o relaxamento progressivo de Jacobson é a base para o uso do relaxamento muscular na Terapia Comportamental.

- Apesar de os esforços da Terapia Comportamental terem se mostrado sistematicamente efetivos, somente foram impulsionados na década de 1950, a partir dos resultados do estudo retrospectivo de Eysenck.
- A década de 1950 marcou o início formal da Terapia Comportamental, o qual ocorreu de forma simultânea nos Estados Unidos, na África do Sul e na Grã-Bretanha.
- Atualmente, o comportamentalismo encontra-se disseminado ao redor do mundo.

Primeira Geração: Aspectos clínicos

A primeira fase do movimento da Terapia Comportamental foi embasada em princípios de aprendizagem cuidadosamente desenhados, muitos dos quais foram desenvolvidos e refinados por meio de trabalhos experimentais com animais. O foco do trabalho era a modificação do comportamento através da utilização de técnicas derivadas de princípios do condicionamento clássico, também chamado de condicionamento Pavloviano (aprendizado estímulo-resposta, com ênfase nas causas ambientais ou contextuais), e do condicionamento operante ou skinneriano (Herbert & Forman, 2011; Hayes et al., 2003; Álvarez, 2006). As conhecidas técnicas de dessensibilização sistemática (Wolpe) e de exposição (Eysenck), por exemplo, foram desenvolvidas a partir do condicionamento clássico (Álvarez, 2006).

No que diz respeito ao trabalho clínico, a primeira onda focava diretamente as emoções e os comportamentos problemáticos, utilizando-se de condicionamentos e princípios comportamentais. O risco desse foco, do ponto de vista clínico, é que ele pode trazer uma visão mais estreita do paciente (Hayes, 2004). Conforme aponta Hayes (2004), os conceitos humanísticos e analíticos são clinicamente ricos e foram desenhados para abordar aspectos humanos fundamentais, como o que as pessoas querem de suas vidas ou as dificuldades da vida humana. Neste ponto do tempo, porém, os propósitos básicos dos conceitos humanísticos e analíticos acabaram sendo postos de lado, muito em virtude do fato de ainda se tratarem de conceitos vagos. Uma vez que as décadas de 1950 e 1960 constituem o auge do pensamento mecanicista dentro do

comportamentalismo, pouca ênfase era dada à relação terapêutica (Braga & Vandenbergue, 2006).

Resumindo:

- A primeira fase do movimento da Terapia Comportamental foi embasada em princípios de aprendizagem, muitos desenvolvidos e refinados por meio de trabalhos experimentais com animais.
- O foco do trabalho era a modificação do comportamento através da utilização de técnicas derivadas de princípios dos condicionamentos clássico e operante.
- A primeira onda focava diretamente as emoções e os comportamentos problemáticos, utilizando-se de condicionamentos e princípios comportamentais.
- As décadas de 1950 e 1960 constituem o auge do pensamento mecanicista dentro do comportamentalismo, durante as quais pouca ênfase era dada à relação terapêutica.

Segunda Geração: Aspectos históricos

Em 1960, enquanto procedimentos já bem estabelecidos da Terapia Comportamental eram refinados, como a economia de fichas e a dessensibilização sistemática, outra grande abordagem foi criada pelo psicólogo Albert Bandura, a *Teoria de Aprendizagem Social*, que incluía não só os princípios de condicionamento clássico e operante, como também os princípios de aprendizagem por observação, além de enfatizar o papel das cognições no desenvolvimento e no tratamento de transtornos psicológicos. Tornar as cognições um legítimo foco da Terapia Comportamental era contrário ao behaviorismo Watsoniano pela impossibilidade de observação direta das cognições. Entretanto, nessa época, a maioria dos terapeutas comportamentais acreditava que lidar somente com comportamentos observáveis era muito restritivo (Spiegler & Guevremont, 2010).

De forma independente, Aaron Beck desenvolveu a *Terapia Cognitiva*, e Albert Ellis, a *Terapia Racional Emotiva* (que mais tarde foi renomeada pelo autor como *Terapia Comportamental Racional Emotiva*) (Spiegler & Guevremont, 2010). Beck (1976) e Ellis (1957) buscavam a modificação de pensamentos

negativos e ilógicos associados com diversas dificuldades psicológicas, como a depressão e a ansiedade.

Assim, durante a década de 1960, diversos terapeutas comportamentais passaram a falar em *Terapia Cognitivo-Comportamental* (TCC), a qual incluía mudanças nas cognições mal-adaptativas que contribuíssem para os transtornos psicológicos. Mediante o reexame sobre a relação entre cognições disfuncionais e comportamentos desadaptativos, os terapeutas começaram a ajudar os pacientes a reavaliar padrões de pensamentos distorcidos usando estratégias como a descoberta guiada (Brown, Gaudiano, & Miller, 2011; Spiegler & Guevremont, 2010).

Assim, a Terapia Cognitiva começou a influenciar a Terapia Comportamental, dando espaço à combinação de técnicas cognitivas com técnicas comportamentais. A ciência psicológica básica não se baseava mais apenas na psicologia da aprendizagem, mas também no processamento da informação. O esquema E-R passou a ser entendido, sob o prisma da psicologia cognitiva, através da metáfora do processamento da informação *Input-Output* (I-O), o que deu margem para a crítica de que o cognitivismo é, na realidade, herdeiro do comportamentalismo (Pérez Álvares, 2004; Álvarez, 2006).

O movimento de segunda onda ganhou força mediante a realização de estudos que demonstraram sua eficácia para uma variedade de transtornos psiquiátricos. Essa demonstração de resultados, à semelhança do que os comportamentalistas faziam, é que outorgou reconhecimento para a segunda onda de terapias comportamentais (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006; Álvarez, 2006).

Assim, nos anos de 1970, a Terapia Comportamental começou a ser reconhecida não só como um tratamento aceitável, mas como um tratamento de escolha para certos problemas psicológicos. Durante a década de 1980, sua aplicabilidade e aceitação aumentaram, tanto em virtude do reconhecimento da TCC como uma grande força na área da psicologia, como em virtude das significantes contribuições que a Terapia Comportamental começou a fazer no

tratamento e na prevenção de problemas médicos. Na década de 1990, seu crescimento se expandiu por diversos países, nos quais sociedades de Terapia Comportamental foram criadas. Nesse período, existiam mais de 20 grandes revistas científicas destinadas especificamente ao estudo da Terapia Comportamental. Pesquisas empíricas sobre Terapia Comportamental lideravam as revistas científicas de psicologia clínica, assim como outras prestigiosas revistas nas áreas de psiquiatria, educação e trabalho social (Spiegler & Guevremont, 2010).

Resumindo, a segunda geração começou no final dos anos 1960, sublinhando a importância da linguagem e da cognição no desenvolvimento e tratamento da psicopatologia. A ênfase estava em explorar as maneiras pelas quais as interpretações pessoais do mundo e de situações emocionalmente relevantes moldavam as experiências. A TCC se tornou a força dominante em psicoterapia em quase todo o mundo, incluindo a América do Norte, o Reino Unido e a maior parte dos países da Europa. Atualmente, permanece em exponencial evolução na Ásia e na América Latina. A seu favor está o compromisso com uma perspectiva científica nos estudos das psicopatologias. Seus tratamentos já renderam diversas centenas de estudos, tanto sobre teorias cognitivo-comportamentais como sobre a avaliação de sua eficácia para uma ampla gama de condições. Assim, a literatura científica tem colocado a TCC em uma posição única no que diz respeito à abordagem dominante entre as psicoterapias (Herbert & Forman, 2011).

Resumindo:

- Em 1960, a *Teoria de Aprendizagem Social* foi criada pelo psicólogo Albert Bandura, e enfatizava o papel das cognições no desenvolvimento e no tratamento de transtornos psicológicos.
- Tornar as cognições um legítimo foco da Terapia Comportamental era contrário ao behaviorismo Watsoniano pela impossibilidade de observação direta das cognições. Entretanto, nessa época, a maioria dos terapeutas comportamentais acreditava que lidar somente com comportamentos observáveis era muito restritivo.

- Aaron Beck desenvolveu a *Terapia Cognitiva* e Albert Ellis a *Terapia Racional Emotiva*. Ambos buscavam a modificação de pensamentos negativos e ilógicos associados com diversas dificuldades psicológicas.
- A Terapia Cognitiva começou a influenciar a Terapia Comportamental, dando espaço à combinação de técnicas cognitivas com técnicas comportamentais.
- Durante a década de 1960, diversos terapeutas comportamentais passaram a falar em *Terapia Cognitivo-Comportamental* (TCC), a qual incluía mudanças nas cognições mal-adaptativas que contribuíssem para os transtornos psicológicos.
- A ciência psicológica básica não se baseava mais apenas na psicologia da aprendizagem, mas também no processamento da informação.
- O movimento de segunda onda ganhou força mediante a realização de estudos que demonstraram sua eficácia para uma variedade de transtornos psiquiátricos.
- Nos anos de 1970, a Terapia Comportamental começou a ser reconhecida não só como um tratamento aceitável, mas como um tratamento de escolha para certos problemas psicológicos.
- Durante a década de 1980, sua aplicabilidade e aceitação aumentaram, tanto em virtude do reconhecimento da TCC como uma grande força na área da psicologia, como em virtude das significantes contribuições que a Terapia Comportamental começou a fazer no tratamento e na prevenção de problemas médicos.
- Na década de 1990, o crescimento se expandiu por diversos países, nos quais sociedades de Terapia Comportamental foram criadas.
- A TCC se tornou a força dominante em psicoterapia em quase todo o mundo, incluindo a América do Norte, o Reino Unido e a maior parte dos países da Europa. Atualmente, permanece em exponencial evolução na Ásia e na América Latina.

Segunda Geração: Aspectos clínicos

Os terapeutas comportamentais sabiam que necessitavam lidar com os pensamentos e sentimentos de uma forma mais direta e central. Talvez por isso muitos tenham aderido ao movimento da terapia cognitiva, uma vez que esta levava em consideração a centralidade da cognição, assim como a necessidade de lidar com esses aspectos de uma forma mais flexiva e natural. Determinadas distorções cognitivas pareciam ser características de pacientes com determinadas condições e, assim, pesquisas foram feitas no sentido de identificar essas distorções, bem como os métodos necessários para corrigi-las. A tensão entre as duas ondas foi amenizada pela adoção do termo “Terapia Cognitivo-

Comportamental”, em que poderiam ser usados tanto princípios comportamentais como conceitos cognitivos. Ademais, considerando o ponto de vista de que nada proibia o uso de métodos empiricamente suportados de mudança direta dos comportamentos, emoções e cognições – isso dependeria das situações específicas e das preferências de cada analista –, a segunda onda assimilou em grande medida a primeira onda e ficou caracterizada por esforços de mudanças guiados pela aprendizagem social e pelos princípios cognitivos. Em outras palavras, a TCC adiciona a cognição como um dos alvos do tratamento, juntamente com os comportamentos e as emoções (Hayes, 2004).

No que tange à sua aplicabilidade, desde a introdução do protocolo original de Beck para depressão, os protocolos da TCC têm sido desenvolvidos para diversos transtornos emocionais, os quais utilizam diferentes técnicas terapêuticas e compartilham a premissa de que cognições mal-adaptativas estão relacionadas de forma causal ao sofrimento emocional e, portanto, através da modificação das cognições, o sofrimento emocional e os comportamentos mal-adaptativos diminuem (Hofmann et al., 2010). Ademais, a segunda geração enfatizou a necessidade de uma relação terapêutica colaborativa sob a premissa de que tal relação otimizaria a eficácia das técnicas utilizadas. Dessa forma, a segunda onda procurou preservar a objetividade e o foco técnico presente na primeira geração, ao mesmo tempo em que tentou valorizar o ser humano racional (Braga & Vandenbergue, 2006).

Resumindo:

- Os terapeutas comportamentais sabiam que necessitavam lidar com os pensamentos e sentimentos de uma forma mais direta e central. Talvez por isso muitos tenham aderido ao movimento da terapia cognitiva.
- No que tange à sua aplicabilidade, desde a introdução do protocolo original de Beck para depressão, os protocolos da TCC têm sido desenvolvidos para diversos transtornos emocionais, os quais utilizam diferentes técnicas terapêuticas.
- Os protocolos de TCC compartilham a premissa de que cognições mal-adaptativas estão relacionadas de forma causal ao sofrimento emocional e, portanto, através da modificação das cognições, o sofrimento emocional e os comportamentos mal-adaptativos diminuem.

- A segunda onda procurou preservar a objetividade e o foco técnico presente na primeira geração, ao mesmo tempo em que tentou valorizar o ser humano racional.

Críticas à Segunda Geração: técnicas cognitivas são necessárias?

Apesar de a TCC ser considerada a abordagem psicoterápica dominante, existem muitas questões que ainda não estão resolvidas no que diz respeito à reestruturação cognitiva, sendo que, nos últimos anos, a validade do modelo cognitivo comportamental tem sido questionada. Tal polêmica teve início a partir da constatação de que ainda não foi encontrado um padrão de evidências que suporte a mudança cognitiva como um mediador-chave da efetividade da TCC tradicional. Alguns estudos mostraram que a adição de técnicas cognitivas aos tratamentos comportamentais não produz benefícios e, em alguns casos, pode reduzir a eficácia de ditas intervenções (Forman & Herbert, 2009). O estudo mais frequentemente citado demonstrou que não existem diferenças significativas entre intervenções que empregaram técnicas formais de reestruturação cognitiva e aquelas que empregaram apenas técnicas comportamentais (Longmore & Worrell, 2007), o que levou muitos críticos da segunda onda a argumentar que os benefícios de adicionar técnicas cognitivas às estratégias tradicionais da terapia comportamental eram inexistentes, e que os resultados da TCC ocorrem mais pela presença de técnicas comportamentais do que pela combinação de técnicas cognitivas e comportamentais (Álvarez, 2006).

Conforme colocado por Herbert e Forman (2011), apesar de muitos cognitivistas argumentarem sobre esses achados dizendo que as intervenções comportamentais podem produzir mudança cognitiva, o fato é que, mesmo que isso ficasse demonstrado, a seguinte dúvida persistiria: as estratégias de mudança cognitiva são necessárias ou aconselháveis em adição aos tratamentos comportamentais?

Corroborando essa linha de raciocínio, importa assinalar que, no ano de 1987, Wegner, Schneider, Carter e White realizaram um experimento no qual verificaram que os participantes foram incapazes de não pensar durante apenas 5

minutos em uma imagem mental (urso branco), quando foram especificamente instruídos a fazer isso. Após o experimento, tentar eliminar a imagem por um tempo pareceu fazer com que os participantes pensassem nela de forma mais frequente e intensa, mostrando que a supressão voluntária de um pensamento é contraproducente. Esse “efeito rebote” tem sido alvo de estudos experimentais e, em linhas gerais, os resultados são replicados (Clark, Ball, & Pape, 1991; Cioffi & Holloway, 1993; Marcks & Woods, 2005; Marcks & Woods, 2007).

Barraca (2012) afirma que conclusões acerca do papel contraproducente da supressão dos pensamentos têm levado cada vez mais pesquisadores a não acreditarem na eficácia de determinadas estratégias cognitivo-comportamentais (p. ex., parada do pensamento). De fato, a literatura científica tem demonstrado que estratégias desenhadas para nos libertar de pensamentos desconfortáveis geralmente acabam por aumentar a frequência e a intensidade dos mesmos pensamentos que desejamos evitar ou diminuir (Rassin, 2005).

Resumindo:

- Existem muitas questões que ainda não estão resolvidas no que diz respeito à reestruturação cognitiva, sendo que, nos últimos anos, a validade do modelo cognitivo-comportamental tem sido questionada.
- Apesar de muitos cognitivistas afirmarem que as intervenções comportamentais podem produzir mudança cognitiva, o fato é que, mesmo que isso ficasse demonstrado, a seguinte dúvida persistiria: as estratégias de mudança cognitiva são necessárias ou aconselháveis em adição aos tratamentos comportamentais?
- Conclusões acerca do papel contraproducente da supressão dos pensamentos têm levado cada vez mais pesquisadores a não acreditarem na eficácia de determinadas estratégias cognitivo-comportamentais (p. ex., parada do pensamento).
- A literatura científica tem demonstrado que estratégias desenhadas para nos libertar de pensamentos desconfortáveis geralmente acabam por aumentar a frequência e a intensidade dos mesmos pensamentos que desejamos evitar ou diminuir.

Segunda e Terceira Geração de Terapias Comportamentais

Em resumo, dentre as razões para o surgimento da terceira onda estão: a ênfase diminuída da segunda onda no papel contextual; os questionamentos

relacionados à eficácia das estratégias cognitivas; e a classificação do cognitivo como uma categoria à parte, em detrimento de ser considerado um comportamento (comportamento verbal) (Álvarez, 2006).

A ACT (*Acceptance and Commitment Therapy* – Terapia de Aceitação e Compromisso) tornou-se a mais proeminente terapia de terceira geração (Pérez-Álvarez, 2012). No que diz respeito às similaridades e diferenças entre essa abordagem e a TCC tradicional, existem muitas semelhanças do ponto de vista de estratégias de mudança comportamental. Por exemplo, ambas utilizam-se de exercícios de exposição, habilidades de resoluções de problemas, *role playing*, tarefas de casa e modelagem. Ambas estabelecem objetivos claros e observáveis, encorajam maior consciência dos pensamentos, sentimentos e sensações e objetivam melhoras gerais na qualidade de vida. Entretanto existem importantes discrepâncias teóricas entre as duas abordagens em relação ao papel das cognições. As cognições são vistas pela ACT como uma forma de comportamento (comportamento privado) que deve ser identificada e ter sua função alterada, enquanto o foco da CBT inclui a modificação dos seus conteúdos. Assim, a ACT não objetiva refutar cognições desadaptativas com o objetivo de modificar a resposta emocional e/ou comportamental associada a tais cognições. Nessa abordagem, os pacientes são ensinados a aceitar emoções e pensamentos indesejáveis. Já a TCC tradicional possui uma premissa básica de que as cognições desempenham um importante papel na manutenção dos transtornos emocionais, através de sua influência nas emoções e nos comportamentos. Como consequência, frequentemente, o foco de mudança da TCC tradicional está no conteúdo dos pensamentos, enquanto os tratamentos baseados em *mindfulness* e a ACT focam a função dos pensamentos e a promoção de estratégias de regulação emocional que se contraponham à esquiva das experiências internas. É digno de nota que o uso compartilhado entre a segunda e a terceira onda das mesmas técnicas de tratamento não é incompatível, visto que tais técnicas são usadas dentro de um embasamento teórico distinto (Hofmann et al., 2010).

No que diz respeito às diferenças na prática clínica, um estudo que objetivou investigar as potenciais similaridades e diferenças entre a prática psicoterápica de profissionais que utilizam abordagens de segunda e de terceira onda observou que existem diferenças no nível técnico entre os dois grupos, com os terapeutas de terceira onda reportando maior uso de técnicas de *mindfulness* e aceitação, assim como de técnicas de exposição, enquanto terapeutas de segunda onda reportaram maior uso de técnicas de relaxamento e de reestruturação cognitiva – sendo que os terapeutas de terceira onda se mostraram resistentes ao uso destas últimas. Em linhas gerais, os terapeutas de terceira onda se mostraram mais ecléticos do ponto de vista técnico, o que poderá levar a diferentes resultados clínicos (Brown, Gaudiano, & Miller, 2011).

Se por um lado a TCC tradicional busca eliminar ou ao menos reduzir a duração, a frequência e a intensidade de pensamentos intrusivos, de memórias dolorosas, de cognições desconfortáveis ou de pensamentos ruminativos, questionando sua credibilidade e buscando substituí-los por pensamentos mais adaptativos, as novas terapias assumem que técnicas como distração ou substituição de pensamentos, parada do pensamento ou reestruturação cognitiva não são mais aconselháveis (Barraca, 2012), e encorajam o uso de técnicas de *mindfulness* e aceitação para lidar com as experiências internas, ao invés de tentativas de mudar os pensamentos e as sensações internas consideradas negativas (Herbert, Forman, & England, 2009).

De forma geral, as terapias de terceira geração, assim como as de segunda, reconhecem a importância dos processos cognitivos e verbais em suas teorias de psicopatologia e em seus tratamentos. Entretanto, ao invés de lutar para mudar pensamentos e sentimentos desconfortáveis, as novas abordagens focam em cultivar uma atitude de aceitação sem julgamentos em relação a todas as experiências humanas, a fim de aumentar o bem-estar psicológico (Herbert & Forman, 2011). Hayes desafiou as terapias de segunda onda ao afirmar que, enquanto os clientes tentarem controlar suas experiências internas, como é preconizado na TCC tradicional, eles terão maior probabilidade de continuar

experienciando sofrimento emocional (Cullen, 2008). Assim, apesar de os tratamentos baseados em *mindfulness* e as intervenções de segunda onda estarem estreitamente relacionados, existem importantes diferenças entre as abordagens (Hofmann et al., 2010).

Resumindo:

- Dentre as razões para o surgimento da terceira onda estão: a ênfase diminuída da segunda onda no papel contextual; os questionamentos relacionados à eficácia das estratégias cognitivas; e a classificação do cognitivo como uma categoria à parte, em detrimento de ser considerado um comportamento (comportamento verbal).
- A segunda onda de terapia comportamental deixou um pouco a ênfase nas causas ambientais e contextuais (ênfase presente na primeira geração) e passou a dar mais ênfase ao papel das cognições nos problemas emocionais e comportamentais.
- No que diz respeito às similaridades e diferenças entre a ACT (mais proeminente terapia de terceira geração) e a TCC tradicional: (1) ambas utilizam-se de exercícios de exposição, habilidades de resoluções de problemas, *role playing*, tarefas de casa e modelagem; (2) ambas estabelecem objetivos claros e observáveis, encorajam maior consciência dos pensamentos, sentimentos e sensações e objetivam melhoras gerais na qualidade de vida; (3) as cognições são vistas pela ACT como uma forma de comportamento (comportamento privado) que deve ser identificado e ter sua função alterada, enquanto o foco da CBT inclui a modificação dos seus conteúdos; (4) a ACT não objetiva refutar cognições desadaptativas com o objetivo de modificar a resposta emocional e/ou comportamental associada a tais cognições. Assim, os tratamentos baseados em *mindfulness* e a ACT focam a função dos pensamentos e a promoção das estratégias de regulação emocional que se contraponham à esquiva das experiências internas; e (5) na TCC tradicional, geralmente, o foco de mudança está no conteúdo dos pensamentos, muito em virtude da premissa básica de que as cognições desempenham um importante papel na manutenção dos transtornos emocionais, através de sua influência nas emoções e nos comportamentos.
- O uso compartilhado entre a segunda e a terceira onda das mesmas técnicas de tratamento não é incompatível, visto que tais técnicas são usadas dentro de um embasamento teórico distinto.
- Em linhas gerais, os terapeutas de terceira onda se mostraram mais ecléticos do ponto de vista técnico, o que poderá levar a diferentes resultados clínicos.
- De forma geral, as terapias de terceira geração, assim como as de segunda, reconhecem a importância dos processos cognitivos e verbais em suas teorias de psicopatologia e em seus tratamentos.

- Ao invés de lutar para mudar pensamentos e sentimentos desconfortáveis, as novas abordagens focam em cultivar uma atitude de aceitação sem julgamentos em relação a todas as experiências humanas, a fim de aumentar o bem-estar psicológico.
- Apesar de os tratamentos baseados em *mindfulness* e as intervenções de segunda onda estarem estreitamente relacionados, existem importantes diferenças entre as abordagens.

Terceira Geração de Terapias Comportamentais

A terapia comportamental continuou evoluindo, e o final do século XX e o início do século XXI testemunharam o desenvolvimento de terapias que se destinam a aliviar o sofrimento dos clientes através de abordagens que utilizam estratégias de aceitação e *mindfulness*. (Spiegler & Guevremont, 2010). As abordagens de terceira onda mais conhecidas são a Terapia de Aceitação e Compromisso (vide Capítulos 7 a 9 deste livro), a Terapia de Ativação Comportamental (Capítulo 14), a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (Capítulo 5), o Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness* (Capítulo 4), a Terapia Comportamental Integrativa de Casais (Capítulo 17), a Psicoterapia Analítica Funcional (Capítulo 11), a Terapia Focada na Compaixão (Capítulo 13) e a Terapia Comportamental Dialética (Capítulos 15 e 16).

Essas novas terapias possuem um grande enfoque comportamental e, de fato, estão embasadas nessa tradição. Por exemplo, o contextualismo funcional, embasamento filosófico da ACT, refere-se a uma extensão do behaviorismo radical de Skinner, o qual se detém na emergência de complexas habilidades cognitivas e linguísticas, além da aprendizagem de competências, a partir de processos básicos de aprendizagem. A Psicoterapia Analítica Funcional é uma abordagem contextualista funcional que também segue o behaviorismo radical de Skinner. A Ativação Comportamental utiliza-se de princípios comportamentais, e as raízes da Terapia Comportamental Integrativa de Casais estão pautadas na distinção de Skinner entre comportamento moldado por contingências e comportamento governado por regras (Pérez-Álvarez, 2012).

A nova geração da terapia comportamental foi caracterizada por Hayes, conforme transcrito a seguir:

“Fundamentada em uma abordagem empírica e focada em princípios, a terceira onda de terapia cognitiva e comportamental é particularmente sensível ao contexto e funções dos fenômenos psicológicos, não somente nas suas formas, e também tende a enfatizar estratégias de mudança contextuais e experienciais em adição às estratégias diretas e didáticas. Estes tratamentos tendem a buscar a construção de repertórios amplos, flexíveis e efetivos, mais do que uma abordagem eliminativa para problemas estreitamente definidos, e a enfatizar a relevância destes aspectos tanto para clínicos como para os clientes. A terceira onda reformula e sintetiza as gerações prévias da terapia cognitiva e comportamental e as levam de encontro a questões, problemas e domínios previamente endereçados primariamente por outras tradições, na esperança de melhorar tanto a sua compreensão como os resultados” (Hayes, 2004, p. 658).

Visando a uma melhor compreensão da caracterização supracitada, a descrição de seus componentes maiores, conforme propostos por Hayes (2004), está detalhada no Quadro 2.

Quadro 2. Caracterização da Terceira Geração de Terapias Comportamentais

Caracterização da Terceira Geração de Terapias Comportamentais

“Fundamentada em uma abordagem empírica e focada em princípios”: a terceira geração mantém o compromisso com as raízes empíricas da terapia comportamental, tanto ao nível de resultados como ao nível de processos e princípios.

“Estratégias de mudança contextuais e experienciais em adição às estratégias diretas, focadas na função mais do que na forma”: a característica distintiva das intervenções de terceira onda é o seu grau de ênfase nas estratégias de mudança contextuais e experienciais. Ao mesmo tempo, elas não abandonam as estratégias diretas ou didáticas de mudança. O objetivo das estratégias de mudança contextuais e experienciais é alterar as funções de eventos psicológicos problemáticos, mesmo que sua forma ou frequência não sofram mudanças ou apenas mudem ligeiramente.

“Construção de repertórios flexíveis e efetivos, mais do que a eliminação de problemas estreitamente definidos”: enquanto a primeira e a segunda

onda enfatizam como primeiro propósito terapêutico a eliminação de pensamentos, emoções e comportamentos problemáticos específicos, a terceira onda foca em habilidades novas e aplicáveis em diversos contextos. As novas terapias comportamentais focam mais o empoderamento dos clientes e o aprimoramento do repertório do que o problema comportamental ou psicopatologia especificamente definida.

“Enfatizar a relevância desses aspectos tanto para clínicos como para os clientes”: o ressurgimento da relevância dos processos normais é importante não só para os clientes, mas também para os terapeutas, os quais são encorajados a praticar as habilidades que estão ensinando para que seja possível um trabalho terapêutico efetivo.

“Sintetiza as gerações prévias”: na opinião de Hayes, o que parece estar acontecendo é que as premissas básicas da primeira e da segunda onda estão enfraquecendo e poderão ser substituídas por um conjunto alterado de pressupostos. A terceira geração parece estar unindo as perspectivas comportamental e cognitiva, e isso pode ser visto na maneira como tais intervenções transitam entre essas divisões, independentemente de suas origens. Assim, o autor argumenta que as intervenções de terceira geração não pretendem rejeitar as gerações prévias, mas transformar essas fases anteriores em algo mais novo, amplo e interconectado.

“Lidando com questões, problemas e domínios endereçados por outras tradições”: tópicos como *mindfulness*, valores de vida, aceitação, dentre outros, são agora considerados centrais, sendo que antes tais assuntos não eram comuns ou bem-vindos na terapia comportamental. Assim, os tratamentos de terceira onda estão fazendo cair por terra a distinção entre terapia comportamental e tradições antigas ou “menos empíricas”, uma vez que estão lidando com esses tópicos utilizando uma teoria coerente, com processos de mudança cuidadosamente avaliados e resultados empíricos.

“Melhorando a compreensão e os resultados”: no que diz respeito à compreensão, os modelos e métodos de terceira geração têm sido dirigidos por desenvolvimentos empíricos, abrindo a tradição de terapia comportamental a novas ideias, tanto na literatura básica como na aplicada. Considerando que essas novas intervenções não abandonaram o compromisso com os valores empíricos, que está presente na tradição da terapia do comportamento, com o passar do tempo ficará claro se essas terapias trazem consistentemente melhores resultados em relação ao impacto clínico.

(Hayes, 2004)

É digno de nota que a terceira geração retornou à perspectiva contextual presente na primeira geração e pouco enfatizada na segunda. Essa perspectiva contextual é a razão pela qual esse grupo de abordagens também é chamado de “terapias contextuais” (Pérez-Álvarez, 2012). Assim, a ênfase do papel contextual no trabalho clínico é retomada, incluindo tanto o entendimento de psicopatologia como a avaliação e o tratamento (Álvarez, 2006). Essas abordagens se interessam mais pelas funções dos comportamentos do que pelos comportamentos em si, e optam preferencialmente pela mudança por contingências em detrimento da mudança mais didática e psicoeducativa baseada em regras, ainda que não rechassem esta (Pareja, 2010).

Muitas dessas novas abordagens utilizam estratégias experienciais para ajudar os clientes a estarem no presente momento e a desistirem da luta de controlar emoções e pensamentos difíceis como pré-condição de uma mudança comportamental. As intervenções de terceira onda trabalham sobre a premissa de que o contexto é o mais importante, e que é através da compreensão do contexto que ocorre a compreensão do comportamento (Cullen, 2008).

Ressalta-se que, embora quase toda a abordagem psicoterápica dificilmente não se considere contextual, é possível distinguir abordagens clínicas contextuais das que não são, ou das que são apenas de forma superficial. Segundo Pérez-Álvarez (2012), quando se fala no carácter contextual das terapias de terceira geração, pode-se considerar a existência de três dimensões contextuais que se reforçam mutuamente: a ambiental, a da relação terapêutica e a pessoal (detalhadas no Quadro 3). Destaca-se que o fato de algumas terapias explorarem mais um contexto que outros não significa que elas não consideram os demais.

Quadro 3. Dimensões contextuais das Terapias de Terceira Geração

Dimensões contextuais das Terapias de Terceira Geração

1) **Ambiental (ambiente como contexto social interpessoal):** o contexto ambiental diz respeito ao meio em que a pessoa vive e denota uma configuração social e cultural que inclui diversas áreas da vida cotidiana, com suas normas e

valores. Dentre as terapias de terceira geração, as que mais exploram essa dimensão são a Terapia Comportamental Integrativa de Casais e a Terapia de Ativação Comportamental.

2) **Relação Terapêutica (relação terapêutica como contexto de aprendizagem experiencial):** o contexto da relação terapêutica diz respeito ao contexto gerado pela própria psicoterapia, o qual pode ser terapêutico. Dentre as terapias de terceira onda, a FAP e a DBT são as que mais exploram essa dimensão.

3) **Pessoal (a pessoa como contexto socioverbal):** refere-se à pessoa como um indivíduo socioverbal que incorpora um passado e possui um estilo de enfrentamento. O contexto pessoal se refere às explicações, avaliações e maneiras de compreender os problemas que prevalecem na sociedade de referência e que aquele indivíduo aprendeu a considerar natural. A ACT e as Terapias Baseadas em *Mindfulness* são as terapias de terceira geração que mais exploram essa dimensão, tentando mudar a maneira como a pessoa se relaciona com as suas experiências.

(Pérez-Álvarez, 2012)

Considerações finais

Este capítulo apresentou um panorama histórico da primeira, segunda e terceira geração de Terapias Comportamentais, abordando aspectos referentes às terminologias utilizadas, origem, evolução e focos clínicos das referidas abordagens. Espera-se que este material sirva como uma introdução aos estudantes, clínicos e pesquisadores interessados nessas temáticas e, ainda, que sirva de base para impulsionar a disseminação da nova geração de Terapias Comportamentais no Brasil e nos demais países de língua portuguesa.

Referências

- Álvarez, M. P. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5(2), 159-172.
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2008). Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science & Practice*, 15(4), 263–279. doi: 10.1111/j.1468-2850.2008.00137.x
- Barraca, J. (2012). Mental control from a third-wave behavior therapy perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(1), 109-121.

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.
- Braga, G. L. B., & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia*, *23*(3), 307-314. doi: 10.1590/S0103-166X2006000300010
- Brown, L. A., Gaudiano, B. A., & Miller, I. W. (2011). Investigating the similarities and differences between practitioners of second and third-wave Cognitive-Behavioral Therapies. *Behavior Modification*, *35*(2), 187-200. doi: 10.1177/0145445510393730
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of Cognitive-Behavioral Therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, *26*(1), 17-31. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Cioffi, D., & Holloway, J. (1993). Delayed costs of suppressed pain. *Journal of Personality and Social Psychology*, *64*(2), 274-282.
- Clark, D. M., Ball, S., & Pape, D. (1991). An experimental investigation of thought suppression. *Behaviour Research and Therapy*, *29*(3), 253-257.
- Cullen, C. (2008). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A third wave Behaviour Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *25*(6), 1-7. doi: 10.1017/S1352465808004797
- Ellis, A. (1957). Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, *13*(4), 344-350. doi: 10.1002/1097-4679(195710)13:4<344::AID-JCLP2270130407>3.0.CO;2-9
- Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, *16*(5), 319-324. doi: 10.1037/h0063633
- Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2009). New directions in Cognitive Behavior Therapy: Acceptance-based therapies. In W. O'Donohue, & J. E., Fisher (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* (pp. 102–114). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*(4), 639-665. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Hayes, S. C., Masuda, A., & De Mey, H. (2003). Acceptance and Commitment Therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie*, *2*, 69-96.
- Hayes, S. C., McCurry, S. M., Afari, N. & Wilson, K. (1991). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A therapy manual for the treatment of emotional avoidance*. Reno, NV: Context Press.
- Herbert, J. D., Forman, E. M., & England, E. L. (2009). Psychological acceptance. In W. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* (pp. 102-114). Hoboken, NJ: John Wiley.

- Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2011). The evolution of Cognitive Behavior Therapy: The rise of psychological acceptance and mindfulness. In J. D. Herbert & E. M. Forman (Eds.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (pp. 1-25). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Hofmann, S. G. & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28(1), 1-16. doi: 10.1016/j.cpr.2007.09.003
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2010). The empirical status of the “New Wave” of CBT. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 701–710. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.006.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York, NY: Plenum.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27(2), 173-187. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.001
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.
- Marcks, B. A., & Woods, D. W. (2005). A comparison of thought suppression to an acceptance based technique in the management of personal intrusive thoughts: A controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43(4), 433-445. doi: 10.1016/j.brat.2004.03.005
- Marcks, B. A., & Woods, D. W. (2007). Role of thought-related beliefs and coping strategies in the escalation of intrusive thoughts: An analog to obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2640-2651. doi: 10.1016/j.brat.2007.06.012
- Martin, G., & Pear, J. (2007). *Behavior modification: What it is and how to do it* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Pareja, M. A. V. (2010). Terapia de Conducta de Tercera Generación. *Clínica Contemporánea*, 1(1), 49-54. doi: 10.5093/cc2010v1n1a6
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. New York: Live-right.
- Pérez-Álvarez, M. (2004). *Contingencia y drama: La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-Generation Therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 291-310.

- Rassin, E. (2005). *Thought suppression*. New York, NY: Elsevier.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York, NY: Macmillan.
- Spiegler, M. D., & Guevremont, D. C. (2010). *Contemporary Behavior Therapy* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R. & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*(1), 5-13.
- Wilson, G. T. (1978). On the much discussed nature of the term "Behavior Therapy." *Behavior Therapy*, *9*(1), 89-98. doi: 10.1016/S0005-7894(78)80058-6.

Capítulo 5

Escalas que avaliam construtos da Terapia de Aceitação e Compromisso e sua disponibilidade para uso no Brasil

Adaptado de:

Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Zancan, R. K., & Oliveira, M. S. (2015). Escalas que avaliam construtos da Terapia de Aceitação e Compromisso e sua disponibilidade para uso no Brasil. In P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira, M. S. (Eds.), *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para Profissionais* (pp. 273-309). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys Editora.

Introdução

A utilização de instrumentos de medida que avaliam construtos psicológicos tem sido uma prática amplamente difundida em âmbito internacional. A existência de medidas que se destinem a avaliar construtos teóricos, para além de possuírem utilidade clínica, possibilita a realização de pesquisas empíricas que visem melhor compreender a dinâmica existente entre diferentes variáveis na explicação de diversas problemáticas e quadros clínicos, possibilitando a consequente elaboração e respectiva testagem de estratégias de prevenção, intervenção e promoção de saúde. Segundo Urbina (2007), os instrumentos psicológicos são ferramentas que podem ser usadas não só para fins de pesquisas psicológicas como também para a tomada de decisões e o desenvolvimento de autoconhecimento no contexto psicoterapêutico.

Entretanto, para garantir que os instrumentos realmente avaliem o que se propõem a avaliar, é necessário que estejam traduzidos, adaptados transculturalmente e com suas características psicométricas devidamente estudadas. A tradução e adaptação transcultural se faz necessária devido ao fato de que, muitas vezes, o instrumento original é traduzido para outra língua com vistas a ser aplicado a uma nova realidade, a qual pode possuir variações linguísticas, diferenças de valores, de cultura, etc. (Cassepp-Borges, Balbinotti & Teodoro, 2010). Assim, a realização de uma simples tradução não é recomendada, uma vez que deve sempre levar em consideração as diferenças culturais e de linguagem, o contexto cultural e o estilo de vida, devendo ser feita com base em aspectos técnicos, semânticos e linguísticos (Hunt et al., 1991). Isso é particularmente relevante, visto que muitas vezes uma língua não possui uma palavra equivalente à outra, devendo o comitê avaliador estar atento a essas nuances (Cassepp-Borges et al., 2010).

Igualmente importante é o estudo das características psicométricas das medidas para cada cultura em que serão utilizadas, uma vez que mesmo a realização de um rigoroso processo de tradução, adaptação transcultural e validade de conteúdo não elimina a necessidade de estudos psicométricos (Rubio,

Berg-Weger, Tebb, & Rauch, 2003). Vários parâmetros podem ser avaliados no que tange às características psicométricas de instrumentos, como a verificação da *estrutura fatorial*¹, da *consistência interna*², das evidências de *validade convergente*³, *divergente*⁴, etc. Tomados em conjunto, esses parâmetros permitem aos pesquisadores concluir se aquele instrumento é válido (naquela cultura e naquelas amostras em que foi avaliado) para mensurar o construto que se propõe a avaliar.

Nos últimos anos, tem havido crescente interesse por parte de clínicos, pesquisadores e estudantes da área de saúde mental na Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT; ver Capítulos 7-9 deste livro). Entretanto, há escassez de material na língua portuguesa, tanto em nível de literatura como em nível de instrumentos que acessem os construtos centrais ou correlatos dessa abordagem. Assim, este capítulo objetiva apresentar ao leitor os principais instrumentos existentes para avaliação de construtos da ACT, contendo a área específica de avaliação, referências das validações originais, características gerais das medidas, exemplos de itens, índices de confiabilidade originais e, ainda, fornecer informações atualizadas sobre a

¹ A **estrutura fatorial** é uma análise que produz resultados importantes a respeito da qualidade dos itens e do instrumento como um todo. Tal análise mostra as dimensões que o instrumento está medindo (fatores) e os itens que compõem cada uma dessas dimensões (Pasquali, 2010).

² A **confiabilidade, consistência interna, ou fidedignidade**, é frequentemente avaliada pelo Coeficiente de Alpha de Cronbach (embora também existam outros índices), sendo que, geralmente, valores maiores ou iguais a $\alpha = 0,70$ indicam valores aceitáveis (Anderson, Black, Hair & Tathan, 2009). Quanto maior for o número de itens que compõem determinada escala ou subescala, maior será o valor de Alpha de Cronbach, portanto, em subescalas com poucos itens, pode ser aceitável uma consistência interna ligeiramente menor que o ponto de corte estabelecido ($\alpha = 0,70$). O termo fidedignidade diz respeito ao grau em que os escores obtidos são consistentes, confiáveis ou razoavelmente precisos em relação ao que está sendo medido, ou seja, refere-se à qualidade dos escores, que devem ser suficientemente livres de erros de mensuração para que possam ter utilidade prática (Urbina, 2007).

³ Fala-se em evidências de **validade convergente** quando um instrumento em particular possui altas correlações com outros instrumentos que avaliam o mesmo construto. Isto serve para demonstrar que boa parte da variância dos escores dessas medidas é compartilhada e que, portanto, existem evidências da semelhança ou identidade dos construtos avaliados (Urbina, 2007). Os estudos de validade convergente podem ser feitos com medidas correlatas ou semelhantes do ponto de vista teórico.

⁴ Evidências de **validade discriminante** são baseadas nos **padrões de divergência** entre os escores do instrumento e outras variáveis. Assim, deve haver correlações consistentemente baixas entre medidas que avaliam construtos que teoricamente devem diferir (Urbina, 2007). Correlações negativas entre construtos teoricamente opostos (p. ex., flexibilidade psicológica e sintomas depressivos) também são frequentemente consideradas na literatura como evidências de **validade divergente**.

disponibilidade e existência de estudos de tradução, adaptação e/ou validação dessas escalas para uso na realidade brasileira. Ademais, quando as escalas em questão foram traduzidas e/ou validadas por um ou mais autores deste capítulo, apresentamos uma ilustração do formato de instruções, opções de resposta, juntamente com um dos itens da versão final.

Assim, como já visto em capítulos anteriores, a ACT objetiva promover a *flexibilidade psicológica*. Dessa forma, passamos a apresentar as medidas que se propõem a avaliar os seis processos centrais da ACT (ver mais sobre os seis processos nos Capítulos 7 e 8 desta obra), isto é, aceitação/evitamento experiencial, fusão/desfusão cognitiva, *mindfulness*, valores de vida, ação comprometida e *self-as-context* (eu-como-contexto ou eu-contextual, em português).

Inflexibilidade psicológica e evitamento experiencial

Medida geral

O AAQ (*Acceptance and Action Questionnaire*; Bond et al., 2011) é a medida mais amplamente utilizada para avaliação da inflexibilidade psicológica e esquiva experiencial (também chamada de *evitamento experiencial*). O conjunto inicial de itens que compunham essa medida unidimensional foi pensado por pesquisadores e terapeutas ACT. A escala tem se mostrado amplamente útil para prever qualidade de vida, além de uma diversidade de problemáticas. Devido ao sucesso da medida em avaliar o construto em questão, foram criadas outras versões do AAQ com o objetivo de avaliar a inflexibilidade psicológica especificamente relacionada a contextos e problemáticas específicas.

Entretanto, apesar da existência e utilidade de versões específicas do AAQ, a medida geral continua a ser útil e importante no sentido de possibilitar o estudo de modelos teóricos e de processos terapêuticos relacionados à mudança comportamental (Bond et al., 2011), para além de possibilitar o estudo desse processo em outras problemáticas para as quais versões específicas do AAQ ainda não foram criadas.

Além disso, é importante salientar que o AAQ atualmente é utilizado em estudos no âmbito de várias terapias comportamentais contextuais, não sendo restritamente aplicável à ACT. O AAQ já está em sua segunda versão, uma vez que os estudos psicométricos realizados com a versão original (Hayes et al., 2004) mostraram estrutura fatorial instável e consistência interna baixa. Assim, o instrumento foi refinado, gerando uma versão breve de sete itens (*Acceptance and Action Questionnaire II* - AAQ-II). Essa última versão mostrou que sua estrutura unidimensional é estável em diferentes amostras, com um índice de confiabilidade considerado muito bom ($\alpha = 0,84$ - Alpha de Cronbach médio considerando seis amostras). O instrumento é autoaplicável, e os itens são dispostos em escala Likert de 1 (nunca verdadeira) a 7 (sempre verdadeira) (Bond et al., 2011). O AAQ-II já está disponível para uso no Brasil e apresentou consistência interna de $\alpha = 0,87$ nas amostras brasileiras avaliadas no estudo de Barbosa (2013).

Evitamento experiencial: Supressão dos pensamentos

A supressão de pensamentos é entendida como tentativas deliberadas de evitar ou se livrar de pensamentos indesejáveis. O evitamento experiencial, por sua vez, é um conceito mais amplo que inclui não apenas as tentativas de evitar e/ou controlar pensamentos como também se aplica aos sentimentos, sensações e memórias, por exemplo (Luoma, Hayes, & Walser, 2007). Dessa forma, a supressão de pensamentos pode ser entendida como uma forma de evitamento experiencial especificamente relacionada aos pensamentos.

O **Inventário de Supressão do Urso Branco** (*White Bear Suppression Inventory* - WBSI; Wegner & Zanakos, 1994) foi desenvolvido para avaliar a tendência geral de suprimir pensamentos indesejáveis. O instrumento é composto por 15 itens (p. ex., “Eu queria conseguir parar de pensar em certas coisas”), sendo que os participantes devem assinalar o seu grau de concordância com cada afirmação utilizando uma escala Likert de 5 pontos (1 = discordo fortemente; 5 = concordo fortemente). Maiores escores indicam maior tendência a suprimir os

pensamentos. Na validação original, o instrumento obteve excelente consistência interna (variando entre $\alpha = 0,87$ e $\alpha = 0,89$). Os autores deste capítulo não possuem conhecimento de traduções, adaptações e/ou validações brasileiras dessa medida, entretanto existe uma versão portuguesa da escala (J. Pinto-Gouveia, comunicação pessoal, July 27, 2015).

Inflexibilidade psicológica aplicada a contextos e problemáticas específicas

Atualmente, existem diversas medidas destinadas a investigar a inflexibilidade psicológica relacionada a problemáticas e contextos específicos, uma vez que a flexibilidade psicológica geral, que não se direciona a problemas ou circunstâncias particulares, pode não ter tanta importância clínica ou conceitual para essas situações quando comparadas com as versões específicas (Wendell, Masuda, & Le, 2012). Até mesmo os processos que influenciam os resultados de tratamentos (p. ex., mediadores e/ou moderadores) podem ser mais bem avaliados por meio de medidas específicas, visto que estas têm se mostrado sensíveis às mudanças na inflexibilidade psicológica em diversas dificuldades, enquanto que, por vezes, a versão mais geral pode não se mostrar tão sensível (Sandoz, Wilson, Merwin, & Kellum, 2013). Por exemplo, o AAQ específico para o fumo/tabaco se revelou um significativo mediador dos resultados em um estudo que comparou uma intervenção em ACT para o hábito de fumar com Terapia de Reposição de Nicotina, enquanto que a versão mais geral de inflexibilidade psicológica (AAQ) não se revelou um mediador quando utilizada no contexto dessa problemática (Gifford et al., 2004).

Atualmente, existem versões adaptadas para avaliar a inflexibilidade psicológica aplicada a diversas áreas ou populações específicas, como no manejo da diabetes⁵ (Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007), dor⁶

⁵ *Acceptance and Action Diabetes Questionnaire* (AADQ). Os autores da versão original não sabem da existência de nenhuma versão brasileira do instrumento, assim como não possuem conhecimento de nenhum pesquisador que use esse questionário no Brasil (J. A. Gregg, comunicação pessoal, March 19, 2015).

⁶ *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ). Os autores deste capítulo não obtiveram resposta dos autores originais da medida em correspondência eletrônica enviada para fins de consulta.

(McCracken, Vowles, & Eccleston, 2004), peso⁷ (Lillis & Hayes, 2008), fumo/tabaco⁸ (Gifford et al., 2004), abuso de substâncias⁹ (Luoma, Drake, Kohlenberg, & Hayes, 2010), enfrentamento da epilepsia¹⁰ (Lundgren, Dahl, & Hayes, 2008), imagem corporal¹¹ (Sandoz et al., 2013), exercícios físicos¹² (Staats & Zettle, 2012), alucinações auditivas¹³ (Shawyer et al., 2007), *craving* por comida¹⁴ (Juarascio, Forman, Timko, Butryn, & Goodwin, 2011), parentalidade¹⁵ (Cheron, Ehrenreich & Pincus, 2009), lesão cerebral adquirida¹⁶ (Whiting, Deane, Ciarrochi, McLeod & Simpson, 2015), discriminação/preconceito¹⁷ (Levin, Luoma, Lillis, Hayes & Vilardaga, 2014), trabalho¹⁸ (Bond, Lloyd, & Guenole, 2012), entre outros.

⁷ *Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related Difficulties* (AAQ-W). Tradução, adaptação e validação brasileira de responsabilidade dos autores deste capítulo. Maiores informações sobre essa medida são apresentadas neste material.

⁸ *Avoidance and Inflexibility Scale (AIS) Smoking*. Os autores deste capítulo não obtiveram resposta dos autores originais da medida em correspondência eletrônica enviada para fins de consulta.

⁹ *Acceptance and Action Questionnaire – Substance Abuse* (AAQ-AS). Tradução, adaptação e validação brasileira de responsabilidade dos autores deste capítulo. Maiores informações pelo *email* paolabc2.lucena@gmail.com.

¹⁰ *Acceptance and Action Epilepsy Questionnaire* (AAEpQ). Os autores deste capítulo não obtiveram resposta dos autores originais da medida em correspondência eletrônica enviada para fins de consulta.

¹¹ *Body Image – Acceptance and Action Questionnaire* (BI-AAQ). Tradução, adaptação e validação brasileira de responsabilidade dos autores deste capítulo. Maiores informações sobre essa medida são apresentadas neste material.

¹² AAQ-Ex (**Acceptance and Action Questionnaire for Exercise**). Tradução, adaptação e validação brasileira de responsabilidade dos autores deste capítulo. Maiores informações sobre essa medida são apresentadas neste material.

¹³ *Voices Acceptance and Action Scale (VAAS) - Auditory Hallucinations*. Quando interrogado acerca de traduções, adaptações e/ou validações da medida para o português do Brasil, o autor principal nos colocou em contato com os responsáveis pela validação do instrumento em Portugal (F. Shaver, comunicação pessoal, March 18, 2015). Existe uma versão traduzida e adaptada para o português de Portugal, e os responsáveis por essa validação não possuem conhecimento do uso da escala no Brasil (M. J. Martins, March 20, 2015).

¹⁴ *Food Craving Acceptance and Action Questionnaire* (FAAQ). Tradução, adaptação e validação brasileira de responsabilidade dos autores deste capítulo. Maiores informações sobre essa medida são apresentadas neste material.

¹⁵ Parental Acceptance and Action Questionnaire (PAAQ). Os autores deste capítulo não obtiveram resposta dos autores originais da medida em correspondência eletrônica enviada para fins de consulta.

¹⁶ *Acceptance and Action Questionnaire-Acquired Brain Injury* (AAQ-ABI). Apenas recentemente (Whiting et al., 2015) foram publicados resultados preliminares da validação original da medida.

¹⁷ *Acceptance and Action Questionnaire – Stigma* (AAQ-S). Os autores da versão original não possuem conhecimento de nenhuma versão brasileira da medida e informaram que há um grupo de pesquisa italiano trabalhando com a medida e que essa seria a única tradução conhecida por eles até o momento (M. E. Levin, comunicação pessoal, March 19, 2015).

¹⁸ *Work-Related Acceptance and Action Questionnaire* (WAAQ). Os autores da versão original não possuem conhecimento de nenhuma versão brasileira dessa medida (F. W. Bond, comunicação pessoal, July 24, 2015).

Destas, algumas já se encontram traduzidas, adaptadas e/ou validadas para o Brasil, nomeadamente o BIAAQ (*Body Image – Acceptance and Action Questionnaire*; Sandoz et al., 2013), o FAAQ (*Food Craving Acceptance and Action Questionnaire*; Juarascio et al., 2011), o AAQ-Ex (*Acceptance and Action Questionnaire for Exercise*; Staats & Zettle, 2012) e o AAQ-W (*Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related Difficulties*; Lillis & Hayes, 2008). A seguir, será apresentada uma breve descrição dessas escalas.

FAAQ

O **Questionário de Aceitação e Ação do Craving por Comida (FAAQ;** Juarascio et al., 2011) foi desenvolvido para avaliar a flexibilidade psicológica em um contexto onde há grande disponibilidade de comida. Especificamente, o FAAQ avalia a necessidade de controlar aspectos experienciais relacionados à comida (como os “cravings” ou desejos intensos por comida) e, por outro lado, a aceitação de experiências internas desconfortáveis e a disponibilidade para agir e comer de uma maneira saudável, mesmo quando isso implica em experiências internas aversivas. A escala é autoaplicável e composta por 10 itens (p. ex., “Eu continuo fazendo uma dieta saudável, mesmo quando desejo comer mais do que o necessário ou ingerir alimentos menos saudáveis.” e “Mesmo quando eu sinto que quero comer mais do que o necessário, sei que não preciso fazer isso.”). Em cada item, os participantes devem assinalar a frequência em que cada situação é verdadeira por meio de uma escala Likert de 6 pontos (1 = quase nunca verdadeira; 6 = sempre verdadeira). O estudo original de validação da escala apontou estrutura de dois fatores: Disponibilidade para regular a alimentação (apesar da presença de *cravings* ou de emoções desconfortáveis associadas a uma alimentação saudável) e Aceitação (avalia o quanto um indivíduo aceita seus pensamentos desconfortáveis relacionados à alimentação). A consistência interna encontrada foi de $\alpha = 0,84$ para Disponibilidade, $\alpha = 0,84$ para Aceitação e $\alpha = 0,93$ para o escore total (Juarascio et al., 2011). A versão brasileira do FAAQ está

traduzida e adaptada transculturalmente para o português do Brasil (ver Figura 1).

FAAQ
(Juarascio, Forman, Timko, Butryn, & Goodwin, 2011)
(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Oliveira, & Pinto Gouveia, 2014)

Instruções: Abaixo você irá encontrar uma lista de afirmações. Por favor, classifique a frequência em que cada afirmação é verdadeira para você. Use a escala a seguir para dar suas respostas:

		Quase nunca verdadeira	Poucas vezes verdadeira	As vezes verdadeira	Frequentemente verdadeira	Quase sempre verdadeira	Sempre verdadeira
1	Eu continuo fazendo uma dieta saudável, mesmo quando desejo comer mais do que o necessário ou ingerir alimentos menos saudáveis.	①	②	③	④	⑤	⑥

Figura 1. Exemplo da versão brasileira da FAAQ

AAQ-W

O **Questionário de Aceitação e Ação para Dificuldades Relacionadas ao Peso** (AAQ-W; Lillis & Hayes, 2008) foi desenvolvido para mensurar a flexibilidade psicológica relacionada a ações, sentimentos e emoções desconfortáveis associados ao peso. Especificamente, a escala avalia a aceitação e a defusão cognitiva de pensamentos relacionados ao peso, assim como o grau em que pensamentos e sentimentos interferem em ações valorizadas. O instrumento é composto por um total de 22 itens, divididos em duas etapas. Na primeira etapa, composta por 10 itens, os participantes devem classificar a frequência em que a situação expressada por cada item é verdadeira para eles (p. ex., “Não vejo qualquer problema em me sentir acima do peso.” e “Eu como para me sentir melhor quando tenho emoções desagradáveis.”), por meio de uma escala Likert de 7 pontos (1 = nunca verdadeira; 7 = sempre verdadeira). A segunda etapa é composta por 12 itens (p. ex., “Se eu engordar, isso significa que eu fracassei.” e “Meus impulsos alimentares me controlam.”) onde é solicitado que os respondentes digam o quanto eles acreditam nesses pensamentos (1 = nada acreditável; 7 = completamente acreditável). Alguns itens são cotados de forma

inversa (1, 6, 7, 14 e 18) e, em seguida, o escore total pode ser calculado (o qual pode variar de 22 a 154), onde menores pontuações representam maior flexibilidade psicológica. O estudo de validação original da escala apontou boa consistência interna, com Alpha de Cronbach de $\alpha=0,88$ (Lillis & Hayes, 2008). A versão brasileira do AAQ-W (ver Figura 2) passou pelos procedimentos de tradução, adaptação transcultural e validade de conteúdo para o português do Brasil.

“Meus pensamentos negativos sobre atividades físicas me impedem de fazer exercícios.” e “Embora possa incluir exercícios físicos na minha rotina, pensar em acrescentar essa nova responsabilidade às que eu já tenho é muito estressante.”). Em cada afirmação, o participante deverá sinalizar a frequência em que ela é verdadeira, considerando a sua experiência. As respostas deverão se basear em uma escala Likert de 7 pontos (1 = nunca verdadeira; 7 = sempre verdadeira). Após a inversão do item 8 (versão final de 11 itens), um escore total é calculado, onde maiores pontuações indicam maior inflexibilidade psicológica. O estudo de validação original da escala observou um Alpha de Cronbach de $\alpha=0,90$ (Staats & Zettle, 2012). O AAQ-Ex já está traduzido, adaptado transculturalmente e apresenta evidências de validade de conteúdo. Atualmente, a versão final para uso na realidade brasileira está disponível (ver Figura 3).

AAQ-Ex
(Staats, & Zettle, 2012)
(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2014)

Instruções: Abaixo você encontrará uma lista de afirmações. Por favor, classifique o quanto cada afirmação é verdadeira para você, circulando o número que mais representa a sua resposta. Use a escala a seguir para fazer a sua escolha:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca verdadeira	Muito pouco verdadeira	Pouco verdadeira	Às vezes verdadeira	Frequentemente verdadeira	Quase sempre verdadeira	Sempre verdadeira

1. Embora possa incluir exercícios físicos na minha rotina, pensar em acrescentar outra responsabilidade às que eu já tenho é muito estressante.	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">6</td> <td style="padding: 0 5px;">7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7		

Figura 3. Exemplo da versão brasileira do AAQ-Ex

BI-AAQ

O **Questionário de Aceitação e Ação da Imagem Corporal (BI-AAQ;** Sandoz et al., 2013) foi desenvolvido para avaliar a flexibilidade psicológica em relação a sentimentos e pensamentos relacionados ao corpo/imagem corporal. A escala original é composta por 12 itens (p. ex., “Preocupar-me com o meu peso faz

com que fique difícil viver uma vida que eu valorize.” e “Para controlar a minha vida eu preciso controlar o meu peso.”) dispostos em uma escala Likert de 7 pontos (1 = nunca verdadeira; 7 = sempre verdadeira). O estudo de validação original verificou que a medida apresentou excelente consistência interna ($\alpha=0,92$) (Sandoz et al., 2013). No Brasil, o BI-AAQ (ver Figura 4) ficou com 11 itens em sua versão final (exclusão do item 6), a qual apresentou estrutura unifatorial – que se manteve estável em diferentes amostras (clínicas e não clínicas) –, com consistência interna observada de $\alpha=0,94$ para a amostra total e de $\alpha=0,93$ e $\alpha=0,95$ para a amostra proveniente da população geral e amostra clínica, respectivamente (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, Barth, & Oliveira, 2015).

BI-AAQ
(Sandoz et al., 2013)
(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Oliveira, & Pinto-Gouveia, 2014)

Abaixo você irá encontrar uma lista de afirmações. Por favor, indique a frequência em que cada situação acontece, escrevendo o número que mais representa a sua resposta. Use a seguinte escala de classificação para fazer suas escolhas. Por exemplo, se você acreditasse que uma afirmação é “Sempre Verdadeira”, você escreveria “7” ao lado dessa afirmação.

Nunca verdadeira	Quase nunca verdadeira	Pouco verdadeira	Às vezes verdadeira	Frequentemente verdadeira	Quase sempre verdadeira	Sempre verdadeira
1	2	3	4	5	6	7

___ 1. Preocupar-me com o meu peso faz com que fique difícil viver uma vida que eu valorize.

Figura 4. Exemplo da versão brasileira do BI-AAQ

Mindfulness

Nesta seção, apresentaremos as escalas que se destinam a avaliar *mindfulness* (ver mais sobre o construto nos Capítulos 2 e 3 desta obra), assim como informações sobre a disponibilidade dessas medidas para uso no Brasil.

Medidas gerais

As medidas de *mindfulness* são utilizadas no contexto clínico e de pesquisa no âmbito de várias terapias comportamentais contextuais, não sendo restritamente aplicáveis à ACT. Dentre os principais instrumentos de *mindfulness*, temos a MAAS (*Mindful Attention Awareness Scale*; Brown & Ryan, 2003), o FMI (*Freiburg Mindfulness Inventory*; Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht & Schmidt, 2006), o KIMS (*Kentucky Inventory of Mindfulness Skills*; Baer, Smith & Allen, 2004), a CAMS-R (*Cognitive and Affective Mindfulness Scale - Revised*; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, Laurenceau, 2007), o MQ (*Mindfulness Questionnaire*; Chadwick, Hember, Mead, Lilley, & Dagnan, 2005), a PHLMS (*Philadelphia Mindfulness Scale*; Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, & Farrow, 2008) e o FFMQ (*Five Facets Mindfulness Questionnaire*; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006), os quais serão descritos a seguir.

MAAS

A **Escala de *Mindfulness*** (MAAS; Brown & Ryan, 2003) foi desenvolvida para avaliar *mindfulness* enquanto um atributo ou qualidade única e disposicional da consciência (tendência geral de estar atento e consciente às experiências do momento presente na vida diária). Segundo os autores, até a data em que a escala foi desenvolvida, havia poucos trabalhos que se destinavam a examinar esse atributo enquanto característica que ocorre naturalmente. Assim, ao mesmo tempo em que reconhecem que praticamente qualquer pessoa possui a capacidade de prestar atenção e de estar consciente, assumem que: (1) os indivíduos diferem na sua disponibilidade para estar consciente e manter a atenção ao que está ocorrendo no presente; e (2) esta capacidade varia entre as pessoas, uma vez que ela pode ser “afiada” ou “adormecida” em virtude de uma série de fatores. Assim, a MAAS se propõe a identificar variações intra e interpessoais em relação a estados de *mindfulness* com o passar do tempo. A escala se foca na presença ou ausência de atenção e consciência sobre o que ocorre

no momento, mais do que em atributos como aceitação, confiança, gratidão, empatia, etc. Os participantes devem indicar com que frequência eles experienciam cada situação descrita nos itens usando escala Likert de 6 pontos (1= quase sempre; 6= quase nunca), sendo que altos escores indicam maior *mindfulness*. A escala apresenta estrutura de um fator e é composta por 15 itens, tais como: “Eu poderia experimentar uma emoção e só tomar consciência dela algum tempo depois.” e “Eu tenho dificuldade de permanecer focado no que está acontecendo no presente.”. A consistência interna da medida foi muito satisfatória no estudo original: $\alpha = 0,82$ em amostra de estudantes universitários e $\alpha = 0,87$ em amostra de adultos provenientes da população geral (Brown & Ryan, 2003). Semelhantemente, a versão brasileira do instrumento encontrou consistência interna de $\alpha = 0,83$ (Barros, Kozasa, Souza, & Ronzani, 2014).

FMI

O **Inventário de *Mindfulness* de Freiburg** (FMI; Walach et al., 2006) visa avaliar a observação sem julgamento do que ocorre no momento presente e abertura às experiências negativas. O inventário possui uma versão longa e outra curta, de 30 e 14 itens, ambas com boa consistência interna ($\alpha = 0,93$ e $\alpha = 0,86$, respectivamente). Para cada item, o indivíduo deve assinalar a frequência que vivencia determinadas experiências (p. ex., “Eu estou aberto (a), disposto (a) pra viver as coisas que podem acontecer a cada instante.” e “Eu olho para dentro de mim mesmo (a) e presto atenção ao que está me levando a fazer determinada coisa.”), usando uma escala Likert de 4 pontos (1 = raramente; 4 = quase sempre – maiores escores indicam maior *mindfulness*). Apesar de o FMI poder ser usado como uma medida unidimensional através do escore total observado (Walach et al., 2006), estudos recentes utilizando análises estatísticas robustas demonstram que a estrutura de dois fatores (Presença e Aceitação) apresenta melhores propriedades psicométricas do que a estrutura de um fator (Sauer, Ziegler, Danay, Ives, & Kohls, 2013). A tradução e adaptação transcultural da versão breve para a realidade brasileira indicou que a versão final da medida apresenta

adequados níveis de clareza e equivalência ao instrumento original. Esse estudo contou com um comitê composto por 14 especialistas incluindo linguistas, budistas e profissionais da saúde. Na versão brasileira, foram incluídas explicações adicionais devido às dificuldades encontradas pelos brasileiros na compreensão dos conceitos, uma vez que o FMI é uma das primeiras medidas de autorrelato que avalia *mindfulness* com uma base teórica alicerçada na psicologia budista, que foi culturalmente adaptada para o português do Brasil (Hirayama, Milani, Rodrigues, Barros & Alexandre, 2014). O estudo brasileiro de validação da versão breve do FMI foi recentemente realizado, sendo que a versão final reteve 13 itens (exclusão do item 13 à semelhança de estudo anterior – Sauer et al., 2013), além de encontrar boa consistência interna, com coeficientes Alpha de Cronbach variando entre $\alpha = 0,87$ e $\alpha = 0,92$ (Hirayama, 2014).

KMIS

O **Inventário Kentucky de Habilidades de *Mindfulness*** (KIMS; Baer et al., 2004), é composto por 39 itens desenvolvidos para avaliar a tendência geral de estar *mindful* na vida diária, subdivididos em quatro dimensões/habilidades de *mindfulness*: observar, descrever, agir com consciência e aceitar sem julgar. Os participantes devem avaliar cada item em uma escala Likert de 5 pontos que varia de 1 (nunca ou muito raramente é verdade) a 5 (quase sempre ou sempre é verdade). O instrumento apresentou boa consistência interna em todas as subescalas: Observar: $\alpha = 0,91$; Descrever: $\alpha = 0,84$; Agir com consciência: $\alpha = 0,76$; e Aceitar sem julgamento: $\alpha = 0,87$ (Baer et al., 2004). A autora da medida recomenda o uso da FFMQ (apresentada abaixo), que foi desenvolvida a partir do KIMS (R. Baer, comunicação pessoal, March 17, 2015) e que já está disponível para uso no Brasil.

CAMS-R

A versão revisada da **Escala *Mindfulness* de Cognições e Afetos** (CAMS-R; Feldman et al., 2007) possui 12 itens criados para avaliar *mindfulness*

sob uma perspectiva e conceitualização mais amplas, utilizando linguagem simples a fim de permitir o uso da medida em diferentes amostras. A CAMS-R possui uma versão longa com 18 itens (CAMS), que se trata da versão inicial do instrumento. Contudo, a versão inicial foi primeiramente testada em amostra pequena de pacientes deprimidos em tratamento (Hayes, Beevers, Feldman, Laurenceau, & Perlman, 2005), sendo que a estrutura fatorial da medida não foi avaliada nessa amostra. Ademais, a CAMS revelou problemas psicométricos, como consistência interna baixa e estrutura fatorial não consistente em diferentes amostras, de forma que a CAMS-R (*CAMS-Revised*) foi desenvolvida com o objetivo de preencher essa lacuna (Feldman et al., 2007). A escala foi refinada a partir de um conjunto inicial de 35 itens (18 da versão inicial e outros 17 desenvolvidos por um grupo de pesquisadores com experiência em *mindfulness*, regulação emocional e desenvolvimento de questionários), dos quais 12 foram retidos. A CAMS-R apresenta boa consistência interna em amostras independentes (com $\alpha \geq 0,74$) e contempla a avaliação de quatro componentes de *mindfulness*: atenção (habilidade para regular a atenção), foco no presente (orientação para o presente ou experiência imediata), consciência (consciência da experiência) e aceitação (atitude de aceitação sem julgamento da experiência). Os autores deste capítulo não possuem conhecimento de traduções, adaptações e/ou validações brasileiras dessa medida.

MQ

O **Questionário de *Mindfulness*** (MQ; Chadwick et al., 2005) é formado por 16 itens que avaliam o quanto a pessoa lida com pensamentos e imagens desconfortáveis de uma forma *mindful*. Todos os itens começam com “Geralmente, quando eu experiencio pensamentos ou imagens desconfortáveis...” e terminam com uma maneira *mindful* de lidar com isso (p. ex., “Eu sou capaz de aceitar a experiência.”). Os itens devem ser respondidos usando uma escala Likert de 7 pontos (de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”). O instrumento possui estrutura de um fator e boa consistência interna ($\alpha = 0,89$). Os

autores deste capítulo não possuem conhecimento de traduções, adaptações e/ou validações brasileiras dessa medida.

PHLMS

A **Escala Filadélfia de *Mindfulness*** (PHLMS; Cardaciotto et al., 2008) foi desenvolvida com o intuito de avaliar duas dimensões distintas e centrais de *mindfulness*: consciência (componente comportamental de *mindfulness*, isto é, consciência do presente momento, caracterizada como uma monitorização contínua da experiência, focando-se no que está acontecendo ao invés de se preocupar com eventos passados ou futuros) e aceitação (de que forma o comportamento – consciência do presente momento – é emitido, isto é, com uma atitude de abertura e aceitação sem julgamentos e/ou tentativas de mudar, evitar ou escapar das experiências internas). Os autores da escala conceitualizam *mindfulness* como a tendência de estar consciente de suas próprias experiências internas e externas ao mesmo tempo em que há uma aceitação sem julgamentos dessas experiências. A versão final da PHLMS possui 20 itens com estrutura de dois fatores (10 itens em cada subescala, sendo que os itens do fator *aceitação* são inversamente cotados) e boa consistência interna, sendo $\alpha = 0,85$ para Aceitação e $\alpha = 0,81$ para Consciência. A escala contém itens como: “Há aspectos referentes a mim sobre os quais eu não quero pensar.” e “Eu estou ciente sobre quais pensamentos estão passando em minha mente.”, sendo que os participantes devem assinalar com que frequência experienciaram cada situação descrita na última semana, usando uma escala Likert de 5 pontos (0 = nunca; 4 = muito frequentemente). Os valores de Alpha de Cronbach obtidos no estudo brasileiro foram semelhantes aos valores observados no estudo original ($\alpha = 0,86$ para Aceitação e $\alpha = 0,82$ para Consciência; Silveira, Castro, & Gomes, 2012).

FFMQ

O **Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness*** (FFMQ; Baer et al, 2006) foi desenvolvido a partir de outras medidas de *mindfulness* até então

existentes (MAAS, FMI, KIMS, CAMS e MQ). Os participantes do estudo responderam a todos os instrumentos, sendo o conjunto total de itens das escalas submetido a análises fatoriais. Como resultado, os autores encontraram dados que suportam a conceitualização de *mindfulness* como um construto multifacetado e desenvolveram a FFMQ, apresentando-a como uma alternativa à KIMS para a avaliação multidimensional de *mindfulness* (a FFMQ avalia as quatro facetas mensuradas pela KIMS e acrescenta mais uma: a faceta de *não reatividade*). A FFMQ possui 39 itens, subdivididos em cinco fatores, todos com adequada consistência interna: Observar/ $\alpha= 0,83$ (refere-se a observar, notar e/ou prestar atenção aos estímulos, incluindo experiências internas como sensações corporais, emoções e cognições e experiências externas como sons e cheiros), Descrever/ $\alpha= 0,91$ (descrever ou rotular os fenômenos observados através da atribuição de palavras), Agir com consciência/ $\alpha= 0,87$ (engajar-se nas próprias atividades com atenção ou consciência, ou focar conscientemente uma coisa de cada vez; o contrário do piloto automático), Não julgamento das experiências internas/ $\alpha= 0,87$ (permitir, aceitar e ter uma postura não crítica ou avaliativa acerca da experiência do momento presente) e Não reatividade/ $\alpha= 0,75$ (postura de aceitação das experiências sem reações impulsivas a elas, como permitir que pensamentos e sentimentos ocorram sem ficar “preso” ou se deixar “levar” por tais experiências). Os participantes devem responder a cada item utilizando uma escala Likert de 5 pontos que varia de 1 (nunca ou muito raramente é verdade) a 5 (quase sempre ou sempre é verdade) (Baer et al, 2006). A FFMQ já está validada no Brasil e mostrou boa consistência interna geral ($\alpha= 0,81$) (Barros, Kozasa, Souza & Ronzani, 2014b).

Medida específica

O *comer mindful*, da expressão inglesa *mindful eating*, refere-se a uma consciência não julgadora de sensações físicas e emocionais experienciadas em contextos relacionados à comida ou vivenciadas enquanto comemos (Framson et

al., 2009), podendo ser avaliado através do *Mindful Eating Questionnaire* (MEQ; Framson et al., 2009), descrito a seguir.

MEQ

Os autores do **Questionário de Comer *Mindful*** (MEQ) teorizam que as habilidades de comer *mindful* são úteis para reconhecer e responder à saciedade ou a estímulos inapropriados para comer (como publicidade, aborrecimento ou ansiedade). A lista de potenciais construtos a serem avaliados pela escala foi criada a partir da literatura científica (incluindo medidas já desenvolvidas) na área de *mindfulness* e comportamento alimentar. Os construtos de Desinibição (continuar comendo, mesmo depois de estar satisfeito), Estímulos externos (comer em resposta a estímulos ambientais) e Comer emocional (comer em resposta a estados emocionais) foram baseados em três medidas já conhecidas na área do comportamento alimentar: *Three Eating Factor Questionnaire* (Stunkard, & Messick, 1985), *Dutch Eating Behavior Questionnaire* (van Strien, Frijters, Bergers, & Defares, 1986) e *Emotional Eating Scale*¹⁹ (Arnou, Kenardy, & Agras, 1995). Após estudo da MAAS, FMI, KIMS, CAMS, MQ e do FFMQ (escalas já descritas neste capítulo), os construtos Observar e Consciência (ver descrições acima, nas medidas gerais de *mindfulness*) foram utilizados pelos pesquisadores como embasamento para criação das dimensões de Consciência Organoléptica (que ficou denominada apenas como “Consciência” e que se refere a estar atento e apreciar a comida e seus efeitos nos sentidos) e Distração (estar atento ou focar-se em outras coisas enquanto come).

Assim, foi gerado um total de 40 itens e, após análise psicométrica, a versão final do MEQ ficou com 28 itens, subdivididos em cinco subescalas: (1) Desinibição (oito itens; $\alpha = 0,83$): p. ex. “Independentemente do tamanho da minha fome, se não for muito mais caro, eu peço a opção com maior quantidade de comida/bebida”; (2) Consciência (sete itens; $\alpha = 0,74$): p. ex. “Eu noto a presença de sabores quase imperceptíveis nos alimentos que como”; (3) Estímulos externos

¹⁹ Os autores deste capítulo são responsáveis pela validação brasileira dessa medida e poderão ser contatados pelos leitores em caso de interesse em utilizar a escala.

(seis itens; $\alpha = 0,70$): p. ex. “Eu percebo quando propagandas de alimentos me deixam com vontade de comer”; (4) Respostas emocionais (quatro itens; $\alpha = 0,71$): p. ex. “Quando estou triste, como para me sentir melhor”; e (5) Distração (três itens; $\alpha = 0,64$): p. ex. “Eu penso em outras coisas enquanto estou comendo”.

Os respondentes são instruídos a assinalar a frequência em que ocorre cada situação descrita nos itens usando uma escala Likert de 4 pontos (de “nunca/quase nunca” a “quase sempre/sempre”), sendo que quatro itens possuem uma opção que indica que aquela situação não se aplica. Os escores de cada subescala são computados pelas médias dos itens²⁰, não contabilizando aqueles itens em que a opção não aplicável foi assinalada (as médias das subescalas podem variar de 1 a 4, sendo que o escore total é computado pela média das cinco subescalas; maiores escores indicam maior comer *mindful*). A versão brasileira do MEQ está traduzida e adaptada transculturalmente (ver Figura 5) para uso no Brasil.

MEQ
(Framson et al., 2009)
(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Oliveira, & Pinto-Gouveia, 2014)

Instruções: Por favor, leia os itens abaixo e assinale a frequência em que cada situação descrita acontece com você, de acordo com a escala de respostas abaixo:

Questão	Nunca/ quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre/ sempre
1. Eu como de forma tão rápida que não aprecio o sabor do que estou comendo.				

Figura 5. Exemplo da versão brasileira do MEQ

²⁰ A escala possui itens específicos que devem ser invertidos antes de calcular as médias das subescalas. Maiores informações acerca do cômputo dos escores podem ser vistas em <http://sharedresources.fhcr.org/sites/default/files/MindfulEatingQSample.pdf>.

Fusão

Conforme já abordado nesta obra, segundo a ACT, a *fusão* é entendida como um processo transdiagnóstico que exerce papel central na compreensão da psicopatologia (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012), visto que contribui para a *inflexibilidade psicológica* (ver mais sobre fusão cognitiva e inflexibilidade psicológica nos Capítulos 7 e 8 deste livro). Esta seção apresentará medidas de fusão e de desfusão gerais e especificamente elaboradas para a utilização em contextos e/ou problemáticas específicos.

Desfusão

A **Escala de Desfusão de Drexel** (*Drexel Defusion Scale* - DDS; Forman et al., 2012) se destina a avaliar a desfusão, isto é, a habilidade de atingir uma distância psicológica das experiências internas (como pensamentos, sentimentos e memórias) de forma que os pacientes consigam ver seus pensamentos como “apenas pensamentos”, mudando a maneira como se relacionam com suas experiências subjetivas. A DDS possui 10 itens, estrutura de um fator e apresenta consistência interna muito boa ($\alpha = 0,83$). Os participantes devem ler a definição de desfusão, assim como as instruções da escala e, em seguida, assinalar o grau em que normalmente conseguem se desfusão ao experienciar determinados pensamentos ou sensações físicas apresentados e exemplificados em cada item. As respostas são em formato de escala Likert de 6 pontos (0 = nada; 5 = muito). Os autores deste capítulo não possuem conhecimento de traduções, adaptações e/ou validações brasileiras dessa medida.

Fusão cognitiva

Até recentemente não existia uma medida que se destinasse a avaliar a fusão cognitiva genericamente, isto é, visando apreender a totalidade desse processo psicológico. Assim, estudos realizados na área que objetivaram explorar a fusão cognitiva utilizaram medidas proximais (que acessam construtos semelhantes e/ou relacionados) como, por exemplo, o *Experience Questionnaire*

(EQ – descrito neste capítulo). Assim, levando em consideração a necessidade de uma medida que fornecesse um escore geral de fusão cognitiva, foi desenvolvido o *Cognitive Fusion Questionnaire* (CFQ; Gillanders et al., 2014), que será descrito a seguir.

Medida geral: CFQ

O **Questionário de Fusão Cognitiva** (CFQ; Gillanders et al., 2014) foi desenvolvido com o intuito de apreender a fusão cognitiva enquanto um processo geral, sem ser direcionado a contextos ou problemáticas específicos. Inicialmente, a escala possuía 42 itens que foram sendo progressivamente refinados, de maneira que foram criadas as versões com 28 e com 13 itens para, só então, ser desenvolvida a versão final com sete itens. O CFQ-7 se destina a avaliar a fusão cognitiva, isto é, o grau em que uma pessoa tende a ficar presa em suas experiências internas (p. ex., pensamentos e memórias). Os respondentes devem assinalar o grau de concordância com cada uma das afirmações (p. ex., “Meus pensamentos me causam angústia ou sofrimento emocional.”) usando uma escala Likert de 7 pontos (1 = nunca verdadeira; 7 = sempre verdadeira). O escore total é calculado através do somatório dos itens e quanto maior o escore, maior a fusão cognitiva. A validação original encontrou consistência interna excelente (Alpha de Cronbach variou de $\alpha = 0,88$ a $\alpha = 0,93$). (Gillanders, et al., 2014). O instrumento passou pelos procedimentos de tradução, adaptação transcultural e validade de conteúdo para a realidade brasileira (ver Figura 6 para exemplo ilustrativo) e, após análise das propriedades psicométricas, foi confirmada a estrutura de um fator em três amostras distintas (estudantes universitárias, participantes provenientes da população geral e amostra clínica de participantes com sobrepeso/obesidade em tratamento atual para perda de peso), com Alpha de Cronbach geral de $\alpha = 0,93$ (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, Zancan, Souza, Barth, & Oliveira, 2015).

CFQ-7

(Gillanders, et al., 2014)

(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Oliveira, & Pinto-Gouveia, 2014)

Instruções:

Abaixo você irá encontrar uma lista de afirmações. Por favor, classifique a frequência com que cada afirmação é verdadeira para você, indicando o número correspondente. Use a escala abaixo para fazer sua escolha.

Nunca verdadeira	Quase nunca verdadeira	Poucas vezes verdadeira	Às vezes verdadeira	Muitas vezes verdadeira	Quase sempre verdadeira	Sempre verdadeira					
1	2	3	4	5	6	7					
1. Meus pensamentos me causam angústia ou sofrimento emocional					1	2	3	4	5	6	7

Figura 6. Exemplo da versão brasileira do CFQ-7

Medida proximal: EQ

A decentração é conceitualizada como a habilidade de observar os próprios pensamentos e sentimentos como eventos temporários (i.e., capacidade de ter uma visão distanciada). Tal capacidade é focada no presente e envolve uma atitude não julgadora e a aceitação de pensamentos e sentimentos. De fato, a decentração é um construto que teve alguma importância na tradição cognitivo-comportamental, sendo teorizada como importante mecanismo de mudança na Terapia Cognitiva, uma vez que ao fornecer a oportunidade de experiencialmente desconfirmar crenças disfuncionais, ou ao identificar de que forma suas crenças influenciam suas interações com outras pessoas, os pacientes começam a reconhecer como eles moldam de forma ativa as suas próprias realidades e, em última instância, a reconhecer que seus pensamentos e sentimentos não refletem necessariamente a realidade objetiva. Assim, ainda que ajudar os pacientes a aprender como se decentrar seja um objetivo principal das abordagens baseadas em *mindfulness* e aceitação, a decentração pode também ocorrer em resposta à Terapia Cognitiva bem sucedida (Safran & Segal, 1990; Fresco et al., 2007).

O **Questionário de Decentração (EQ;** Fresco et al., 2007) é utilizado para avaliar a decentração ou a *desidentificação* com o conteúdo de pensamentos negativos. Inicialmente a escala possuía 20 itens que, após análise psicométrica,

foram refinados gerando a versão unifatorial de 11 itens (e.g. “Eu percebo que considero as dificuldades como coisas que não acontecem só comigo”). Os participantes são solicitados a assinalar a frequência em que experienciam as situações descritas nos itens utilizando uma escala Likert de 5 pontos (variando de “nunca” a “sempre”). A validação original da medida encontrou consistência interna muito boa (Alpha de Cronbach variando de $\alpha = 0,83$ a $\alpha = 0,90$ em amostras clínicas e não clínicas). Os autores do presente capítulo são responsáveis pela validação brasileira da medida (ver Figura 7 para exemplo ilustrativo), a qual já passou pela fase de tradução, adaptação transcultural e validade de conteúdo.

EQ

(Fresco et al., 2007)

(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Oliveira, & Pinto-Gouveia, 2014)

Instruções: Escolha uma das respostas da escala abaixo, para indicar a frequência com que você tem tido experiências semelhantes às descritas em cada item. Por favor, considere suas experiências recentes ao indicar sua resposta.

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1. Eu me aceito como sou.					

Figura 7. Exemplo da versão brasileira do EQ

Medidas específicas

Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire: BAFT

O **Questionário de Acreditabilidade em Pensamentos e Sentimentos Ansiosos** (Herzberg et al., 2012) foi desenvolvido para avaliar a tendência de se fundir com pensamentos e sentimentos ansiosos. Um conjunto inicial de 23 itens foi criado juntamente com dois experts internacionais em ACT e transtornos ansiosos. Após análises psicométricas, a versão final ficou com 16 itens, subdivididos em 3 fatores: (1) Preocupações somáticas: tendência de se

fundir e ficar enredado em preocupações de natureza mais física. P. ex., “Sensações corporais incomuns são assustadoras, e eu necessito fazer algo para reduzir ou me livrar disso, para que eu possa ser capaz de fazer qualquer outra coisa”; (2) Regulação emocional: tendência de se fundir e ficar preso em uma luta excessiva com o controle das emoções. P. ex., “Eu tenho que fazer algo com a minha ansiedade ou medo quando essas emoções aparecem”; e (3) Avaliação negativa: tendência de se fundir com avaliações negativas de sentimentos e pensamentos ansiosos. P. ex., “Meus pensamentos e sentimentos ansiosos são um problema”. Os participantes devem indicar o quanto eles acreditam nas afirmações contidas em cada um dos itens usando uma escala Likert de 7 pontos (1 = nada acreditável; 7 = completamente acreditável). A escala original apresentou excelente consistência interna geral (variando entre $\alpha = 0,90$ e $\alpha = 0,91$, em diferentes amostras). Os autores deste capítulo não obtiveram resposta dos autores da medida após correspondência eletrônica enviada para fins de consulta acerca da existência de tradução ou validação brasileira do questionário.

Automatic Thoughts Questionnaire - Believability: ATQ-B

O Questionário de Pensamentos Automáticos – Acreditabilidade (Zettle & Hayes, 1986) – é uma revisão do ATQ (*Automatic Thoughts Questionnaire*; Hollon & Kendall, 1980). O ATQ é a medida mais utilizada em estudos sobre depressão que examinam o impacto da Terapia Cognitiva. Ele avalia a frequência em que determinados pensamentos depressivos ocorrem. O ATQ-B possui 30 itens, e tem sido utilizado pela comunidade ACT como uma medida proximal de desfusão, contendo duas subescalas, a *ATQ-Frequency* e a *ATQ-Believability* (avalia o grau em que os pacientes acreditam em cada pensamento, ou o grau em que estão fusionados com eles). No Brasil, segundo informações de um dos autores, o ATQ-B não foi validado ou utilizado até o momento (R. D. Zettle, comunicação pessoal, March 19, 2015).

Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image: CFQ-BI

O **Questionário de Fusão Cognitiva relacionada à Imagem Corporal** (Ferreira, Trindade, Duarte, & Pinto-Gouveia, 2014) mede o grau em que os indivíduos se tornam fundidos com suas cognições relativas à própria imagem corporal. O CFQ-BI originalmente tinha um *pool* de 32 itens, sendo 28 itens desenvolvidos a partir da versão de 28 itens do CFQ (Gillanders et al., 2010), os quais foram adaptados para avaliar especificamente a fusão com pensamentos relacionados à imagem corporal. Os quatro itens adicionais foram criados com base na experiência clínica de pesquisadores da área do comportamento alimentar. A versão final da medida possui 10 itens e Alpha de Cronbach de $\alpha = 0,96$. O instrumento contém itens como “Os pensamentos relacionados à imagem que tenho do meu corpo me deixam desconfortável e/ou me causam sofrimento emocional.” e “Fico distraído do que estou fazendo por causa dos pensamentos sobre a imagem que tenho do meu corpo.”, sendo que os participantes devem avaliar a veracidade das declarações em uma escala Likert de 7 pontos (1 = nunca verdadeira; 7 = sempre verdadeira). No Brasil, o instrumento passou pelos procedimentos de tradução, adaptação transcultural e validade de conteúdo (ver Figura 8). As análises psicométricas no Brasil revelaram excelente consistência interna ($\alpha = 0,95$), e confirmaram a estrutura de um fator simultaneamente em duas amostras: (1) amostra proveniente da população geral; e (2) amostra clínica de participantes com sobrepeso e/ou obesidade em tratamento para perda de peso (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015).

CFQ-BI

(Ferreira, Trindade, Duarte, & Pinto Gouveia, 2014)

(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2014)

Instruções: Abaixo você encontrará uma lista de afirmações. Por favor, classifique o quanto cada afirmação é verdadeira para você, circulando o número correspondente à resposta que mais se aplica. Responda usando a seguinte escala:

Nunca verdadeira	Muito raramente verdadeira	Raramente verdadeira	Às vezes verdadeira	Frequentemente verdadeira	Quase sempre verdadeira	Sempre verdadeira					
1	2	3	4	5	6	7					
1. Os pensamentos relacionados à imagem que tenho do meu corpo me deixam desconfortável e/ou me causam sofrimento emocional.											
					1	2	3	4	5	6	7

Figura 8. Exemplo da versão brasileira do CFQ-BI

Valores de vida e ação comprometida

Valores são experienciados subjetivamente como princípios livremente escolhidos para guiar os comportamentos e não devem ser confundidos com as expectativas ou princípios encorajados por outras pessoas ou pela cultura na qual o indivíduo está inserido – não significa que os valores escolhidos não possam estar de acordo com o que é valorizado no contexto em que se está inserido, mas não devem ser “escolhidos” simplesmente com o objetivo de evitar punições sociais ou avaliações negativas (Hayes et al., 2012). Segundo Hayes, Strosahl e Wilson (2012), todas as técnicas da ACT estão eventualmente subordinadas a ajudar os pacientes a viver de acordo com seus valores de vida (maiores informações no Capítulo 7 deste livro). Assim, medidas validadas que se destinem a avaliar os valores de vida são de extrema importância para a mensuração de mudanças após intervenções ACT (Smout, Davies, Burns, & Christie, 2014). Nesta seção, apresentaremos algumas escalas destinadas a avaliar os valores de vida e a ação comprometida com esses valores.

Valued Living Questionnaire: VLQ

O **Questionário de Valores de Vida** (Wilson, Sandoz, & Kitchens, 2010) é composto por 20 itens subdivididos em duas partes (contendo 10 itens cada, sendo que cada item avalia um domínio de vida). A primeira parte (subescala *importância*) se destina a avaliar o grau de importância que cada indivíduo atribui a diferentes domínios de vida (como relações familiares, trabalho/atividade laboral e espiritualidade/religião), em que cada item deve ser respondido com base em uma escala Likert de 10 pontos (0 = nada importante; 10 = extremamente importante). A segunda parte (subescala *consistência*) visa mensurar o quanto as ações da semana anterior foram condizentes com cada um dos domínios, em que cada item também deve ser respondido com base em uma escala Likert de 10 pontos (0 = nada consistentes com meus valores; 10 = completamente consistentes com meus valores). Os autores recomendam multiplicar a pontuação da subescala Importância pela pontuação da subescala Consistência para cada domínio e, em seguida, fazer o somatório desses produtos, de forma a calcular os escores obtidos pelos participantes em cada área. O estudo original verificou que o instrumento apresenta índices de consistência interna satisfatórios (Alpha de Cronbach de $\alpha = 0,77$ e $\alpha = 0,75$ para as subescalas de Importância e Consistência, respectivamente). No Brasil, o instrumento está traduzido, adaptado e apresentou boa validade de conteúdo (ver Figuras 9 e 10).

VLQ

(Wilson, Sandoz, & Kitchens, 2010)

(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Oliveira, & Pinto-Gouveia, 2014)

Instruções: Abaixo estão listadas áreas da vida que são valorizadas por algumas pessoas. **Por favor, avalie a importância que você dá a cada uma dessas áreas para a sua vida (circulando um número), numa escala de 1 a 10.** Por exemplo, 1 significa que a área é nada importante e 10 que ela é extremamente importante para a sua vida. Nem todas as pessoas irão valorizá-las ou avaliá-las da mesma forma. **Solicitamos que pense na importância que você atribui a cada uma delas para a sua vida, independentemente de sua situação atual. Por exemplo, você pode atualmente não estar trabalhando ou não ser pai ou mãe, mas valorizar o trabalho ou desejar ser pai ou mãe durante a sua vida:**

Áreas	Importância de cada área para a sua vida									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Relações familiares (não contando as relações com o cônjuge/companheiro ou com os filhos)										

Figura 9. Exemplo da Parte 1 da versão brasileira do VLQ

Considerando a última semana, avalie o quanto suas ações estiveram de acordo com a importância que você atribui a cada uma das áreas abaixo. Todas as pessoas são melhores em algumas áreas do que em outras e também são melhores em alguns momentos do que em outros. Classifique cada área (circulando um número) em uma escala de 1 a 10, sendo que 1 significa que suas ações não estiveram de acordo com a importância daquela área para a sua vida e 10 que suas ações foram completamente de acordo com a importância que você atribui àquela respectiva área.

Áreas	Grau de concordância de suas ações da última semana com a importância de cada área para a sua vida									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Relações familiares (não contando as relações com o cônjuge/companheiro ou com os filhos)										

Figura 10. Exemplo da Parte 2 da versão brasileira do VLQ

Valuing Questionnaire: VQ

As medidas de valores existentes até a data em que o **Questionário dos Valores** (Smout et al., 2014) foi criado discriminavam domínios específicos de vida, sendo que uma desvantagem dessa abordagem é que ela encoraja que os domínios sejam avaliados fora do contexto dos demais. Assim, visando preencher

essa lacuna, o VQ foi recentemente desenvolvido com os seguintes objetivos: ser uma medida breve o suficiente para que terapeutas possam avaliar o progresso de seus pacientes semanalmente; mensurar os valores de vida sem especificar domínios específicos; ser fácil de responder mesmo sem ter sido previamente exposto a qualquer tipo de informações sobre a ACT; avaliar os valores de vida segundo a definição da ACT. Inicialmente, foi elaborado um conjunto de 70 itens que, após análises fatoriais, foram refinados, resultando em uma versão final de 10 itens com estrutura de dois fatores: Progresso (na vida valorizada; $\alpha = 0,87$): por exemplo, “Eu fiquei orgulhoso com a maneira que vivi a minha vida.”; e Obstrução (à vida valorizada; $\alpha = 0,87$): por exemplo, “Eu gastei muito tempo pensando sobre o passado ou o futuro ao invés de me comprometer com atividades que realmente importavam para mim.”. Os participantes são instruídos a ler cada afirmativa e a circular o quanto cada situação foi verdadeira durante a última semana, incluindo o dia atual, usando uma escala Likert de 7 pontos (0 = nada verdadeiro; 6 = completamente verdadeiro). Os autores deste capítulo não obtiveram resposta dos autores dessa medida após correspondência eletrônica enviada para fins de consulta acerca da existência de tradução ou validação brasileira do questionário.

Engaged Living Scale: ELS

A **Escala de Vida Comprometida** (Trompetter et al., 2013) foi desenvolvida com o objetivo de avaliar o processo de vida comprometida. Inicialmente, foi criado um conjunto de 26 itens que, após análises fatoriais, foram refinados, resultando em uma versão final de 16 itens. A ELS possui dois fatores: (1) Vida Valorizada (10 itens, $\alpha = 0,86$): avalia o reconhecimento de valores pessoais e a ação comportamental congruente com esses valores (p. ex., “Eu tenho valores que dão mais significado à minha vida.”); e (2) Plenitude (seis itens, $\alpha = 0,86$): diz respeito ao senso de realização/plenitude com a vida enquanto uma consequência de viver de acordo com seus valores pessoais (p. ex., “Eu sinto que estou vivendo uma vida plena.”). É solicitado aos participantes que assinalem

o seu grau de concordância com as afirmações expressas em cada item usando uma escala Likert de 5 pontos (de “discordo completamente” a “concordo completamente”). A consistência interna total da escala no estudo original foi de $\alpha = 0,90$. Os autores deste capítulo não possuem conhecimento da existência de traduções, adaptações e/ou validações brasileiras dessa medida. Contudo, a versão em português europeu foi recentemente validada (Trindade, Ferreira, Pinto-Gouveia & Nooren, 2015).

Committed Action Questionnaire: CAQ

O **Questionário de Ação Comprometida** (McCracken, 2013) avalia a ação comprometida enquanto uma ação conectada com objetivos e valores. Essa ação deve ser persistente e capaz de mudar, sensível ao que as situações oferecem ou não, capaz de ver a dor, o desconforto, as falhas e outras experiências como parte do processo de comprometimento e de parar quando a situação é inconsistente com o alcance dos objetivos. Inicialmente, um conjunto de 24 itens foi criado com base nas definições de ação comprometida no modelo de flexibilidade psicológica. Após análises psicométricas, a medida foi refinada, e a versão final foi composta por 18 itens, apresentando excelente consistência interna ($\alpha = 0,91$). A CAQ possui estrutura de dois fatores com nove itens em cada, sendo que o primeiro fator inclui itens formulados no sentido positivo (p. ex., “Eu sou capaz de persistir em um plano de ação mesmo após passar por dificuldades.”), enquanto o segundo fator é composto por outros nove itens formulados no sentido negativo (p. ex., “Eu me comporto de forma impulsiva quando me sinto sob pressão.”). Os participantes são convidados a classificar a frequência em que cada situação se aplica utilizando uma escala Likert de 7 pontos (0 = nunca verdadeira; 6 = sempre verdadeira). Os autores deste capítulo não possuem conhecimento da existência de traduções, adaptações e/ou validações brasileiras dessa medida.

Eu contextual

Como visto em capítulos anteriores (ver Capítulos 7 e 8), a ACT possui seis processos psicológicos centrais, sendo um deles o *eu-contextual*. Contudo, até pouco tempo atrás, medidas que se destinassem a avaliar esse processo eram inexistentes. Esta seção pretende fornecer algumas informações disponíveis sobre o desenvolvimento de medidas para a avaliação desse processo.

Self-as-Context Scale: SACS

A **Escala do Eu-Contextual** (Gird & Zettle, 2013) é uma medida recentemente desenvolvida para avaliar o *self-as-context*. Foram elaborados 11 itens a partir da opinião de especialistas familiarizados com o modelo, os quais passaram por análises psicométricas. Como resultado, todos os itens foram retidos, compondo a versão final da escala, a qual possui dois fatores: *Transcending* (a capacidade de acessar uma perspectiva contínua através da qual a experiência pode ser observada) e *Centering* (capacidade de encontrar estabilidade frente à instabilidade/agitação emocional). A versão de 11 itens possui boa consistência interna ($\alpha = 0,84$). Além disso, uma versão mais breve com sete itens foi desenvolvida através de análises fatoriais subsequentes, a qual também revelou boa consistência interna ($\alpha = 0,83$). Os autores deste capítulo não possuem conhecimento da existência de traduções, adaptações e/ou validações brasileiras dessa medida.

Reno Inventory of Self-Perspective: RISP

O **Reno Inventory of Self-Perspective** (Jeffcoat, Hayes & Szabo, 2015/July) foi apresentado em julho de 2015 na 13ª conferência mundial da ACBS (*Association for Contextual Behavioral Science*) como uma medida desenvolvida para avaliar a habilidade de tomada de perspectiva (do inglês *perspective taking*), denominada *eu-contextual*. Ainda há pouca informação disponível sobre a medida, mas sabe-se que a coleta de dados envolveu duas amostras (com mais de 600 participantes em cada).

Considerações finais

Este capítulo apresentou os principais instrumentos existentes para avaliação dos seis processos principais da ACT, assim como informações atualizadas sobre a existência de traduções, adaptações e/ou estudos de propriedades psicométricas dessas medidas no Brasil. Em complemento, quando as medidas em questão foram traduzidas, adaptadas e/ou validadas pelos autores deste capítulo, foram fornecidos exemplos ilustrativos das instruções, opções de resposta e um dos itens das versões brasileiras. Não foi objetivo deste capítulo apresentar todas as medidas disponíveis, mas sim fornecer ao leitor uma introdução aos principais instrumentos existentes. Espera-se que este material possa estimular o uso das medidas já disponíveis, seja no contexto clínico, seja em estudos científicos que visem expandir o conhecimento científico na área. Ademais, espera-se que o presente capítulo sirva como estímulo para que pesquisadores e acadêmicos realizem estudos de tradução, adaptação e validação psicométrica de medidas aqui apresentadas, mas que no momento não se encontram disponíveis para uso na realidade brasileira.

Referências

- Anderson, R., Black, W. C., Hair, J. F., & Tatham, R. L. (2009). *Análise Multivariada de Dados*. Porto Alegre, RS: Bookman.
- Arnou, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1995). The Emotional Eating Scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal Eating Disorder*, 18(1), 79-90.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. doi: 10.1177/1073191105283504
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assesment*, 11(3), 191-206. doi: 10.1177/1073191104268029
- Barbosa, L. M. (2013). *Terapia de Aceitação e Compromisso e Validação do Acceptance and Action Questionnaire II: Contribuições para Avaliação de Processo em Psicoterapia* (master's thesis). Universidade de Brasília,

Brasília, Brasil. Retrieved from:
<http://repositorio.unb.br/handle/10482/15425>

- Barros, V. V., Kozasa, E. H., Souza, I. C. W., & Ronzani, T. M. (2014). Validity evidence of the Brazilian version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Psicologia Reflexão e Crítica*, 28(1), 87-95. doi: 10.1590/1678-7153.201528110
- Barros, V. V., Kozasa, E. H., Souza, I. C. W., & Ronzani, T. M. (2014b). Validity evidence of the Brazilian version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(3), 317-327. doi: 10.1590/S0102-37722014000300009
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007
- Bond, F. W., Lloyd, J., & Guenole, N. (2012) The work-related Acceptance and Action Questionnaire (WAAQ): Initial psychometric findings and their implications for measuring psychological flexibility in specific contexts. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 86(3), 331-347. doi: 10.1111/joop.12001
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A. & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para adaptação de instrumentos. In: L. Pasquali (Org.). *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 506-520). Porto Alegre, Artmed.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15(2), 204-223. doi: 10.1177/1073191107311467
- Chadwick, P., Hember, M., Mead, S., Lilley, B., & Dagnan, D. (2005). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Mindfulness Questionnaire. Unpublished manuscript, University of Southampton Royal South Hants Hospital, UK.
- Cheron, D. M., Ehrenreich, J. T., & Pincus, D. B. (2009). Assessment of parental experiential avoidance in a clinical sample of children with anxiety

- disorders. *Child Psychiatry Human Development*, 40(3), 383-403. doi: 10.1007/s10578-009-0135-z
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotional regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale –Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and behavioral Assessment*, 29(3), 177-190. doi: 10.1007/s10862-006-9035-8
- Ferreira, C., Trindade, I. A., Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2014). Getting entangled with body image: Development and validation of a new measure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(3), 304-316. doi: 10.1111/papt.12047.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Jurascio, A. S., Yeomans, P. D., Zebell, J. A., Goetter, E. M. & Moitra, E. (2012). The Drexel Defusion Scale: A new measure of experiential distancing. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 55-65. doi: 10.1016/j.jcbs.2012.09.001
- Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S., & Benitez, D. (2009). Development and validation of the Mindful Eating Questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1439-1444. doi: 10.1016/j.jada.2009.05.006
- Fresco, D. M., Moore, M. T., Van Dulmen, M. H., Segal, Z. V., Ma, S. H., Teasdale, J.D., & Williams, J. M. (2007). Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: Validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy*, 38(3), 234-246. doi: 10.1016/j.beth.2006.08.003
- Gifford E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M., Rasmussen-Hall, M. L., ...Palm, K. M. (2004). Acceptance theory-based treatment for smoking cessation: An initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, 35, 689-706.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W, Dempster, M., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., ... Deans, G. (2010). The Cognitive Fusion Questionnaire: Further developments in measuring cognitive fusion. Conference presentation at the Association for Contextual Behavioral Science World Congress VIII, Reno, NV, Retrieved from <http://contextualpsychology.org/node/4249>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ...Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. doi: 10.1016/j.beth.2013.09.001

- Gird, S. R., & Zettle, R.D. (2013). Developing a quantitative measure of self-as-context. *Proceedings*, 9, 47-48. Retrieved from https://soar.wichita.edu/bitstream/handle/10057/6746/GRASP_2013_47-48.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychological*, 75(2), 336-343. doi: 10.1037/0022-006X.75.2.336
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, A. M., Beevers, C., Feldman, G., Laurenceau, J. P., & Perlman, C. A. (2005). Avoidance and emotional processing as predictors of symptom change and positive growth in an integrative therapy for depression. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 111-122. doi: 10.1207/s15327558ijbm1202_9
- Herzberg, K. N., Sheppard, S. C., Forsyth, J.P., Credé, M., Earleywine, M., & Eifert, G. H. (2012). The Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT): A psychometric evaluation of cognitive fusion in a nonclinical and highly anxious community sample. *Psychological Assessment*, 24(4), 877-891. doi: 10.1037/a0027782
- Hirayama, M. S., Milani, D., Rodrigues, R. C. M., Barros, N. F., & Alexandre, N. M. C. (2014). A percepção de comportamentos relacionados à atenção plena e a versão brasileira do Freiburg Mindfulness Inventory. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(9), 3899-3914. doi: 10.1590/1413-81232014199.12272013
- Hirayama, M. S. (2014). Freiburg Mindfulness Inventory: Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa no Brasil. Tese de Doutorado (resumo). Biblioteca Digital da UNICAMP.
- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4(4), 383-395. doi: 10.1007/BF01178214
- Hunt, S. M., Alonso, J., Bucquet, D., Niero, M., Wiklund, I., McKenna, S. (1991). Cross-cultural adaptation of health measures. European Group for Health Management and Quality of Life Assessment. *Health Policy*, 19(1), 33-44.
- Jeffcoat, T., Hayes, S. C., & Szabo, T. (2015/July). Development of the Reno Inventory of Self-Perspective, measuring self-as-context and perspective taking. In: T. Jeffcoat (Chair). *Continuing Developments in Measuring ACT*

Processes. Symposium conducted at the meeting of ACBS Annual World Conference 13, Berlin, Germany.

- Juarascio, A., Forman, E., Timko, C. A., Butryn, M., & Goodwin, C. (2011). The development and validation of the Food Craving Acceptance and Action Questionnaire (FAAQ). *Eating Behaviors, 12*(3), 182-187. doi: 10.1016/j.eatbeh.2011.04.008
- Levin, M. E., Luoma, J. B., Lillis, J., Hayes, S. C., & Vildardaga, R. (2014). The Acceptance and Action Questionnaire-Stigma (AAQ-S): Developing a measure of psychological flexibility with stigmatizing thoughts. *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*(1), 21-26. doi: 10.1016/j.jcbs.2013.11.003
- Lillis, J., & Hayes, S. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 4*(1), 30-40.
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Barth, M., & Oliveira (2015, Junho). *Flexibilidade Psicológica relacionada à imagem corporal. Análise da estrutura fatorial do BI-AAQ em amostras brasileiras*. Poster session presented at the meeting of VII Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica e os Desafios nas Diferentes Regiões do Brasil. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP.
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Zancan, R. K., Souza, D. F., Barth, M. C., & Oliveira, M. S. (2015). *Psychometric properties of the Brazilian version of the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ-7): A study with multigroup analysis of factorial invariance*. Poster session presented at the meeting of ACBS Annual World Conference 13, Berlin, Germany.
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M.S. (2015). *Estudo de invariância fatorial do Questionário de Fusão Cognitiva relacionada à Imagem Corporal (CFQ-BI)*. Poster session presented at the Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, Belo Horizonte, MG.
- Lundgren, T., Dahal, J., & Hayes, S. C. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Behavioral Medicine, 31*(3), 225-235. doi: 10.1007/s10865-008-9151-x.
- Luoma, J. B., Drake, C., Kohlenberg, B., & Hayes, S. C. (2010). Substance abuse and psychological flexibility: The development of a new measure. *Addiction Research and Theory, 19*(1), 3-13. doi: 10.3109/16066359.2010.524956
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

- McCracken L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain, 107*(1-2), 159-166.
- McCracken, L. (2013). Committed Action: An application of the Psychological Flexibility Model to activity patterns in chronic pain. *The Journal of Pain, 14*(8), 828-835. doi: 10.1016/j.jpain.2013.02.009
- Pasquali, L. (2010). *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Rubio, D. M., Berg-Weger, M., Tebb, S. S., Lee, S., & Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research, 27*(2), 94-104. doi: 10.1093/swr/27.2.94
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York, NY: Basic Books.
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M., & Kellum, K. K. (2013). Assessment of body image flexibility: An evaluation the Body Image Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science, 2*(1-2), 39-48. doi: 10.1016/j.jcbs.2013.03.002
- Sauer, S., Ziegler, M., Danay, E., Ives, J., & Kohls, N. (2013). Specific objectivity of Mindfulness: A Rasch Analysis of the Freiburg Mindfulness Inventory. *Mindfulness, 4*(1), 45-54. doi: 10.1007/s12671-012-0145-y
- Silveira, A. C., Castro, T. G., & Gomes, W. B. (2012). Adaptação e validação da Escala Filadélfia de Mindfulness para adultos brasileiros. *Psico-USF, 17*(2), 215-223. doi: 10.1590/S1413-82712012000200005
- Shawyer, F., Ratcliff, K., Mockinnnon, A., Farhall, J., Hayes, S. C., & Copolov, D. (2007). The Voices Acceptance and Action Scale: Pilot data. *Journal of Clinical Psychology, 63*(6), 593-606. doi: 10.1002/jclp.20366
- Smout, M., Davies, M., Burns, N., & Christie, A. (2014). Development of the Valuing Questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*(3), 164-172. doi: 10.1016/j.jcbs.2014.06.001
- Staats, S. B., & Zettle, R. D. (2012). Exercise behavior and the Acceptance and Action Questionnaire for Exercise (AAQ-Ex). *Meeting of the Association for Contextual Behavioral Science*, Washington, D.C.
- Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). The Three-Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research, 29*(1), 71-83. doi: 10.1016/0022-3999(85)90010-8

- Trindade, I. A., Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Nooren, L. (2015). Clarity of personal values and committed actions: Development of a shorter Engaged Living Scale. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*. [Advanced online publication]. doi: 10.1007/s10862-015-9509-7
- Trompetter, H. R., ten Klooster, P. M., Schreurs, K. M. G, Fledderus, M., Wsterhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2013). Measuring values and committed action with the Engaged Living Scale (ELS): Psychometric evaluation in a nonclinical sample and a chronic pain sample. *Psychological Assessment*, 25(4), 1235-1246. doi: 10.1037/a0033813
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- van Strien, T., Frijters, J., Bergers, G., & Defares, P. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assesment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal Eating Disorder*, 5(2), 295-315. doi: 10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness: The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1543-1555. doi: 10.1016/j.paid.2005.11.025
- Wendell, J., Masuda, A. & Le, J. (2012). The role of body image flexibility in the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating symptoms among non-clinical college students. *Eating Behaviors*, 13(3), 240-245. doi: 10.1016/j.eatbeh.2012.03.006
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62(4), 615-640.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., & Kitchens, J. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60(2), 249-272. doi: 10.1007/BF03395706
- Whiting, D. L, Deane, F. P., Ciarrochi, J., McLeod, H. J., & Simpson, G. K. (2015). Validating measures of psychological flexibility in a population with acquired brain injury. *Psychological Assessment*, 27(2), 415-423. doi: 10.1037/pas0000050
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.

PARTE III

Estudos empíricos em amostras brasileiras

Capítulo 6

Is the widely used two-factor structure of the Ruminative Responses
Scale invariant across different samples of women?

Capítulo 7

Cognitive Fusion Questionnaire: Exploring measurement invariance
across three groups of Brazilian women and the role of cognitive
fusion as a mediator in the relationship between rumination and
depression

Capítulo 8

Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image: Psychometric
properties and its incremental power in the prediction of binge eating
severity

Capítulo 9

Body-Image Acceptance and Action Questionnaire: Its deleterious
influence on binge eating and psychometric validation

Capítulo 6

Is the widely used two-factor structure of the Ruminative Responses Scale invariant across different samples of women?

Adaptado de:

Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Carvalho, S., & Oliveira, M. S. (2017). Is the widely used two-factor structure of the Ruminative Responses Scale invariant across different samples of women? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* [Advanced online publication]. doi: 10.1111/papt.12168

Impact Factor (JCR): 1.627

A publicação final está disponível em Wiley via:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/papt.12168>

Abstract

Objectives: Although the Ruminative Responses Scale is one of the most widely used measures of rumination, its two-factor structure remains controversial. Taking this into account, we aimed to test the RRS-10 two-factor invariance (Brazilian version) between different samples of women and to study its internal consistency and convergent validity. *Methods:* A sample of 321 women (general population, $n= 106$; college students, $n= 115$; and medical population of patients with overweight and obesity, $n= 100$) participated in the study. The two-factor structure of RRS-10 was assessed by CFA and multigroup analyses using Mplus software. Internal consistency was assessed by Cronbach's Alpha and the convergent validity by Pearson correlations. *Results:* The two-factor structure of RRS-10 showed a good fit, factorial invariance across three samples, good internal consistency and adequate convergent validity. Brooding and Reflection subscales were both positively correlated with psychological inflexibility, cognitive fusion, anxiety, depression and stress symptoms, although Brooding presented significantly stronger associations with these variables than Reflection. *Conclusions:* This study provides further discussion and evidence regarding the RRS-10 two-factor structure, as well as a valid version of RRS-10 to use in Brazil in order to reliably assess rumination in medical and research settings.

Keywords: Rumination; factorial invariance; RRS-10; psychometric properties; Brazilian version.

Practitioner Points

- This is the first study to test and confirm the RRS two-factor structure invariance across groups.
- RRS-10 two-dimensionality was confirmed in medical and non-medical samples of women.
- Brooding subscale showed significantly stronger relationships with psychopathology and experiential avoidance than Reflection.

- The study provides evidence that RRS can be used as a valid and sound measure to accurately assess the clinically relevant dimensions of rumination simultaneously across distinct groups.

Introduction

Rumination is a psychological process characterized as a self-focused coping style that involves repetitive thinking on personal negative feelings, as well as a pattern of self-reflection on the events that have led to these feelings and/or its consequences (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993; Nolen-Hoeksema, 1991), and it seems to increase the risk for developing more severe and prolonged depressive symptoms (Nolen-Hoeksema, 2004; Watkins, 2008; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993).

Moreover, rumination has been described as a form of experiential avoidance (Cribb, Moulds, & Carter, 2006), i.e., as the unwillingness to be in contact with internal experiences (such as the negative emotions and depressive mood present in ruminative thinking) that result in attempts to diminish these experiences. In fact, some authors have explored the pathway from rumination to depression and have suggest that this process is particularly nefarious when a person get entangled with internal negative experiences (e.g., such as thought, emotions, memories – i.e., cognitive fusion; Lucena-Santos, Carvalho, Pinto-Gouveia, Gillanders, & Oliveira, 2017). This is in line with recent theoretical approaches which propose that psychological suffering is developed/maintained not by the internal experience itself, but rather by the way a person relates to this experience (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012; Greco, Lambert, & Baer, 2008).

In fact, rumination has been implicated in a vast array of clinical problems, such as post-traumatic stress disorder (Ehring & Ehlers, 2014), social anxiety (Abbott & Rapee, 2004), generalized anxiety (Hoyer, Becker & Margraf, 2002), hypomania (Knowles, Tai, Cristensen & Bentall, 2005) and with avoidant-focused affect regulation strategies, such as non-suicidal self-injury (Hilt, Cha, & Nolen-Hoeksema, 2008) and eating disorder psychopathology (Wang, Lydecker, &

Grilo, 2017, Gordon, Holm-Denoma, Troop-Gordon, & Sand, 2012; Naumann, Tuschen-Caffier, Voderholzer, Schäfer, & Svaldi, 2016).

Additionally, despite the known association and impact of rumination in psychological and behavioural problems, its role in medical settings is less considered. However, there is evidence that rumination is associated with poorer outcomes in medical/physical health settings (Sansone & Sansone, 2012), such as chronic low-back pain (Le Borgne, Boudoukha, Petit, & Roquelaure, 2017), arterial hypertension (Hogan & Linden 2004) and chronic physical illness (see Soo, Burney, & Basten, 2009, for a revision). Also, higher scores in rumination are associated with higher BMI in people with overweight and obesity status (Tan, Xin, Wang, & Yao, 2017).

Above and beyond that, rumination is considered a relevant process in gender-related differences, as women are more likely to ruminate than men (Simonson, Mezulis, & Davis, 2011; Hankin et al., 1998). One possible explanation is that rumination is a gender-stereotyped coping behaviour acquired by socialization through which emotional expression/responses are reinforced and internalized. Thus, in response to negative events, women tend to respond in an emotional way (see Simonson et al., 2011, for a brief revision on biological sex, gender and rumination), and have a greater tendency to present a more self-focused attention and negative affect intensity (Ingram, Cruet, Johnson, & Wisnicki, 1988).

This theoretical interpretation seems to be in line with previous literature: ruminative thinking is associated with a significant increase in body dissatisfaction in women (Naumann et al., 2016), and it is considered an important cognitive process associated with the severity of dysfunctional eating in women with obesity (Wang et al., 2017). Thus, considering that both body dissatisfaction and body-related negative experiences are one of the most empirically established risk factors for the development of eating disorders (Svaldi, Naumann, Trentowska, Lackner, & Tuschen-Caffier, 2013), it is of

crucial interest to evaluate the effects of rumination in high risk populations such as women with overweight or obesity seeking treatment for weight loss.

Notwithstanding, in addition to being a transdiagnostic process, rumination is not exclusively present in groups of participants clinically diagnosed (or directly recruited from clinical/medical contexts), but it is extensively found in students and general population samples (Morrison & O'Connor, 2005; Gordon et al., 2012; Knowles et al., 2005; Raes, & Hermans, 2008, Simonson, et al., 2011; Moulds, Kandris, Starr, & Wong, 2007; Hilt et al., 2008; O'Connor & Noyce, 2008; Schoofs, Hermans, & Raes, 2010).

The clinical relevance of rumination has led to the development of several measures to assess this phenomenon (e.g., Rumination on Sadness Scale - Conway, Csank, Holm, & Blake, 2000; Stress-Reactive Rumination Scale - Alloy et al., 2000; Rumination Questionnaire - Mellings & Alden, 2000), of which Ruminative Responses Scale (RRS; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) is one of the most widely used (e.g., Dinis, Pinto-Gouveia, Duarte, & Castro, 2012; Extremera & Fernández-Berrocal, 2006; Erdur-Baker & Bugay, 2010; Hasegawa, 2013; Lee & Kim, 2014; Schoofs, Hermans, & Raes, 2010; Thanoi, & Klainin-Yobas, 2015). Nevertheless, the RRS's factor structure remains controversial. Thus, in the course of time, RRS has been subjected to several factor analyses, ending up in a shorter 10-items version (i.e., RRS-10, Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003) that included only those not overlapped with depression content. In the development study of the RRS-10, results from a Principal Components Analysis showed a two factor solution composed of two 5-items factors: Reflection (R) and Brooding (B). Brooding has been defined as “a passive comparison of one's current situation with some unachieved standard” while Reflection is conceptualized as “a purposeful turning inward to engage in cognitive problem solving to alleviate one's depressive symptoms” (Treynor et al., 2003, p. 256).

Over the course of the years, several studies have explored the RRS-10 dimensionality. Overall, studies that performed a CFA analysis confirming the

two-factor structure as proposed by Treynor and colleagues (2003), were conducted in non-clinical Dutch samples (Schoofs et al., 2010), high school Turkish students (Erdur-Baker & Bugay, 2010), undergraduate Turkish students (Erdur-Baker & Bugay, 2012), Japanese college students (Hasegawa, 2013) and college students from Thailand (Thanoi & Klainin-Yobas, 2015). Also, some of them have also concluded the two factor model presented better fit when compared to a one-factor solution (Schoofs et al., 2010; Hasegawa, 2013).

Nevertheless, before the first CFA study on the two-dimensionality of RRS-10 (Schoofs et al., 2010), three exploratory factor analyses studies have failed to replicate the exactly RRS-10 two-factor structure originally proposed (Burwell & Shirk, 2007; Arney et al., 2009; Whitmer & Gotlib, 2011). In the Burwell and Shirk (2007) study, the RRS-10's items were adapted for use with adolescents by changing the wording of the items (from "depressed" to "upset"), which unable a rigorous comparison with the original items. The second exploratory study (Arney et al., 2009) claimed finding support for the two-dimensional RRS's structure proposed by Treynor *et al.* (2003), however they only retained 8 of the 10 original items and conducted a different statistical analysis (common factor analysis instead of a principal components analysis). Moreover, the third exploratory study (Whitmer & Gotlib, 2011) was conducted in a currently depressed group, replicating the Brooding factor but not the Reflection component. However, the authors did not perform a CFA to test whether or not the original structure would present a good model fit.

Thereafter, Griffith and Raes (2015) have conducted a CFA analysis using convenience-based community samples, which have not confirmed the RRS-10 two-factor structure. However, the authors themselves have pointed out the translation process and related language differences as possible reasons for these results. Additionally, the authors did not control the context in which participants have responded to the research protocol.

Therefore, considering the available findings as a whole, it is possible to conclude that the RRS-10 two-factor structure has the most solid evidence. In

fact, although the two factors of RRS seem to reflect a common aspect (i.e., rumination), brooding and reflection seem to be differently related with clinical relevant variables (e.g., depression, Treynor et al., 2003; Raes & Hermans, 2008; self-criticism, suicidal ideation, O'Connor & Noyce, 2008), where the brooding dimension is more strongly related with those outcomes than reflection. Thus, the bi-dimensionality of RRS-10 yields relevant clinical implications as it allows a more refined way of assessing two distinctive facets of rumination that impact differently in one's course and experience of psychopathological symptoms and maladaptive behaviours.

However, it is not clear if this bi-dimensional structure would be the same across qualitatively different groups, which is pivotal to ensure that assessments and comparisons made for many years by clinicians and researchers are reliable and accurate. Additionally, as far as we know, the factor invariance of RRS-10 has never been simultaneously tested across medical (i.e., participants directly recruited from medical settings) and non-medical samples. Also, it has never been translated into Brazilian Portuguese, nor has it been analysed psychometrically in Brazilian samples.

In order words, given the pervasive impact of rumination in the maintenance of psychopathological symptoms, the clinical importance of the distinction between its two components (i.e., brooding and reflection), its greater impairment in female individuals (including those with overweight and obesity) and the economical and time-saving properties of a sound and short measure, it is of central relevance to further examine the stability of the RRS-10 two-factor structure across groups of women.

Thus, the main aim of this study is to test the invariance of the RRS-10 two-factor model across different groups of women (i.e., general population, college students and participants with overweight or obesity undergoing a weight loss treatment). Secondarily we aim to assess the reliability and the convergent validity of the Brazilian version of RRS-10.

Methods

Design and ethical considerations

This is a cross-sectional study included in a major project that aims to explore several psychological processes related to emotional regulation in women with overweight and obesity undergoing a weight loss treatment. The overall project was submitted and approved by the Scientific Committee of a Porto Alegre University (Rio Grande do Sul Brazilian's state) under official letter n° 014/2013, and by the Research Ethics Committee of the same institution (report n° 386.978). This research was conducted in accordance with the Helsinki Declaration. Research goals and its voluntary and confidential nature were clarified to all participants, who signed a consent form before participating in the study. The volunteers did not receive any compensation to participate in this study.

Participants

Data from three independent convenience samples of women ($N= 321$) were collected during 2014: (a) general population sample ($n= 106$): approached to participate in the study in the Porto Alegre Bus Station and in a citizen's bureau; (b) college student sample ($n= 115$): composed of students attending the first year of a Psychology Course; (c) medical sample ($n= 100$): comprised women with overweight or obesity currently in treatment for weight loss (e.g., nutrition, endocrinology or obesity consultations) in a public hospital in Porto Alegre.

The inclusion criteria were: (a) female; (b) age between 18 and 60 years; (c) 5 or more years of education, in order to diminish difficulties in reading and understanding the items. Additionally, participants in the medical sample had to have a Body Mass Index (BMI) ≥ 25 (kg/m^2 – Finucane et al., 2011) and to currently undergo a weight loss treatment.

While participants were filling out the research protocol, a trained member of the research team was nearby in order to clarify the items if necessary.

Translation, transcultural adaptation and content validation

After the authorization for translating, adapting and exploring the psychometric properties of RRS-10, two translations for Brazilian-Portuguese and two back-translations to English were conducted by two independent translators, both fluent in English and native in Brazilian Portuguese.

Then, a committee composed of three juries (also fluent in English and Brazilian Portuguese) who have lived in different Brazilian states - in order to ensure the Brazilian version would be understood by people from different cultural backgrounds - have discussed and decided which translation of each item should compose its preliminary version. Then, these experts in the construct assessed by RRS-10 evaluated each item from the preliminary version according to a 5-point Likert scale (1= very little; 5= very much) the following criteria: (a) clarity of language; (b) practical pertinence for the target culture; and (c) theoretical relevance; as oriented by Cassepp-Borges, Balbinotti and Teodoro (2010). Thereafter, these data were used to calculate the Content Validity Coefficient (CVC) as indicated by Hernández-Nieto (2002). CVC is a coefficient which varies from 0 to 1 and indicates the validity of items' content – the closer to 1, the more the items' content present validity in regard to clarity of language, practical pertinence and theoretical relevance. All items presented $CVC \geq .8$, which indicates a good content validity (Hernández-Nieto, 2002). Finally, a pilot study was conducted in a sample of 20 Brazilian adults (male and female) with different years of education in order to ensure the items would be understood by people with different levels of reading comprehension. Hence, since participants did not report any difficulties in understanding the items, the final RRS-10 was supported and the official data collection initiated.

Measures

Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995) is a 21-items self-report measure that assesses symptoms of depression (7-items), anxiety (7-items) and stress (7-items), using a 4-point Likert scale (0 =

Did not apply to me at all; 4 = Applied to me most of the time). Each item comprises a statement regarding negative emotional symptoms. Respondents should indicate the degree to which it was experienced by them in the last week. The Brazilian version showed a good internal consistency, ranging from $\alpha = .86$ and $\alpha = .92$ (Vignola & Tucci, 2014). The current study found internal consistencies of .87, .80 and .89 for depression, .70, .77 and .87 for anxiety, and .84, .83 and .87 for stress (in regard to general population, college students and medical samples, respectively).

Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ-7; Gillanders et al., 2014) was developed to measure the extent to which a person tends to get entangled with their internal experiences (e.g., thoughts, emotions, and memories). This is a 7-items self-report measure in which respondents state the extent to which they experienced each described situation, using a 7-point Likert scale (1= Never true; 7 = Always true). Through the items' sum the total score is obtained (higher scores, indicates higher cognitive fusion levels – e.g., more entanglement with the thoughts content). The original version found internal consistencies between $\alpha = .88$ and $\alpha = .93$, and its Brazilian validation obtained $\alpha = .93$ (Lucena-Santos et al., 2017). The current study found internal consistencies of $\alpha = .93$ (for college students and general population samples) and $\alpha = 0.92$ for the medical sample.

Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II; Bond et al., 2011) is a self-report scale of psychological inflexibility, also used as a valid measure of experiential avoidance. It is composed by 7 items which assesses the tendency to make negative evaluations of internal experiences (e.g. "I'm afraid of my feelings"). The respondent uses a 7-point Likert scale in order to indicate the frequency in which each described situation applies to them (1= Never true; 7 = Always true). The original version revealed internal consistency of .84 and the Brazilian version showed a Cronbach's Alpha of .87 (Barbosa, 2013). In the present study the internal consistency values were very good ($\alpha = .93$ for medical sample; $\alpha = .92$ for college students sample and $\alpha = .94$ for general population sample).

Ruminative Responses Scale – short version (RRS-10, Treynor et al., 2003) is a 10-items self-report measure with a 4-point Likert scale (1= almost never; 4 = almost always) comprises two subscales: Brooding (e.g. ‘Think “Why do I always react this way?”; ‘Think “Why do I have problems other people don’t have?”’) and Reflection (e.g. ‘Write down what you are thinking and analyse it’; ‘Go someplace alone to think about your feelings’). Scores for each subscale are computed by summing its respective items. Higher scores indicates higher rumination levels. The internal consistency values observed in the original study were $\alpha = .77$ and $\alpha = .72$ for Brooding and Reflection subscales.

Sample size

To estimate sample size, several rules can be considered: (1) The ratio of “subjects-to-variables” (i.e., STV ratio) and/or participants per free parameters in the model ranging from 5 to 10 (Bentler & Chou, 1987; Kass & Tinsley, 1979; Hatcher, 1994; Nunnally, 1978), with some simulation studies suggesting ratios of 1.3 or 3.9 (Arrindell & Van der Ende, 1985); (2) The magnitudes of items factor weights (the higher the magnitudes, the lower the sample size required; Velicer & Fava, 1998; Guadagnoli & Velicer, 1998); (3) The factors overdetermination (at least 3 or 4 variables in each factor; Velicer & Fava, 1998; Fabrigar, Wegener, MacCallum, & Strahan, 1999) and acceptable communalities values (Fabrigar et al, 1999).

Thus, considering our conditions (i.e., factor loadings $\geq .48$), average value of items communalities of 0.52, five measured variables per factor, and STV ratios of at least ≥ 10 (i.e., STV= 10 [medical sample], 10.6 [general population], 11.5 [college students] and 32.1 [total sample]), it is possible to conclude that we have an adequate sample size.

Nevertheless, we used the Soper’s Sample Size Calculator for SEM (Soper, 2017) in order to assess our sample size adequacy specifically in the context of the RRS-10 confirmatory factor analysis. Considering a medium anticipated effect size of .3, probability level of 5%, and statistical power $\geq .8$, at least 90

participants would be required to detect effect, and a recommended minimum sample size for model structure would be $n= 100$ in each sample.

Analytical strategies

Descriptive analysis was conducted using SPSS statistics software (v.20; SPSS Inc., Chicago, IL). Confirmatory Factor Analyses (CFA) and Multigroup Analysis (MA) were conducted with Mplus software (version 7.1), in which we have specified all items of RRS-10 as categorical dependent variables (since this measure has only 4 points). As so, the Weighted Least Squares Means and Variance adjusted (WLSMV) was used as the estimation method by default (Muthén, & Muthén, 1998-2015). It uses polychoric correlation matrix, which provides us a more accurate reproduction of the measured model than Pearson correlations (Holgado-Tello, Chacón–Moscoso, Barbero–García, & Vila-Abad, 2010). When one or more observed dependent variables are categorical, the delta parameterization is specified as the default in Mplus. Thus, for all categorical factor indicators, thresholds are modelled rather than means or intercepts (Muthén, & Muthén, 1998-2015).

Firstly, a Confirmatory Factor Analysis was conducted in order to confirm the RRS-10 two-factor structure (using the total sample, $N= 321$). We used a combination of different goodness-of-fit indexes to evaluate the global model adjustment (Kline, 2010). Specifically, we used the Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) and Normed Chi-square (χ^2/df). CFI values $\geq .9$ indicates a good fit and TLI values range from 0 to 1 - the closer to 1, the better the model fit (Hu & Bentler, 1999). RMSEA values $\leq .10$ indicates a good fit and $\chi^2/df < 5$ indicates an acceptable fit (Marôco 2010; Schumacker & Lomax, 2004). In addition, local adjustment of the model was assessed by both the standardized factor weights and the individual reliability of the items, taking into account values of $\lambda \geq .40$ (Stevens, 1992) and $R^2 \geq .20$ (Hooper, Coughlan, & Mullen, 2008).

Thereafter, a Multigroup Analysis was conducted in order to test whether the RRS-10 two-factor structure would be invariant across three different samples (i.e., general population, college students, and medical sample). For categorical indicators (using WLSMV estimator and delta parameterization), the configural model has factor loadings and thresholds free across groups while the scale factors are fixed at one in all groups. For the same scenario, the metric model has: (1) the factor loadings constrained to be equal in all groups; (2) the scale factors fixed at one in one group (i.e., the one which was defined with the lowest value on the grouping variable), and freely estimated in the other groups. For the current study, the grouping variable comprised the general population, college students and medical samples for which the values of 1, 2 and 3 (respectively) were attributed; (3) the first threshold of each item is constrained to be equal across groups, while the second threshold of the item used to factor identification is held equal in all groups; and (4) factor variances are freely estimated across groups (Muthén, & Muthén, 1998-2015). The chi-square difference test between models was calculated using the DIFFTEST option for WLSMV. Thus, in order to establish the RRS-10 two-factor structure invariance across groups, the comparison between the metric model and the configural one cannot indicate that constraining factor loadings lead to a fit significant worse (see Muthén, & Muthén, 1998-2015). Thus, if the metric invariance holds, this means that the two factors of the RRS-10 and its respective indicators (i.e., items) did not differ across groups (Marsh et al., 2017).

Internal consistency was assessed through Cronbach's Alpha, where values of $\alpha > .7$ indicates adequate reliability (Kline, 2010) – previously to correlational analyses, the internal consistency was calculated for all variables in study.

Convergent validity was assessed by Pearson's correlations. Furthermore, in order to compare the magnitude of associations of Brooding (B) and Reflection (R) with other variables in study, a test of the equality of two correlations coefficients obtained from the same sample (i.e., dependent correlations) was performed using Lee's interactive calculator (Lee & Preacher, 2013). The

resulting z-score was considered significant if greater than 1.96 (Kline, 2010). We hypothesized RRS-10 to be positively associated with cognitive fusion (CFQ), psychological inflexibility (AAQ-II) and anxiety, depression and stress symptomatology (DASS-21). Additionally, we predicted that Brooding would present significantly stronger relationships with CFQ, AAQ-II and DASS-21 than Reflection would.

Results

Table 1 presents the socio-demographic characteristics of the total sample and of each group.

Table 1
Sample Characteristics

	Total Sample (N=321)			General Population Sample (n= 106)			College Students Sample (n= 115)			Medical Sample (n= 100)		
	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Age	34.52 (12.18)	18	60	35.07 (10.54)	5	25	25.77 (8.98)	18	58	43.30 (10.10)	22	60
Years of Education	12.25 (3.56)	5	25	12.92 (3.79)	5	23	13.93 (2.43)	11	25	9.64 (2.88)	5	16
BMI	28.75 (8.66)	16	65	25.56 (4.82)	16	41	23.20 (4.30)	17	42	38.57 (7.28)	25	65
	<i>N</i>	<i>%</i>		<i>n</i>	<i>%</i>		<i>n</i>	<i>%</i>		<i>n</i>	<i>%</i>	
Marital status												
Married/cohabiting	133	41.4		41	38.3		25	21.6		68	68	
Divorced	21	6.5		16	14.7		3	2.7		2	2	
Widowed	12	3.6		3	2.9		0	0		8	8	
Single	156	48.5		46	44.1		87	75.7		22	22	
Occupational status												
Retired	15	4.8		0	0		0	0		15	15	
Employed	182	56.6		78	74		52	45		51	51	
Unemployed	124	38.6		28	26		63	55		34	34	

Note: Max= maximum; Min= minimum; SD= Standard Deviation; BMI= Body Mass Index

Confirmatory Factor Analysis

Regarding the analytical assumptions, there were no outliers and no imputation strategy was conducted, as all analyses were performed with complete data from participants. CFA was conducted using the total sample ($N= 321$). Initially, the RRS-10 original two-factor model was specified (see Fig. 1), where each factor was composed by five items (i.e., Brooding: items 1, 3, 6, 7 and 8; Reflection: items 2, 4, 5, 9 and 10).

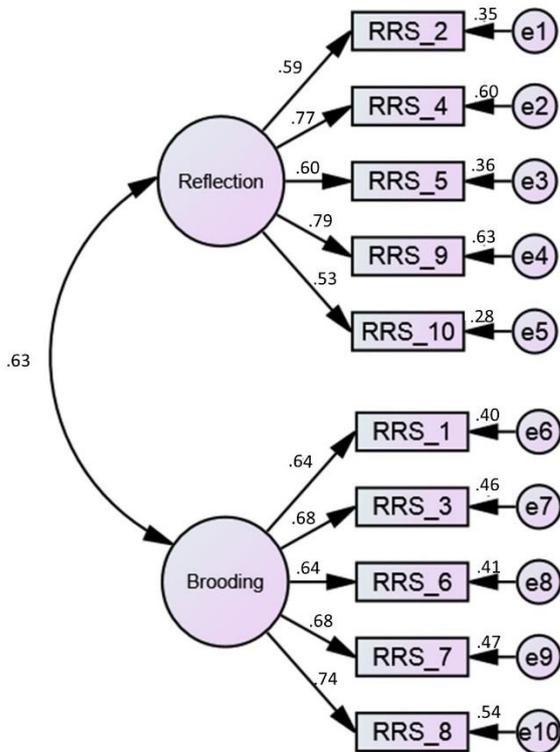


Figure 1. Standardized factor weights and individual reliabilities of the RRS-10's items ($N= 321$). $\chi^2(34)=132.50$; $\chi^2/df = 3.89$; $p<0.001$; CFI = .93; TLI = .90; RMSEA = .095; $p<0.001$

All items presented acceptable values of factor weights and individual reliabilities ($\lambda \geq .53$ and $R^2 \geq .28$, respectively), which indicates a good local

adjustment. Additionally, the RRS-10 two-factor structure (as originally proposed by Treynor et al., 2003) presented a good model fit to our data ($\chi^2/df = 3.89$; RMSEA = .095; CFI = .93; TLI = .90).

Multigroup analysis

Fig. 2 presents the standardized factor weights and individual reliabilities of the items in each group.

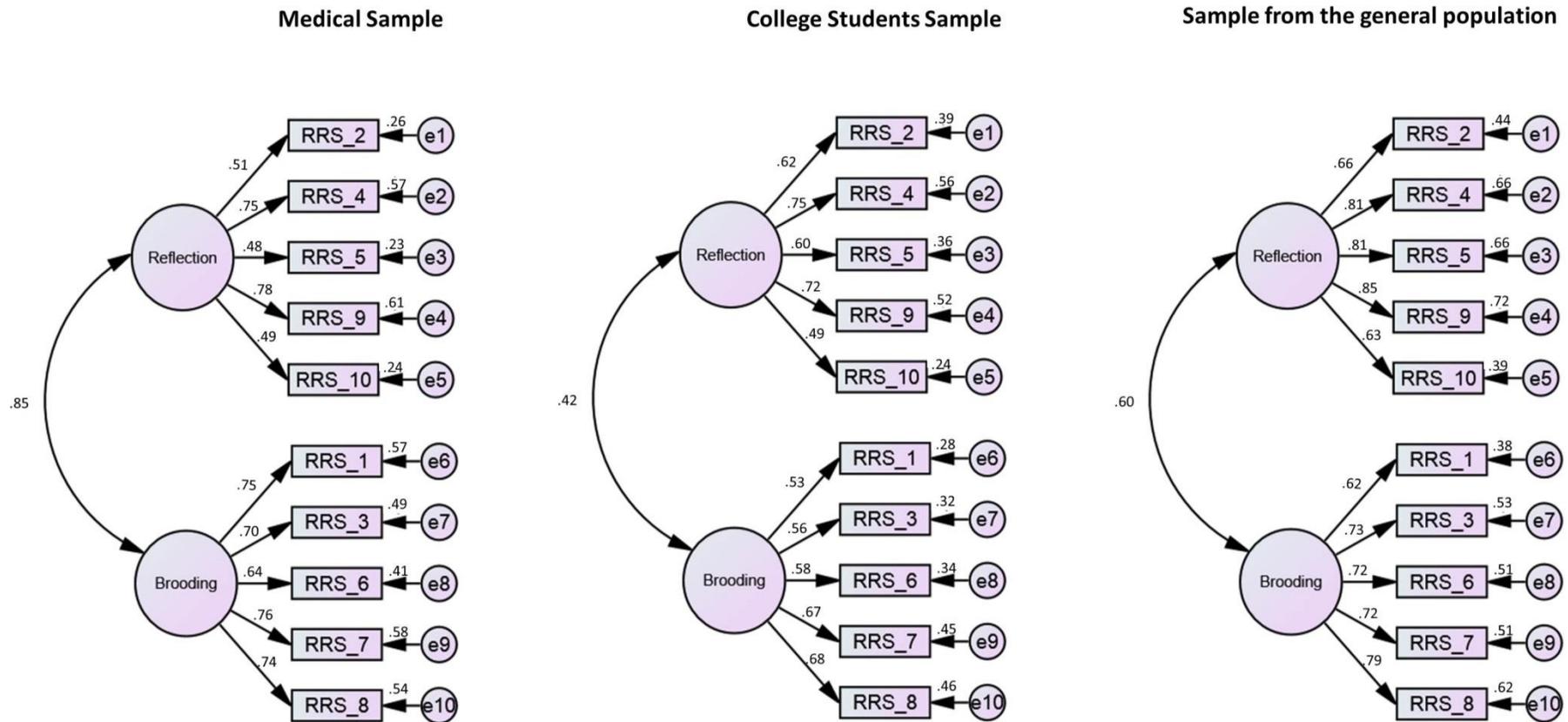


Figure 2. Standardized factor weights and individual reliabilities of the RRS-10's items in each sample (i.e., general population, college students and medical samples). $\chi^2(154)=256.03$; $\chi^2/df = 1,66$; $p < 0.001$; CFI = .94; TLI = .94; RMSEA = .079; $p = .005$

When the three samples were considered simultaneously, the two-factor structure also presented good fit indices ($\chi^2/df = 1.66$; RMSEA = .079; CFI = .94; TLI = .94), together with acceptable values of factor weights ($\lambda \geq .48$) and individual reliabilities ($R^2 \geq .23$), which indicates a satisfactory local fit. Finally, no significant differences were detected between the metrical and the configural models [$\Delta\chi^2(16) = 18.46$; $p = 0.298$], which demonstrates the invariance of the RRS-10 two-factor structure across these groups.

Internal consistency

Table 2 presents the RRS-10 items' properties (means, standard deviations, corrected item-total correlation and *a if item deleted* values). All items were contributing to the observed internal consistencies, since none item, if excluded, would increase the Cronbach's Alpha.

Table 2
Means, standard deviations, corrected item-total correlation and Cronbach's Alpha if item deleted for RRS-10 items (N= 321)

Factor		<i>M</i>	<i>SD</i>	Corrected item-total correlation	<i>a</i> if item deleted
Reflection	Item 2	2.59	.96	.48	.72
	Item 4	2.32	1.06	.56	.69
	Item 5	2.79	.96	.51	.71
	Item 9	2.40	1.0	.60	.67
	Item 10	2.14	1.0	.43	.73
Brooding	Item 1	1.97	.92	.48	.72
	Item 3	2.40	1.01	.44	.73
	Item 6	2.71	.96	.49	.72
	Item 7	1.92	1.09	.57	.68
	Item 8	2.31	1.04	.61	.67
Rumination	Total	23.5 5	6.07	--	--

Note: M= Mean; SD= Standard Deviation; *a*= Cronbach's Alpha

Cronbach's Alpha values in the total sample ($N = 321$) were $\alpha = .75$ for both the B and R subscales and $\alpha = .81$ for the RRS-10 total score. When considered separately, the R and B subscales presented $\alpha = .82$ and $\alpha = .77$ for general population, $\alpha = .72$ and $\alpha = .68$ for college students and $\alpha = .70$ and $\alpha = .79$ for medical sample, respectively.

Convergent validity

Table 3 presents the descriptive statistics (means and standard deviations) and the internal consistency of each variable in analysis. Additionally, the correlations between RRS-10 (total, brooding and reflection) and other variables in study are presented in Table 4.

Table 3

Means, standards deviation and Cronbach's Alpha for the variables in analysis (N= 321)

Variable	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>a</i>
Rumination	23.55	6.07	0.81
Brooding	11.3	3.56	0.75
Reflection	12.24	3.55	0.75
Cognitive Fusion	23.24	10.89	0.93
Psychological Inflexibility	20.97	10.95	0.93
Depression	4.72	5.11	0.89
Anxiety	4.27	4.55	0.84
Stress	7.74	4.91	0.85

Note: M= Mean; SD= Standard Deviation; a= Cronbach's Alpha

Table 4*Correlation between RRS-10 and variables in study (N=321)*

Variable	RRS-10	Brooding	Reflection	CFQ-7	AAQ-II	Depression	Anxiety	Stress
RRS-10	1							
Brooding	.85**	1						
Reflection	.85**	.45**	1					
CFQ-7	.56**	.61**	.34**	1				
AAQ-II	.57**	.65**	.32**	.79**	1			
Depression	.60**	.53**	.19**	.60**	.66**	1		
Anxiety	.35**	.41**	.19**	.52**	.53**	.72**	1	
Stress	.52**	.60**	.28**	.64**	.66**	.74**	.71**	1

Note: ** Correlation is significant at 0.01 level; RRS-10= Ruminative Responses Scale - Short version; CFQ-7= Cognitive Fusion Questionnaire - short version; AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire - short version

Correlational data showed that all variables are associated with each other in the expected directions. Also, as previously hypothesized, when compared with the reflection facet of rumination, brooding presented significantly stronger associations with cognitive fusion (z -score = 4.274), psychological flexibility (z -score = 5.345) and psychopathological symptoms (z -score_{depression} = 4.896, z -score_{anxiety} = 3.01, z -score_{stress} = 4.92).

Discussion

Although the two-factor structure of RRS-10 has showed the most solid evidence in the available literature, it was unclear if this structure would be the same in medical samples. As so, the main goal of this study was to test the invariance of the two-factor structure of RRS-10, considering simultaneously three different samples of women (i.e., general population, college students and medical samples).

The current CFA results confirmed the two-factor structure of RRS-10, as proposed by Treynor and colleagues (2003), and showed good global and local

adjustments, as well as good internal consistency with Cronbach's Alpha values of .75 (Kline, 2010) for both subscales.

Previous CFA studies have also confirmed the two-factor RRS-10 original structure (Treyner et al., 2003; $\alpha = .72$ [Reflection - R] and $\alpha = .77$ [Brooding - B]) with similar model-fit-indices and Cronbach's Alpha values. Namely, the Schoofs and colleagues (2010, $\alpha = .75$ [R] and $\alpha = .78$ [B]), Erdur-Baker and Bugay (2012; $\alpha = .77$ [R] and $\alpha = .75$ [B]), Hasegawa (2013, $\alpha = .75$ [R] and $\alpha = .81$ [B]) and the Thanoi and Klainin-Yobas (2015, $\alpha = .73$ [R] and $\alpha = .71$ [B]) studies.

Thereafter, the Multigroup CFA results have confirmed the invariance of the two-factor structure model of RRS-10. Thus, our results support that the two factors are clearly distinct, even when simultaneously analysed in medical and non-medical samples, which to our knowledge has never been tested. Nevertheless, further studies of Multigroup CFA are required to ensure the stability of our results – including other sets of medical samples.

Also, the current study has explored the RRS-10 convergent validity, and its results showed that rumination was positively associated with depression, anxiety and stress symptomatology, as well as with psychological processes with a pervasive impact on psychopathology (i.e. cognitive fusion and experiential avoidance). In line with this, previous studies showed that rumination is positively associated with emotional difficulties such as depressive symptoms (Erdur-Baker & Bugay, 2012; Hasegawa, 2013; Schoofs et al., 2010; Thanoi & Klainin-Yobas, 2015; Treyner et al., 2003), worry (Hasegawa, 2013; Schoofs et al., 2010), thought suppression (Schoofs et al., 2010), hopelessness, emotional distress, anxiety (Thanoi & Klainin-Yobas, 2015) and self-preoccupation (Hasegawa, 2013).

These results can be interpreted in light of theoretical approaches that have extensively suggested the nefarious role rumination plays in depression and depression relapse (i.e., by engaging in a specific way of self-focus in which one pays particular attention to one's depressive symptoms and its respective consequences; see Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993). Additionally, recent contextual behavioural approaches of psychopathology (e.g., Acceptance and

Commitment Therapy – ACT; Hayes et al., 2012) have proposed that rumination can function as an avoidance-based strategy in which a person attempts to control their negative internal experiences (e.g., dysphoric mood) (Cribb et al., 2006). In fact, rumination seems to be significantly correlated with psychopathology indicators when avoidance is involved (Moulds et al., 2007). Furthermore, the psychological inflexibility model of psychopathology (ACT; Hayes et al., 2012) have put forward the hypothesis that cognitive fusion is one of the underlying processes of avoidance. Given that cognitive fusion and rumination are both inherently language-based processes, it can be hypothesized that the nefarious effect of rumination is closely related to the entanglement with the content of ruminative thinking. Indeed, there is recent preliminary data suggesting that cognitive fusion mediates the relationship between rumination and depression symptoms (Lucena-Santos et al., 2017).

It is worth noting that the two distinctive factors that compose rumination, i.e., brooding and reflection, were both positively associated with psychopathological symptoms (i.e., depression, anxiety and stress symptoms), cognitive fusion and experiential avoidance, although brooding presented significantly higher associations with these variables than reflection did. The same pattern was found in previous studies, in which brooding was more strongly correlated with negative psychological processes than reflection (Erdur-Baker & Bugay, 2010; Hasegawa, 2013; Schoofs et al., 2010; Thanoi & Klainin-Yobas, 2015; Treynor et al., 2003). These results seem to corroborate the hypothesis that these constructs are distinct dimensions of an underlying pervasive psychological process (i.e., rumination). This goes in line with studies that suggest that although reflection seems to have a less pervasive impact on depression than brooding (Treynor et al., 2003), its role could depend on whether a person uses an active or passive coping (Marroquin, Fontes, Scilletta, & Miranda, 2010). Thus, these data seem to suggest a necessity to further analyse the distinctive impact of brooding and reflection on negative health outcomes.

Regarding clinical and research implications, this study validates the Brazilian Portuguese version of RRS-10, thus providing a valid and sound

measure of different dimensions of rumination, allowing rigorous comparisons not only between women from general population and college students samples, but also between those and participants from medical settings (i.e., women with overweight and obesity in weight loss treatment). This allows a more accurate functional analysis of cognitive and behavioural clinical outputs of rumination, which might contribute to a more targeted intervention – one that focuses on the specific impact of different components of ruminations. In fact, a clinical intervention that targets rumination as a monolith, instead of considering its different dimensions and impacts, may be less effective – probably due to the fact that brooding rumination decreases one’s ability and/or efficiency to resolve problems in an adaptive way.

Additionally, as mentioned before, ruminative thinking have a deleterious influence not only in psychological and behavioural problems, but it is also related to more negative outcomes in medical settings (e.g., Sansone & Sansone, 2012; Le Borgne, Boudoukha, Petit, & Roquelaure, 2017; Hogan & Linden 2004). Hence, this study also extend the existing literature: it includes data on the role of rumination in a medical sample of particular relevance (i.e., overweight or obese women currently in weight loss treatment), since rumination is associated with higher BMI in people with BMI ≥ 25 (Tan et al., 2017) and body dissatisfaction is positively related with ruminative thinking in women (e.g., Naumann et al., 2016).

Indeed, patients who reported high levels of body dissatisfaction and brooding rumination (rather than reflective rumination) are those who have the greatest levels of dysfunctional eating (Gordon et al., 2012). Moreover, women with obesity who ruminate in response to an experimentally induced increase of body dissatisfaction presented a significant increase in distress about body feelings, while the increase in negative mood caused by the induction remained unchanged. In contrast, these scores returned to baseline levels in those who applied acceptance strategies (Svaldi et al., 2013). Thus, in the context of women with overweight undergoing a weight loss treatment, the clinician should be aware of the crucial relevance of assessing the presence of brooding rumination.

If high levels of brooding are detected, clinicians should implement therapeutic strategies that would buffer its impact on psychological suffering, such as implementing an acceptance- and mindfulness-based clinical approach (Deyo, Wilson, Ong, & Koopman, 2009; Naumann et al., 2016).

It is suggested that people with chronic illness use rumination as a coping strategy to deal with the physical and emotional consequences related to their disease. However, by using this strategy patients can increase the burden of illness, as they may be more likely to experience an intensification of negative affect and physical impairments - which could also become even more prolonged in time (see Soo et al., 2009). Therefore, by providing a measure which has its factorial invariance empirically supported, this study represents a scientific progress for an accurate evaluation of relevant outcomes in this population.

Moreover, this study provides data supporting the use of RRS in non-medical samples, such as samples from general population and of college students. This is important since rumination is a transdiagnostic process extensively found in those samples. Therefore, the availability of the Brazilian version of RRS-10 might contribute to further understanding of maladaptive emotional regulation strategies in Brazilian samples.

It is important to take into consideration some limitations of the current study. One is related with the cross-section nature of its design, which prevents us from drawing conclusions regarding causality between variables. In addition, given our samples were convenience based and composed only of women, generalization of these findings should be established with caution. Furthermore, since our study did not include samples composed of participants with mental health diagnoses, extrapolation of our findings to these populations is unwarranted.

Future directions in the study of RRS-10 might include the development of an experimental design in which the construct validity of rumination is corroborated by correlating results of the instrument with results from a rumination task. Additionally, future studies with the Brazilian Portuguese version of RRS-10 should consider a longitudinal design that includes a test-

retest reliability analysis, in order to test the temporal stability of the instrument. Finally, the differentiated impact of both brooding and reflection on psychopathological symptoms should be addressed in future research. Specifically, a multigroup mediational analysis in non-clinical and clinical samples (including participants with mental health diagnoses) might contribute for shedding an important light on the relative impact of brooding and reflection according to sample group, as well as to help understanding the path through which these forms of rumination impact psychopathological symptoms.

Funding sources

This work was supported by CNPq (National Council for Scientific and Technological Development - Brazil; Reference: 408697/2013-0) and FAPERGS (Foundation for Research Support of the State of Rio Grande do Sul - Brazil; Reference: 2263–2551/14-4SIAFEM). Moreover, the first and third authors are supported by Ph.D. grants sponsored by CAPES (Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel - Brazilian Ministry of Education; BEX Process number 0514/12-8) and FCT (Portuguese Foundation for Science and Technology), respectively. Finally, the last author is a CNPq fellowship (Research Productivity grant). None of the sponsors have participated in the design, collection, analysis, interpretation of data, writing the report, or in the decision to submit the article for publication in this journal.

References

- Abbott, M. J., & Rapee, R. M. (2004). Post-event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment. *Journal of Abnormal Psychology, 113*(1), 136-144. doi:10.1037/0021-843X.113.1.136
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson, M. S., ...Lapkin, J. B. (2000). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project: Lifetime history of axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), 403-418. doi:10.1037/0021-843X.109.3.403

- Armey, M. F., Fresco, D. M., Moore, M. T., Mennin, D. S., Turk, C. L., Heimberg, R. G., ... Alloy, L. B. (2009). Brooding and pondering: Isolating the active ingredients of depressive rumination with exploratory factor analysis and structural equation modeling. *Assessment, 16*(4), 315–327. doi: 10.1177/1073191109340388
- Arrindell, W. A., & Van der Ende. J. (1985). An empirical test of the utility of the observations-to-variables ratio in factor and components analysis. *Applied Psychological Measurement, 9*(2), 165-178.
- Barbosa, L. M. (2013). *Terapia de Aceitação e Compromisso e Validação do Acceptance and Action Questionnaire II: Contribuições para Avaliação de Processo em Psicoterapia* (master's thesis). Universidade de Brasília, Brasília, Brasil. Retrieved from: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/15425>
- Bentler, P. M., & Chou, C. (1987). Practical issues in structural modeling. *Sociological Methods and Research, 16*(1), 78-117.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676-688. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007
- Burwell, R. A., & Shirk, S. R. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: Associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*(1), 56–65. doi: 10.1080/15374410709336568
- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A., & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In L. Pasquali (Org.), *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 506-520). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Conway, M., Csank, P. A., Holm, S. L., & Blake, C. K. (2000). On assessing individual differences in rumination on sadness. *Journal of Personality Assessment, 75*(3), 404-425. doi: 10.1207/S15327752JPA7503_04
- Cribb, G., Moulds, M. L., & Carter, S. (2006). Rumination and experiential avoidance in depression. *Behaviour Change, 23*(3), 165-176. doi:10.1375/bech.23.3.165
- Deyo, M., Wilson, K. A., Ong, J., & Koopman, C. (2009). Mindfulness and rumination: Does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? *Explore: The Journal of Science & Healing, 5*(5), 265-271. doi: 10.1016/j.explore.2009.06.005.

- Dinis, A., Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., & Castro, T. (2012). Estudo de validação da versão portuguesa da Escala de Respostas Ruminativas - versão reduzida. *Psychologica*, *54*, 175-202.
- Ehring, T., & Ehlers, A. (2014). Does rumination mediate the relationship between emotion regulation ability and posttraumatic stress disorder? *European Journal of Psychotraumatology*, *5*(1). doi:10.3402/ejpt.v5.23547
- Erdur-Baker, Ö., & Bugay, A. (2010). The short version of ruminative response scale: Reliability, validity and its relation to psychological symptoms. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, *5*, 2178-2181. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.433
- Erdur-Baker, Ö., & Bugay, A. (2012). The Turkish version of the Ruminative Response Scale: An examination of its reliability and validity. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, *10*(2), 1-16.
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2006). Validity and reliability of Spanish versions of the Ruminative Responses Scale-short form and the Distraction Responses Scale in a sample of Spanish high school and college students. *Psychological Reports*, *98*(1), 141-150. doi:10.2466/PR.98.1.141-150
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, *4*(3), 272-299. doi: 10.1037/1082-989X.4.3.272
- Finucane, M. M., Stevens, G. A., Cowan, M. J., Danaei, G., Lin, J. K., Paciorek, C. J.,... Ezatti, M. (2011). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*, *377*(9765), 557-567. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62037-5
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ...Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, *45*(1), 83-101, doi:10.1016/j.beth.2013.09.001
- Gordon, K. H., Holm-Denoma, J. M., Troop-Gordon, W., & Sand, E. (2012). Rumination and body dissatisfaction interact to predict concurrent binge eating. *Body Image*, *9*(3), 352-357. doi:10.1016/j.bodyim.2012.04.001
- Greco, L.A., Lambert, W., & Baer, R. A. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment*, *20*(2), 93-102. doi: 10.1037/1040-3590.20.2.93

- Griffith, J. W., & Raes, F. (2015). Factor structure of the Ruminative Responses Scale: A community-sample Study. *European Journal of Psychological Assessment, 31*(4), 247–253. doi: 10.1027/1015-5759/a000231
- Guadagnoli, E., & Velicer W. F. (1998). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin, 103*(2), 265–275. doi: 10.1037/0033-2909.103.2.265
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from pre-adolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(1), 128-140. doi:10.1037/0021-843X.107.1.128
- Hasegawa, A. (2013). Translation and initial validation of the Japanese version of the Ruminative Responses Scale. *Psychological Reports, 112*(3), 716-726. doi:10.2466/02.08.PR0.112.3.716-726
- Hatcher, L. (1994). *A step-by-step approach to using the SAS system for factor analysis and structural equation modeling*. Cary, NC: SAS Institute, Inc.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Hernández-Nieto, R. (2002). *Contribuciones al análisis estadístico*. Venezuela: IESINFO.
- Hilt, L. M., Cha, C. B., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: Moderators of the distress-function relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 63-71. doi:10.1037/0022-006X.76.1.63
- Hogan, B. E., & Linden, W. (2004). Anger response styles and blood pressure: At least don't ruminate about it! *Annals of Behavioral Medicine, 27*(1), 38-49. doi: 10.1207/s15324796abm2701_6
- Holgado-Tello, F., Chacón–Moscoso, S., Barbero–García, I., & Vila-Abad, E. (2010). Polychoric versus Pearson correlations in exploratory and confirmatory factor analysis of ordinal variables. *Quality & Quantity, 44*(1), 153-166. doi: 10.1007/s11135-008-9190-y
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Journal of Business Research Methods, 6*(1), 53-60.
- Hoyer, J., Becker, E. S., & Margraf, J. (2002). Generalized anxiety disorder and clinical worry episodes in young women. *Psychological Medicine, 32*(7), 1227-1237. doi: 10.1017/S0033291702006360

- Hu, L.T., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*(1), 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Ingram, R. E., Cruet, D., Johnson, B. R., & Wisnicki, K. S. (1988). Self-focused attention, gender, gender role, and vulnerability to negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*(6), 967-978.
- Kass, R. A., & Tinsley, H. E. A. (1979). Factor analysis. *Journal of Leisure Research, 11*(2), 120-138. doi: 10.1080/00222216.1979.11969385
- Kline, R. B. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Knowles, R., Tai, S., Christensen, I., & Bentall, R. (2005). Coping with depression and vulnerability to mania: A factor analytic study of the Nolen-Hoeksema (1991) Response Styles Questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology, 44*(1), 99-112. doi: 10.1348/014466504X20062
- Le Borgne, M., Boudoukha, A. H., Petit, A., & Roquelaure, Y. (2017). Chronic low back pain and the transdiagnostic process: How do cognitive and emotional dysregulations contribute to the intensity of risk factors and pain? *Scandinavian Journal of Pain*. doi: 10.1016/j.sjpain.2017.08.008.
- Lee, S., & Kim, W. (2014). Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the revised Korean version of Ruminative Response Scale. *Psychiatry Investigation, 11*(1), 59-64. doi: 10.4306/pi.2014.11.1.59
- Lee, I. A., & Preacher, K. J. (2013, September). Calculation for the test of the difference between two dependent correlations with one variable in common [Computer software]. Available from <http://quantpsy.org>.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression, Anxiety and Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation.
- Lucena-Santos, P., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D., & Oliveira, M.S. (2017). Cognitive Fusion Questionnaire: Exploring measurement invariance across three groups of Brazilian women and the role of cognitive fusion as a mediator in the relationship between rumination and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science, 6*(1), 53-62. doi: 10.1016/j.jcbs.2017.02.004
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*(2), 339-349. doi: 10.1037/0022-3514.65.2.339
- Marsh, H. W., Guo, J., Nagengast, B., Parker, P. D., Asparouhov, T., Muthén, B., & Dicke, T. (2017). What to do when scalar invariance fails: The extended alignment method for multi- group factor analysis comparison of latent

- means across many groups. *Psychological Methods*. [Advanced online publication]. doi: 10.1037/met0000113
- Marôco, J. (2010). *Analysis of Structural Equations: Theoretical foundations, software and applications*. Pero Pinheiro: Report Number.
- Marroquin, B. M., Fontes, M., Scilletta, A., & Miranda, R. (2010). Ruminative subtypes and coping responses: Active and passive pathways to depressive symptoms. *Cognition and Emotion*, 24(8), 1446-1455. doi: 10.1080/02699930903510212
- Mellings, T. M. B., & Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: The effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy*, 38(3), 243-257. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00040-6
- Morrison, R., & O'Connor, R. C. (2005). Predicting psychological distress in college students: The role of rumination and stress. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 447-460. doi: 10.1002/jclp.20021
- Moulds, M. L., Kandris, E., Starr, S., & Wong, A. C. M. (2007). The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 251-261. doi: 10.1016/j.brat.2006.03.003
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2015). *Mplus User's Guide* (7th Ed.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Naumann, E., Tuschen-Caffier, B., Voderholzer, U., Schäfer, J., & Svaldi, J. (2016). Effects of emotional acceptance and rumination on media-induced body dissatisfaction in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 82, 119-125. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.07.021
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582. doi: 10.1037/0021-843X.100.4.569
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). The Response Styles Theory. In C. Papageorgiou, A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 107-124). Chichester: John Wiley Sons.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115-121. doi: 10.1037/0022-3514.61.1.115
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition & Emotion*, 7(6), 561-570. doi: 10.1080/02699939308409206

- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd Ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- O'Connor, R. C., & Noyce, R. (2008). Personality and cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(3), 392-401. doi: 10.1016/j.brat.2008.01.007
- Raes, F., & Hermans, D. (2008). On the mediating role of subtypes of rumination in the relationship between childhood emotional abuse and depressed mood: Brooding versus reflection. *Depression and Anxiety*, *25*(12), 1067-1070. doi: 10.1002/da.2044
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2012). Rumination: Relationships with physical health. *Innovations in Clinical Neuroscience*, *9*(2), 29-34.
- Schoofs, H., Hermans, D., & Raes, F. (2010). Brooding and reflection as subtypes of rumination: Evidence from confirmatory factor analysis in nonclinical samples using the Dutch Ruminative Response Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *32*(4), 609-617. doi: 10.1007/s10862-010-9182-9
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Simonson, J., Mezulis, A., & Davis, K. (2011). Socialized to ruminate? Gender role mediates the sex difference in rumination for interpersonal events. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *30*(9), 937-959. doi:10.1521/jscp.2011.30.9.937
- Soo, H., Burney, S., & Basten, C. (2009). The role of rumination in affective distress in people with a chronic physical illness: A review of the literature and theoretical formulation. *Journal of Health Psychology*, *14*(7), 956-966. doi: 10.1177/1359105309341204.
- Soper, D. S. (2017). *A-priori sample size calculator for Structural Equation Models* [Software]. Available from (<http://www.danielsoper.com/statcalc>).
- Stevens, J. P. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Svaldi, J., Naumann, E., Trentowska, M., Lackner, H. K., & Tuschen-Caffier, B. (2013). Emotion regulation and its influence on body-related distress in overweight women. *Journal of Experimental Psychopathology*, *4*(5), 529–545. doi: 10.5127/jep.028712
- Tan, Y., Xin, X., Wang, X., & Yao, S. (2017). Cognitive emotion regulation strategies in Chinese adolescents with overweight and obesity. *Childhood Obesity*. [Advanced online publication]. doi: 10.1089/chi.2017.0123

- Thanoi, W., & Klainin-Yobas, P. (2015). Assessing rumination response style among undergraduate nursing students: A construct validation study. *Nurse Education Today*, *35*(5), 641-646. doi: 10.1016/j.nedt.2015.01.001
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination Reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, *27*(3), 247-259. doi: 10.1023/A:1023910315561
- Velicer, W. F., & Fava, J. L. (1998). Effects of variable and subject sampling on factor pattern recovery. *Psychological Methods*, *3*(2), 231-251.
- Vignola, R. C., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, *155*, 104-109. doi: 10.1016/j.jad.2013.10.031
- Wang, S. B., Lydecker, J. A., & Grilo, C. M. (2017). Rumination in patients with binge-eating disorder and obesity: Associations with eating-disorder psychopathology and weight-bias internalization. *European Eating Disorders Review*, *25*(2), 98-103. doi: 10.1002/erv.2499
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, *134*(2), 163-206. doi:10.1037/0033-2909.134.2.163
- Whitmer, A., & Gotlib, I. H. (2011). Brooding and reflection reconsidered: A factor analytic examination of rumination in currently depressed, formerly depressed, and never depressed individuals. *Cognitive Therapy and Research*, *35*(2), 99-107. doi: 10.1007/s10608-011-9361-3

Cognitive Fusion Questionnaire: Exploring measurement invariance across three groups of Brazilian women and the role of cognitive fusion as a mediator in the relationship between rumination and depression

Adaptado de:

Lucena-Santos, P., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D., & Oliveira, M. S. (2017). Cognitive Fusion Questionnaire: Exploring measurement invariance across three groups of Brazilian women and the role of cognitive fusion as a mediator in the relationship between rumination and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 53-62. doi.10.1016/j.jcbs.2017.02.004

Impact factor (JCR): 1.216

A publicação final está disponível em Elsevier via:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221214471730008X>

Abstract

This study aimed to test the measurement invariance of the Brazilian version of the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ), to investigate its internal consistency, concurrent validity and to explore the role of cognitive fusion as a mediator of the effect of rumination on depression symptoms in women. The CFQ showed good model fit and its one-factor structure was confirmed. Strong measurement invariance was obtained (using three samples of women: general population, college students and a medical sample of women with overweight or obesity). The scale showed good internal consistency, CFQ's scores were positively associated with symptoms of depression, anxiety, stress, psychological inflexibility and rumination, and negatively associated with mindfulness and decentering. Also, cognitive fusion emerged as mediator of the effect of rumination on depression symptoms in a medical sample of women. In conclusion, this study provides data confirming the robust psychometric properties of the Brazilian version of the CFQ, allowing reliable comparative studies between these three different populations of women.

Keywords: Cognitive fusion; CFQ; Measurement Invariance; Psychometric properties; Brazilian version

Introduction

In the last two decades, several models of psychotherapy have emerged, giving rise to the so called “third generation” of behavioural therapy (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2004). These new approaches highlight the importance of the context in which thoughts and feelings occur in the development and maintenance of psychopathology, and the role of acceptance and mindfulness in its treatment (Fletcher, & Hayes, 2005; Herbert, & Forman, 2013; Rector, 2013). Acceptance and mindfulness-based approaches focus on altering the relationship a person has with his or her internal experiences, as opposed to changing the form or content of cognitive events (Hayes, Follette, & Linehan, 2004).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012) is one of these psychotherapies. It is a form of contextual-behavioural therapy (Forman & Herbert, 2009) that has developed in parallel to a behaviour analytic account of language and human cognition called Relational Frame Theory (RFT; Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, McHugh, & Hayes, 2004). According to ACT, our capacity to arbitrarily associate stimuli also leads to the ubiquity of human suffering: the stimulus functions of aversive events (external or internal) can be brought to bear on an individual without those actual stimuli being present. In fact, via derived relating, a human being can be influenced by the stimulus properties of events that *no human being* has ever actually encountered, let alone that specific person has encountered. The ability of derived (as opposed to directly experienced) contingencies to influence behaviour and emotion is suggested as why it is hard to fully, effectively and permanently restructure cognitive networks (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte & Pistorello, 2013).

One of the core processes that ACT states to be central in understanding psychopathology is *cognitive fusion* (Hayes et al., 2004; Hayes et al., 2012), and it is conceptualized as the inappropriate and excessive regulation of behaviour by verbal processes such as derived relational responding (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Orsilo, Roemer, & Holowka, 2005). In other words, cognitive fusion refers to an excessive attachment to the content of thoughts, verbal rules and beliefs as well as an entanglement with emotions, sensations, and other private events, rather than noticing the ongoing process of these experiences (Luoma & Hayes, 2003). As a consequence of this entanglement with internal experiences, one tends to react to thoughts about an event as if those thoughts were the event itself (Blackledge & Hayes, 2001; Eifert & Forsyth, 2005). This is particularly evident with evaluative and self-descriptive thoughts (Bond et al., 2011), frequently leading to the disregarding of others sources of information and behavioural regulation (Luoma, Hayes, & Walser, 2007).

It is important to highlight that there are similar constructs such as decentering, metacognition and mindfulness that might overlap with cognitive

fusion, even though they are theoretically distinct. Specifically, while the main focus of defusion is to increase the behaviour repertoire, decentering is merely the ability to interrupt cognitive patterns by taking a detached view of one's internal experiences (Fresco et al., 2007; Gillanders et al., 2014). Furthermore, mindfulness has been described as a means through which decentering is achieved rather than a way of promoting values-based action (Segal, Williams, & Teasdale, 2002). Finally, metacognition is often referred to as the process of "thinking about thinking" (Wells, 2008), and it doesn't necessarily imply taking the step back from cognitive events and also doesn't promote actions congruent with personal values.

Empirical studies have been published showing the association between cognitive fusion and psychopathological symptoms, such as anxiety (Herzberg et al., 2012), depression and shame traumatic memories (Gillanders et al., 2014; Dinis, Carvalho, Pinto-Gouveia & Estanqueiro, 2015), work stress, burnout, lowered quality of life and low life satisfaction (Gillanders et al., 2014), eating-related symptoms (Trindade, & Ferreira, 2014), guilt and rumination (Romero-Moreno et al., 2014). In fact rumination, which has been described as a specific self-focused attention process that involves both the repetitive thinking on personal negative feelings and a self-reflection on the events that have led to these feelings (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), is correlated with cognitive fusion (Gillanders et al., 2014), even though both processes are theoretically different. Also, rumination is a well-established predictor of depression symptoms (Nolen-Hoeksema, 2004; Watkins, 2008).

Nevertheless, not all people who present high scores of rumination will necessarily show depressive symptomatology, which might suggest the existence of other psychological processes operating this relationship. Theoretical models have described cognitive fusion as an important psychological process involved in the maintenance of depression psychopathology. In fact, the deleterious effect of cognitive fusion results from the entanglement itself with the process of thinking and the inability to get an observing stance to the thought process (Zettle, 2007).

Moreover, given the language-based nature of these two processes (i.e. rumination and cognitive fusion), it is possible to hypothesise that cognitive fusion, by maintaining the entanglement with the internal process of thinking, might contribute for the ongoing negative effect of ruminative responses on depression. To our knowledge, this mechanism has never been explored.

In fact, recent empirical studies have stressed the impact of cognitive fusion in adult females (Ferreira, Palmeira, & Trindade, 2014; Trindade, & Ferreira, 2014) including in women experiencing weight-related difficulties and disordered eating (Duarte, Pinto-Gouveia, & Ferreira, 2015). Additionally, it seems that women tend to experience more frequently patterns of repetitive thinking and more depression symptoms than men (Hankin et al., 1998; Simonson, Mezulis, & Davis, 2011; Dinis et al., 2015, Romero-Moreno et al., 2014). Also, some studies have suggested that women have more cognitive fusion than men (Dinis et al., 2015) and that clinical depressive symptoms are positively associated with cognitive fusion only in female caregivers (Romero-Moreno et al., 2014). Finally, empirical findings also suggest that obesity is highly associated with depression, being considered a risk factor for developing depression symptoms (Luppino et al., 2010). Hence, it seems to be rather important to explore the relationship between the aforementioned psychological mechanism in women, particularly those who struggle with weight and eating-related difficulties.

Historically, studies have operationalised cognitive fusion using measures such as “believability of thoughts” as an approximated construct to assess cognitive fusion, using the Believability of Anxiety Feelings and Thoughts Scale (BAFT; Herzberg et al., 2012). This is a relatively narrow conceptualization of cognitive fusion given that it is circumscribed to anxiety. Cognitive fusion has also been operationalised as “believability of thoughts” in studies by Zettle and colleagues (Zettle, Rains, & Hayes, 2011). Other studies have used The Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth as a measure of cognitive fusion (AFQ-Y; Greco, Lambert, & Baer, 2008; Fergus et al., 2012). This instrument does contain fusion items, though also assesses other ACT processes (e.g.

experiential avoidance). The Drexel Defusion Scale (DDS; Forman et al., 2012) is a measure of cognitive defusion that has an instruction set that may actually prime defused responding. In addition it relies on responses to vignettes rather than actually sampling fused or defused responding (Gillanders et al., 2014).

The lack of a well-suited instrument specifically created to measure cognitive fusion and to provide a general score of fusion, led to the development of the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ; Gillanders et al., 2014). The CFQ has several advantages when compared to proxy measures of cognitive fusion: a) it was specifically developed to measure cognitive fusion as a process; b) it is not population- nor content-specific; c) not time-consuming, giving it is composed by 7-items; d) it doesn't require familiarization with the construct.

The CFQ started from a pool of 42 items and were progressively improved by reducing it into 28, 13 and 7-items final version (Gillanders et al., 2014). Additionally, the original study conducted a series of Confirmatory Factor Analyses and showed a unifactorial structure with good model fit across different samples.

Currently the CFQ is only translated into few languages. For example, the Italian version of the CFQ-13 (Dell'Orco, Prevedini, Oppo, Presti, & Moderato, 2012), has good internal consistency ($\alpha = .84$) and test-retest reliability ($\rho = 0.75$; $p < 0.001$), although it didn't confirm the obtained factor structure and it only validated the 13-items version. There are also preliminary results from a Dutch version of the CFQ-13, with good internal consistency ($\alpha > .80$). However, this was not a validation of CFQ's final version and no information was given regarding factor analysis (Batink, & De Mey, 2011).

There is a Spanish validation of the CFQ-7 (Romero-Moreno et al., 2014), that presented better results than the 13-items version regarding the internal consistency ($\alpha = .87$). Also the factor structure was confirmed with good model fit indices. Furthermore, the psychometric study of the French version was also performed with the final 7-items scale and found good internal consistencies (ranging from .73 to .92 considering different samples). The French study

confirmed the CFQ's one-factor structure with good model fit indices (Dionne, Balbinotti, Gillanders, Gagnon, & Monestès, 2014).

It is crucial to bear in mind that self-report measures can be extremely useful resources and key-components for the psychological science and practice, if their scores are previously validated in the specific context where they are being applied (Urbina, 2014). Moreover, despite the growing interest among Brazilian researchers and clinicians in ACT processes, there is not a Brazilian Portuguese version of CFQ – which can be a potential obstacle for the dissemination and scientific advance of the ACT literature and resources in a country with 200 million inhabitants.

Additionally, apart from the original CFQ paper (Gillanders et al., 2014), there is still a lack of studies exploring the CFQ's measurement invariance across different samples. Analysis of measurement invariance across different groups of interest is an important statistical procedure that will test if the scale is measuring the same construct, in the same way, when responded by qualitatively distinct samples. Thus, in order to compare and to analyse scores from the same measure between different sets of individuals, one must first assume the considered values are numerically on the same measurement scale for all samples (Widaman, & Reise, 1997). In fact, statistically speaking, any group comparisons made through a given scale for which measurement invariance cannot be demonstrated does not yield meaningful or acceptable results and interpretations (Chen, Souza, & West, 2005).

In line with this, the current study has five aims: a) to translate and validate the CFQ to Brazilian-Portuguese; b) to confirm the CFQ's unifactorial structure; c) to explore the existence of measurement invariance across three qualitatively different samples; d) to analyse the internal consistency and concurrent validity of the CFQ; e) to explore the role of cognitive fusion as a mediator of the effect of rumination on depression symptoms in a medical sample.

Methods

Design and ethics

This is a cross-sectional study with a between-groups design, through which the CFQ's psychometric properties and validation study were conducted. The samples were recruited as part of a major study on psychological flexibility and emotional-related difficulties in eating behaviours of adult women (Grant's references: CAPES: BEX Process number 0514/12-8, FAPERGS: 2263-2551/14-4SIAFEM and CNPq 408697/2013-0). The project was submitted and approved by the Scientific Committee of a Rio Grande do Sul University, under the official letter n° 014/2013. Additionally, it was approved by the Research Committee of the same institution under the report n° 386.978. All participants signed a consent form before participating in the study and were provided clarification regarding the goals of the research, as well as its voluntary and confidential nature.

Translation and adaptation steps

Firstly, two independent translators, both fluent in English and native in Brazilian Portuguese, did a translation to Brazilian Portuguese and a back-translation to English. Then, a committee of three juries who had lived in different Brazilian states – in order to ensure that the Brazilian version would be understood by people with different cultural backgrounds – was composed, in order to decide which translation of each item should compose the CFQ's preliminary version. These experts in the construct assessed by the CFQ were also fluent in English and Portuguese, and had experience in translations and transcultural adaptations of psychological measures. They provided an assessment on a 5-point Likert scale for each translated item according to: a) clarity of language, b) practical pertinence for the target culture and c) theoretical relevance (Cassep-Borges, Balbinotti, & Teodoro, 2010). Afterwards, the Content Validity Coefficient (CVC; this coefficient vary from 0 to 1, the higher the value, the stronger the validity of item's content) was calculated according to Hernández-Nieto (2002), i.e., all 7 items presented $CVC \geq .8$, which

indicates a good content validity. Finally, a pilot study was conducted in a sample of 26 Brazilian adults (being 73.1% female, $n= 19$), with a mean of 13.63 ($SD= 2.62$) years of education and a mean age of 21.92 ($SD= 13.89$; Min. = 18; Max. = 58). Regarding marital status, 65.4% ($n=17$) were single, 30.8% ($n= 8$) were married/cohabiting and 3.8% ($n= 1$) were divorced. Thus, since participants did not report any difficulty in understanding the items, the CFQ's final version was originated and the official data collection was initiated.

Sample size

When conducting Structural Equation Modeling (SEM), and specifically factor analysis, it is advised that each sample should be at least 10 times the size of the number of items in the scale (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 2005). It is also suggested to be considered a ratio of 10 to 15 observations to each manifest variable in the model is necessary for conducting SEM (Marôco, 2010). Taking these suggestions into consideration, and since the CFQ has 7 items, each sample used in the factorial analysis should be at least ≥ 70 .

Regarding our hypothesized mediational model, we used the Soper's Sample Size Calculator for SEM (Soper, 2017), in order to calculate the minimum sample size required to detect effect. Thus, considering a minimum anticipated effect size of .4, probability level of 5% and statistical power $\geq .8$, it is necessary at least 44 participants.

Recruitment and Sampling

Data was collected during 2014 in three independent samples: a) college female student sample composed of students attending the fifth year of the Psychology Course in a private university from Rio Grande do Sul; b) general population sample, composed of individuals who were approached to participate in the study in three citizen's bureau and in Porto Alegre Bus Station; c) medical sample, composed of women with overweight or obesity currently being enrolled in endocrinology and obesity consultations of a public hospital in Porto Alegre.

BMI data for the medical sample was obtained from the medical information sheet provided by the clinical practitioners.

For all three samples, the inclusion criteria were: a) female gender; b) age between 18 and 60; c) ≥ 5 years of education (in order to diminish difficulties in understanding the items from the questionnaires). Specifically for the medical sample, participants had also to meet the following inclusion criteria: a) presenting a Body Mass Index (BMI) ≥ 25 (kg/m² – Finucane et al., 2011); and b) currently receiving a treatment for weight loss.

At Porto Alegre's Bus Station, participants were invited to collaborate in the study by a member of the research team during the time they were waiting for their buses (only if they had at least 40 minutes to wait until their transport would arrive). This criterion was adopted as the average time to complete the research protocol was around 25 minutes. At the citizen's bureaus, only individuals that were waiting to be called and had at least 20 people ahead in the waiting room were invited to participate in the study. Finally, participants from the medical sample completed the protocol while waiting to be called for their consultations in a public hospital (generally the average time to be called was of 45 minutes). All participants responded to the protocol while comfortably seated and while using a clipboard provided by the researcher. Potential participants who did not meet inclusion criteria did not participate in the study and were provided a rationale for that.

Participants

The current study is inscribed in a major research project designed to explore the impact of different psychological processes in women struggling with weight-related and eating difficulties. The statistical analyses were performed in the following independent samples:

The factor analyses were conducted in Sample 1, which was composed of $N = 677$ ($n = 301$ from the general population; $n = 171$ college students; and $n = 205$ women with overweight or obesity currently in treatment for weight loss –

medical sample). See Table 1 for a description of sociodemographic characteristics.

Table 1
Characteristics of Sample 1

	Total Sample			Sample from the General Population			College Students Sample			Medical Sample		
	<i>(n=677)</i>			<i>(n=301)</i>			<i>(n=171)</i>			<i>(n=205)</i>		
	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Age	33.62 (11.92)	18	60	32.58 (10.21) ^a	18	60	25.0 (8.86) ^a	18	58	42.04 (10.81) ^a	18	60
Years of Education	13.09 (3.90)	5	25	13.44 (3.53) ^b	5	25	13.73 (2.64) ^b	5	25	11.66 (3.83) ^a	5	24
BMI	27.51 (7.62)	17	66	24.39 (4.43) ^a	17	43	23.13 (4.49) ^a	17	45	35.72 (6.94) ^a	25	66
	<i>N</i>	<i>%</i>		<i>n</i>	<i>%</i>		<i>n</i>	<i>%</i>		<i>n</i>	<i>%</i>	
Marital status												
Married/cohabiting	265	39.2		106	35.2		31	18.1		129	62.9	
Divorced	12	1.8		22	7.3		4	2.4		10	4.9	
Widowed	37	5.4		2	0.7		0	0		10	4.9	
Single	363	53.6		171	56.8		136	79.5		56	27.3	
Occupational status												
Retired	217	7.5		17	5.6		6	3.5		28	13.7	
Employed	409	60.4		210	69.8		75	43.9		124	60.5	
Unemployed	51	32.1		74	24.6		90	52.6		53	25.8	

Note: Max= maximum; Min= minimum; BMI = Body Mass Index. ^a= There are significant differences regarding age, education and BMI between groups ($p \leq .01$); ^b= There are not significant differences regarding education between the general population and the college student's groups ($p = .8$, CI 95% = [-1.0, .57]).

Two additional independent samples (Sample 2 and Sample 3) were used in order to perform concurrent validity analyses:

Sample 2 was composed of 324 participants ($n= 106$ from general population; $n= 116$ college students; $n= 102$ participants from medical sample) who responded to the CFQ, RRS-10 and DASS-21. The mean age of the total sample was 34.61 years ($SD= 12.09$), with a mean of 12.25 ($SD= 3.55$) years of education and a BMI average of 28.77 ($SD= 8.59$). Regarding marital status, 47.8% ($n= 155$) were single, 42.3% ($n= 137$) were married/cohabiting, 6.7% ($n= 22$) divorced and 3.2% ($n= 10$) were widowed. Additionally, the majority of participants were employed (63.3%, $n= 205$), followed by unemployed (33.6%, $n= 109$) and retired (3.1%, $n= 10$).

It is important to note that concurrent validity analyses were performed only after having the factor analyses results. Since factor analyses results showed strong measurement invariance (see Results section), we have subsequently conducted the concurrent validity analyses using the total Sample 2.

Sample 3 was composed of 198 women from general population (who responded to the CFQ, MAAS, AAQ-II and EQ), with an average of 13.68 ($SD= 3.38$) years of education, a mean of 31.13 ($SD= 9.96$) of age and 23.78 ($SD= 4.09$) of BMI. In terms of marital status, the majority of participants were single (64.6%, $n= 128$) followed by married/cohabiting (31.8%, $n= 63$) and divorced (3.5%, $n= 7$). In regard to occupational status, 69.2% ($n= 137$) were employed, 29.8% ($n= 59$) unemployed and 1% ($n= 2$) retired.

Finally, we have conducted the mediational analysis in a subset of Sample 2. Specifically, our mediational model was tested in a group of women ($n=102$) with overweight or obesity who were enrolled in endocrinology and obesity consultations, as these seem to present higher risk for developing depression than non-overweight women (Luppino et al., 2010). The mean age of participants was 43.23 years ($SD= 9.98$), with a mean of 9.70 ($SD= 2.86$) years of education and a BMI average of 38.39 ($SD= 7.24$). Regarding marital status, 65.7% ($n= 67$) were

married/cohabiting, 19.6% ($n= 20$) were single, 11.8% ($n= 12$) widowed and 2.9% ($n= 3$) were divorced. Additionally, the majority of participants were employed (51.0%, $n= 52$), followed by unemployed (39.2%, $n= 40$) and retired (9.8%, $n= 10$).

Measures

Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21; Lovibond, & Lovibond, 1995) is a self-report measure composed of 21 items that assess symptoms of depression, anxiety and stress, according to a 4-point Likert scale (0 = Did not apply to me at all; 4 = Applied to me most of the time). The Brazilian version of DASS-21 showed good internal consistency, with Cronbach's Alpha values ranging from $\alpha = .86$ and $\alpha = .92$ (Vignola, & Tucci, 2014).

Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ; Gillanders et al., 2014) was developed to measure the extent to which a person tends to get entangled with their internal experiences (e.g., thoughts, emotions, and memories), i.e., cognitive fusion. This is a 7-item self-report measure in which the respondent states the extent to which they agree to each sentence (e.g. "My thoughts cause me distress or emotional pain", "I get upset with myself for having certain thoughts") using a 7-point Likert scale (1= Never true; 7 = Always true). The total score is calculated by the sum of the items. Higher scores represents greater fusion. The original version found Cronbach's Alpha values between $\alpha = .88$ and $\alpha = .93$ considering different samples.

Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II; Bond et al., 2011) is a 7-item self-report instrument for measuring psychological inflexibility. The respondent answers using a 7-point Likert scale, anchored 1= Never true to 7 = Always true. The original version of the AAQ-II had a Cronbach's Alpha of $\alpha = .84$ and the Brazilian version showed $\alpha = .87$ (Barbosa, 2013).

Ruminative Response Scale – short version (RRS-10, Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003) is a 10-item self-report measure in which a 4-point Likert scale (1= almost never; 4 = almost always) is used to

assess the extent to which a person engages in ruminative self-focussed attention in response to dysphoric mood. RRS-10 is composed of two subscales: (1) Brooding: defined as “a passive comparison of one’s current situation with some unachieved standard” (e.g. “Think “Why do I always react this way?”; “Think “Why do I have problems other people don’t have?”); and (2) Reflection: conceptualized as “a purposeful turning inward to engage in cognitive problem solving to alleviate one’s depressive symptoms” (e.g. ‘Write down what you are thinking and analyse it’; ‘Go someplace alone to think about your feelings’). (Treyner et al., 2003, p.256). It is important to emphasise that RRS-10 can be used as a one-dimensional measure of rumination depending on the research questions one aims to explore (Joormann, Dkane, & Gotlib, 2006; Whitmer, & Gotlib, 2011; Treyner et al., 2003). Higher scores meaning more rumination. The internal consistency (assessed through Cronbach’s Alpha values) of the original scale was $\alpha = .77$ for brooding, $\alpha = .72$ for reflection and $\alpha = .85$ for the total scale. The Brazilian validation of RRS-10 presented $\alpha = 0.81$ for the total scale (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, Carvalho & Oliveira, 2017).

Mindful Attention Awareness Scale (MAAS; Brown, & Ryan, 2003): The MAAS is a unidimensional scale that aims to evaluate ‘trait’ mindfulness. The measure is composed of 15 items using a 6-point Likert Scale (1= almost always; 6= almost never). Higher scores indicate higher levels of mindful awareness. The Cronbach’s Alpha of the original scale was $\alpha = .87$ and the Brazilian version showed $\alpha = .83$ (Barros, Kozasa, Souza, & Ronzani, 2014).

Experiences Questionnaire (EQ; Fresco et al., 2007): This self-report measure assesses decentering, i.e., the ability to observe one’s thoughts and feelings as transient and temporary experiences. It is composed of 11-items using a 5-point Likert scale (1= never; 5= always). The original validation found a unidimensional structure with high Cronbach’s Alpha values ($\alpha = .90$) as well as the Brazilian version with $\alpha = .90$ (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia & Oliveira, 2016).

Analytical strategies

Descriptive analyses (means, standard deviations and measures of dispersion) were assessed through SPSS statistics software (v.20; SPSS Inc., Chicago, IL). In order to test differences regarding age, education and BMI between the groups, a one-way analysis of variance (ANOVA) was carried out which revealed significant differences regarding age ($F(2, 675) = 132.15$, $p < .001$), education ($F(2, 675) = 20.90$, $p < .001$) and BMI ($F(2, 675) = 352.25$, $p < .001$). Since the Levene's test showed that the assumption of the equality of variances between groups was violated regarding all variables in study ($p < .001$), the post hoc analysis was performed using an inequality of variances' procedure. Thus, the Games-Howell post hoc analysis was performed since it is considered the most precise procedure when there are also size differences between groups (Field, 2013). Post-hoc results were reported in Table 1.

Confirmatory Factor Analysis (CFA), Multigroup Analysis (MA), and Path Analysis, were performed using AMOS software (v.19, SPSS Inc., Chicago, IL), in which the assumptions were also tested: normality was assessed according to values of Skewness (Sk) and Kurtosis (Ku) uni and multivariate, where values of $Sk > |3|$ and $Ku > |10|$ indicate severe violations of normality (Kline, 2010). Additionally, the presence of outliers was assessed through squared Mahalanobis Distance (MD^2) according to observations with values of p_1 and $p_2 < .05$ (as it may indicate that these observations are possible outliers) (Marôco, 2010). Cases with missing values were excluded according to the results of Missing Value Analysis (MVA) procedure provided by SPSS, and they were completely at random and less than 5% of cases (Tabachnick, & Fidell, 2007). Thus, the analysis was performed only with participants who completed the entire protocol.

Confirmatory Factor Analysis using the Sample 1 aimed to test the fit of the CFQ's unifactorial structure. A combination of different goodness-of-fit indices was used to determine the global adjustment of the model (Kline,

2010). Specifically, we used the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Normed Chi-square (χ^2/df), Tucker-Lewis Index (TLI), Goodness of Fit Index (GFI) and Comparative Fit Index (CFI). We consider that RMSEA values $< .05$ indicate an acceptable level (Schumacker, & Lomax, 2004). Regarding the Normed Chi-square, values of $\chi^2/df \leq 1$ indicate a very good model fit, between 1 and 2 a good model fit, and values greater than 5 a poor fit. (Marôco 2010; Schumacker, & Lomax, 2004). GFI and CFI values above .95 indicate a very good fit (Hu, & Bentler, 1999), and the same threshold can be considered for TLI (Schumacker, & Lomax, 2004). Finally, the local adjustment of the model was assessed by both the standardized factor weights and the individual reliability of the items, taking into account values of $\lambda \geq .50$ and $R^2 \geq .25$ (Marôco, 2010).

Maximum Likelihood was used as an estimation method and a chi-square test of differences was calculated (as described in Marôco, 2010) in order to test if model fit differs significantly between models. Moreover, in order to test whether the modified model presents better validity in the studied groups when compared to the original one, we used the

Modified Expected Cross Validation Index (MECVI). MECVI indicates the extent to which a given model would likely fit a new validation sample covariance matrix. Thus, lower MECVI values indicate lower discrepancy between the model under consideration and a new matrix (Wegener, & Fabrigar, 2000).

Multigroup Analysis aimed to assess measurement invariance across samples (general population, college students, and medical sample). Measurement invariance was evaluated through the comparison between the unconstrained model and the following ones: (1) a model constrained to be equal across groups in terms of factor loadings: this analysis tests if weak factorial invariance is present; and (2) a model that extends the previous one by the additional constraint in terms of item's intercepts in order to test if strong factorial invariance is present - it provides substantively invariant

interpretations regarding differences in factor means and variances across groups (Widaman, & Reise, 1997).

Internal consistency was assessed through Cronbach's Alpha, where values of $\alpha > .7$ indicate adequate internal consistency (Kline, 2000).

Concurrent validity was assessed by Pearson's correlations. We hypothesize the CFQ to be positively associated with RRS-10, AAQ-II and with the subscales that compose DASS-21 and to be negatively associated with EQ and MAAS.

Finally, a mediational analysis was performed using Path Analysis with Maximum Likelihood as the estimation method. In order to test the direct, indirect and total standardized effects, we used the bootstrap procedure with 2000 resamples, as this method is considered one of the most reliable and powerful procedure in testing the significance of the effects (Marôco, 2010). We used 95% bias-corrected confidence interval and effects were considered statistically significant if zero was not included in the interval between the lower and upper bound (Kline, 2010). A simple mediation is considered when the effect of a variable X on Y is at least in part transmitted through a third variable (M = mediator) (Hayes, 2013).

Results

Regarding analytic assumptions, cases with missing data were excluded, since they were completely at random and less than 5% of cases. Therefore, no imputation strategy was applied and all analyses were performed with complete data from participants. For all variables, visual inspection of histograms, as well as the observed values of skewness and kurtosis indicated normal distribution ($Sk \leq 0.648$ and $Ku \leq -0.618$). Additionally, there were no outliers.

Confirmatory Factor Analysis

A model was specified where all 7 items pertained to a single factor (see Fig. 1). The analysis was conducted using Sample 1. All items

presented high values of factor weights and reliability of the individual items ($\lambda \geq .71$ and $R^2 \geq .51$, respectively).

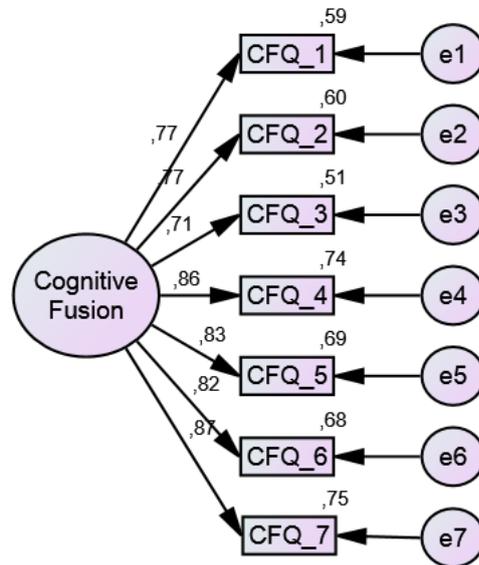


Figure 1. Standardized factor weights of the 7 items from CFQ in the original model ($N=677$). $\chi^2(14)=112,185$; $\chi^2/df = 8,013$; $p < 0.001$; CFI = .971; GFI = .952; TLI = .956; RMSEA = .102; $p < .001$.

GFI, CFI and TLI values were higher than .95, which indicate a very good fit of the model, whereas RMSEA and χ^2/df values indicated a poor model fit.

Modification indices suggested that the correlation between several pairs of item's errors would improve model fit. However, it was only theoretically justifiable to allow correlation of errors between items 1 and 2 (which both have statements that imply cognitive fusion as a source of suffering – item 1 “My thoughts cause me distress or emotional pain”; item 2 “I get so caught up in my thoughts that I am unable to do the things that I most want to do”), and between item 2 and item 3 (both stating cognitive fusion as ineffective/unhelpful – item 3 “I over-analyse situations to the point where it's unhelpful to me”).

According to Kline (2010), it is common to add paths to the model when items composing the same factor present correlated errors, as long as their correlation is theoretically justifiable (i.e., similar content or formulation). Taking this into consideration, the model was re-specified with the aforementioned errors 'correlations. Results can be observed in Figure 2.

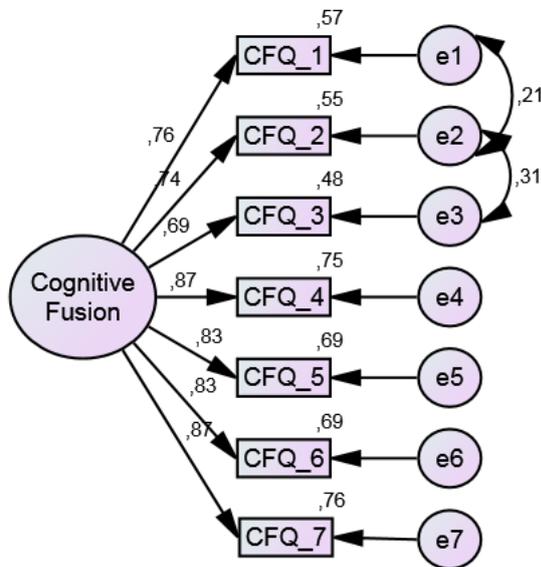


Figure 2. Standardized factor of the 7 items in CFQ on the modified model (N=677). $\chi^2(12)=23,935$; $\chi^2/df = 1.995$; $p=0.021$; CFI = .996; GFI = .990; TLI = .994; RMSEA = .038; $p = .784$.

The modified model presented a very good model fit ($\chi^2/df = 1,995$; TLI = .994; CFI = .996; GFI = .990; RMSEA = .038; $p = .784$). Results showed high levels of factor weights and individual reliability ($\lambda \geq .69$ e $R^2 \geq .48$ – see Figure 2).

In addition, a chi-square difference test was conducted in order to test if the modified model presented a significantly improved fit than the original model, which was confirmed ($\Delta\chi^2(2) = 88.25$; $p < .05$). Hence, the final modified model (with errors from item 1 and 2, and from items 2 and 3, correlated) presented a better fit than the original model. It is also worth mentioning that the modified model presented considerably lower levels of Modified Expected Cross Validation Index (MECVI= .083) than the original model (MECVI= .208), which indicates that the modified model presents better validity in the study population when compared to the original model.

Multigroup analysis

Figure 3 presents the standardized factor weights and individual reliability of each item in each of the three groups of Sample 1.

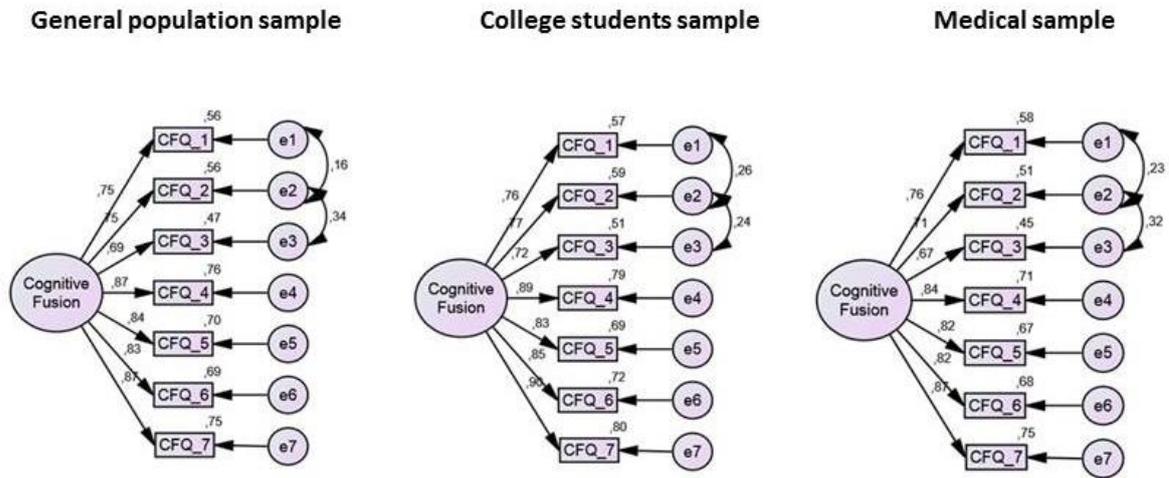


Figure 3. Standardized factor weights of the 7 items in CFQ for the three samples in study (general population, $n=301$; college students, $n=171$; and medical sample, $n=205$) $\chi^2(48)=82.414$; $\chi^2/df = 1.717$; $p=0.001$; CFI = .990; GFI= .970; TLI = .987; RMSEA = .033; $p =.994$.

The proposed factor model presented very good fit indices ($\chi^2/df = 1.717$; CFI = .990; GFI= .970; TLI = .987; RMSEA = .033; $p =.994$), simultaneously in the three different samples. High values of individual items reliability and factor weights were obtained ($\lambda \geq .67$ e $R^2 \geq .45$, considering all three different groups).

No differences were presented in regard to factor weights ($\Delta\chi^2(12)= 4.208$; $p= .979$), nor in terms of intercepts ($\Delta\chi^2(14)= 23.123$; $p= .058$), which shows strong measurement invariance between the three samples.

Internal consistency

Sample 1 was used in order to perform the internal consistency analysis. Cronbach's Alpha for the total sample was $\alpha = .93$. The sample from general population presented $\alpha = .93$, while the college students and in the medical samples showed $\alpha = .94$ and $\alpha = .92$, respectively.

According to the values of “Alpha if item deleted”, it was possible to conclude that all items were contributing for the internal consistency of this measure, since none of the items, if deleted, would increase the Cronbach’s Alpha.

Achieved statistical power associated with the total Cronbach’s Alpha found was post-hoc calculated using Zaiontz’s formula (Zaiontz, 2015) in Excel. Thus, considering $H_0 = .70$, $H_1 = .93$, $p \leq .05$, $n = 677$, $k = 7$, $df_1 = 676$, $df_2 = 4,056$, $F_{crit} = 1,098$, $Y_{crit} = .727$ and $W_1 = .256$, was found $1-\beta = 1$, which means 100% of statistical power.

Concurrent validity

Concurrent validity of the CFQ was conducted in Samples 2 and 3. Pearson’s correlations between the CFQ and other variables in study are presented in Table 2. The CFQ was positively and significantly associated with rumination, depression, anxiety, stress and psychological inflexibility and negatively associated with mindfulness and decentering.

Table 2*Correlation between CFQ and variables in study*

Sample 2 (<i>n</i> = 324)								
Variable	<i>A</i>	CFQ	RRS-10	Brooding	Reflection	Depression	Anxiety	Stress
CFQ	0.93	1						
RRS-10	0.80	0.56**	1					
Brooding	0.74	0.61**	0.85**	1				
Reflection	0.74	0.34**	0.85**	0.45**	1			
Depression	0.89	0.60**	0.43**	0.54**	0.19**	1		
Anxiety	0.85	0.53**	0.36**	0.42**	0.19**	0.72**	1	
Stress	0.85	0.64**	0.51**	0.59**	0.28**	0.73**	0.71**	1
Sample 3 (<i>n</i> = 198)								
Variable	<i>A</i>	CFQ	MAAS	EQ	AAQ-II			
CFQ	0.93	1						
		-						
MAAS	0.86	0.42**	1					
		-						
EQ	0.80	0.49**	0.40**	1				
AAQ-II	0.94	0.77**	-0.48**	-0.55**	1			

Note. CFQ= Cognitive Fusion Questionnaire - short version; RRS-10= Ruminative Responses Scale - Short version; MAAS= Mindful Attention Awareness Scale; EQ= Experiences Questionnaire; AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire - short version.

**Correlation is significant at 0.01 level.

Achieved power of correlational analysis were post-hoc estimated using G*Power (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009). Thus, our results had a statistical power of .98 in Sample 2 (i.e., considering $r \geq .19$ and $n = 324$) and of .99 in Sample 3 ($r \geq .40$; $n = 198$).

Mediation Analysis

A Path Analysis was performed in a medical sample of women with overweight or obesity who were enrolled in endocrinology and obesity consultations ($n = 102$; see Participants section for further sample details).

The theoretical model was tested (Figure 4) in order to explore the role of cognitive fusion as a mediator in the relationship between rumination and depression symptomatology. The model has 6 parameters and was fully saturated (i.e. zero degrees of freedom), so the model fit indices were neither tested nor reported, since fully saturated models always produce a perfect adjustment to the data.

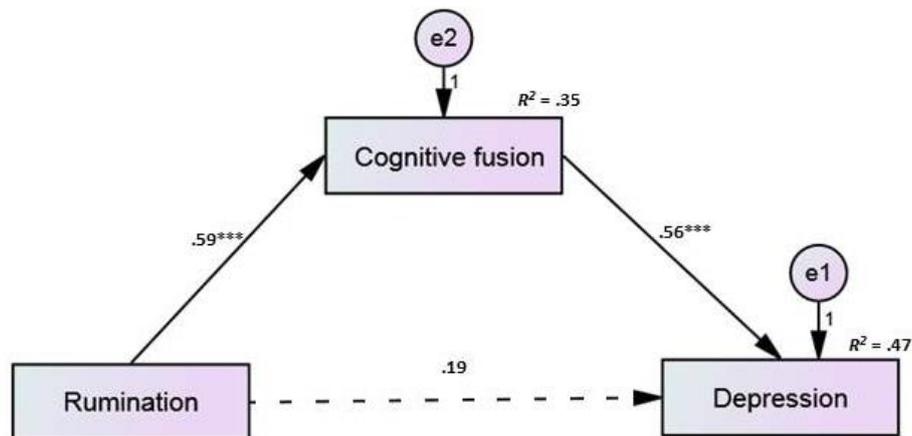


Figure 4. The mediational effect of cognitive fusion on the impact of rumination on depressive symptoms. Standardized coefficients are presented. $R^2 = R$ squared; *** $p < .001$

Results showed a positive and significant direct effect of cognitive fusion on depressive symptomatology ($\beta = .555$; 95% CI = [.389; .710]; $p = .001$), as well as a positive and significant indirect effect (through cognitive fusion)

of rumination on depressive symptoms ($\beta=.328$; 95% CI= [.216; .448]; $p=.001$). Additionally, the direct effect of rumination on depression symptoms, in the presence of cognitive fusion, was not significant (95% CI= [-.001; .385]; $p=.056$) with $\beta=.194$, which indicates an indirect-only mediation. Finally, the standardized total effect of rumination on depression symptoms was significant ($\beta=.522$; 95% CI= [.344; .680]; $p=.001$). The model explained 47% of depression symptomatology. The observed incremental increase in the R^2 (between the model tested and one without the mediator) was $\Delta R^2 = .20$, which represents 42.5% of the total variance explained by the model.

Discussion

We have found that the CFQ shows strong measurement invariance between the three groups in study. To our knowledge, there is only one study that explored the CFQ's measurement invariance, in which the samples included a) healthy, non-treatment seeking participants, b) participants enrolled in a work site stress management programme, c) participants with a range of mental health difficulties, d) participants with multiple sclerosis and e) participants who were dementia carers (Gillanders et al., 2014). As part of this work, Gillanders and colleagues confirmed the unifactorial structure of the CFQ across these five different samples. However, the CFQ did not show strong measurement invariance across these five samples, suggesting that there are differences between how the items are responded to between these different samples. Gillanders and colleagues concluded that further work is necessary to explore responses to the CFQ in different samples (Gillanders et al., 2014). Thus, the present study expands on previous literature as it provides further evidences of CFQ's strong measurement invariance, allowing researchers to establish reliable interpretations across groups.

In addition, our results confirm the CFQ's unifactorial structure, as previously suggested by Gillanders and colleagues (2014). CFA showed very

good model fit ($\chi^2/df = 1.995$; TLI = .994; CFI = .996; GFI = .990; RMSEA = .038; $p = .784$) and high levels of factor weights and individual reliability ($\lambda \geq .69$ e $R^2 \geq .48$). To our knowledge, the only published paper of a translated version of the CFQ-7 is the Spanish version, which conducted the analysis in a sample of 179 caregivers of relatives with dementia (Romero-Moreno et al., 2014). The factor structure was confirmed and showed good model fit ($\chi^2/df = 2.37$; RMSEA = .088; GFI = .95; CFI = .96; IFI = .96), which is in accordance with our results as well as with the data obtained in the original validation.

Furthermore, results showed that the CFQ's Brazilian version has an excellent internal consistency (i.e., Cronbach's Alpha of $\alpha = .93$ total sample, $\alpha = .93$ general population sample, $\alpha = .94$ college students sample, and $\alpha = .92$ medical sample). These data are in line with previous studies of the CFQ which found Cronbach's Alpha values of $\alpha = .87$ (Romero-Moreno et al., 2014) and ranging from $\alpha = .88$ to $\alpha = .93$ (Gillanders et al., 2014).

Additionally, regarding concurrent validity, the results from correlation analysis showed that cognitive fusion was positively and significantly associated with depression, anxiety and stress symptoms, psychological inflexibility and rumination, while negatively associated with mindfulness and decentering. On the one hand, these results seem to suggest that cognitive fusion is in fact a different construct than other psychological processes with which it might share common elements such as mindfulness, decentering and psychological inflexibility. On the other hand, these results are in accordance with both previous literature on cognitive fusion (e.g. Hayes, et al., 2012) and empirical results associating cognitive fusion, psychological processes and psychopathological symptoms (e.g. Dinis et al., 2015; Romero-Moreno et al., 2014; Gillanders et al., 2014).

The correlation between the CFQ and decentering (EQ) deserves further consideration. In the original validation study, Gillanders and colleagues (2014) postulate that defusion and decentering are similar constructs, but that defusion is more specific than decentering and thus

more narrowly and behaviourally defined. This study represents, to our knowledge, the first empirical investigation of the relationship between fusion and decentering. Whilst they are significantly correlated, the strength of this correlation is only moderate ($r = -.49$). This suggests these are related but distinct constructs, as postulated by CFQ's original authors, and represents a useful test of the validity of the CFQ in comparison to closely related measures.

This paper extends the existing literature on cognitive fusion, as it contributes for further understanding its role on depression symptomatology. In fact it is widely established the deleterious effect of rumination on depression (Nolen-Hoeksema, 2004; Watkins, 2008), but the mechanisms through which this effect occurs is not entirely clear. Our data seems to suggest that it is when one is entangled with the repetitive pattern of thinking on personal negative feelings and thoughts that rumination is linked to depression. Also these results highlight the role of cognitive fusion in women struggling with weight-related difficulties and/or eating behaviours issues. In fact, this seems to echo a few studies that suggest that cognitive fusion might play a role as a mediator of the effect of well-known predictors of eating difficulties on eating psychopathology (Ferreira et al., 2014; Trindade & Ferreira, 2014; Duarte et al., 2015). Thus, it seems that in the context of weight and eating difficulties, psychological suffering might be influenced by underlying cognitive processes. Our results seems to corroborate this hypothesis.

Regarding clinical implications, this study provides a valid measure of cognitive fusion that can be used both in clinical and research settings throughout Brazil. Thus, since cognitive fusion can be conceptualized as a transdiagnostic psychological process associated with several emotional difficulties, the availability of the CFQ might contribute to better understand this phenomenon and to an accurate assessment of cognitive fusion in Brazil.

It is important to mention some limitations in the current study. One is the cross-sectional nature of the design, which prevents us from drawing conclusions regarding causality between variables. It is also worth noting that the current study is part of a larger project that aims to explore the role of psychological inflexibility and other emotional-related difficulties in women who struggle with overweight or obesity. Thus, our samples were composed only of female participants, which makes the generalization of these results limited. Therefore, future studies using the Brazilian translation must explore CFQ's factor structure in a male sample.

Additionally, future studies with the CFQ's Brazilian version should consider a longitudinal design that includes a test-retest reliability analysis, in order to test the temporal stability of the instrument. Finally, future studies should consider further extending the validation of the CFQ by using different statistical procedures. For example, it might be useful to conduct a logistic model such as the Rasch Model, as its underlying mathematical model has the advantage of not depending on the respondent latent traits (Bortolotti, Tezza, Andrade, Bornia, & Junior, 2013) and it also takes into consideration random responses that might increase model misfit (Törmäkangas, 2011).

In conclusion, although it is important to consider the aforementioned limitations, the current study provides evidence for the CFQ's strong measurement invariance, confirms its one-factor structure and robust psychometric properties. Moreover, this study also contributes to the understanding of the role of cognitive fusion in the relationship between rumination and depression symptoms in women struggling with weight-related and eating difficulties.

Acknowledgments

Authors are grateful for the financial support from CNPq (Brazilian National Counsel of Technological and Scientific Development), CAPES (Brazilian Coordination for the Improvement of Higher Education

Personnel) and FAPERGS (Foundation for Research of the State of Rio Grande do Sul), as well as the continuous confidence that these institutions have in our work.

References

- Barbosa, L. M. (2013). *Terapia de Aceitação e Compromisso e Validação do Acceptance and Action Questionnaire II: Contribuições para Avaliação de Processo em Psicoterapia* (master's thesis). Universidade de Brasília, Brasília, Brasil. Retrieved from: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/15425>
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., McHugh, L., & Hayes, S. C. (2004). Relational Frame Theory: Some implications for Understanding and Treating Human Psychopathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(2), 355-375.
- Barros, V. V., Kozasa, E. H., Souza, I. C. W., & Ronzani, T. M. (2014). Validity evidence of the Brazilian version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Psicologia Reflexão e Crítica*, 28(1), 87-95. doi: 10.1590/1678-7153.201528110.
- Batink, T., & De Mey, H. (2011). *Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ13). Fusie vragenlijst. Dutch Translation and adaptation / Nederlandse vertaling. Dutch CFQ13*. Retrieved from: <http://www.actinactie.nl/attachments/File/CFQ13.pdf>
- Blackledge, J. M., & Hayes, S. (2001). Emotion regulation in Acceptance and Commitment Therapy. *Psychotherapy in Practice*, 57(2), 243-255. doi: 10.1002/1097-4679(200102)57:2<243::AID-JCLP9>3.3.CO;2-O
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ...Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007
- Bortolotti, S. L. V., Tezza, R., Andrade, D. F., Bornia, A. C., & Junior, A. F. S. (2013). Relevance and advantages of using the item response theory. *Quality & Quantity*, 47(4), 2341-2360. doi: 10.1007/s11135-012-9684-5
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822

- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A., & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In L. Pasquali (Ed.), *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 506-520). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Chen, F. F., Sousa, K. H., & West, S. G. (2005). Testing measurement invariance of second-order factor models. *Structural Equation Modeling, 12*(3), 471-492. doi: 10.1207/s15328007sem1203_7
- Dell'Orco, F., Prevedini, A., Oppo, A., Presti, G. B., & Moderato, P. (2012, July). *Validation study of the Italian version of the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ)*. Poster presentation at ACBS Annual World Conference X. Washington, DC.
- Dinis, A., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., & Estanqueiro, C. (2015). Shame memories and depression symptoms: The role of cognitive fusion and experiential avoidance. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 15*(1), 63-86.
- Dionne, F., Balbinotti, M., Gillanders, D., Gagnon, J., & Monestès, J. L. (2014). *Validation of the Cognitive Fusion Questionnaire in a French-speaking population*. Poster presentation at ACBS Annual World Conference XII. Minneapolis, MN.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2015). Ashamed and fused with body image and eating: Binge eating as an avoidance strategy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. [Advanced online publication]. doi: 10.1002/cpp.1996
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance & Commitment Therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*(4), 1149-1160. doi: 10.3758/BRM.41.4.1149
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., Gillen, M. J., Hiraoka, R., Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., & McGrath, P. B. (2012). Assessing psychological inflexibility: The psychometric properties of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth in two adult samples. *Psychological assessment, 24*(2), 402-408. doi: 10.1037/a0025776.
- Ferreira, C., Palmeira, L., & Trindade, I. (2014). Turning eating psychopathology risk factors into action: The pervasive effect of body

image-related cognitive fusion. *Appetite*, 80, 137-142. doi: 10.1016/j.appet.2014.05.019.

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (4th ed.). London, UK: Sage Publications.

Finucane, M. M., Stevens, G. A., Cowan, M. J., Danaei, G., Lin, J. K., Paciorek, C. J.,... Ezatti, M. (2011). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*, 377(9765), 557-567. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62037-5

Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational Frame Theory, Acceptance and Commitment Therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy*, 23(4), 315-336. doi: 10.1007/s10942-005-0017-7.

Forman, E. M. & Herbert, J. D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In W. ODonohue, & J. E. Fisher, (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* (pp. 77-101), Hoboken, NJ: Wiley.

Forman, E. M., Herbert, J. D., Juarascio, A. S., Yeomans, P. D., Zebell, J. A., Goetter, E. M., & Moitra, E. (2012). The Drexel defusion scale: A new measure of experiential distancing. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 55-65. doi:10.1016/j.jcbs.2012.09.001

Fresco, D. M., Moore, M. T., Van Dulmen, M. H., Segal, Z. V., Ma, S. H., Teasdale, J.D., & Williams, J. M. (2007). Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: Validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy*, 38(3), 234-246. doi:10.1016/j.beth.2006.08.003.

Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L.,... Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. doi: 10.1016/j.beth.2013.09.001

Greco, L. A., Lambert, W., & Baer, R. A. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment*, 20(2), 93-102. doi: 10.1037/1040-3590.20.2.93

Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre, RS: Bookman.

Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to

young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 128-140. doi:10.1037/0021-843X.107.1.128

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York, NY: Guilford Press.

Hayes, S. C., & Sanford, B. T. (2014). Cooperation came first: Evolution and human cognition. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 101(1), 112–129. doi:10.1002/jeab.64

Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York, NY: Guilford Press.

Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Vilatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-98. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K.G. (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 1-30). New York, NY: Springer.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd edition). New York, NY: Guilford Press.

Hayes, S., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, process and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006

Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2013). Caution: The differences between CT and ACT may be larger (and smaller) than they appear. *Behavior Therapy*, 44(2), 218-223. doi: 10.1016/j.beth.2009.09.005.

Hernández-Nieto, R. (2002). *Contribuciones al análisis estadístico*. Venezuela: IESINFO.

Herzberg, K. N., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., Credé, M., Earleywine, M., & Eifert, G. H. (2012). The Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT): A psychometric evaluation of cognitive fusion in a nonclinical and highly anxious community sample. *Psychological Assessment*, 24(4), 877-891. doi: 10.1037/a0027782

- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
- Joormann, J., Dkane, M., & Gotlib, I. H. (2006). Adaptive and maladaptive components of rumination? Diagnostic specificity and relation to depressive biases. *Behavior Therapy*, 37(3), 269-280. doi:10.1016/j.beth.2006.01.002
- Kline, P. (2000). *Handbook of Psychological Testing* (2nd ed.) London, UK: Routledge.
- Kline, R. B. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression, Anxiety and Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation.
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Carvalho, S., & Oliveira, M. S. (2017). Is the widely used two-factor structure of the Ruminative Responses Scale invariant across different samples of women? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* [Advanced online publication]. doi: 10.1111/papt.12168
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. S. (2016). A confirmatory factorial structure of the Experiences Questionnaire and its relationship with emotional related difficulties in Brazilian samples. *Submitted manuscript*.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy skills-training manual for therapists*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Luoma, J., & Hayes, S. C. (2003). Cognitive defusion. In W. T. O'Donohue, J. E. Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Empirically supported techniques of cognitive behavior therapy: A step by step guide for clinicians*. New York, NY: Wiley.
- Luppino, F. S., De Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220-229. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.2.
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 339-349. doi:10.1037/0022-3514.65.2.339

- Marôco, J. (2010). *Analysis of Structural Equations: Theoretical foundations, software and applications*. Pero Pinheiro: Report Number.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). The Response Styles Theory. In C. Papageorgiu, & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 107-124). Chichester: John Wiley Sons.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(1), 115-121. doi:10.1037/0022-3514.61.1.115
- Orsillo, S. M., Roemer, L., & Holowka, D. (2005). Acceptance-based behavioral therapies for anxiety: Using acceptance and mindfulness to enhance traditional cognitive-behavioral approaches. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance- and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. New York, NY: Springer.
- Rector, N. A. (2013). Acceptance and commitment therapy: empirical considerations. *Behavior Therapy*, *44*(2), 213-217. doi: 10.1016/j.beth.2010.07.007
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Gillanders, D. T., & Fernández- Fernández, V. (2014). Cognitive fusion in dementia caregiving: Psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavioral Psychology*, *22*(1), 117-132.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guildford Press.
- Simonson, J., Mezulis, A., & Davis, K. (2011). Socialized to ruminate? Gender role mediates the sex difference in rumination for interpersonal events. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *30*(9), 937-959. doi:10.1521/jscp.2011.30.9.937
- Soper, D.S. (2017). *A-priori Sample Size Calculator for Structural Equation Models* [Software]. Available from <http://www.danielsoper.com/statcalc>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Törmäkangas, K. (2011). Advantages of the Rasch Measurement Model in analysing educational tests. *Educational Research and Evaluation: An*

International Journal on Theory and Practice, 17(5), 307-320. doi: 10.1080/13803611.2011.630562

Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259. doi: 10.1023/A:1023910315561

Urbina, S. (2014). *Essentials of Psychological Testing* (2nd ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Trindade, I., & Ferreira, C. (2014). The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eating Behaviors*, 15(1), 72-75. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.10.014.

Vignola, R. C., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104-109. doi: 10.1016/j.jad.2013.10.031

Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163-206. doi: 10.1037/0033-2909.134.2.163

Wegener, D. T., & Fabrigar, L. R. (2000). Analysis and design for nonexperimental data: Addressing causal and noncausal hypotheses. In H. T. Reis & C. M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 412-450). New York, NY: Cambridge University Press.

Wells, A. (2008). Metacognitive therapy: Cognition applied to regulating cognition. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 651-658. doi: 10.1017/S13524 65808004803

Whitmer, A., & Gotlib, I. H. (2011). Brooding and reflection reconsidered: A factor analytic examination of rumination in currently depressed, formerly depressed, and never depressed individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 35(2), 99-107. doi: 10.1007/s10608-011-9361-3

Widaman, K. F., & Reise, S. P. (1997). Exploring the measurement invariance of psychological instruments: Applications in the substance use domain. In K. J. Bryant, M. Windle, & S. G. West (Eds.), *The science of prevention: Methodological advances from alcohol and substance abuse research* (pp. 281-324). Washington, DC: APA.

Wilson, K. G., & Murrell, A. R. (2004). Values work in Acceptance and Commitment Therapy: Setting a course for behavioral treatment. In Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (Eds.), *Mindfulness & Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120-151). New York, NY: Guilford Press.

Zaiontz, C. (2015). *Real statistics using Excel*. Retrieved from <http://www.real-statistics.com>

Zettle, R. D. (2007). *ACT for depression*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Zettle, R. D., Rains, J. C., & Hayes, S. C. (2011). Processes of change in Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for depression: A Mediation reanalysis of Zettle and Rains. *Behavior Modification, 35*(3), 265-283. doi: 10.1177/0145445511398344

Capítulo 8

Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image: Psychometric properties and its incremental power in the prediction of binge eating severity

Adaptado de:

Lucena-Santos, P., Trindade, I. A., Oliveira, M. S., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image: Psychometric properties and its incremental power in the prediction of binge eating severity. *The Journal of Psychology Interdisciplinary and Applied*, 151(4), 379-392. doi: 10.1080/00223980.2017.1305322

Impact factor (JCR): 1.519

A publicação final está disponível em Taylor & Francis via:

<http://dx.doi.org/10.1080/00223980.2017.1305322>

Abstract

Given the clinical usefulness of the CFQ-BI (Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image; the only existing measure to assess the body image-related cognitive fusion), the present study aimed to confirm its one-factor structure, to verify its measurement invariance between clinical and non-clinical samples, to analyse its internal consistency and sensitivity to detect differences between samples, as well as to explore the incremental and convergent validities of the CFQ-BI scores in Brazilian samples. This was a cross-sectional study, which was conducted in clinical (women with overweight or obesity in treatment for weight loss) and non-clinical samples (women from the general population). The one-factor structure was confirmed showing factorial measurement invariance across clinical and non-clinical samples. The CFQ-BI scores presented an excellent internal consistency, were able to discriminate clinical and non-clinical samples, and were positively associated with binge eating severity, general cognitive fusion and psychological inflexibility. Furthermore, body image-related cognitive fusion scores (CFQ-BI) presented incremental validity over a general measure of cognitive fusion in the prediction of binge eating symptoms. This study demonstrated that CFQ-BI is a short scale with reliable and robust scores in Brazilian samples, presenting incremental and convergent validities, measurement invariance and sensitivity to detect differences between clinical and non-clinical groups of women, enabling comparative studies between them.

Keywords: obesity and weight-related issues; assessment; body image; psychometrics; CFQ-BI

Introduction

Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012), focuses on teaching clients to behave in a more adaptive and effective way in the presence of disturbing internal events. Indeed, it conceptualizes that psychological suffering is more related with the emotion

regulation processes one uses to deal with undesired experiences than with the experiences themselves (Segal, Teasdale, & Williams, 2004). Therefore, the ACT's main aim lies on diminishing psychological inflexibility, described as the inability to openly and willingly contact with internal events and to behave in a consistent way with chosen values.

According to the ACT model, cognitive fusion - a core emotion regulation process of psychological inflexibility - is defined as the perception that thoughts are literal and true statements of reality (Gillanders et al., 2014). In this process, thoughts are thus regarded as objective and permanent internal events, rather than being considered as part of the normal mental experience (i.e., cognitive defusion). Hence, in the face of negative thoughts, the individual tends to react emotionally behaving in order to avoid or change those unwanted internal events. Thus, behaviour becomes overly regulated by internal events at the expense of contextual contingences, and one's behavioural range becomes gradually narrower, further leading to loss of contact with important life values (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Hayes et al., 2012).

In this line, individuals who present high levels of cognitive fusion, tend to reveal quality of life impairments and increased levels of psychopathology, such as personality disorders (Bolderston, 2013), depression (Gillanders et al., 2014) and disordered eating (e.g., Hayes & Pankey, 2002; Merwin et al., 2011).

Due to the well-known relevance of physical appearance (Stice, Marti, & Durant, 2011; Buote, Wilson, Strahan, Gazzola, & Papps, 2011), recent research has explored cognitive fusion specifically associated with body image difficulties in mental health (Ferreira, Trindade, Duarte, & Pinto-Gouveia, 2014). Hence, it has been pointed out that specific-content measures might be more relevant when applied in particular contexts than the general ones (Duarte, Pinto-Gouveia, Ferreira, & Silva, 2016; Gifford et al., 2004; Gillanders et al., 2014; Wendell, Masuda, & Le, 2012; Sandoz, Wilson, Merwin, & Kellum, 2013).

Thus, considering the pertinence of specific-content measures, the Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image (CFQ-BI; Ferreira et al., 2014b) was developed in order to assess cognitive fusion specifically associated with body image-related thoughts (being the translation and exploration of its psychometric properties to the Brazilian culture the purpose of this study, as further detailed below).

CFQ-BI originally revealed to be a sound one-factor 10-item measure of the excessive entanglement with thoughts regarding physical appearance. The scale scores also demonstrated: incremental validity in comparison with an overall measure of cognitive fusion in the prediction of disordered eating symptoms; ability to distinguish individuals with and without eating psychopathology; associations with higher eating psychopathological symptoms, anxiety, depression, and lower physical and psychosocial quality of life (Ferreira et al., 2014b; Ferreira & Trindade, 2014; Ferreira, Palmeira, & Trindade, 2014; Trindade & Ferreira, 2014); and also to be a pervasive mediator between the associations of well-known risk factors (higher BMI, unfavourable social comparisons, body dissatisfaction) and disordered eating symptomatology (Ferreira et al., 2014a; Trindade & Ferreira, 2014). These studies seem to suggest that entanglement and fusion with body image-related thoughts may constrict and narrow one's behaviour to the point of taking part in the development and maintenance of dysfunctional eating behaviours.

Nevertheless, more research is needed, as the role of body image-related cognitive fusion in eating behaviours is still underexplored. In a matter of fact, despite CFQ-BI's potential usefulness in clinical practice, there are no studies in individuals from countries other than Portugal. Also, the psychometric properties of CFQ-BI were only analysed in non-clinical Portuguese samples. Thus there is a significant lack of data regarding how this measure performs in clinical samples of women struggling with eating and/or weight difficulties. Indeed, considering that cognitive fusion is a trans-diagnostic process built on inherent abilities of human cognition and

language (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, McHugh, & Hayes, 2004; Fletcher & Hayes, 2005), the study of its measurement invariance simultaneously in clinical and non-clinical samples seems to be of particular relevance to evaluate whether CFQ-BI is understood or interpreted in a similar way across different groups (Chen, Souza, & West, 2005).

Moreover, the association between body image-related cognitive fusion and binge eating psychopathology was never explored. This is particularly relevant as binge eating is highly prevalent in women from clinical and non-clinical populations and has a negative impact on health status and psychosocial indices (Kessler et al., 2013; Striegel-Moore et al., 2000).

Considering this background, the present study aims to: (1) Translate and cross-culturally adapt the CFQ-BI to Brazilian Portuguese; (2) Explore the psychometric properties of CFQ-BI (namely: to confirm its proposed factor structure; to explore its measurement invariance across clinical and non-clinical samples of women; to explore its internal consistency; to verify its sensitivity to detect differences between samples; and to analyse the convergent and incremental validities of the CFQ-BI scores). Considering the existing data about CFQ-BI psychometric properties, we hypothesise that its Brazilian version will: present a robust one-factor invariant structure across different women samples; present sensitivity to detect differences between clinical and non-clinical samples; be linked with higher psychological inflexibility, general cognitive fusion and binge eating symptoms; present incremental validity over a general measure of cognitive fusion in the prediction of binge eating severity.

Methods

Translation and Adaptation Steps

Two independent researchers did an adaptation to Brazilian Portuguese and a back-translation to European Portuguese. Then, a

committee of three juries who lived in different cultural backgrounds within Brazil – in order to ensure that the Brazilian version of the CFQ-BI would be understood by people from different Brazilian states – was composed to evaluate and decide which adaptation of each item should integrate the preliminary version of the scale. Then, this preliminary version was evaluated by the same committee which concluded that each item presented good clarity of language, practical pertinence for the target culture and theoretical relevance. Finally, a pilot study was conducted using a sample of 31 participants from the general population, which assured that the instructions and the items were clear and easily understood. Thereafter, the final version was consolidated and the official data collection initiated.

Data Collection

Before participating in this cross-sectional study, all volunteers signed a consent form and received a clarification regarding the research goals, its confidential nature and their rights as volunteers. Participation were not paid or materially recompensed since Brazil's ethical requirements for academic research does not allow it.

Data was collected during 2014 from the general population (composed by women who were approached to participate in a Porto Alegre's Bus Station and in three Brazilian citizen's bureaus) and from overweight or obese female patients under weight loss treatment in an endocrinology and obesity consultation service from a public hospital in Porto Alegre - Brazil (these participants completed the protocol while waiting for their consultations). For all participants, the order of measures presentation was the same (i.e., the measures were not randomized).

The inclusion criteria were: a) female; b) age between 18-60; c) ≥ 5 years of education - in order to diminish comprehension difficulties while responding the research protocol. Additionally, a Body Mass Index (BMI) ≥ 25 (kg/m²) was considered as an additional inclusion criteria in the clinical sample.

Participants

Sample 1: This sample was composed of two different groups of women (a sample from the general population, $n = 226$; and a clinical sample of women with overweight or obesity seeking weight loss, $n = 204$). Table 1 presents the description of sociodemographic characteristics for the total sample and for these aforementioned groups.

Table 1
Sociodemographic characteristics of Sample 1

	Total Sample (<i>N</i> = 430)			Sample from the General Population (<i>n</i> = 226)			Clinical Sample (<i>n</i> = 204)		
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Age	36.14 (12.03)	18	60	32.05 (10.57)	18	58	40.67 (11.95)	18	60
Years of Education	13.19 (3.53)	5	25	12.35 (3.38)	5	25	14.37 (3.42)	8	25
BMI	28.80 (6.14)	17	54	25.48 (4.71)	17	42	32.47 (5.42)	25	54
	<i>N</i>	%		<i>N</i>	%		<i>n</i>	%	
Marital status									
Married/cohabiting	187	43.5		80	35.4		107	52.5	
Divorced	34	7.9		13	5.8		21	10.3	
Widowed	6	1.4		4	1.8		2	1	
Single	203	47.2		129	57.1		74	36.3	
Occupational status									
Retired	16	3.7		3	1.3		13	6.4	
Employed	220	51.2		99	43.8		121	59.3	
Unemployed	194	45.1		124	54.9		70	34.3	

Sample 2: This sample included 260 participants from the general population. The mean age of the total sample was 30.67 years ($SD = 10.91$), with an average BMI of 24.85 ($SD = 4.58$) and a mean of 12.81 ($SD = 3.92$) years of education. Concerning marital status, 63.8% ($n = 166$) was single, 29.2% ($n = 76$) married/cohabiting, 5.4% ($n = 14$) divorced and 1.5% ($n = 4$) widowed. Additionally, regarding occupational status, the majority of the participants were unemployed (59.6%, $n = 155$), while 38.8% ($n = 101$) were employed and 1.5% ($n = 4$) retired.

Sample 3: This sample included 91 overweight or obese women in treatment for weight loss (from the clinical group of Sample 1). The mean age of this sample was 40.26 years ($SD = 11.84$), with an average BMI of 31.86 ($SD = 4.85$) and a mean of 14.29 ($SD = 3.36$) years of education. In what concerns marital status, 53.8% ($n = 49$) was married/cohabiting, 38.5% ($n = 35$) single, 6.6% ($n = 6$) divorced and 1.1% ($n = 1$) widowed. Additionally, regarding occupational status, the majority of the participants were employed (57.1%, $n = 52$), while 31.9% ($n = 29$) were unemployed and 11% ($n = 10$) retired.

Measures

Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ-7; Gillanders et al., 2014): This measure aims to evaluate cognitive fusion, i.e., the extent to which a person tends to get entangled with their internal experiences (e.g., thoughts, emotions or memories). Respondents should indicate how the situation described in each item applies to them (e.g. “My thoughts cause me distress and emotional pain”, “I get upset with myself for having certain thoughts”), using a 7-point Likert scale (1 = Never true; 7 = Always true). The total score is calculated by the sum of the 7 items – where higher scores reveals higher levels of cognitive fusion. Internal consistencies between $\alpha = .88$ and $\alpha = .93$ were found in the original study (considering different samples). In the Brazilian validation, the CFQ-7 presented $\alpha = .93$ (Lucena-Santos,

Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015). In the present study, this scale presented $\alpha = .95$ and $\alpha = .93$ in non-clinical and clinical samples, respectively.

Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II; Bond et al., 2011): This is a self-report instrument composed by 7 items and designed to evaluate psychological inflexibility. The items assess the tendency to make negative evaluations of internal experiences (e.g. “I’m afraid of my feelings”). The respondent uses a 7-point Likert scale (1 = Never true; 7 = Always true) to indicate how each item applies to them. The original version of the AAQ-II had an internal consistency of .84 while the Brazilian version showed a Cronbach’s Alpha of .87 (Barbosa, 2013). In the present study, this scale presented $\alpha = .93$ and $\alpha = .88$ in non-clinical and clinical samples, respectively.

Binge Eating Scale (BES; Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982): This is a self-report measure composed by 62 statements arranged in 16 items, used to evaluate binge eating severity. Each item contains three or four statements and the participants have to decide which one better applies to them. After the scale is completed, a score from 0 to 3 is assigned for each item. Then, a total score can be calculated, with higher scores indicating the presence of more binge eating symptoms. Gormally and colleagues (1982) concluded that the original version had a high internal consistency and the Brazilian version presented a Cronbach’s Alpha of .89 (Freitas, Lopes, Appolinario, & Sichieri 2002). In the present study, this scale presented a Cronbach’s Alpha of .90 both in non-clinical and clinical samples.

Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image (CFQ-BI; Ferreira et al., 2014b): The CFQ-BI is a 10-item self-report scale designed to assess body image-related cognitive fusion. The respondent uses a 7-points Likert scale (1 = Never true; 7 = Always true) to decide how each item applies to them (e.g. “I get so caught up in my thoughts about my physical appearance that I am unable to do the things that I most want to”). The original version showed an excellent internal consistency with a Cronbach’s Alpha of .96. In

the present study, this scale presented a Cronbach's Alpha of .95 both in non-clinical and clinical samples.

Analytical strategies

Descriptive statistics were conducted in the SPSS statistics software, while the Confirmatory Factor Analysis (CFA- Maximum Likelihood as the estimation method) and the Multigroup Analysis were performed using AMOS software. Normality assumption was evaluated by uni and multivariate Skewness (*Sk*) and Kurtosis (*Ku*) indices, where values of $Sk > |3|$ and $Ku > |10|$ indicates severe violations of normality (Kline, 2010). Cases containing missing values were excluded, since missing values were random and represented less than 5% of the total sample (Tabachnick & Fidell, 2007). Thus, the analyses were only performed with participants who completed the entire protocol.

Regarding the global adjustment of CFA, as proposed by Kline (2010), a combination of goodness-of-fit indexes was used. First we used the Normed Chi-square (χ^2/df), where values <5 indicates good model fit (Marôco, 2010; Schumacker, & Lomax, 2004). Nevertheless, despite its popularity, this index is not the most appropriate for large samples (i.e., $n \geq 200$, see Schumacker, & Lomax, 2010) due its sensitivity to sample size (the larger the sample, the larger the χ^2/df), which increases the probability of Type 1 error.

Additionally, as recommended, the following indexes were used: TLI, CFI, IFI, RNI, and GFI. It is considered that all the aforementioned indices represent a very good model fit when $\geq .95$ (Hu, & Bentler, 1999). Nevertheless, TLI and GFI (Schumacker & Lomax, 2010; Miles & Shevlin, 1998), may also indicate an adequate or good fit when $\geq .90$. Additionally, the SRMR which indicates a good model fit when $< .06$ (Hu, & Bentler, 1999), was also used. Finally, the local adjustment was assessed by the individual reliabilities ($\lambda \geq .50$) and the standardized factor weights ($R^2 \geq .25$) of the items (Marôco, 2010).

Internal consistency was assessed through Cronbach's alpha (adequate reliability $>.70$; Kline, 2000). Confidence Intervals for the calculated Cronbach's Alphas were computed using the Feldt's method (Feldt, Woodruff, & Salih, 1987). In order to verify the ability of the CFQ-BI scores to discriminate clinical and non-clinical samples, we performed a Student's t Test (p value $< .05$). Cohen's d was calculated in order to verify effect size: small (0.2 - 0.49), medium (0.5 - 0.79), or large ($\geq .80$) (Cohen, 1988).

Incremental validity was evaluated by linear regression analyses in which the BES was considered as the criterion variable. The CFQ-7 was included as a predictor at step one. Thereafter, the CFQ-BI was added at step two. Finally, convergent validity was assessed by Pearson's correlations between the CFQ-BI, AAQ-II, CFQ-7 and BES. Thus, in order to adjusting the p -values to consider multiple correlations (i.e., to keep the global probability of Type 1 error at α level), we have adopted the Bonferroni single step adjustment approach (Bonferroni, 1936). Thus, as we have six correlations in each sample and also considering $\alpha=.05$ as the desired overall significance level, the corrected p -values associated with the correlation coefficients would be $\alpha^* \leq .008$ in order to declare significance.

Results

Confirmatory Factor Analysis

Initially, a model was specified with all 10 items belonging to a single factor (using the total sample of Sample 1). No severe violations of the normal distribution were found, according to the visual inspection of histograms and to the observed values of Skewness and Kurtosis ($Sk \leq 1.24$ and $Ku \leq 0.49$). Additionally, there was not any indication of outliers.

All items presented high values of factor weights and individual reliabilities ($\lambda \geq .73$ and $R^2 \geq .53$, respectively), which indicates a good local adjustment. However, the global adjustment was unacceptable ($\chi^2(35) =$

469.69; $\chi^2/df = 13.420$, $p < .001$; CFI = .89; TLI = .86; IFI = .89; RNI = .89; GFI = .78; SRMR = .05).

After having examined the modification indices (grounded in theoretical considerations) we have added correlations between the error terms of five pairs of items (1/3, 2/4, 4/5, 7/10 and 9/10), which would improve the model fit. The modified model showed good local adjustment - high levels of factor weights and individual reliabilities ($\lambda \geq .70$ and $R^2 \geq .49$). Regarding the global adjustment the χ^2/df value was $> .5$ ($\chi^2(30) = 227.122$; $\chi^2/df = 7.571$, $p < .001$), which is typically found in large sample sizes. However, all the other estimated indices showed values that indicate a good model fit (CFI = .95; TLI = .93; IFI = .95; RNI = .95; GFI = .90; SRMR = .042), allowing us to conclude that the modified model has a good global adjustment.

In addition, the modified model presented a better fit than the original one ($\Delta X^2_{(5)} = 242.57$; $p < .05$; chi-square difference test) and considerably lower levels of MECVI (0.697) than the original (1.191), indicating a better validity in the studied population (Marôco, 2010).

Multigroup Analysis

A multigroup analysis of the modified model was also performed with Sample 1 in order to test the CFQ-BI's measurement invariance across two different groups. No differences were observed in regard to factor weights ($\Delta X^2_{(9)} = 11.388$; $p = .250$), which showed structural model invariance across samples.

Internal Consistency

The Cronbach's Alphas of CFQ-BI were $\alpha = .95$ (95% CI: .94 -.96) for all samples (total, general and clinical samples - Sample 1). Items' properties (means, standard deviations, corrected item-total correlations and Cronbach's Alpha if item deleted) are presented in Table 2. As can be seen, all items are contributing for the observed internal consistency.

Table 2Means, standard deviations, corrected item-total correlation and Cronbach's Alpha (α) if item deleted for CFQ-BI Items ($N = 430$).

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Corrected item-total correlation	α if item deleted
1. <i>Os pensamentos relacionados à imagem que tenho do meu corpo me deixam desconfortável e/ou me causam sofrimento emocional</i> (My thoughts relating to my body image cause me distress or emotional pain.)	3.64	2.01	.79	.95
2. <i>Tenho uma tendência a ficar envolvido/"ligado" aos pensamentos e imagem que tenho do meu corpo.</i> (I tend to get very entangled in my thoughts concerning my body or body image.)	3.33	1.90	.82	.95
3. <i>Sinto-me desconfortável quando tenho pensamentos negativos sobre o meu corpo ou aparência física.</i> (I feel upset when I have negative thoughts about my body (or physical appearance).)	4.04	1.95	.72	.95
4. <i>Fico muito concentrado nos meus pensamentos desconfortáveis sobre a imagem que tenho do meu corpo.</i> (I get very focused on distressing thoughts about my body image.)	3.06	1.87	.85	.95
5. <i>Mesmo sabendo que seria melhor "deixar para lá" os meus pensamentos sobre as formas do meu corpo, fazer isto é uma "luta" para mim.</i> (It's such a struggle to let go of upsetting thoughts about my body shape even when I know that letting go would be helpful.)	3.16	1.99	.83	.95
6. <i>Fico distraído do que estou fazendo por causa dos pensamentos sobre a imagem que tenho do meu corpo.</i> (My thoughts regarding my body image distract me from what I'm actually doing.)	2.42	1.65	.82	.95
7. <i>Chego ao ponto de não conseguir fazer as coisas que eu mais desejo, de tanto que me deixo "levar" pelos meus pensamentos sobre a minha aparência física.</i> (I get so caught up in my thoughts about my physical appearance that I am unable to do the things that I most want to.)	2.37	1.79	.79	.95
8. <i>Eu observo tanto minha aparência física ou a forma do meu corpo, que esta análise deixa de me trazer benefícios.</i> (I over-analyze my physical appearance or my body shape to the point where it's unhelpful to me.)	2.53	1.81	.75	.95
9. <i>Eu vivo "lutando" com os meus pensamentos sobre o meu corpo ou aparência física.</i> (I struggle with my thoughts related to my body or physical appearance.)	2.65	1.83	.86	.95
10. <i>Quando tenho um pensamento desconfortável sobre a minha aparência física (ou formas do meu corpo), tenho dificuldade de me concentrar em qualquer outra coisa.</i> (Once I've thought about my body or body shape in an upsetting way it's difficult for me to focus on anything else.)	2.43	1.68	.80	.95
Total	29.64	15.54	---	-----

Note: *M* = Mean; *SD* = Standard Deviation; α = Cronbach's Alpha

Sensitivity to detect differences between samples

In order to verify the ability of the CFQ-BI scores to detect differences between clinical and non-clinical samples, a Student's *t*-Test was performed to compare the means across these two groups (Sample 1). Clinical and non-clinical samples presented means of 35.16 (*SD* = 14.27) and of 24.66 (*SD* = 14.99) respectively. The groups presented significant differences ($t_{(428)} = 7.417$; $p < .001$, $d = .72$) with a medium effect size (Cohen, 1988).

Convergent Validity

The correlations between the CFQ-BI, general cognitive fusion, psychological inflexibility, and binge eating severity showed that the CFQ-BI was significantly associated with those variables (see Table 3), as previously hypothesized.

Table 3

Correlation between CFQ-BI and the other variables in study in Sample 2 ($n = 260$) and in **Sample 3 ($n=91$; in bold)**.

Variable	CFQ-BI	CFQ-7	AAQ-II	BES
CFQ-BI	1	.64***	.47***	.63***
CFQ-7	.64***	1	.59***	.51***
AAQ-II	.62***	.84***	1	.47***
BES	.59***	.49***	.47***	1

Note: *** $p < .001$; CFQ-BI = Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image; CFQ-7 = Cognitive Fusion Questionnaire - short version; AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire - short version; BES = Binge Eating Scale.

Incremental Validity

Incremental validity of the CFQ-BI scores over a general measure of cognitive fusion (CFQ-7) was tested through linear regression models, in which the BES was considered as the criterion variable (Sample 2). Thus, at step one the CFQ-7 was included as predictor explaining 22.9% of the BES' variance ($\beta = .48$; $F_{(1, 257)} = 76.45$; $p < .001$). Thereafter (step two), the CFQ-

BI was added. Results indicated that this model was also significant, accounting for 35.0% of the BES' variance ($F_{(2, 256)} = 70.34; p < .001$). Nonetheless, the CFQ-BI was the best predictor ($\beta = .46; p < .001$) followed by CFQ-7 ($\beta = .18; p = .005$). The R square change was 0.125 ($p < 0.001$), indicating a significant improvement of the model in the second step.

Discussion

Given the recent accounts concerning the association between body image-related cognitive fusion and psychopathological symptoms, its transdiagnostic role and potential usefulness in the eating behaviours context, together with the existence of a recent measure specifically designed to evaluate this process, the present study aimed to: (1) Translate and cross-culturally adapt the CFQ-BI to Brazilian Portuguese; (2) Explore the psychometric properties of CFQ-BI (namely: to confirm its proposed factor structure; to explore its measurement invariance across clinical and non-clinical samples of women; to explore its internal consistency; to verify its sensitivity to detect differences between samples; and to analyse the convergent and incremental validities of the CFQ-BI scores).

As expected, the Confirmatory Factor Analysis confirmed the one factor structure of the CFQ-BI, which corroborates the findings from the original CFQ-BI's validation study (Ferreira et al., 2014b). The final model presented good fit indices as well as a good local adjustment, confirming the suitability of the CFQ-BI structure (Marôco, 2010; Hu, & Bentler, 1999; Schumacker, & Lomax, 2010).

Moreover, the multi-group analysis results corroborated our previous hypothesis that the CFQ-BI would reveal structural model invariance. Thus, it was verified the scale's structure remains stable across qualitatively different groups of women (i.e., a general population sample and a clinical sample composed of overweight and obese women currently in treatment for weight loss).

It is worth mentioning that the average BMI found in our general population sample is slightly greater than 25 (25.48, $SD= 4.71$) which would indicate an overall overweight classification (Finucane et al., 2011). About this topic, it is important to highlight that general population samples frequently comprises different levels of BMI (e.g., Ferreira, Trindade, & Martinho, 2016). In fact, in Western population-based studies the average BMI is about 24-27, and ~50% or more of the general adult population could be considered overweight considering BMI values (see Nuttall, 2015, for a critical review), which is in accordance with our BMI findings in such sample. Moreover, it is noteworthy that overweight/obese individuals who are treatment-seeking have significant lower health-related quality of life when compared with non-treatment-seeking overweight/obese individuals with similar BMI (Kolotkin, Crosby, & Williams, 2002). Also, previous literature have indicated substantial distinctive features between overweight/obese people from general population and those under formal weight loss treatments (e.g., Barry, & Raiff, 2013; Sullivan, Cloninger, Przybeck, & Klein, 2007), including differences in personality traits, and also in the levels of psychological disturbance and quality of life impairments (treatment-seeking group presenting the most nocuous scores).

Thus, given the potential clinical applicability of the CFQ-BI, the current study also contributed to further investigations aiming to explore the underlying mechanisms that might contribute to the aforementioned weight-related distinctive outcomes between different groups of women with excessive weight. As far as we known, this was the first empirical investigation to explore the CFQ-BI's measurement invariance, providing a robust measure to safely conduct comparative studies across those groups.

Additionally, as anticipated, the CFQ-BI's Brazilian version revealed a Cronbach's Alpha of .95 (Kline, 2000), with all 10 items contributing to its excellent internal consistency. These findings are in accordance with the original validation study, which presented $\alpha = .96$ (Ferreira et al, 2014b). Furthermore, CFQ-BI showed sensitivity to detect differences between

clinical and non-clinical samples. The original study has already confirmed this sensitivity, although it was conducted only in non-clinical samples in which the EDE-Q's (i.e., Eating Disorder Examination – Questionnaire) cut-off score of >4 (Carter, Stewart, & Fairburn, 2001; Mond, Hay, Rodgers, & Owen, 2006) was used in order to assort participants into clinical and non-clinical groups. Thus, the current study also adds to previous knowledge by showing CFQ-BI's sensitivity to identify differences between non-clinical and clinical samples (comprised by patients directly recruited in clinical settings)

Results from correlation analyses showed positive associations between body image-related cognitive fusion, general cognitive fusion and psychological inflexibility, corroborating prior findings (e.g., Ferreira et al., 2014b; Trindade & Ferreira, 2014), as well as our previous hypothesis. These current findings are also in accordance with the ACT theoretical model, since the excessive entanglement with thoughts' content is considered a core process of psychological inflexibility (Hayes et al., 2012). It is worth mentioning that the correlations found between the general measures (i.e., CFQ-7 and AAQ-II) in the general population ($r = .84$) were significantly higher (z -score = 4.40; $p < 0.001$) than the same correlations in the clinical sample ($r = .59$). This possibly highlights the importance of the development and use of specific-content measures for specific populations, as has been pointed out by previous researchers (Gillanders et al., 2014; Wendell et al., 2012; Sandoz et al., 2013; Duarte et al., 2016). Besides, this paper also extends literature demonstrating that body image-related cognitive fusion is highly associated with binge eating psychopathology. This data seems to suggest that women who get fused and caught up in the content of their thoughts regarding body image tend to present increased binge eating symptoms.

Furthermore, the incremental validity analysis results showed that both the CFQ-BI and a general measure of cognitive fusion (CFQ-7) were significant predictors of binge eating severity, accounting for unique aspects.

However, probably due to its body image-related specific nature, the CFQ-BI emerged as the best model predictor. Such results are not only in consonance with our initial assumptions, but also with previous studies which demonstrated that maladaptive emotion regulation processes associated with body image were linked to eating behaviour problems (Duarte, Pinto-Gouveia, & Ferreira, 2015; Ferreira et al., 2014a; Ferreira et al., 2014b).

Nevertheless, it is important to acknowledge some limitations of this study, such as its cross-sectional design that does not allow any causality inference. Also, the use of convenience samples may compromise the generalizability of these findings to the respective populations. Thus, future studies should consider a longitudinal design including temporal reliability analyses and further investigation regarding causal relationships between the studied variables.

In addition, our samples were composed only by female adult participants. Therefore, the Brazilian version of the CFQ-BI should also be analysed in males and adolescent girls - given their well known risk to develop excessive and pervasive body image-related worries. Also, it is pivotal to further explore interactions between the CFQ-BI's Brazilian version, general psychopathology and other relevant ACT processes (such as mindfulness and committed action) in Brazil - once this country only very recently began to empirically investigate the ACT model.

Moreover, the CFQ-BI's psychometric properties should also be analysed in patients diagnosed with eating pathologies, such as Bulimia Nervosa and Anorexia Nervosa, as well as Binge Eating Disorder (once all these disorders have the common component of body image impairment). Finally, as previously pointed out, the CFQ-BI has only been applied in Portuguese and Brazilian samples and therefore this measure should be explored in other languages (e.g., English).

Nonetheless, this study showed that the CFQ-BI is a short scale with reliable and robust scores, presenting incremental and convergent validities,

as well as sensitivity to detect differences between samples. Additionally, the CFQ-BI also presents measurement invariance, enabling comparative studies between women from the general population and overweight or obese women seeking weight loss.

Overall, this instrument seems to be crucial to assess the role of body image-related cognitive fusion in the development and maintenance of eating psychopathology and also to track changes in therapeutic interventions. It may be useful for future interventions in this area to address cognitive fusion specifically related to body image in order to attenuate body image impairments and general eating-related problems. In conclusion, this study provides data confirming the good psychometric properties of the CFQ-BI's Brazilian version, enabling its use in clinical practice and body image-related research in a country with a 200 million population.

Funding

This research work was supported by CNPq (Brazilian National Council of Technological and Scientific Development) and FAPERGS (Foundation for Research of the State of Rio Grande do Sul - Brazil). Moreover, the first author have a full PhD. scholarship to study abroad sponsored by CAPES (Brazilian Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel). Also, the second author is supported by a Ph.D. Grant (SFRH/BD/101906/2014) sponsored by FCT (Portuguese Foundation for Science and Technology). Finally, the third author is a CNPq fellowship (Research Productivity grant). None of the sponsors has participated in the design, collection, analysis, interpretation of data, writing the report, or in the decision to submit the article for publication in this journal.

References

- Barbosa, L. M. (2013). *Terapia de Aceitação e Compromisso e Validação do Acceptance and Action Questionnaire II: Contribuições para Avaliação de Processo em Psicoterapia* (master's thesis). Universidade de Brasília, Brasília, Brasil. Retrieved from: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/15425>
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., McHugh, L., & Hayes, S. C. (2004). Relational Frame Theory: Some implications for understanding and treating human psychopathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(2), 355-375.
- Barry, V. B., & Raiff, B. R. (2013). Weight management preferences in a non-treatment seeking sample. *Health Promotion Perspectives*, 3(2), 147-153. doi: 10.5681/hpp.2013.018
- Bolderston, H. (2013). *Acceptance and Commitment Therapy: Cognitive fusion and personality functioning* (Doctoral Thesis). University of Southampton, Southampton, United Kingdom.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007
- Bonferroni, C. E. (1936). Teoria statistica delle classi e calcolo delle probabilità. Pubblicazioni del R Istituto Superiore di Scienze Economiche e Commerciali di Firenze, 8, 3-62.
- Buote, V. M., Wilson, A. E., Strahan, E. J., Gazzola, S. B., & Papps, F. (2011). Setting the bar: Divergent sociocultural norms for women's and men's ideal appearance in real-world contexts. *Body Image*, 8(4), 322-334. doi: 10.1016/j.bodyim.2011.06.002
- Carter, J. C., Stewart, D. A., & Fairburn, C. G. (2001). Eating Disorder Examination Questionnaire: Norms for young adolescent girls. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 625-632. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00033-4
- Chen, F. F., Sousa, K. H., & West, S. G. (2005). Testing measurement invariance of second-order factor models. *Structural Equation Modeling*, 12(3), 471-492. doi: 10.1207/s15328007sem1203_7

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2015). Ashamed and fused with body image and eating: Binge eating as an avoidance strategy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. [Advanced online publication]. doi: 10.1002/cpp.1996
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Silva, B. (2016). Caught in the struggle with food craving: Development and validation of a new cognitive fusion measure. *Appetite*, *101*, 146-155. doi: 10.1016/j.appet.2016.03.004
- Feldt, L. S., Woodruff, D. J., & Salih, F. A. (1987). Statistical inference for coefficient alpha. *Applied Psychological Measurement*, *11*(1):93-103.
- Ferreira, C., & Trindade, I. A. (2014). Body image-related cognitive fusion as a main mediational process between body-related experiences and women's quality of life. *Eating and Weight Disorders*, *20*(1), 91-97. doi: 10.1007/s40519-014-0155-y
- Ferreira, C., Palmeira, L., & Trindade, I. (2014a). Turning eating psychopathology risk factors into action: The pervasive effect of body image-related cognitive fusion. *Appetite*, *80*, 137-142. doi: 10.1016/j.appet.2014.05.019.
- Ferreira, C., Trindade, I. A., Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2014b). Getting entangled with body image: Development and validation of a new measure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *88*(3), 304-316. doi: 10.1111/papt.12047.
- Ferreira, C., Trindade, I. A., & Martinho, A. (2016). Explaining rigid dieting in normal-weight women: The key role of body image inflexibility. *Eating and Weight Disorders*, *21*(1), 49-56. doi: 10.1007/s40519-015-0188-x
- Finucane, M. M., Stevens, G. A., Cowan, M., Danaei, G., Lin, J. K., Paciorek, C. J., ...Ezatti, M. (2011). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: Systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*, *377*(9765), 557-567. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62037-5
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational Frame Theory, Acceptance and Commitment Therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy*, *23*(4), 315-336. doi: 10.1007/s10942-005-0017-7

- Freitas, S., Lopes, C. S., Appolinario, J. C., & Sichieri, R. (2002). Validação da versão brasileira da Binge Eating Scale - Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24*(2). doi: 10.1590/S1516-44462002000600007
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M., Rasmussen-Hall, M. L.,...Palm, K.M. (2004). Acceptance theory-based treatment for smoking cessation: An initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, *35*, 689–706.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L.,... Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, *45*(1), 83-101, doi:10.1016/j.beth.2013.09.001
- Gormally, J., Black, S., Daston. S., & Rardin. D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behavior*, *7*(1), 47-55. doi:10.1016/0306-4603(82)90024-7
- Hayes, S. C., & Pankey, J. (2002). Experiential avoidance, cognitive fusion and an ACT approach to anorexia nervosa. *Cognitive and Behavioral Science*, *9*(3), 243-247. doi: 10.1016/s1077-7229(02)80055-4
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, *6*(1), 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Kessler, R.C., Berglund. P.A., Chiu, W.T., Deitz, A.C., Hudson, J.I., Shahly, V., ...Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, *73*(9), 904–914. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020
- Kline, P. (2000). *Handbook of Psychological Testing* (2nd ed.) London, UK: Routledge.
- Kline, R. B. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.

- Kolotkin, R. L., Crosby, R.D., & Williams, G. R. (2002). Health-related quality of life varies among obese subgroups. *Obesity Research, 10*(8), 748-756. doi: 10.1038/oby.2002.102
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. S. (2015, July). *Psychometric properties of the Brazilian version of the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ-7): A study with multigroup analysis of factorial invariance*. Poster session presented at the Association for Contextual Behavioral Science Annual World Conference 13, Berlin, Germany.
- Marôco, J. (2010). *Analysis of Structural Equations: Theoretical foundations, software and applications*. Pero Pinheiro: Report Number.
- Merwin, R. M., Timko, C. A., Moskovich, A. A., Ingle, K. K., Bulik, C. M., & Zucker, N. L. (2011). Psychological inflexibility and symptom expression in anorexia nervosa. *Eating Disorders, 19*(1), 62-82. doi: 10.1080/10640266.2011.533606
- Miles, J., & Shevlin, M. (1998). Effects of sample size, model specification and factor loadings on the GFI in confirmatory factor analysis. *Personality and Individual Differences, 25*(1), 85-90. doi:10.1016/S0191-8869(98)00055-5
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., & Owen, C. (2006). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for young adult women. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 53-62. doi:10.1016/j.brat.2004.12.003
- Nuttall, F. Q. (2015). Body Mass Index: Obesity, BMI, and health: A critical review. *Nutrition Today, 50*(3), 117-128. doi: 10.1097/NT.0000000000000092
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M., & Kellum, K. K. (2013). Assessment of body image flexibility: An evaluation the Body Image Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science, 2*(1-2), 39-48. doi: 10.1016/j.jcbs.2013.03.002
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling* (3rd ed.). New York, NY: Routledge.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical rationale and empirical status. In S. Hayes, V. Follette, & M. M. Linehan (Eds). *Mindfulness and Acceptance* (pp. 45-65). New York, NY: Guilford Press.
- Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year

prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 49(10), 622–627. doi: 10.1016/j.brat.2011.06.009.

Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Solomon, E. E., Fairburn, C. G., Pike, K. M., & Wilfley, D. E. (2000). Subthreshold binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27(3), 270-278. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(200004)27:3<270::aid-eat3>3.0.co;2-1

Sullivan, S., Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., & Klein, S. (2007). Personality characteristics in obesity and relationship with successful weight loss. *International Journal of Obesity*, 31(4), 669-674. doi: 10.1038/sj.ijo.0803464

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th Edition.). Boston, MA: Allyn and Bacon.

Trindade, I. A., & Ferreira, C. (2014). The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eating Behaviors*, 15(1), 72-75. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.10.014

Wendell, J., Masuda, A., & Le, J. (2012). The role of body image flexibility in the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating symptoms among non-clinical college students. *Eating Behaviors*, 13(3), 240–245. doi: 10.1016/j.eatbeh.2012.03.006

Capítulo 9

Body-Image Acceptance and Action Questionnaire: Its deleterious influence on binge eating and psychometric validation

Adaptado de:

Lucena-Santos, P., Carvalho, S., Oliveira, M. S., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Body-Image Acceptance and Action Questionnaire: Its deleterious influence on binge eating and psychometric validation. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(2), 151-160. doi: 10.1016/j.ijchp.2017.03.001

Impact factor (JCR): 3.900

A publicação final está disponível em Elsevier via:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.03.001>

Abstract

Background/Objectives: This study aimed to explore the psychometric properties of BI-AAQ (Body-Image Acceptance and Action Questionnaire) and the body image psychological flexibility role as a mediator in a pervasive path towards binge eating in Brazilian samples. *Method:* This cross-sectional study was conducted in clinical (overweight or obese women currently in treatment for weight loss; $n= 330$) and non-clinical (general population; $n= 682$) groups of women. *Results:* BI-AAQ has one-factor structure, excellent internal consistency, ability to detect differences between groups and measurement invariance across samples. It was also negatively associated with self-compassion and positively associated with binge eating severity, drive for thinness and self-criticism. *Conclusions:* This study provides data confirming the robust psychometric properties of BI-AAQ in qualitatively different samples. Furthermore, an additional study conducted in a clinical sample of women with overweight or obesity revealed that body image psychological inflexibility has emerged as a partial and significant mediator of the effect of self-criticism and drive for thinness on the binge eating severity.

Keywords: Body image; Psychological inflexibility; Measurement invariance; Mediation model; Instrumental study.

Resumen

Antecedentes/Objetivos: Este estudio tuvo como objetivo explorar las propiedades psicométricas del BI-AAQ (Body-Image Acceptance and Action Questionnaire) y el papel mediador de la inflexibilidad psicológica relacionada con la imagen corporal en una trayectoria nociva hacia la ingesta compulsiva en muestras brasileñas. *Método:* Este estudio transversal se llevó a cabo en grupos clínicos (mujeres con sobrepeso u obesidad actualmente en tratamiento para la pérdida de peso; $n= 330$) y no clínicos (grupo de población general; $n= 682$) de mujeres. *Resultados:* BI-

AAQ ha revelado la estructura de un factor, excelente consistencia interna, capacidad para detectar diferencias entre grupos e invariancia de medida entre diferentes muestras. Sus puntuaciones se asociaron negativamente con la autocompasión y positivamente con la severidad de la compulsión alimentaria, búsqueda de la delgadez y autocrítica. *Conclusiones:* Este estudio proporcionó datos que confirman que el BI-AAQ tiene propiedades psicométricas sólidas en muestras cualitativamente diferentes. Además, un estudio adicional efectuado en una muestra clínica de mujeres con sobrepeso u obesidad reveló que la inflexibilidad psicológica relacionada con la imagen corporal emergió como mediadora parcial y significativa del efecto de la autocrítica y de la búsqueda de la delgadez sobre la severidad de la compulsión alimentaria.

Palabras clave: Imagen corporal; Inflexibilidad psicológica; Invariancia de medida; Modelo de mediación; Estudio instrumental.

Introduction

The role of body image dissatisfaction (BID) in the aetiology of disordered eating has been a target of empirical research (e.g., Brechan, & Kvaalem, 2015; Dakanalis et al., 2016; Dakanalis, Zanetti, Riva, & Clerici, 2013). It has been suggested that although BID is a rather common experience among females (Runfola et al., 2013), only a small percentage engage in disordered eating (Smink, van Hoeken, & Hoek, 2012). This seems to suggest that being dissatisfied with one's body image is a factor that might interact with other involved mechanisms. Recent theoretical approaches to psychological suffering have pointed out for the role of psychological inflexibility in several psychopathological symptoms (e.g. Paulus, Vanwoerden, Norton, & Sharp, 2015; Pinto-Gouveia, Gregorio, Dinis, & Xavier, 2012). Psychological inflexibility encompasses an inability to be in the present moment, as well as actions motivated by avoidance of difficult internal experiences - usually at the expense of desired valued life goals (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). As so, psychological inflexibility

has been associated with disordered eating (e.g. Moore, Masuda, Hill & Goodnight, 2014). For example, it was found positive associations between rigid avoidance strategies and dysfunctional eating behaviours (Cowdrey, & Park, 2012). Also, it was observed that patients with binge eating disorder were less willing to experience negative emotions (Leehr et al., 2015). Conversely, psychological flexibility has been negatively correlated with overall disordered eating-related problems (e.g. Masuda, & Latzman, 2012).

Psychological inflexibility is usually assessed by the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II; Bond et al., 2011), even though concerns have been raised due to its lack of specificity to drawing conclusions to different clinical conditions (Wendell, Masuda, & Le, 2012). It is argued that using content-specific measures is a better suited strategy (Sandoz, Wilson, Merwin, & Kellum, 2013), as it seems that content-specific measures are sensitive to detect significant effects in cases where general measures did not (Gifford et al., 2004). Thus, in order to tackle this limitation by providing an instrument capable of measuring psychological flexibility specifically related to body image, the Body Image–Acceptance and Action Questionnaire was developed (BI-AAQ; Sandoz et al., 2013).

It is proposed that body image flexibility (BIF), i.e., being willing to experience difficult body image internal events (e.g. perceptions, sensations, feelings, memories and thoughts) without judgments or defences, plays an important role in the disordered eating (Wendell et al., 2012). For instance, BIF seems to be a protective factor against disordered eating behaviour in low body mass index (BMI < 20) females (Hill, Masuda & Latzman, 2013), and is negatively correlated with internalization of thinness, body dissatisfaction, disordered eating thoughts (Timko, Juarascio, Martin, Faherty, & Kalodner, 2014), eating disorder symptomatology, food and weight concerns (Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011; Sandoz et al., 2013) and positively associated with self-compassion (Ferreira et al., 2011). Moreover, it seems that women with less BIF endorse more disordered eating behaviours than those with greater BIF (Moore et al., 2014) and

present more body dissatisfaction and drive for thinness (Ferreira et al., 2011).

Additionally, the construct underlying BI-AAQ seems to fit perfectly with conceptualizations of binge eating as a result from attempts to avoid and/or control difficult internal experiences (e.g. Gianini, White, & Mashed, 2013; Leehr et al., 2015). It is well-known that binge eating is a severe health problem associated with the development and maintenance of overweight and comorbidities with physical and psychiatric conditions (Kessler et al., 2013; Striegel-Moore et al., 2000).

Nevertheless, there is a lack of research on the underlying processes of binge eating - this topic has yet to be explored and can shed new light on the specific mechanisms of change needed in clinical interventions (Dakanalis et al., 2015). For instance, there are considerable evidence that self-criticism predicts the occurrence of binge eating (Duarte, Pinto-Gouveia, & Ferreira, 2014; Dunkley, & Grilo, 2007) and that self-judgement is positively associated with drive for thinness (Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2013b). Additionally, the literature have suggested that drive for thinness is positively correlated with body dissatisfaction in women (Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2013a). However, the mechanisms underlying these associations are not explored, especially in women with binge eating behaviours. One hypothesis is that drive for thinness and self-critical thinking have the purpose of avoiding body-related internal experiences associated to social threats (see Gilbert, 2005), in which binge eating behaviours function as an avoidance strategy to block those experiences. Nevertheless, to our knowledge, this has not been empirically tested.

In this line, the BI-AAQ seems to be a valuable measure that can help clarify the role of BIF in the prevention and treatment of dysfunctional eating behaviours. In fact, its potential applicability to a wide range of weight concerns makes it a very useful tool. However, the unavailability of BI-AAQ's translation and validation studies into different languages and

cultures, as well as the lack of additional psychometric studies, limit its utility.

Regarding the BI-AAQ's factorial structure, Exploratory Factor Analyses (EFA) separately conducted in two independent college student samples, corroborated the proposed 12-items and one-factor structure (Sandoz et al., 2013). However, the original validation study did not perform a Confirmatory Factor Analysis (CFA) in order to test whether or not the proposed structure had a good fit to the data. This limitation was overcome by the Portuguese (Ferreira et al., 2011) and Persian (Izaadi, Karimi, & Rahmani, 2013) validation studies, which have both confirmed its one-factor structure.

Yet, as far as we know, there are no other studies regarding BI-AAQ's psychometric properties. Thus, no study on its measurement invariance was conducted which prevents us from establishing that BI-AAQ measures the same construct, in the same way, when responded by qualitatively distinct groups (Widaman, & Reise, 1997). Hence, one major goal of the current study is to conduct a multi-group factor analysis in order to test the BI-AAQ's measurement invariance.

Furthermore, as acknowledged by the original authors, the generalizability of their findings will also depend on the BI-AAQ's validation in clinical samples, as well as in different cultures (Sandoz et al., 2013). Therefore, and taking into consideration that all factorial structure analyses of BI-AAQ were conducted in non-clinical samples, it is crucial to also confirm its structure in a sample composed of participants from clinical contexts.

Considering this background, the present study aims: (1) to translate the BI-AAQ into Brazilian-Portuguese; (2) to confirm its factorial structure and measurement invariance across clinical and non-clinical groups; (3) to study its internal consistency, concurrent validity and its sensibility to detect differences between groups; and (4) to test whether body-image inflexibility emerges as a mediator of the effect of drive for thinness and

self-criticism on binge eating severity in a clinical sample of women with overweight and obesity in treatment for weight loss.

Method

Design and ethical aspects

This is a cross-sectional study. Samples in which this study was conducted were part of a major research project that aims to explore eating behaviours and emotional-related difficulties in adult women. This major project was evaluated and approved by the Scientific Committee of Psychology Faculty (official letter n° 014/2013) and also by the Research Committee of Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul (PUCRS), Brazil. All participants provided written informed consent after being briefed about the aims of the study and its voluntary and confidential nature.

Data collection

Two independent samples were used in this study. The general population group was composed of women who were awaiting transportation or services in the Porto Alegre's Bus Station and in three citizens' bureaus, respectively. The clinical group comprised women with overweight or obesity in medical treatment for weight loss in a public hospital in Porto Alegre. Inclusions criteria: a) female; b) age between 18 and 60 years; c) 5 or more years of education. Moreover, in order to be part of the clinical group, participants had to present a Body Mass Index (BMI) ≥ 25 (kg/m²).

Translation and adaptation

Two independent researchers (both Brazilian and fluent in English) adapted the BI-AAQ to Brazilian-Portuguese and made a back-translation to English. Then, a committee of three experts in both the underlying construct of BI-AAQ and in transcultural validations was formed with the purpose of evaluating and deciding which adaptation of each item should

integrate the preliminary version of the scale. Afterwards, an analysis of each item of the preliminary version was conducted, taking into consideration the clarity of language, the practical pertinence for the target culture and the theoretical relevance, according to a 5-point Likert scale (see Cassepp-Borges, Balbinotti, & Teodoro, 2010). Then the Content Validity Coefficient was calculated (see Hernández-Nieto, 2002) and all 12 items presented $CVC \geq 8$. Finally, a pilot study was conducted in a sample of 22 Brazilian adults (being 45.5%, $n= 10$ females), with an average of 13.59 years of education ($SD=3.32$), and of 32.45 years of age ($SD=10.22$). Regarding marital status, the majority were single (62.8%; $n=15$) followed by married (31.8%, $n=7$). This pilot study showed that BI-AAQ was clearly understood, so the final version was consolidated and the data collection was initiated.

Participants

The statistical analyses were performed in the following samples.

Sample 1: composed of two groups (general population, $n = 682$; and clinical group, $n = 330$), which comprises 1,012 participants. Table 1 presents the socio-demographic characteristics of the total sample and of each group.

Table 1*Sociodemographic characteristics of Sample 1*

	Total Sample			General Population Group			Clinical Group			<i>p</i> -value (<i>t</i> test or R ²)
	(N = 1,012)			(n = 682)			(n = 330)			
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Min</i>	<i>Max</i>	
Age	33.91 (12.37)	18	60	32.45 (11.14)	18	60	41.17 (11.65)	18	60	<.001
Years of Education	13.64 (3.42)	5	27	13.35 (3.34)	5	27	14.39 (3.52)	6	25	<.001
BMI	26.62 (6.05)	17	54	23.89 (4.20)	17	42	32.23 (5.38)	25	54	<.001
	<i>N</i>	%		<i>n</i>	%		<i>n</i>	%		
Marital status										
Married/cohabiting	366	36.2		189	27.7		177	53.6		
Divorced	70	6.9		36	5.3		34	10.3		
Widowed	9	.9		4	0.6		5	1.5	<.001	
Single	567	56		453	66.4		114	34.5		
Occupational status										
Retired	52	5.1		17	2.5		35	10.6		
Employed	603	59.6		377	55.3		226	68.5	<.001	
Unemployed	357	35.3		288	42.2		69	20.9		

Sample 2: this was a subgroup from the clinical group of Sample 1 ($n=294$) composed of participants who responded the following set of measures: BI-AAQ, SCS, BES and EDI-2. This subgroup presented a mean age of 41.87 years old ($SD= 11.47$), an average of 14.66 ($SD= 3.54$) years of education and of 32.38 ($SD= 5.25$) of BMI. Regarding marital status, 34% ($n= 100$) were single, 54.8% ($n= 161$) were married/cohabiting, 9.9% ($n= 29$) divorced and 1.4% ($n= 4$) were widowed. Additionally, the majority of participants were employed (70.1%, $n= 206$), followed by unemployed (18.7%, $n= 55$) and retired (11.2%, $n= 33$).

The clinical and non-clinical groups from Sample 1 were used to perform the analyses aimed to confirm the BI-AAQ's factorial structure, its measurement invariance across groups as well as its ability to detect differences between them. Sample 2 was used to conduct the concurrent validity and mediational analyses.

Measures

Body Image Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ; Sandoz et al., 2013). This is a 12-item 7-point Likert-like scale (from 1 *never true* to 7 *always true*) of psychological (in)flexibility specifically developed for assessing (in)flexible responding to body-related thoughts and feelings. BI-AAQ resulted from a pool of 46 items adapted from other general AAQ versions, which were submitted to an item-total correlation analysis, where items with item-total correlations <0.30 were omitted ($n=17$). The remaining 29 items were submitted to a Principal Factor Analysis (PFA) and to a Parallel Analysis (PA). Those results revealed a single factor structure accounting for 34.4% of the variance, where 26 items had factor loading above .40. So, in order to produce a shorter length measure, 12 items with factor loadings above .60 were retained. Finally, the 12-items version was re-examined in an independent sample where the PFA and the PA were replicated. Results supported the stability of the one-factor structure, which accounted for 54% of the variance (Sandoz et al., 2013). Additionally, the BI-

AAQ's Portuguese validation have also performed a PFA and its results indicated a one-factor solution accounting for 63.36% of the variance (Ferreira et al., 2011). This one-factor 12-items solution was confirmed through CFA analyses in the Portuguese and Persian studies (Ferreira et al., 2011; Izaadi et al., 2013). Internal consistency analysis revealed an excellent Cronbach's alpha ($\alpha=.92$ and $\alpha=.93$) in the original validation studies.

Self-Compassion Scale (SCS; Neff, 2003; Brazilian version: Souza & Hutz, 2016) is a 26-item 5-point Likert self-report measure (from 1 *almost never* to 5 *almost always*) developed to assess trait levels of self-compassion. Although SCS was initially designed to grasp three components that interact with each other (*self-kindness* versus *self-judgment*, *common humanity* versus *isolation* and *mindfulness* versus *over-identification*), it can also be used as a two-factor structure measure: one factor that assess *self-compassion* attitude (sum of self-kindness, common humanity and mindfulness) and one factor of a *self-criticism* attitude (sum of self-judgment, isolation and over-identification). This two-factor structure has adequate model fit and good internal consistency ($\alpha=.91$ for self-compassion and $\alpha=.89$ for self-criticism) (Costa, Marôco, Pinto-Gouveia, Ferreira, & Castilho, 2015).

Eating Disorder Inventory (EDI-2; Garner, Olmsted, & Polivy, 1983). Composed by eight subscales represented by a total of 64-items. The respondents have to rate the frequency in which what is described in each item reflects their experience, according to a 6-point Likert scale (from *Always* to *Never*) through which they rate the extent to which the items reflect their experience. For the current study, it was only used the Drive for Thinness (DT) subscale. The Portuguese validation found an excellent internal consistency for DT subscale ($\alpha=.91$; Machado, Gonçalves, Martins, & Soares, 2001), corroborating the findings from the original study which observed $\alpha=.85$.

Binge Eating Scale (BES; Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982). This measure is composed of 62 statements (arranged in 16 items) used to evaluate the severity of binge eating symptoms. For each item participants have to decide which statement (between three or four alternatives) better applies to them. Then, a score from 0 to 3 is assigned for each marked statement and the total score is calculated. Higher scores indicate higher binge eating severity. BES has high internal consistency in the original study (Gormally et al., 1982) as well as the Brazilian version ($\alpha=.89$; Freitas, Lopes, Appolinario, & Sichieri, 2002).

Analytical strategies

Descriptive statistics were assessed through SPSS statistics software (v.20; SPSS Inc., Chicago, IL), while the Confirmatory Factor Analysis (CFA) and Multigroup Analysis (MA) were performed using AMOS software (v.19, SPSS Inc., Chicago, IL). Outliers were assessed through the squared Mahalanobis Distance (MD^2) considering values of $p1$ and $p2 < .05$ (Marôco, 2010). Normality was assessed according to values of Skewness (Sk) and Kurtosis (Ku), where values of $Sk > |3|$ and $Ku > |10|$ indicate severe violations of normality (Kline, 2010). Cases with missing values were excluded since they were completely at random and less than 5% of cases (Tabachnick & Fidell, 2014), according to the results from the Missing Value Analysis (MVA) procedure, which is provided by SPSS. A Confirmatory Factor Analysis (CFA) was performed to test if the one-factorial structure proposed by the authors of BI-AAQ (Sandoz et al., 2013) had good adjustment to the data. A combination of goodness-of-fit indices was used as suggested by Kline (2010): Tucker-Lewis Index (TLI), Comparative Fit Index (CFI), Goodness of Fit Index (GFI), Incremental Fit Index (IFI, also known as BL89), Relative Fit Index (RFI) and Normed Fit Index (NFI). TLI, RFI and NFI can vary between 0 and 1 - and the closer to 1, the better the fit of the model. CFI, IFI and GFI values $\geq .90$ indicate a good fit (Hu & Bentler, 1999). Finally, the local adjustment was assessed both by

standardized factor weights and the individual reliability of the items, considering of $\lambda \geq .50$ and $R^2 \geq .25$ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2014), respectively. Maximum Likelihood was used as the estimation method (since the BI-AAQ response rate have 7 points – see Rhemtulla, Brosseau-Liard, & Savalei, 2012). Moreover, a chi-square test of differences was calculated (as described in Marôco, 2010) to test whether the final model has better fit to the correlational structure of the items than the original one. Internal consistency was assessed by Cronbach's alpha (values of $\alpha > .70$ indicates adequate reliability - Kline, 2000). A multi-group analysis was conducted to test the measurement invariance across clinical and non-clinical groups (through the comparison of the unconstrained model with a model in which factor loadings were constrained; Byrne, 2016). Furthermore, the BI-AAQ's ability to detect differences between groups was analysed through a Student's T Test. Cohen's d was calculated to verify effect size which can be small ([0.2; 0.49]), intermediate ([0.5; 0.79] or large ($\geq .80$) (Cohen, 1988). Concurrent validity was assessed by Pearson's correlations between the BI-AAQ, BES, SCS and Drive for Thinness (EDI Subscale). Finally, the mediational study was conducted through a Path Analysis using Maximum Likelihood as the estimation method. A bootstrap method with 2,000 resamples was performed, as it is one of the most reliable and powerful method to evaluate the significance of the direct, indirect and total standardized effects (Marôco, 2010) providing greater statistical power and confidence interval precision regardless of sample size, effect size or level of statistical significance (Mallinckrodt, Abraham, Wei, & Russell, 2006). A 95% bias-corrected confidence interval was considered (Kline, 2010).

Results

Confirmatory Factor Analysis

The initial model was specified with all items pertained to a single factor, as proposed by the authors of BI-AAQ (Sandoz et al., 2013), which demonstrated a poor fit ($\chi^2(54) = 793.08$; $p < .001$; CFI = .91; GFI = .87; TLI = .89; IFI = .91; RFI = .885; NFI = .90). Regarding local adjustment, all items presented high values of factor weights and individual reliability ($\lambda \geq .64$ and $R^2 \geq .41$, respectively) with exception of item 6 which presented $\lambda \geq .44$ and $R^2 \geq .20$.

The global model fit would be improved through the correlation between several pairs of item's errors according to the modification indices. However, it was only theoretically justifiable the correlation of the following pairs of item's errors: 2&3 (disturbing internal experiences regarding body shape and/or weight), 2&5 (excessive worry about the body), 7&8 (necessity to feel better or in control about body-related difficulties and its consequences for one's life), and 9&10 (influence of dissatisfaction with weight on one's life). It is a common procedure to add paths to the model correlating errors of items from the same factor, as long as these correlations have theoretical reasons (i.e. similar content or formulation; Marôco, 2010). Thus, the model was modified through the addition of the aforementioned paths.

Even though the modified model presented an increase in the global fit indices ($\chi^2(50) = 424.27$; $p < .001$; CFI = .95; GFI = .93; TLI = .94; IFI = .95; RFI = .93; NFI = .95), the local adjustment of item 6 still presented factor weights and individual reliability below the expected ($\lambda \geq .45$ e $R^2 \geq .20$, respectively). Furthermore, according to the values of "Alpha if item deleted", all items are contributing for the internal consistency of this measure with the exception of item 6 (its exclusion would increase the Cronbach's alpha from $\alpha = .93$ to $\alpha = .94$). Finally, the communalities' analysis indicate that all items presented values $\geq .47$ with the exception of item 6, which presented the lowest value (.23). Thus, taking into consideration all

these data together, we decided to exclude item 6 from the model. Therefore, a final model with 11 items was specified maintaining the same error's correlations that were made in the last model (see Figure 1). The final model presented a good global fit and did not show problems in the local adjustment ($\lambda \geq .62$; $R^2 \geq .39$).

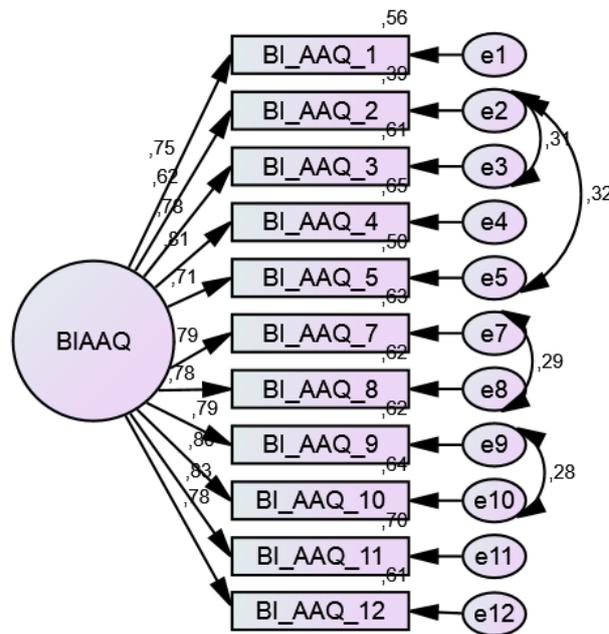


Figure 1. Standardized factor weights of the 11 items in BI-AAQ on the final model ($N=1,012$). $\chi^2(40)=390.439$; $p<.001$; CFI = .957; GFI = .932; TLI = .941; IFI=.957; RFI= .935; NFI=.952.

Additionally, a chi-square difference test confirmed that the final model presented a significantly improvement when compared to the modified model ($\Delta\chi^2(10) = 33.835$; $p< .05$). It is also worth mentioning that the final model presented lower levels of MECVI (.438) than the modified one (.476), showing that the final model presents better validity in the studied populations.

Multi-group analysis

The final model presented good fit indices, high values of factor weights and individual items reliability ($\lambda \geq .55$ e $R^2 \geq .31$). Figure 2 presents the standardized factor weights and individual reliability of the items in each group.

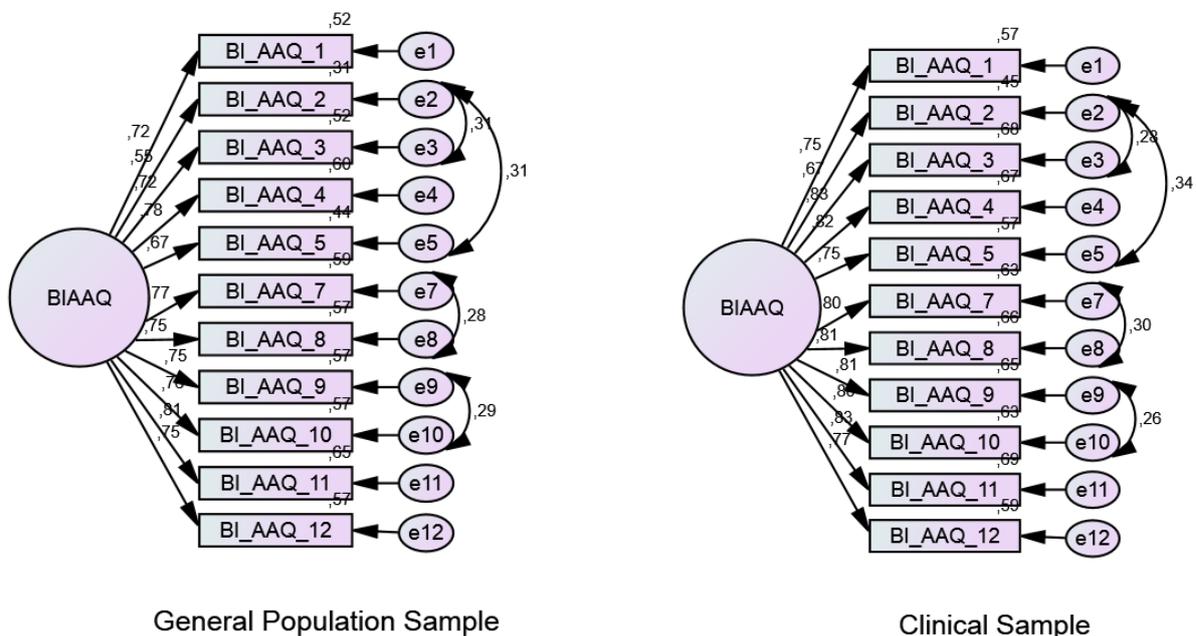


Figure 2. Standardized factor weights of the final model for the two groups in study (general population, $n=682$; and clinical group, $n=330$) $\chi^2(90)=472.247$; $p<.001$; CFI = .949; GFI= .920; TLI = .938; IFI= .949; RFI= .924; NFI= .938.

No differences were detected in regard to factor weights ($\Delta\chi^2(1) = 1.911$; $p= .167$), showing measurement invariance.

Internal consistency

BI-AAQ presented a Cronbach's alpha of $\alpha=.94$, $\alpha=.95$ and $\alpha=.93$, in the total sample, clinical and non-clinical groups, respectively.

Ability to detect differences between groups

Significant differences between clinical and non-clinical groups were found ($t_{(622)} = -11.19$; $p < .001$), being the scores of the clinical group higher than the ones in the general population group: means of 45.98 ($SD = 17.48$) and 33.08 ($SD = 16.60$), respectively. Cohen's d showed an observed value of .76.

Concurrent validity

Correlations between the BI-AAQ and binge eating severity, drive for thinness, self-criticism and self-compassion were presented in Table 2 together with the values of internal consistency (Cronbach's alpha) obtained for all variables in the current study.

Table 2

Correlation between BI-AAQ and variables in study (Sample 2, $n=294$)

Variable	Alpha de Cronbach	BI-AAQ	Self-compassion	Self-criticism	Drive for thinness	BES
BI-AAQ	.95	1				
Self-compassion	.89	-.39**	1			
Self-criticism	.90	.57**	-.52**	1		
Drive for thinness	.69	.56**	-.28**	.35**	1	
BES	.89	.61**	-.39**	.49**	.46**	1

Note: **Correlation is significant at .01 level; BI-AAQ: Body-Image Acceptance and Action Questionnaire; Self-Compassion domain of SCS (Self-Compassion Scale); Self-criticism domain of SCS; Drive for Thinness subscale of Eating Disorder Inventory-2; BES: Binge Eating Scale.

Mediational study

A mediational study tested a theoretical model in which the role of body image psychological inflexibility mediated the effect of self-criticism and drive for thinness on binge eating severity (Figure 3). This was a fully saturated model (containing 10 parameters), so the model fit indices were

neither tested nor reported since fully saturated models always produce a perfect adjustment to the data.

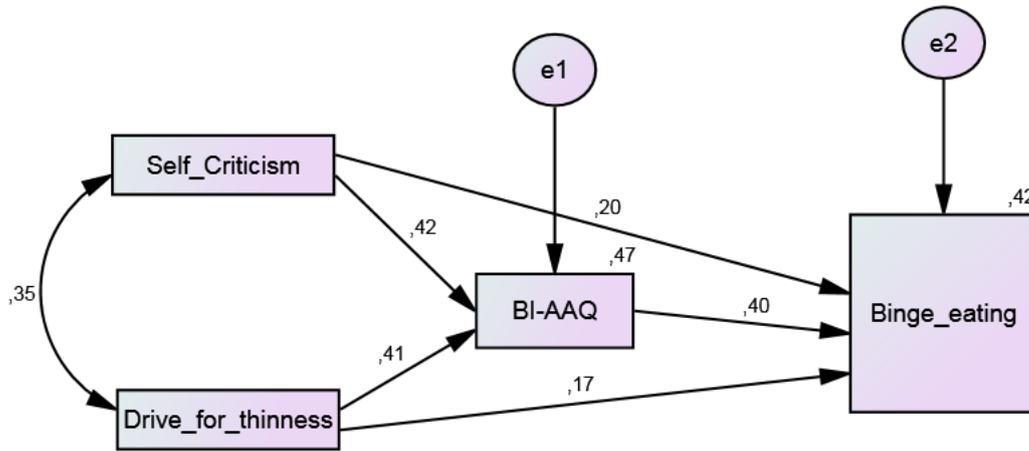


Figure 3. The path model (Sample 2, $n = 294$). Note: Standardized coefficients are presented and all paths are significant at the .001 level.

Results showed a significant standardized total effect of self-criticism and drive for thinness on binge eating behaviour (Self-criticism: $\beta=.36$; 95% CI=].27; .45]; $p=.001$; Drive for thinness: $\beta=.33$; 95% CI=].25; .41]; $p=.001$), as well as a positive and significant standardized indirect effect (through body image psychological inflexibility) of both variables on binge eating (Self-criticism: $\beta=.17$; 95% CI=].11; .23]; $p=.001$; Drive for thinness: $\beta=.16$; 95% CI=].11; .22]; $p=.001$). The standardized direct effect of the mediator on the criterion variable was significant ($\beta=.40$; 95% CI=].30; .51]; $p=.001$). Finally, the standardized direct effect of self-criticism and drive for thinness still significant in the presence of the mediator (Self-criticism: $\beta=.19$; 95% CI=].09; .28]; $p=.001$; Drive for thinness: $\beta=.16$; 95% CI=].07; .25]; $p=.004$), which indicates a partial and significant mediation. The model explained 42% of binge eating severity.

Discussion/Conclusions

Previous studies on the factor structure of BI-AAQ are scarce and were mainly conducted in college student's samples (Izaadi, et al., 2013; Sandoz et al., 2013) or in general population samples (Ferreira et al., 2011). The current study included a clinical sample addressing previous limitations and expanding the knowledge of BI-AAQ' robustness and clinical utility.

Regarding the factorial structure, the Brazilian version of BI-AAQ resulted in a one-factor structure composed of 11 items, since the item 6 was excluded from the scale. This decision was based on the data regarding global and local adjustment, modification indices, factor weights and individual reliability. Corroborating our choice is the fact that item 6 had the lowest psychometric properties (namely the lowest values of standardized regression weights, squared multiple correlations, corrected item-total correlations and communalities) when compared to all the other items in the BI-AAQ's Portuguese version. Also regarding item 6 performance in the Portuguese validation, it was observed that the Cronbach's alpha value would slightly increase from .945 to .948 by excluding this item (Ferreira et al., 2011). Moreover, both in the second and third studies conducted in the original BI-AAQ's validation, it was found that item 6 was not contributing to the observed Cronbach's Alpha values (i.e., in case of item 6 exclusion, the observed internal consistency would have stayed unaltered). Finally, while most item-total correlations were over .62 in the second study of BI-AAQ's validation, the item 6 only presented a correlation of .39 (Sandoz et al., 2013).

About this topic, it is interesting to note how the items are structured and what they are assessing. BI-AAQ's items were developed using general terms to assess psychological states related to body-image (e.g., "worrying"/ "thinking"/ to "care too much"/"to feel bad"/"to feel better"/"to think" about weight, body and/or body shape – items 1-3, 5, 7, 11; to "change"/to "control" thoughts and/or feelings about body weight and/or shape – items 4 and 8; "to

feel fat”/“feeling fat” – items 6 and 10; to “control” weight – item 9; to be bothered by body weight and/or shape – item 12) together (or not – see item 2) with possible consequences in one’s life (e.g., having difficulties in living a valued life, to make any serious plans, to have better control over life, to do other things or to have better relationships – items 1, 4, 7-9, 11-12; to “shut down” – item 3; to waste too much time – item 5; having “problems” in life – item 10). Nevertheless, while the aforementioned items have used general terms (which makes it easier for respondents to identify themselves with the situations described), the item 6 seems to assess a specific strategy used in order to deal with a body image-related internal experience (i.e., “If I start to feel fat, I try to think about something else” – item 6). Thus, in our opinion, the poorer psychometric properties observed in item 6 can be explained by its narrower content: it seems to assess a specific avoidance strategy (i.e., distraction) rather than the more broadly function of psychological inflexibility.

The final model (without item 6) presented a good local adjustment, with high levels of factor weights and individual reliabilities in the remaining items. The Brazilian version of the BI-AAQ also showed a good global fit. These results are in accordance with the Persian, Portuguese and the original validations, which also supported the BI-AAQ’s one-factor structure (Ferreira et al., 2011; Izaadi et al., 2013; Sandoz et al., 2013).

Furthermore, we found that the Brazilian version of the BI-AAQ has an excellent internal consistency ($\alpha=.94$ total sample, $\alpha=.93$ general population group, and $\alpha=.95$ clinical group). These results are in line with previous studies of BI-AAQ, as the Persian, Portuguese and the original validations found internal consistencies of $\alpha=.87$ (Izaadi et al., 2013), $\alpha=.95$ (Ferreira et al., 2011) and of $\alpha=.92$ (Sandoz et al., 2013), respectively. Results also showed that all 11 final items were contributing to the internal consistency of the measure.

Moreover, the multi-group analysis showed structural invariance, showing that its structure remains stable across our different samples. To

our knowledge, this is the first study that tested the invariance of the factorial structure of BI-AAQ.

Furthermore, BI-AAQ's ability to detect differences between clinical and non-clinical groups was also corroborated, since significant differences between groups were detected with intermediate effect sizes (the clinical group had higher scores than the general population group). Similar results were found in the Portuguese validation, where the measure discriminated between a diagnosed eating disorder sample and a general population sample, with the clinical group reporting lower body image flexibility (Ferreira et al., 2011).

Regarding concurrent validity, results from correlational analyses showed that BI-AAQ is positively correlated with self-compassion and negatively correlated with self-criticism, drive for thinness and binge eating severity. Therefore, the previous hypothesis that body image psychological inflexibility would be negatively related with other general psychological flexibility and acceptance constructs and positively related with psychopathology and eating and weight difficulties was confirmed. These results are in line with previous findings associating body image psychological inflexibility with less self-compassion (Ferreira et al., 2011), more eating disorder symptomatology, higher food and weight concerns, internalization of thinness, disordered eating thoughts and behaviours, and body dissatisfaction (Ferreira et al., 2011; Hill et al., 2013; Sandoz et al., 2013; Timko et al., 2014).

The current study also extends the literature on body image psychological inflexibility, by providing new data regarding its role as a mediator of the effect of the self-criticism and drive for thinness on binge eating severity. Previous empirical data have already reported the pervasive effect of self-criticism and drive for thinness on binge eating psychopathology (e.g. Duarte et al., 2014; Dunkley & Grilo, 2007), but the underlying mechanisms through which this effect occurs was still underexplored. Our results seem to suggest that a self-to-self way of relating

characterized by criticism and put-down associated with a drive for thinness (i.e., intense desire to lose weight, excessive fear of gaining weight associated with an extreme pursuit of thinness; Garner et al., 1983) impacts on binge eating behaviours in part due to the unwillingness to experience difficult internal experiences related to body image and the consequent efforts to avoid these experiences. This seems to empirically corroborate recent conceptualizations, in which binge eating is presented as an emotional regulation strategy (e.g. Gianini et al., 2013; Leehr et al., 2015). Therefore, other previous findings also seems to be in line with these results, as it was suggested that body image psychological flexibility seems to lessen the impact of body image dissatisfaction (a well-established predictor of eating psychopathology) on dysfunctional eating behaviours (Ferreira et al., 2011), while another study concluded that nuclear eating disorder's features arise as a result of a self-critical attitude (Pinto-Gouveia, Ferreira, & Duarte, 2014).

Regarding clinical implications, our results suggest that future interventions should target the inflexible responding to body-related thoughts and feelings, as it seems to contribute to binge eating severity when self-criticism and drive for thinness are present. About this topic, a clinical approach for women with binge eating disorder, in which an accepting and mindful way of relating to one's difficult internal experiences was taught and trained, has been shown to be beneficial (e.g. Masuda, Hill, Melcher, Morgan, & Twohig, 2014). Nevertheless, it is important to bear in mind that the current results also suggest that self-criticism and drive for thinness seem to directly impact binge eating severity. These results seem to point out for the necessity to not only promote a more accepting and mindful stance towards body-related internal experiences, but also to target self-criticism itself. Perhaps it might be important to develop a more self-compassionate way of relating to one's perceived defects and failures, as this seems to be an effective way of diminishing self-criticism (e.g. Leaviss, & Uttley, 2015).

Furthermore, it is important to consider some limitations of the current study such as its cross-sectional design, which prevents interpretations of causality. Moreover, our samples were convenience-based and exclusively composed by women, which may narrow the generalization of the current results.

Overall, this was the first study that demonstrated the factorial invariance of BI-AAQ in different samples. The Brazilian version of BI-AAQ presents a one-factor structure, excellent internal consistency, discriminant and concurrent validities. Additionally, this study adds new information on the role of body-image inflexibility in binge eating.

Funding

This work was supported by the CNPq (National Council for Scientific and Technological Development - Brazil; Reference: 408697/2013-0), CAPES (Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel - Brazilian Ministry of Education; BEX Process number 0514/12-8) and FAPERGS (Foundation for Research Support of the State of Rio Grande do Sul - Brazil; Reference: 2263–2551/14-4SIAFEM). None of the sponsors have participated in the design, collection, analysis, interpretation of data, writing the report, or in the decision to submit the article for publication in this journal.

References

- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676-688. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007
- Brechan, I., & Kvaalem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors, 17*, 49-58. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.12.008

- Byrne, B. M. (2016). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (3rd edition). New York: Routledge.
- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A., & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In L. Pasquali (Org.). *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 506-520). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Costa, J., Marôco, J., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C. & Castilho, P. (2015). Validation of the psychometric properties of the Self-Compassion Scale; Testing the factorial validity and factorial invariance of the measure among Borderline Personality Disorder, Anxiety Disorder, Eating Disorder and general populations. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. [Advanced online publication]. doi:10.1002/cpp.1974.
- Cowdrey, F. A., & Park, R. J. (2012). The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eating Behaviors*, 13(2), 100-105. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.01.001.
- Dakanalis, A., Carrà, G., Timko, A., Volpato, C., Pla-Sanjuanelo, J., Zanetti, A., Clerici, M., & Riva, G. (2015). Mechanisms of influence of body checking on binge eating. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 93-104. doi: 10.1016/j.ijchp.2015.03.003
- Dakanalis, A, Pla-Sanjuanelo, J., Caslini, M., Volpato, C., Riva, G., Clerici, M., & Carrà G. (2016). Predicting onset and maintenance of men's eating disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(3), 247-255. doi: 10.1016/j.ijchp.2016.05.002
- Dakanalis, A., Zanetti, M.A., Riva, G., & Clerici, M. (2013). Psychosocial moderators of the relationship between body dissatisfaction and symptoms of eating disorders: A look at a sample of young Italian women. *European Review of Applied Psychology*, 63(5), 323-334. doi: 10.1016/j.erap.2013.08.001
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2014). Escaping from body image shame and harsh self-criticism: Exploration of underlying mechanisms of binge eating. *Eating Behaviors*, 15(4), 638–643. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.08.025
- Dunkley, D. M., & Grilo, C. M. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in

binge eating disorder patients. *Behavior Research Therapy*, 45(1), 139-149. doi: 10.1016/j.brat.2006.01.017

Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2011). The validation of the Body Image Acceptance and Action Questionnaire: Exploring the moderator effect of acceptance on disordered eating. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 11(3), 327–345.

Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013b). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors*, 14(2), 207-210. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.01.005.

Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013a). Drive for thinness as a women's strategy to avoid inferiority. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 15-29.

Freitas, S., Lopes, C. S., Appolinario, J. C., & Sichieri, R. (2002). Validação da versão brasileira da Binge Eating Scale - Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 79-81. doi:10.1590/S1516-44462002000600007

Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34. doi: 10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6

Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 14(3), 309-313.

Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., & Palm, K.M. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 35(4), 689-705. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80015-7

Gilbert, P. (2005). Social mentalities: A biopsychosocial and evolutionary reflection on social relationships. In M. W. Baldwin (Ed.). *Interpersonal cognition* (pp. 299-335). New York, NY: Guilford.

Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behavior*, 7(1), 47-55. doi:10.1016/0306-4603(82)90024-7

Hair, J. F., Black, W.C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate Data Analysis* (7th ed.). Edinburgh: Pearson Education Limited.

- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hernández-Nieto, R. (2002). *Contribuciones al análisis estadístico*. Caracas: IESINFO.
- Hill, M. L., Masuda, A., & Latzman, R. D. (2013). Body image flexibility as a protective factor against disordered eating behavior for women with lower body mass index. *Eating Behaviors, 14*(3), 336-341. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.06.003
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*(1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
- Izaadi ,A., Karimi, J., & Rahmani, M. (2013). [Psychometric analysis of Persian version of body image flexibility questionnaire (BI-AAQ) among university students]. *Journal of School of Nursing and Midwifery, 19*(3), 56-69.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., ...Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry, 73*(9), 904–914. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020
- Kline, P. (2000). *Handbook of Psychological Testing* (2nd ed.) London: Routledge.
- Kline, R. B. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of Compassion-Focused Therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine, 45*(5), 927-945. doi: 10.1017/S0033291714002141.
- Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 49*, 125-134. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.12.008.
- Machado, P. P., Gonçalves, S., Martins, C., & Soares, I. C. (2001). The Portuguese version of the Eating Disorders Inventory: Evaluation of its psychometric properties. *European Eating Disorders Review, 9*(1), 43-52. doi:10.1002/erv.359

- Mallinckrodt, B., Abraham, W. T., Wei, M., & Russell, D. W. (2006). Advances in testing the statistical significance of mediation effects. *Journal of Counseling Psychology, 53*(3), 372–378. doi:10.1037/0022-0167.53.3.372
- Marôco, J. (2010). *Analysis of Structural Equations: Theoretical foundations, software and applications*. Pero Pinheiro: Report Number.
- Masuda, A., Hill, M. L., Melcher, H., Morgan, J., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for women diagnosed with binge eating disorder: A case-series study. *Psychology Faculty Publications, 89*. http://scholarworks.gsu.edu/psych_facpub/89
- Masuda, A., & Latzman, R. D. (2012). Psychological flexibility and self-concealment as predictors of disordered eating symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science, 1*(1-2), 49-54. doi: 10.1016/j.jcbs.2012.09.002
- Moore, M., Masuda, A., Hill, M. L., & Goodnight, B. L. (2014). Body image flexibility moderates the association between disordered eating cognition and disordered eating behavior in a non-clinical sample of women: A cross-sectional investigation. *Eating Behaviors, 15*(4), 664–669.
- Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*(3), 223-250. <http://dx.doi.org/10.1080/15298860390209035>.
- Paulus D. J., Vanwoerden, S., Norton P. J., & Sharp, C. (2015). Emotion dysregulation, psychological inflexibility, and shame as explanatory factors between neuroticism and depression. *Journal of Affective Disorders, 190*, 376-385. doi:10.1016/j.jad.2015.10.014.
- Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Duarte, C. (2014). Thinness in the pursuit for social safeness: an integrative model of social rank mentality to explain eating psychopathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 21*(2), 154-165. doi:10.1002/cpp.1820
- Pinto-Gouveia, J., Gregorio, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2012). Experiential avoidance in clinical and non-clinical samples: AAQ-II Portuguese version. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 12*(2), 139-156.
- Rhemtulla, M., Brosseau-Liard, P. E., & Savalei, V. (2012). When can categorical variables be treated as continuous? A comparison of robust continuous and categorical SEM estimation methods under suboptimal

conditions. *Psychological Methods*, 17(3), 354–373. doi: 10.1037/a0029315

- Runfola, C. D., Von Holle, A., Trace, S. E., Brownley, K. A., Hofmeier, S. M., Gagne, D. A., & Bulik, C. M. (2013). Body dissatisfaction in women across the lifespan: Results of the UNC-SELF and Gender and Body Image (GABI) studies. *European Eating Disorders Review*, 21(1), 52–59. doi:10.1002/erv.2201
- Sandoz, E. M. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M., & Kelllum, K. K. (2013). Assessment of body image flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(1-2), 39-48. doi:10.1016/j.jcbs.2013.03.002
- Souza, L. K., & Hutz, C. S. (2016). Adaptation of the Self-Compassion Scale for use in Brazil: Evidences of construct validity. *Temas em Psicologia*, 24(1), 159-172. doi: 10.9788/TP2016.1-11.
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y
- Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Solomon, E. E., Fairburn, C. G., Pike, K. M., & Wilfley, D. E. (2000). Subthreshold binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27(3), 270-278. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(200004)27:3<270::aid-eat3>3.0.co;2-1
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2014). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Edinburgh: Pearson Education Limited.
- Timko, C. A., Juarascio, A. S., Martin, L. M., Faherty, A., & Kalodner, C. (2014). Body image avoidance: An under-explored yet important factor in the relationship between body image dissatisfaction and disordered eating. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 203-211. doi:10.1016/j.jcbs.2014.01.002
- Wendell, J. W., Masuda, A., & Le, J. K. (2012). The role of body image flexibility in the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating symptoms among non-clinical college students. *Eating Behaviors*, 13(3), 240-245. doi: 10.1016/j.eatbeh.2012.03.006
- Widaman, K. F., & Reise, S. P. (1997). Exploring the measurement invariance of psychological instruments: Applications in the substance use domain. In K. J. Bryant, M. Windle, & S. G. West (Eds.) *The science of prevention: Methodological advances from alcohol and substance abuse research* (pp. 281-324). Washington, DC: APA.

PARTE IV

Discussão

Capítulo 10

Síntese e considerações finais

Síntese e considerações finais

A presente dissertação tinha como objetivo último disseminar as terapias comportamentais de terceira geração a falantes de língua portuguesa através de três objetivos gerais: (1) disponibilizar livro/capítulos de livro em português sobre as terapias comportamentais de terceira geração; (2) viabilizar a realização de estudos empíricos que englobem construtos de natureza contextual em amostras brasileiras, através de traduções e adaptações de escalas para o português do Brasil, juntamente com análises de validade transcultural de conteúdo e estudos psicométricos; e (3) verificar a aplicabilidade de modelos conceituais com bases contextuais em amostras brasileiras.

Publicações de livro e capítulos de livro em português sobre as terapias comportamentais de terceira geração

O **primeiro objetivo geral** foi contemplado na **Parte II** desta dissertação. A Parte II é composta por três capítulos (**Capítulos 3-5**) que possuem como tronco comum o objetivo de disponibilizar livro/capítulos de livro sobre as terapias comportamentais de terceira geração para falantes de língua portuguesa contribuindo, assim, para a disseminação do conhecimento na área.

O **Capítulo 3** apresenta o *preview* público do primeiro guia técnico sobre as terapias comportamentais contextuais publicado em língua portuguesa, intitulado *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para Profissionais* (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015a) que objetiva a disseminação dessas abordagens entre falantes do idioma. O livro é composto por um Prefácio e 17 capítulos, escritos por 27 autores, perfazendo um total de 526 páginas (ISBN: 978-85-64468-46-7). Os autores são profissionais altamente capacitados nas temáticas sobre as quais foram convidados a escrever (vide minicurrículos no Capítulo 3). Em virtude do objetivo subjacente de disseminação das abordagens, a obra possui forte

caráter didático. Neste sentido, os autores foram instruídos a adotar linguagem simples, utilizar subtítulos, finalizar cada subdivisão com um quadro contendo um resumo dos principais pontos abordados e fornecer exemplos e vinhetas clínicas, sempre que possível.

O Capítulo 1 intitulado *Primeira, Segunda e Terceira Geração de Terapias Comportamentais* (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015b - correspondente ao **Capítulo 4** desta dissertação) buscou disponibilizar um material introdutório escrito em português que apresentasse um panorama histórico da primeira, segunda e terceira fase do movimento da Terapia Comportamental, abordando aspectos referentes às terminologias utilizadas, origem, evolução, aspectos críticos, características centrais de cada fase, enfoques clínicos, comparações entre abordagens de segunda e terceira geração e características distintivas das terapias de terceira geração.

Finalmente, o **Capítulo 5** desta dissertação intitulado *Escalas que avaliam construtos da Terapia de Aceitação e Compromisso e sua disponibilidade para uso no Brasil* (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, Zancan, & Oliveira, 2015) fora introduzido no livro em uma etapa mais avançada do processo editorial em uma tentativa de ajustarmos nossos esforços às necessidades específicas do público-alvo (muitas delas existentes devido à dificuldade de realizar leituras na língua inglesa) e, assim, sermos congruentes com o nosso próprio objetivo e entendimento de *disseminação do conhecimento* (cf. abordado no **Capítulo 1**). Consequentemente, o Capítulo 10 da obra supracitada foi elaborado, objetivando apresentar ao leitor os principais instrumentos existentes para avaliação de construtos da ACT, contendo a área específica de avaliação, referências das validações originais, características gerais das medidas, exemplos de itens, índices de confiabilidade originais e, ainda, fornecer informações atualizadas sobre a disponibilidade e existência de estudos de tradução, adaptação e/ou validação dessas escalas para uso na realidade brasileira. Ademais, quando as escalas em questão foram traduzidas e/ou validadas por um ou mais

autores do capítulo, apresentou-se uma ilustração do formato de instruções, opções de resposta, juntamente com um dos itens da versão final.

O Prefácio da obra intitulado *A Terceira Geração da Terapia Cognitiva e Comportamental no Brasil e nos Demais Países de Língua Portuguesa* foi escrito por Steven Hayes e Jacqueline Pistorello (*University of Nevada, Reno, USA*). Nele os autores afirmam que se trata da primeira que verdadeiramente cobre uma ampla variedade de abordagens de terceira geração em um livro terapêutico original na língua portuguesa. Sublinham que se trata de um livro “*impressionantemente amplo, que dá o devido peso a uma ampla variedade de abordagens, conceitos, ferramentas e técnicas*” (Hayes & Pistorello, 2015, p. 25), fornecendo uma valiosa introdução para os leitores iniciantes, mas também satisfazendo o apetite de leitores intermediários e avançados por comparações entre tratamentos, inovações tecnológicas, ferramentas e dispositivos disponíveis em português e desenvolvimentos de teoria básica. Acerca dos autores dos capítulos, os pesquisadores ressaltam que se tratam de profissionais dedicados, altamente qualificados e treinados em diversas partes do mundo, que têm implementado, estudado, ensinado e disseminado essas abordagens de ponta nos países de língua portuguesa.

O livro foi lançado no Brasil e em Portugal, sendo o primeiro lançamento realizado no final do ano de 2015. No Brasil foi lançado na *45ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia* e na *I Jornada de Análise Aplicada do Comportamento*, enquanto em Portugal foi lançado no *III Congresso Internacional do CINEICC e II Congresso Nacional da Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento*.

No seguimento dos lançamentos supramencionados, pesquisadores paranaenses publicaram uma resenha do livro na *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* (Lepiensi et al., 2016) fornecendo uma visão geral do que foi abordado em cada um dos seus 17 capítulos. Em sua conclusão, os autores fornecem sua crítica pessoal sobre o primeiro capítulo (i.e., **Capítulo 4** desta tese) e sobre o livro, de forma geral, dizendo:

O livro contribui fornecendo um panorama histórico que contextualiza a mudança das práticas terapêuticas ditas comportamentais, facilitando ao leitor o entendimento daquelas que caracterizam cada geração, e fornece – tanto aos terapeutas analítico-comportamentais e cognitivos iniciantes como aqueles com maior tempo de experiência – uma explanação detalhada de cada uma das terapias que caracterizam a chamada terceira geração e que constituem o momento atual das terapias comportamentais. Ademais, essa explanação é suficientemente detalhada para fornecer aos terapeutas analítico-comportamentais e cognitivos o conhecimento mínimo necessário para compreender e praticar cada terapia apresentada, o que o torna um guia útil para os interessados em atualização e aperfeiçoamento profissional na prática em saúde mental (Lepiensi et al., 2016, p. 136).

Adicionalmente, ressalta-se que não foi objetivo do **Capítulo 5** apresentar todas as medidas disponíveis, mas sim fornecer ao leitor uma introdução aos principais instrumentos existentes na época em que o material foi elaborado. Espera-se que este material possa estimular o uso das medidas já disponíveis, seja no contexto clínico, seja em estudos científicos que visem expandir o conhecimento científico na área. Ademais, espera-se que o presente capítulo sirva como estímulo para que pesquisadores e acadêmicos realizem estudos de tradução, adaptação, validação transcultural de conteúdo e estudos psicométricos das medidas que foram apresentadas, mas que não se encontravam disponíveis para uso na realidade brasileira.

Atualmente a obra possui circulação internacional (Portugal e Brasil). Em Portugal é comercializado pela editora e livraria *European Center for Cognitive Behavioral Therapies*, enquanto no Brasil está à venda em dezenas de livrarias presentes em diversos estados/regiões, assim como através do site da própria editora. Sobre o alcance/aceitação, foi adotada como livro-texto em diversas disciplinas de cursos de graduação, pós-graduação e especialização em Psicologia e em cursos de extensão espalhados pelo Brasil. Da mesma maneira, tem sido referenciada e/ou indicada em sites e portais especializados de terapia comportamental,

congressos, jornadas, workshops e demais eventos científicos realizados em território brasileiro. A primeira tiragem esgotou-se em menos de um ano após o lançamento, necessitando de reimpressões.

Considerando o exposto, acredita-se que o objetivo primário de idealizar, organizar e publicar a obra, assim como de escrever os dois capítulos supracitados foi cumprido, superando as expectativas iniciais dos autores dos estudos desta dissertação de doutoramento. Contudo, é importante citar uma importante limitação: o livro não fornece uma leitura exaustiva sobre as abordagens contempladas, o que levanta a necessidade de que o leitor busque literatura adicional. Por conseguinte, a escassez de materiais na língua portuguesa muito provavelmente será uma barreira para que os leitores aprofundem seus conhecimentos nas abordagens de interesse. Neste sentido, são necessários esforços futuros para disponibilizar maior número de materiais em português sobre cada abordagem. Foi justamente pensando nessa necessidade que, durante a idealização da presente obra, buscou-se uma estrutura generalista capaz de despertar também o interesse de leitores intermediários e avançados que possuam a qualificação necessária para auxiliar na disseminação das abordagens. No que diz respeito à parte que nos cabe, cabe aqui um pequeno parêntese: No decorrer da elaboração desta dissertação de doutoramento foram empregados quatro anos de intenso trabalho na idealização, organização, escrita e coordenação editorial de outra obra com o objetivo de disseminar as abordagens de terceira geração entre falantes de língua portuguesa. Trata-se de um manual prático internacional de Terapia de Aceitação e Compromisso, composto por 28 capítulos e que conta igualmente com estrutura generalista. O livro foi organizado juntamente com a pesquisadora norte-americana Doutora Jacqueline Pistorello, contando com a colaboração dos autores da abordagem (Steven Hayes, Kirk Strosahl e Kelly Wilson) e de autores renomados internacionalmente na temática de cada capítulo, incluindo: Yvonne Barnes-Holmes, Douglas Long, David Gillanders, Louise McHugh, John Blackledge, Robyn Walser, David Bauman, JoAnne Dahl,

Robert Zettle, Michael Levin, Rondha Merwin, Michael Twohig, Eric Morris, Victoria Follette, Daniel Moran, Patricia Robinson, Jacqueline Pistorello, Joanna Arch, Nanni Presti, Louise Hayes e Joseph Ciarrochi. Devido à origem multicultural dos autores, os capítulos foram escritos e revisados na língua inglesa e atualmente estão em processo editorial (i.e., revisões, traduções técnicas para a língua portuguesa, ilustrações e diagramação). Devido à densidade de trabalho desse segundo projeto editorial, juntamente com o perfil dos autores (i.e., autores de prestígio com agenda de compromissos extremamente apertada), o livro não foi finalizado a tempo de integrar a presente tese de doutoramento, muito embora já esteja escrito e com lançamento marcado. Contudo, a publicação desse segundo material certamente potencializará os esforços futuros na disseminação das abordagens de terceira geração na língua portuguesa.

Hayes e Pistorello (2015) ressaltam que os países de língua portuguesa têm tido uma longa tradição de ciência psicológica ligada à justiça social e expressam a esperança de que tais países assumam a liderança no sentido de ajudar o mundo inteiro a melhor compreender o uso dos métodos de terceira geração na promoção de justiça social e prosperidade humana. Semelhantemente, os autores esperam que a comunidade de língua portuguesa auxilie a reduzir barreiras desnecessárias entre diferentes teorias e perspectivas, de maneira que os dados sejam o centro do progresso (e não as posturas profissionais e/ou políticas) visando maior compreensão acerca dos processos-chave e de importância para as pessoas. Nesse sentido, os pesquisadores acreditam que o livro *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para profissionais* é o início desse processo e que, muito provavelmente, será um impulsionador para a disseminação das abordagens de terceira geração nos países de língua portuguesa.

Tradução, adaptação, validade transcultural de conteúdo e estudos psicométricos de escalas de autorrelato

Como previamente mencionado na **Apresentação** e no **Capítulo 1**, apesar do crescente interesse de pesquisadores e clínicos brasileiros no estudo da ACT e seus processos, o *Cognitive Fusion Questionnaire* (CFQ, Gillanders et al., 2014), o *Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image* (CFQ-BI; Ferreira, Trindade, Duarte, & Pinto-Gouveia, 2015) e o *Body Image – Acceptance and Action Questionnaire* (BI-AAQ; Sandoz, Wilson, Merwin, & Kellum, 2013) ainda não haviam passado pelos processos de tradução para o português do Brasil, adaptação, validade transcultural de conteúdo e estudos psicométricos, impossibilitando o estudo desses construtos em um país com mais de 200 milhões de pessoas.

O **segundo objetivo geral** desta dissertação foi contemplado por três capítulos (**Capítulos 7-9**) da **Parte III** que possuem como tronco comum o objetivo de viabilizar a realização de estudos empíricos que englobem construtos de natureza contextual em amostras brasileiras, através de traduções e adaptações de escalas de autorrelato para o português do Brasil, juntamente com análises de validade transcultural de conteúdo e estudos psicométricos.

Tradução, adaptação e validade transcultural de conteúdo

Os procedimentos adotados para a realização dos processos de tradução, adaptação e validade de conteúdo transcultural dos instrumentos estudados nesta dissertação foram descritos no **Capítulo 2**, assim como o respectivo embasamento teórico de tais procedimentos. Como fora dito, a realização de um rigoroso processo de adaptação transcultural requer considerável investimento de tempo, porém necessário para assegurar a equivalência entre a versão original e a versão traduzida/adaptada, disponibilizando uma medida válida e confiável do conceito de interesse (Sperber, 2004; Sousa & Rojjanasrirat, 2011).

De fato, a negligência na realização desse processo, muito embora raramente detectada, pode ser a explicação de muitos instrumentos traduzidos/adaptados acabarem por não gerar resultados teoricamente congruentes com o construto por eles avaliado. Em outras palavras, a economia de tempo obtida através da realização de um procedimento menos rigoroso, pode comprometer toda a validade dos dados finais obtidos após a coleta de dados com os referidos instrumentos (Gjersing, Caplehorn, & Clausen, 2010; Sperber, 2004; Wild et al., 2005). Assim, através da realização dos procedimentos anteriormente descritos buscou-se, antes de mais nada, assegurar a obtenção de versões brasileiras válidas e culturalmente adaptadas para a realidade do país, muito embora tal escolha tenha seguramente implicado em um investimento consideravelmente maior de tempo.

Características psicométricas

Para utilização segura de uma medida em outro idioma e cultura, igualmente importante é o estudo das características psicométricas das medidas, uma vez que mesmo a realização de um rigoroso processo de tradução, adaptação e validade transcultural de conteúdo não elimina a necessidade de estudos psicométricos (Rubio, Berg-Weger, Tebb, & Rauch, 2003). É de conhecimento geral que escalas de autorrelato podem ser recursos extremamente úteis enquanto componentes-chave para a ciência e prática psicológica, desde que seus escores estejam previamente validados no contexto específico no qual estão sendo utilizadas (Urbina, 2014).

Assim, no que diz respeito aos estudos psicométricos realizados, foi dada especial atenção à análise de invariância de medida (AIM) quando considerados diferentes grupos em simultâneo. A AIM é um importante procedimento estatístico que irá avaliar se a escala está medindo o mesmo construto, da mesma maneira, quando respondida por indivíduos provenientes de amostras qualitativamente distintas. Assim, antes de se comparar ou analisar escores de um mesmo instrumento entre diferentes

grupos, deve-se primeiro assumir que os valores considerados estão numericamente na mesma escala de medida para todas as amostras (Widaman & Reise, 1997). Por efeito, estatisticamente falando, quaisquer comparações grupais feitas por meio de uma escala cuja invariância de medida não tenha sido previamente demonstrada não irão proporcionar resultados e interpretações aceitáveis ou substanciais (Chen, Souza, & West, 2005).

Estudos psicométricos do CFQ

No que diz respeito ao segundo objetivo geral, o **Capítulo 7** (Lucena-Santos, Carvalho, Pinto-Gouveia, Gillanders, & Oliveira, 2017) possuía três objetivos específicos (relacionados aos estudos psicométricos): (a) confirmar a estrutura unifatorial do CFQ; (b) explorar a existência de invariância de medida do CFQ quando consideradas três amostras qualitativamente diferentes em simultâneo (i.e., mulheres da população geral, estudantes universitárias e mulheres com sobrepeso ou obesidade em tratamento para perda de peso); e (c) analisar a consistência interna e validade concorrente do instrumento.

Os resultados deste estudo confirmaram a estrutura unifatorial do CFQ conforme previamente sugerida por Gillanders e colegas (2014). A Análise Fatorial Confirmatória (*Confirmatory Factor Analysis – CFA*) mostrou muito boa qualidade de ajustamento do modelo ($\chi^2/df = 1,995$; TLI = 0,994; CFI = 0,996; GFI = 0,990; RMSEA = 0,038; $p = 0,784$) e altos valores de pesos fatoriais e confiabilidade individuais dos itens ($\lambda \geq 0,69$ e $R^2 \geq 0,48$). Na altura em que este estudo foi realizado, o único artigo publicado de uma versão traduzida do CFQ-7 era o da versão espanhola (Romero-Moreno, Márquez-González, Losada, Gillanders, & Fernández-Fernández, 2014), cujo estudo confirmou a estrutura unifatorial com boa qualidade de ajuste ($\chi^2/df = 2,37$; RMSEA = 0,088; GFI = 0,95; CFI = 0,96; IFI = 0,96) – o que está de acordo com os presentes resultados e com os dados obtidos na validação original da medida.

Adicionalmente, o CFQ apresentou invariância de medida forte quando considerados os três grupos de estudo em simultâneo. Apenas um estudo havia previamente explorado a invariância de medida do CFQ (Gillanders et al., 2014), cujas amostras avaliadas incluíam: (a) participantes saudáveis que não estavam em busca de tratamento; (b) participantes de um programa de manejo de estresse; (c) participantes com diferentes dificuldades de saúde mental; (d) participantes com esclerose múltipla; e (e) cuidadores de pessoas com demência. O estudo em questão não encontrou invariância de medida forte entre as cinco amostras, sugerindo que existem diferenças entre os grupos em relação à maneira como os itens são respondidos, o que levou os autores do estudo a concluir que são necessários esforços futuros no sentido de explorar as respostas do CFQ entre diferentes grupos. Assim, o presente trabalho contribui para a literatura prévia, uma vez que disponibiliza novas evidências acerca da invariância de medida do CFQ, permitindo aos pesquisadores a realização de comparações e interpretações confiáveis dos escores do instrumento entre os três diferentes grupos do estudo.

Ademais, a versão brasileira do CFQ apresentou excelente consistência interna (i.e., Alpha de Cronbach de $\alpha = 0,93$ amostra total, $\alpha = 0,93$ amostra da população geral, $\alpha = 0,94$ amostra de estudantes universitárias, e $\alpha = 0,92$ amostra médica), o que vai de encontro aos resultados obtidos em estudos prévios que encontraram valores de consistência interna de $\alpha = 0,87$ (Romero-Moreno et al., 2014) e de $\alpha = 0,88$ a $\alpha = 0,93$ (Gillanders et al., 2014).

Em relação à validade concorrente, os resultados mostraram que a fusão cognitiva encontra-se positivamente associada com sintomas de depressão, ansiedade e estresse, inflexibilidade psicológica e ruminação, ao mesmo tempo em que está negativamente relacionada com mindfulness e decentração. Tais resultados estão em consonância com a literatura prévia sobre fusão cognitiva (e.g., Hayes, Strosah & Wilson, 2012) e com resultados empíricos de estudos que investigaram a associação entre fusão cognitiva,

processos psicológicos e sintomas psicopatológicos (e.g. Dinis, Carvalho, Pinto-Gouveia, & Estanqueiro, 2015; Romero-Moreno et al., 2014; Gillanders et al., 2014).

Estudos psicométricos do CFQ-BI

Quanto aos estudos psicométricos da versão brasileira do CFQ-BI, o **Capítulo 8** (Lucena-Santos, Trindade, Oliveira, & Pinto-Gouveia, 2017) objetivava confirmar a estrutura fatorial proposta pelo estudo original de desenvolvimento e validação da medida, explorar se o instrumento apresentava invariância de medida quando consideradas amostras clínicas e não clínicas, analisar sua consistência interna, verificar se a medida era sensível para detectar diferenças entre diferentes amostras e analisar a validade convergente e incremental do CFQ-BI.

Conforme esperado, a CFA confirmou a estrutura unifatorial do CFQ-BI, corroborando os achados encontrados no estudo original (Ferreira et al., 2015). O modelo final apresentou bons índices de ajustamento global e local (Marôco, 2010; Hu & Bentler, 1999; Schumacker, & Lomax, 2010).

Ademais, os resultados da análise Multigrupos revelaram que o CFQ-BI possui invariância de medida estrutural, uma vez que foi verificado que a estrutura da escala permaneceu estável quando considerados em simultâneo grupos qualitativamente diferentes de mulheres (i.e., amostra da população geral e amostra clínica composta por mulheres com sobrepeso ou obesidade atualmente em tratamento para perda de peso). Este foi o primeiro estudo a explorar a invariância de medida do CFQ-BI.

A versão brasileira da medida revelou Alpha de Cronbach $\alpha = 0,95$ onde todos os itens contribuíram para a excelente consistência interna observada (Kline, 2000). Tais achados estão de acordo com os resultados do estudo original que observou $\alpha = 0,96$ (Ferreira et al., 2015). Adicionalmente, o presente estudo verificou que o CFQ-BI se mostrou sensível para detectar diferenças entre amostras clínicas e não clínicas. O estudo original também observou a sensibilidade do instrumento para detectar diferenças entre

amostras, porém nenhum dos grupos foi diretamente recrutado de um contexto médico e/ou clínico (Ferreira et al., 2015).

Os resultados das análises correlacionais revelaram associações positivas entre fusão cognitiva relacionada à imagem corporal (FC-IC), fusão cognitiva geral e inflexibilidade psicológica, o que vai ao encontro de evidências prévias (e.g., Ferreira et al., 2015; Trindade & Ferreira, 2014) e do entendimento de psicopatologia da ACT, onde o emaranhamento excessivo com o conteúdo dos pensamentos é considerado um processo principal (Hayes et al., 2012). É importante ressaltar que as correlações encontradas entre as medidas gerais (i.e., CFQ-7 e AAQ-II) na população geral ($r= 0,84$) foram significativamente maiores ($z\text{-score} = 4,40$; $p<0,001$) do que as correlações entre as mesmas medidas na amostra clínica ($r= 0,59$). Isso possivelmente ressalta a importância do desenvolvimento de medidas específicas para populações específicas, conforme tem sido apontado por outros pesquisadores (Gillanders et al., 2014; Wendell, Masuda, & Le, 2012; Sandoz et al., 2013).

Finalmente, os resultados das análises de validade incremental mostraram que tanto o CFQ-BI como o CFQ-7 predizem significativamente a severidade da compulsão alimentar. Contudo, o CFQ-BI emergiu como o melhor preditor do modelo, muito provavelmente em virtude de sua especificidade no que diz respeito à imagem corporal. Assim, os dados parecem sugerir que mulheres que ficam fusionadas e presas ao conteúdo de seus pensamentos relacionados à imagem corporal tendem a apresentar maior compulsão alimentar. Estes resultados também estão de acordo com estudos prévios que demonstram que processos desadaptativos de regulação emocional associados à imagem corporal estão relacionados ao comportamento alimentar problemático (Duarte, Pinto-Gouveia, & Ferreira, 2017; Ferreira et al., 2015; Ferreira, Palmeira, & Trindade, 2014).

Estudos psicométricos BI-AAQ

Por fim, no que toca aos estudos psicométricos da versão brasileira do BI-AAQ, o **Capítulo 9** (Lucena-Santos, Carvalho, Oliveira, & Pinto-Gouveia, 2017) objetivava confirmar a estrutura fatorial da escala, verificar se a medida apresentava invariância de medida entre grupos clínicos e não clínicos, avaliar a consistência interna, validade concorrente e a sensibilidade do instrumento para detectar diferenças entre grupos.

A versão brasileira do BI-AAQ resultou em uma estrutura unifatorial composta por 11 itens, dado que o item 6 foi excluído da escala. Tal decisão foi baseada nos dados relacionados à qualidade global de ajustamento do modelo, nos índices de modificação, pesos fatoriais e confiabilidades individuais dos itens. Endorsando esta escolha está o fato de que o item 6 possui as piores propriedades psicométricas (i.e., menores valores de pesos de regressão estandardizados, correlações múltiplas quadráticas, correlações item-total corrigidas e comunalidades) quando comparado com todos os demais itens da versão portuguesa da medida. Além disso, ainda no que diz tange à performance do item 6 na validação portuguesa, foi observado que o valor do Alpha de Cronbach aumentaria ligeiramente de 0,945 para 0,948 caso este item fosse eliminado (Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011). Ademais, tanto no segundo como no terceiro estudo conduzido na validação original do BI-AAQ, foi verificado que o item 6 não estava contribuindo para os valores observados de Alpha de Cronbach (i.e., no caso de exclusão do item 6, a consistência interna observada permaneceria inalterada). Finalmente, no segundo estudo da validação original do BI-AAQ, enquanto a maioria das correlações item-total eram acima de 0,62, o item 6 apresentou somente uma correlação de 0,39 (Sandoz et al., 2013).

Ainda sobre o item 6, é interessante notar como os itens estão estruturados e o que eles estão avaliando. Os itens do BI-AAQ foram desenvolvidos usando termos gerais para avaliar processos psicológicos relacionados à imagem corporal (e.g., “preocupar-se”/ “pensar”/ “importar-se demais” / “sentir-se mal” / “sentir-se melhor” com o peso, corpo e/ou forma

corporal [itens 1-3, 5, 7, 11]; “mudar” / “controlar” pensamentos e/ou sentimentos sobre o corpo, peso e/ou forma corporal [itens 4 e 8]; “sentir-se acima do peso” [item 10]; “controlar” o peso [item 9]; “incomodar-se” com o peso/forma corporal [item 12]; juntamente (ou não – vide item 2) com possíveis consequências para a vida do indivíduo (e.g., ter dificuldades de viver uma vida que valorize, tomar decisões importantes, conseguir fazer planos importantes, ter maior domínio/controlar a vida, fazer outras coisas, ter relacionamentos melhores [itens 1, 4, 7-9, 11-12]; ficar abatido [item 3]; perder muito tempo [item 5]; ter “problemas” na vida [item 10]). Entretanto, enquanto os itens supramencionados foram formulados com a utilização de termos gerais (facilitando a autoidentificação dos respondentes nas situações descritas), o item 6 parece avaliar uma estratégia específica utilizada com o objetivo de lidar com a experiência interna relacionada à imagem corporal (i.e., “Quando me sinto gordo, tento pensar em outra coisa.” – item 6). Assim, as piores propriedades psicométricas observadas no item 6 podem ser explicadas pelo seu restrito conteúdo: parece que esse item avalia mais uma estratégia específica de evitamento (i.e., distração) do que a função mais ampla de inflexibilidade psicológica.

O modelo final (com a exclusão do item 6) apresentou bom ajustamento global e local, com altos valores de pesos fatoriais e confiabilidades individuais dos itens. Estes resultados estão de acordo com a validação original, persa e portuguesa do BI-AAQ, as quais também suportam sua estrutura unifatorial (Ferreira et al., 2011; Izaadi, Karimi, & Rahmani, 2013; Sandoz et al., 2013).

A versão brasileira apresentou excelente consistência interna ($\alpha = 0,94$ amostra total, $\alpha = 0,93$ amostra da população geral e $\alpha = 0,95$ amostra clínica), o que está igualmente em consonância com os estudos prévios do BI-AAQ, já que a validação persa, portuguesa e o estudo original observaram consistências internas de $\alpha = 0,87$ (Izaadi et al., 2013), $\alpha = 0,95$ (Ferreira et al., 2011) e $\alpha = 0,92$ (Sandoz et al., 2013), respectivamente. Os presentes

resultados também revelaram que todos os 11 itens da versão final estavam contribuindo para a consistência interna observada da medida.

Adicionalmente, a análise Multigrupos revelou a invariância de medida estrutural do BI-AAQ, dado que a estrutura permaneceu estável quando consideradas as diferentes amostras em simultâneo. Este foi o primeiro estudo que testou a invariância da estrutura fatorial do BI-AAQ.

Os dados desta investigação também revelaram que o BI-AAQ mostrou-se sensível para detectar diferenças entre amostras clínicas e não clínicas, uma vez que foram encontradas diferenças entre os grupos com tamanho de efeito intermediário (o grupo clínico apresentando maior inflexibilidade psicológica relacionada à imagem corporal do que o grupo proveniente da população geral). Resultados semelhantes foram encontrados na validação portuguesa, onde a medida se mostrou apta a discriminar uma amostra clínica de portadores de transtornos alimentares de uma amostra da população geral – grupo clínico apresentou menor flexibilidade psicológica relacionada à imagem corporal (Ferreira et al., 2011).

Acerca da validade concorrente, os resultados das análises de correlação mostraram que os escores do BI-AAQ encontram-se positivamente correlacionados com a autocompaixão e negativamente correlacionados com o autocriticismo, procura da magreza e severidade do comer compulsivo. Tais achados estão em consonância com estudos prévios que verificaram que a inflexibilidade psicológica relacionada à imagem corporal está associada com menores níveis de autocompaixão (Ferreira et al., 2011), maiores níveis de sintomatologia alimentar, preocupação com a comida e o peso, internalização da magreza, pensamentos e comportamentos desordenados relacionados à alimentação e insatisfação corporal (Ferreira et al., 2011; Hill, Masuda, & Latzman, 2013; Sandoz et al., 2013; Timko, Juarascio, Martin, Faherty, & Kalodner, 2014).

Limitações e direções futuras

Os resultados dos estudos psicométricos desta dissertação devem ser lidos à luz de algumas limitações. Primeiramente, deve-se ressaltar a natureza transversal dos estudos que nos impossibilita de realizar interpretações/inferências acerca de relações causais entre as variáveis em análise. Nesse sentido, futuros estudos realizados com as versões brasileiras do CFQ, BI-AAQ e CFQ-BI poderão considerar um *design* longitudinal incluindo análise de confiabilidade teste-reteste para verificar a estabilidade temporal das medidas.

Ademais, o uso de amostras de conveniência e exclusivamente compostas por participantes adultas do sexo feminino, pode comprometer a generalização dos presentes resultados. Por conseguinte, futuros estudos devem explorar as propriedades psicométricas das escalas estudadas nesta dissertação em participantes do sexo masculino e de outras faixas etárias. Adicionalmente, poderá ser útil realizar estudos psicométricos do CFQ-BI e do BI-AAQ em amostras de indivíduos diagnosticados com transtornos alimentares (e.g., Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica – dado que dificuldades com a imagem corporal são comuns em participantes com essas psicopatologias). Para além disso, esforços futuros são necessários no sentido de disponibilizar estas medidas para outras linguagens e culturas, já que a falta ou escassez de estudos nesse sentido limitam a utilidade desses instrumentos.

Dentro disso, futuras pesquisas poderiam considerar a utilização de diferentes estratégias analíticas com o objetivo de ampliar os estudos de evidências de validade das versões brasileiras do CFQ, BI-AAQ e CFQ-BI. Por exemplo, poderá ser útil conduzir um modelo logístico como o *Rasch Model*, cujo modelo matemático subjacente possui a vantagem de não depender dos traços latentes dos respondentes (Bortolotti, Tezza, Andrade, Bornia, & Junior, 2013), além de levar em consideração respostas aleatórias que possam aumentar o desajustamento do modelo (Törmäkangas, 2011).

Pontos fortes e implicações clínicas

Apesar das limitações supracitadas, os estudos psicométricos apresentados nesta dissertação possuem pontos fortes relevantes.

As validações brasileiras do CFQ (**Capítulo 7**), BI-CFQ (**Capítulo 8**) e BI-AAQ (**Capítulo 9**) disponibilizam instrumentos breves (i.e., 7, 10 e 11 itens, respectivamente), com escores robustos e confiáveis, sobre os quais haviam poucos estudos psicométricos em outras línguas e culturas, o que dificultava o uso dessas medidas em contextos clínicos, de ensino e de pesquisa em outros países – representando um obstáculo para a efetiva disseminação do conhecimento na área.

O CFQ é uma medida que fora especificamente elaborada para avaliar a fusão cognitiva como um processo, cujos itens não avaliam a fusão circunscrita a determinados contextos ou problemáticas, tendo sido criada em virtude da inexistência de uma medida geral de fusão cognitiva (Gillanders et al., 2014). Na altura em que o estudo da versão brasileira foi realizado, para além da versão original na língua inglesa, o CFQ-7 estava traduzido apenas para o espanhol (Romero-Moreno et al., 2014) e para o francês (i.e., CFQ-7; Dionne, Balbinotti, Gillanders, Gagnon, & Monestès, 2014).

Por sua vez, o *Body-Image Acceptance and Action Questionnaire* (BI-AAQ; Sandoz et al., 2013) e o *Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image* (CFQ-BI; Ferreira et al., 2015), foram desenvolvidos em virtude do impacto negativo que a insatisfação com a imagem corporal parece desempenhar na saúde mental (Stice, Marti, & Durant, 2011; Buote, Wilson, Strahan, Gazzola, & Papps, 2011), juntamente com a pertinência de se utilizar medidas específicas para amostras com problemáticas/contextos específicos (Wendell et al., 2012; Sandoz et al., 2013; Gifford et al., 2004). O desenvolvimento e validação desses instrumentos possibilitou a avaliação acurada de processos de regulação emocional subjacentes ao entendimento de psicopatologia da ACT no contexto das dificuldades com a imagem corporal.

Especificamente, o CFQ-BI foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a fusão cognitiva relacionada à imagem corporal (FC-IC; Ferreira et al., 2015) e, apesar de existirem relevantes evidências acerca do relevante impacto que esse processo parece exercer na severidade da psicopatologia alimentar (cf. **Apresentação** e **Capítulo 1**), a FC-IC permanecia subexplorada – dado que essa medida estava apenas disponível em português europeu (língua original na qual fora desenvolvido), tendo sido aplicada somente em amostras portuguesas.

O BI-AAQ avalia a (in)flexibilidade psicológica especificamente relacionada à imagem corporal (IP-IC/FP-IC) e sua potencial aplicabilidade pra uma ampla gama de problemas relacionados ao comportamento alimentar torna essa medida uma ferramenta muito útil (cf. **Apresentação** e **Capítulo 1**). Porém, tal utilidade é limitada pela indisponibilidade da medida para diferentes línguas e culturas, assim como a falta de estudos psicométricos adicionais. De fato, na época em que o estudo da versão brasileira do BI-AAQ foi realizado, para além da versão original do instrumento disponível na língua inglesa, apenas existiam a versão persa (Izaadi et al., 2013) e a portuguesa (Ferreira et al., 2011).

Assim, o estudo da versão brasileira do CFQ-7 foi o primeiro a: (a) demonstrar invariância de medida forte entre diferentes grupos, possibilitando a realização segura de estudos comparativos entre mulheres da população geral, estudantes universitárias e mulheres com sobrepeso ou obesidade em tratamento para perda de peso; (b) explorar empiricamente a relação entre fusão cognitiva e decentração: apesar de significativamente correlacionadas, a força da correlação é moderada ($r = - 0,49$), o que sugere que são construtos relacionados, porém distintos; (c) disponibilizar dados confirmando que a versão brasileira do CFQ-7 apresenta escores robustos e confiáveis, com estrutura unifatorial, excelente consistência interna e evidências de validade concorrente, viabilizando a realização de futuros estudos que objetivem melhor explorar/compreender esse processo em território brasileiro; (d) disponibilizar uma versão da medida culturalmente

adaptada para o português do Brasil, possibilitando a realização de novos estudos psicométricos em diferentes amostras.

Paralelamente, o estudo da versão brasileira do CFQ-BI foi o primeiro a: (a) demonstrar que a medida possui validade incremental em relação à uma medida geral de fusão cognitiva na predição da severidade da compulsão alimentar; (b) demonstrar que o instrumento apresenta invariância de medida entre grupos qualitativamente diferentes, possibilitando estudos comparativos entre mulheres da população geral e mulheres com sobrepeso ou obesidade em tratamento para perda de peso; (c) estudar as propriedades psicométricas do instrumento incluindo amostras diretamente recrutadas em contextos médicos/clínicos; (d) demonstrar a sensibilidade do instrumento para detectar diferenças entre amostras clínicas e não clínicas; (e) disponibilizar uma versão culturalmente adaptada da medida para o Brasil, juntamente com dados confirmando as boas características psicométricas do instrumento, viabilizando a realização de futuros estudos que objetivem explorar os mecanismos subjacentes envolvidos em diferentes *outcomes* relacionados à imagem corporal.

Finalmente, o estudo da versão brasileira do BI-AAQ foi o primeiro a: (a) estudar as propriedades psicométricas do instrumento em amostras diretamente recrutadas em contextos médicos/clínicos – todas as investigações prévias do BI-AAQ haviam sido conduzidas em amostras não clínicas (i.e., amostras de estudantes universitários [Izaadi et al., 2013; Sandoz et al., 2013] e amostras provenientes da população geral [Ferreira et al., 2011]); (b) explorar a invariância da estrutura fatorial do instrumento considerando diferentes amostras em simultâneo; (c) disponibilizar dados confirmando as boas qualidades psicométricas do instrumento no Brasil, assim como uma versão da medida adaptada a nível transcultural, possibilitando a realização de futuros estudos e expansão do conhecimento na área, através de avaliações acuradas desse relevante processo de regulação emocional.

No seu conjunto, estes estudos possuem importantes implicações clínicas, dado que disponibilizam medidas válidas de processos de regulação emocional transdiagnósticos que poderão ser utilizadas em contextos clínicos e não clínicos, possibilitando avaliações seguras e rigorosas do papel desses processos para o desenvolvimento e manutenção de diferentes *outcomes*, assim como a avaliação de mudanças no decorrer de intervenções psicoterapêuticas. A existência de medidas que se destinem a avaliar construtos teóricos, para além de possuírem utilidade clínica, possibilita a realização de pesquisas empíricas que visem melhor compreender a dinâmica existente entre diferentes variáveis na explicação de diversas problemáticas, possibilitando a consequente elaboração e respectiva testagem de estratégias de prevenção, intervenção e promoção de saúde. Nesse sentido, instrumentos psicológicos são ferramentas que podem ser usadas não só para fins de pesquisas psicológicas como também para a tomada de decisões e o desenvolvimento de autoconhecimento no contexto psicoterapêutico (Urbina, 2007).

Aplicabilidade de modelos contextuais em amostras brasileiras

O **terceiro objetivo geral** desta dissertação foi contemplado por dois capítulos (**Capítulos 7 e 9**) que objetivavam verificar a aplicabilidade de modelos conceituais com embasamento teórico contextual em amostras brasileiras.

Assim, no **Capítulo 7** (Lucena-Santos et al., 2017a) buscou-se testar um modelo teórico com o objetivo de verificar se a ruminação continuaria a predizer a sintomatologia depressiva na presença de fusão cognitiva enquanto um processo mediador (cf. Figura 1).

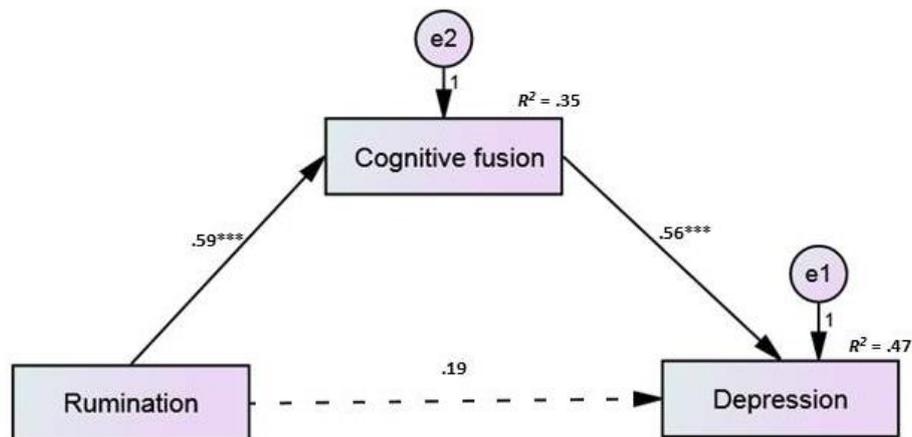


Figura 1. O papel da fusão cognitiva como mediadora do efeito da ruminação na sintomatologia depressiva. $R^2 = R$ squared; *** $p < 0,001$. Nota: São apresentados os coeficientes estandardizados.

Os resultados mostraram um efeito direto positivo e significativo da fusão cognitiva na sintomatologia depressiva ($\beta = 0,555$; 95% CI=]0,389; 0,710]; $p = 0,001$) e um efeito indireto positivo e significativo (através da fusão cognitiva) da ruminação nos sintomas depressivos ($\beta = 0,328$; 95% CI=]0,216; 0,448]; $p = 0,001$). Ademais, na presença da fusão cognitiva, o efeito direto da ruminação na sintomatologia depressiva não foi significativo ($\beta = 0,194$; 95% CI=]-0,001; 0,385]; $p = 0,056$), o que indica uma mediação *indirect-only*. Finalmente, o efeito estandardizado total da ruminação na depressão foi significativo ($\beta = 0,522$; 95% CI=]0,344; 0,680]; $p = 0,001$). O modelo explicou 47% da sintomatologia depressiva.

Esses dados parecem sugerir que é quando se está emaranhado em um padrão de pensamento repetitivo acerca dos próprios pensamentos e sentimentos negativos que a ruminação está ligada à depressão. Tais resultados ajudam a clarificar o papel pervasivo da fusão cognitiva no contexto de dificuldades relacionadas ao peso e ao comportamento alimentar, no qual o sofrimento psicológico parece ser influenciado por processos cognitivos subjacentes (Ferreira et al., 2014; Trindade & Ferreira,

2014; Marta-Simões, Ferreira, & Mendes, 2017; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017).

Por fim, no **Capítulo 9** (Lucena-Santos et al., 2017b) buscou-se verificar a aplicabilidade de um modelo teórico no qual a inflexibilidade psicológica relacionada à imagem corporal emergiria como mediadora dos efeitos da procura da magreza e do autocrítico sobre a severidade do comer compulsivo (cf. Figura 2).

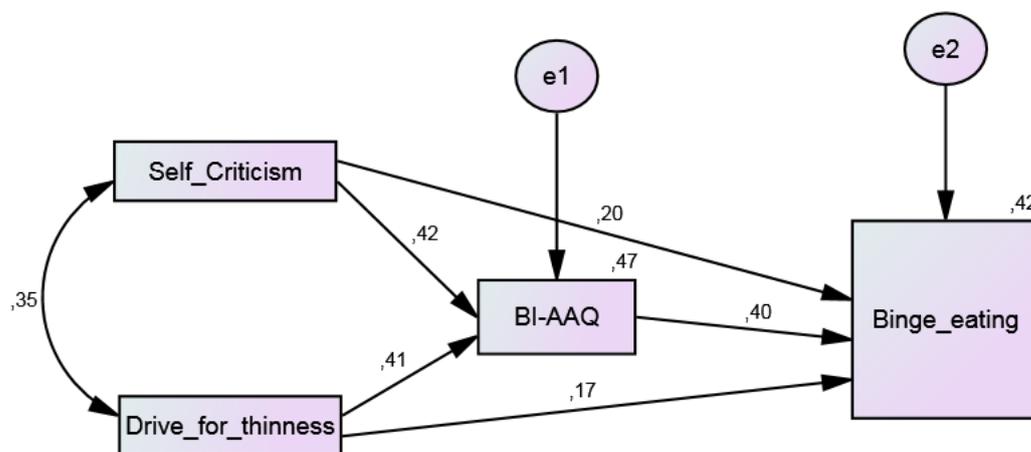


Figure 2. O papel mediador da inflexibilidade psicológica relacionada à imagem corporal na predição da severidade da compulsão alimentar. *Notas:* São apresentados os coeficientes estandardizados; todas as trajetórias são significativas ($p < 0,001$).

Os resultados revelaram efeito total significativo do autocrítico e da procura da magreza sobre a severidade do comer compulsivo (autocrítico: $\beta = 0,36$; 95% CI =]0,27; 0,45]; $p = 0,001$; procura da magreza: $\beta = 0,33$; 95% CI =]0,25; 0,41]; $p = 0,001$), assim como efeitos indiretos positivos e significativos (através da inflexibilidade psicológica relacionada à imagem corporal) das duas variáveis sobre a compulsão alimentar (autocrítico: $\beta = 0,17$; 95% CI =]0,11; 0,23]; $p = 0,001$; procura da magreza: $\beta = 0,16$; 95% CI =]0,11; 0,22]; $p = 0,001$). O efeito direto do mediador na variável critério foi significativo ($\beta = 0,40$; 95% CI =]0,30; 0,51]; $p = 0,001$). Adicionalmente, o efeito

direto do autocrítico e da procura da magreza na variável dependente continuaram significativos na presença do mediador (autocrítico: $\beta=0,19$; 95% CI= $]0,09; 0,28]$; $p=0,001$; procura da magreza: $\beta=0,16$; 95% CI= $]0,07; 0,25]$; $p=0,004$), indicando uma mediação parcial significativa. O modelo explicou 42% da severidade do comer compulsivo.

Os presentes resultados parecem sugerir que uma maneira de se relacionar consigo próprio caracterizada por crítico e por colocar-se pra baixo associada à procura da magreza (i.e., intenso desejo de perder peso, excessivo medo de ganhar peso associado com uma extrema busca de magreza; Garner, Olmsted, & Polivy, 1983) influencia os comportamentos de comer compulsivo em parte devido à uma indisponibilidade de entrar em contato com experiências internas indesejáveis relacionadas à imagem corporal e aos subsequentes esforços de evitar essas experiências. Estes dados parecem corroborar empiricamente recentes conceitualizações nas quais o comer compulsivo é visto como uma estratégia de regulação emocional desadaptativa (e.g., Gianini, White, & Masheb, 2013; Leehr et al., 2015).

Ademais, outros achados prévios parecem endossar estes resultados, já que foi sugerido que a flexibilidade psicológica relacionada à imagem corporal parece amortecer o impacto da insatisfação com a imagem corporal (um conhecido preditor de psicopatologia alimentar) no comportamento alimentar disfuncional (Ferreira et al., 2011), enquanto outra pesquisa concluiu que a IP-IC mostrou-se intrinsecamente relacionada com a insatisfação corporal e procura da magreza, onde emergiu como mediadora dos efeitos da insatisfação corporal sobre o comer desordenado (Timko, Juarascio, Martin, Faherty, & Kalodner, 2014). Complementarmente, outro estudo observou que características nucleares de psicopatologias alimentares parecem surgir como resultado de uma atitude autocrítica (Pinto-Gouveia et al., 2014).

Limitações e direções futuras

Os resultados supramencionados também devem levar em consideração algumas limitações, como o *design* transversal que impossibilita realizar interpretações/inferências de causalidade entre as variáveis, assim como o fato dos estudos terem sido conduzidos em amostras de conveniência compostas exclusivamente por mulheres adultas, comprometendo a generalização dos resultados para as respectivas populações. Estudos mediacionais com *design* transversal implicam na circularidade dos dados (i.e., conclusões/interpretações alternativas podem ser obtidas a partir dos mesmos dados), razão pela qual seriam necessários estudos longitudinais com diferentes momentos de avaliação para replicar os resultados aqui apresentados de maneira a estabelecer relações de causalidade entre as variáveis (Maxwell, Cole, & Mitchell, 2011). Complementarmente, os resultados devem ser replicados em amostras que incluam participantes do sexo masculino e de diferentes faixas etárias, assim como em amostras representativas das populações em estudo.

Além disso, os estudos de mediação apresentados nesta dissertação podem ser considerados limitados no sentido de que é provável que outras variáveis e processos de regulação emocional estejam envolvidos nos mecanismos explorados. Contudo, os modelos testados foram intencionalmente restritos com o objetivo de avaliar o contributo específico das variáveis analisadas.

Por fim, os estudos apresentados utilizaram instrumentos de autorrelato, os quais podem implicar em possíveis vieses nos resultados encontrados. Assim, futuros estudos poderiam incluir dados coletados por diferentes métodos (e.g., entrevistas clínicas estruturadas) a fim de ultrapassar essa limitação. Semelhantemente, os dados referentes ao peso e altura também foram baseados no autorrelato dos respondentes, muito embora existam evidências no sentido de que a altura e/ou peso autorreportados não impactam de forma significativa na interpretação dos resultados e/ou na classificação do IMC, dado que em linhas gerais os

respondentes tendem a reportar esses valores de forma acurada (e.g., Craig & Adams, 2009; Lin, DeRoo, Jacobs, & Sandler, 2012; Jenkins et al., 2017).

Pontos fortes e implicações clínicas

O estudo apresentado no **Capítulo 7** contribui para a literatura prévia sobre ruminação e fusão cognitiva, lançando luz sobre a dinâmica existente entre esses dois processos na predição da sintomatologia depressiva em mulheres com dificuldades relacionadas ao peso e ao comportamento alimentar. Em amostra semelhante, o modelo testado no **Capítulo 9** contribui com novos dados para o corpo de literatura existente sobre o papel da inflexibilidade psicológica relacionada à imagem corporal (IP-IC) nas dificuldades alimentares, disponibilizando evidências sobre o seu papel enquanto mediadora do efeito do autocriticismo e procura da magreza na predição da severidade da compulsão alimentar.

No que toca às implicações clínicas, os resultados do estudo do **Capítulo 7** sugerem que futuros tratamentos de sintomatologia depressiva deveriam ensinar e treinar os pacientes a desfusão cognitiva, dado que os efeitos negativos da fusão cognitiva parecem se dar em virtude do emaranhamento com o pensamento e da incapacidade de manter uma visão distanciada do mesmo (Zettle, 2007). Em outras palavras, os presentes resultados parecem dar algum suporte a hipótese de que é através da fusão cognitiva que a ruminação exerce efeito negativo na sintomatologia depressiva, por meio do seu mecanismo de se manter emaranhado com o pensamento. Por conseguinte, a promoção de flexibilidade psicológica, com especial foco na desfusão cognitiva, parece ter importantes implicações clínicas para intervenções em pessoas com sintomatologia depressiva.

Adicionalmente, como etapa preliminar necessária à execução do estudo apresentado no **Capítulo 7**, foi necessário realizar a tradução, adaptação, análise de validade de conteúdo e estudos de psicometria da *Ruminative Responses Scale* (RRS), o que foi apresentado no **Capítulo 6** desta dissertação (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, Carvalho, & Oliveira,

2017). A RRS é uma das escalas mais amplamente utilizadas a nível mundial para avaliar a ruminação (e.g., Dinis, Pinto-Gouveia, Duarte, & Castro, 2012; Extremera & Fernández-Berrocal, 2006; Erdur-Baker & Bugay, 2010; Hasegawa, 2013; Lee & Kim, 2014; Schoofs, Hermans, & Raes, 2010; Thanoi, & Klainin-Yobas, 2015), possuindo uma versão breve de 10 itens (i.e., RRS-10, Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003). Apesar da estrutura bifatorial (i.e., *Brooding* e *Reflection*) da RRS-10 apresentar o mais sólido conjunto de evidências (vide **Capítulo 6**), nenhum estudo explorou se a estrutura fatorial da medida permanece estável quando considerados diferentes grupos em simultâneo, o que é indispensável para garantir que as avaliações e comparações que têm sido feitas por inúmeros clínicos e pesquisadores no decorrer dos anos são confiáveis e acuradas. Ademais, considerando o impacto pervasivo da ruminação em diversas problemáticas psicológicas/comportamentais (e.g., Ehring & Ehlers, 2014; Knowles, Tai, Cristensen & Bentall, 2005; Wang, Lydecker, & Grilo, 2017; Gordon, Holm-Denoma, Troop-Gordon, & Sand, 2012; Naumann, Tuschen-Caffier, Voderholzer, Schäfer, & Svaldi, 2016) e sua associação com piores *outcomes* a nível médico/saúde física (e.g., Sansone & Sansone, 2012; Le Borgne, Boudoukha, Petit, & Roquelaure, 2017; Hogan & Linden, 2004; Soo, Burney, & Basten, 2009; Tan, Xin, Wang, & Yao, 2018), o acesso a um instrumento padrão-ouro para avaliação da ruminação (i.e., RRS-10), psicometricamente robusto (i.e., boa consistência interna, evidências de validade convergente e invariância estrutural de medida quando considerados três diferentes grupos de mulheres em simultâneo) e culturalmente adaptado para o português do Brasil representa um importante avanço a nível clínico, disponibilizando uma maneira refinada de avaliar este importante processo psicológico e seu respectivo impacto no sofrimento psicológico.

Os resultados do estudo apresentado no **Capítulo 9**, por sua vez, sugerem que futuras intervenções devem dar especial atenção às respostas inflexíveis aos pensamentos e sentimentos relacionados ao corpo, já que tais

comportamentos parecem contribuir para a severidade do comer compulsivo quando o autocrítico e a procura da magreza estão presentes. Acerca disso, uma abordagem clínica para mulheres com compulsão alimentar, na qual foi ensinada e treinada uma atitude de consciência e aceitação das experiências internas difíceis parece ter-se mostrado benéfica (e.g. Masuda, Hill, Melcher, Morgan, & Twohig, 2014). Entretanto, é importante manter-se em mente que os presentes resultados também sugerem que, mesmo na presença de IP-IC, o autocrítico e a procura da magreza continuam a desempenhar um efeito direto (i.e., não mediado) na severidade do comer compulsivo. Assim sendo, estas evidências parecem apontar para a necessidade de não somente promover uma atitude consciente e de aceitação para com as experiências internas relacionadas ao corpo, mas também de trabalhar diretamente com o próprio autocrítico. Nesse sentido, talvez seja importante buscar desenvolver uma maneira mais autocompassiva de se relacionar com as próprias falhas e defeitos percebidos, já que isso parece ser uma forma capaz de diminuir o autocrítico (e.g. Leaviss & Uttley, 2015). Em outras palavras, os resultados deste estudo parecem sugerir que intervenções desenvolvidas para o tratamento da compulsão alimentar deveriam promover não só a flexibilidade psicológica relacionada às dificuldades associadas aos comportamentos alimentares, como também habilidades autocompassivas.

Com efeito, as implicações clínicas deste estudo foram corroboradas por uma investigação recente que desenvolveu o primeiro tratamento para mulheres com sobrepeso/obesidade e TCAP que integrava promoção de flexibilidade psicológica e de autocompaixão. O grupo que recebeu o tratamento apresentou significativas diminuições na severidade do comer compulsivo, sintomatologia alimentar, sintomas depressivos, vergonha externa, autocrítico, IP-IC e FC-IC e aumento significativo na qualidade de vida relacionada à obesidade quando comparado com o grupo da lista de espera, tendo sido os resultados mantidos aos 3 e 6 meses de *follow-up* (Pinto-Gouveia et al., 2017),

Considerações finais

O propósito primário do mundo acadêmico é criar e disseminar conhecimento, o qual se depara com diversos obstáculos no atual cenário científico. O obstáculo mais saliente consiste no exacerbado prestígio e reconhecimento outorgados para as publicações em forma de artigos publicados em revistas científicas internacionais com revisões pelos pares e fator de impacto, juntamente com o descrédito e/ou desvalorização de outras formas de publicações, como os livros e capítulos de livro.

Considerando a explanação realizada no Capítulo 1 desta dissertação, parece que: (i) o exacerbado prestígio e importância atribuídos às publicações de artigos em *high status journals*; (ii) a necessidade legítima dos pesquisadores de cumprir minimamente com as regras impostas pelo mundo acadêmico; e (iii) a falta de incentivo e de prestígio atribuída às outras formas de publicações, particularmente aos livros/capítulos de livro (cuja relevância para disseminação do conhecimento continua sendo reconhecida pelos próprios pesquisadores); têm exercido papel fundamental nas deficiências encontradas na disseminação do conhecimento.

Outro obstáculo digno de nota diz respeito às barreiras linguísticas que resultam do fato da língua inglesa ser considerada a língua da ciência. As informações disponibilizadas apenas em inglês frequentemente tornam-se inacessíveis a inúmeros falantes nativos de outras línguas, como é o caso de falantes da língua portuguesa. Globalmente, 265 milhões de pessoas em todo o mundo são falantes nativos da língua portuguesa, que é uma das línguas de maior influência mundial. Geograficamente, 78% dos falantes de língua portuguesa estão concentrados no Brasil que, sabidamente, não consegue formar estudantes com bom nível de fluência em inglês.

Inevitavelmente a disseminação do conhecimento baseado em evidências na área da psicologia clínica se depara com esses obstáculos. É fato que, na qualidade de pesquisadores, a comunicação do conhecimento através de artigos científicos publicados em revistas internacionais com fator de impacto nos traz benefícios e prestígio (não só a nível curricular e

profissional, mas também a nível institucional, departamental, etc). Também é verdade que tais publicações são de indispensável relevância para o avanço da ciência. Porém não podemos esquecer que o propósito primário do mundo acadêmico é produzir e *disseminar* conhecimento. Nesse sentido, de nada adianta a produção massiva de conhecimentos relevantes se tais conhecimentos apenas forem conhecidos entre os próprios cientistas. É necessário que, simultaneamente, os próprios pesquisadores abracem a tarefa de comunicar os conhecimentos produzidos de forma simples e compreensível aos respectivos públicos-alvo (i.e., aqueles que poderão fazer uso ou se beneficiar de tais informações).

De forma geral, a escrita de livros e capítulos de livro é bem reconhecida como forma eficaz de disseminar conhecimento, o que não acontece no caso das publicações em forma de artigos. Porém, quando comparamos o prestígio e valorização outorgados a cada tipo de publicação justamente com o investimento de tempo necessário para suas respectivas elaborações, a balança é injustamente desigual. Injusto também é para as pessoas que poderiam se beneficiar do conhecimento produzido e que acaba ficando inacessível para elas. Injusto também é para profissionais de saúde que desejam se atualizar para prestar um melhor atendimento, mas não possuem qualificação para compreender a linguagem técnica, rebuscada e complexa frequentemente encontrada nos artigos. Injusto também é para os elaboradores de políticas públicas que poderiam fazer mais e melhor com os recursos físicos, humanos e financeiros disponíveis, mas que por não serem fluentes na língua inglesa e/ou não compreenderem os termos técnico-científicos dos artigos, acabam por se contentar em “fazer mais do mesmo”.

Idealmente seria necessária uma ampla reconsideração, discussão e reorganização a nível internacional, envolvendo organizações de fomento em pesquisa, instituições de ensino, governantes e pesquisadores, no sentido de rever os parâmetros de produtividade considerados relevantes. É necessário que outras formas de publicações, mais efetivas em termos de disseminação do conhecimento, também sejam reconhecidas e bem avaliadas enquanto

indicadores de produtividade científica. É igualmente necessário que sejam valorizadas publicações escritas nos idiomas locais e/ou a realização de traduções para esses idiomas.

Enquanto tudo isso não acontece, resta-nos iniciativas individuais de pesquisadores no sentido de “remarem contra a maré”. Pesquisadores que invistam tempo (que poderia ser investido na escrita de artigos) para a elaboração de publicações de menor prestígio, porém com maior impacto a nível de fazer chegar o conhecimento científico existente entre aqueles que poderão utilizá-lo. É hora de verdadeiramente compreendermos que, acima de tudo, o nosso compromisso é com a ciência, com a sociedade e com o bem-estar das pessoas. Precisamos nos conscientizar de nosso papel e de nossa responsabilidade enquanto produtores de conhecimento, ao invés de nos deixarmos absorver pela competitividade nociva que impera nos círculos acadêmicos. É preciso buscar algum equilíbrio na hora de escolhermos o tipo de publicação e o idioma que iremos utilizar para a transmissão de conhecimentos científicos relevantes em nossa área de atuação.

Os estudos apresentados nesta dissertação buscaram, de alguma forma, esse equilíbrio. Muito embora pese o fato dos artigos que formam a Parte III desta dissertação terem sido publicados apenas na língua inglesa, ressalta-se que a versão final das escalas em português está disponibilizada no site da ACBS (*Association for Contextual Behavioral Sciences*, principal associação internacional voltada para a disseminação das Ciências Comportamentais Contextuais) e tem sido sistematicamente disponibilizada por e-mail a todos os pesquisadores, professores, estudantes e terapeutas que têm entrado em contato no sentido de utilizá-las. Complementarmente, em uma tentativa de disponibilizar tal conhecimento em português, optou-se por escrever as demais seções desta tese nesse idioma¹.

¹ Esta tese considerou o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa (i.e., Apresentação, Parte I e Parte IV). Acerca disso, ressalta-se que optou-se pela grafia do Português Brasileiro (em detrimento da grafia do Português Europeu) em todos os casos de dupla grafia (i.e., onde a mesma palavra pode ser escrita de duas formas diferentes).

Conforme explanado nos Capítulos 1 e 4 desta dissertação, o compromisso com valores empíricos na clínica psicológica foi instaurado através do movimento da Terapia Comportamental, marcado por três gerações sucessivas. A terceira geração do movimento se originou em decorrência da evolução do conhecimento empírico existente e tem exercido grande influência no Brasil e demais países de língua portuguesa. A psicoterapia baseada em evidências vem passando por uma ampla reorganização a nível mundial e a terceira geração de intervenções comportamentais faz parte dessa reorganização. Apesar disso, há marcada escassez de materiais sobre essas novas abordagens em português, o que obstaculiza sua disseminação e utilização entre mais de 260 milhões de pessoas.

Esta dissertação inova ao contribuir para a disseminação das terapias comportamentais de terceira geração entre os falantes de língua portuguesa através da publicação de um livro e dois capítulos de livro em português com circulação internacional. Adicionalmente este trabalho disponibilizou um total de quatro medidas culturalmente adaptadas e com características psicométricas robustas, sendo três delas destinadas à avaliação de variáveis contextuais (i.e., CFQ, CFQ-BI e BI-AAQ), viabilizando a realização de futuros estudos sobre as temáticas no Brasil. No seu conjunto, estes estudos possuem importantes implicações clínicas, dado que disponibilizam medidas válidas de processos de regulação emocional transdiagnósticos que poderão ser utilizadas em contextos clínicos e não clínicos, possibilitando avaliações seguras e rigorosas do papel desses processos para o desenvolvimento e manutenção de diferentes *outcomes*, assim como a avaliação de mudanças no decorrer de intervenções psicoterapêuticas.

Para além disso, esta dissertação também explorou a aplicabilidade de dois modelos contextuais em amostras brasileiras. Os resultados desses estudos parecem clarificar a importância de desenvolver competências adaptativas de autorregulação emocional com especial foco na desfusão cognitiva, autocompaixão e flexibilidade psicológica relacionada à imagem

corporal no contexto do comer compulsivo em mulheres com sobrepeso/obesidade que buscam perder peso. Espera-se que os estudos apresentados contribuam, ainda que em menor escala, para o avanço do conhecimento existente para a identificação de processos-chave e relevantes envolvidos na severidade da compulsão alimentar em pacientes com excesso de peso, assim como suas complexas relações. Ademais, ao disponibilizar os resultados destes estudos também em português, espera-se contribuir não só para o avanço do conhecimento entre os falantes de língua portuguesa, como para instigar a sua curiosidade e interesse em dar continuidade ao estudo dessas temáticas.

Referências

A

- Ágh, T., Kovács, G., Pawaskar, M., Supina, D., Inotai, A., & Vokó, Z. (2015). Epidemiology, health-related quality of life and economic burden of binge eating disorder: A systematic literature review. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(1), 1-12. doi:10.1007/s40519-014-0173-9
- Álvarez, M. P. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5(2), 159-172.
- Amano, T., González-Varo, J. P., & Sutherland, W. J. (2016). Languages are still a major barrier to global science. *PLOS Biology*, 14(12), e2000933. doi:10.1371/journal.pbio.2000933
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Asnake, M. (2015). The importance of scientific publication in the development of public health. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(7), 1972-1973. doi: 10.1590/1413-81232015207.08562015
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 30-36. doi: 10.1159/000365764

B

- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1-6. doi: 10.1016/j.jcbs.2016.02.002
- Barraca, J. (2012). Mental control from a third-wave behavior therapy perspective. *Internatonal Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(1), 109-121.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191. doi: 10.1097/00007632-200012150-00014

- Ben-Ari, E. T. (1999). When scientists write books for the public: The ups and downs, ins and outs, of writing popular science books. *BioScience*, *49*(10), 819-824. doi: 10.2307/1313573
- Bittencourt, A. S., Lucena-Santos, P. L., Moraes, J. F., & Oliveira, M. S. (2012). Anxiety and depression symptoms in women with and without binge eating participating a reduce weight program. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *34*(2), 87-92. doi: 10.1590/S2237-60892012000200007
- Blackledge, J. M., & Hayes, S. (2001). Emotion regulation in Acceptance and Commitment Therapy. *Psychotherapy in Practice*, *57*(2), 243-255. doi: 10.1002/1097-4679(200102)57:2<243::AID-JCLP9>3.3.CO;2-O
- Bolderston, H. (2013). *Acceptance and Commitment Therapy: Cognitive fusion and personality functioning* (Doctoral Thesis). University of Southampton, Southampton, United Kingdom.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paidéia*, *22*(53), 423-432. doi:http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201314
- Bortolotti, S. L. V., Tezza, R., Andrade, D. F., Bornia, A. C., & Junior, A. F. S. (2013). Relevance and advantages of using the item response theory. *Quality & Quantity*, *47*(4), 2341-2360. doi: 10.1007/s11135-012-9684-5
- Braga, G. L. B., & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia*, *23*(3), 307-314. doi: 10.1590/S0103-166X2006000300010
- Brown, L. A., Gaudiano, B. A., & Miller, I. W. (2011). Investigating the similarities and differences between practitioners of second and third-wave Cognitive-Behavioral Therapies. *Behavior Modification*, *35*(2), 187-200. doi: 10.1177/0145445510393730
- Buote, V. M., Wilson, A. E., Strahan, E. J., Gazzola, S. B., & Papps, F. (2011). Setting the bar: Divergent sociocultural norms for women's and men's ideal appearance in real-world contexts. *Body Image*, *8*(4), 322-334. doi: 10.1016/j.bodyim.2011.06.002
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of Cognitive-Behavioral Therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, *26*(1), 17-31. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Butryn, M. L., Juarascio, A., Shaw, J., Kerrigan, S. G., Vicki, C., O'Planick, A., & Forman, E. M. (2013). Mindfulness and its relationship with

eating disorders symptomatology in women receiving residential treatment. *Eating Behaviors*, 14(1), 13-16. doi: 10.1016/j.eatbeh.2012.10.005

Butryn, M. L., Webb, V., & Wadden, T. A. (2011). Behavioral treatment of obesity. *The Psychiatric Clinics of North America*, 34(4), 841-859. doi: 10.1016/j.psc.2011.08.006

C

Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A., & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In L. Pasquali (Org.), *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 506-520). Porto Alegre, RS: Artmed.

Chen, F. F., Sousa, K. H., & West, S. G. (2005). Testing measurement invariance of second-order factor models. *Structural Equation Modeling*, 12(3), 471-492. doi: 10.1207/s15328007sem1203_7

Clausen, L., Rosenvinge, J. H., Friborg, O., & Rokkedal, K. (2011). Validating the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): A comparison between 561 female eating disorders patients and 878 females from the general population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(1), 101–110. doi: 10.1007/s10862-010-9207-4

Craig, B. M., & Adams, A. K. (2009). Accuracy of body mass index categories based on self-reported height and weight among women in the United States. *Maternal and Child Health Journal*, 13(4), 489-496. doi: 10.1007/s10995-008-0384-7

Cullen, C. (2008). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A third wave Behaviour Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25(6), 1-7. doi: 10.1017/S1352465808004797

D

Dalle Grave, R., Calugi, S., Petroni, M. L., Di Domizio, S., Marchesini, G., QUOVADIS Study Group. (2010). Weight management, psychological distress and binge eating in obesity. A reappraisal of the problem. *Appetite*, 54(2), 269-273. doi: 10.1016/j.appet.2009.11.010

de Zwaan, M., Hilbert, A., Swan-Kremeier, L., Simonich, H., Lancaster, K., Howell, L. M., . . . Mitchell, J. E. (2010). Comprehensive interview assessment of eating behavior 18–35 months after gastric bypass surgery for morbid obesity. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 6(1), 79–85. doi: 10.1016/j.soard.2009.08.011

- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy: A transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics*, doi:10.1007/s13311-017-0521-3
- Dinis, A., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., & Estanqueiro, C. (2015). Shame memories and depression symptoms: The role of cognitive fusion and experiential avoidance. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *15*(1), 63-86.
- Dinis, A., Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., & Castro, T. (2012). Estudo de validação da versão portuguesa da Escala de Respostas Ruminativas - versão reduzida. *Psychologica*, *54*, 175-202.
- Dionne, F., Balbinotti, M., Gillanders, D., Gagnon, J., & Monestès, J. L. (2014). *Validation of the Cognitive Fusion Questionnaire in a French-speaking population*. Poster presentation at ACBS Annual World Conference XII. Minneapolis, MN.
- Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Returning to emotional eating: The psychometric properties of the EES and association with body image flexibility. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *20*(4), 497-504. doi: 10.1007/s40519-015-0186-z
- Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The impact of early shame memories in Binge Eating Disorder: The mediator effect of current body image shame and cognitive fusion. *Psychiatry Research*, *258*, 511-517. doi: 10.1016/j.psychres.2017.08.086
- Duarte, C., Matos, M., Stubbs, R. J., Gale, C., Morris, L., Pinto-Gouveia, J., & Gilbert, P. (2017b). The impact of shame, self-criticism and social rank on eating behaviours in overweight and obese women participating in a weight management programme. *PLoS One*, *12*(1), e0167571. doi: 10.1371/journal.pone.0167571
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2014). Escaping from body image shame and harsh self-criticism: Exploration of underlying mechanisms of binge eating. *Eating Behaviors*, *15*(4), 638-643. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.08.025
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2017a). Ashamed and fused with body image and eating: Binge eating as an avoidance strategy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(1), 195-202. doi: 10.1002/cpp.1996
- Dunkley, D. M., & Grilo, C. M. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge

eating disorder patients. *Behavior Research and Therapy*, 45(1), 139-149. doi:10.1016/j.brat.2006.01.017

E

Ehring, T., & Ehlers, A. (2014). Does rumination mediate the relationship between emotion regulation ability and posttraumatic stress disorder? *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1). doi:10.3402/ejpt.v5.23547

Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance & Commitment Therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Erdur-Baker, Ö., & Bugay, A. (2010). The short version of ruminative response scale: Reliability, validity and its relation to psychological symptoms. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 2178-2181. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.433

Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2006). Validity and reliability of Spanish versions of the Ruminative Responses Scale-short form and the Distraction Responses Scale in a sample of Spanish high school and college students. *Psychological Reports*, 98(1), 141-150. doi:10.2466/PR0.98.1.141-150

F

Ferreira, C., Palmeira, L., & Trindade, I. (2014). Turning eating psychopathology risk factors into action: The pervasive effect of body image-related cognitive fusion. *Appetite*, 80, 137-142. doi: 10.1016/j.appet.2014.05.019

Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2011). The validation of the Body Image Acceptance and Action Questionnaire: Exploring the moderator effect of acceptance on disordered eating. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(2), 327-345.

Ferreira, C., Trindade, I. A., Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Getting entangled with body image. Development and validation of a new measure. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 88(3), 304-316. doi: 10.1111/papt.12047

Fletcher, L. & Hayes, S. C. (2005). Relational Frame Theory, Acceptance and Commitment Therapy and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behaviour Therapy* 23(4), 315-336.

Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2009). New directions in Cognitive Behavior Therapy: Acceptance-based therapies. In W. O'Donohue, & J. E., Fisher (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* (pp. 102–114). Hoboken, NJ: John Wiley.

G

Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34. doi: 10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Polivy, J., & Garfinkel, P. E. (1984). Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 46(3), 255-266. doi: 10.1097/00006842-198405000-00007

Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 14(3), 309-313. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.05.008

Gifford E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M., Rasmussen-Hall, M. L., ...Palm, K. M. (2004). Acceptance theory-based treatment for smoking cessation: An initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, 35, 689-706.

Gilbert, P. (Ed.) (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. New York, NY: Routledge.

Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking (pp. 263-325). In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. New York, NY: Routledge.

Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31-50.

Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ...Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. doi: 10.1016/j.beth.2013.09.001

Gjersing, L., Caplehorn, J. R. M., & Clausen T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: Language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, 1-10. doi: 10.1186/1471-2288-10-13.

Global Health Observatory (2017). Prevalence of overweight among adults, BMI \geq 25, age-standardized. Retrieved from <http://apps.who.int/gho/data/view.main.GLOBAL2461A?lang=en>

Gordon, K. H., Holm-Denoma, J. M., Troop-Gordon, W., & Sand, E. (2012). Rumination and body dissatisfaction interact to predict concurrent binge eating. *Body Image*, 9(3), 352–357. doi:10.1016/j.bodyim.2012.04.001

H

Hambleton, R. K. (2005). Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In R. K. Hambleton, P. F. Merenda, & C. D. Spielberger (Eds.), *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp. 3-38). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4), 2-8.

Harzing, A. W. & Adler, N. J. (2016). Disseminating knowledge: From potential to reality – new open-access journals collide with convention. *Academy of Management Learning & Education*, 15(1), 140-156. doi: 10.5465/amle.2013.0373

Hasegawa, A. (2013). Translation and initial validation of the Japanese version of the Ruminative Responses Scale. *Psychological Reports*, 112(3), 716-726. doi: 10.2466/02.08.PR0.112.3.716-726

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3

Hayes, S. C., & Pankey, J. (2002). Experiential avoidance, cognitive fusion and an ACT approach to anorexia nervosa. *Cognitive and Behavioral Science*, 9(3), 243-247. doi: 10.1016/s1077-7229(02)80055-4

Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2015). Prefácio: A terceira geração da terapia cognitiva e comportamental no brasil e nos demais países de língua portuguesa. In P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira, M. S. (Eds.), *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para Profissionais* (pp. 21-27). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys Editora.

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, process and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Masuda, A., & De Mey, H. (2003). Acceptance and Commitment Therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie*, *2*, 69-96.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2011). The evolution of Cognitive Behavior Therapy: The rise of psychological acceptance and mindfulness. In J. D. Herbert & E. M. Forman (Eds.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (pp. 1-25). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Hernández-Nieto, R. A. (2002). *Contributions to statistical analysis*. Mérida: Universidad de Los Andes.
- Herzberg, K. N., Sheppard, S. C., Forsyth, J.P., Credé, M., Earleywine, M., & Eifert, G. H. (2012). The Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT): A psychometric evaluation of cognitive fusion in a nonclinical and highly anxious community sample. *Psychological Assessment*, *24*(4), 877-891. doi: 10.1037/a0027782
- Hill, M. L., Masuda, A., & Latzman, R. D. (2013). Body image flexibility as a protective factor against disordered eating behavior for women with lower body mass index. *Eating Behaviors*, *14*(3), 336-341. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.06.003
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2010). The empirical status of the “New Wave” of CBT. *Psychiatric Clinics of North America*, *33*(3), 701–710. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.006.
- Hogan, B. E., & Linden, W. (2004). Anger response styles and blood pressure: At least don't ruminate about it! *Annals of Behavioral Medicine*, *27*(1), 38-49. doi: 10.1207/s15324796abm2701_6
- Hu, L.T., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives.

Structural Equation Modeling, 6(1), 1-55. doi:
10.1080/10705519909540118

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope H. G. Jr., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biology Psychiatry*, 61, 348-358. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040.

I

Instituto de Pesquisa Data Popular (2014). *Demandas de Aprendizagem de Inglês no Brasil: Elaborado com exclusividade para o British Council pelo Instituto de Pesquisa Data Popular*. São Paulo, SP: British Council Brasil.

Instituto de Pesquisas Plano CDE (2015) *O ensino de inglês na educação pública brasileira: Elaborado com exclusividade para o British Council pelo Instituto de Pesquisas Plano CDE*. São Paulo, SP: British Council Brasil.

Izaadi, A., Karimi, J., & Rahmani, M. (2013). [Psychometric analysis of Persian version of body image flexibility questionnaire (BI-AAQ) among university students]. *Journal of School of Nursing and Midwifery*, 19(3), 56-69.

J

Jacobson, N. S. & Christensen, A. (1996). *Integrative Couple Therapy: Promoting acceptance and change*. New York, NY: Norton.

Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., ...Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304. doi: 10.1037/0022-006X.64.2.295

Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 8(3), 255-270. doi: 10.1093/clipsy.8.3.255

Jenkins, T. M., Boyce, T. W., Ralph Buncher, C., Zeller, M. H., Courcoulas, A. P., Evans, M., & Inge, T. H. (2017). Accuracy of self-reported weight among adolescent and young adults following bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 27(6), 1529-1532. doi: 10.1007/s11695-016-2514-4

K

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York, NY: Hyperion.

- Kelly, A. C., Vimalakanthan, K., & Miller, K. (2014). Self-compassion moderates the relationship between body mass index and both eating disorder pathology and body image flexibility. *Body Image, 11*(4), 446-453. doi: 10.1016/j.bodyim.2014.07.005
- Kessler, R.C., Berglund, P.A., Chiu, W.T., Deitz, A.C., Hudson, J.I., Shahly, V., ...Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry, 73*(9), 904–914. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020
- Kingston, J. (2012). Choosing a knowledge dissemination approach. *Knowledge and Process Management, 19*(3), 160-170. doi: 10.1002/kpm.1391
- Kline, P. (2000). *Handbook of Psychological Testing* (2nd ed.) London, UK: Routledge.
- Klobukoski, C., & Höfelmann, D. A. (2017). Compulsão alimentar em indivíduos com excesso de peso na Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. *Cadernos Saúde Coletiva, 25*(4), 443-452. doi: 10.1590/1414-462x201700040094
- Knowles, R., Tai, S., Christensen, I., & Bentall, R. (2005). Coping with depression and vulnerability to mania: A factor analytic study of the Nolen-Hoeksema (1991) Response Styles Questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology, 44*(1), 99-112. doi: 10.1348/014466504X20062
- Ko, N., Tam, D. M., Viet, N. K., Scheib, P., Wirsching, M., & Zeeck, A. (2015). Disordered eating behaviors in university students in Hanoi, Vietnam. *Journal of Eating Disorders*. [Online publication]. doi: 10.1186/s40337-015-0054-2
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York, NY: Plenum.

L

- Le Borgne, M., Boudoukha, A. H., Petit, A., & Roquelaure, Y. (2017). Chronic low back pain and the transdiagnostic process: How do cognitive and emotional dysregulations contribute to the intensity of risk factors and pain? *Scandinavian Journal of Pain*. doi: 10.1016/j.sjpain.2017.08.008.

- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of Compassion-Focused Therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, *45*(5), 927-945. doi: 10.1017/S0033291714002141.
- Lee, D. J., Elias, G. J. B., & Lozano, A. M. (2018). Neuromodulation for the treatment of eating disorders and obesity. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, *8*(2), 73-92. doi: 10.1177/2045125317743435
- Lee, S., & Kim, W. (2014). Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the revised Korean version of Ruminative Response Scale. *Psychiatry Investigation*, *11*(1), 59-64. doi: 10.4306/pi.2014.11.1.59
- Leehr, E., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity: A systematic review. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, *49*, 125-134. doi: 10.1016/j.neurobirev.2014.12.008
- Lepienski, A., Gumiela, A., Silva, A., Lederer, G., Biscouto, K., Camoleze, M., & Puppi, R. (2016). Book Review "Terapias comportamentais de terceira geração: Guia para profissionais". Edited by Gouveia, J. P., Santos, L.P. & Oliveira, M. S. Novo Hamburgo: Editora Sinopsys (2015). *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *18*(2), 130-136. doi: 10.31505/rbtcc.v18i2.888
- Levin, M., & Hayes, S. C. (2009). Is Acceptance and Commitment Therapy superior to established treatment comparisons? *Psychotherapy and Psychosomatics*, *78*(6), 380-381. doi: 10.1159/000235979
- Levinson, C. A., Brosf, L. C., Ma J., Fewell, L., & Lenze, E. J. (2017). Fear of food prospectively predicts drive for thinness in an eating disorder sample recently discharged from intensive treatment. *Eating Behaviors*, *27*, 45-51. doi: 10.1016/j.eatbeh.2017.11.004
- Lewer, M., Bauer, A., Hartmann, A. S., & Vocks, S. (2017). Different facets of body image disturbance in Binge Eating Disorder: A review. *Nutrients*, *9*(12), 1294. doi: 10.3390/nu9121294
- Lin, C. J., DeRoo, L. A., Jacobs, S. R., & Sandler, D. P. (2012). Accuracy and reliability of self-reported weight and height in the Sister Study. *Public Health Nutrition*, *15*(6), 989-999. doi: 10.1017/S1368980011003193
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh, J. A., Dutson, E., Mehran, A., ...Gibbons, M. M. (2012). Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery: Systematic review. *Obesity Surgery*, *22*(1), 70-89. doi: 10.1007/s11695-011-0472-4

- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27(2), 173-187. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.001
- Lucena-Santos, P., Carvalho, S., Oliveira, M. S., & Pinto-Gouveia, J. (2017b). Body-Image Acceptance and Action Questionnaire: Its deleterious influence on binge eating and psychometric validation. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(2), 151-160. doi: 10.1016/j.ijchp.2017.03.001
- Lucena-Santos, P., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D., & Oliveira, M.S. (2017a). Cognitive Fusion Questionnaire: Exploring measurement invariance across three groups of Brazilian women and the role of cognitive fusion as a mediator in the relationship between rumination and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 53-62. doi:10.1016/j.jcbs.2017.02.004
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. S. (2015b). Primeira, Segunda e Terceira Geração de Terapias Comportamentais. In P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira, M. S. (Eds.), *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para Profissionais* (pp. 29-58). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys Editora.
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. S. (Eds.). (2015a). *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para Profissionais*. Novo Hamburgo, RS: Sinopsys Editora.
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Carvalho, S., & Oliveira, M. S. (2017). Is the widely used two-factor structure of the Ruminative Responses Scale invariant across different samples of women? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* [Advanced online publication]. doi: 10.1111/papt.12168
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Zancan, R. K., & Oliveira, M. S. (2015). Escalas que avaliam construtos da Terapia de Aceitação e Compromisso e sua disponibilidade para uso no Brasil. In P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira, M. S. (Eds.), *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para Profissionais* (pp. 273-309). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys Editora.
- Lucena-Santos, P., Trindade, I. A., Oliveira, M. S., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image: Psychometric properties and its incremental power in the prediction of binge eating severity. *The Journal of Psychology Interdisciplinary and Applied*, 151(4), 379-392. doi: 10.1080/00223980.2017.1305322

Luis, M. A. V. (2011). Scientific knowledge dissemination: Challenges and perspectives. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 7(2), 2.

Luppino, F. S., De Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220-229. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.2.

Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 339-349. doi:10.1037/0022-3514.65.2.339

M

Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.

Mancini, M. C. & Sampaio, R. F. (2006). Quando o objeto de estudo é a literatura: Estudos de revisão. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 10(4), 361. doi: 10.1590/S1413-35552006000400001

Marôco, J. (2010). *Analysis of Structural Equations: Theoretical foundations, software and applications*. Pero Pinheiro: Report Number.

Marta-Simões, M., Ferreira, C., & Mendes, A. L. (2017). Cognitive fusion: Maladaptive emotion regulation endangering body image appreciation and related eating behaviours. *European Psychiatry*, 41(Suppl.), 556-557. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.01.798

Masuda, A., Hill, M. L., Melcher, H., Morgan, J., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for women diagnosed with binge eating disorder: A case-series study. *Psychology Faculty Publications*, 89. http://scholarworks.gsu.edu/psych_facpub/89

Maxwell, S. E., Cole, D. A., & Mitchell, M. A. (2011). Bias in cross-sectional analyses of longitudinal mediation: Partial and complete mediation under an autoregressive model. *Multivariate Behavioral Research*, 46, 816-841. doi:10.1080/00273171.2011.606716.

McCormack, L., Sheridan, S., Lewis, M., Boudewyns, V., Melvin, C. L., Kistler, C., ...Lohr, K. N. (2013). *Communication and dissemination strategies to facilitate the use of health-related evidence* (Evidence Reports/Technology Assessments, nº. 213). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

- Melo, P. G., Peixoto, M. R. G., & Silveira, E. A. (2015). Binge eating prevalence according to obesity degrees and associated factors in women. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *64*(2), 100-106. doi: 10.1590/0047-2085000000064
- Merwin, R. M., Timko, C. A., Moskovich, A. A., Ingle, K. K., Bulik, C. M., & Zucker, N. L. (2011). Psychological inflexibility and symptom expression in anorexia nervosa. *Eating Disorders*, *19*(1), 62-82. doi: 10.1080/10640266.2011.533606
- Moreira, M. B., & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios básicos de análise do comportamento*. Porto Alegre, RS: Artmed.

N

- Naumann, E., Tuschen-Caffier, B., Voderholzer, U., Schäfer, J., & Svaldi, J. (2016). Effects of emotional acceptance and rumination on media-induced body dissatisfaction in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, *82*, 119-125. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.07.021
- Neavill, G. B. (1975). Role of the publisher in the dissemination of knowledge. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, *421*(1), 23-33. doi: 10.1177/000271627542100104
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). The Response Styles Theory. In C. Papageorgiu, A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 107-124). Chichester: John Wiley Sons.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(1), 115-121. doi:10.1037/0022-3514.61.1.115

O

- Oksuzyan A., Gumà J., & Doblhammer G. (2018). Sex differences in health and survival (pp. 65-100). In G. Doblhammer, & J. Gumà (Eds.), *A demographic perspective on gender, family and health in Europe*. Cham: Springer. doi: 10.1007/978-3-319-72356-3_5

P

- Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Carvalho, S. A. (2017). Finding the link between internalized weight-stigma and binge eating behaviors in Portuguese adult women with overweight and obesity: The mediator role of self-criticism and self-reassurance. *Eating Behaviors*, *26*, 50-54. doi: 10.1016/j.eatbeh.2017.01.006

Peñas-Lledó, E., Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., Soto, A., ...Menchón, J. M. (2009). Subtyping eating disordered patients along drive for thinness and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 47(6), 513-519. doi: 10.1016/j.brat.2009.03.003

Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-Generation Therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 291-310.

Peterson, R. E., Latendresse, S. J., Bartholome, L. T., Warren, C. S., & Raymond, N. C. (2012). Binge Eating Disorder mediates links between symptoms of depression, anxiety, and caloric intake in overweight and obese women. *Journal of Obesity*. doi: 10.1155/2012/407103.

Pinto, R. A., Kienhuis, M., Slevison, M., Chester, A., Sloss, A., & Yap, K. (2017). The effectiveness of an outpatient Acceptance and Commitment Therapy Group programme for a transdiagnostic population. *Clinical Psychologist*, 21(1), 33-43. doi: 10.1111/cp.12057

Pinto-Gouveia, J., Carvalho, S. A., Palmeira, L., Castilho, P., Duarte, C., Ferreira, C., ...Costa, J. (2017). BEfree: A new psychological program for binge eating that integrates psychoeducation, mindfulness, and compassion. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1090-1098. doi: 10.1002/cpp.2072

Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Duarte, C. (2014). Thinness in the pursuit for social safeness: An integrative model of social rank mentality to explain eating psychopathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(2), 154-165. doi: 10.1002/cpp.1820

R

Rabin, B. A., Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Kreuter, M. W., & Weaver, N. L. (2008). A glossary for dissemination and implementation research in health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 14(2), 117-123. doi: 10.1097/01.PHH.0000311888.06252.bb.

Ratnasiri, N. (2015). Dissemination of scientific knowledge and information. *Journal of the National Science Foundation of Sri Lanka*, 43(3), 197-198. doi: 10.4038/jnsfsr.v43i2.7958

Research Information Network [RIN], & Joint Information Systems Committee [JISC] (September, 2009). *Communicating knowledge: How and why UK researchers publish and disseminate their findings*. Retrieved from: www.rin.ac.uk/communicating-knowledge

- Reto, L. A., Machado F. L., & Esperança, J. P. (2016). *Novo Atlas da Língua Portuguesa*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- Reuman, L., Buchholz, J. & Abramowitz, J. S. (2018). Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions. *Journal of Contextual Behavioral Science* [Advanced online publication]. doi: 10.1016/j.jcbs.2018.06.001
- Romans, S. E., Tyas, J., Cohen, M. M., & Silverstone, T. (2007). Gender differences in the symptoms of major depressive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(11), 905-911. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181594cb7
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Gillanders, D. T., & Fernández-Fernández, V. (2014). Cognitive fusion in dementia caregiving: Psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavioral Psychology*, 22(1), 117-132.
- Rubio, D. M., Berg-Weger, M., Tebb, S. S., Lee, S., & Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, 27(2), 94-104. doi: 10.1093/swr/27.2.94
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.

S

- Sandoz, E., Wilson, K., Merwin, R., & Kellum, K. (2013). Assessment of body image flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(1e2), 39-48. doi: 10.1016/j.jcbs.2013.03.002
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2012). Rumination: Relationships with physical health. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9(2), 29-34.
- Schoenefeld, S., & Webb, J. (2013). Self-compassion and intuitive eating in college women: Examining the contributions of distress tolerance and body image acceptance and action. *Eating Behaviors*, 14, 493-496. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.09.001
- Schoofs, H., Hermans, D., & Raes, F. (2010). Brooding and reflection as subtypes of rumination: Evidence from confirmatory factor analysis in nonclinical samples using the Dutch Ruminative Response Scale.

Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32(4), 609-617.
doi: 10.1007/s10862-010-9182-9

Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling* (3rd ed.). New York, NY: Routledge.

Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press.

Simonson, J., Mezulis, A., & Davis, K. (2011). Socialized to ruminate? Gender role mediates the sex difference in rumination for interpersonal events. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(9), 937-959.
doi:10.1521/jscp.2011.30.9.937

Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York, NY: Macmillan.

Soo, H., Burney, S., & Basten, C. (2009). The role of rumination in affective distress in people with a chronic physical illness: A review of the literature and theoretical formulation. *Journal of Health Psychology*, 14(7), 956-966. doi: 10.1177/1359105309341204.

Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268-274 doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x.

Sperber, A. D. (2004). Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*, 126(1), S124-S128. doi: 10.1053/j.gastro.2003.10.016

Spiegler, M. D., & Guevremont, D. C. (2010). *Contemporary Behavior Therapy* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.

Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(10), 622-627. doi: 10.1016/j.brat.2011.06.009

Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Solomon, E. E., Fairburn, C. G., Pike, K. M., & Wilfley, D. E. (2000). Subthreshold binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27(3), 270-278. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(200004)27:3<270::aid-eat3>3.0.co;2-1

Stunkard, A. J. (2011). Eating disorders and obesity. *The Psychiatric Clinics of North America*, 34(4), 765-771. doi: 10.1016/j.psc.2011.08.010.

T

- Tan, Y., Xin, X., Wang, X., & Yao, S. (2018). Cognitive emotion regulation strategies in Chinese adolescents with overweight and obesity. *Childhood Obesity, 14*(1), 26-32. doi: 10.1089/chi.2017.0123
- Thanoi, W., & Klainin-Yobas, P. (2015). Assessing rumination response style among undergraduate nursing students: A construct validation study. *Nurse Education Today, 35*(5), 641-646. doi: 10.1016/j.nedt.2015.01.001
- Timko, C. A., Juarascio, A. S., Martin, L. M., Faherty, A., & Kalodner, C. (2014). Body image avoidance: An under-explored yet important factor in the relationship between body image dissatisfaction and disordered eating. *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*(3), 203-211. doi: 10.1016/j.jcbs.2014.01.002
- Törmäkangas, K. (2011). Advantages of the Rasch Measurement Model in analysing educational tests. *Educational Research and Evaluation: An International Journal on Theory and Practice, 17*(5), 307-320. doi: 10.1080/13803611.2011.630562
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination Reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research, 27*(3), 247-259. doi: 10.1023/A:1023910315561
- Trindade, I., & Ferreira, C. (2014). The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eating Behaviors, 15*(1), 72-75. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.10.014

V

- Van de Vijver, F., & Poortinga, Y. H. (1997). Towards an integrated analysis of bias in cross-cultural assessment. *European Journal of Psychological Assessment, 13*(1), 29-37. doi: 10.1027/1015-5759.13.1.29
- Vasconcelos, S. M. R. (2008). *Ciência no Brasil: Uma abordagem cienciométrica e linguística* (doctoral dissertation). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Retrieved from: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=131550

U

- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Urbina, S. (2014). *Essentials of Psychological Testing* (2nd ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Z

Zetlle, R. D. (2007). *ACT for depression*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

W

Wang, S. B., Lydecker, J. A., & Grilo, C. M. (2017). Rumination in patients with binge-eating disorder and obesity: Associations with eating-disorder psychopathology and weight-bias internalization. *European Eating Disorders Review*, *25*(2), 98-103. doi: 10.1002/erv.2499.

Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, *134*(2), 163-206. doi:10.1037/0033-2909.134.2.163

Wendell, J., Masuda, A. & Le, J. (2012). The role of body image flexibility in the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating symptoms among non-clinical college students. *Eating Behaviors*, *13*(3), 240-245. doi: 10.1016/j.eatbeh.2012.03.006

White, M. A., Kalarchian, M. A., Masheb, R. M., Marcus, M. D., & Grilo, C. M. (2010). Loss of control over eating predicts outcomes in bariatric surgery patients: A prospective, 24-month follow-up study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *71*(2), 175-184. doi:10.4088/JCP.08m04328blu

Widaman, K. F., & Reise, S. P. (1997). Exploring the measurement invariance of psychological instruments: Applications in the substance use domain. In K. J. Bryant, M. Windle, & S. G. West (Eds.), *The science of prevention: Methodological advances from alcohol and substance abuse research* (pp. 281-324). Washington, DC: APA.

Wild, D., Grove, A., Martin, M. Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for Patient-Reported Outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value Health*, *8*(2), 94-104. doi: 10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x

Wilson, P. M., Petticrew, M., Calnan, M. W., & Nazareth, I. (2010). Disseminating research findings: What should researchers do? A systematic scoping review of conceptual frameworks. *Implementation Science*, *5*:91. doi: 10.1186/1748-5908-5-91

World Health Organization [WHO] (2018). *Health topics: Obesity*. Retrieved from: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>

World Health Organization [WHO] (October 2017). *Obesity and overweight*. Retrieved from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

