Instituto Superior Miguel Torga

Estudo de validação da Escala de Pensamento Dialético (EPD) para a população portuguesa

Dissertação
Mestrado em Psicologia Clínica

Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Sofia Maria Coelho Antunes
Coimbra, 2025

Estudo de validação da Escala de Pensamento Dialético (EPD) para a população portuguesa

Sofia Maria Coelho Antunes

Dissertação apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica na Área de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientador: Professor Doutor Diogo Carreiras

Coimbra, 2025

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais e à minha irmã. Sem vocês, nada disto teria sido possível. Obrigada por acreditarem no meu sonho e por me ajudarem a torná-lo realidade. Obrigada por todo o esforço, por cada sacrifício, pelas palavras nos momentos mais difíceis e pelo apoio incondicional que sempre me deram.

Um profundo agradecimento ao meu orientador, Professor Doutor Diogo Carreiras, pela disponibilidade constante, orientação cuidadosa e incentivo em todas as fases deste processo. A sua experiência, empatia e sensibilidade foram fundamentais. Obrigada por todos os ensinamentos partilhados ao longo deste percurso.

Aos meus avós, por estarem sempre presentes, mesmo nos dias mais desafiantes, com palavras de encorajamento e gestos de carinho que tanto significaram ao longo deste caminho.

Ao João, por estar sempre ao meu lado, mesmo nos momentos de maior cansaço e dúvida. Obrigada pelo teu apoio incondicional, carinho, paciência e palavras de encorajamento, que foram fundamentais para que conseguisse chegar até aqui. Obrigada por acreditares sempre em mim.

Ao Fábio, por ser sempre o meu braço direito e uma presença firme em todas as fases deste longo caminho. Obrigada por me receberes sempre de braços abertos, mesmo quando a distância se impõe e o regresso demora. És muito mais do que um melhor amigo, és uma inspiração, um apoio constante e um dos maiores pilares da minha vida.

Agradeço também a todos os participantes do estudo, pela vossa generosidade e colaboração. Sem a vossa disponibilidade, esta investigação não teria sido possível.

Aos meus amigos, agradeço pelas conversas, pelo apoio nos momentos de maior cansaço, pelas palavras de incentivo, pela compreensão e pela amizade constante que nunca falhou.

A todos, o meu mais sincero obrigada!

Resumo

Objetivos: O pensamento dialético refere-se à capacidade de reconhecer e integrar ideias aparentemente opostas, estando associado a uma maior flexibilidade e bem-estar psicológicos e menor sintomatologia psicopatológica. Apesar de central na Terapia Comportamental Dialética (DBT), os instrumentos que o avaliam, especialmente em Portugal, são ainda escassos. Este estudo visa validar a Escala de Pensamento Dialético (EPD) para a população portuguesa e analisar a sua relação com a flexibilidade psicológica, sintomas psicopatológicos e qualidade de vida psicológica.

Metodologia: Participaram neste estudo 328 pessoas de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos (M = 30.9; DP = 11.2). A amostra foi recolhida online através de um protocolo constituído por questionários de autorresposta. As propriedades psicométricas da EPD foram avaliadas através de Análise Fatorial Confirmatória (AFC), incluindo um modelo de segunda ordem, análise da consistência interna, validade convergente, estabilidade temporal e invariância do modelo. Os dados foram analisados no JASP (versão 0.19.3).

Resultados: Foi testado o modelo original da EPD, constituído por cinco itens, divididos em dois fatores, que apresentou um ajustamento adequado (CFI = .98; TLI = .95; SRMR = .03; RMSEA = .10). O modelo de segunda ordem também apresentou um ajustamento aceitável (CFI = .98; TLI = .92; SRMR = .03: RMSEA = .12). A consistência interna da escala total foi boa (α = .85) e as subescalas "ambos os lados" (α = .72) e "ambos os lados em mim" (α = .77) também apresentaram um valor de consistência interna razoável. A validade convergente foi conferida com correlações significativas entre a EPD e os restantes construtos. A estabilidade temporal, analisada através das respostas à EPD em dois momentos de avaliação com quatro semanas de intervalo, revelou-se razoável. Pessoas com mestrado ou superior apresentaram níveis mais elevados de pensamento dialético, sem diferenças significativas por idade, género ou nível socioeconómico.

Conclusão: A EPD mostrou-se válida para avaliar o pensamento dialético, sendo um instrumento promissor para investigação e intervenção, com resultados alinhados com a literatura atual.

Palavras-chave: Pensamento dialético, Escala de Pensamento Dialético, Flexibilidade psicológica, DBT, Sintomatologia psicopatológica.

Abstract

Objectives: Dialectical thinking refers to the ability to recognize and integrate seemingly opposing ideas, and is associated with greater psychological flexibility and well-being, as well as lower psychopathological symptomatology. Although it is a central concept in Dialectical Behavior Therapy (DBT), instruments that assess it, especially in Portugal, remain scarce. This study aims to validate the Dialectical Thinking Scale (DTS) for the Portuguese population and to examine its relationship with psychological flexibility, psychopathological symptoms, and psychological quality of life.

Method: A total of 328 portuguese participants aged between 18 and 69 years (M = 30.9; SD = 11.2) took part in the study. The sample was collected online through a protocol composed of self-report questionnaires. The psychometric properties of the DTS were assessed through Confirmatory Factor Analysis (CFA), including a second-order model, analysis of internal consistency, convergent validity, test-retest reliability, and model invariance. Data were analyzed using JASP (version 0.19.3).

Results: The original model of the DTS, consisting of five items divided into two factors, showed good fit indices (CFI = .98; TLI = .95; SRMR = .03; RMSEA = .10). The second-order model also demonstrated acceptable fit (CFI = .98; TLI = .92; SRMR = .03; RMSEA = .12). The internal consistency of the total scale was good (α = .85), and the subscales “both sides” (α = .72) and “both sides in me” (α = .77) also showed reasonable internal consistency. Convergent validity was confirmed through significant correlations between the DTS and other constructs. Test-retest reliability, assessed through responses to the DTS at two time points four weeks apart, was found to be reasonable. Participants with a master’s degree or higher showed higher levels of dialectical thinking, with no significant differences by age, gender, or socioeconomic status.

Conclusion: The DTS proved to be a valid instrument for assessing dialectical thinking, showing promise for research and intervention, with findings consistent with current literature.

Keywords: Dialectical thinking, Dialectical Thinking Scale, Psychological flexibility, DBT, Psychopathological symptoms.

Introdução

A forma como as pessoas percebem e lidam com contradições tem sido alvo de crescente interesse no estudo do pensamento e comportamento humanos. Peng e Nisbett (1999) introduziram o termo "pensamento dialético" tendo como base a perceção oriental acerca da contradição, da mudança e das interconexões, que difere da perspetiva ocidental, onde predomina um tipo de pensamento mais linear. Neste sentido, o pensamento dialético pode ser definido como a capacidade de reconhecer e integrar oposições, procurando soluções que conciliam ideias aparentemente contraditórias, sem que uma seja atendida em prol da outra, distinguindo-se pela sua abordagem dinâmica e holística (Huang et al., 2021; Shiyan & Kokontseva, 2014). Esta abordagem compreende a aceitação das contradições como algo inerente à existência, ao invés de um problema que precisa ser eliminado, resolvido ou evitado (Han et al., 2022; Spencer-Rodgers & Peng, 2018).

Segundo Peng e Nisbett (1999), o pensamento dialético assenta em três princípios fundamentais: mudança, contradição e holismo ou relação. Estes princípios estruturam uma visão da realidade que enfatiza a fluidez, a coexistência de opostos e a interconexão entre todas as coisas, constituindo a base filosófica subjacente ao pensamento dialético (Huang et al., 2021; Lieng et al., 2022). O princípio da mudança afirma que a realidade é dinâmica e flexível, tal como os conceitos que a representam, reconhecendo que o mundo e os eventos inseridos nele não são estáticos, mas sim um sistema fluído e em constante transformação. Consequentemente, enfatiza que a mudança é um processo contínuo e inevitável, e que o significado específico dos eventos é enquadrado pelo contexto no qual estes estão inseridos ou ocorrem (Cheng, 2009; DeMotta, 2021; Peng & Nisbett, 1999). O princípio da contradição afirma que, assim como a mudança, a contradição é constante, considerando que os dois lados de qualquer contradição coexistem em harmonia ativa, estão interrelacionados e são mutuamente controladores. Assim, pressupõe a presença universal da contradição, incluindo a sua coexistência no interior de uma mesma entidade (Huang et al., 2021; Peng & Nisbett, 1999). Por isso, pessoas com níveis mais elevados de pensamento dialético tendem a ser mais confiantes ao lidar com contradições, resultando em atitudes mais equilibradas (DeMotta et al., 2016). Este padrão estende-se a várias áreas, incluindo, por exemplo, a forma como as pessoas lidam com a inconsistência do seu autoconceito. Por isso, pessoas com níveis mais elevados de pensamento dialético têm tendência a sofrer menos com a incoerência entre aspetos

positivos e negativos da sua própria identidade, enquanto pensadores não dialéticos têm mais dificuldade em integrar essas contradições (Lieng et al., 2022). Por fim, o princípio da relação ou holismo constitui a essência do pensamento dialético e é uma consequência dos dois princípios anteriores. Este princípio propõe que todas as coisas estão interligadas entre si e que nenhuma parte pode ser compreendida isoladamente do todo, pois essa visão seria distorcida (Peng & Nisbett, 1999). Em suma, devido à constante mudança e contradição, nada na vida humana ou na natureza existe de forma isolada ou independente, pelo contrário, tudo está interligado (Hui et al., 2009; Jiang et al., 2013).

Estes três princípios estão intrinsecamente interligados, formando uma base sólida para compreender uma visão do mundo que se diferencia substancialmente do pensamento linear (Peng & Nisbett, 1999). Para além da sua longa trajetória na filosofia, o pensamento dialético é também um componente central da Terapia Comportamental Dialética (DBT, do inglês *Dialectical Behaviour Therapy*; Hoffman, 1994).

A DBT é uma abordagem multifacetada inicialmente desenvolvida pela psicóloga americana Marsha Linehan e apresentada pela primeira vez em livro em 1993 (Linehan, 1993). Segundo o Dicionário da *American Psychological Association* (APA, 2018), a DBT consiste numa terapia flexível, que tem como objetivo ajudar os indivíduos a desenvolverem estratégias para lidarem de forma mais adaptativa com as suas emoções. Apesar de poder ser aplicada de diferentes formas, na sua versão "padrão", a DBT é constituída por quatro modos de tratamento (Linehan, 1993). O primeiro modo é a Terapia Individual, que tem como objetivo desenvolver a motivação e a capacidade de resolução de problemas do paciente, em que a agenda terapêutica é determinada de forma colaborativa entre paciente e terapeuta, seguindo, contudo, uma hierarquia estruturada de alvos terapêuticos (Dimeff & Koerner, 2007). O segundo modo é o Treino de Competências em Grupo, que tem como objetivo desenvolver as competências dos pacientes, através de quatro módulos principais: Mindfulness, Regulação Emocional, Tolerância ao Sofrimento e Eficácia Interpessoal (Granato et al., 2021; Linehan, 1993). A Consulta por telefone é o terceiro modo da DBT e consiste na realização de chamadas breves, que se centram numa avaliação rápida e na aplicação de uma competência específica para lidar com a situação, ajudando o paciente a generalizar as competências adquiridas para o seu quotidiano. Por último, o modo "Equipa de Supervisão para o terapeuta" tem como objetivo não somente promover supervisão para terapeutas, mas também aumentar a sua motivação e disposição para tratar este tipo de pacientes (Granato et al., 2021; Rizvi et al., 2016).

Desde o início, o objetivo da DBT foi ajudar os pacientes a construírem uma "vida que valesse a pena ser vivida" (Linehan, 1993). O foco inicial da DBT na mudança comportamental e, mais tarde, em estratégias exclusivamente cognitivas, levava os pacientes a sentirem-se, por vezes, invalidados e frustrados. Como resposta, a DBT passou a incluir também elementos de validação e aceitação dos problemas dos pacientes. Mais tarde, adicionando a esta abordagem mais validante, surgiu a necessidade de integrar aceitação e mudança, numa perspetiva dialética, que reconhece duas verdades opostas como válidas e promove uma síntese que valoriza ambas (Granato et al., 2021). No entanto, a dialética na DBT não se resume apenas à integração desta dualidade. Trata-se de uma filosofia mais abrangente, que envolve a utilização equilibrada de posições e estratégias terapêuticas opostas ao longo das interações com o paciente, como por exemplo: flexibilidade versus estabilidade, cuidado versus desafio, ou foco nas capacidades versus foco nas limitações. Esta ênfase nos opostos pode ocorrer simultaneamente ou ao longo de todo o processo terapêutico, sendo precisamente essa articulação dinâmica que permite gerar mudança sem invalidar a realidade atual do paciente (Linehan, 1993).

A visão dialética na DBT tem, no entanto, duas perspetivas centrais: a aceitação e a mudança. Estas perspetivas permitem a integração de fenómenos opostos, promovendo um equilíbrio entre a aceitação radical de quem se é e a motivação para mudar comportamentos que afastam a pessoa de uma vida que considere significativa (Cancian, 2016; Cerutti & Duarte, 2016). A dialética assume, também, um papel crucial na relação entre terapeuta e paciente, na qual o terapeuta adota uma postura que valida as experiências e sofrimentos atuais dos pacientes, recusando focar-se apenas em mudanças comportamentais, enquanto os ajuda a desenvolverem estratégias para enfrentarem e modificarem contextos de vida problemáticos (Cavalheiro & Melo, 2016; Cerutti & Duarte, 2016). Este princípio implica que o terapeuta integre tanto estratégias de aceitação e validação, como o Mindfulness, mas também estratégias de mudança, incluindo a análise funcional de comportamentos-problema ou técnicas de exposição, de modo a estabelecer um ambiente de aceitação incondicional, que abre espaço para mudanças comportamentais (Cancian, 2016; Nunes-Costa et al., 2009).

Inicialmente, esta abordagem foi desenhada para indivíduos com ideação e tentativas de suicídio duradouras e comportamentos autolesivos, que não respondiam terapeuticamente às abordagens tradicionais, incluindo, sobretudo, pacientes com Perturbação Borderline da Personalidade (Abreu & Abreu, 2016; Linehan & Wilks,

2015). Porém, atualmente, a DBT tem eficácia comprovada para diversas perturbações e condições clínicas, como por exemplo perturbações do comportamento alimentar (Cancian, 2016; Linehan & Chen, 2005; Nunes-Costa et al., 2009), dependentes químicos (Oppermann et al., 2015), Perturbação do Espectro do Autismo (Huntjens et al., 2020), Perturbação Bipolar (Jones et al., 2023), entre outras.

Enquanto um componente central da DBT, a literatura existente acerca do pensamento dialético tem demonstrado diversas implicações para o comportamento e bem-estar das pessoas, sugerindo que este possa estar associado a uma maior flexibilidade psicológica ao enfrentar situações (Cheng, 2009; DeMotta, 2021; Li et al., 2015). A flexibilidade psicológica refere-se à capacidade de um indivíduo adaptar-se às circunstâncias, respondendo de forma eficaz a desafios e orientando as suas ações de acordo com os seus valores pessoais (Doorley et al., 2020). Isto implica a aceitação consciente do momento presente, permitindo que a pessoa experiencie pensamentos e emoções sem necessidade de os modificar ou evitar (Masuda & Tully, 2012). Dessa forma, os estados internos, mesmo que negativos, deixam de ter um impacto rígido no comportamento, possibilitando respostas mais ajustadas e alinhadas com objetivos significativos (Gloster et al., 2021). Por isso, este conceito é particularmente relevante em contextos geradores de sofrimento, promovendo um funcionamento mais adaptativo e um maior bem-estar psicológico (Doorley et al., 2020).

A associação entre pensamento dialético e flexibilidade psicológica tem-se refletido na capacidade de variar estratégias consoante as exigências contextuais. Isto é especialmente evidente em contextos de elevada ansiedade, onde os pensadores dialéticos tendem a usar várias estratégias de coping, reduzindo a ansiedade ao longo do tempo, enquanto pensadores não dialéticos mantêm apenas uma abordagem. Deste modo, indivíduos com maior capacidade de pensamento dialético tendem a perceber o mundo como dinâmico e contraditório, o que os torna mais aptos a reconhecer a incerteza e a ambiguidade das situações. Paradoxalmente, esta perceção mais complexa da realidade associa-se também a níveis mais elevados de ansiedade, uma vez que estes indivíduos estão mais conscientes dos dilemas e tensões que caracterizam o ambiente. No entanto, em vez de responderem a esta ansiedade com rigidez ou evitamento, tendem a adotar múltiplas estratégias de coping, ajustando-as em função das exigências situacionais. Este padrão de coping revela-se flexível e adaptativo, contribuindo para a regulação emocional, que é também um dos focos da DBT, e para a redução da ansiedade ao longo do tempo. Assim, apesar de experienciarem níveis de ansiedade mais elevados, os

indivíduos com pensamento dialético demonstram maior resiliência, sendo capazes de gerir o mal-estar emocional de forma mais eficaz (Cheng, 2009; Ng & Chen, 2022).

De igual modo, o pensamento dialético pode ter implicações relevantes na forma como os indivíduos experienciam e lidam com estados depressivos. Assim como na ansiedade, a capacidade de reconhecer a ambiguidade e a complexidade das situações pode ser tanto uma fonte de sofrimento quanto uma estratégia adaptativa. Indivíduos com pensamento dialético tendem a ser mais aptos a processar as suas emoções de maneira eficaz, evitando a rigidez cognitiva e a evitação emocional (Bonavitacola et al., 2019). A DBT, que visa melhorar a regulação e aceitação das emoções, tem mostrado benefícios no tratamento de depressão, em indivíduos com maior resistência ao tratamento. Os pacientes que receberam treino em DBT reportaram aumentos significativos no processamento emocional, o que foi associado a uma diminuição nos sintomas de depressão, sugerindo que o aumento da capacidade de lidar com as emoções pode ser adaptativo (Feldman et al., 2009). Além disso, o paradoxo da depressão, onde os indivíduos se sentem compelidos a afastar-se socialmente, apesar de reconhecerem as consequências negativas desse afastamento, pode ser mitigado por intervenções baseadas no pensamento dialético, que ajudam os indivíduos a integrar as suas emoções e experiências de forma mais saudável (Karp, 1994).

Como supramencionado, o pensamento dialético tem sido associado a benefícios psicológicos, incluindo maior flexibilidade cognitiva, redução de extremos emocionais e melhor capacidade de resolução de conflitos (Hu et al., 2025). Estudos mostram que indivíduos com um estilo de pensamento dialético mais desenvolvido exibem maior tolerância a contradições e uma melhor capacidade de lidar com emoções complexas, o que contribui para a resiliência emocional e para um maior equilíbrio nas relações interpessoais (Mohamadi et al., 2019). Assim, esta prática, comum em culturas do Leste Asiático, parece estar diretamente ligada à promoção de uma melhor saúde física e mental. Emoções dialéticas moderadas, ou seja, a capacidade de equilíbrio entre emoções aparentemente contraditórias, foram associadas a menos sintomas físicos no Japão, sugerindo que esse estilo emocional é funcionalmente adaptativo e benéfico para a saúde (Miyamoto & Ryff, 2011). Este equilíbrio emocional parece, assim, favorecer a qualidade de vida, não apenas em termos de bem-estar psicológico, mas também físico. Além disso, a DBT, que incorpora o pensamento dialético, demonstrou ser eficaz na redução de sintomas psicossomáticos e na melhoria da qualidade de vida, destacando a importância do processo de aceitação e mudança, além do equilíbrio entre esses dois aspetos no

tratamento (Mohamadi et al., 2019). Essas evidências sugerem que a promoção do pensamento dialético pode ser um caminho importante para a melhoria do bem-estar psicológico, ajudando os indivíduos a gerirem as emoções de forma mais equilibrada.

Embora existam poucos estudos que relacionem diretamente o pensamento dialético com variáveis sociodemográficas, como a idade, o género ou o nível de escolaridade, a literatura existente sugere algumas tendências relevantes. Estudos indicam que os homens tendem a apresentar uma maior aptidão para o pensamento crítico, enquanto as mulheres evidenciam níveis mais elevados de pensamento dialético (Andayani et al., 2020; Kramer & Melchior, 1990; Nosheen, 2025). Adicionalmente, segundo Kramer & Woodruff (1986) o pensamento dialético tende a assumir maior relevância e frequência ao longo do desenvolvimento, sendo que indivíduos de meia-idade e idosos demonstram uma maior capacidade para aceitar e integrar contradições na sua perceção da realidade, em comparação com indivíduos mais jovens. No que diz respeito ao nível de escolaridade, a literatura existente sugere que o pensamento dialético tende a desenvolver-se com o aumento da formação académica, uma vez que o ensino superior visa promover competências cognitivas avançadas. Assim sendo, a capacidade de compreender e integrar fenómenos opostos a partir de múltiplas perspetivas, característica central do pensamento dialético, é considerada essencial para a formação académica, especialmente em áreas que envolvem diálogo e argumentação (Manzo, 1992; Nosheen, 2025; Tanaka, 2014). Contudo, importa salientar que este tipo de raciocínio pode ser influenciado por diversos fatores, como a cultura, as experiências pessoais e os contextos de aprendizagem, conforme sugerido por Sinnott (1998).

Para que seja possível chegar a estas conclusões, é essencial a existência de instrumentos válidos e fidedignos que avaliem o pensamento dialético. No entanto, globalmente, apesar do pensamento dialético ser um elemento central da DBT, a investigação e instrumentos que medem diretamente este construto são ainda limitados e escassos, principalmente os validados para a população portuguesa. Existem alguns instrumentos que procuram avaliar dimensões relacionadas com o pensamento dialético, como é o caso da *Dialectical Self Scale* (DSS*;* Spencer-Rodgers et al., 2015), que avalia construtos mais amplos, mas relacionados com o pensamento dialético, tais como contradição, mudança e interdependência. No entanto, estes não foram desenvolvidos com base na estrutura conceptual da DBT. Outro exemplo é a *Analytic-Holistic Scale* (AHS; Choi et al., 2007), composta por vinte e quatro itens que avaliam estilos cognitivos individuais, oscilando entre o pensamento holístico e analítico, mas sem um foco clínico.

A Escala de Pensamento Dialético (EPD; Soler et al., 2025) surge como uma resposta a esta lacuna significativa nas ferramentas de avaliação clínica, ao permitir uma avaliação do pensamento dialético, orientada para o modelo da DBT. Desenvolvida especificamente para este fim, a EPD é composta por cinco itens, divididos em duas subescalas: "ambos os lados" e "ambos os lados em mim". A subescala "ambos os lados" avalia a capacidade de reconhecer e aceitar que duas perspetivas opostas podem coexistir e ser simultaneamente válidas. Esta capacidade promove a flexibilidade cognitiva e contribui para a redução do pensamento polarizado, sendo especialmente relevante na resolução de problemas e conflitos interpessoais. A subescala "ambos os lados em mim" foca-se na capacidade de integrar e aceitar contradições internas, como emoções, pensamentos ou desejos conflitantes. Esta dimensão está intimamente ligada à regulação emocional e ao desenvolvimento de um autoconceito mais integrado, refletindo os princípios de aceitação e mudança centrais na DBT (Soler et al., 2025). A EPD revela-se, assim, uma ferramenta essencial na avaliação do pensamento dialético, com um foco clínico e baseada no modelo da DBT, sendo, por isso, pertinente a sua validação para a população portuguesa.

Adicionalmente, a presente investigação revela-se relevante e pertinente, dado que a literatura existente sobre o pensamento dialético em Portugal ainda é escassa e não apresenta conclusões específicas sobre a sua relação com variáveis como flexibilidade psicológica, sintomas psicopatológicos e qualidade de vida psicológica. Esta lacuna no conhecimento sublinha igualmente a necessidade de explorar de forma mais aprofundada a temática, proporcionando uma base inicial para futuras investigações no contexto português. Acredita-se, por isso, que os resultados obtidos nesta investigação possam contribuir para colmatar estas lacunas, incentivando o desenvolvimento e execução de outras investigações que confirmem os resultados e ampliem a reflexão sobre esta temática complexa e multidimensional.

Com base no exposto, o objetivo desta investigação é validar a EPD para a população portuguesa, utilizando uma amostra clínica e uma amostra da população geral, analisar as suas qualidades psicométricas e compreender que variáveis podem influenciar o pensamento dialético.

Metodologia

Participantes

A amostra total deste estudo foi constituída por 328 pessoas de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos (M = 30.9; DP = 11.2). Relativamente ao género, 196 (59.8%) pessoas identificaram-se com o género feminino e 130 (32.8%) com o género masculino. No que se refere ao estado civil, 243 (74.1%) participantes reportaram estar solteiros e, relativamente à situação profissional, 173 (52.7%) reportaram estar empregados. Quanto ao diagnóstico de perturbação psicológica ou psiquiátrica, 67 (20.4%) participantes reportaram ter um diagnóstico de perturbação psicológica, sendo este o critério para serem considerados população clínica. Dentro dessa população específica, as perturbações reportadas foram a Perturbação Depressiva Major (n = 26; 38.8%), Perturbação de Ansiedade Social (n = 9; 13.4%), Perturbação de Ansiedade Generalizada (n = 8; 11.9%), a Perturbação de Personalidade (n = 5; 7.5%), Perturbação de Pânico (n = 4; 6%), Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (n = 3; 4.5%), Perturbação do Comportamento Alimentar (n = 2; 3%), Síndrome de *Burnout* (n = 2; 3%) e Perturbação de Ansiedade de Doença (n = 1; 1.5%). Adicionalmente, 10.4% (n = 7) reportaram ter comorbilidade com outra perturbação psicológica. Em cerca de 82.8% (n = 53) dos participantes esse diagnóstico foi confirmado por um profissional de saúde mental. Os profissionais citados foram o Médico Psiquiatra (n = 27; 52.9%), Psicólogo (n = 12; 23.5%), ambos (n = 11; 21.6%) e outro profissional, nomeadamente um neurologista (n = 1; 2%). Os dados sociodemográficos da amostra total, da amostra da população clínica e da amostra da população geral estão apresentados mais detalhadamente na Tabela 1.

Tabela 1

Características sociodemográficos da amostra da população clínica (n = 67), da amostra da população geral (n = 261) e da amostra total do estudo (N = 328)

		Amostra clínica		Amostra da população geral		Amostra total	
		n	%	*n*	%	*n*	%
Género	Feminino	50	74.6	146	55.9	196	59.8
	Masculino	15	22.4	115	44.1	230	39.6
	Outro	2	3	0	0	2	0.6
Estado civil	Solteiro/a	48	71.6	195	74.7	243	74.1
	União de facto/Casado/a	17	25.4	55	21.1	72	22
	Separado/a ou Divorciado/a	2	3	10	3.8	12	3.7
	Viúvo/a	0	0	1	0.4	1	0.3
Situação profissional	Estudante	22	32.8	62	23.8	84	25.6
	Trabalhador-Estudante	7	10.4	42	16.1	49	14.9
	Empregado/a	34	50.7	139	53.3	173	52.7
	Desemprego/a	2	3	16	6.1	18	5.5
	Reformado/a	2	3	2	0.8	4	1.2
Nível socioeco-nómico	Baixo	10	14.9	26	10	36	11
	Médio	47	70.1	216	82.8	263	80.2
	Alto	10	14.9	19	7.3	29	8.8
Nível de escolaridade	Ensino Básico ou inferior	2	3	2	0.8	4	1.2
	Ensino Secundário	22	32.8	75	28.7	97	29.6
	Licenciatura	22	32.8	99	37.9	121	36.9
	Mestrado	19	28.4	82	31.4	101	30.8
	Doutoramento	2	3	3	1.1	5	1.5
Acompanha-mento psicológico	Sim	32	47.8	51	19.5	83	25.3
	Não	35	52.2	210	80.5	245	74.7
Acompanha-mento psiquiátrico	Sim	32	47.8	5	1.9	37	11.3
	Não	35	52.2	256	98.1	291	88.7
Medicação psicofarma-cológica	Sim	39	58.2	14	5.4	53	16.2
	Não	28	41.8	247	94.6	275	83.8

Procedimentos

O presente estudo enquadra-se no projeto "Pensamento dialético: Estudo psicométrico e compreensão da sua relação com variáveis psicológicas na população portuguesa", que se encontra aprovado pela Comissão de Ética do Departamento de Investigação & Desenvolvimento do Instituto Superior Miguel Torga (Parecer: CE-P22-25) (Ver Anexo 1). Inicialmente, foi solicitada a permissão para a validação da *Dialectical Thinking Scale* (Soler et al., 2025) para a população portuguesa, aos autores originais. Foi feito também o pedido de utilização das versões portuguesas das escalas *World Health Organization Quality of Life - Bref* (WHOQOL-BREF; Vaz Serra et al., 2006), *PSY-FLEX* (Cunha et al., 2024) e Escala de Ansiedade e Depressão (HADS; Pais-Ribeiro et al., 2007) aos autores que validaram estas escalas para a população portuguesa. As respostas a estes pedidos e autorizações foram todas positivas.

Seguidamente, o protocolo de investigação foi criado na plataforma online "Google Forms". O protocolo incluía uma folha de informação para o participante, com informações sobre o estudo, nomeadamente a apresentação do âmbito e da equipa de investigação, dos objetivos do estudo, dos critérios de inclusão (ter entre 18 e 70 anos, ser de nacionalidade portuguesa e compreender a língua portuguesa) e da natureza voluntária da participação, da garantia do anonimato das respostas e da confidencialidade dos dados obtidos. Este protocolo incluía também uma declaração de consentimento informado, de acordo com a Declaração de Helsínquia de 1964, seguido de um questionário sociodemográfico e das escalas referidas anteriormente.

O recrutamento para este estudo foi realizado entre fevereiro e abril de 2025, tanto online (e.g., em redes sociais, listas de e-mail e grupos online) como presencialmente em clínicas de psicologia e psiquiatria, onde potenciais participantes para integrarem a amostra clínica eram convidados a utilizar um código QR que os encaminhava para o formulário *online*. Se assim desejassem, os participantes poderiam facultar o seu e-mail para se disponibilizarem a participar na análise da estabilidade temporal da EPD. Cerca de quatro semanas após a sua participação inicial, estas pessoas foram novamente contactadas, através do e-mail, para responderem novamente à EPD. Tendo isto em conta, o processo de amostragem foi não probabilístico, com o uso da técnica "bola de neve".

Tradução e adaptação da EPD para a língua portuguesa

Para obter uma versão com equivalência linguística, foi realizado um processo de tradução e retroversão da versão original da EPD. Este procedimento seguiu as diretrizes recomendadas para a adaptação de instrumentos psicológicos, garantindo a fidelidade semântica e conceitual entre a versão original e a traduzida. Para tal, duas pessoas fluentes em português e espanhol realizaram, de forma independente, a tradução da escala original para português (tradução) e, posteriormente, a sua tradução inversa para espanhol (retroversão). Este processo incluiu não só os itens da escala, mas também as instruções e a escala de resposta, assegurando a coerência e a precisão terminológica em todas as secções do instrumento.

Após a conclusão das traduções, a equipa de investigação comparou as duas versões resultantes com o objetivo de identificar e resolver eventuais discrepâncias linguísticas ou conceptuais. Este trabalho culminou na elaboração de uma versão definitiva que preserva a equivalência lexical e gramatical, garantindo que os significados originais foram mantidos. Como etapa complementar, para validar a clareza e compreensibilidade da escala, solicitou-se a cinco pessoas, com idades compreendidas entre 22 e 53 anos, que a preenchessem e dessem a sua opinião sobre a compreensão das instruções e questões. Esse processo permitiu confirmar que a versão traduzida era acessível e adequada ao público-alvo, reforçando a validade da escala para a sua aplicação no contexto clínico e de investigação.

Instrumentos de Avaliação

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico, elaborado pelos autores deste estudo, tinha como objetivo realizar uma caracterização mais detalhada da população (e.g., idade, género, estado civil, perceção do nível socioeconómico, habilitações literárias, entre outros). Foram ainda adicionadas questões relativas à existência de um diagnóstico de perturbação psicológica ou psiquiátrica, de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, bem como à toma de medicação psicofarmacológica.

Escala de Pensamento Dialético (EPD)

A EPD é um questionário de autorresposta, que foi desenvolvido originalmente na língua espanhola por Soler et al. (2025). Esta escala avalia o pensamento dialético, a partir

da perspetiva da DBT. As respostas são dadas a partir de uma escala de Likert de 1 a 5, que varia entre "Nunca" e "Sempre". Esta escala é constituída por cinco itens, divididos em duas subescalas denominadas "ambos os lados", constituída pelos itens 2 e 5 e "ambos os lados em mim", constituída pelos itens 1, 3 e 4. Na versão original, o alfa de Cronbach para a escala total é de .81. As qualidades psicométricas da versão portuguesa da EDP encontram-se descritas no presente estudo.

WHOQOL-BREF

O WHOQOL-BREF foi desenvolvido originalmente pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (THE WHOQOL GROUP, 1998). Este instrumento faz uma avaliação subjetiva da qualidade de vida, através de 26 itens, divididos em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente, tendo sido validado para a população portuguesa por Vaz Serra et al. (2006). Neste estudo iremos focar no domínio psicológico que, na versão original, apresenta um alfa de Cronbach de .75 e, na versão portuguesa, um alfa de Cronbach de .84. Neste estudo o alfa de Cronbach foi de .85.

PSY- FLEX

A escala PSY- FLEX foi desenvolvida originalmente na língua inglesa (Gloster et al., 2021), sendo composta por seis itens concebidos para avaliar os seis processos subjacentes à flexibilidade psicológica nos últimos sete dias, tendo sido validada em Portugal (Cunha et al., 2024). As respostas são dadas a partir de uma escala de Likert de 1 a 5, entre "Muito raramente" e "Muito frequentemente". Na versão original, a PSY-FLEX apresenta um alfa de Cronbach de .91 e, na versão portuguesa, um alfa de Cronbach de .82. Neste estudo o alfa de Cronbach foi de .85.

Escala de Ansiedade e Depressão (HADS)

A Escala de Ansiedade e Depressão (HADS) foi desenvolvida originalmente por Zigmond & Snaith (1983), como um instrumento para avaliar os níveis de ansiedade e depressão, tendo sido validada em Portugal (Pais-Ribeiro et al., 2007). Esta escala é constituída por 14 itens, que exploram a existência de experiências de ansiedade e depressão. Numa revisão de literatura sobre a validade da HADS, com base em 71 artigos internacionais (Bjelland et al., 2002), a escala demonstrou boa consistência interna, com alfas de Cronbach entre .68 e .93 (média de .83) para a subescala de Ansiedade e entre

.67 e .90 (média de .82) para a subescala de Depressão. Na versão portuguesa, o alfa de Cronbach para a subescala de ansiedade é de .76, e, para a subescala de depressão é de .81. Neste estudo o alfa de Cronbach foi de .83 para a subescala de ansiedade e de .77 para a subescala de depressão.

Análise Estatística

Os dados recolhidos no âmbito deste estudo foram analisados estatisticamente com recurso ao programa informático JASP, versão 0.19.3 (JASP Team, 2024). A caracterização da amostra foi efetuada através da análise de estatísticas descritivas (médias e desvios-padrão), frequências e percentagens. A verificação da normalidade da distribuição dos dados foi realizada através do teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), bem como pela análise dos valores de assimetria e curtose e a inspeção visual dos gráficos Q-Q plot das variáveis utilizadas. Considera-se que uma distribuição é aproximadamente normal quando $p > .05$ ou os valores de assimetria e curtose são < 3 e < 10, respetivamente. Já o Q-Q plot apresenta uma linha aproximadamente reta quando os dados seguem uma distribuição normal (Kline, 2011; Mishra et al., 2019).

O modelo teórico da escala foi testado através da Análise Fatorial Confirmatória (AFC). Para avaliar a qualidade do modelo de equações estruturais, recorreu-se à análise do teste do qui-quadrado, bem como à utilização dos seguintes índices de ajustamento: Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI), Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), e Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). No que respeita ao RMSEA, valores inferiores a .05 indicam um ajustamento bom ou muito bom; valores entre .05 e .08 são considerados bons ou aceitáveis; entre .08 e .10, marginalmente aceitáveis; e valores superiores a .10 são tidos como não aceitáveis (Fabrigar et al., 1999; Sarmento & Costa, 2019). Quanto ao CFI, valores acima de .90 indicam um bom ajustamento (Amorim et al., 2012; Awang, 2015; Sarmento & Costa, 2019). No caso do TLI, valores superiores a .95 são considerados muito bons; entre .95 e .90, bons; entre .90 e .80, marginalmente aceitáveis; e abaixo de .80, inaceitáveis (Sarmento & Costa, 2019). Por fim, relativamente ao SRMR, valores entre 0 e .08 são considerados aceitáveis (Geiser, 2012). De forma a perceber quanto da variância do item observado é explicado pelo fator da escala, foi ainda analisado o valor de R-Square (R^2). Valores de R^2 iguais ou próximos de zero indicam que o modelo não explica nada da variação dos dados, já quando R^2 é igual ou próximo a um, indica que o modelo explica a variação dos dados (Gupta et al., 2024). Foi também realizada uma análise fatorial de

segunda ordem para testar se os dois fatores identificados anteriormente ("ambos os lados" e "ambos os lados em mim") poderiam ser explicados por um fator geral. Importa ressaltar que, para assegurar a adequação da amostra à AFC, considerou-se a recomendação de pelo menos 10 participantes por item (Kyriazos, 2018).

A consistência interna das escalas de medida utilizadas foi analisada através do coeficiente alfa de Cronbach. Segundo Pestana & Gageiro (2014), valores de alfa entre .71 e .80 indicam uma consistência razoável, entre .81 e .90 refletem uma boa consistência, e valores superiores a .90 correspondem a uma consistência interna muito boa. Para cada um dos cinco itens da EPD, foram ainda analisadas as estatísticas descritivas (média e desvio-padrão), assim como os valores de correlação item-total e o alfa de Cronbach caso o item fosse eliminado.

Para analisar a validade convergente e o grau da relação entre as variáveis foram utilizados os coeficientes de correlação de Pearson. De acordo com Dancey & Reidy (2007), os coeficientes de correlação são classificados como fortes quando se situam entre |.70| e |.99|, moderados entre |.40| e |.69| e fracos entre |.10| e |.39|.

Para analisar a fidelidade teste-reteste ou a estabilidade temporal da EPD, foi calculado o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI). Foram ainda calculadas as correlações de Pearson entre as pontuações do teste e do reteste e foi realizado um teste *t-student* para amostras emparelhadas. Adicionalmente, foram também analisadas as estatísticas descritivas (média e desvio-padrão). Relativamente ao CCI, valores > .90 indicam uma excelente confiabilidade, entre .90 e .75 boa, entre .75 e .50 moderada e < .50 confiabilidade pobre (Koo & Li, 2016).

De modo a verificar se a estrutura do modelo se mantinha entre os grupos de população geral e clínica, foi realizada uma AFC multigrupos, com recurso a testes de invariância, composta por quatro níveis de análise: configural, métrica, escalar e estrita. Na invariância configural, foram analisados os índices de ajustamento global, nomeadamente o qui-quadrado, CFI, TLI, RMSEA e SRMR. Nas outras fases, para verificar se a estrutura do modelo se mantinha invariante, analisaram-se as diferenças nos valores de CFI em relação aos diferentes modelos de medida, tendo como referência os valores de CFI e de ΔCFI (Cheung & Rensvold, 2002).

De modo a examinar a diferença nos níveis de pensamento dialético em função das variáveis sociodemográficas, foram utilizados os coeficientes de correlação de Pearson,

teste *t-student* para amostras independentes, Análise de Variância (ANOVA) e o teste de ANOVA de Welch. A homogeneidade das variâncias foi avaliada com o teste de Levene, considerando-se que valores de $p \geq .05$ indicam homogeneidade e valores de $p < .05$ indicam a sua ausência (Dancey & Reidy, 2007). Este critério foi usado para decidir entre aplicar a ANOVA ou o teste não paramétrico equivalente (ANOVA de Welch). Para análise do tamanho de efeito destes testes foram utilizados o *d* de Cohen, em que valores de *d* entre .20 e .49 indicam um tamanho de efeito pequeno, entre .50 e .79 moderado e valores iguais ou superiores a .80 podem indicar um tamanho de efeito grande, bem como o Eta quadrado ($\eta 2$), em que o tamanho do efeito é considerado pequeno entre .01 e .05, médio entre .06 e .13 e grande quando igual ou superior a .14 (Pallant, 2020). Uma vez que os resultados da ANOVA de Welch revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, e tendo em conta a ausência de homogeneidade, foi ainda utilizado o teste *post-hoc* de Games-Howell.

Resultados

Análise Preliminar dos Dados

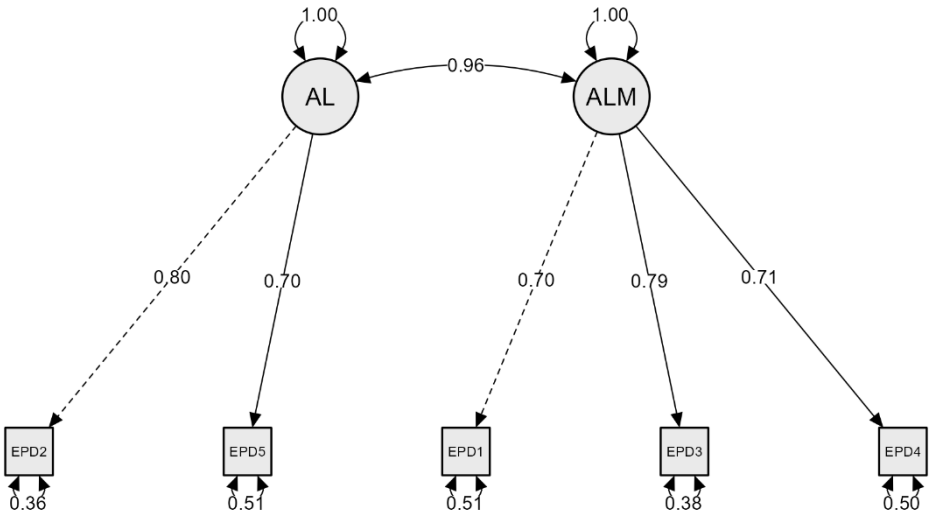
Apesar de os valores do teste de K-S terem sido significativos nas variáveis em estudo ($p < .001$), os valores de assimetria e curtose encontraram-se dentro dos valores de referência aceitáveis para a condução de estatísticas paramétricas (assimetria < 3 e curtose < 10). Além disso, na análise do Q-Q plot, não foram observados desvios significativos da linha reta, corroborando a decisão de assumir a normalidade dos dados.

Análise Fatorial Confirmatória

Tendo em conta os resultados obtidos, foi realizada uma AFC como um método de estimação robusto a fim de confirmar o modelo multifatorial original de 5 itens da EPD (Soler et al., 2025). Os resultados mostraram que o modelo original de dois fatores apresentou um ajustamento adequado [$\chi2(4) = 17.795$; $p = .001$; CFI = .98; TLI = .95; SRMR = .03; RMSEA = .10 (IC90% [.057 - .153]). Todos os itens do modelo apresentaram um peso fatorial significativo, variando entre .70 e .80. Adicionalmente, os valores de R^2 variaram entre .49 (itens 1 e 5) e .64 (item 2). Este modelo encontra-se representado na Figura 1.

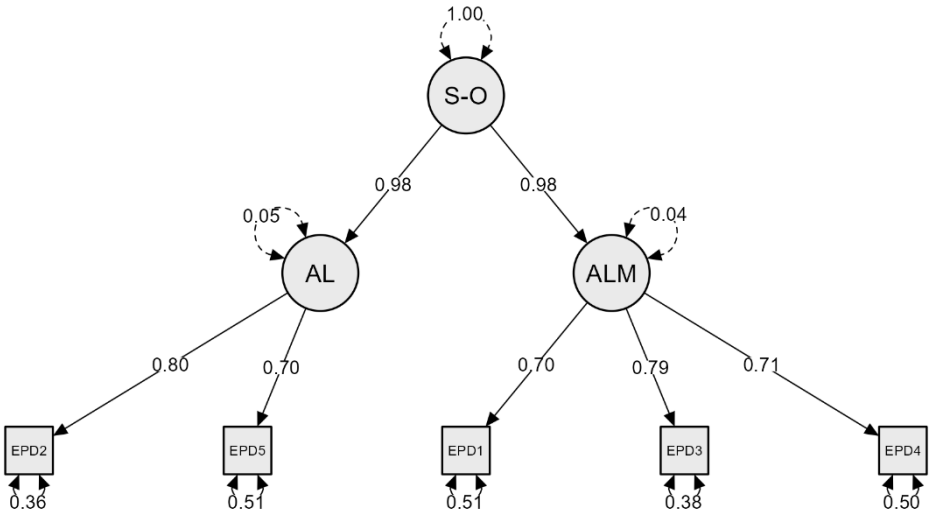
Considerando que o modelo de primeira ordem apresentou um ajustamento adequado e que os dois fatores da escala apresentavam uma alta correlação entre si, procedeu-se à realização de uma AFC para o modelo de segunda ordem. Os resultados mostraram que este modelo apresentou um ajustamento aceitável [$\chi2(3) = 17.795$; $p <$ .001; CFI = .98; TLI = .92; SRMR = .03; RMSEA = .123 (IC90% [.072 - .180]). Quanto ao peso fatorial, os valores foram de .98 para os dois fatores (“ambos os lados” e “ambos os lados em mim”). Adicionalmente, os valores de R^2 foram de .95 para o fator “ambos os lados” e .96 para o fator “ambos os lados em mim”. Este modelo encontra-se representado na Figura 2.

Figura 1



Nota. AL = Ambos os Lados; ALM = Ambos os Lados em Mim; EPD1 a EPD5 referem-se aos itens da Escala de Pensamento Dialético.

Figura 2



Nota. S-O = Fator de Segunda Ordem; AL = Ambos os Lados; ALM = Ambos os Lados em Mim; EPD1 a EPD5 referem-se aos itens da Escala de Pensamento Dialético.

Estatísticas Descritivas e Consistência Interna

Na amostra total, a pontuação média na EPD foi de 19,78 (*DP* = 3,29). Na amostra da população clínica, a média foi de 18,36 (*DP* = 3,45), enquanto na amostra da população geral se registou uma média de 20,14 (*DP* = 3,16). Na Tabela 2 podem ser observadas as médias, desvios-padrão, correlação item-total e o alfa de Cronbach se o item for eliminado, de cada um dos cinco itens da versão portuguesa da EPD. Esta versão da EPD

revelou ter uma boa consistência interna global, medida através do alfa de Cronbach, de .85 para a escala total. As subescalas "ambos os lados" (α = .72) e "ambos os lados em mim" (α = .77), individualmente, também apresentaram um valor de consistência interna considerado razoável. A eliminação de qualquer um dos cinco itens não produziria um aumento significativo da consistência interna da escala.

Tabela 2
Estatísticas descritivas e consistência interna da versão portuguesa da EPD

Itens da Escala (abreviados)	*M*	*DP*	*r*	α
1. "(…) parte deles que não se pode mudar."	3.68	0.85	.62	.83
2. "(…) mais de uma forma de ver uma situação (…)"	4.15	0.77	.71	.81
3. "(…) seguir com os meus objetivos."	3.85	0.81	.70	.81
4. "(…) independente e também pedir ajuda."	4.03	0.93	.64	.82
5. "(…) opostos podem ser ambos legítimos."	4.07	0.81	.63	.83
EPD - total	19.78	3.29	1	-
EPD - ambos os lados	8.22	1.40	.83	-
EPD - ambos os lados em mim	11.56	2.14	.91	-

Nota. N = 328. M = média; DP = desvio-padrão; r = correlação com o total da escala; α = alfa se o item for excluído.

Validade Convergente

A validade convergente foi analisada através das correlações de Pearson entre o total da EPD e as suas subescalas com outros construtos teoricamente relacionados. Foi encontrada uma correlação fraca e significativa entre o total da EPD e a ansiedade (r = .34; p < .001), bem como entre esse total e a depressão (r = .39; p < .001). Uma correlação moderada foi encontrada entre o total da EPD e a flexibilidade psicológica (r = .49; p < .001), assim como com a qualidade de vida psicológica (r = .41; p < .001). Todos os resultados encontram-se apresentados na Tabela 3.

Tabela 3
Correlações de Pearson entre as Diversas Escalas do Estudo

Escalas	EPD - total	EPD - ambos os lados	EPD - ambos os lado em mim
HADS-A	-.34*	-.26*	-.36*
HADS-D	-.39*	-.29*	-.41*
Domínio Psicológico (WHOQOL-BREF)	.41*	.31*	.42*
Psy-Flex	.49*	.41*	.48*

Nota. N = 328. * p < .001; HADS-A = Subescala de Ansiedade da HADS; HADS–D = subescala de Depressão da HADS; WHOQOL-BREF = Domínio psicológico da *World Health Organization Quality of Life* - Bref; EPD = Escala de Pensamento Dialético

Estabilidade Temporal

Para analisar a fidelidade teste-reteste, após quatro semanas, 53 participantes responderam uma segunda vez à EPD. Desses participantes, 42 eram do sexo feminino (79.2%) e 11 do sexo masculino (20.8%), com idades compreendidas entre os 19 e os 67 anos (M = 28.5; DP = 10.16). O coeficiente de correlação intraclasse indicou uma confiabilidade moderada no total da EPD (CCI = .58; IC95% [.37; .73]). A subescala "ambos os lados" apresentou um coeficiente de correlação intraclasse que aponta para uma confiabilidade pobre (CCI = .40; IC95% [.15; .61]). Já a subescala "ambos os lados em mim" indicou uma confiabilidade moderada (CCI = .56; IC95% [.35; .72]).

Para complementar a análise da estabilidade temporal, foram calculadas as correlações de Pearson entre as pontuações do teste e do reteste. Verificou-se uma correlação moderada e estatisticamente significativa para o total da EPD, r = .62, p < .001. A subescala "ambos os lados" apresentou uma correlação significativa, mas de magnitude menor, r = .44, p < .001, enquanto a subescala "ambos os lados em mim" também revelou uma correlação moderada e significativa, r = .58, p < .001.

Adicionalmente, foi realizado um teste *t-student* para amostras emparelhadas, cujos resultados indicaram uma diferença estatisticamente significativa no total da EPD entre o momento um (M = 20.64, DP = 2.73) e o momento dois (M = 19.89, DP = 2.29), t(52) = 2.468, p = .017. Para o fator "ambos os lados", foi também encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre o momento um (M = 8.68, DP = 1.22) e o momento

dois (M = 8.32, DP = 0.98), $t(52) = 2.215$, $p = .031$. No caso do fator "ambos os lados em mim", a comparação não revelou diferenças estatisticamente significativas entre o momento um (M = 11.96, DP = 1.77) e o momento dois (M = 11.57, DP = 1.60), $t(52) = 1.863$, $p = .068$.

Invariância do modelo

Com o objetivo de verificar se a estrutura do modelo se mantinha entre os grupos com e sem diagnóstico (população clínica e população geral, respetivamente), foi realizada uma análise de invariância fatorial multigrupo. O modelo configural apresentou um ajustamento adequado, indicando que a configuração do modelo é comparável entre os grupos com diagnóstico e sem diagnóstico [$\chi 2\ (6) = 24.298$; $p < .001$; CFI = .97; TLI = .90; RMSEA = .136; SRMR = .03]. O teste de invariância métrica revelou um CFI = .972 permitindo assumir a equivalência dos pesos fatoriais. A análise de invariância escalar apresentou um CFI = .971, mantendo-se dentro dos valores de referência, o que permite assumir a equivalência das pontuações. Por fim, a análise de invariância estrita revelou um CFI = .958, sugerindo que a variância dos erros de medida não é equivalente entre os grupos.

Pensamento dialético em função de variáveis sociodemográficas

Para examinar a diferença nos níveis de pensamento dialético em função das variáveis sociodemográficas, foram comparados grupos em relação à idade, ao género (masculino e feminino), habilitações literárias (ensino secundário ou inferior, licenciatura e mestrado ou superior) e nível socioeconómico (baixo, médio e alto). Em relação à idade, os resultados das correlações de Pearson mostram que não existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade e o pensamento dialético (r = .042, p = .446), o que sugere que, na presente amostra, o pensamento dialético não varia de forma relevante em função da idade. Em relação ao género, os resultados do teste *t-student* para amostras independentes sugerem que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos feminino (M = 19.91; DP = 3.16) e masculino (M = 19.62; DP = 3.49), $t_{(324)} = .80$, $p = .43$. Estes resultados sugerem que, na amostra em estudo, o pensamento dialético não varia significativamente em função do género.

Uma vez que o teste de Levene apontava para a ausência de homogeneidade (p = .04), foi utilizada uma ANOVA de Welch para comparar os níveis de pensamento dialético entre participantes com diferentes níveis de escolaridade. Os níveis de

escolaridade revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, Welch's (2, 325) = 6.002, p = .003. O tamanho do efeito foi pequeno, η^2 = .036. Devido à violação da homogeneidade das variâncias, foram realizados testes *post-hoc* de Games-Howell. Verificou-se que os participantes com mestrado ou grau superior apresentaram níveis significativamente mais elevados de pensamento dialético em comparação com os participantes com ensino secundário ou inferior ($M_{diferença}$ = - 1.559; EP = .45; IC95% [-2.625, -0.492], p = .002). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ensino secundário ou inferior e licenciatura ($M_{diferença}$ = -0.876; EP = .44; IC95% [-1.982, 0.230], p = 0.150), nem entre os grupos licenciatura e mestrado ou superior ($M_{diferença}$ = -0.683; EP = .43; IC95% [-1.632, 0.266], p = 0.208).

Quanto ao nível socioeconómico, os resultados indicaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, $F(2, 325) = 0.282$, p = .754. O tamanho do efeito foi muito pequeno (η^2 = .002). Assim, os dados sugerem que o pensamento dialético não varia de forma significativa em função do nível socioeconómico, na amostra estudada. Os resultados das variáveis nível de escolaridade e nível socioeconómico apresentam-se detalhados na Tabela 4.

Tabela 4

Diferenças nos níveis de pensamento dialético em função das variáveis sociodemográficas

	M (DP)	*F(df)*	*p*	η^2
Nível socioeconómico		0.282 (2, 325)	0.754	0.002
Baixo (*n* = 36)	19.39 (3.46)			
Médio (*n* = 263)	19.82 (3.25)			
Alto (*n* = 29)	19.86 (3.57)			
	M (DP)	*Welch's (df)*	*p*	η^2
Nível de escolaridade		6.002 (2, 325)	0.003	0.036
Ensino básico ou inferior (*n* = 101)	18.95 (3.63)			
Licenciatura (*n* = 121)	19.83 (3.28)			
Mestrado ou superior (*n* = 106)	20.51 (2.78)			

Nota. N = 328. *M* = média; *DP* = Desvio-Padrão;

Discussão

Este estudo teve como principal objetivo validar uma escala que avalia o pensamento dialético, com base na perspetiva da DBT. Embora este construto tenha vindo a despertar um interesse crescente, continuam a existir poucos instrumentos disponíveis para a sua avaliação, não existindo, até ao momento, nenhuma medida validada para a população portuguesa (Choi et al., 2007). Neste sentido, a presente investigação procurou colmatar essa lacuna, contribuindo para o desenvolvimento científico nesta área. Para assegurar a equivalência linguística da EPD, foi realizado um processo de tradução e retroversão por duas pessoas fluentes em português e espanhol, abrangendo todos os itens e instruções da escala. As versões foram comparadas para resolver discrepâncias, resultando numa versão final semântica e conceptualmente fiel. Por fim, cinco pessoas avaliaram a clareza da escala, confirmando a sua adequação ao público-alvo. Adicionalmente, analisou-se a relação entre este mesmo construto (pensamento dialético) e outros igualmente importantes, tais como a flexibilidade psicológica, sintomas psicopatológicos e qualidade de vida psicológica. Para este efeito, utilizou-se uma amostra composta por 328 participantes (com e sem diagnóstico de perturbação psicológica) de nacionalidade portuguesa e com idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos.

De modo a testar o modelo dos autores originais da EPD (Soler et al., 2025) procedeu-se à realização de uma AFC, cujos resultados sustentaram a estrutura multifatorial de dois fatores previamente proposta. O modelo demonstrou um ajustamento global adequado, com índices de ajustamento que se enquadram nos critérios habitualmente recomendados (Brown, 2015). Embora o valor de p no teste de qui-quadrado tenha sido estatisticamente significativo, este resultado deve ser interpretado com cautela, considerando a sensibilidade deste teste a amostras de grande dimensão (Bentler & Bonett, 1980). Os restantes índices apoiam a adequação do modelo. Todos os itens apresentaram cargas fatoriais estandardizadas elevadas, o que indica que estão fortemente associados aos respetivos fatores. Os valores de R^2 indicam que uma proporção substancial da variância de cada item é explicada pelos fatores latentes. Estes resultados reforçam a validade fatorial da escala e indicam que a estrutura teórica proposta é empiricamente suportada na presente amostra.

Para averiguar a existência de um fator geral que integrasse os dois fatores previamente identificados na estrutura de primeira ordem da EPD, e dado que os dois

fatores apresentavam uma correlação elevada entre si, foi realizada uma AFC de segunda ordem. Os resultados demonstraram um ajustamento global aceitável, com a maioria dos índices a cumprirem os critérios de qualidade de ajustamento habitualmente recomendados (Brown, 2015). Os fatores de primeira ordem ("ambos os lados" e "ambos os lados em mim") apresentaram cargas fatoriais estandardizadas elevadas, refletindo uma forte associação com o fator de ordem superior. Os valores de R^2 foram igualmente elevados, indicando que uma proporção significativa da variância dos fatores de primeira ordem é explicada por esta dimensão geral. Estes resultados sustentam a existência de uma estrutura hierárquica, na qual os dois fatores específicos se integram numa dimensão mais abrangente, reforçando a coerência interna da construção teórica subjacente à EPD.

A validade convergente foi avaliada através das correlações entre a EPD e a flexibilidade psicológica, sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão) e qualidade de vida psicológica. Foram encontradas correlações negativas e estatisticamente significativas entre o total da EPD e os níveis de ansiedade e depressão, indicando que uma maior tendência para o pensamento dialético se associa a uma menor sintomatologia ansiosa e depressiva. Paralelamente, observaram-se correlações positivas e significativas entre a EPD e o domínio psicológico da qualidade de vida e com a flexibilidade psicológica, sugerindo que maiores níveis de pensamento dialético poderão estar associados a uma maior perceção de bem-estar psicológico e maior capacidade de adaptação. Resultados semelhantes foram observados nas subescalas "ambos os lados" e "ambos os lados em mim". Estes resultados sustentam a validade convergente da versão portuguesa da EPD, estando em consonância com a literatura existente sobre o pensamento dialético, que tem evidenciado o seu impacto positivo no bem-estar psicológico. Estudos anteriores têm igualmente demonstrado que o pensamento dialético se associa a uma maior flexibilidade psicológica, desempenhando um papel adaptativo na regulação emocional e na gestão do mal-estar (Cheng, 2009; DeMotta, 2021; Li et al., 2015). A capacidade de integrar perspetivas opostas e de lidar com emoções contraditórias parece contribuir para uma adaptação mais eficaz às exigências quotidianas, mesmo perante sintomatologia ansiosa ou depressiva. Os dados obtidos reforçam, assim, a ideia de que o pensamento dialético está positivamente associado a uma maior flexibilidade psicológica, a uma melhor perceção de qualidade de vida e a um menor impacto de sintomas psicopatológicos, conforme descrito em contextos clínicos e

culturais diversos (Cheng, 2009; Feldman et al., 2009; Miyamoto & Ryff, 2011; Mohamadi et al., 2019).

A estabilidade temporal da EPD foi analisada com um intervalo de quatro semanas entre as duas aplicações. O CCI indicou uma fidelidade moderada para a pontuação total da EPD e para a subescala "ambos os lados em mim", enquanto a subescala "ambos os lados" apresentou uma fidelidade considerada pobre. Para complementar esta análise, foram calculadas as correlações de Pearson entre as pontuações do primeiro e do segundo momento. Observou-se uma correlação moderada e estatisticamente significativa para o total da EPD, bem como para a subescala "ambos os lados em mim". A subescala "ambos os lados" também apresentou uma correlação significativa, ainda que de menor magnitude. Estes resultados sugerem que, embora a pontuação da escala total e da subescala "ambos os lados em mim" demonstrem uma estabilidade temporal aceitável, a subescala "ambos os lados" revela uma menor consistência ao longo do tempo. Adicionalmente, os resultados do teste *t-student* para amostras emparelhadas evidenciaram uma diminuição estatisticamente significativa na pontuação total da EPD entre os dois momentos de avaliação, assim como na subescala "ambos os lados". Apenas a subescala "ambos os lados em mim" não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos. Estes resultados indicam uma relativa variabilidade das respostas ao longo do tempo, podendo refletir a influência de diversos fatores. Por um lado, a influência de condições contextuais, como o estado emocional, experiências recentes ou o ambiente em que a avaliação foi realizada, podem afetar a forma como os participantes percebem e respondem à escala. Por outro lado, esta variabilidade também pode indicar que a escala, particularmente a subescala "ambos os lados", é sensível a mudanças na perceção do pensamento dialético, refletindo uma possível evolução ou flutuação na forma como os indivíduos integram e conciliam perspetivas opostas.

Os resultados obtidos alinham-se parcialmente com os resultados apresentados no artigo original, onde a estabilidade temporal foi avaliada através de correlações teste-reteste, com um intervalo de uma semana. No artigo original foram reportados valores satisfatórios para a subescala "ambos os lados" (r = .82), para a subescala "ambos os lados em mim" *(*r = .64) e para a escala total (r = .74), todos estatisticamente significativos ($p < .05$). Embora a consistência temporal observada no presente estudo seja ligeiramente menor, especialmente na subescala "ambos os lados", isso pode refletir as diferenças no

intervalo de avaliação ou na sensibilidade da escala a mudanças contextuais e individuais, reforçando a importância de considerar estas variáveis na interpretação dos resultados.

De modo a confirmar que a EPD mede o mesmo construto de forma equivalente na população geral (sem diagnóstico) e clínica (com diagnóstico), realizou-se uma análise de invariância fatorial multigrupo. Os resultados indicaram que o modelo configural apresentou um ajustamento adequado, sugerindo que a configuração dos fatores é comparável entre os dois grupos (população geral e clínica). A manutenção dos índices de ajustamento nos modelos subsequentes sustentou, de forma progressiva, a existência de invariância métrica e escalar, o que permite concluir que os pesos fatoriais e os valores iniciais dos itens se mantêm equivalentes entre os dois grupos, sugerindo que a escala mede o mesmo construto de forma similar nos dois contextos. Contudo, o modelo de invariância estrita apresentou um decréscimo mais acentuado no valor do CFI, abaixo do ponto de corte habitualmente recomendado, o que indica que a variância dos erros de medida poderá não ser totalmente equivalente entre os grupos. Apesar disso, a ausência de invariância estrita não compromete necessariamente a comparabilidade dos valores latentes, sendo, ainda assim, possível interpretar os resultados com base na equivalência métrica e escalar, que são consideradas condições suficientes para comparações substantivas entre grupos (Chen, 2007).

Relativamente ao efeito das variáveis sociodemográficas no pensamento dialético, não foi encontrada uma associação significativa entre a idade e os níveis de pensamento dialético, o que sugere que este construto não varia de forma significativa ao longo do ciclo de vida, pelo menos dentro do intervalo etário contemplado na amostra (18 a 69 anos). Esta ausência de relação com a idade poderá indicar que o desenvolvimento ou a prática do pensamento dialético não é diretamente influenciado por fatores ligados à maturidade cronológica, alinhando-se com estudos que sugerem que este tipo de raciocínio está mais relacionado com experiências pessoais e contextos de aprendizagem do que com a idade propriamente dita (Sinnott, 1998).

No que diz respeito ao género, os resultados do presente estudo não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres nos níveis de pensamento dialético. Estes resultados contrastam com alguns estudos que sugerem que as mulheres tendem a apresentar níveis mais elevados de pensamento dialético (Andayani et al., 2020; Kramer & Melchior, 1990; Nosheen, 2025). Uma possível explicação para esta divergência poderá residir em fatores contextuais e culturais específicos da amostra

portuguesa utilizada, uma vez que o pensamento dialético pode ser influenciado por variáveis como a cultura, as experiências de vida e os contextos de aprendizagem (Sinnott, 1998).

Relativamente ao nível de escolaridade, os resultados evidenciaram diferenças estatisticamente significativas, com os participantes detentores de mestrado ou grau superior a apresentarem níveis mais elevados de pensamento dialético em comparação com aqueles com ensino secundário ou inferior. Este resultado pode refletir o impacto da educação formal avançada no desenvolvimento de competências cognitivas complexas, como a capacidade de integrar diferentes perspetivas e tolerar contradições, componentes centrais do pensamento dialético (King & Kitchener, 1994). No entanto, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos com ensino secundário ou inferior e licenciatura, nem entre licenciatura e mestrado, o que pode sugerir que as principais diferenças se concentram na transição para o ensino superior avançado, mais do que entre os níveis intermédios. Finalmente, o nível socioeconómico não influenciou significativamente os níveis de pensamento dialético, indicando que, na amostra em estudo, o contexto socioeconómico não se associa de forma relevante a este construto. Estes resultados contribuem para um melhor entendimento dos fatores sociodemográficos que poderão influenciar os níveis de pensamento dialético, salientando a importância do nível de escolaridade enquanto variável diferenciadora, enquanto que idade, género e nível socioeconómico parecem não desempenhar um papel determinante.

O presente estudo apresenta algumas limitações que importa reconhecer e considerar na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, a amostra é composta maioritariamente por participantes do género feminino, o que pode introduzir algum enviesamento nos resultados e limitar a sua generalização. Importa referir que a predominância do género feminino é comum em estudos realizados *online* e foi também observada no estudo original da escala, pelo que esta tendência não é inesperada (Becker, 2022; Soler et al., 2025). Outra limitação prende-se com o facto de a amostra clínica ser demasiado heterogénea e reduzida, o que compromete a possibilidade de realizar análises mais específicas e representativas neste subgrupo. Além disso, a totalidade da recolha de dados foi realizada *online*, estando sujeita às limitações inerentes a este método. Este tipo de procedimento dificulta a obtenção de uma caracterização detalhada e realista da amostra e pode comprometer a deteção de possíveis enviesamentos, quer ao nível da composição da amostra, mas também das respostas fornecidas (Andrade, 2020).

Adicionalmente, é possível que a amostra apresente um viés decorrente da maior participação de pessoas com interesse acrescido no tema do estudo, nomeadamente indivíduos com formação ou experiência na área da psicologia, o que poderá ter influenciado os resultados obtidos. Outra limitação relaciona-se com a extensão do questionário, que poderá ter contribuído para uma diminuição da qualidade das respostas ao longo do preenchimento, fenómeno já identificado na literatura (Galesic & Bosnjak, 2009). Por fim, destaca-se a utilização exclusiva de instrumentos de autorresposta, que poderá ter condicionado os dados recolhidos.

Tendo em conta as limitações identificadas, para estudos futuros, recomenda-se a utilização de amostras mais representativas da população geral e clínicas mais amplas, assim como será relevante recorrer a métodos de avaliação complementares, como entrevistas estruturadas ou observação comportamental, de modo a reduzir possíveis enviesamentos associados à autorresposta. Adicionalmente, futuras investigações poderão explorar outras variáveis e mecanismos psicológicos, como a reatividade emocional, mindfulness, metacognição e regulação emocional, que influenciem o pensamento dialético, contribuindo para uma compreensão mais abrangente e aprofundada deste construto.

O presente estudo disponibiliza à população portuguesa um novo instrumento breve e importante para a avaliação do pensamento dialético, contribuindo para o avanço da investigação e prática clínica nesta área. Considerando que o pensamento dialético é um construto central nas intervenções baseadas na DBT, este instrumento poderá assumir um papel relevante na monitorização e avaliação da mudança terapêutica ao longo do processo clínico. Os resultados obtidos sugerem que a versão portuguesa apresenta boas propriedades psicométricas, revelando-se uma medida fiável e válida para avaliar o pensamento dialético em adultos, com potencial utilidade em contextos de avaliação e intervenção psicológica.

Referências

Abreu, P. R., & Abreu, J. H. dos S. S. (2016). Terapia comportamental dialética: um protocolo comportamental ou cognitivo? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *18*(1), 45–58. https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i1.831

American Psychological Association. (2018, April 19). *Dialectical Behavior Therapy (DBT)*. https://dictionary.apa.org/dialectical-behavior-therapy

Amorim, L. D. A. F., Fiaccone, R., Santos, C., Moraes, L., Oliveira, N., Oliveira, S., & dos Santos, T. N. L. (2012). *Modelagem com equações estruturais: Princípios básicos e aplicações*. http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/17684

Andayani, S., Muchtar, H., Yufiarti, & Susanto, E. (2020). The profile of critical thinking and learning outcomes of teacher candidates viewed from gender differences. *Journal of Physics: Conference Series*, *1567*(4), 042072. https://doi.org/10.1088/1742-6596/1567/4/042072

Andrade, C. (2020). The Limitations of Online Surveys. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *42*(6), 575–576. https://doi.org/10.1177/0253717620957496

Awang, Z. (2015). A Handbook on SEM: Structural Equation Modeling using AMOS Graphic. In M. R. Resources (Ed.), *A Handbook on SEM* (2nd ed.). https://www.researchgate.net/publication/320698857

Becker, R. (2022). Gender and survey participation: An event history analysis of the gender effects of survey participation in a probability-based multi-wave panel study with a sequential mixed-mode design. *Methods, Data, Analyses (Mda)*, *16*(1), 3–32.

Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, *88*(3), 588–606. https://doi.org/10.1037/0033-2909.88.3.588

Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*(2), 69–77. https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3

Bonavitacola, L., Miller, A. L., McGinn, L. K., & Zoloth, E. C. (2019). Clinical Guidelines for Improving Dialectical Thinking in DBT. *Cognitive and Behavioral Practice*, *26*(3), 547–561. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.11.003

Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research* (2nd ed.). The Guilford Press.

Cancian, A. C. M. (2016). *Efeitos de uma intervenção baseada no treinamento de habilidades da terapia comportamental dialética em indivíduos com obesidade* [Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul]. http://hdl.handle.net/10923/9804

Cavalheiro, C. V., & Melo, W. V. (2016). Relação terapêutica com pacientes borderlines na terapia comportamental dialética. *Psicologia Em Revista*, *22*(3), 579. https://doi.org/10.5752/P.1678-9523.2016V22N3P579

Cerutti, P. S., & Duarte, T. C. (2016). Transtorno da personalidade borderline sob a perspectiva da terapia comportamental dialética. *Revista Psicologia Em Foco*, *8*(12), 67–81. https://revistas.fw.uri.br/psicologiaemfoco/article/view/2466

Chen, F. F. (2007). Sensitivity of Goodness of Fit Indexes to Lack of Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *14*(3), 464–504. https://doi.org/10.1080/10705510701301834

Cheng, C. (2009). Dialectical Thinking and Coping Flexibility: A Multimethod Approach. *Journal of Personality*, *77*(2), 471–494. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00555.x

Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating Goodness-of-Fit Indexes for Testing Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *9*(2), 233–255. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5

Choi, I., Koo, M., & Choi, J. A. (2007). Individual differences in analytic versus holistic thinking. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *33*(5), 691–705. https://doi.org/10.1177/0146167206298568

Cunha, M., Temido, A., Moniz, S., & Galhardo, A. (2024). Assessing psychological flexibility and mental health in adults: The Psy-Flex European Portuguese version.

Journal of Contextual Behavioral Science, *32*(32), 100730. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100730

Dancey, C. P., & Reidy, J. (2007). *Statistics without maths for psychology*. Pearson education. www.pearsoned.co.uk/Dancey

DeMotta, Y. (2021). Dialectical thinking as a driver of charitable giving. *Psychology & Marketing*, *38*(9), 1404–1416. https://doi.org/10.1002/mar.21526

DeMotta, Y., ho Chao, M. C., & Kramer, T. (2016). The effect of dialectical thinking on the integration of contradictory information. *Journal of Consumer Psychology*, *26*(1), 40–52. https://doi.org/10.1016/j.jcps.2015.03.001

Dimeff, L. A., & Koerner, K. (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (G. Press, Ed.).

Doorley, J. D., Goodman, F. R., Kelso, K. C., & Kashdan, T. B. (2020). Psychological flexibility: What we know, what we do not know, and what we think we know. *Social and Personality Psychology Compass*, *14*(12), 1–11. https://doi.org/10.1111/spc3.12566

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. https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.3.272

Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M., & Fava, M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(4), 316–321. https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.005

Galesic, M., & Bosnjak, M. (2009). Effects of Questionnaire Length on Participation and Indicators of Response Quality in a Web Survey. *Public Opinion Quarterly*, *73*(2), 349–360. https://doi.org/10.1093/poq/nfp031

Geiser, C. (2012). *Data analysis with Mplus*. Guilford press.

Gloster, A. T., Block, V. J., Klotsche, J., Villanueva, J., Rinner, M. T. B., Benoy, C., Walter, M., Karekla, M., & Bader, K. (2021). Psy-Flex: A contextually sensitive measure of psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *22*, 13–23. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.09.001

Granato, H. F., Sewart, A. R., Vinograd, M., & McFarr, L. (2021). Dialectical behavior therapy. In *Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches (Vol. 1)*. (pp. 539–565). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000218-018

Gupta, A., Stead, T. S., & Ganti, L. (2024). Determining a Meaningful R-squared Value in Clinical Medicine. *Academic Medicine & Surgery*. https://doi.org/10.62186/001c.125154

Han, G., Bai, Y., & Peng, G. (2022). Creating team ambidexterity: The effects of leader dialectical thinking and collective team identification. *European Management Journal*, *40*(2), 175–181. https://doi.org/10.1016/j.emj.2021.06.004

Hoffman, I. Z. (1994). Dialectical thinking and therapeutic action in the psychoanalytic process. *The Psychoanalytic Quarterly*, *63*(2), 187–218. https://doi.org/10.1080/21674086.1994.11927412

Hu, X., Ma, H.-Q., Tian, Y.-Q., Hu, Y.-H., Chen, S. X., Castellanos, F. X., Peng, K.-P., & Yan, C.-G. (2025). The neural basis of dialectical thinking: recent advances and future prospects. *Reviews in the Neurosciences*. https://doi.org/10.1515/revneuro-2024-0178

Huang, K., Chen, D., Wang, F., & Yang, L. (2021). Prediction of dispositional dialectical thinking from resting-state electroencephalography. *Brain and Behavior*, *11*(9). https://doi.org/10.1002/brb3.2327

Hui, C. M., Fok, H. K., & Bond, M. H. (2009). Who feels more ambivalence? Linking dialectical thinking to mixed emotions. *Personality and Individual Differences*, *46*(4), 493–498. https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.11.022

Huntjens, A., van den Bosch, L. M. C. W., Sizoo, B., Kerkhof, A., Huibers, M. J. H., & van der Gaag, M. (2020). The effect of dialectical behaviour therapy in autism spectrum patients with suicidality and/ or self-destructive behaviour (DIASS): study protocol for a multicentre randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 127. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02531-1

JASP Team. (2024). *JASP (Version 0.19.3)*. https://jasp-stats.org/

Jiang, F., Lu, S., Hou, Y., & Yue, X. (2013). Dialectical thinking and health behaviors: The effects of theory of planned behavior. *International Journal of Psychology*, *48*(3), 206–214. https://doi.org/10.1080/00207594.2012.656130

Jones, B. D. M., Umer, M., Kittur, M. E., Finkelstein, O., Xue, S., Dimick, M. K., Ortiz, A., Goldstein, B. I., Mulsant, B. H., & Husain, M. I. (2023). A systematic review on the effectiveness of dialectical behavior therapy for improving mood symptoms in bipolar disorders. *International Journal of Bipolar Disorders*, *11*(1), 6. https://doi.org/10.1186/s40345-023-00288-6

Karp, D. A. (1994). The Dialectics of Depression. *Symbolic Interaction*, *17*(4), 341–366. https://doi.org/10.1525/si.1994.17.4.341

King, P., & Kitchener, K. (1994). *Developing Reflective Judgment: Understanding and Promoting Intellectual Growth and Critical Thinking in Adolescents and Adults*. Jossey-Bass.

Kline, R. B. (2011). Principles and practice of structural equation modeling. In *Principles and practice of structural equation modeling, 3rd ed.* (3rd ed.). The Guilford Press.

Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, *15*(2), 155–163. https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012

Kramer, D. A., & Melchior, J. (1990). Gender, role conflict, and the development of relativistic and dialectical thinking. *Sex Roles*, *23*(9–10), 553–575. https://doi.org/10.1007/BF00289768

Kramer, D. A., & Woodruff, D. S. (1986). Relativistic and Dialectical Thought in Three Adult Age-Groups. *Human Development*, *29*(5), 280–290. https://doi.org/10.1159/000273064

Kyriazos, T. A. (2018). Applied Psychometrics: Sample Size and Sample Power Considerations in Factor Analysis (EFA, CFA) and SEM in General. *Psychology*, *09*(08), 2207–2230. https://doi.org/10.4236/psych.2018.98126

Li, Y., Sheldon, K. M., & Liu, R. (2015). Dialectical thinking moderates the effect of extrinsic motivation on intrinsic motivation. *Learning and Individual Differences*, *39*, 89–95. https://doi.org/10.1016/j.lindif.2015.03.019

Lieng, N., Chang, R., Nguyen, A.-M. D., & Huynh, Q.-L. (2022). Different but not at odds: Dialectical thinking moderates the association between bicultural compartmentalization and adjustment. *International Journal of Intercultural Relations*, *90*, 11–20. https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2022.07.002

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press.

Linehan, M., & Chen, E. Y. (2005). Dialectical Behavior Therapy for Eating Disorders. In A. Freeman, S. H. Felgoise, C. M. Nezu, A. M. Nezu, & M. A. Reinecke (Eds.), *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy* (pp. 168–171). Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/0-306-48581-8_50

Linehan, M., & Wilks, C. R. (2015). The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, *69*(2), 97–110. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97

Manzo, A. V. (1992). *Dialectical Thinking: A Generative Approach to Critical/Creative Thinking*.

Masuda, A., & Tully, E. C. (2012). The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, *17*(1), 66–71. https://doi.org/10.1177/2156587211423400

Mishra, P., Pandey, C., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C., & Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Annals of Cardiac Anaesthesia*, *22*(1), 67. https://doi.org/10.4103/aca.ACA_157_18

Miyamoto, Y., & Ryff, C. D. (2011). Cultural differences in the dialectical and non-dialectical emotional styles and their implications for health. *Cognition and Emotion*, *25*(1), 22–39. https://doi.org/10.1080/02699931003612114

Mohamadi, J., Ghazanfari, F., & Drikvand, F. M. (2019). Comparison of the Effect of Dialectical Behavior Therapy, Mindfulness Based Cognitive Therapy and Positive Psychotherapy on Perceived Stress and Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome: a Pilot Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Quarterly*, *90*(3), 565–578. https://doi.org/10.1007/s11126-019-09643-2

Ng, H. K. Y., & Chen, S. X. (2022). How does social complexity facilitate coping flexibility? The mediating role of dialectical thinking. *Anxiety, Stress, & Coping*, *36*(3), 291–303. https://doi.org/10.1080/10615806.2022.2117304

Nosheen, A. (2025). *A Situational Judgement Test to Measure Critical versus Dialectical Thinking: Examining the Roles of Culture and Gender* [Doctoral thesis]. University of Osnabrück.

Nunes-Costa, R. A., do Vale Lamela, D. J. P., & Gil-Costa, L. (2009). Teoria e eficácia da terapia comportamental dialética na bulimia nervosa e no transtorno da compulsão alimentar periódica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *58*(2), 122–127. https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000200010

Oppermann, C. M. de O., Lewgoy, L. B., & Araujo, R. B. (2015). Terapia comportamental dialética para dependentes químicos. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *11*(2), 113–118. https://doi.org/10.5935/1808-5687.20150016

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, *12*(2), 225–237. https://doi.org/10.1080/13548500500524088

Pallant, J. (2020). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (7th ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003117452

Peng, K., & Nisbett, R. E. (1999). Culture, dialectics, and reasoning about contradiction. *American Psychologist*, *54*(9), 741–754. https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.741

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS* (6th ed.). Edições Sílabo.

Rizvi, S. L., Hughes, C. D., & Thomas, M. C. (2016). The DBT Coach mobile application as an adjunct to treatment for suicidal and self-injuring individuals with borderline personality disorder: A preliminary evaluation and challenges to client utilization. *Psychological Services*, *13*(4), 380–388. https://doi.org/10.1037/ser0000100

Sarmento, R. P., & Costa, V. (2019). *Confirmatory Factor Analysis - A Case study*. https://doi.org/10.48550/arXiv.1905.05598

Shiyan, O. A., & Kokontseva, E. V. (2014). Interconnection of the Ability to Cooperate with Peers and Development of Dialectical Thinking of Senior Pre-school Children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *146*, 83–88. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.08.090

Sinnott, J. D. (1998). *The Development of Logic in Adulthood*. Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-2911-5

Soler, J., Arqueros, M., Schmidt, C., Otero, D., Soria-Madrid, A., Campins, M. J., Catalan, A., Casellas, E., Espeso, R., & Pascual, J. C. (2025). Scale to measure dialectical thinking from dialectical behavior therapy perspective. *The European Journal of Psychiatry*, *39*(2), 100305. https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2025.100305

Spencer-Rodgers, J., & Peng, K. (2018). *The Psychological and Cultural Foundations of East Asian Cognition* (J. Spencer-Rodgers & K. Peng, Eds.; Vol. 1). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780199348541.001.0001

Spencer-Rodgers, J., Srivastava, S., Boucher, H. C., English, T., Paletz, S. B., & Peng, K. (2015). *Dialectical Self Scale (DSS)*. APA PsycTests. https://doi.org/10.1037/t75704-000

Tanaka, J. (2014). *A dialectical approach to critical thinking in EAP writing*.

THE WHOQOL GROUP. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, *28*(3), 551–558. https://doi.org/10.1017/S0033291798006667

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, *27*.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361–370. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Anexo 1

Parecer da Comissão de Ética

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA
COIMBRA 1937

Parecer da Comissão de Ética

Parecer: CE-P22-25

Projeto de Investigação: "Pensamento dialético: Estudo psicométrico e compreensão da sua relação com variáveis psicológicas na população portuguesa"

Investigadoras: Sofia Maria Coelho Antunes e Marta Susana Santos de Sousa (Estudantes no Mestrado em Psicologia Clínica do Instituto Superior Miguel Torga)

Orientador: Professor Doutor Diogo Carreiras (Professora Auxiliar, Instituto Superior Miguel Torga)

Data de entrada: 7 de janeiro de 2025

Data de apreciação: 25 de março de 2025

Fundamentação do parecer:

O projeto de investigação intitulado "Pensamento dialético: Estudo psicométrico e compreensão da sua relação com variáveis psicológicas na população portuguesa", submetido pelas investigadoras Sofia Antunes e Marta Sousa sob a orientação do Professor Doutor Diogo Carreiras, tem como objetivos:

1. Validar a Escala de Pensamento Dialético para a população portuguesa.
2. Explorar a relação entre reatividade emocional, pensamento dialético, flexibilidade psicológica, sintomas psicopatológicos e qualidade de vida.

O estudo utiliza um desenho transversal quantitativo, com recolha de dados através de um questionário online alojado na plataforma Google Forms. Os instrumentos de avaliação selecionados (Escala de Pensamento Dialético, WHOQOL-BREF, HADS, ERE e PSY-FLEX) são validados e adequados para a população-alvo, composta por adultos portugueses com idades entre 18 e 70 anos, fluentes em português. Os/As participantes serão recrutados/as através de redes sociais e e-mail, sendo devidamente informados sobre os objetivos do estudo, a voluntariedade da participação, a confidencialidade dos dados e o direito de desistir em qualquer momento sem justificação. Os dados recolhidos serão armazenados de forma anónima, acessíveis apenas à equipa de investigação, e destruídos no prazo máximo de cinco anos após a conclusão do estudo.

A Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga emite parecer positivo.

Página **1** de **2**

Largo da Cruz de Celas, nº 1
3000-132 Coimbra
tell. 239 488030
fax 239 488031
ismt@ismt.pt
www.ismt.pt

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA
COIMBRA 1937

Recomendações:

1. Assegurar que o link do questionário *online* inclua todas as informações do consentimento informado antes do início da participação, conforme descrito no formulário.
2. Garantir que os dados armazenados sejam protegidos com medidas de segurança adequadas (e.g., palavra-passe) e eliminados dentro do prazo declarado (cinco anos após o término do estudo).

Coimbra, 25 de março de 2025

Pela Comissão de Ética,

Fernanda Daniel, PhD

Largo da Cruz de Celas, nº 1
3000-132 Coimbra
tel. 239 488830
fax 239 488831
iemt@iemt.pt
www.iemt.pt

Apêndice 1

Escala de Pensamento Dialético – Versão final de 5 itens

A seguir, pedimos-lhe que leia cada uma das seguintes afirmações e depois avalie em que grau cada uma delas o(a) descreve. Coloque um círculo na opção que escolher, baseando-se na escala descrita a seguir.

		Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1	Neste momento, poderia orientar-me para resolver os problemas que me são apresentados ao mesmo tempo que aceito a parte deles que não se pode mudar.	1	2	3	4	5
2	Acredito que há mais de uma forma de ver uma situação e resolver um problema.	1	2	3	4	5
3	[redacted]	1	2	3	4	5
4	[redacted]	1	2	3	4	5
5	[redacted]	1	2	3	4	5

Nota. Para ter acesso à escala completa, deverá ser enviado um email aos autores, através do endereço eletrónico sofiacoelhoantunes02@gmail.com