



UC/FPCE_2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Aceitação da Imagem Corporal: um contributo para o estudo da relação entre o Perfeccionismo e a Psicopatologia

Liliana Sofia Saraiva Tavares (liliana.sst@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia na subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas da Saúde sob a orientação da Professora Doutora Cláudia Ferreira.

Coordenador de Investigação: Professor Doutor José Pinto Gouveia

Aceitação da Imagem Corporal: um contributo para o estudo da relação entre o Perfeccionismo e a Psicopatologia.

Uma vasta gama de estudos associam o perfeccionismo à psicopatologia, mas poucos são os que fazem comparações de género, e muito menos os que utilizam a variável flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal. Daqui decorre a relevância do presente estudo.

Com o intuito de comparar o grupo do género masculino e o grupo do género feminino, num primeiro ponto da investigação, foi analisada as diferenças existentes entre géneros nas várias medidas em estudo. Num segundo ponto, foi analisada a relação entre as medidas em estudo e, posteriormente, explorado o contributo das dimensões do traço perfeccionismo e da auto-apresentação perfeccionista na explicação da insatisfação corporal e da procura da magreza. Por fim, uma análise de regressão foi realizada para estudar o papel da aceitação da imagem corporal na relação entre a auto-apresentação perfeccionista e a insatisfação corporal e, ainda na relação entre a auto-apresentação perfeccionista e procura da magreza.

A amostra foi constituída por 206 homens e 214 mulheres da população estudantil, variando as idades entre 13 e 38 anos ($M=18.35$; $DP=3.68$). Os participantes, após consentimento, responderam a uma bateria de medidas de autorrelato.

Os nossos resultados sugerem que em geral os homens apresentam valores médios superiores no traço perfeccionismo, na subescala hierarquia da comparação social e na aceitação da imagem corporal; as mulheres apresentam valores médios superiores na subescala stress e nas subescalas relacionadas com a patologia alimentar. Não tendo sido encontradas diferenças na auto-apresentação perfeccionista.

Para além disto, sugere-se que o traço perfeccionismo e a auto-apresentação perfeccionista está associada à sintomatologia psicopatológica geral e alimentar, sendo esta relação mais forte nas mulheres. Como preditores significativos da insatisfação corporal, surgem a dimensão preocupação com os erros e ocultação das imperfeições, para os homens; e a dimensão preocupação com os erros, dúvida acerca da ação e não-revelação das imperfeições para as mulheres. Já a faceta não-revelação das imperfeições surge como preditor significativo na explicação da procura da magreza nas mulheres. Os resultados revelam, ainda, que existem correlações negativas entre a aceitação da imagem corporal e a sintomatologia psicopatológica geral e alimentar.

Por fim, os resultados do estudo permitiram verificar que a aceitação da imagem corporal é um fator de mediação capaz de reduzir o impacto da auto-apresentação perfeccionista na insatisfação corporal e o impacto da auto-apresentação perfeccionista na procura da magreza, nos homens e nas mulheres. Deste modo, a aceitação da imagem corporal poderá funcionar como um processo mediador adaptado e associado a bem-estar geral e em relação à imagem corporal e comportamento alimentar.

Palavras-Chave: perfeccionismo, auto-apresentação perfeccionista, insatisfação corporal, procura da magreza, aceitação da imagem corporal

Body Image Acceptance: A contribution to the study the relationship between Perfectionism and Psychopathology.

A wide range of studies associate perfectionism with psychopathology, but few are those who make comparisons of gender, and much less those using the variable cognitive flexibility or body image acceptance. Thence the relevance of this study.

In order to compare the group of males and females, the first point of the investigation was analyzed gender differences in the measures in study. The relationship between the measures in study was analyzed, and later, the contribute of the dimensions of the perfectionism trait and perfectionistic self-presentation in the explanation of the body dissatisfaction and drive for thinness was explored. Finally, a regression analysis was conducted to study paper of the body image acceptance in the relationship between the perfectionistic self-presentation and body dissatisfaction, and in the relation between the perfectionistic self-presentation and drive for thinness.

The sample of student population composed of 206 males and 214 females with 13 to 38 years-old ($M=18.35$; $SD=3.68$). The participants, after consent, answered a battery of self-report measures.

Our results suggest that in general the males present superior average values in the perfectionism trait, hierarchy sub-scale of the social comparison and body image acceptance; the females present superior average values in the stress sub-scale and sub-scales related with eating disorders. There were no differences in perfectionistic self-presentation.

Furthermore, it is suggested that the trait perfectionism and perfectionistic self-presentation are associated with psychopathological symptoms general and alimentary, being this stronger relation in the females. As significant predictors of body dissatisfaction, appear the concern over mistakes dimension and nondisplay of imperfection facet, for males; concern over mistakes and doubts about actions dimensions, and nondisclosure of imperfection facet for females. Already the nondisclosure of imperfections facet appear as predictor significant in the explanation of the drive for thinness in females. The results also show that there are negative correlations between body image acceptance and psychopathological symptoms general and alimentary.

Finally, the results this study show that body image acceptance is a factor of mediation capable to reduce the impact of the perfectionistic self-presentation in body dissatisfaction and the impact of the perfectionistic self-presentation in drive for thinness, for both groups. Thus, body image acceptance will be adaptive mediating process and associate general well-being and in relation of body image and eating behavior.

Key Words: perfectionism, perfectionistic self-presentation, body dissatisfaction, drive for thinness, body image acceptance.

Agradecimentos

Aos meus pais pelo apoio, dedicação e sacrifício ao longo destes anos.

À minha primita Bia por ser “um poço” de mentiras e disparates mas também de doçura.

Ao Ricardo pela paciência, pela compreensão e pelo carinho.

À Sílvia pela simplicidade de uma amizade que nada pede em troca.

Aos Bombeiros pelos momentos de descontração.

À Inês, Renata e Soraia por serem as amigas académicas que levo para a vida.

Ao Professor Osório pelo inestimável apoio na recolha da amostra no Agrupamento de Escolas de Trancoso, pela disponibilidade sempre manifestada e amizade, e aos restantes professores por terem disponibilizado as suas aulas.

À Catarina pelos sorrisos, as lágrimas, o apoio e a força que partilhamos durante este ano para chegarmos aqui.

Á Prof. Doutora Cláudia Ferreira pelo acompanhamento e disponibilidade reveladas ao longo deste ano, assim como pelas críticas, correções e sugestões relevantes feitas durante a orientação.

Às restantes colegas de tese pela boa disposição, companheirismo e partilha de conhecimentos.

A todos obrigada por permitirem que esta tese seja uma realidade.

Índice

I – Enquadramento concetual	6
1.1. O constructo Perfeccionismo	6
1.2. Perfeccionismo e Psicopatologia.....	11
1.3. Flexibilidade da Imagem Corporal	18
II - Objectivos	23
2.1. Estudo 1. Comparação por género nas variáveis do traço perfeccionismo, autoapresentação perfeccionista, comparação social, aceitação da imagem corporal e na sintomatologia psicopatológica geral e alimentar..	24
2.2. Estudo 2. Relação entre as medidas em estudo. Papel das dimensões do traço perfeccionismo e das facetas da autoapresentação perfeccionista na explicação da Insatisfação Corporal e da Procura da Magreza, por género.	24
2.3. Estudo 3. Relação entre a aceitação da imagem corporal e sintomatologia psicopatológica geral e alimentar, por género.....	25
2.4. Estudo 4. Efeito de mediação da flexibilidade cognitiva e aceitação da imagem corporal na relação entre a autoapresentação perfeccionista e a insatisfação corporal, e entre a autoapresentação perfeccionista e a procura da magreza, por género..	25
III - Metodologia.....	25
3.1. Participantes	25
3.2 Medidas	26
3.3. Procedimento.....	28
IV - Resultados.....	28
4.1. Estudo 1. Comparação por género nas variáveis do traço perfeccionismo, autoapresentação perfeccionista, comparação social, aceitação da imagem corporal e na sintomatologia psicopatológica geral e alimentar..	28
4.2. Estudo 2. Relação entre as medidas em estudo. Papel das dimensões do traço perfeccionismo e das facetas da autoapresentação perfeccionista na explicação da Insatisfação Corporal e da Procura da Magreza, por género.	30
4.3. Estudo 3. Relação entre a aceitação da imagem corporal e sintomatologia psicopatológica geral e alimentar, por género.....	40
4.4. Estudo 4: Efeito de mediação da flexibilidade cognitiva e aceitação da imagem corporal na relação entre a autoapresentação perfeccionista e a insatisfação corporal, e entre a autoapresentação perfeccionista e a procura da magreza, por género..	42
VI - Discussão	46
Bibliografia	53
Anexos	

I – Enquadramento concetual

1.1. O constructo Perfeccionismo

O interesse de que o perfeccionismo tem sido objeto de estudo, relaciona-se com a hipótese deste traço de personalidade poder estar relacionada com comportamentos desadaptativos de reação ao *stress* e desempenhar um papel importante na etiologia, manutenção e curso de diversos quadros psicopatológicos. Apesar de esta constituir uma área de grande interesse para vários autores e de ter sido já alvo de diversas investigações, que pretendem a sua maior elucidação, não existe consenso entre os autores quanto à definição do constructo perfeccionismo, constituindo um dos entraves ao avanço científico nesta área. Este constructo tem sido concetualizado de diversas formas, refletindo a conceção teórica dos autores e os aspetos que a enfatizam como unidimensional ou multidimensional, como adaptativo ou desadaptativo, como normal ou neurótico, de uma forma mais abrangente como tendo aspetos positivos e negativos.

Pag | 6

O interesse na temática do perfeccionismo enquanto característica da personalidade pode remeter-se para a tradição psicanalítica. Em 1950, Horney (1950) descreve o perfeccionismo como a tirania do dever (*“the tyranny of the shoulds”*). Segundo esta autora, os aspetos mais importantes envolviam não só um meio para alcançar a excelência, mas também um método de controlar a vida.

No entanto, só a partir dos anos 70, do século XX, é que o conceito perfeccionismo se tornou objeto de interesse e de atenção, por parte dos investigadores e dos clínicos (Hamachek, 1978; Hollender, 1965; 1978 citados Shafran & Mansell, 2001). Hollender (1978, citados em Shafran & Mansell, 2001) viria a concetualizar este constructo como a prática de exigir, a si próprio e aos outros, uma performance de elevada qualidade, mais do que a que é necessária pela situação. Este autor caracterizou ainda os indivíduos perfeccionistas como estando constantemente em alerta para os seus erros e defeitos, sendo que raramente se focam nos seus desempenhos bem-sucedidos. Para estes indivíduos, os maiores esforços nunca lhes parecem suficientes, achando sempre que podem e devem fazer o melhor. Desta forma, estes autores deram uma importante contribuição para a introdução do papel dos processos cognitivos no perfeccionismo, nomeadamente, a atenção seletiva que constitui um dos principais fatores de manutenção do perfeccionismo, na medida em que os indivíduos perfeccionistas se focam no que está mal e não no que está certo.

Posteriormente, Burns (1980, citados em Shafran & Mansell, 2001) descreveu o perfeccionismo como uma *“network of cognitions”* que incluía expectativas, interpretações de situações e avaliações acerca do próprio e dos outros, caracterizado por três aspetos fundamentais: o estabelecimento de padrões irrealistas; o estabelecimento de regras rígidas e inflexíveis de realização nas tarefas; e a determinação do valor pessoal através do desempenho (Arthur & Hayward, 1997). Já Pacht (1984) define o perfeccionismo como o estabelecimento de padrões excessivamente elevados de desempenho, acompanhados por uma autoavaliação extremamente crítica,

existindo para os perfeccionistas apenas os extremos do *continuum*, não havendo ponto intermédio.

Frost, Marten, Lahart & Rosenblate (1990) definiram perfeccionismo como o estabelecimento de padrões de desempenho altamente excessivos, acompanhados por uma autoavaliação excessivamente crítica. Tais padrões elevados estão associados ao medo de falhar. Este medo é acompanhado por uma frequente preocupação com os erros, por repetidas dúvidas acerca da qualidade das realizações pessoais e, por uma ênfase excessiva na precisão e na organização, acompanhados por uma insatisfação com o próprio e com os outros (Castro et al, 2004).

Recentemente, Macedo & Pocinho (2002) definiram o pensamento perfeccionista como sendo essencialmente um padrão cognitivo prototípico caracterizado pela crença de que existe um estado perfeito suscetível de ser atingido. Os desejos (i.e. quero/preciso) são transformados em exigências (i.e. devo), e o pensamento perfeccionista foca-se essencialmente nos objetivos não alcançados e, provavelmente, nos não alcançáveis, ao invés dos êxitos obtidos.

As primeiras tentativas de concetualização do perfeccionismo sugeriam que este seria um constructo unidimensional. A perspetiva unidimensional do perfeccionismo focaliza-se nos aspetos intrapessoais do perfeccionismo, nos fatores cognitivos, nomeadamente nas crenças irracionais ou nas atitudes disfuncionais. Pelo que as medidas desenvolvidas para avaliar o perfeccionismo assentaram totalmente nesta perspetiva, entre os quais destacamos, a subescala de perfeccionismo do *Eating Disorder Inventory* (EDI; Garner, Olmsted & Polivy, 1983). No entanto, esta perspetiva está associada a sérias limitações, uma vez que não permite distinguir a pessoa que apresenta perfeccionismo maladaptativo daquela que é perfeccionista para ser bem-sucedida no seu trabalho (Franco-Paredes, Mancilla-Diaz, Vázquez-Arévalo, López-Aguillar & Álvarez-Rayón, 2005).

A partir do início dos anos 90, do século XX, assiste-se ao início e expansão das conceções de perfeccionismo num constructo multidimensional. Esta mudança de perspetivas deveu-se ao surgimento de novas concetualizações que apontavam para o facto das descrições clínicas definirem o indivíduo perfeccionista pela sua excessiva preocupação com os seus erros, pelas dúvidas acerca da ação, pela valorização excessiva das expetativas parentais e pelo ênfase na organização (Frost et al, 1990).

Acresce ainda a isto, a partir de algumas observações clínicas independentes, de que o perfeccionismo apresenta não só dimensões auto-orientadas (i.e. a dimensão intra-individual do perfeccionismo), como também componentes interpessoais e, que estes seriam fundamentais para uma compreensão mais aprofundada do conceito e na classificação e etiologia dos distúrbios psiquiátricos (Hewitt & Flett, 1991b).

Hewitt & Flett (1991b) desenvolveram uma medida global das dimensões intra e interpessoais do perfeccionismo, evidenciando que o constructo perfeccionismo é constituído por três dimensões, sendo elas o *Perfeccionismo Auto-Orientado* (PAO) - relacionado com a definição de padrões excessivamente elevados para o próprio (dimensão intrapessoal, emana e dirige-se para si). Este componente tem sido associado a vários

índices de desajustamento, incluindo ansiedade, anorexia nervosa (AN) e depressão, que se supõem decorrer da discrepância percebida entre o *self* real e o *self* ideal do indivíduo (Hewitt & Flett, 1991b; Macedo & Pocinho, 2002; Antony & Swinson, 1998). O *Perfeccionismo Orientado para os Outros* (POO) relaciona-se com as expectativas e as exigências perfeccionistas que o indivíduo impõe ao outro (i.e. dimensão interpessoal, com origem no indivíduo e dirigida para o outro). Esta dimensão tende a estar relacionada com frustrações interpessoais, raiva excessiva, *stress* relacional, problemas conjugais e familiares, incapacidade de delegar tarefas aos outros, com sentimentos de solidão e problemas de ajustamento social (Hewitt & Flett, 1991b; Antony & Swinson, 1998; Macedo & Pocinho, 2002). E ainda o *Perfeccionismo Socialmente Prescrito* (PSP), relacionado com as exigências perfeccionistas que são impostas ao indivíduo pelos outros, particularmente pelas pessoas significativas (i.e. dimensão interpessoal, com origem no outro e dirigida para o indivíduo). Isto pode resultar em consequências negativas, como experiências de fracasso e afeto negativo decorrente (e.g. revolta, ansiedade e depressão), e apresentam um elevado receio da avaliação negativa dos outros (Hewitt & Flett, 1991b; Antony & Swinson, 1998; Macedo & Pocinho, 2002).

A distinção entre estes três componentes reside, não no padrão de comportamento em si mesmo, mas no objeto a quem o comportamento perfeccionista é dirigido (auto-orientado *versus* hetero-orientado), ou a quem é atribuído o comportamento perfeccionista (Macedo & Pocinho, 2002).

Frost et al (1990) consideram também o constructo perfeccionismo multidimensional partilhando este, dimensões intrapessoais e interpessoais. As dimensões que avaliam o perfeccionismo direcionado para o próprio são quatro, nomeadamente Padrões Pessoais (PS; *Personal Standards*), Preocupação com os Erros (CM; *Concern over Mistakes*) Dúvidas sobre as Ações (D; *Doubts about Actions*), e Organização (O; *Organization*, que não contribui para a pontuação total) e as dimensões que refletem a perceção das exigências dos pais relativamente ao indivíduo são duas, Expetativas Parentais (PE; *Parental Expectations*) e Criticismo Parental (PC; *Parental Criticism*).

Os padrões pessoais refletem a tendência para estabelecer elevadas expectativas e normas de desempenho elevadas para si próprio, e para acreditar que, o não preenchimento das expectativas, esteja associado a um estatuto pessoal inferior (Frost et al, 1990).

A preocupação com os erros reflete a tendência para acreditar que é importante não cometer erros e que estes são equivalentes a um fracasso pessoal. Esta preocupação está associada a uma elevada ansiedade social e preocupação com o julgamento dos outros, pois existe a perceção de que qualquer fracasso poderá ter como consequência a perda do respeito e da aprovação por parte dos outros (Frost et al, 1990).

As dúvidas acerca da ação decorrem de uma avaliação perfeccionista que promove uma perceção exagerada de que as tarefas não foram completadas de forma correta. O indivíduo que experiencia este tipo de dúvidas pode despende de mais tempo para concretizar uma tarefa e pode sentir a necessidade de efetuar várias verificações ou repetir a tarefa (Frost et

al, 1990). Estas três dimensões sobrepõem-se ao que Hewitt & Flett (1991b) designaram de perfeccionismo auto-orientado.

A organização refere-se à tendência para se ser exageradamente preocupado com a limpeza e a ordem. Este indivíduo pode dedicar muito tempo à realização de tarefas, ao ponto de não conseguir completar ou deixar outras por fazer (Frost et al, 1990). Além disso, quando o indivíduo é muito rígido e inflexível acerca da forma como faz as coisas, pode ter problemas com as outras pessoas, que podem ter formas diferentes de se organizarem e trabalharem (Antony & Swinson, 1998).

As expectativas parentais envolvem o sentimento de se ser pressionado pelos pais para agir conforme determinados padrões que, muitas vezes, têm expectativas irrealistas acerca dos filhos (Frost et al, 1990). Encontrando assim nos pais uma fonte de pressão externa. O indivíduo que é tímido e com ansiedade social tende a referir que os seus pais depositavam nele elevadas expectativas (Antony & Swinson, 1998).

Por último, o criticismo parental está associado à dimensão anterior sendo que, por norma surgem concomitantemente. O indivíduo tem a percepção de que os pais são muito críticos na presença de erros ou falhas e tal, pode conduzir ao desenvolvimento de tendências perfeccionistas nos filhos (Frost et al, 1990). Esta dimensão tem sido associada à presença de ansiedade social e à preocupação e receio acerca da avaliação negativa dos outros (Antony & Swinson, 1998). Estas dimensões sobrepõem-se ao que Hewitt & Flett (1991b) designaram de perfeccionismo socialmente prescrito.

Com fundamento nestas conceções, foram construídas duas escalas de avaliação do constructo (Escala Multidimensional de Perfeccionismo, MPS), com o objetivo de acederem às dimensões que consideravam parte integrante do conceito, a *Hewitt Multidimensional Perfectionism Scale*, Hewitt & Flett, 1991b) e a *Frost Multidimensional Perfectionism Scale*, Frost et al, 1990). A aplicação destas duas medidas de avaliação psicométrica em numerosos estudos veio fortalecer a noção de que o perfeccionismo é uma entidade complexa e multidimensional e reforçar a ideia de que a conceção unidimensional poderia ter negligenciado alguns componentes importantes do constructo. Contudo, esta não é ainda uma questão pacífica, existindo investigadores que continuam a defender o perfeccionismo enquanto entidade unidimensional (e.g. Shafran et al, 2002).

Mais recentemente e fundamentando-se na hipótese de que uma forma específica de perfeccionismo neurótico envolve a necessidade de dar aos outros uma imagem perfeita de si (Hewitt, Flett & Ediger, 1995) foi construída uma escala para avaliar estes aspetos: *Perfectionist Self Presentation Scale* (PSPS, Hewitt et al, 2003a). No sentido de abranger as componentes interpessoais e defensivas, os autores incluíram no seu modelo multidimensional do perfeccionismo, a componente autoapresentação perfeccionista. Desta forma, o modelo passa a contemplar duas componentes distintas de perfeccionismo (Hewitt, Flett, Sherry, Habke, Parkin, Lam et al, 2003b). Os autores defendem que os indivíduos perfeccionistas diferem entre si, não só no que concerne ao nível do perfeccionismo traço, que se relaciona com a necessidade de ser perfeito e que está na origem das exigências

perfeccionistas direcionadas para o próprio ou para o outro, como também ao nível da apresentação perfeccionista do próprio, que se relaciona com a necessidade de parecerem perfeitos aos outros e se centra na forma como os perfeccionistas, nas relações interpessoais, manifestam a sua perfeição.

Esta conceção encontrou fundamento empírico em alguns trabalhos de investigação. Assim, um estudo de Frost & Trepanier (1997) mostrou que os indivíduos com elevados níveis de preocupações com os erros, estavam menos inclinados a revelá-los aos outros. Também Hewitt et al (1995), debruçando-se sobre as diferenças individuais associadas à expressão social do perfeccionismo, encontram que estas diferenças podem resolver a necessidade de parecer perfeito ou a necessidade de evitar parecer imperfeito perante os outros.

Deste modo, é possível sugerir que alguns perfeccionistas se focam primariamente na forma como gerem as impressões que criam nos outros, isto é, tentam construir uma imagem de perfeição nas situações públicas. Pois, se tal como já referimos, o perfeccionismo está intrinsecamente associado a um *self* ideal (Hewitt & Genest, 1990), certos indivíduos desenvolveram um *self* ideal tendo em mente uma perspetiva pública (Nasby, 1997). A autoapresentação perfeccionista pode mesmo ser concetualizada como um estilo que corresponde a uma expressão social do comportamento perfeccionista. Este estilo encontra-se relacionado com outras dimensões designadas por Hewitt & Flett (1991b) como perfeccionismo auto-orientado e socialmente prescrito. No entanto, enquanto estas últimas refletem uma necessidade de ser perfeito, a autoapresentação perfeccionista traduz a necessidade do indivíduo para parecer perfeito.

Hewitt et al (2003a), a partir da realização de alguns estudos, concluíram que a autoapresentação perfeccionista é um estilo interpessoal estável e desadaptativo, constituída por três facetas definidas como estilos de coping interpessoais inflexíveis e mal adaptativos. Estas diferenciam-se percebendo se o focus está na autopromoção destinada a tentar mostrar aos outros a suposta perfeição do indivíduo, ou numa orientação que envolve minimizar a demonstração pública de erros, defeitos ou incapacidades. As três facetas são a *auto-promoção perfeccionista* (“*perfectionistic self-promotion*”), a *ocultação da imperfeição* (“*nondisplay of imperfection*”) e a *não-revelação da imperfeição* (“*nondisclosure of imperfection*”).

A autopromoção perfeccionista envolve a proclamação ativa e a demonstração da perfeição do próprio indivíduo, através da tentativa de impressionar os outros, mostrando habilidades e competências de modo irrepreensível para obter admiração e respeito. Como tenta parecer perfeito e comportar-se de modo igualmente perfeito, o indivíduo transmite uma imagem de alguém irrepreensivelmente capaz, com elevadas qualidades morais e extremamente bem-sucedido, permitindo-lhe atingir uma reputação muito favorável e parecer, efetivamente, perfeito aos outros.

A ocultação da imperfeição envolve um padrão comportamental de evitamento, promovido pelo desejo de impedir que os outros vejam o indivíduo a comportar-se. Há, portanto, uma preocupação em não demonstrar, comportamentalmente, as próprias imperfeições e defeitos percebidos. O indivíduo com elevado nível de perfeccionismo nesta

dimensão, geralmente evita situações onde o seu comportamento pode ser alvo do escrutínio dos outros e onde os seus defeitos, erros, incapacidades podem revelar-se.

A não-revelação da imperfeição envolve um padrão em que o perfeccionista dificilmente exprime preocupações, admite erros ou revela atributos negativos do *self*, geralmente por medo da avaliação negativa dos outros e da rejeição interpessoal. O indivíduo com elevado nível de perfeccionismo nesta dimensão, geralmente evita situações que envolvam a admissão ou a discussão dos seus defeitos percebidos.

Por outras palavras, a autopromoção perfeccionista tem como objetivo obter, na relação com os outros, uma imagem perfeita e envolve a revelação ativa de êxitos, das forças individuais e dos desempenhos alcançados, enquanto as outras duas facetas têm em comum funções defensivas. Estas duas últimas dimensões têm, assim, por objetivo dar ao outro uma imagem perfeita, escondendo erros ou imperfeições. No entanto, ambas divergem quanto às suas características, por um lado a faceta ocultação das imperfeições traduz o evitamento de comportamentos indicadores de imperfeição, por outro, a faceta não revelação das imperfeições envolve a relutância para admitir verbalmente os fracassos ou defeitos individuais.

As três facetas tendem a surgir associadas a sentimentos de desvalorização pessoal e interpessoal marcadamente disruptiva, sendo que a tentativa de surgir aos olhos dos outros como alguém perfeito poderá também ser entendida como uma estratégia para aumentar a autoestima e alcançar a aceitação dos outros (Hewitt et al, 2003). Sendo ainda mais evidente no indivíduo que apresenta elevado nível de perfeccionismo socialmente prescrito, pois utiliza as estratégias de autoapresentação como uma forma de moldar as impressões sociais (Hodben & Pliner, 1995). A este propósito a autoapresentação perfeccionista pode funcionar como um mecanismo compensatório, utilizado pelo sujeito para se proteger dos seus próprios sentimentos de inadequação e do seu receio da rejeição.

Apesar do perfeccionismo traço e a autoapresentação perfeccionista serem, por definição, componentes do perfeccionismo, são constructos concetual e empiricamente distintos (Hewitt et al., 2003). Distinguem-se concetualmente porque o desejo de ser perfeito (perfeccionismo traço) pode implicar o desejo de parecer perfeito (autoapresentação perfeccionista), mas o inverso pode não ocorrer, ou seja, o desejo de parecer perfeito pode não envolver a necessidade de ser perfeito. Empiricamente distinguem-se, uma vez que alguns trabalhos de investigação realizados com amostras clínicas e não clínicas mostraram que o perfeccionismo traço e a autoapresentação perfeccionista são componentes distintos da personalidade e preditivos de diferentes cursos desadaptativos (Hewitt et al, 2003; McGee, Hewitt, Sherry, Parkin & Flett, 2005).

1.2. Perfeccionismo e Psicopatologia

Outro aspeto que tem sido fonte de controvérsia, relaciona-se com a associação entre o perfeccionismo e a psicopatologia. Importa esclarecer se esta associação apenas envolve aspetos negativos do perfeccionismo ou se envolve aspetos negativos e positivos.

Alguns trabalhos e conceitualizações consideravam o perfeccionismo algo patológico em si mesmo e, invariavelmente, associado a uma baixa autoestima (e.g. Horney, 1950; Pacht, 1984). Horney (1950) descrevia os perfeccionistas como pessoas que “neuroticamente” se tentavam moldar para atingir uma imagem idealizada inalcançável, resultando daqui a baixa autoestima como consequência inevitável. Pacht (1984) partilha também de uma concepção negativa, considerando que a procura da perfeição é um objetivo indesejável e debilitante, refletindo uma motivação que não é saudável. De acordo com esta abordagem, a perfeição *per se* não existe, mas é a procura desta perfeição inexistente que é perturbadora e que está associada a um número significativo de problemas psicopatológicos.

Embora a tendência vincada da literatura para conceitualizar o perfeccionismo como sendo patológico, encarando-o como um traço de personalidade mal adaptativo, vários autores parecem concordar com uma conceitualização do constructo perfeccionismo que deve explicitar a sua natureza disfuncional, os aspetos negativos (desadaptativos, patológicos) ainda que sem perder de vista o reconhecimento dos aspetos positivos (adaptativos, saudáveis) (Fedewa, Burns & Gomez, 2005).

Hamachek (1978) foi um dos primeiros autores a chamar à atenção para a importância desta distinção, estabelecendo uma distinção entre o “*normal perfectionists*” e “*neurotic perfectionists*”. Reconhece que apesar de certas tendências perfeccionistas poderem acarretar influências negativas ao nível do ajustamento emocional, outros componentes do perfeccionismo poderiam ser mobilizados para objetivos adaptativos e construtivos. Segundo a abordagem de Hamachek (1978), o “*normal perfectionism*” envolve o estabelecimento de elevados padrões razoáveis e realistas, associados a uma autoavaliação flexível, permeável e sensível aos constrangimentos e limites da própria performance, pelo que permite ao indivíduo vivenciar um sentimento de realização. Pelo contrário, o “*neurotic perfectionism*” implica o estabelecimento de elevados padrões, mas acompanhados por uma rígida autoavaliação que deixa pouco espaço para os erros, e que se associa ao medo de desapontar os outros e à insatisfação do próprio com os desempenhos alcançados, pois para eles o esforço despendido e o resultado alcançado nunca surgem como suficientemente bons e satisfatórios.

Frost, Heimberg, Holt, Mattia e Neubauer (1993) através da análise por fatores às subescalas do HMPS e FMPS, encontraram dois fatores claramente distintos: “*positive achievement striving*”, que inclui dimensões como padrões pessoais, organização e o perfeccionismo auto-orientado, estando associado a afetos positivos; “*maladaptive evaluation concern*”, comporta dimensões como a preocupação com os erros, a dúvida acerca da ação, as expectativas parentais, o criticismo parental e o perfeccionismo socialmente prescrito, estando associado à vivência de afetos negativos. Posteriormente, Slade & Owens (1998) afirmaram que o perfeccionismo positivo envolve cognições e comportamentos dirigidos para o alcance de objetivos, para que se obtenha alguma gratificação, e o perfeccionismo negativo comporta cognições e comportamentos direcionados para o alcance de objetivos com o propósito de evitar ou escapar ao fracasso. A literatura recente tem vindo a suportar a ideia de que as dimensões do perfeccionismo

positivo estão correlacionadas com uma orientação para o sucesso (Slade & Owens, 1998), enquanto, que o negativo se encontra mais próximo da psicopatologia (Frost et al., 1993).

O perfeccionismo é frequentemente encontrado em conjunto com as perturbações do Eixo I e II (Shafran & Mansell, 2001). Na realidade, uma vasta literatura descreve o perfeccionismo como uma característica de personalidade que cumpre a função de fator predisponente para o desenvolvimento da psicopatologia, como por exemplo Perturbações do Comportamento Alimentar (e.g. Bulik et al, 2003; Goldner, Cockell & Srikaneswaran, 2002), Depressão (e.g. Hewitt & Flett, 1991a; Antony & Swinson, 1998b), Perturbações da Personalidade (e.g. Pacht, 1984; Millon & Davis, 1996), Perturbações de Ansiedade (e.g. Alden, Bieling & Wallace, 1994; Antony & Swinson, 1998a; Purdon, Antony & Swinson, 1999), Perturbação Obsessivo-Compulsivo (e.g. Coles et al., 2003; Frost, Novara & Rhéaume, 2002), e ainda disfunção sexual (e.g. Ashby & Rice, 2002).

Existem crescentes evidências empíricas acerca da associação entre os níveis do perfeccionismo e a depressão. Hewitt et al (1993, citados em Antony & Swinson, 1998b) estudaram a relação entre as três dimensões do perfeccionismo e os sintomas da depressão. Verificaram que os indivíduos que mais pontuam no perfeccionismo auto-orientado estão mais suscetíveis de desenvolverem depressão, particularmente se experienciarem alguma tensão e *stress* decorrentes das performances alcançadas, assim como experiências relacionadas com o fracasso. Também os que mais pontuam no perfeccionismo orientado para os outros estão mais suscetíveis de despoletar esta perturbação se vivenciarem alguma tensão e *stress* interpessoais e/ou relacionados com os desempenhos atingidos. Por último, o perfeccionismo socialmente prescrito está associado a sentimentos de desesperança e desamparo, sendo estes do mesmo modo da depressão. Refira-se ainda que este constructo surge associado a outros aspetos da depressão, tais como a tendência para exagerar as próprias falhas e acreditar que os acontecimentos importantes são independentes das próprias ações. Em amostras clínicas e não clínicas (Hewitt e Flett, 1991a; Hewitt, Flett & Ediger, 1995; Shafran & Mansell, 2001) verificou-se ainda uma correlação entre o perfeccionismo e a depressão, no que respeita a características como um locus de controlo externo, a forte necessidade de aprovação e o medo de uma avaliação negativa.

Teóricos e investigadores sustentam que o perfeccionismo é reconhecido como um aspeto central das Perturbações do Comportamento Alimentar, hipotetizando-se que possa ter um papel etiológico no desenvolvimento e manutenção destes (Ashby, Kottman & Schoen, 1998; McGee et al, 2005). Além disso, a presença em doentes com Perturbações do Comportamento Alimentar em remissão de determinadas características de personalidade associadas ao perfeccionismo, levam os autores a concluir que estas não se constituem apenas como sequelas da desnutrição ou do comportamento alimentar desorganizado, mas como uma fonte de vulnerabilidade para a patologia alimentar (Macedo & Pocinho, 2002).

Num estudo relatado por Ashby, Kottman & Schoen (1998) o grupo com patologia alimentar, comparativamente com o grupo normal de controlo, obteve pontuações significativamente mais elevadas na componente do perfeccionismo denominada perfeccionismo mal-adaptativo (e.g. aspetos como a preocupação com os erros, ansiedade de desempenho e procrastinação), mas não no fator perfeccionismo adaptativo (e.g. necessidade de organização). Verificou-se também uma correlação significativa entre algumas subescalas específicas do EDI e o fator perfeccionismo mal-adaptativo, ou seja, os autores concluíram que existe uma relação entre os aspetos disfuncionais do perfeccionismo e os níveis elevados de insatisfação corporal, sentimentos de ineficácia, desconfiança interpessoal e dificuldade na expressão e resposta às emoções.

Noutro estudo, realizado por Halmi et al (2000) verificou-se que as doentes com Anorexia Nervosa obtinham pontuações mais elevadas em diferentes instrumentos de avaliação do perfeccionismo, independentemente do subtipo de anorexia. Neste estudo, os resultados das MPS indicaram que as doentes com Anorexia Nervosa se distinguíam do grupo normal de controlo pelos seus esforços mais marcados, na preocupação com os erros, no criticismo parental, dúvida acerca da ação e por uma adesão extrema aos padrões pessoais e parentais.

Bastiani, Rao, Weltzin & Kaye (1995) constataram que mulheres com Anorexia Nervosa e peso reestruturado pontuavam mais do que o grupo de controlo no perfeccionismo auto-orientado e nas subescalas preocupação com os erros, padrões pessoais e criticismo parental do FMPS. Além disso, as doentes com Anorexia Nervosa apresentavam níveis mais elevados de perfeccionismo socialmente prescrito.

Recentemente, alguns autores concetualizam a ligação entre as Perturbações do Comportamento Alimentar e o perfeccionismo através do modelo de diátese-stress que aponta para a importância dos fatores de *stress* específicos para este tipo de perturbações (Heatherton & Baumeister, 1991; Flett & Hewitt, 2002; McGee et al, 2005). Neste modelo, o perfeccionismo atua como um fator de vulnerabilidade que promove a psicopatologia perante acontecimentos indutores de *stress*. Flett & Hewitt (2002) sublinham, ainda que o perfeccionismo não é um atributo estático que meramente reage à indução de *stress*, mas, sim, um traço dinâmico que também interage com e gera *stress* (e.g. o nível de perfeccionismo pode afetar o impacto de acontecimentos perturbadores). Os indivíduos com critérios de avaliação rígidos e estritos têm maior probabilidade de se confrontarem com o fracasso e este, mesmo sendo irrelevante, será percebido como global e catastrófico. Neste sentido, o perfeccionismo aumenta o *stress*. Este modelo de diátese-stress pode explicar o facto de o perfeccionismo persistir após a recuperação ponderal e a remissão da patologia alimentar, isto é, pode ser um fator de vulnerabilidade persistente que se torna mal-adaptativo apenas sob determinadas condições. Além disso, os sintomas específicos que emergem da interação entre o perfeccionismo e o acontecimento indutor de *stress* podem depender da natureza deste stressor (e.g. enquanto a insatisfação corporal pode interagir com o perfeccionismo para desencadear

sintomatologia psicopatológica alimentar, a ansiedade de desempenho, aliada ao perfeccionismo, pode resultar num quadro depressivo).

Associado ao modelo de diátese-stress, surge o conceito de insatisfação corporal, uma vez que este poderá ser entendido como um fator de *stress* específico para as Perturbações do Comportamento Alimentar. Muitas investigações sobre a imagem corporal fundamentam-se sobretudo na aparência física sendo que estas se distinguem entre si, por abordar a aparência física segundo dois aspectos (Cash & Brown, 1989): (1) a aparência física associada aos atributos objetivos ou socialmente definidos (e.g. atractividade física, tamanho, peso); e (2) os atributos subjetivos associados à autopercepção da aparência física (e.g. imagem corporal).

Segundo Gardner (1996), a avaliação da imagem do indivíduo ligada à aparência física está associada a duas importantes componentes avaliativas: a perceptual e a atitudinal. A primeira foca-se em avaliar com precisão o tamanho do corpo, enquanto a segunda está voltada para as atitudes e os sentimentos do indivíduo acerca do próprio corpo.

Do ponto de vista de Cash (2004), a imagem corporal é uma experiência individual do *self* físico, que envolve bem mais que a simples aparência física, compreendendo também múltiplas perspetivas psicológicas do indivíduo acerca do seu próprio corpo. Segundo este autor, tais perspetivas psicológicas podem-se agrupar em três: perceptiva, subjetiva e comportamental. A primeira relaciona-se com a percepção da própria aparência física e envolve uma estimativa do peso, tamanho e forma corporal. A segunda (cognitiva e afetiva), relacionada-se com aspetos da satisfação, preocupação e ansiedade acerca da aparência. Por último, a comportamental, relaciona-se com evitamentos de algumas situações de exposição corporal que causam ansiedade e desconforto. Quando há alterações nos componentes, diz-se que existe uma preocupação com a imagem corporal, sendo que esta preocupação pode acarretar uma sobreavaliação da aparência, a internalização dos ideais irreais de beleza, e uma visão negativa distorcida da aparência em relação a esses ideais e à insatisfação com a imagem corporal. Esta insatisfação com a imagem corporal pode afetar negativamente o bem-estar e qualidade de vida do indivíduo (e.g. Cash, 2004).

Cash & Brown (1989) realizaram um estudo sobre os estereótipos do género em relação à imagem corporal e constataram que, independentemente do género do observador, mulheres e homens distinguiam-se entre si, em termos cognitivos, comportamentais e afetivos, quanto à avaliação das suas imagens corporais. Segundo os autores, as mulheres têm uma atitude mais negativa acerca da sua imagem corporal e exibem uma maior preocupação cognitiva, afetiva e comportamental com o peso e perda de peso.

Numa análise transversal entre géneros, no período entre 1983 a 2001, Cash, Morrow, Hrabosky & Perry (2001), verificaram que o género masculino apresentava uma maior estabilidade quanto à avaliação da imagem corporal e à preocupação com o peso ao longo deste período; enquanto o género feminino apresentava um aumento do padrão de massa corporal ao longo do tempo o que, de certa forma, deve ter contribuído para uma maior aceitação do corpo visto que elas se compararam no dia-a-dia

com pessoas mais próximas da sua realidade. Além disso, o aumento da consciência pública para os problemas associados à imagem corporal idealizada, o perigo das dietas e da patologia alimentar e um esforço para dotar as mulheres de conhecimentos e promover a aceitação do corpo, são alguns dos fatores que devem ter ajudado a inverter a tendência dos anos 80 e 90 acerca do padrão da imagem corporal idealizado (Cash et al, 2001).

Mais recentemente, Glauert, Rhodes, Byrne, Fink & Grammer (2009) realizaram estudos acerca dos efeitos das imagens corporais idealizadas e obtiveram três importantes resultados: (1) a insatisfação corporal e a internalização sociocultural de ideais de beleza ocidental aumentam a distorção da imagem corporal; (2) a exposição a imagens de corpos magros ou gordos pode alterar a percepção de normalidade do corpo e do corpo idealizado; e (3) quanto maior a insatisfação corporal e a internalização de ideais de beleza ocidentais menor será o efeito da exposição a corpos gordos.

De facto, nos últimos tempos, a imagem corporal tem sido alvo de vários estudos devido não só ao aumento da preocupação das mulheres de cultura ocidental com a obtenção de uma imagem corporal ideal, mas também pelas suas consequências negativas a nível psicossocial, em ambos os géneros (Cash et al., 2001). De acordo com Stice & Shaw (2002), a insatisfação corporal refere-se a toda avaliação negativa que o indivíduo faz acerca da própria aparência física. Para Jung & Peterson (2007), a insatisfação corporal consiste numa espécie de sentimento subjetivo de desconforto com a aparência, revelada através da discrepância entre as percepções da imagem real e ideal. Já Gardner et al (1983) defende que a insatisfação corporal se relaciona com a crença e com sentimentos negativos e disfuncionais em relação ao peso e forma do corpo.

A insatisfação corporal é também um fenómeno comum a todos os géneros. Contudo, apesar da presença do fenómeno em ambos os géneros, é o género feminino que possui os maiores níveis de insatisfação corporal (Di Pietro & Silveira, 2009) e outros sintomas das Perturbações do Comportamento Alimentar (Monro & Huon, 2005). Segundo Stice (2002), as mulheres que estão insatisfeitas com os seus corpos estão mais propensas a realizar dietas, pois acreditam que só desta forma podem controlar o peso (i.e. procura da magreza). Garner et al (1983) define procura da magreza como uma indicação da excessiva preocupação com a dieta, com o peso. A subescala procura da magreza do EDI (Garner et al, 1983) reflete tanto o excessivo desejo de perder peso, como o medo de ganhar peso. Para além da procura de magreza, a insatisfação corporal é considerada um fator de risco para o desenvolvimento e manutenção da patologia alimentar (Stice, 2002).

Ainda que a associação entre as Perturbações do Comportamento Alimentar e o perfeccionismo esteja amplamente estabelecida e estudada, só recentemente se começou a estudar o papel da autoapresentação perfeccionista nestas perturbações.

McGee, Hewitt, Sherry, Parkin & Flett, (2005) fornecem exemplos para ilustrar a aplicação das três facetas da autoapresentação perfeccionista na patologia alimentar. Assim, no que diz respeito à promoção da perfeição, os autores referem que um indivíduo com elevados níveis nesta faceta tenta criar uma “fachada” de perfeição, mediante a demonstração dos seus aspetos

mais positivos. Um destes aspetos poderá ser a aparência física, sendo o corpo um meio para promover a sua perfeição. Se o indivíduo está insatisfeito com o seu corpo, este será visto como uma ameaça ao seu objetivo de demonstrar perfeição. Mais do que isso, dada a natureza pública da aparência física, esta será um defeito visível aos outros. De modo a contornar as autoperceções negativas e restabelecer a sua capacidade de usar o corpo como meio de autopromoção, o indivíduo pode iniciar comportamentos compensatórios inapropriados (e.g. dieta). A segunda faceta é explicada usando o caso de uma mulher que face a uma avaliação negativa da sua aparência, a qual se constitui necessariamente como uma expressão pública dos seus defeitos percebidos, experiencia *stress* e, de modo a reduzi-los e a corrigi-los, pode iniciar comportamentos disruptivos. A última faceta afasta o indivíduo de encontrar meios e formas de *coping* interpessoais para lidar com o *stress* induzido pela perceção de defeitos (e.g. se o indivíduo está insatisfeito com o seu corpo pode não ser capaz de abordar esta insatisfação junto dos outros e, ao invés, tenta corrigir a sua autoimagem defeituosa através de comportamentos alimentares disfuncionais).

Cockell et al (2002) demonstraram que as doentes com Anorexia Nervosa apresentavam pontuações mais elevadas na faceta *não revelação da imperfeição*, relativamente às doentes com outras perturbações e ao grupo normal de controlo, sugerindo desta forma, que as doentes com AN se preocupam em apresentar-se de uma forma perfeita, não admitindo verbalmente defeitos e imperfeições percebidas.

Do mesmo modo, Hewitt et al (1995) propuseram que uma forte necessidade de se apresentar ou mostrar aos outros de uma forma perfeita, não permitindo a demonstração de imperfeições ou defeitos, bem como a tendência para ver os desempenhos em termos de “tudo-ou-nada”, onde qualquer pequena falha equivale ao fracasso total, são facetas do perfeccionismo associadas à patologia alimentar. Assim, constataram que as facetas da autoapresentação perfeccionista, medidas pelo PSPS, estão relacionadas com a insatisfação corporal, aparência física e dieta.

McGee, Hewitt, Sherry, Parkin & Flett (2005) realizaram um estudo para explicar a associação entre autoapresentação perfeccionista, imagem corporal e sintomatologia psicopatológica alimentar. Os autores concluíram que a relação entre a autoapresentação perfeccionista e a sintomatologia psicopatológica alimentar dependia da autoavaliação da imagem corporal, de tal modo que elevados níveis de autoapresentação perfeccionista eram preditores de patologia alimentar somente no indivíduo insatisfeito com a sua imagem corporal. Poder-se-á dizer que as três facetas da autoapresentação perfeccionista interagem com a autoavaliação corporal predizendo sintomas das Perturbações do Comportamento Alimentar.

Segundo os autores, sugere-se que indivíduos com este tipo de perturbações procurem um “self social ideal”, através do controlo da aparência física. Além disto, alguns destes indivíduos quando apresentam um “falso *self*” tornam-se mais atentos à sua apresentação pública e à opinião dos outros em relação a esta. Deste modo, podem ser mais suscetíveis a internalizar as ideias culturais de valorização da magreza (fator este aceite como crucial na manifestação de uma Perturbação do

Comportamento Alimentar). Neste sentido, os autores defendem que estes indivíduos têm um autoconceito pouco definido, pelo que tendem a substituir os objetivos pessoais e a sua maneira de ser por padrões sociais de aceitação, tornando-os vulneráveis quer às opiniões percebidas dos outros, quer às normas sociais vigentes, nomeadamente no que diz respeito à aparência física (McGee et al, 2005).

É de realçar que a autoapresentação perfeccionista tem um papel fulcral para muitos doentes adolescentes com Anorexia Nervosa, uma vez que neste período a aparência externa é importante para a autoavaliação e autoestima. Assim, o adolescente perfeccionista pode envolver-se facilmente em comportamentos de luta e procura por um corpo perfeito, tais como a dieta. A preocupação pode também existir em relação a qualquer outro aspeto da aparência física (e.g. forma de vestir) (Antony & Swinson, 1998).

Parece existir a necessidade de alcançar uma imagem perante os outros que seja livre de defeitos ou fraquezas no que diz respeito à performance, à competência e à aparência física (Castro et al, 2004). Tanto a necessidade de ser perfeito como a necessidade de parecer perfeito para os outros são relevantes para a Anorexia Nervosa.

A compreensão do perfeccionismo e das suas diferentes dimensões é fundamental para a prática clínica. A autoapresentação perfeccionista tem algumas implicações importantes ao nível interpessoal. Por exemplo, indivíduos com elevados níveis de autoapresentação perfeccionista estão menos dispostos a procurar ajuda, uma vez que este ato pode ser interpretado como uma admissão aberta de uma falha importante aos outros e, por conseguinte, a admissão é uma grande ameaça à autoestima do indivíduo (Hewitt et al, 2008). Além disto, pode comprometer o tratamento pois o doente poderá não estar disposto a revelar aspetos íntimos de si, contribuindo assim para a experiência de sofrimento (Goldner et al, 2002).

1.3. Flexibilidade da Imagem Corporal

Os modelos cognitivos comportamentais das Perturbações do Comportamento Alimentar atribuem um papel etiológico central às cognições disfuncionais que em geral mantêm a perturbação (Fairburn, 2008 citados em Wendell, Masuda & Le, 2012). Tais cognições incluem a importância percebida de ter um peso e forma ideal como um meio de conseguir autoaceitação, a perceção da necessidade de exercer autocontrolo sobre dietas e peso, o medo de ganhar peso e a aceitação dos outros (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Mizes et al, 2000). Tanto em amostras clínicas como em não clínicas, os estudos mostram que tais cognições estão associadas à sintomatologia psicopatológica alimentar (e.g. Fairburn, 2008 citados em Wendell, Masuda & Le, 2012). Apesar dos processos subjacentes que impulsionam essas associações serem ainda pouco claros, a sua compreensão pode ter importantes implicações clínicas para o desenvolvimento de um tratamento mais eficaz e eficiente.

Recentemente, a literatura tem sugerido que as cognições relacionadas com as Perturbações do Comportamento Alimentar não conduzem necessariamente a um elevado sofrimento psicológico (e.g Brannan & Petrie, 2008). Por exemplo, a Terapia Cognitiva Baseada no Mindfulness (MBCT;

Segal, Teasdale & Williams, 2004), defende que o *distress* psicológico é atribuído principalmente à forma inadequada de experimentar ou responder às cognições negativas e a eventos associados.

O modelo da flexibilidade psicológica (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006), apoiado em intervenções cognitivo-comportamentais baseadas no *mindfulness* e na aceitação (Baer, 2006), qualifica o bem-estar psicológico como sendo o padrão geral do comportamento de um indivíduo que é flexível e sensível ao ambiente onde reside. Ou seja, um ato flexível é caracterizado como a capacidade de experimentar abertamente o que se está a experimentar, para que a pessoa possa agir de acordo com seus próprios valores (Hayes et al, 2006). O modelo defende que a flexibilidade psicológica diminuída está no cerne da psicopatologia e é caracterizada pela falta de vontade de experienciar experiências negativas de eventos privados e agir de forma a controlar e evitar estas experiências. Alguns autores demonstram que a flexibilidade psicológica está inversamente associada a uma ampla gama de fatores de risco e resultados psicológicos negativos (e.g. Hayes et al, 2006), incluindo as cognições do comportamento alimentar e a patologia global das mesmas (Masuda & Wendell, 2010).

Atualmente os estudos baseiam-se na ideia de que a flexibilidade psicológica geral possa não ter tanta utilidade conceitual e clínica como os problemas específicos (e.g. flexibilidade da imagem corporal) (Gregg, Callaghan, Hayes & Glenn-Lawson, 2007). Por exemplo, enquanto a flexibilidade psicológica geral está associada às cognições e à patologia alimentar geral (Masuda & Wendell, 2010), a sua falta de especificidade não elucida se a flexibilidade psicológica diminuída, de facto, opera nos contextos dos problemas de comportamento alimentar (Masuda, Price & Lutzman, 2012). Assim, investigar o grau em que cada um está disposto a ter pensamentos difíceis relacionados com a sua imagem corporal e peso, torna-se mais importante e clinicamente significativo do que analisar a tendência geral da flexibilidade psicológica. Além disso, torná-lo útil para indicar qual o mecanismo específico de mudança necessário em intervenções terapêuticas, ajudando a garantir o tratamento mais eficaz e eficiente.

Sandoz, Wilson & Merwin (2009) desenvolveram uma medida em resposta a esta preocupação. A flexibilidade da imagem corporal, segundo os autores, é um tipo específico de flexibilidade psicológica centrada no contexto da insatisfação corporal e patologia alimentar. Mais especificamente, a flexibilidade da imagem corporal é definida como a capacidade de experimentar inteira e abertamente a difícil imagem corporal e outros eventos confidenciais relevantes sem defesa ou julgamento. No que concerne às cognições relacionadas com a patologia alimentar, sugere-se que com este estilo flexível, se possam manter as cognições negativas (e.g. insatisfação corporal) sem existir necessidade de evitar, fugir ou recorrer a comportamentos alimentares desadequados. Deste modo, não é a presença das cognições de índole alimentar que irá desenvolver a perturbação, mas, sim, o estilo de resposta em relação a essas cognições (Rawal et al., 2010).

Sugere-se, assim, que a diminuição da flexibilidade da imagem corporal pode funcionar como uma força motriz que mantém a associação

entre as cognições de índole alimentar e a própria perturbação (Sandoz et al, 2009).

O Questionário de Aceitação e Ação da Imagem Corporal (BI-AAQ; Sandoz et al, 2009) foi desenvolvido especificamente para avaliar um potencial processo de mudança em tratamentos baseados na aceitação da imagem negativa do corpo e sintomatologia psicopatológica alimentar. O BI-AAQ é a única medida estabelecida de flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal, que mede o grau em que alguém se prende à sua difícil imagem corporal; o grau em que se evita a imagem corporal relacionado com experiências psicológicas negativas; e a medida em que o indivíduo se envolve em atividades de valor consistente, apesar da difícil imagem corporal. Embora esta medida tenha sido desenvolvida, os resultados são limitados, pois os estudos que utilizaram esta medida são ainda escassos.

Um desses estudos é o de Wendell, Masuda & Le (2012), constituído por uma amostra não clínica de estudantes universitários. Investigou-se se a flexibilidade da imagem corporal explica a relação entre as cognições relacionadas com as Perturbações do Comportamento Alimentar e a perturbação em si. Os resultados mostram que de facto medeia parcialmente essa relação, sugerindo que, embora as cognições disfuncionais tenham um papel crucial na manutenção da perturbação, a sua relação com ela é estabelecida, em parte, através de um processo de regulação inflexível e evitamento específico à imagem corporal percebida.

Um outro estudo (Masuda & Wendell, (2010) sugere que o *mindfulness* desempenhe um papel importante na relação entre as cognições relacionadas com a patologia alimentar e os resultados psicológicos negativos. Clinicamente, o estudo sugere que o *mindfulness* poderá ser benéfico para avaliar o grau em que um indivíduo experimenta eventos internos e externos sem julgamento na compreensão e promoção do bem-estar psicológico.

O estudo de Ferreira, Pinto Gouveia & Duarte (2011) torna-se também pertinente, no sentido em que demonstra que a aceitação da imagem corporal previne comportamentos disruptivos, tais como as Perturbações do Comportamento Alimentar. Estes autores verificaram que a aceitação da imagem corporal tem um efeito moderador sobre a relação entre a insatisfação corporal e o desejo de emagrecer, isto é, a percepção de maior insatisfação corporal tende a aumentar a importância de se ser magro, adotando comportamentos que podem levar a uma Perturbação do Comportamento Alimentar (e.g. dieta). Verificou-se ainda que a aparência parece ser mais vivida com maior flexibilidade e com menor impacto na vida dos homens, quando comparada com a das mulheres.

Clinicamente, esta linha de pesquisa é particularmente relevante para a prevenção e tratamento das Perturbações do Comportamento Alimentar. Devido ao progresso recente das intervenções comportamentais baseadas no *mindfulness* e na aceitação (Segal et al, 2004), tem-se dado maior importância à forma como um indivíduo responde ou se relaciona com difíceis eventos internos e externos (Fairburn, 2008 citado em Wendell, Masuda & Le, 2012; Rawal et al, 2010). Durante a última década, estes modelos de tratamento (e.g. ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 2003) foram

aplicados a indivíduos com problemas do espectro do comportamento alimentar e mostraram reduzir eficazmente esses problemas (e.g. Baer, Fischer & Huss, 2005). Além disso, não está claro se tais intervenções devem centrar-se na construção mais geral da flexibilidade psicológica ou numa forma mais específica como a flexibilidade da imagem corporal. Várias evidências sugerem que a regulação rígida e inflexível e o coping estão no cerne da psicopatologia, incluindo as Perturbações do Comportamento Alimentar (Masuda, & Wendell, 2010).

A natureza complexa das Perturbações do Comportamento Alimentar e do seu espectro pressupõe que outras variáveis, tais como o neuroticismo, o perfeccionismo social, a desregulação emocional e a sintomatologia psicopatológica alimentar, possam explicar a ligação entre as cognições relacionadas com estas perturbações e os resultados negativos psicológicos não específicos (Masuda & Wendell, 2010).

Como já foi referido, vários autores sugerem, recentemente, que os métodos baseados na aceitação para tratar as Perturbações do Comportamento Alimentar merecem uma maior atenção (e.g. Wilson, 1996). Deste modo, destaca-se o *mindfulness*. *Mindfulness* é definido como um processo de maior atenção treinada através da prática da meditação ou outros exercícios, no qual o indivíduo aprende a regular a sua atenção, concentrando-se nos estímulos (e.g. pensamentos, sensações físicas, emoções) sem julgamento, aceitando as emoções e sensações (Kabat-Zinn, 1982). Aprende também a observar os estímulos sem avaliar a sua veracidade ou importância e sem os tentar evitar ou alterar. A prática do *mindfulness* resulta num aumento da capacidade de autoconhecimento e aceitação, numa reduzida reatividade a pensamentos e emoções, e numa maior facilidade em fazer escolhas adaptativas sobre como responder às experiências aversivas (Linehan, 1993a, b).

Outros autores defendem que as Perturbações do Comportamento Alimentar são o resultado de uma má adaptação e regulação da emoção. Por exemplo, Heatherton & Baumeister (1991) defendem que a compulsão alimentar é motivada por um desejo de evitar estados emocionais aversivos relacionados com a incapacidade percebida para ter altos padrões pessoais. Da mesma forma, Wisner & Telch (1999 citados em Baer, Fischer & Huss, 2005) sugerem que a função da compulsão alimentar é reduzir estados emocionais desagradáveis em indivíduos que carecem de habilidades de regulação emocional adaptativas. Em suma, o indivíduo com Perturbações do Comportamento Alimentar pode apresentar mais afeto negativo do que o indivíduo sem estas perturbações, e tende a acreditar que a alimentação vai ajudar a reduzir a angústia, comendo em resposta a esse sofrimento. Essas evidências levam à conclusão de que as tentativas inadequadas para regular as emoções estão relacionadas com a patologia alimentar.

A Terapia Comportamental Dialética (DBT; Linehan, 1993a, b), desenvolvida para tratar a Perturbação de Personalidade Borderline, tem sido nos últimos anos adaptada para as Perturbações do Comportamento Alimentar, tais como a Bulimia Nervosa e compulsão alimentar (Telch, Agras & Linehan, 2001). Esta abordagem baseia-se no modelo da regulação

emocional (Wiser & Telch, 1999 citados em Baer, Fischer & Huss, 2005), segundo a qual a compulsão alimentar serve para reduzir estados emocionais aversivos e, por desviar a atenção do afeto negativo, reduz temporariamente o *distress*, ou seja, é negativamente reforçada. Esta versão do DBT foi desenvolvida com o intuito de melhorar a capacidade do indivíduo para gerir o efeito negativo de forma adaptativa, incluindo o *mindfulness*, a regulação emocional, a tolerância e as habilidades comportamentais de análise da cadeia alimentar, que são aplicadas aos episódios de compulsão alimentar. Isto é, aprendem a observar as suas emoções, sem esforços para fugirem delas e sem autocritica por terem essas experiências. Esse estado de consciência atenta facilita escolhas adaptativas.

Em estudos que usaram abordagens baseadas no *mindfulness* e na aceitação, verificaram-se reduções na perturbação (e.g. Baer, Fischer & Huss, 2005; Kristeller & Hallett, 1999). Estas abordagens incluem a Terapia Cognitiva Baseada no Mindfulness (MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2002), a Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 2003) e o Treino da Consciência Alimentar Baseado no Mindfulness (MB-EAT; Kristeller & Hallett, 1999).

O modelo Cognitivo-Comportamental do desenvolvimento e manutenção de Bulimia Nervosa e compulsão alimentar descreve uma cadeia transacional de eventos que começa com pensamentos distorcidos sobre a magreza e dieta, especialmente em indivíduos com baixa autoestima e preocupações com a forma e peso corporais. Inicialmente, esses indivíduos percebem a pressão social ou interpessoal para serem magros e desenvolvem crenças disfuncionais sobre a magreza, que poderá levar à dieta rigorosa. A privação calórica resultante dessa dieta faz com que os indivíduos tenham fome, aumentando a probabilidade de compulsão alimentar. No entanto, porque a compulsão alimentar viola as restrições alimentares, pode levar ao sofrimento, à culpa, à baixa autoestima e à crescente preocupação com a forma e peso corporais. A fim de compensar os efeitos indesejados do *binge*, o indivíduo pode envolver-se em comportamentos purgativos sob forma de vômitos autoinduzidos, uso de laxantes e/ou diuréticos ou excesso de exercício. Estes comportamentos são tipicamente seguidos por uma restrição alimentar (Apple & Agras, 1997 citados em Baer, Fischer & Huss, 2005). A hipótese central deste modelo é a de que as crenças distorcidas sobre a dieta e a magreza perpetuam a restrição alimentar e, conseqüentemente, a compulsão alimentar e a purgação.

Além das crenças distorcidas sobre a importância da magreza, muitos indivíduos com Perturbações do Comportamento Alimentar mostram pensamentos disfuncionais sobre os padrões alimentares (e.g. regras autoimpostas sobre os alimentos que devem ser sempre evitados). A única violação de uma regra dietética pode ser considerada um fracasso completo da dieta inteira. Este pensamento leva muitas vezes à compulsão alimentar, o que aumenta a credibilidade dos pensamentos de fracasso (Baer, Fischer & Huss, 2005). A importância da crença na iniciação e manutenção deste tipo de perturbações leva a supor que as estratégias de tratamento baseadas no *mindfulness* e na aceitação seriam úteis para lidar com esses sintomas. Estas abordagens não incluem as estratégias tradicionais da terapia cognitiva

destinadas a desafiar ou alterar o conteúdo dos pensamentos. Ao contrário disso, estimula uma visão descentralizada dos pensamentos, em que estes são vistos como eventos mentais flutuantes e transitórios, em vez de representações factuais ou precisas da realidade (Baer, Fischer & Huss, 2005).

O evitamento experiencial é um conceito relacionado com a falta de vontade de experimentar sentimentos negativos, sensações ou pensamentos, e a tomada de medidas para alterar estas experiências ou os contextos em que ocorrem, mesmo quando isso é mal-adaptativo (Hayes et al, 1996). Este conceito está positivamente correlacionado com a psicopatologia e, negativamente associado aos constructos de *mindfulness*, como a aceitação e a ação consciente (Hayes et al, 1996).

Num estudo sobre o papel da regulação emocional no ACT, Blackledge & Hayes (2001) afirmam que os pensamentos e as emoções negativas, embora potencialmente angustiantes, não são prejudiciais nem devem ser alterados. O comportamento mal-adaptativo e patológico resulta de tentativas contraproducentes para evitar essas experiências utilizando estratégias, tais como o abuso de substâncias, o evitamento de pessoas, lugares ou situações. De facto, os estudos de supressão dos pensamentos e das emoções mostram que quanto mais se tenta evitar esses fenómenos, mais provável é a experiência deles (Clark, Ball & Pape, 1991; Gross, 2002). Assim, embora os indivíduos com Perturbações do Comportamento Alimentar possam acreditar que comer vai aliviar o *distress*, e sentem alívio momentâneo, experimentam um aumento no efeito negativo depois de comerem (Apple & Agras, 1997 citados em Baer, Fischer & Huss, 2005). Este padrão sugere claramente que a alimentação não é uma estratégia eficaz a longo prazo para lidar com emoções negativas, mas, em vez disso, é usada a curto prazo como evitamento experiencial.

A terapia da Aceitação e Compromisso é baseada no modelo de evitamento experiencial, o que sugere que muitas formas de comportamento desadaptativo estão relacionadas com as tentativas de evitar ou fugir de experiências internas aversivas. O ACT enfatiza a aceitação sem julgamento de pensamentos e sentimentos, ao mesmo tempo que muda o comportamento em direção aos objetivos e diretrizes de vida (Baer, Fischer & Huss, 2005).

II - Objectivos

Como constatado através do enquadramento concetual, o traço de perfeccionismo e a autoapresentação perfeccionista são considerados como aspetos associados à sintomatologia psicopatológica em geral, com especial atenção nas Perturbações do Comportamento Alimentar (e.g. Ashby, Kottman & Schoen, 1998; McGee et al, 2005), sendo, por isso mesmo, essencial a sua deteção e intervenção precoce, com o objetivo de evitar o desajustamento pessoal e social subsequente, e contribuir para uma qualidade de vida adequada (Cash, 2004). Todavia, apesar da elevada investigação em torno disto, existem poucos estudos quando se fala de comparar a população masculina da população feminina, uma vez que a associação entre o traço perfeccionismo e a autapresentação perfeccionista

com a psicopatologia tem sido mais estudada em amostras clínicas e não clínicas do género feminino, ou amostras não clínicas do género feminino; ou seja, raramente esta ligação foi examinada entre géneros (e.g. Macedo et al, 2007). Para além de poucos estudos relativos a esta problemática, muito menos estudos se encontram quando se junta o construto da flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal. Alguns estudos sugerem que a flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal possa desempenhar um fator de prevenção e tratamento de comportamentos desadequados (e.g. dietas), e que intervenções neste campo se baseiem na aceitação (e.g. ACT).

Estes construtos podem contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno perfeccionismo na explicação dos sintomas relacionados com a patologia alimentar, e ainda na compreensão da importância da flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal neste processo, sendo por isso, relevante o seu estudo.

2.1. Estudo 1. Comparação por género nas variáveis do traço perfeccionismo, autoapresentação perfeccionista, comparação social, aceitação da imagem corporal e na sintomatologia psicopatológica geral e alimentar.

Perante o relato em cima, o presente estudo tem como principal objetivo estudar as diferenças entre géneros, nas medidas de traço do perfeccionismo (medido através do FMPS), autoapresentação perfeccionista (medida através do PSPS), comparação social (medida através do SCRS), flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal (medida através do BI-AAQ), sintomatologia psicopatológica geral (medida através do DASS) e alimentar (medida através das subescalas Procura da Magreza, Insatisfação Corporal e Bulimia do EDI), por género. Assim, propõe-se estudar e comparar um grupo do género masculino, com um grupo do género feminino, da população em geral, de modo a explorar possíveis diferenças entre os grupos (género masculino e género feminino) nas escalas e respetivas subescalas mencionadas anteriormente.

2.2. Estudo 2. Relação entre as medidas em estudo. Papel das dimensões do traço perfeccionismo e das facetas da autoapresentação perfeccionista na explicação da Insatisfação Corporal e da Procura da Magreza, por género.

Os objetivos do presente estudo prendem-se com a análise da associação entre o traço perfeccionismo (medido através do FMPS), a autoapresentação perfeccionista (medida através do PSPS), a comparação social (medida através do SCRS), a sintomatologia psicopatológica geral (medida através do DASS) e alimentar (medida através das subescalas Procura da Magreza, Insatisfação Corporal e Bulimia do EDI), por género. Esta análise pretendia testar em que medida o traço e a autoapresentação perfeccionista se relacionava com a sintomatologia psicopatológica geral (i.e. depressão, ansiedade e stress) e alimentar (i.e. procura da magreza, insatisfação corporal e bulimia). Perante os resultados das correlações entre estas variáveis, pretendeu-se, numa segunda fase, explorar o contributo das dimensões do traço perfeccionismo e das facetas da autoapresentação

perfeccionista na explicação da insatisfação corporal e da procura da magreza, por género.

2.3. Estudo 3. Relação entre a aceitação da imagem corporal e a sintomatologia psicopatológica geral e alimentar, por género.

O objetivo do presente estudo prende-se com a análise da associação entre a medida de flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal (medida através do BIAAQ), e a comparação social (medida através do SCRS), a sintomatologia psicopatológica geral (medida através do DASS) e a alimentar (medida através das subescalas Procura da Magreza, Insatisfação Corporal e Bulimia do EDI), por género. Nesta análise, pretendia-se, como objectivo principal, explorar a relação entre a aceitação da imagem corporal e a sintomatologia psicopatológica geral e alimentar, por género.

2.4. Estudo 4. Efeito de mediação da flexibilidade cognitiva e aceitação da imagem corporal na relação entre a autoapresentação perfeccionista e a insatisfação corporal, e entre a autoapresentação perfeccionista e a procura da magreza, por género.

O objetivo do presente estudo pretendeu demonstrar a importância do construto de flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal, e a sua pertinência no tratamento das Perturbações do Comportamento Alimentar. Assim procuramos explorar qual o papel deste construto na relação entre a autoapresentação perfeccionista e a insatisfação corporal e, ainda na relação entre a autoapresentação perfeccionista e a procura da magreza, em análises separadas para o grupo do género masculino e feminino. Espera-se que a autoapresentação perfeccionista, em geral, seja fator preditor de insatisfação corporal e procura da magreza, no grupo do género masculino e feminino, e, ainda, que a aceitação da imagem corporal medeie essas relações, em ambos os grupos.

III - Metodologia

3.1. Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 420 estudantes, dos quais 206 (49%) são do sexo masculino e 214 (51%) são do sexo feminino. As idades variam no intervalo de 13 a 38 de anos, sendo a média de idades 18.35 ($DP = 3.68$). Os anos de escolaridade variam entre 6 e 16, com uma média de 11.29 ($DP = 2.70$). Recorrendo ao teste t de Student, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que concerne às variáveis demográficas da idade ($t_{(95)} = -0.016$; $p = 0.99$) e dos anos de escolaridade ($t_{(95)} = -1.868$; $p = 0.06$). Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes são solteiros, assim como a maioria vive com os pais e irmãos. O nível socioeconómico é maioritariamente baixo (Tabela 1).

Tabela 1. Características demográficas da amostra.

	Homens (n = 206)		Mulheres (n = 214)		Total (n= 420)	
	n	%	n	%	n	%
Estado Civil						
Solteiro	205	99.5	211	98.6	416	99
Casado	1	0.5	3	1.4	4	1
Agregado						
Sozinho	4	1.9	5	2.3	9	2.1
Pais	81	39.3	61	28.5	142	33.8
Pais e Irmãos	98	47.6	113	52.8	211	50.2
Pais, Irmãos e Avós	5	2.4	6	2.8	11	2.6
Marido/Mulher e Filhos	1	0.5	2	0.9	3	0.7
Outros	8	3.9	20	9.3	28	6.7
Profissão Pai						
Nível Baixo	82	39.8	91	42.5	173	41.2
Nível Médio	90	43.7	78	36.4	168	40
Nível Alto	4	1.9	2	0.9	6	1.4
Outros	24	11.7	26	12.1	50	11.9
Profissão Mãe						
Nível Baixo	107	51.9	100	46.7	207	49.3
Nível Médio	55	26.7	59	27.6	114	27.1
Nível Alto	-		3	1.4	3	0.7
Outros	35	17	44	20.6	79	18.8
	Homens		Mulheres			
	M	DP	M	DP		
Idade	18.35	3.78	18.36	3.60		
Escolaridade	11.04	2.61	11.53	2.76		

Nota. M= média; DP=desvios-padrão; n= número de sujeitos; % percentagem

3.2 Medidas

Com o intuito de levar a cabo a presente investigação, recorreu-se a uma bateria de instrumentos de autoresposta (ver Anexos) os instrumentos utilizados serão apresentados a seguir.

Social Comparison Rating Scale (SCRS; Allan & Gilbert, 1995; traduzida e adaptada por Gato, 2003). A escala é uma medida de 11 itens de auto-relato que avalia a percepção dos indivíduos acerca da sua auto-classificação quando comparados socialmente com os outros. Usa-se uma metodologia diferencial semântica, onde o indivíduo é questionado acerca da classificação que dá a si próprio numa escala de 10 pontos, variando as extremidades entre dois opostos (e.g. “inferior-superior”). A escala mostra boa estabilidade temporal, convergente e validade discriminante e o coeficiente de confiabilidade interna entre .90 e .91 para a população estudantil. No presente estudo também se revela uma boa consistência interna sendo o alfa para a escala total de 0.89 e para as subescalas hierarquia .81 e ajustamento .70.

Eating Disorders Inventory (EDI; Garner, Olmsted & Polivez, 1983; versão portuguesa de Machado, Gonçalves, Martins & Soares, 2001). Medida abrangente de autoavaliação dos traços psicológicos e comportamentais em distúrbios alimentares. É um questionário de auto-relato, composto por 64 itens, em que as respostas variam entre “sempre” e “nunca”, compreendendo oito subescalas: a procura da magreza, bulimia, insatisfação corporal, ineficácia, perfeccionismo, desconfiança interpessoal, consciência interoceptiva e medo da maturidade. No presente estudo, concentramo-nos nas subescalas Procura de Magreza, Bulimia e Insatisfação Corporal, uma vez que estas estão claramente ligadas à sintomatologia alimentar. A versão portuguesa do inventário demonstra uma boa consistência interna nestas subescalas: .91 para a procura da magreza, .81 para a bulimia e .91 para a insatisfação corporal. Neste estudo os alfas de Cronbach encontrados foram de .70 procura da magreza, .65 bulimia e .84 insatisfação corporal.

Body Image-Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ; Sandoz et al, 2009; traduzido e adaptado por Ferreira, Pinto Gouveia & Duarte, 2011). Esta escala mede a flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal. Os indivíduos deverão avaliar o grau de veracidade que cada afirmação tem para eles próprios, para isso é utilizada uma escala do tipo de Likert variando de 1 a 7 (“nunca verdadeiro” a “sempre verdadeiro”, respetivamente). A versão é composta por 12 itens e mostra ter boa validade convergente e divergente e consistência interna (.95). Neste estudo obteve-se um alpha de Cronbach de .92.

Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS; Frost et al, 1990;). Esta escala tem 36 itens que avaliam seis dimensões do perfeccionismo: padrões pessoais, preocupações com os erros, dúvidas acerca da ação, expetativas parentais, criticismo parental e organização. Esta medida mostra boa consistência interna, sendo os alpha de Cronbach para a escala total de .90, .88 para a preocupação com os erros, .83 para padrões pessoais, .84 para expetativas parentais, .84 de criticismo parental, .77 para dúvidas acerca da ação e .93 para organização. Também neste estudo os alphas de Cronbach foram de .91 para a escala total e .83 para preocupação com os erros, .72 para padrões pessoais, .77 para expetativas parentais, .70 para criticismo parental, .70 para dúvidas acerca da ação e .70 para organização.

Perfectionistic Self-Presentation Scale (PSPS; Hewitt et al 2003). Esta escala mede a dimensão interpessoal do perfeccionismo: autoapresentação perfeccionista, composta por 27 itens que foram construídos em formato reverso e não reverso, e as repostas do tipo Likert de 1 a 7 (“discordo completamente” a “concordo respectivamente”, respetivamente). Inclui três facetas, a autopromoção perfeccionista, a ocultação das imperfeições e a não-revelação das imperfeições. A escala possui validade discriminativa, convergente e temporal e uma boa consistência interna,

sendo os alfas de .86 para a autopromoção perfeccionista, .83 para a ocultação das imperfeições e .78 para a não-revelação das imperfeições. No presente estudo os alphas de Cronbach foram de .90 para a escala total, e para as facetas .83, .83 e .75, respetivamente.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – 21 (EADS-21; Loviband & Loviband, 1995; traduzido e adaptado para Português por Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Esta escala é uma versão breve do EADS-42, portanto com 21 itens. Trata-se de um questionário de autoavaliação, com respostas do tipo Likert numa escala de 0 a 3 (“não se aplicou nada a mim” até a “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”), avaliando três dimensões distintas: Ansiedade, Depressão e *Stress*. Deste modo é uma boa medida para avaliar a sintomatologia psicopatológica geral. A versão portuguesa desta escala apresenta boa confiabilidade interna para as três subescalas, .74 para a ansiedade (.83 na versão de 14 itens); .85 para a depressão (.93 na versão de 14 itens); e .81 e para o *stress* (.88 na versão de 14 itens). Neste estudo obtiveram alfas de Cronbach de .83 para a ansiedade .87 para a depressão, e .84 para o *stress*.

3.3. Procedimento

Os participantes foram recrutados do Agrupamento de Escolas de Trancoso, Guarda, e do ensino superior da Universidade de Coimbra, nomeadamente alunos do curso de Arquitectura, da Universidade da Beira Interior, alunos dos cursos de engenharias e do Instituto Politécnico da Guarda alunos dos cursos de Enfermagem, Farmácia e Desporto. As instituições envolvidas foram contactadas, os objetivos do estudo esclarecidos e as autorizações obtidas de modo a assegurar a participação voluntária dos sujeitos.

Todos os participantes responderam a uma bateria de questionários de auto-relato que avaliam a comparação social (*Social Comparison Rating Scale*), a sintomatologia psicopatológica alimentar (*Eating Disorders Inventory*), a flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal (*Body Image-Acceptance and Action Questionnaire*), o traço perfeccionismo (*Frost Multidimensional Perfectionism Scale*), a autoapresentação perfeccionista (*Perfectionistic Self-Presentation Scale*), e a sintomatologia psicopatológica geral (*Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – 21*).

Os participantes foram ainda esclarecidos acerca dos procedimentos anteriormente descritos, dos objetivos gerais do estudo e informados que as suas respostas eram confidenciais.

IV - Resultados

4.1. Estudo 1. Comparação por género nas variáveis do traço perfeccionismo, autoapresentação perfeccionista, comparação social, aceitação da imagem corporal e na sintomatologia psicopatológica geral e alimentar.

Neste estudo procurou-se explorar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em estudo: género

masculino e género feminino, em relação ao traço perfeccionismo (medido através do FMPS), à autoapresentação perfeccionista (medida através do PSPS), à comparação social (medida através do SCRS), à aceitação da imagem corporal (medida através do BI-AAQ) e à sintomatologia psicopatológica geral (medida através do DASS) e alimentar (medida através das subescalas Procura da Magreza, Bulimia e Insatisfação Corporal do EDI).

Para a comparação das diferenças entre o grupo do género masculino e o grupo do género feminino, recorreu-se à análise do teste *t* de Student para amostras independentes (*Independent Samples Test*), sendo que, para tal, foi utilizada a versão 17 do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Tabela 2 – Médias (M) e Desvios-Padrão (DP) das medidas em estudo e respetivas subescalas, por género, para verificação de diferenças.

	Sexo Feminino <i>n</i> = 214		Sexo Masculino <i>n</i> = 206		<i>t</i>	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
FMPS						
Preocupação com os Erros	22.95	6.46	24.11	6.72	1.79	.074
Padrões Pessoais	22.24	4.34	23.19	4.36	2.23	.027
Expectativas Parentais	14.44	4.26	15.54	4.17	2.65	.008
Criticismo Parental	8.78	3.38	10.18	3.44	4.18	.000
Dúvida	11.66	2.99	11.67	3.24	-.01	.990
Organização	21.64	3.47	20.74	4.14	-2.42	.016
Total	80.07	16.84	84.67	17.12	2.76	.006
PSPS						
Auto-promoção	39.50	9.66	41.32	9.59	1.90	.058
Não-revelação Imperfeições	40.22	10.20	40.79	9.81	.57	.569
Ocultação das Imperfeições	25.73	6.80	26.22	7.11	.70	.485
Total	105.45	24.45	108.33	23.96	1.19	.234
SCRS						
Hierarquia	30.30	6.40	31.95	5.43	2.85	.005
Ajustamento	20.50	4.80	20.47	4.45	-.08	.940
Total	69.93	14.00	72.18	12.61	1.75	.081
BIAAQ						
	60.34	14.67	67.08	14.02	4.80	.000
DASS						
Depressão	5.19	4.42	4.67	4.16	-1.25	.214
Ansiedade	4.79	4.05	4.73	4.11	-.14	.889
Sress	7.65	4.19	6.01	4.01	-4.07	.000
EDI						
Procura da Magreza	3.09	3.66	1.74	2.27	-4.53	.000
Bulimia	.91	1.94	1.12	2.03	1.11	.269
Insatisfação Corporal	5.99	5.61	3.43	3.77	-5.45	.000

Nota. $p < .05$. FMPS = Frost Multidimensional Perfectionism Scale; PSPS= Perfectionistic Self-Presentation Scale; SCRS = Social Comparison Rating Scale; BI-AAQ= Body Image-Acceptance and Action Questionnaire; DASS= Depression, Anxiety and Stress Scale-21; EDI= Eating Disorders Inventory.

Na tabela 2 são apresentadas as estatísticas descritivas para o grupo do género masculino e feminino nas medidas em estudo.

Relativamente ao traço perfeccionismo, os grupos em estudo apresentam diferenças estatisticamente entre si nas subescalas padrões

personais, expectativas parentais, criticismo parental e organização do FMPS e no seu total, sendo que, à exceção da subescala organização, o grupo do género masculino apresenta valores médios superiores comparativamente ao feminino.

No que concerne à expressão interpessoal do perfeccionismo (i.e. autoapresentação perfeccionista), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas subescalas do PSPS e o total, entre géneros.

No que diz respeito à medida de comparação social, verificou-se que existe diferenças significativas entre géneros na subescala hierarquia do SCRS, sendo que o grupo do género masculino apresenta pontuações médias mais elevadas comparativamente com o grupo do género feminino.

De igual modo, na medida de flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal é possível verificar que os dois grupos em estudo apresentam diferenças entre si, sendo que o grupo que apresenta valores médios mais elevados é o do género masculino.

Na medida de sintomatologia psicopatológica geral, verificou-se que das três subescalas do DASS, apenas na subescala *stress* foram encontradas diferenças significativas entre géneros. Na subescala *stress* o grupo do género feminino apresenta valores médios superiores comparativamente com o grupo do género masculino.

Por fim, no que diz respeito à sintomatologia psicopatológica alimentar, verificou-se a existência de diferenças significativas nas subescalas procura da magreza e insatisfação corporal do EDI, sendo que o grupo que apresenta valores médios superiores é o do género feminino.

4.2. Estudo 2. Relação entre as medidas em estudo. Papel das dimensões do traço perfeccionismo e das facetas da autoapresentação perfeccionista na explicação da Insatisfação Corporal e da Procura da Magreza, por género.

Numa fase inicial deste estudo, foi realizado o cálculo dos coeficientes de correlação de Pearson, através da versão 17 do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), com o objetivo de estudar as possíveis relações entre as dimensões do traço perfeccionismo (subescalas do FMPS e total), a autoapresentação perfeccionista (subescalas do PSPS e total), o SCRS, a sintomatologia psicopatológica geral (depressão, ansiedade e *stress* do DASS), e alimentar (subescalas procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal do EDI), por género (ver matriz 1 e 2, respetivamente para o grupo do género masculino e o grupo do género feminino).

Na análise dos coeficientes de correlação, a magnitude de correlação foi classificada segundo Pestana & Gageiro (2008), como muito baixa se o coeficiente de correlação for menor que .2; baixa se estiver entre .2 e .39; moderada se estiver entre 0,4 e 0,69; alta se estiver entre .7 e .89; e muito alta estiver entre .9 e 1.

Relação do traço perfeccionismo com a comparação social e a sintomatologia psicopatológica geral e alimentar, por género.

Para o grupo do género masculino (ver matriz 1), verificou-se correlações positivas e significativas entre as subescalas padrões pessoais, expectativas parentais, criticismo parental do FMPS e o total, e a subescala hierarquia do SCRS, variando as magnitudes entre muito baixas e baixas. A subescala padrões pessoais está ainda associada significativamente com a subescala ajustamento do SCRS e o total, numa magnitude que varia entre muito baixa a baixa, respetivamente.

No que concerne à medida do traço perfeccionismo, verificou-se que as subescalas do FMPS e o total, à exceção da organização, se correlacionam positiva e significativamente com as subescalas do DASS, com uma magnitude que varia entre muito baixa a baixa. Sendo que, as dimensões preocupação com os erros, criticismo parental do FMPS e o total são as que se relacionam com a subescala depressão numa magnitude mais elevada. Não foram encontradas, também, correlações significativas entre os padrões pessoais e a Ansiedade.

No que diz respeito às subescalas do EDI relacionadas com a vulnerabilidade à patologia alimentar, verificou-se que em relação à procura da magreza esta se correlaciona positiva e significativamente com as subescalas preocupação com os erros, criticismo parental do FMPS e o total, numa magnitude muito baixa. Relativamente à subescala bulimia, esta revelou-se positiva e significativamente correlacionada com as subescalas preocupação com os erros, padrões pessoais, criticismo parental do FMPS e o total, com uma magnitude que varia entre muito baixa a baixa. Por último, verificou-se que as subescalas preocupação com os erros, criticismo parental do FMPS e o total se correlacionam positiva e significativamente com a insatisfação corporal, numa magnitude que varia entre muito baixa a baixa. Sendo que a dimensão preocupação com os erros é a que se relaciona com a subescala insatisfação corporal numa magnitude mais elevada.

Para o grupo do género feminino (ver matriz 2), no que diz respeito à medida de comparação social, verificou-se que a subescala hierarquia desta medida se correlaciona com as subescalas padrões pessoais e organização do FMPS, numa magnitude baixa. A subescala ajustamento do SCRS correlaciona-se negativa e significativamente com as subescalas preocupação com os erros, criticismo parental do FMPS e o total e positivamente com a subescala organização do FMPS, numa magnitude que varia entre muito baixa a baixa. E ainda, o total do SCRS negativa e significativamente com as subescalas preocupação com os erros e criticismo parental, e positivamente com a organização, numa magnitude baixa.

Relativamente à relação entre o traço perfeccionismo e a sintomatologia psicopatológica geral, verificou-se que as subescalas do FMPS e o total, à exceção da organização, se correlacionam positiva e significativamente com as três subescalas do DASS (i.e. depressão, ansiedade e *stress*) com magnitudes que variam entre baixa a moderada. No que concerne às subescalas do EDI relacionadas com a vulnerabilidade à patologia alimentar, estas revelaram correlacionarem-se positiva e significativamente com as subescalas do FMPS e o total, com exceção da subescala organização, numa magnitude que varia entre muito baixa a baixa.

Relação da autoapresentação perfeccionista com a comparação social e a sintomatologia psicopatológica geral e alimentar, por género.

Para o grupo do género masculino (ver matriz 1), verificou-se que as subescalas autopromoção perfeccionista, não-revelação das imperfeições do PSPS e o total se correlacionam positiva e significativamente com a subescala hierarquia do SCRS e o total, numa magnitude baixa.

Relativamente à relação entre a autoapresentação perfeccionista e a sintomatologia psicopatológica geral, verificou-se que, as subescalas do PSPS e o total estão positiva e significativamente correlacionadas com a medida do DASS, revelando uma correlação de magnitude baixa.

No que concerne à sua relação com as subescalas do EDI relacionadas com a vulnerabilidade à patologia alimentar, verificou-se que no que diz respeito à subescala procura da magreza esta apresenta correlações positivas e significativas com as subescalas PSPS e o total, numa magnitude muito baixa. Já referente à subescala bulimia, encontrou-se correlação positiva e significativa apenas com a subescala não-revelação das imperfeições do PSPS. Por último, a subescala insatisfação corporal apresenta correlações positivas e significativas com a ocultação das imperfeições do PSPS e o total. Para todas o nível de magnitude foi muito baixo.

No grupo do género feminino (ver matriz 2), verificou-se que a autoapresentação perfeccionista se correlaciona negativa e significativamente com a subescala ajustamento do SCRS. A subescala não-revelação das imperfeições apresenta correlações negativas e significativas com a subescala hierarquia do SCRS e o total.

Relativamente à sua relação com a sintomatologia psicopatológica geral, verificou-se que as subescalas do PSPS e o total se correlacionam positiva e significativamente com as três subescalas do DASS com magnitudes que variam entre baixa a moderada.

Do mesmo modo, as três subescalas do EDI relacionadas com a vulnerabilidade à patologia alimentar correlacionam-se positiva e significativamente com as subescalas do PSPS e o total, numa magnitude que varia entre muito baixa a moderada.

Relação da comparação social com a sintomatologia psicopatológica alimentar, por género.

No grupo do género masculino (ver matriz 1), a subescala ajustamento do SCRS correlaciona-se negativa e significativamente com as subescalas procura da magreza e insatiação corporal do EDI. Ainda foram encontradas correlações significativas entre a subescala hierarquia do SCRS e a subescala bulimia do EDI. Todas estas correlações obtiveram uma magnitude de correlação muito baixa.

Já para o grupo do género feminino (ver matriz 2) verificou-se que as subescalas do SCRS e o total se correlacionam negativa e significativamente com a subescala insatisfação corporal do EDI, numa magnitude baixa. Verificou-se, ainda, que a subescala hierarquia do SCRS se correlaciona negativa e significativamente com a procura da magreza e, de igual modo, a subescala ajustamento com a subescala bulimia, numa magnitude que varia entre muito baixa a baixa.

Matriz 1 – Correlações entre as medidas em estudo, no género masculino.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
FMPS																				
1 Preocupação com os erros	-																			
2 Padrões Pessoais	.49**	-																		
3 Expectativas Parentais	.55**	.51**	-																	
4 Criticismo Parental	.60**	.33**	.55**	-																
5 Dúvida	.65**	.30**	.40**	.45**	-															
6 Organização	.20**	.42**	.37**	.20**	.10	-														
7 Total	.89**	.69**	.77**	.74**	.71**	.34**	-													
PSPS																				
8 Auto-promoção perfeccionista	.43**	.47**	.49**	.44**	.31**	.37**	.55**	-												
9 Ocultação das imperfeições	.48**	.46**	.45**	.52**	.39**	.36**	.59**	.78**	-											
10 Não-revelação das imperfeições	.44**	.45**	.47**	.53**	.28**	.30**	.56**	.66**	.71**	-										
11 Total	.50**	.51**	.52**	.55**	.37**	.39**	.63**	.92**	.93**	.85**	-									
SCRS																				
12 Hierarquia	.09	.19**	.21**	.17*	-.08	0.08	.16*	.21**	.11	.23**	.20**	-								
13 Ajustamento	.00	.19**	.09	-.04	-.06	.15*	.06	.12	.10	.12	.12	.59**	-							
14 Total	.07	.21**	.16*	.10	-.06	.12	.13	.21**	.13	.21**	.20**	.90**	.84**	-						
DASS																				
15 Depressão	.33**	.15*	.22**	.39**	.28**	.11	.36**	.37**	.32**	.36**	.39**	-.01	-.12	-.07	-					
16 Ansiedade	.24**	.10	.16*	.32**	.25**	.06	.27**	.35**	.31**	.32**	.36**	-.04	-.10	-.08	.79**	-				
17 Stress	.18**	.16*	.17*	.27**	.19**	.09	.25**	.29**	.24**	.24**	.28**	.04	-.06	-.01	.74**	.77**	-			
EDI																				
18 Procura da Magreza	.17*	.10	.09	.17*	.09	.00	.17*	.16*	.19**	.17*	.19**	-.06	-.16*	-.12	.19**	.18*	.22**	-		
19 Bulimia	.15*	.15*	.12	.25**	.10	-.08	.19**	.07	.11	.14*	.11	.16*	.02	.12	.16*	.03	.07	.18**	-	
20 Insatisfação Corporal	.24**	.03	.06	.17*	.13	-.07	.18*	.12	.14*	.14	.15*	-.09	-.16*	-.13	.25**	.21**	.25**	.50**	.22**	-

Nota. *p<0.05; **p<0.01

Matriz 2 – Correlações entre as medidas em estudo, no género feminino.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
FMPS																				
1 Preocupação com os erros	-																			
2 Padrões Pessoais	.56**	-																		
3 Expectativas Parentais	.51**	.53**	-																	
4 Criticismo Parental	.62**	.30**	.57**	-																
5 Dúvida	.59**	.45**	.35**	.50**	-															
6 Organização	.20**	.45**	.11	-.03	.19**	-														
7 Total	.89**	.75**	.76**	.75**	.71**	.25**	-													
PSPS																				
8 Auto-promoção perfeccionista	.60**	.40**	.41**	.46**	.46**	.13	.61**	-												
9 Ocultação das imperfeições	.61**	.42**	.36**	.43**	.51**	.12	.61**	.79**	-											
10 Não revelação das imperfeições	.55**	.33**	.33**	.43**	.44**	.03	.54**	.75**	.72**	-										
11 Total	.65**	.42**	.41**	.48**	.52**	.11	.65**	.93**	.93**	.87**	-									
SCRS																				
12 Hierarquia	-.11	.20**	.07	-.12	-.10	.21**	-.02	-.09	-.08	-.21**	-.13	-								
13 Ajustamento	-.29**	.00	-.11	-.25**	-.14*	.19**	-.21**	-.21**	-.20**	-.29**	-.25**	.68**	-							
14 Total	-.22**	.10	-.01	-.21**	-.12	.20**	-.12	-.13	-.13	-.26**	-.18*	.93**	.87**	-						
DASS																				
15 Depressão	.49**	.27**	.31**	.41**	.43**	-.01	.49**	.39**	.42**	.46**	.46**	-.09	-.28**	-.18**	-					
16 Ansiedade	.49**	.43**	.37**	.38**	.43**	.05	.55**	.36**	.36**	.41**	.41**	.03	-.18**	-.06	.71**	-				
17 Stress	.40**	.37**	.29**	.31**	.35**	.08	.45**	.28**	.30**	.34**	.33**	.01	-.17*	-.08	.70**	.80**	-			
EDIS																				
18 Procura da Magreza	.29**	.27**	.23**	.25**	.25**	.07	.33**	.37**	.31**	.45**	.40**	-.14*	-.09	-.15*	.24**	.24**	.25**	-		
19 Bulimia	.22**	.16*	.23**	.28**	.22**	-.12	.28**	.26**	.18**	.23**	.24**	-.06	-.18**	-.12	.32**	.23**	.27**	.20**	-	
20 Insatisfação Corporal	.38**	.15*	.21**	.36**	.37**	-.08	.38**	.38**	.36**	.44**	.42**	-.29**	-.26**	-.32**	.30**	.18**	.21**	.53**	.39**	-

Nota. *p<0.05; **p<0.01

Relação da sintomatologia psicopatológica alimentar com a sintomatologia psicopatológica geral, por género.

Através da análise de correlações, verificou-se para o grupo do género masculino (ver matriz 1), que as subescalas do EDI relacionadas com a vulnerabilidade à patologia alimentar, correlacionam-se positiva e significativamente com a medida do DASS, numa magnitude que varia entre muito baixa a baixa, à exceção da bulimia que apenas se correlaciona positivamente com a depressão.

Para o grupo do género feminino (ver matriz 2), as subescalas do EDI relacionadas com a vulnerabilidade à patologia alimentar, correlacionam-se positiva e significativamente com a medida do DASS numa magnitude que varia entre muito baixa a baixa.

Numa segunda etapa, foram efetuados estudos de regressão para a investigar o papel do traço perfeccionismo (medido pelas subescalas do FMPS), e da autoapresentação perfeccionista (medida pelas subescalas do PSPS), na explicação da insatisfação corporal e procura da magreza, por género.

Papel das dimensões do traço perfeccionismo e das facetas da autoapresentação perfeccionista na explicação da Insatisfação Corporal e da Procura da Magreza, por género.

Para além das correlações já apresentadas no ponto anterior, foram realizadas regressões lineares múltiplas por blocos (método *enter*), para perceber o contributo das dimensões do traço perfeccionismo e das facetas da autoapresentação perfeccionista na explicação da insatisfação corporal e da procura da magreza, por género. As análises estão organizadas para o traço perfeccionismo e para a autoapresentação perfeccionista, por género, uma vez que o objetivo principal é salientar as diferenças entre os géneros. Os possíveis preditores que entraram nos modelos foram as variáveis que se correlacionavam significativamente com a insatisfação corporal e com a procura da magreza.

Papel das dimensões do traço perfeccionismo na explicação da Insatisfação corporal, por género.

Como se pode verificar na tabela 5, para o grupo do género masculino, os resultados da regressão revelaram que o modelo foi significativo ($F(2,197) = 6.242; p < .01$), no entanto, só explica 5.0% da variância da insatisfação corporal. Na análise dos coeficientes verificou-se que apenas a dimensão preocupação com os erros revelou ser uma variável preditora significativa ($\beta = .124; p < .05$). Deste modo, a variável que contribui para a explicação da insatisfação corporal é a subescala preocupação com os erros do FMPS.

Tabela 5 – Análise de regressão múltipla por blocos para as dimensões do traço perfeccionismo, sobre a insatisfação corporal, no género masculino.

V.D.	V.I.	B	T	P	F	ρ	R^2 Ajustado
Insatisfação Coporal	Preocupação com os erros	.124	2.505	.013	6.24	.002	.05
Insatisfação Coporal	Criticismo Parental	.045	.473	.636			

No que diz respeito ao grupo do género feminino, como se poderá verificar na tabela 6, os resultados da regressão revelaram que o modelo foi significativo ($F(5,205) = 10.442$; $p < .001$), contribuindo para 18.3% da variância da insatisfação corporal. Neste modelo foram introduzidas todas as dimensões traço perfeccionismo (FMPS), com exceção da organização, como possíveis predictoras da insatisfação corporal.

Na análise dos coeficientes verificou-se que, por ordem de grandeza de contribuição, a subescala preocupação com os erros ($\beta = .202$; $p < .05$) e a dúvida ($\beta = .383$; $p < .05$) do FMPS, revelaram ser variáveis predictoras. Deste modo, a preocupação com os erros e a dúvida contribuem significativamente para a explicação da insatisfação corporal.

Tabela 6 - Análise de regressão múltipla por blocos para as dimensões do traço perfeccionismo, sobre a insatisfação corporal, no género feminino.

V.D.	V.I.	β	t	P	F	ρ	R^2 Ajustado
Insatisfação Coporal	Preocupação com os erros	.202	2.43	.016	10.44	.000	.183
Insatisfação Coporal	Padrões Pessoais	-.132	-1.22	.224			
Insatisfação Coporal	Expectativas Parentais	-.032	-.28	.782			
Insatisfação Coporal	Criticismo Parental	.272	1.80	.073			
Insatisfação Coporal	Dúvida	.383	2.53	.012			

Papel das facetas do autoapresentação perfeccionista na explicação da Insatisfação corporal, por género.

Como se pode verificar na tabela 7, para o grupo do género masculino, os resultados da regressão revelaram que o modelo produzido foi significativo ($F(1,191) = 3.951$; $p < .05$), contribuindo para 1.5% da variância da insatisfação corporal. Uma vez que apenas a subescala do PSPS se correlaciona significativamente com a insatisfação corporal, foi a única variável a ser introduzida no modelo, sendo que esta revelou ser um predictor significativo ($\beta = .055$; $p < 0.05$) na explicação da insatisfação corporal no grupo do género masculino.

Tabela 7 – Análise de regressão múltipla por blocos para as facetas da auto-apresentação perfeccionista, sobre a insatisfação corporal, no género masculino.

V.D.	V.I.	β	T	P	F	ρ	R^2 Ajustado
Insatisfação Coporal	Autopromoção	.055	1.99	.048	3.95	.048	.015

Nota. autopromoção= subescala autopromoção perfeccionista do PSPS.

No que diz respeito ao grupo do género feminino, como se poderá verificar na tabela 8, os resultados da regressão revelaram que o modelo foi significativo ($F(3,204) = 17.04$; $p < .001$), contribuindo para 18.9% da variância da insatisfação corporal. Neste modelo foram introduzidas as três facetas da autoapresentação perfeccionista do PSPS), como possíveis variáveis preditoras da insatisfação corporal. Na análise dos coeficientes verificou-se, que apenas a subescala não-revelação das imperfeições revelou ser um preditor significativo para a explicação da insatisfação corporal ($\beta = .284$; $p = .001$).

Tabela 8 – Análise de regressão múltipla por blocos para as facetas da auto-apresentação perfeccionista, sobre a insatisfação corporal, no género feminino.

V.D.	V.I.	B	T	P	F	ρ	R^2 Ajustado
Insatisfação Coporal	Autopromoção	.049	.746	.457	17.04	.000	.189
Insatisfação Coporal	Ocultação	.025	.424	.672			
Insatisfação Coporal	Não-revelação	.284	3.486	.001			

Nota. autopromoção= subescala autopromoção perfeccionista; ocultação= subescala ocultação das imperfeições; não-revelação= subescala não-revelação das imperfeições do PSPS.

Papel das dimensões do traço perfeccionismo na explicação da Procura da Magreza, por género.

Como se poderá verificar na tabela 9, para o grupo do género masculino, os resultados da regressão revelaram que o modelo foi significativo ($F(2,196) = 3.770$; $p < .05$), no entanto, apenas explica 2.70% da variância da procura da magreza. Embora o modelo produzido se tenha revelado significativo, verificou-se que nenhuma das variáveis preditoras (i.e. subescala preocupação com os erros e criticismo parental do FMPS) foram significativos para a explicação da procura da magreza nos homens.

Tabela 9 - Análise de regressão múltipla por blocos para as dimensões do traço perfeccionismo, sobre a procura da magreza, no género masculino.

V.D.	V.I.	B	T	P	F	ρ	R^2 Ajustado
Procura da Magreza	Preocupação com os erros	.036	1.201	.231	3.77	.025	.027
Procura da Magreza	Criticismo Parental	.073	1.244	.215			

De igual modo, para o grupo do género feminino, como se poderá verificar na tabela 10, o modelo mostrou-se significativo ($F(5,206) = 5.265$; $p < .001$) contribuindo para 9.2% da variância da procura da magreza. Apesar disto, na análise dos coeficientes verificou-se que nenhum preditor (i.e. as subescalas preocupação com os erros, padrões pessoais, expectativas parentais, criticismo parental e dúvida do FMPS) foi significativo para a explicação da procura da magreza nas mulheres.

Tabela 10 - Análise de regressão múltipla por blocos para as dimensões do traço perfeccionismo, sobre a procura da magreza, no género feminino

V.D.	V.I.	B	T	P	F	ρ	R^2 Ajustado
Procura da Magreza	Preocupação com os erros	.054	.940	.348	5.265	.000	.092
Procura da Magreza	Padrões Pessoais	.118	1.571	.118			
Procura da Magreza	Expectativas Parentais	.028	.360	.719			
Procura da Magreza	Criticismo Parental	.094	.904	.367			
Procura da Magreza	Dúvida	.098	.937	.350			

Papel das facetas do autoapresentação perfeccionista na explicação da procura da magreza, por género.

Através da análise da tabela 11, verifica-se que os resultados da regressão, para o grupo do género masculino, revelaram que o modelo produzido não foi significativo ($F(3,189) = 2.540$; $p = .058$) para a explicação da procura da magreza. Para este modelo foram contempladas as três facetas da autoapresentação perfeccionista do PSPS.

Tabela 11 – Análise de regressão múltipla por blocos para as facetas da auto-apresentação perfeccionista, sobre a procura da magreza, no género masculino.

V.D.	V.I.	B	T	P	F	ρ	R^2 Ajustado
Procura da Magreza	Autopromoção	.006	.209	.835	2.540	0.058	.023
Procura da Magreza	Ocultação	.028	.946	.345			
Procura da Magreza	Não-revelação	.023	.697	.487			

Nota. autopromoção= subescala autopromoção perfeccionista; ocultação= subescala ocultação das imperfeições; não-revelação= subescala não-revelação das imperfeições do PSPS.

No que diz respeito à amostra do grupo do género feminino, como se poderá verificar na tabela 12, os resultados da regressão revelaram que o modelo foi significativo ($F(3,204) = 17.86$; $p < .001$), contribuindo 19.6% para

a variância da procura da magreza. Neste modelo, foram introduzidas as três facetas da autoapresentação perfeccionista, como possíveis variáveis preditoras da insatisfação corporal. Na análise dos coeficientes verificou-se, que apenas a faceta não-revelação das imperfeições revelou ser um preditor significativo para a explicação da procura da magreza ($\beta = .223$; $p < .001$).

Papel das facetas do autoapresentação perfeccionista na explicação da Insatisfação corporal, por género.

Como se pode verificar na tabela 7, para o grupo do género masculino, os resultados da regressão revelaram que o modelo produzido foi significativo ($F(1,191) = 3.951$; $p < .05$), contribuindo para 1.5% da variância da insatisfação corporal. Uma vez que apenas a subescala do PSPS se correlaciona significativamente com a insatisfação corporal, foi a única variável a ser introduzida no modelo, sendo que esta revelou ser um preditor significativo ($\beta = .055$; $p < 0.05$) na explicação da insatisfação corporal no grupo do género masculino.

Tabela 7 – Análise de regressão múltipla por blocos para as facetas da auto-apresentação perfeccionista, sobre a insatisfação corporal, no género masculino.

V.D.	V.I.	β	t	P	F	ρ	R^2 Ajustado
Insatisfação Coporal	Autopromoção	.055	1.99	.048	3.95	.048	.015

Nota. autopromoção= subescala autopromoção perfeccionista do PSPS.

No que diz respeito ao grupo do género feminino, como se poderá verificar na tabela 8, os resultados da regressão revelaram que o modelo foi significativo ($F(3,204) = 17.04$; $p < .001$), contribuindo para 18.9% da variância da insatisfação corporal. Neste modelo foram introduzidas as três facetas da autoapresentação perfeccionista do PSPS), como possíveis variáveis preditoras da insatisfação corporal. Na análise dos coeficientes verificou-se, que apenas a subescala não-revelação das imperfeições revelou ser um preditor significativo para a explicação da insatisfação corporal ($\beta = .284$; $p = .001$).

Tabela 8 – Análise de regressão múltipla por blocos para as facetas da auto-apresentação perfeccionista, sobre a insatisfação corporal, no género feminino.

V.D.	V.I.	B	T	P	F	ρ	R^2 Ajustado
Insatisfação Coporal	Autopromoção	.049	.746	.457	17.04	.000	.189
Insatisfação Coporal	Ocultação	.025	.424	.672			
Insatisfação Coporal	Não-revelação	.284	3.486	.001			

Nota. autopromoção= subescala autopromoção perfeccionista; ocultação= subescala ocultação das imperfeições; não-revelação= subescala não-revelação das imperfeições do PSPS.

Papel das dimensões do traço perfeccionismo na explicação da Procura da Magreza, por género.

Como se poderá verificar na tabela 9, para o grupo do género masculino, os resultados da regressão revelaram que o modelo foi significativo ($F(2,196) = 3.770$; $p < .05$), no entanto, apenas explica 2.70% da variância da procura da magreza. Embora o modelo produzido se tenha revelado significativo, verificou-se que nenhuma das variáveis preditoras (i.e. subescala preocupação com os erros e criticismo parental do FMPS) foram significativos para a explicação da procura da magreza nos homens.

Tabela 9 - Análise de regressão múltipla por blocos para as dimensões do traço perfeccionismo, sobre a procura da magreza, no género masculino.

V.D.	V.I.	B	T	P	F	ρ	R^2 Ajustado
Procura da Magreza	Preocupação com os erros	.036	1.201	.231	3.77	.025	.027
Procura da Magreza	Criticismo Parental	.073	1.244	.215			

De igual modo, para o grupo do género feminino, como se poderá verificar na tabela 10, o modelo mostrou-se significativo ($F(5,206) = 5.265$; $p < .001$) contribuindo para 9.2% da variância da procura da magreza. Apesar disto, na análise dos coeficientes verificou-se que nenhum preditor (i.e. as subescalas preocupação com os erros, padrões pessoais, expectativas parentais, criticismo parental e dúvida do FMPS) foi significativo para a explicação da procura da magreza nas mulheres.

Tabela 10 - Análise de regressão múltipla por blocos para as dimensões do traço perfeccionismo, sobre a procura da magreza, no género feminino

V.D.	V.I.	B	T	P	F	ρ	R^2 Ajustado
Procura da Magreza	Preocupação com os erros	.054	.940	.348	5.265	.000	.092
Procura da Magreza	Padrões Pessoais	.118	1.571	.118			
Procura da Magreza	Expectativas Parentais	.028	.360	.719			
Procura da Magreza	Criticismo Parental	.094	.904	.367			
Procura da Magreza	Dúvida	.098	.937	.350			

Papel das facetas do autoapresentação perfeccionista na explicação da procura da magreza, por género.

Através da análise da tabela 11, verifica-se que os resultados da regressão, para o grupo do género masculino, revelaram que o modelo produzido não foi significativo ($F(3,189) = 2.540$; $p = .058$) para a

explicação da procura da magreza. Para este modelo foram contempladas as três facetas da autoapresentação perfeccionista do PSPS.

Tabela 11 – Análise de regressão múltipla por blocos para as facetas da auto-apresentação perfeccionista, sobre a procura da magreza, no género masculino.

V.D.	V.I.	B	T	P	F	ρ	R^2 Ajustado
Procura da Magreza	Autopromoção	.006	.209	.835	2.540	0.058	.023
Procura da Magreza	Ocultação	.028	.946	.345			
Procura da Magreza	Não-revelação	.023	.697	.487			

Nota. autopromoção= subescala autopromoção perfeccionista; ocultação= subescala ocultação das imperfeições; não-revelação= subescala não-revelação das imperfeições do PSPS.

No que diz respeito à amostra do grupo do género feminino, como se poderá verificar na tabela 12, os resultados da regressão revelaram que o modelo foi significativo $F(3,204) = 17.86; p < .001$, contribuindo 19.6% para a variância da procura da magreza. Neste modelo, foram introduzidas as três facetas da autoapresentação perfeccionista, como possíveis variáveis preditoras da insatisfação corporal. Na análise dos coeficientes verificou-se, que apenas a faceta não-revelação das imperfeições revelou ser um preditor significativo para a explicação da procura da magreza ($\beta = .223; p < .001$).

Tabela 12 – Análise de regressão múltipla por blocos para as facetas da auto-apresentação perfeccionista, sobre a procura da magreza, no género feminino.

V.D.	V.I.	B	T	P	F	ρ	R^2 Ajustado
Procura da Magreza	Autopromoção	.052	1.221	.223	17.86	.000	.196
Procura da Magreza	Ocultação	-.034	-.889	.375			
Procura da Magreza	Não-revelação	.223	4.213	.000			

Nota. autopromoção= subescala autopromoção perfeccionista; ocultação= subescala ocultação das imperfeições; não-revelação= subescala não-revelação das imperfeições do PSPS.

4.3. Estudo 3. Relação entre a aceitação da imagem corporal e sintomatologia psicopatológica geral e alimentar, por género.

Para este estudo foi realizado o cálculo dos coeficientes de correlação de Pearson, através da versão 17 do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), com o objetivo de estudar as possíveis relações entre a flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal (BI-AAQ), a comparação social (SCRS), a sintomatologia psicopatológica geral (DASS 21), e alimentar (subescalas Procura da Magreza, Bulimia e Insatisfação Corporal do EDI), por género. Na matriz 3 e 4, respetivamente para o grupo

masculino e feminino, podem encontra-se todas as correlações entre os instrumentos e respectivas subescalas.

Na análise dos coeficientes de correlação, a magnitude de correlação foi classificada segundo Pestana & Gageiro (2008), como muito baixa se o coeficiente de correlação for menor que .2; baixa se estiver entre .2 e .39; moderada se estiver entre 0,4 e 0,69; alta se estiver entre .7 e .89; e muito alta estiver entre .9 e 1.

Relação da flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal com a compração social, a sintomatologia psicopatológica e a vulnerabilidade à patologia alimentar, por género.

De acordo com os dados apresentados na matriz 3, podemos afirmar que, para o grupo do género masculino, a medida da flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal (BIAAQ) não apresenta correlações significativas com as subescalas do SCRS e o total. No que concerne à sua relação com a sintomatologia psicopatológica geral, verificou-se que o BIAAQ se correlaciona negativa e significativamente com todas as subescalas do DASS numa magnitude baixa. De igual modo, correlaciona-se negativa e significativamente com a subescala procura da magreza e insatisfação corporal do EDI.

Matriz 3- Correlações entre o BI-AAQ, as subescalas do SCRS e o total, as subescalas do DASS e as subescalas procura da magreza, bulimia, insatisfação corporal do EDI, no género masculino.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. BIAAQ	-									
SCRS										
2. Hierarquia	.03	-								
3. Ajustamento	.10	.59**	-							
4. Total	.04	.90**	.84**	-						
DASS										
5. Depressão	-.39**	.01	-.12	-.02	-					
6. Ansiedade	-.37**	-.04	-.10	-.08	.79**	-				
7. Stress	-.32**	.04	-.06	-.01	.74**	.77**	-			
EDI										
8 Procura da Magreza	-.30**	-.06	-.16*	-.12	.19**	.18*	.22**	-		
9 Bulimia	-.08	.16*	.02	.12	.16*	.03	.07	.18**	-	
10 Insatisfação Corporal	-.25**	-.09	-.16*	-.13	.25**	.21**	.25**	.50**	.22**	-

Nota. **. p< 0.01; *p<.05; BI-AAQ= Body Image-Acceptance and Action Questionnaire; DASS= Depression, Anxiety and Stress Scale-21; SCRS= Social Comparison Rating Scale; EDI= Eating Disorders Inventory.

No que se refere aos resultados para o grupo do género feminino (ver matriz 4), verificou-se que a medida de flexibilidade ou aceitação da imagem corporal (BI-AAQ) se correlaciona positiva e significativamente com as subescalas do SCRS e o total, numa magnitude muito baixa. Para além destas associações, o BI-AAQ apresenta correlações negativas e significativas com todas as subescalas do DASS e com as três subescalas do EDI relacionadas com a vulnerabilidade à patologia alimentar, numa magnitude que varia entre baixa a moderada.

Matriz 4- Correlações entre o BI-AAQ, as subescalas do SCRS e o total, as subescalas do DASS e as subescalas procura da magreza, bulimia, insatisfação corporal do EDI, na amostra do género feminino.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 BI-AAQ	-									
SCRS										
2 Hierarquia	.15*	-								
3 Ajustamento	.18**	.68**	-							
4 Total	.19**	.93**	.87**	-						
DASS										
5 Depressão	-.34**	-.09	-.28**	-.18**	-					
6 Ansiedade	-.32**	.03	-.18**	-.06	.71**	-				
7 Stress	-.26**	.01	-.17*	-.08	.70**	.80**	-			
EDI										
8 Procura da Magreza	-.59**	-.14*	-.09	-.15*	.24**	.24**	.25**	-		
9 Bulimia	-.20**	-.06	-.18**	-.12	.32**	.23**	.27**	.20**	-	
10 Insatisfação Corporal	-.58**	-.29**	-.26**	-.32**	.30**	.18**	.21**	.53**	.39**	-

Nota. **. p < 0.01; *p < .05; BI-AAQ= Body Image-Acceptance and Action Questionnaire; DASS= Depression, Anxiety and Stress Scale-21; SCRS= Social Comparison Rating Scale; EDI= Eating Disorders Inventory.

4.4. Estudo 4: Efeito de mediação da Aceitação da Imagem Corporal na relação entre a autoapresentação perfeccionista e a insatisfação corporal, e a autoapresentação perfeccionista e procura da magreza, por género.

Neste estudo pretendia-se demonstrar a importância do construto de flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal, e a sua pertinência no tratamento das Perturbações do Comportamento Alimentar. Para tal, foram efetuadas análises de regressão, através da versão 17 do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), para a investigar o efeito mediador da aceitação da imagem corporal na relação entre a autoapresentação perfeccionista e a insatisfação corporal, e ainda na relação entre a autoapresentação perfeccionista e a procura da magreza, por género.

Efeito de mediação da Aceitação da Imagem Corporal na relação entre a Auto-apresentação Perfeccionista e a Insatisfação Corporal, por género.

Para o grupo do género masculino (ver tabela 13) foi realizada uma análise de regressão, com a autoapresentação perfeccionista (total do PSPS) como variável independente, e com a insatisfação corporal (subescala do EDI) como variável dependente, tendo o modelo revelado-se significativo ($F(1,192) = 4.37; p < .05$). Na análises do coeficientes verificou-se que a autoapresentação perfeccionista revelou ser uma variável preditora, contribuindo apenas para 1.7% da variância da insatisfação corporal ($\beta = .024; p < .05$).

Adicionalmente, uma nova análise foi realizada para examinar se a variável independente (total do PSPS) predizia a aceitação da imagem corporal (BI-AAQ). O modelo foi igualmente significativo ($F(1,192) = 36.38; p < .001$), contribuindo para 15.5% da variância da aceitação da imagem corporal ($\beta = -.229; p < .001$).

Finalmente, uma análise de regressão foi realizada para averiguar se a aceitação da imagem corporal (VM) estaria a desempenhar um papel de mediação entre a autoapresentação perfeccionista (VI) e a insatisfação corporal (VD). Este modelo foi significativo ($F(2,190) = 7.33; p < .001$), explicando 6.2% da variância. Estes resultados indicam que com a introdução da aceitação da imagem corporal na última equação do modelo de regressão, o efeito direto da necessidade de parecer perfeito medido pelo total do PSPS na explicação da insatisfação corporal perde o poder de significância ($\beta = .009; p = .484$). Foi realizado ainda o teste de *Sobel* para averiguar se o efeito de mediação encontrado era estatisticamente significativo entre a autoapresentação perfeccionista e a insatisfação corporal ($Z = 3.09; p < .001$), o que se confirmou.

Estes resultados sugerem que a flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal medeia totalmente a relação entre a autoapresentação perfeccionista e a procura da magreza, para o grupo do género masculino.

Tabela 13 – Análise de regressão para autoapresentação perfeccionista (VI) e aceitação da imagem corporal (VM) sobre a insatisfação corporal (VD), no género masculino.

V.D.	V.I.	B	T	P	F	ρ	R^2 Ajustado
Procura da Magreza	PSPStotal	.024	2.09	.038	4.37	.038	.017
	BI-AAQ	-.229	-6.03	.000	36.38	.000	.159
Procura da Magreza	PSPStotal	.009	.702	.484			
	BI-AAQ	-.068	-3.18	.002	7.33	.001	.062

Nota. PSPStotal = total da medida Perfectionist Self-Presentation Scale. BI-AAQ = Body Image-Acceptance and Action Questionnaire

Para a análise de regressão no grupo do género feminino foram seguidos os mesmos os procedimentos anteriormente realizados para o grupo

do género masculino. Como se pode verificar na tabela 14, a primeira equação do modelo foi significativa ($F(1,206) = 44.70; p < .001$). Na análise dos coeficientes verificou-se que a autoapresentação perfeccionista se revelou uma variável preditora contribuindo para 17.4% da variância da insatisfação corporal ($\beta = .097; p < .001$).

A análise realizada para examinar se a variável independente (total de PSPS) predizia a aceitação da imagem corporal (BI-AAQ) mostrou que o modelo foi significativo ($F(1,205) = 75.16; p < .001$), contribuindo para 26.5% da explicação da aceitação da imagem corporal ($\beta = -.312; p < .001$).

Por último, averiguou-se se a aceitação da imagem corporal estaria a desempenhar um papel de mediação entre a autoapresentação perfeccionista e a insatisfação corporal. Este modelo foi significativo ($F(2,189) = 58.43; p < .001$), explicando 35.8% da variância da insatisfação corporal. No entanto, com a introdução da aceitação da imagem corporal, na última equação do modelo, verificou-se que diminui o efeito direto da necessidade de parecer perfeito, medida pelo total do PSPS, na explicação da insatisfação corporal (de $\beta = .097$ para $\beta = .038; p = .012$). O teste de *Sobel* foi realizado para averiguar se o efeito de mediação encontrado era estatisticamente significativo entre a autoapresentação perfeccionista e a procura da magreza ($Z = 6.64; p < .001$), o qual foi confirmado.

Tal como verificado nos resultados do grupo do género masculino, a flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal parece mediar totalmente a relação entre a autoapresentação perfeccionista e a insatisfação corporal também no grupo do género feminino.

Tabela 14 - Análise de regressão para autoapresentação perfeccionista (VI) e flexibilidade cognitiva e aceitação da imagem corporal (VM) sobre a insatisfação corporal (VD) no género feminino.

V.D.	V.I.	β	T	P	F	ρ	R^2 Ajustado
Insatisfação Corporal	PSPStotal	.097	6.69	.000	44.70	.000	.174
	BI-AAQ	-.312	-8.67	.000	75.16	.000	.265
Insatisfação corporal	PSPStotal	.038	2.54	.012			
	BI-AAQ	-.190	-7.67	.000	58.43	.000	.358

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. PSPStotal= total da medida Perfectionist Self-Presentation Scale. BI-AAQ = Body Image-Acceptance and Action Questionnaire

Efeito de mediação da Aceitação da Imagem Corporal na relação entre a Autoapresentação Perfeccionista e a Procura da Magreza, por género.

Para o grupo do género masculino (ver tabela 15) foi realizada uma análise de regressão, com a autoapresentação perfeccionista (total do PSPS) como variável independente, e com a procura da magreza (subescala do EDI) como variável dependente, tendo-se o modelo revelado significativo ($F(1,191) = 7.47; p < .01$). Na análise dos coeficientes verificou-se que a

autoapresentação perfeccionista revelou ser uma variável preditora, contribuindo apenas para 3.3% da variância da procura da magreza ($\beta = .019$; $p < .01$).

Adicionalmente, uma nova análise foi realizada para examinar se a variável independente (total do PSPS) predizia a aceitação da imagem corporal (BI-AAQ). O modelo foi igualmente significativo ($F(1,192) = 36.38$; $p < .001$), contribuindo para 15.5% da variância da aceitação da imagem corporal ($\beta = -.229$; $p < .001$).

Finalmente, uma análise de regressão foi realizada para averiguar se a aceitação da imagem corporal (VM) estaria a desempenhar um papel de mediação entre a autoapresentação perfeccionista (VI) e a procura da magreza (VD). Este modelo foi significativo ($F(2,204) = 9.65$; $p < .001$), explicando 8.3% da variância. Estes resultados indicam que com a introdução da aceitação da imagem corporal na última equação do modelo de regressão, o efeito direto da necessidade de parecer perfeito, medido pelo total do PSPS, na explicação da procura da magreza perde o poder de significância ($\beta = .008$; $p = .250$). Foi realizado ainda o teste de *Sobel* para averiguar se o efeito de mediação encontrado era estatisticamente significativo entre a autoapresentação perfeccionista e a procura da magreza ($Z = 3.54$; $p < .001$), o que se confirmou.

Estes resultados sugerem que a flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal medeia totalmente a relação entre a autoapresentação perfeccionista e a procura da magreza, no grupo do género masculino.

Tabela 15 – Análise de regressão para autoapresentação perfeccionista (VI) e aceitação da imagem corporal (VM) sobre a procura da magreza (VD), no género masculino.

V.D.	V.I.	B	T	P	F	ρ	R^2 Ajustado
Procura da Magreza	PSPStotal	.019	2.73	.007	7.47	.007	.033
	BI-AAQ	-.229	-6.03	.000	36.38	.000	.155
Procura da Magreza	PSPStotal	.008	1.16	.250			
	BI-AAQ	-.044	-3.44	.001	9.65	.000	.083

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. PSPStotal = total da medida Perfectionist Self-Presentation Scale. BI-AAQ = Body Image-Acceptance and Action Questionnaire

Para a análise de regressão no grupo do género feminino foram seguidos os mesmos os procedimentos, anteriormente realizados para a amostra do género masculino. Como de pode verificar na tabela 16, a primeira equação do modelo foi significativo ($F(1,206) = 39.67$; $p < .001$). Na análise dos coeficientes verificou-se que a autoapresentação perfeccionista se revelou uma variável preditora contribuindo para 15.7% da variância da procura da magreza ($\beta = .060$; $p < .001$).

A análise realizada para examinar se a variável independente (total de PSPS) aceitação da imagem corporal (BI-AAQ) mostrou que o modelo foi

significativo ($F(1,205) = 75.16$; $p < .001$), contribuindo para 26.5% da explicação da aceitação da imagem corporal ($\beta = -.312$; $p < .001$).

Por último, averiguou-se se a aceitação da imagem corporal estaria a desempenhar um papel de mediação entre a autoapresentação perfeccionista e a procura da magreza. Este modelo foi significativo ($F(2,189) = 59.45$; $p < .001$), explicando 36.2% da variância da procura da magreza. No entanto, com a introdução da aceitação da imagem corporal, na última equação do modelo, verificou-se que diminui o efeito direto da necessidade de parecer perfeito, medida pelo total do PSPS, na explicação da procura da magreza (de $\beta = .060$ para $\beta = .019$; $p = .005$). O teste de *Sobel* foi realizado para averiguar se o efeito de mediação encontrado era estatisticamente significativo entre a autoapresentação perfeccionista e a procura da magreza ($Z = 6.70$; $p < .001$), o qual foi confirmado.

Tal como sugerido nos resultados no grupo do género masculino, a flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal parece mediar totalmente a relação entre a autoapresentação perfeccionista e a procura da magreza no grupo do género feminino.

Tabela 16 - Análise de regressão para auto-apresentação perfeccionista (VI) e aceitação da imagem corporal (VM) sobre a procura da magreza (VD), no género feminino.

V.D.	V.I.	B	T	P	F	ρ	R^2 Ajustado
Procura da Magreza	PSPStotal	.060	6.30	.000	39.67	.000	.157
	BI-AAQ	-.312	-8.67	.000	75.16	.000	.265
Procura da Magreza	PSPStotal	.019	1.98	.005			
	BI-AAQ	-.132	-8.15	.009	59.45	.000	.362

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. PSPStotal= total da medida Perfectionist Self-Presentation Scale. BI-AAQ = Body Image-Acceptance and Action Questionnaire

VI - Discussão

O presente trabalho teve como objetivos principais analisar por grupo: as diferenças de géneros entre as medidas em estudo; a relação entre o traço perfeccionismo e autoapresentação perfeccionista e a sintomatologia geral e alimentar; o contributo das dimensões do traço perfeccionismo e autoapresentação perfeccionista na explicação da insatisfação corporal e procura da magreza; a relação entre a aceitação da imagem corporal e a sintomatologia psicopatológica geral e alimentar; e, por fim, explorar o papel da aceitação da imagem corporal na relação entre a autoapresentação perfeccionista e a insatisfação corporal e entre a autoapresentação perfeccionista e a procura da magreza. O estudo procurou responder a um conjunto de lacunas identificadas na literatura, contribuindo para o avanço do conhecimento na área do perfeccionismo, psicopatologia e aceitação da imagem corporal que surge como uma construção recente, mas promissor

para a concetualização e tratamento das Perturbações do Comportamento Alimentar.

De seguida, serão discutidos os resultados obtidos, apresentadas as principais limitações e lacunas deste estudo, bem como algumas implicações clínicas do mesmo. Inicialmente, serão debatidos os resultados referentes às diferenças entre géneros nas variáveis em estudo, de seguida os resultados que se referem às associações encontradas entre as variáveis em estudo e o contributo das dimensões traço perfeccionismo e autoapresentação perfeccionista na explicação dos sintomas da patologia alimentar, posteriormente, o modelo de mediação no qual a aceitação da imagem corporal desempenha um papel de mediador na relação entre a autoapresentação perfeccionista e a insatisfação corporal e na relação autoapresentação perfeccionista e a procura da magreza, para ambos os grupos, será comentado.

Relativamente ao primeiro estudo da investigação, a hipótese foi corroborada, uma vez que, a partir das pontuações obtidas, se registaram diferenças significativas nas dimensões padrões pessoais, expectativas parentais, criticismo parental, organização do FMPS e seu total. Sendo que à exceção da dimensão organização, o grupo do género masculino apresenta valores médios superiores comparativamente ao feminino. Deste modo, sugere-se que os homens apresentam maiores níveis no traço perfeccionismo. No entanto, na presente pesquisa não foram encontrados estudos que tenham comparado os géneros no traço perfeccionismo o que, por um lado reflete o carácter inovador deste estudo, mas, por outro, limita as nossas conclusões. Assim, estudos futuros deverão ser realizados de forma a comprovar estes resultados. Ainda assim, importa referir que no estudo de Macedo et al (2007), utilizando a escala de Hewitt & Flett (1991b), verificou-se que os homens apresentam valores médios superiores na dimensão perfeccionismo socialmente prescrito. Poderá dizer-se que este resultado é de certo modo congruente com os nossos resultados, uma vez que as dimensões expectativas parentais e criticismo parental se sobrepõem ao que Hewitt & Flett (1991b) designaram por perfeccionismo socialmente prescrito.

Também se verificou no presente estudo que o grupo do género masculino pontua significativamente mais alto na subescala hierarquia do SCRS e na medida de aceitação da imagem corporal. Este último resultado é suportado pelo estudo de Ferreira et al (2011), onde foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre géneros, com o género masculino a apresentar valores médios superiores comparativamente com o feminino. Sendo que, também, estes resultados replicam os encontrados por Sandoz et al (2009). Já no que diz respeito à subescala *stress* do DASS e, como seria de esperar, também nas subescalas insatisfação corporal e procura da magreza do EDI o grupo do género feminino apresenta valores médios superiores, comparativamente com o masculino. Alguns estudos apoiam os nossos resultados (e.g. Di Pietro & Silveira, 2009; Machado et al, 2001; Monro & Huon, 2005).

No entanto, não se registaram diferenças nas restantes subescalas do DASS nem na escala da autoapresentação perfeccionista, medida pelo PSPS. Também no estudo de Hewitt et al (2008) não foram encontradas diferenças de género nas três facetas da autoapresentação perfeccionista.

No que diz respeito ao segundo estudo, a análise de correlações mostrou que, tanto no grupo do género masculino como no feminino, existe uma associação positiva e significativa entre as dimensões do traço perfeccionismo à exceção da organização, autoapresentação perfeccionista e a sintomatologia psicopatológica geral, ou seja, níveis elevados de necessidade de parecer perfeito aos outros (medida através do PSPS) e de ser perfeito (medida através do FMPS) correspondem a níveis elevados de depressão, ansiedade e *stress* (medida através do DASS). No entanto, pode verificar-se que esta associação é mais forte nas mulheres. Assim, estes resultados são consistentes com investigações anteriores que estudaram o papel do perfeccionismo na psicopatologia (e.g. Hewitt & Flett, 2003; McGee et al, 2005; Hewitt & Flett, 1991a; Antony & Swinson, 1998; Macedo & Pocinho, 2002; Shafran & Mansell, 2001). Parece então haver um consenso de que traço perfeccionismo e autoapresentação perfeccionista são constructos distintos e preditivos de diferentes cursos desadaptativos (e.g. Hewitt & Flett, 2003; McGee et al, 2005).

O traço perfeccionismo e a autoapresentação perfeccionista revelaram igualmente uma associação positiva e significativa com a sintomatologia psicopatológica alimentar (medida através do EDI). Especificamente e, em relação ao traço perfeccionismo, para o grupo do género masculino, foram encontradas correlações positivas e significativas entre a insatisfação corporal e as dimensões preocupação com os erros, criticismo parental do FMPS e seu total; entre a bulimia e as dimensões preocupação com os erros, padrões pessoais, criticismo parental do FMPS e seu total; e entre a procura da magreza e dimensões preocupação com os erros, criticismo parental do FMPS e seu total; para o grupo do género feminino, as três subescalas do EDI foram associadas positiva e significativamente com todas as dimensões do FMPS, com exceção da organização. Em relação à autoapresentação perfeccionista, para o grupo do género masculino, foram encontradas correlações positivas e significativas entre a insatisfação corporal e as facetas do PSPS e seu total; entre a bulimia e a facetas não-revelação das imperfeições do PSSP; e entre a procura da magreza e a faceta ocultação das imperfeições; sendo que para o grupo do género feminino as três sub-escalas do EDI foram associadas positiva e significativamente com as facetas do PSPS e seu total. Estes resultados são congruentes com vários estudos que sugerem que o traço perfeccionismo e a autoapresentação perfeccionista são aspetos centrais da patologia alimentar, podendo ter um papel etiológico no desenvolvimento e manutenção desta (Ashby et al, 1998; Batiani et al, 1995; Halmi et al, 2000; Macedo & Pocinho, 2002; McGee et al, 1995;). No entanto, importa referir que nos homens estas associações parecem ser menos significativas. Estes resultados poderão ser explicados pelo facto destes possuírem uma atitude mais positiva em relação à imagem corporal do que as mulheres. Estas apresentam ainda uma maior preocupação cognitiva, afectiva e comportamental com o peso e a perda de peso (Cash e Brown, 1989). Além disso os homens apresentam maior estabilidade quanto à avaliação da sua imagem corporal (Cash et al, 2001).

Foram ainda encontradas correlações positivas e significativas entre a subescala hierarquia do SCRS e as dimensões padrões pessoais, expectativas parentais do FMPS e seu total, e entre a subescala ajustamento do SCRS e

seu total e a dimensão padrões pessoais do FMPS, para o género masculino; correlações positivas e significativas entre a subescala hierarquia do SCRS e as dimensões padrões pessoais e organização do FMPS, entre a subescala ajustamento e a dimensão organização e correlações negativas e significativas entre a subescala ajustamento e as dimensões preocupação com os erros, criticismo parental do FMPS e seu total, para o género feminino. Ainda no que concerne à medida de comparação social, foram encontradas correlações positivas e significativas entre a subescala do SCRS e o seu total e as facetas autopromoção perfeccionista, não-revelação das imperfeições do PSPS e seu total para o grupo do género masculino; correlações negativas e significativas foram encontradas entre a faceta autopromoção perfeccionista e a subescala ajustamento de SCRS, e entre a faceta não-revelação das imperfeições e a subescala hierarquia do SCRS e seu total, para o grupo do género feminino. A subescala ajustamento correlaciona-se negativamente com a insatisfação corporal e procura de magreza no grupo do género masculino, e no grupo do género feminino com a bulimia. Já a subescala hierarquia parece estar associada negativamente com a bulimia no grupo do género masculino e com a procura da magreza no do feminino.

Por último, a sintomatologia psicopatologica alimentar correlaciona-se positiva e significativamente com a sintomatologia psicopatologica geral, em ambos os grupos de género. No entanto, no grupo do género masculino, a depressão não se correlaciona significativamente com a bulimia.

No seguimento da análise de correlações entre as variáveis, e de acordo com o que é sugerido por alguns autores (Cockell et al, 2002; Hewitt et al, 1995; McGee et al, 2005) achou-se pertinente estudar o contributo das dimensões traço perfeccionismo e das facetas da autoapresentação na explicação da insatisfação corporal e procura da magreza, para os dois grupos. No que diz respeito ao contributo das dimensões traço do perfeccionismo na explicação da insatisfação corporal, os nossos resultados mostram que a subescala preocupação com os erros do FMPS é o único preditor significativo no género masculino; enquanto que, no género feminino a preocupação com os erros e a dúvida contribuem significativamente para a explicação da insatisfação corporal. Já no que diz respeito ao contributo das facetas da autoapresentação perfeccionista na explicação da insatisfação corporal, verificou-se que a subescala ocultação das imperfeições do PSPS revelou ser um preditor significativo na explicação da insatisfação corporal no género masculino; enquanto no género feminino foi a faceta não-revelação das imperfeições que revelou ser um preditor significativo na explicação da insatisfação corporal, sendo congruente com os resultados do estudo de Cockell et al (2002).

No que diz respeito ao contributo das dimensões traço de perfeccionismo na explicação da procura da magreza, os nossos resultados mostram que nenhuma subescala do FMPS é um preditor significativo na explicação da procura da magreza tanto no grupo do género masculino como no grupo do género feminino. Já no que concerne ao contributo das facetas da autoapresentação perfeccionista, os resultados mostram que o modelo não é significativo no grupo do género masculino, o que sugere que as facetas da autoapresentação perfeccionista não explicam a procura da magreza; ao invés disso, no grupo do género feminino a faceta não-revelação das imperfeições

revelou ser um preditor significativo na explicação da procura da magreza, mais uma vez de acordo com os resultados do estudo de Cockell et al (2002).

De acordo com a nossa pesquisa não foram encontrados dados sobre estes resultados, de tal forma que achamos relevante a sua análise futura, numa tentativa de esclarecimento, objetivação e compreensão destes contributos. Ainda assim, o estudo de McGee et al (2005) sugere que elevados níveis de autoapresentação perfeccionista são preditores da patologia alimentar só nos indivíduos insatisfeitos com a imagem corporal, aumentando a importância de se ser magro. Sendo a explicação, o facto de estes indivíduos serem mais suscetíveis a internalizar as ideias culturais da valorização da magreza.

No que concerne ao terceiro estudo, a análise de correlações com a medida de flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal, mostrou que esta variável apresenta uma correlação negativa e significativa com as subescalas do DASS e com as subescalas do EDI, para o grupo do género masculino e feminino, com exceção da subescala bulimia que apenas se mostrou significativa no grupo do género feminino. Os nossos resultados encontram suporte empírico no estudo de Ferreira et al (2011), onde se verificou que a sintomatologia psicopatológica geral – depressão, ansiedade e *stress*, e alimentar – insatisfação corporal, bulimia e procura da magreza está associada negativamente com o BI-AAQ. No grupo do género feminino foram ainda encontradas correlações positivas e significativas entre a aceitação da imagem corporal e as subescalas do SCRS e seu total. Verificase então, que à medida que a aceitação da imagem corporal aumenta, os níveis de sintomatologia psicopatológica geral e alimentar diminuem. Estes resultados sugerem que uma diminuída flexibilidade seja um fator para o desenvolvimento de psicopatologia, o que é congruente com o que é defendido pelo modelo da flexibilidade psicológica (Hayes et al, 2006). Deste modo, um indivíduo que apresente inflexibilidade cognitiva ou não aceitação da imagem corporal terá maior sofrimento psicológico, pelo contrário, sugere-se que um indivíduo com este estilo flexível, possa manter as cognições negativas, como a insatisfação corporal, sem existir necessidade de as evitar através de comportamentos alimentares disruptivos.

Ainda neste estudo, verificou-se a existência de correlações positivas e significativas entre o BI-AAQ e a medida de comparação social (SCRS), no grupo do género feminino. Na atual pesquisa não foram encontrados dados relativos a estes resultados, no entanto, o estudo de Ferreira et al (2011) refere que a aceitação da imagem corporal se correlaciona positivamente com a escala de comparação social da aparência física.

Por fim, perante os resultados encontrados e o que é sugerido pelos autores e literatura recente, procurámos analisar se a flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal funcionava com mediador da relação entre a autoapresentação perfeccionista e a insatisfação corporal e entre a autoapresentação perfeccionista e a procura da magreza e, ainda se este efeito seria aplicável ao grupo do género masculino e feminino.

Os resultados sugerem que a autoapresentação perfeccionista possa ser um preditor de insatisfação corporal e de procura de magreza, podendo funcionar como um mecanismo compensatório utilizado pelo indivíduo para se proteger dos seus próprios sentimentos de inadequação e do seu receio da

rejeição. No entanto, quando presente a flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal, o efeito direto da autoapresentação perfeccionista na explicação da insatisfação corporal e procura da magreza perde significância no grupo do género masculino, e no feminino diminui significativamente o efeito. Deste modo, os resultados estão de acordo com o que era esperado, demonstrando que a flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal medeia totalmente a relação entre a autoapresentação perfeccionista e a insatisfação corporal e entre a autoapresentação perfeccionista e a procura da magreza, para ambos os grupos. Tendo para tal ter-se recorrido ao teste *Sobel* para confirmação. Estas evidências realçam a importância da aceitação da imagem corporal e permitem-nos sugerir que este estilo implica uma percepção mais consciente sobre a sua aparência e satisfação física, possibilitando a prevenção de experiências de dietas que podem conduzir a comportamentos alimentares disruptivos e, conseqüentemente, a uma patologia alimentar (Ferreira et al, 2011), e à adoção de comportamentos que promovam e mantenham o bem-estar do indivíduo.

Sendo as facetas da autoapresentação perfeccionista estilos de coping interpessoais inflexíveis e mal adaptativos, a aceitação da imagem corporal desempenha um papel crucial, pois é um processo que envolve uma resposta eficaz e flexível, e permite ao indivíduo perfeccionista permanecer com qualidade de vida, um funcionamento saudável, sem procurar um corpo magro ou promover a sua perfeição. Ao invés, poderia levar a comportamentos disruptivos (e.g. insatisfação corporal, procura da magreza), que, por sua vez, poderiam traduzir-se num preditor de patologia alimentar.

Em jeitos de conclusão, podemos dizer que a necessidade de parecer perfeito aos outros prediz a insatisfação corporal e a procura da magreza, mas há um efeito mediador total através da aceitação da imagem corporal para os dois grupos de género. A autoapresentação perfeccionista torna os indivíduos mais exigentes em relação ao seu corpo, e esta exigência leva a critérios mais rígidos que poderão conduzir a uma menor aceitação do corpo e insatisfação deste. Por conseguinte, poderá levar a comportamentos alimentares restritos. No entanto, a autoapresentação perfeccionista só tem influência na insatisfação corporal e procura da magreza quando há uma não-aceitação do corpo. Esta necessidade de parecer perfeito tem menos impacto na vida dos homens (eg. Ferreira et al, 2011).

Dos principais resultados obtidos destacamos: (1) os homens, em geral, apresentam níveis mais elevados de traço perfeccionismo e aceitação da imagem corporal; (2) as mulheres apresentam níveis mais elevados nos sintomas da patologia alimentar e *stress*; (3) o traço perfeccionismo e autoapresentação perfeccionista parecem estar associados à sintomatologia psicopatológica em geral e alimentar, sendo esta relação mais forte nas mulheres; (4) a autoapresentação perfeccionista prediz a insatisfação corporal e procura da magreza; (5) a aceitação da imagem corporal medeia a relação entre a autoapresentação perfeccionista e a insatisfação corporal, e entre a autoapresentação perfeccionista e a procura da magreza nos dois grupos.

Relativamente às limitações metodológicas deste trabalho, consideramos desde logo as características da amostra, nomeadamente o seu tamanho reduzido, o facto de a amostra ser constituída apenas por um grupo da população não clínica, o que implica alguma reserva face à

representatividade da amostra e algum cuidado na generalização dos resultados para a população. Estudos futuros deverão ultrapassar esta lacuna. Além disso, este estudo apresenta outras limitações, como o facto de não podermos apontar relações de causalidade, dado o desenho transversal do mesmo, que contempla apenas um momento de avaliação. Seria relevante a utilização de uma metodologia longitudinal para esta limitação ser superada.

Os resultados do presente estudo devem ser, ainda, considerados à luz das limitações relacionadas com o uso de medidas de autorrelato. Será útil em estudos futuros considerarem também a utilização de outras medidas. Outra sugestão relevante para estudos posteriores será investigar estas questões não só em função do sexo mas também em função da idade.

O presente estudo apresenta alguns contributos importantes, nomeadamente a apresentação de dados comparativos entre homens e mulheres nas diferentes análises, ao contrário da maioria dos estudos, que se baseiam quase sempre em amostras femininas (e.g. Batiani et al, 1995; Cockell et al, 2002) e os que existem apresentam uma grande discrepância entre os géneros (e.g. Macedo et al, 2007), sendo este estudo composto por um grupo com 51% de indivíduos do sexo feminino e 49% do sexo masculino. Contributo, também, na avaliação da relação entre a autoapresentação perfeccionista e a patologia alimentar e auxiliando o desenvolvimento do estudo deste constructo, uma vez que o interesse por esta área ainda é relativamente recente. Este estudo traz também uma nova leitura sobre o impacto da flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal na relação entre a autoapresentação perfeccionista e a insatisfação corporal, e entre a autoapresentação perfeccionista e a procura da magreza. Já existiam alguns dados que sugeriam que esta variável funcionava como um processo mediador adaptativo e associado a bem-estar geral e em relação à imagem corporal e comportamento alimentar (Ferreira et al, 2011), contudo, alguns aspetos careciam ainda de um aprofundamento.

Este estudo tem ainda subjacentes as terapias da terceira geração baseadas na aceitação, especificamente neste estudo, na aceitação da imagem corporal, sendo uma importante implicação clínica para a avaliação e tratamento da patologia alimentar (Hayes et al 2006; Wilson, 1996). Isto significa que, mais do que tentar alterar a intensidade da necessidade de parecer perfeito nos indivíduos, para evitar comportamentos alimentares desadequados, é importante avaliar a flexibilidade da imagem corporal e de que forma aceitam a imagem corporal. Assim, o foco de uma abordagem destas prende-se na mudança da inflexibilidade cognitiva, mais do que na mudança da necessidade de parecer perfeito aos outros.

Bibliografia

- Alden, L., Bieling, J. & Wallace, S. (1994). Perfectionism in an interpersonal context: a self regulation analysis of dysphoria and social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 18(4), 297-316.
- Allan, S. & Gilbert, P. (1995). A social comparison scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 19(3), 293-299.
- Antony, M. & Swinson, R. (1998a). Dimensions of Perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1143-1154.
- Antony, M. & Swinson, R. (1998b). *When Perfect Isn't Good Enough – Strategies for Coping with Perfectionism*. New Harbinger Publications.
- Arthur, N. & Hayward, L. (1997). The relationships between perfectionism, standards for academic achievement and emotional distress in postsecondary students. *Journal of College Student Development*, 38(6), pp. 622-633.
- Ashby, J. & Rice, K. (2002). Perfectionism, dysfunctional attitudes and self-esteem: a structural equation analysis. *Journal of Counselling and Development*, 80(2), 197-204.
- Ashby J., Kottman, T. & Schoen, E. (1998). Perfectionism and eating disorders reconsidered. *Journal of Mental Health Counselling*, 20(3), 261-272.
- Baer, R. (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. San Diego, CA US: Elsevier Academic Press.
- Baer, R., Fischer, S., & Huss, D. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 23(4), 281–300.
- Bastiani, A., Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17(2), 147-52.
- Blackledge, T. & Hayes, S. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology: In session: Psychotherapy in Practice*, 57, 243–255.
- Bulik, C. et al. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 366-.
- Cash, T. (2004). Body Image: past, presente, future. *Body Image*, 1, 1-5.
- Cash, T. & Brown, T. (1989). Gender and body image: stereotypes and realities. *Sex Roles*, 21(5/6), 361-373.
- Cash, T., Morrow, J., Hrabosky, J. & Perry, A. (2001). How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1081-1089.
- Castro, J. et al. (2004). Perfectionism Dimensions in Children and Adolescents with Anorexia Nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 35, 392–398.
- Clark, D., Ball, S. & Pape, D. (1991). An experimental investigation of thought suppression. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 253–257.

- Cockell, S. et al. (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 745–758.
- Coles, M. et al. (2003). “Not just right experiences”: perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 681-700.
- Di Pietro, M. & Silveira, D. (2009). Internal validity, dimensionality and performance of the body shape questionnaire in a group of Brazilian college students. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 55 (11), 21-24.
- Fairburn, C., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A transdiagnostic theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fedewa, B., Burns, L. & Gomez, A. (2005). Positive and negative perfectionism and the shame/guilt distinction: adaptive and maladaptive characteristics. *Personality and Individual Differences*, 38, 1609-1619.
- Ferreira, C. (2003). *Anorexia nervosa: A expressão visível do invisível. Contributos para a avaliação de atitudes e comportamentos em relação ao peso e à imagem corporal*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade de Coimbra, Coimbra.
- 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(3), 327-345.
- Flett, G., & Hewitt, P. (2002). Perfectionism and Maladjustment: An Overview of Theoretical, Definitional and Treatment Issues. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 5–31). Washington, DC: American Psychological Association.
- Franco-Paredes, K., Mancilla-Diaz, J., Vázquez-Arévalo, R., López-Aguillar, X. & Álvarez-Rayón, G. (2005). Perfectionism and eating disorders: a review of the literature. *European Eating Disorders Review*, 13, 61-70.
- Frost, R., Heimberg, R., Holt, C., Mattia, J. & Neubauer, A. (1993). A comparison of two measures of perfeccionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119-126.
- Frost, R., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Frost, R., Novara, C., & Rhéaume, J. (2002). Perfectionism in Obsessive Compulsive Disorder in Cognitive Approaches to obsession and compulsions – theory, assessment and treatment. (pp-91-105), *Elsevier Science Ltd*. Acedido em 28 de março de 2012 em: http://books.google.pt/books?id=9A0-HQtBtD8C&pg=PA91&lpg=PA91&dq=Perfectionism+in+Obsessive+Compulsive+Disorder+in+Cognitive+Approaches+to+obsession+and+compulsions+%E2%80%93+theory,+assessment+and+treatment.&source=bl&ots=Irkq4qVod5&sig=TYjOmS0_6BUDo3szfB7DqKmyOmg&hl=pt-PT#v=onepage&q=Perfectionism%20in%20Obsessive%20Compulsive%20Disorder%20in%20Cognitive%20Approaches%20to%20obsession%20

- 0and%20compulsions%20%E2%80%93%20theory%2C%20assessment%20and%20treatment.&f=false
- Frost, R. & Trepanier, K. (1997). Self-Monitoring of Mistakes Among Subjects High and Low in Perfectionistic Concern over Mistakes. *Cognitive Therapy and Research*, 21(2), 209-222. Acedido em 28 de março de 2012 em: <http://www.deepdyve.com/lp/springer-journals/self-monitoring-of-mistakes-among-subjects-high-and-low-in-gyu3ndzYfc>
- Gato, J. (2003). *Evolução e ansiedade social*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da educação - Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Garner D., Olmsted M. & Polivy J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Glauert, R., Rhodes, G., Byrne S., Fink B., & Grammer K. (2009). Body dissatisfaction and the effects of perceptual exposure on body norms and ideals. *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 443-452.
- Gregg, J., Callaghan, G, Hayes, S., & Glenn-Lawson, J. (2007). Improving diabetes self management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 336-343.
- Goldner, E., Cockell, S. & Srikameswaran, S. (2002). Perfectionism and Eating Disorders. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 319-340). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gross, J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Halmi, K. et al. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1799-1810. Acedido em 28 de março de 2012 em: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?Volume=157&page=1799&journalID=13>
- Hamachek, D. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15, 22-33.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2003). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V., & Strosahl, K. (1996). Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168
- Heatherton, T.E. & Baumeister, R.E. (1991), Binge Eating as Escape From Self-Awareness, *Psychological Bulletin*, 110(1), 86-108.
- Hewitt, P. et al. (2008). The Impact of Perfectionistic Self-Presentation on the Cognitive, Affective, and Physiological Experience of a Clinical Interview. *Psychiatry* 71(2), 93-117.

- Hewitt, P. et al. (2003). The interpersonal expression of perfectionism: Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(6), 1303–1325.
- Hewitt, P. & Flett, G. (1991a). Dimensions of Perfectionism in Unipolar Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(1), 98–101.
- Hewitt, P. & Flett, G. (1991b). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456–470.
- Hewitt, P. & Genest, M. (1990). The ideal self: schematic processing of perfectionistic content in dysphoric university students. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(4), 802–808.
- Hewitt, P., Flett, G., & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 317–326.
- Hewitt, P., Flett, G., Besser, A., Sherry, S. & McGee, B. (2003b). Perfectionism is multidimensional: a reply to Shafran, Cooper and Fairburn (2002). *Behaviour Research and Therapy*, 41, pp. 1221–1236.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and Human Growth: The Struggle Toward Self-Realization*. New York: W. W. Norton & Company. Acedido em 28 de março de 2012 em: <http://pt.scribd.com/doc/34058295/Karen-Horney-Neurosis-and-Human-Growth>.
- Jung, J., & Peterson, M. (2007). Body dissatisfaction and patterns of media use among preadolescent children. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 36(1), 40–54.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33–47.
- Kristeller, J. & Hallett, C. (1999). An exploratory study of a meditationbased intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4, 357–363.
- Linehan, M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating Borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Macedo, A. & Pocinho, F. (2002). Perfeccionismo – uma dimensão fenotípica comum aos fenómenos obsessivos e distúrbios alimentares? *Psiquiatria Clínica*, 23(3), 163–174.
- Macedo, A. et al. (2007). Perfectionism and Eating Attitudes in Portuguese University Students. *European Eating Disorders*, 15, 296–304.
- Machado P., Gonçalves S., Martins, C. & Soares, I. (2001). The Portuguese version of the eating disorders inventory: Evaluation of its psychometric properties. *European Eating Disorders Review*, 9, 43–52.
- Masuda, A., Price, M., & Latzman, R. (2012). Mindfulness moderates the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating behaviors in a nonclinical college sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 107–115.

- Masuda, A. & Wendell, J. (2010). Mindfulness mediates the relation between disordered eating-related cognitions and psychological distress. *Eating Behaviors*, 11, 293–296.
- McGee, B., Hewitt, P., Sherry, S., Parkin, M. & Flett, G. (2005). Perfectionistic self-presentation, body image, and eating disorder symptoms. *Body Image* 2,29–40.
- Millon, T. & Davis, R. (1996). Compulsive Personality Disorders : The Conforming Pattern, 505-533. *Disorders of Personality DSM-IV and Beyond* (2^a ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Mizes, J., Christiano, B., Madison, J., Post, G., Seime, R., & Varnado, P. (2000). Development of the Mizes Anorectic Cognitions Questionnaire-Revised: Psychometric properties and factor structure in a large sample of eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders*, 28(4), 415–421.
- Monro, F. & Huon, G. (2005). Media-portrayed idealized images, body shame, and appearance anxiety. *International Journal Eating Disorders*, 38(1), 85-90. Acedido a 2 de Agosto de 2012 em http://www.docstoc.com/docs/25541553/Media-Portrayed-Idealized-Images_-Body-Shame_-and-Appearance-Anxiety.
- Nasby, W. (1997). Self-Consciousness and Cognitive Prototypes of the Ideal Self. *Journal of Research in Personality*, 31(4), 543–563.
- Pacht, A. (1984). Reflections on Perfection. *American Psychologist*, 39(4).
- Pais Ribeiro J, Honrado A, & Leal I (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados Para Ciências Sociais. A complementariedade do SPSS* (5^aEd.). Lisboa.
- Purdon, C., Antony, M. M. & Swinson, P. R. (1999). Psychometric of the Frost Multidimensional Perfectionism scale in a clinical Anxiety Disorders sample. *Journal of Clinical Psychology*, Vol.55(10), 1271-1286.
- Rawal, A., Park, R. & Williams, M. (2010). Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 851–859. Acedido a 25de julho de 2012 em <http://ukpmc.ac.uk/articles/PMC2923742/>
- Sandoz, E., Wilson, K., & Merwin, R. (2009). *Assessment of Body Image Flexibility: The Body Image -Acceptance and Action Questionnaire*. Manuscript submitted for publication.
- Segal, Z., Williams, J. & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Segal, Z, Teasdale, J. & Williams, J. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 45–65). New York: Guilford Press.
- Shafran, R. & Mansell, W. (2001). Perfectionism and Psychopathology: a review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*. 21(6), 879-906.

- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C.G., (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Slade, P. & Owens, G. (1998). A dual process model of perfeccionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification*, 22, 372-390.
- Slaney, R. & Ashby, J. (1996). Perfectionists: study of a criterion group. *Journal of Counseling and Development*, 74, (4), pp. 393-399.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128 (5), 825-848.
- Stice, E., & Shaw, H. (2002). Adverse effects of the media portrayed thin-ideal on women and linkages to bulimic symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 288–308.
- Telch, C., Agras, W. & Linehan, M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1061–1065.
- 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, 240–245.
- Wilfley, D. et al. (1993). Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: A controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 296–305.
- Wilson, G. (1996). Acceptance and change in the treatment of eating disorders and obesity. *Behavior Therapy*, 27, 417–439.

Anexos

INSTRUÇÕES

Gostaríamos de saber como se compara com os outros. Por favor, assinale com um círculo o número que, em cada linha, melhor traduz a forma como se sente no relacionamento com as outras pessoas.

No relacionamento com os outros, sinto-me:

Inferior	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Superior
Incompetente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mais Competente
Antipático	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mais simpático

EDI

Nome _____ Sexo: _____ Data: _____
Idade: _____ Ocupação: _____ Nível de escolaridade: _____

Esta é uma escala que mede uma variedade de atitudes, sentimentos e comportamentos. Alguns dos itens relacionam-se com comida, alimentação, peso ou imagem corporal. Outros itens questionam-no sobre sentimentos acerca de si próprio.

NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS NEM ERRADAS, POR ISSO, TENDE SER COMPLETAMENTE HONESTO(A) NAS SUAS RESPOSTAS.

Leia atentamente cada questão e coloque um X na coluna que considera que melhor se aplica a si.

Por favor responda cuidadosamente a cada questão.

OS RESULTADOS SÃO COMPLETAMENTE CONFIDENCIAIS.

Sempre	Quase sempre	Frequente - mente	Algumas vezes	Rara - mente	Nunca	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Como doces e hidratos de carbono sem me sentir nervoso(a).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Acho que o meu estômago é demasiado grande.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Desejava poder voltar à segurança da infância.

BI-AAQ

(Sandoz, E., Wilson, K., Merwin, R.,)
(Tradução e adaptação Pinto Gouveia, J., Ferreira, C., 2009)

Em baixo irá encontrar uma lista de afirmações. Por favor classifique a veracidade de cada uma delas em relação a si. Use a seguinte escala de classificação para as suas escolhas. Por exemplo, se acredita que a afirmação é “sempre verdade”, deverá escrever um 7 antes da afirmação.

Nunca verdadeiro	Muito raramente verdadeiro	Raramente verdadeiro	Algumas vezes verdadeiro	Muitas vezes verdadeiro	Quase sempre verdadeiro	Sempre verdadeiro
1	2	3	4	5	6	7

- ___ 1. A preocupação com o meu peso torna-me difícil viver a vida que valorizo.
- ___ 2. Preocupo-me demasiado com o meu peso e com a forma do meu corpo.
- ___ 3. Vou-me abaixo quando me sinto mal com o meu peso ou com a forma do meu corpo

F.M.P.S.

(Frost, Martin, Lahart & Rosenblate, 1990; Tradução e adaptação Ferreira, C., & Pinto Gouveia, 2006)

Leia por favor cada afirmação e registre o seu grau de acordo utilizando a escala seguinte. Se está completamente de acordo faça um círculo no 5, se discorda completamente registre o número 1, se se sente indeciso ou neutro escolha o ponto 3.

	1	2	3	4	5
	Discordo Completamente		Neutro		Concordo Completamente
1 Os meus pais estabelecem padrões muito elevados para mim.					1 2 3 4 5
2 A organização é muito importante para mim.					1 2 3 4 5
3 Enquanto criança fui punida por fazer as coisas de forma não perfeita.					1 2 3 4 5

PSPS

(tradução e adaptação Ferreira, C. 2006)

Nesta folha é apresentada uma lista de afirmações. Por favor registre o seu grau de acordo com cada uma das afirmações através da escala seguinte: se está completamente de acordo faça um círculo no algarismo 7, se discorda completamente faça o círculo no algarismo 1, se se sente num ponto intermédio, faça o círculo entre o 1 e o 7. Se se sente indeciso ou neutro escolha o ponto médio (algarismo 4).

	1	2	3	4	5	6	7
	Discordo			Neutro	Concordo		
	Completamente				Completamente		
1. Não me importo de mostrar aos outros que não sou perfeito(a).	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu avalio-me com base nos erros que cometo na presença dos outros.	1	2	3	4	5	6	7
3. Faria quase tudo para encobrir um erro.	1	2	3	4	5	6	7

EADS-21
(Lovibond & Lovibond, 1995)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

	Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
	0	1	2	3
1. Tive dificuldades em me acalmar				
2. Senti a minha boca seca				
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo				