



UC/FPCE_2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Estudo Exploratório da Insatisfação Corporal e do Comportamento Alimentar Perturbado, em função do género: O papel do Peso, da Vergonha e da Aceitação da Imagem Corporal.

Dulce Micaela Camacho da Silva (dulce-silva-87@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Subespecialização Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Cláudia Rute Carlos Ferreira

Coordenador de Investigação: Professora Doutora Cláudia Rute Carlos Ferreira

Estudo Exploratório da Insatisfação Corporal e do Comportamento Alimentar Perturbado, em função do género: O papel do Peso, da Vergonha e da Aceitação da Imagem Corporal.

Resumo

A insatisfação com a imagem corporal e os comportamentos de dieta são agentes de risco significativos para o desenvolvimento de perturbações alimentares em ambos os géneros, mas com uma maior predominância na população feminina. Por conseguinte, compreender os preditores que levam à formação de uma imagem corporal negativa e que, por sua vez, motiva o sujeito para a procura do ideal de beleza, é um foco importante de investigação. Neste sentido, no nosso estudo quisemos verificar se realmente há uma maior propensão no género feminino para a apresentação de um comportamento alimentar perturbado. Procurámos, também, analisar as contribuições da vergonha externa e interna, do índice de massa corporal, da discrepância do IMC, e da aceitação em relação à imagem corporal, para explicar a insatisfação corporal e a procura da magreza, por género. A amostra foi constituída por 184 sujeitos do sexo masculino, e 299 do sexo feminino. De facto, verificamos que o género feminino apresentou mais insatisfação corporal e mais procura da magreza em comparação com o masculino. Os melhores preditores de insatisfação corporal foram a vergonha externa e a aceitação da imagem corporal, para o género masculino e para o género feminino, respectivamente. Quanto à explicação da procura da magreza, o preditor mais significativo na amostra masculina foi a discrepância do IMC, e novamente no género feminino a medida de flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal. A investigação tem sugerido que crenças associadas ao comportamento alimentar e a falta de aceitação em relação à imagem corporal estão associadas a uma reduzida flexibilidade psicológica, que, por seu turno, está vinculada ao evitamento experiencial. Por fim, o nosso estudo pretendeu também demonstrar o papel da aceitação da imagem corporal na relação entre variáveis associadas ao IMC e à sintomatologia alimentar. Verificou-se que a aceitação psicológica em relação à imagem corporal medeia parcialmente a relação entre IMC e insatisfação corporal, no género feminino, e medeia parcialmente as relações, entre discrepância do IMC e insatisfação corporal, e entre discrepância do IMC e procura da magreza, em ambos os sexos. Os resultados mostram que na presença de sintomatologia alimentar, a existência de um mecanismo de regulação emocional funcional parece ser um processo importante para levar a cabo na conceptualização e no tratamento de casos, e sugere ainda que as terapias tais como a ACT, que se concentram no desenvolvimento de flexibilidade psicológica, podem ser benéficas no tratamento das perturbações alimentares.

Palavras-chave: Insatisfação Corporal, Procura da Magreza, Vergonha, Aceitação da Imagem Corporal.

Exploratory Study of Body Dissatisfaction and Disturbed Eating Behaviour, by gender: The role of Body Mass Index, Shame, and Body Image Acceptance.

Abstract

Dissatisfaction with body image and diet behaviours are significant risk factors for developing eating disturbances in both genders, even though that development is more predominant within the female gender. Consequently, understanding the predictors that contribute to originate a negative body image, and in turn motivate the individual to seek the beauty ideal, is an important focus of investigation. Accordingly, this study looked to confirm if indeed the female gender is more prone to present disturbed eating behaviour. The aim was also to analyse the contribution of external and internal shame, body mass index, discrepancy of BMI, and body image acceptance, in order to explain the body image dissatisfaction and the drive for thinness, according to gender. The sample was formed by 184 males and 299 females. The results showed that the females had greater body image dissatisfaction and a bigger drive for thinness than the males. The best predictors of body image dissatisfaction were external shame and body image acceptance for the male gender and the female gender, respectively. Regarding the explanation of the drive for thinness, the most significant predictor in the male sample was the discrepancy of the BMI, and again in the female sample it was the measure of psychological flexibility in relation to body image. Studies have suggested that beliefs associated with eating disorders and with lack of body image acceptance are associated with reduced psychological flexibility, which in turn is linked to experiential avoidance. Lastly, this study also intended to demonstrate the role of body image acceptance in relation between variables associated with BMI and eating behaviours. It was verified that psychological acceptance in relation to body image partially mediates the relationship between BMI and body image dissatisfaction for the female group, and partially mediates the relationships, between discrepancy of BMI and body image dissatisfaction, and between discrepancy of BMI and drive for thinness, in both genders. The results show that in presence of eating symptomatology, a functional mechanism of emotional regulation seems to be an important process to carry out when conceptualising and treating cases, and further suggest that therapies such as ACT, which focus on psychological flexibility, can help to treat eating disorders.

Key Words: Body Image Dissatisfaction, Drive for Thinness, Shame, Body Image Acceptance.

Agradecimentos

À minha orientadora de tese, Professora Doutora Cláudia Rute Carlos Ferreira, por todo o apoio, compreensão e paciência dados durante todo o processo de concepção da tese.

Aos professores e estudantes pelo tempo despendido na colaboração deste trabalho, que sem os mesmos a sua concretização jamais seria possível.

À minha mãe, pela preocupação e apoio constante, e por todo o sacrifício realizado, que só assim consegui chegar aonde cheguei.

Ao meu André, por estar sempre presente nos bons e maus momentos, pela compreensão e encorajamento, por me fazer sentir segura, e pela sua força de vencer que me faz acreditar no alcance do nosso caminho.

A todos os meus familiares, que sei que torceram sempre por mim. Em especial às minhas tias, Alcinda e Dolores, pelo carinho e alegria transmitidos, que me arrebitaram muitas vezes.

Aos meus irmãos Hélder e Leandro, pelo incentivo e por acreditarem em mim.

Grata também, à minha avó Lurdes pelos conselhos que nunca esquecerei para a Vida.

Jamais podia esquecer, à Sra. Lucília, ao Sr. Rui e à Ritinha, por me abrirem as portas de sua casa e me proporcionarem um espaço de confiança, conforto e carinho.

À disponibilidade, amizade e por fazer parte da minha vida, um profundo agradecimento à minha grande amiga Sofia Chaves, que aliás é uma irmã para mim.

Um grande obrigado à Soraia Santos, por me ter acompanhado neste percurso académico e por todos os momentos de partilha.

Às minhas colegas de tese, por me terem permitido pertencer a um grupo de trabalho coeso e confiante.

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução..... | 1 |
| I Enquadramento Conceptual..... | 2 |
| 1.1. Insatisfação Corporal..... | 2 |
| 1.2. Diferenças entre os géneros: Insatisfação Corporal e Comportamento Alimentar Perturbado..... | 5 |
| 1.3. Evitamento Experiencial e Psicopatologia Alimentar..... | 6 |
| 1.4. Aceitação Psicológica e Psicopatologia Alimentar..... | 8 |
| II Objetivos..... | 12 |
| III Método..... | 14 |
| 3.1. Caracterização dos participantes..... | 14 |
| 3.2. Procedimentos de recolha da amostra..... | 14 |
| 3.3. Instrumentos..... | 14 |
| 3.4. Procedimentos estatísticos..... | 17 |
| IV Resultados..... | 18 |
| 4.1. Estudo de comparações entre grupos (test t)..... | 18 |
| 4.2. Estudo de correlações entre as variáveis de estudo para o grupo masculino e para o grupo feminino..... | 19 |
| 4.3. Estudo das regressões: variáveis preditoras da patologia do comportamento alimentar..... | 21 |
| 4.3.1. Preditores de Insatisfação Corporal no género masculino e no género feminino..... | 21 |
| 4.3.2. Preditores da Procura da Magreza no género masculino e no género feminino..... | 24 |
| 4.4. A Aceitação da Imagem Corporal enquanto mediador na relação entre IMC e sintomatologia alimentar..... | 26 |
| 4.4.1. Efeito mediador da Aceitação da Imagem Corporal na relação entre IMC e Insatisfação Corporal no sexo feminino..... | 26 |
| 4.4.2. Efeito mediador da Aceitação da Imagem Corporal na relação entre Discrepância do IMC e Insatisfação Corporal no sexo masculino e no sexo feminino..... | 27 |
| 4.4.3. Efeito mediador da Aceitação da Imagem Corporal na relação entre Discrepância do IMC e a Procura da Magreza no sexo masculino e no sexo feminino..... | 29 |

| | |
|--------------------|----|
| V Discussão..... | 31 |
| VI Conclusões..... | 39 |
| Bibliografia..... | 42 |
| Anexos..... | 49 |

Introdução

O papel do Índice de Massa Corporal (IMC), como um importante preditor de insatisfação corporal no género masculino e feminino, tem sido amplamente reconhecido por inúmeros estudos, tanto em amostras de doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar como em amostras da população normal (e.g., Lawer e Nixon, 2011). Paralelamente, é igualmente sabido, que a experiência de sentimentos negativos e crenças disfuncionais em torno da aparência física motivam os sujeitos no desenvolvimento de comportamentos desadequados em busca do ideal de magreza, no caso das raparigas (Stice, 2002), e de uma forma cada vez mais crescente, do ideal muscular nos rapazes (Hildebrandt, Alfano, & Langenbucher, 2010). Tais comportamentos concretizam-se através de variadíssimas formas (e.g., restrição alimentar, uso de esteróides anabólicos), condutas estas que se tornam rígidas e difíceis de mudar contribuindo para o cerne da psicopatologia. Neste sentido, embora seja consensual o facto de, o sexo feminino estar associado a uma maior vivência de insatisfação com o peso e forma corporal e, por sua vez, estes índices explicarem um comportamento alimentar restritivo e perturbado, consideramos ser pertinente verificar se esta relação é igualmente confirmada no nosso estudo. Na mesma linha, também pretendemos analisar em cada género, quais os melhores preditores de problemas associados à imagem corporal (i.e., insatisfação corporal e procura da magreza).

Não obstante, os processos que regulam a interação entre variáveis associadas ao peso corporal, o desenvolvimento de insatisfação corporal, e a concretização de comportamentos com vista o alcance da forma corporal desejada, no sexo masculino e no sexo feminino, parecem ainda pouco claros. Isto é, a nosso entender, uma maior compreensão dos mecanismos que contribuem para a associação entre o IMC e a psicopatologia alimentar, provavelmente traduzirão implicações clínicas importantes para o crescimento ou refinamento da terapia no âmbito das perturbações associadas à imagem corporal e ao comportamento alimentar. Estudos sugerem que os problemas de natureza psicológica não são atribuídos apenas à presença de acontecimentos internos negativos com conteúdo específico (e.g., emoções, pensamentos), mas também aos processos cognitivos e comportamentais subjacentes, através dos quais os indivíduos respondem ou se relacionam com as suas experiências internas (Segal, Teasdale, & Williams, 2004). O modelo de flexibilidade psicológica (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006) é particularmente relevante para compreendermos a relação que o sujeito mantém com as suas experiências internas. Este modelo postula que a falta de flexibilidade psicológica, isto é, a incapacidade de permanecer em pleno contacto consciente com as experiências internas negativas, sem tentar evitá-las ou controlá-las, representa o núcleo de toda a psicopatologia. É demonstrado empiricamente que a existência de flexibilidade psicológica associa-se inversamente com inúmeros factores de risco (Hayes et al., 2006), inclusive com sintomas de psicopatologia alimentar (Wendell, Masuda, & Le, 2012). Além disso,

flexibilidade psicológica, especificamente com respeito à imagem corporal, evidencia um papel mediador na relação entre pensamentos disfuncionais característicos das perturbações alimentares e o desenvolvimento de psicopatologia alimentar (Wendell et al., 2012), sugerindo que a adoção de estratégias adaptativas de regulação emocional, perante acontecimentos internos negativos (e.g., sentimentos de insatisfação corporal), contribui para o bem-estar psicológico dos indivíduos.

I – Enquadramento conceptual

1.1. Insatisfação Corporal

A definição de imagem corporal abrange várias características que variam idiossincraticamente com cada área de investigação. Porém, no estudo que se apresenta, será focado o aspeto da aparência física da imagem corporal. Para Thompson (1996), a característica essencial que define a aparência física é a avaliação da própria forma e peso corporal, ou qualquer outro aspeto do corpo que determine a aparência física. Segundo o mesmo autor, a aparência física abrange três componentes: *percepção* (auto-percepção do peso e forma corporal); *componente subjetivo* (que se refere aos aspectos satisfação, avaliação cognitiva e ansiedade relativamente à aparência); e *comportamental* (centrado no evitamento de situações que desencadeiam desconforto e ansiedade no indivíduo, associados com a sua aparência física). Para Cash (2002, p. 599), “a imagem corporal é um conceito psicológico multifacetado, clinicamente importante, que se circunscreve às experiências, percepções e atitudes de uma pessoa em relação ao seu corpo e, em específico, da sua aparência”.

Uma visão distorcida e negativa da imagem corporal, insatisfação com o corpo ou sobrevalorização da aparência na avaliação do *self*, têm sido referenciadas como consequências de perturbações no componente da imagem corporal (Striegel-Moore & Franko, 2002). Insatisfação com a imagem corporal pode ser conceptualizada como um conjunto de crenças disfuncionais e de sentimentos negativos relativamente ao peso e forma corporal (Garner, 2002).

O indivíduo pode sentir insatisfação com a aparência no seu conjunto ou com alguma parte específica do corpo, por exemplo, avalia as suas pernas como demasiado ‘gordas’ (Cash, 2002). A avaliação de insatisfação com a imagem corporal é frequentemente realizada através do questionário de silhuetas, o qual envolve uma série de figuras humanas com nove variações em ordem crescente do tamanho corporal (e.g., Thompson & Altabe, 1991). Uma alternativa às silhuetas são os questionários de auto-resposta (Thompson & Berg, 2002). Geralmente, esta forma de avaliação inclui um conjunto de itens, nos quais é questionado ao sujeito o nível de satisfação com a aparência (e.g., Stice & Shaw, 1994), com partes específicas do corpo (e.g., Slade, Dewey, Newton, Brodie, & Kiemle, 1990), ou ainda com a aparência e partes específicas do corpo (e.g., Garner, Olmsted, & Polivy, 1983).

A insatisfação com o peso corporal é de facto o elemento da imagem

que tem sido mais estudado (Striegel-Moore & Franko, 2002). Um método simples para equacionar a satisfação com o peso corporal é através do peso actual e ideal dos sujeitos. A discrepância entre estes dois índices quantifica-se como insatisfação com o peso actual (Thompson & Berg, 2002). O género feminino é a população que se tem destacado no estudo da imagem corporal, pois parece ser também o grupo que relata maiores níveis de insatisfação corporal comparativamente ao género masculino (Furnham & Calnan, 1998; McCabe & Ricciardelli, 2005; McCabe, Ricciardelli, Waqa, Goundar, & Fotu, 2009; Presnell, Bearman, & Stice, 2004; Tremblay & Lariviere, 2009; Lawer & Nixon, 2011). Outros estudos apoiam e justificam estes dados pelo facto de as mulheres reagirem com maior intensidade ao ideal cultural de beleza (Knauss, Paxton, & Alsaker, 2008). Efectivamente, tem sido denominado, na literatura, de ‘descontentamento normativo’ a profunda experiencição de sentimentos negativos pelas mulheres em torno de seus corpos (e.g., Cash, 2002; Striegel-Moore & Franko, 2002). Nesta sequência, a preocupação com a imagem corporal tem sido amplamente vista como ‘um assunto de mulheres’, o que explica o facto de muitos estudos incluírem apenas o género feminino para a investigação das dimensões da imagem corporal (Grabe & Hyde, 2006; Striegel-Moore & Franko, 2002); por outro lado, parece contribuir para compreendermos a dificuldade que se tem emergido na realização de diagnósticos de sintomatologia alimentar nos homens (Corson & Andersen, 2002; Furnham, Badmin, & Sneade, 2002). Porém, nas últimas décadas, a literatura relativamente à imagem corporal no género masculino tem vindo a se expandir substancialmente (e.g., McCabe & Ricciardelli, 2004; Frederick, Peplau, & Lever, 2006).

A insatisfação corporal tem sido largamente conceituada como um importante factor de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares (Lawler & Nixon, 2011; Rosen, 1997; Stice, 2002), e para o desajustamento psicológico em ambos os géneros (Ganen & Morera, 2009). Por exemplo, a partir de uma revisão da literatura, vários estudos concluíram que a insatisfação corporal está relacionada com perturbações alimentares nas raparigas adolescentes e adultas (Thompson & Smolak, 2001, as cited in McCabe & Ricciardelli, 2004), na população adolescente masculina (Kell, Fulkerson, & Leon, 1997; Leon, Fulkerson, Perry, & Early-Zald, 1995), e em crianças do género feminino (e.g., Gardner, Stark, Friedman, & Jackson, 2002). Outras formas de psicopatologia, associadas a sentimentos de insatisfação corporal, também têm sido amplamente referidas. Segundo Filiault (2007), homens insatisfeitos com a sua massa corporal têm expressado elevados níveis de depressão e baixa auto-estima. De forma semelhante, em amostras do género feminino de populações não clínicas, que apresentam sintomatologia alimentar, exibem também sintomas de depressão, ansiedade e baixa qualidade de vida (Niemeier, 2004).

Modelos explicativos socioculturais sugerem que a ansiedade despoletada com relação à insatisfação corporal desencadeia-se como causa para o desenvolvimento de perturbações alimentares, na medida em que, a internalização do ideal de beleza tem como resultado a experiência de discrepância entre o ideal e o actual *self*, que por sua vez, gera insatisfação

corporal na maioria das mulheres e, conseqüentemente, a insatisfação motiva esforços comportamentais na perda de peso ou na prevenção do seu aumento (Stice, 2002). Por exemplo, estudos demonstraram que as mulheres e os homens fazem comparações sociais com os pares que acreditam ser melhores do que si próprios (e.g., em termos da imagem corporal) que, por seu turno, associa-se a sentimentos de insatisfação corporal em ambos os géneros (Tantleff-Dunn & Gokee, 2002). Todavia, este tipo de comparação é mais expressivo no grupo feminino, que por sua vez, está também relacionado com maiores níveis de perturbação em relação à imagem corporal nas mulheres (Strahan, Wilson, Cressman, & Buote, 2006; Thompson & Heinberg, 1993).

Resumidamente, a significativa insatisfação corporal no género masculino, está associada com o padrão de ideal cultural que tem vindo a se expandir, que ao contrário do protótipo de extrema magreza para as mulheres, nos homens é uma figura muscular ou mesomórfica (Baird & Grieve, 2006; Carlson Jones, 2004; Frederick et al., 2007; Frederick, Fessler, & Haselton, 2005).

Acresce ainda, sobretudo no género feminino, um sentimento de vergonha relacionado com a percepção de discrepância entre o actual corpo e o ideal. Wolf (1991) as cited in Fredrickson e Roberts (1997), afirma que pelo facto de as mulheres estarem continuamente expostas a ideias de beleza feminina impossíveis de realizar, e ao se compararem fisicamente com aqueles protótipos, experienciam sentimentos de vergonha em relação a si próprias, pois sentem que ‘falharam’ no alcance do ideal (Bartky, 1988, as cited in Fredrickson & Roberts, 1997). Neste sentido, o comportamento alimentar perturbado parece estar, também, associado a medidas de *vergonha externa* (a avaliação negativa dos outros em relação ao sujeito; Gilbert, 1998; Troop, Allan, Serpell, e Treasure, 2008), *interna* (‘o *self* julgado pelo *self*’, e.g., o sujeito avalia-se como pouco atraente; Doran & Lewis, 2011; Gilbert, 1998; Jambekar, Masheb, & Grilo, 2003), a *medidas gerais de vergonha* (e.g., Sanftner, Barlow, Marschall, & Tangney, 1995), e a *vergonha em relação ao corpo* (e.g., Burney & Irwin, 2000; Doran & Lewis, 2011). Apesar de a investigação se focar, predominantemente, no estudo da vergonha em amostras do género feminino, observou-se algumas diferenças entre os géneros neste âmbito. Num estudo recente conduzido por Doran e Lewis (2011), os autores verificaram numa amostra da população geral, que o grupo feminino apresentou de forma significativa mais experiências de vergonha nas três subescalas (vergonha em relação a aspectos do *self*; vergonha associada a comportamentos e acções e, vergonha relacionada com características físicas, ou com o corpo), em comparação com o género masculino. No mesmo estudo, a variável da vergonha relacionada com aspectos do *self* (e.g., competência pessoal) e com a aparência física, foram os únicos preditores de sintomatologia alimentar no grupo feminino, ao passo que, na amostra masculina a vergonha em relação ao corpo, foi a única variável preditora. Os autores concluem que o núcleo de vergonha associado aos distúrbios alimentares, não está apenas relacionado com a aparência física, mas também com outros aspectos do

self. Num outro estudo de Jambekar, Masheb, e Grilo (2003), numa amostra clínica com perturbação alimentar, verificaram que a medida de vergonha interna nos homens estava associada a insatisfação corporal, e nas mulheres à preocupação com o peso.

Assim, a etiologia e a apresentação dos distúrbios alimentares, parece ser diferente para o género masculino e feminino, em amostras da população geral e clínica (Doran & Lewis, 2011; Jambekar et al. 2003).

1.2. Diferenças entre os géneros: Insatisfação Corporal e Comportamento Alimentar Perturbado

São várias as divergências que têm surgido no estudo da insatisfação corporal nas raparigas e nos rapazes. Por um lado, estudos referem que o género masculino deseja alterar o seu peso quanto as mulheres, contudo, estão mais centrados na forma do corpo e na musculatura (Furnham et al., 2002) e, no alcance desse ideal têm vindo a se envolver em comportamentos de risco, como o excessivo exercício ou o uso de esteróides anabólicos (Brower, Blow, & Hill, 1994; Bergeron & Tylka, 2007; Hildebrandt et al., 2010). De outra forma, temos as perspectivas que evidenciam que muitos homens estão insatisfeitos com o seu peso e forma do corpo, apesar de menos significativo que nas mulheres (e.g., Ricciardelli & McCabe, 2001). Furnham et al. (2002) num estudo com uma amostra de adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 16 e os 18 anos, procuraram averiguar a existência de diferenças entre os sexos, relativamente à insatisfação corporal. Encontraram que a insatisfação corporal nas mulheres parece ser representada pelo desejo das mesmas em perder peso (74.6%) contra a reduzida minoria (8.1%) que quer aumentar de peso, ao passo que, os rapazes mostraram estar divididos de forma idêntica entre os que querem aumentar o peso (36.1%) e os que querem perder peso (42.8%). Os autores explicam estes resultados pelo facto da natureza da insatisfação ser diferente em cada sexo, isto é, as mulheres têm maior tendência a se autoavaliarem como estando acima do peso quando comparadas com critérios objectivos que indicam que as mesmas têm um peso normal, enquanto os homens apresentam maior probabilidade de se autoavaliarem como estando abaixo do peso normal tendo em conta também critérios objectivos (Furnham & Calnan, 1998).

Tem sido identificado que o peso corporal é um fator determinante na formação do constructo psicológico 'imagem corporal', devido ao seu papel como fator de risco no desenvolvimento de perturbações relacionadas com a imagem no género feminino e masculino. Os estudos revelam que na fase da adolescência há predominância de sentimentos de insatisfação e medo em ganhar peso nas raparigas, pois é o início da puberdade (Field et al., 1999, as cited in Striegel-Moore & Franko, 2002; Littleton & Ollendick, 2003). Assim, a pautada insatisfação com o corpo na adolescência, essencialmente pelas raparigas, parece estar associada ao aumento de peso desencadeado pelas mudanças físicas que são normativas desta nova etapa do ciclo de vida. Num estudo longitudinal de variáveis predictoras de insatisfação corporal, Wojtowicz e Ranson (2012) numa amostra de sujeitos do sexo feminino com

uma média de idade de 16 anos, verificaram que após um ano o nível de insatisfação corporal aumentou em 25.0% das adolescentes da amostra total, em 1.3% das raparigas permaneceu estável e em 73.7% diminuiu, os autores concluíram que a seguir a uma baixa autoestima, o segundo melhor preditor de insatisfação corporal, foi um aumento no IMC. Resultados idênticos foram encontrados no estudo de Stice e Whitenton (2002), com uma ampla amostra de raparigas adolescentes, isto é, elevados níveis de massa corporal associaram-se diretamente a níveis de insatisfação corporal. A insatisfação corporal parece, deste modo, estar correlacionada significativamente com a adiposidade, e quanto maior o índice de massa corporal de uma rapariga mais provável é a mesma experienciar sentimentos de insatisfação (Presnell et al., 2004; Thompson et al., 2007). Todavia, uma opinião diferente é apresentada por Lawler e Nixon (2011), os quais apontam que a maioria das raparigas que dizem estar gordas e querem perder peso têm um índice de massa corporal normal. Especulações diferentes são encontradas no género masculino. De facto, os rapazes com um peso médio apresentaram satisfação moderada com o seu físico, ao passo que as raparigas adolescentes estavam mais satisfeitas com o seu corpo se estivessem abaixo dos níveis médios de IMC (Lawler & Nixon, 2011). Nalguns casos o IMC não se destacou como um fator preditor de insatisfação corporal nos rapazes (Jones, Vigfusdottir, & Lee, 2004, as cited in Lawler & Nixon, 2011; McCabe & Ricciardelli, 2003). Porém, a maioria dos estudos, nesta população, apontam dados preocupantes com respeito aos jovens que estão abaixo e acima do peso normal devido ao elevado risco que apresentam para o desenvolvimento de insatisfação corporal e psicopatologia (Presnell et al. 2004). Por exemplo, no estudo de Jones e Crawford (2006) numa amostra de adolescentes de ambos os géneros, os rapazes com baixo peso demonstraram maior insatisfação e preocupação em aumentar a sua massa muscular, ao contrário da situação observada nas raparigas em que um aumento no IMC traduz um aumento dos níveis de insatisfação corporal.

Os processos alvo das novas terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração (*mindfulness*, aceitação, e valores) parecem se enquadrar na abordagem do problema de insatisfação com a imagem corporal. Do ponto de vista destes novos modelos, o aspecto mais importante a determinar é a funcionalidade que ‘insatisfação com a imagem corporal’ tem para um indivíduo, em oposição aos aspectos específicos do corpo que evocam insatisfação. Neste sentido, é considerado que a insatisfação corporal, isto é, o excessivo foco no peso, imagem, e forma do corpo, pode funcionar como uma estratégia de evitamento experiencial de emoções ou de situações percebidas pelos sujeitos como difíceis e menos controláveis (e.g., relações interpessoais, luto; Pearson, Heffner, & Follette, 2010).

1.3. Evitamento Experiencial e Psicopatologia Alimentar

O evitamento experiencial é conceptualizado como uma estratégia rígida e inflexível que compreende a aderência do sujeito às próprias cognições, e a luta no controlo ou na eliminação de pensamentos negativos (Hayes et al., 2006).

De acordo com Hayes, Wilson, Gifford, Follette, e Strosahl (1996, p. 1154), “é o fenômeno que ocorre quando o indivíduo não está disposto a permanecer em contacto com determinadas experiências internas (e.g., sensações corporais, emoções, pensamentos, memórias), e procura alterar a forma ou a frequência de tais acontecimentos internos, como também o contexto que os originam”. Os efeitos imediatos do evitamento experiencial são muitas vezes positivos e as consequências num curto período de tempo parecem ser mais importantes do que as de longo prazo, pois num curto espaço de tempo, aparentemente, a situação é resolvida através da redução do acontecimento indesejado (e.g., emoção; Hayes et al., 1996). Assim, este processo parece ter vindo a ser aplicado pelo ser humano desde sempre e também reforçado pela própria cultura, de acordo com Hayes et al. (2006, p. 7), “um padrão que é amplificado pela cultura com um foco geral em ‘sentir-se bem’ e evitar a dor”. Em muitas ocasiões parece não existir problema algum quando se procura diminuir a ansiedade ou distrair-nos de pensamentos que nos causam algum grau de desconforto (e.g., o relaxamento parece ter um efeito produtivo na redução de stress causado por uma situação trivial do dia-a-dia; Hayes et al., 1996). Porém, mediante algumas condições o evitamento é inerentemente problemático quando se torna numa forma de vida rígida que cerca todos os aspetos da existência humana levando o indivíduo a experienciar vários problemas (Pearson et al., 2010). Ao invés de o sujeito alcançar o resultado ansiado, bem-estar, reverte num maior sofrimento o estímulo (pensamentos negativos, emoções, ou sensações corporais) com uma maior ocorrência e intensidade do mesmo (O’Connell, Larkin, Mizes, & Fremouw, 2005; Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987), e, conseqüentemente, a vasta realização de comportamentos na tentativa de regular essas experiências podem se tornar muito resistentes à mudança para comportamentos mais adaptativos (Gross, 2002). Precisamente, o desenvolvimento de um processo de regulação emocional, que seja predominantemente o evitamento, contribui para a psicopatologia (Hayes et al., 2006). Em amostras clínicas e não clínicas, o evitamento experiencial tem-se correlacionado significativamente com medidas gerais de psicopatologia (Hayes et al., 2004), e com medidas específicas de distúrbios alimentares (Harnden, McNally, & Jimerson, 1997; O’Connell et al., 2005; Oliver & Huon, 2001; Soetens, Braet, & Moens, 2008).

É conceptualizado que diversos tipos de comportamentos de sintomatologia alimentar servem a função comum de evitamento experiencial (Pearson et al., 2010). As compulsões alimentares, quer sejam na forma de descontrolo objectivo (ingerir uma enorme quantidade de comida num período discreto de tempo), ou subjectivo (no qual ocorre o quebrar das regras previamente estabelecidas pelos sujeitos, em que ingerem uma pequena quantidade do alimento proibido), têm sido conceptualizadas como um meio dos sujeitos se esquivarem de pensamentos e sentimentos desagradáveis (Arnou, Kenardy, & Agras, 1992; Heatherton & Baumeister, 1991; Webber, 1994), por exemplo, os sujeitos reportam que imediatamente antes de um episódio de compulsão alimentar, têm sentimentos negativos (e.g., ansiedade, depressão), e que a comida que ingerem, compulsivamente,

produz uma redução imediata da emoção negativa (Elmore & de Castro, 1990). O vômito é também outra forma de evitamento de um estado aversivo, após ingerirem uma quantidade inadequada de comida, por exemplo, sentimentos de culpa, frustração, medo de aumentar o peso. A dieta excessiva conduzida pelas anorécticas é identificada como um meio de alívio temporário de emoções indesejadas (Cockell, Geller, & Linden, 2002). Deste modo, este conjunto de comportamentos pode funcionar como uma estratégia de evitamento experiencial, uma vez que, proporcionam o escape de sentimentos de humor negativo (Pearson et al., 2010).

Lavender, Jardin, e Anderson (2009), verificaram numa ampla amostra heterogénea de jovens adultos que a sintomatologia bulímica foi elevada nos sujeitos com comportamento de evitamento, e reduzida nos indivíduos que apresentavam predisposição *mindful*. Consequente, a excessiva utilização destas estratégias, e se o empanturramento for uma estratégia primária para lidar com as emoções desagradáveis, mais sofrimento será ocasionado, por exemplo, através do desadequado aumento de peso (Pearson et al., 2010). De facto, a experiência interna (e.g., pensamentos), dos sujeitos com perturbações alimentares é descrita como intolerável e, para evitarem ou diminuírem a sua frequência e intensidade, realizam diversos comportamentos que não são funcionais. É comum referirem outros padrões de evitamento, associados à imagem corporal, os quais inclui o evitamento de experiências internas relacionadas com o seu corpo, de situações em que as refeições são necessárias, como também as ocasiões em que a imagem corporal está mais visível, onde tentam por vezes, alterar a própria posição ou imagem corporal.

Assim, o evitamento experiencial relativamente à imagem corporal é definido como qualquer comportamento associado ao controlo da experiência ou imagem corporal (Sandoz, Wilson, & Dufrene, 2010). De um modo geral, as ações dos sujeitos e as atitudes desadequadas em torno da alimentação, podem cumprir a função comum de evitamento experiencial (Pearson et al., 2010), e este processo, por sua vez, concretiza um papel fulcral na manutenção de sintomatologia alimentar através do reforço negativo (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003).

1.4. Aceitação Psicológica e Psicopatologia Alimentar

A aceitação do desconforto associado à imagem corporal, que muitas mulheres experienciam num contexto social e cultural que valoriza a magreza, poderá ser uma alternativa mais cabal do que tentar modificar crenças respeitantes ao ideal de magreza (Baer, Fischer, & Huss, 2006; Pearson, Follette, & Hayes, 2011).

Tendo em consideração que os comportamentos alimentares disfuncionais são formas inflexíveis de evitamento experiencial, que parecem contribuir para o desenvolvimento e manutenção das perturbações alimentares (Lavender & Anderson, 2010; Rawal, Park, & Williams, 2010), várias terapias actualmente aplicadas no tratamento de psicopatologia alimentar, englobam componentes designados a reduzir o processo de evitamento, como é exemplo a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT;

Hayes et al., 2006). Resumidamente, a ACT é uma abordagem de intervenção psicológica baseada na psicologia moderna do comportamento, que inclui a *Relational Frame Theory* (RFT; Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001, as cited in Hayes et al., 2006), e aplica processos de *mindfulness*, de aceitação, de compromisso, e de mudança do comportamento, para o desenvolvimento de flexibilidade psicológica. De facto, a resposta específica de aceitação psicológica surge como uma alternativa à resposta de evitamento experiencial, e é um dos componentes centrais da terapia. Em geral, a aceitação psicológica compreende a competência para estar em contato, consciente e sem fazer julgamentos, com as experiências internas, sem tentar manipulá-las ou evitá-las, respondendo aos eventos tais como ocorrem (Hayes et al., 1996; Hayes et al., 2004; Hayes et al., 2006).

A aceitação psicológica juntamente com os outros cinco domínios da ACT: *desfusão cognitiva* (alterar a forma como um indivíduo se relaciona com os pensamentos), *estar em contacto com o momento presente* (contactar com os acontecimentos psicológicos e externos sem realizar juízos de valor sobre os mesmos), *o Eu como contexto* (estar consciente das suas experiências sem se comprometer com as mesmas), *escolha de valores* (escolher direcções de vida em vários domínios), *compromisso na ação* (desenvolver um vasto reportório de comportamentos com vista os valores escolhidos) - estabelecem o objetivo primordial de flexibilidade psicológica desta nova abordagem. Ou seja, são mecanismos que pretendem capacitar o indivíduo para estar em contacto com o momento presente, de uma forma totalmente consciente e intencional, procurando alterar e manter o seu comportamento em direcção aos objetivos escolhidos por si para a sua vida (Hayes et al. 2006). Estes processos têm-se destacado como benéficos mecanismos de mudança em diversos campos de investigação, por exemplo, estudos recentes demonstraram que *Midfulness* e flexibilidade psicológica parecem desencadear um papel moderador entre factores psicológicos passíveis de causarem sofrimento e resultados comportamentais favoráveis, concretizando, a força de associação entre factores psicológicos e comportamentos, é atenuada via *mindfulness* (por exemplo, a relação entre neuroticismo e cólera foi reduzida, através de elevados níveis de *mindfulness*; Feltman, Robinson, & Ode, 2009), ou através de flexibilidade psicológica, como é o exemplo de sujeitos que apresentavam sofrimento pós-traumático porém, menos formas de evitamento experiencial, afirmaram maior crescimento pós-traumático e direcções de vida (Kashdan & Kane, 2011).

Aplicada, especificamente, aos distúrbios da imagem corporal, a ACT pretende diminuir o sofrimento do sujeito, causado pela rigidez cognitiva (e.g., controlo), e pelos padrões de comportamento igualmente rígidos, que se desencadeiam em torno da aparência física, através da construção de flexibilidade e aumento da aceitação em relação à imagem corporal. Assim, na sua essência ‘aceitação da imagem corporal’, refere-se à disposição do indivíduo para experienciar perceções, sensações, sentimentos, pensamentos e crenças relacionadas com o próprio corpo, de uma forma

integrada e intencional, sem tentar alterar a sua intensidade, frequência ou forma, e efetivando objetivos noutras áreas da vida (Sandoz, Wilson, & Merwin, 2009). Flexibilidade psicológica com respeito à imagem corporal tem-se associado a bem-estar psicológico e a um estilo de vida saudável. Por exemplo, no estudo de Ferreira, Pinto-Gouveia, e Duarte (2011), a aceitação da imagem corporal apresentou relações positivas com outras medidas gerais de flexibilidade e aceitação psicológica (auto - compaixão), e associações negativas com índices de psicopatologia (depressão, ansiedade, stress, insatisfação com a imagem corporal). No mesmo sentido, destacaram-se outras investigações, sendo que a aceitação da imagem corporal mostrou uma associação negativa com sintomas de comportamento alimentar perturbado e, também, uma relação negativa entre uma medida geral de flexibilidade psicológica e sintomatologia alimentar (Wendell, 2011).

Quanto ao problema concreto de insatisfação corporal dos distúrbios da aparência física, o principal objectivo da terapia de aceitação aplicada a esta dificuldade, prende-se com um conjunto de processos que irão flexibilizar o indivíduo de modo a ir além da preocupação constante com o peso e forma corporal. Concretizando, a terapia procura consciencializar os sujeitos da ineficiência das estratégias de controlo utilizadas pelos mesmos durante muito tempo na tentativa de alterar a imagem corporal; aplicar *Mindfulness*, como uma ferramenta que facilita a posição de aceitação das emoções, através do aumento da consciência perante os sentimentos e de distanciamento dos pensamentos previamente evitados; clarificar valores de vida, modificando a atenção do sujeito para o que é mais importante nos vários aspectos da sua vida, ainda que as avaliações negativas respeitantes à aparência física permaneçam. Concluindo, ao invés de esperar até que haja efeitos de dieta, de perda de peso, ou até mesmo que a imagem corporal seja modificada, a ACT encoraja os sujeitos a seguirem no momento presente, com a sua vida (Pearson et al., 2011). Num estudo piloto, Pearson et al. (2011), com a aplicação desta abordagem específica da ACT, estruturada numa sessão de workshop, com o objectivo de averiguar a existência de resultados positivos nos níveis de insatisfação corporal num grupo de mulheres da população geral entre os 18 e os 68 anos, encontraram que os sujeitos do grupo de tratamento evidenciaram reduções significativas nos níveis de ansiedade relacionada com a imagem corporal e relevantes aumentos de flexibilidade psicológica, comparativamente à condição de controlo. Estes resultados preliminares oferecem suporte para a terapia de aceitação e compromisso, como um modelo de intervenção breve para o sofrimento associado com a insatisfação corporal. Realmente, resultados de outras investigações preliminares com problemas relacionados com a alimentação, peso e imagem corporal, evidenciam como sendo promissora esta nova abordagem de 3ª geração para a intervenção no âmbito dos problemas alimentares. No estudo de Lillis, Hayes, Bunting, e Masuda (2009), os quais realizaram também um workshop com base em *mindfulness* e na aceitação psicológica, numa amostra de sujeitos obesos do género masculino e feminino, o estudo demonstrou diminuições significativas no evitamento experiencial, elevada manutenção da perda de peso, reduções de

sintomatologia ansiosa, depressiva, desajustamento social, e melhorias na qualidade de vida dos sujeitos. Os autores explicam estes resultados com base no expressivo impacto mediador que observaram dos processos de aceitação, *mindfulness*, e de escolha de valores, sugerindo este efeito um mecanismo específico de ação. Mais é acrescentado, as mudanças alcançadas neste grupo de estudo, indicam que não é devido a alterações verificadas no IMC dos sujeitos, mas sim ao efeito positivo dos processos da ACT, independentemente da perda ou não de peso dos sujeitos.

O recurso às novas terapias tem abrangido a população clínica diagnosticada com distúrbios alimentares específicos. Por exemplo, o estudo de Baer, Fischer, & Huss (2006), numa amostra feminina com os critérios preenchidos do DSM-IV-TR para compulsão alimentar, obtiveram resultados em várias medidas, dentro dos quais um moderado aumento do foco de atenção para as experiências internas e um acréscimo substancial na aceitação destes acontecimentos; a preocupação com os padrões de alimentação também diminuiu bastante, contudo, a ansiedade experienciada com respeito ao peso e forma do corpo não demonstrou melhorias significativas porém, afirmam os autores, que alcançaram o objetivo a que se propuseram, ou seja, os participantes após o tratamento estavam mais capazes em evitar as compulsões, apesar de continuarem a apresentar insatisfação corporal. É possível inferir ainda com base neste estudo piloto que, de facto, a prática de *mindfulness* e a experientiação de pensamentos e emoções tal e qual como ocorrem, pode interromper a habitual relação que existe entre os acontecimentos internos e o comportamento aberto, sem uma intervenção directa na mudança de pensamentos ou emoções. De forma semelhante, num dos primeiros estudos com a aplicação da ACT no tratamento específico da anorexia (Heffner, Sperry, Eifert, & Detweiler, 2002), numa jovem de 15 anos, surtiu efeitos significantes na diminuição de grande parte da sintomatologia anoréctica, nomeadamente nas subescalas procura da magreza e ineficácia, porém, os níveis de insatisfação corporal mantiveram-se. Os autores explicam, igualmente, estes resultados devido ao objectivo para o qual foi proposta a intervenção, pois foi alvo de tratamento a aceitação de pensamentos e de sentimentos de insatisfação corporal, e não a sua eliminação. Assim, apesar de a doente estar insatisfeita com o seu corpo, foi capaz de reaver um estilo de vida saudável.

Efectivamente, mediante cognições associadas aos distúrbios alimentares, por exemplo, a sobrevalorização do autocontrolo do peso, o medo no aumento da massa corporal (Fairburn et al., 2003), tem sido pronunciado que objectivamente, na presença de um estilo de coping flexível (aceitação da imagem corporal), o sujeito pode manter as cognições negativas (e.g., insatisfação corporal), sem sentir necessidade de evitá-las ou regulá-las através de comportamentos alimentares disfuncionais (Wendell, et al., 2012). Não é simplesmente pelo facto de um sujeito apresentar cognições negativas com respeito ao seu corpo que irá resultar num distúrbio alimentar mas, o tipo de resposta desencadeado pelo mesmo perante a presença dessas cognições é que parece determinar se irá desenvolver psicopatologia alimentar (Rawal, Park, & Williams, 2010). Assim, a aceitação da imagem

corporal evidencia desencadear um papel mediador na relação entre pensamentos disfuncionais característicos das perturbações alimentares e o desenvolvimento de psicopatologia alimentar (Wendell, et al., 2012). Paralelamente, é reforçado que a falta de flexibilidade psicológica funciona como uma força condutora que mantém a associação entre as cognições disfuncionais e a patologia alimentar (Heffner & Eifert, 2004, as cited in Wendell et al., 2012; Sandoz et al., 2009).

Deste modo, estamos aptos para afirmar que evidências preliminares têm mostrado que a terapia baseada na aceitação é efectiva na redução de comportamentos alimentares perturbados (Baer et al., 2006; Heffner et al., 2002). Porém, apesar destes resultados, é de nossa compreensão que nenhum estudo ainda investigou claramente a ligação entre as variáveis associadas com índice de massa corporal e a sintomatologia alimentar (i.e., a insatisfação corporal e procura da magreza), e neste sentido, parece-nos importante analisar se os processos abrangidos pela ACT estão de facto relacionados com a patologia alimentar de uma forma sistemática.

Além disto, foi possível verificarmos ao longo da nossa abordagem teórica que a literatura suporta a existência de relações entre IMC, discrepância entre o IMC actual e IMC ideal, insatisfação corporal, procura da magreza, e flexibilidade psicológica, contudo nenhum estudo parece ter ainda demonstrado, em específico, como é que estas variáveis se relacionam entre si. Uma vez que, insatisfação com o peso e imagem corporal, em particular, parecem ser prevalentes entre a população feminina, e estar a aumentar nas últimas décadas no género masculino, ao passo que, sintomatologia alimentar clinicamente relevante, é relativamente incomum (Striegel-Moore & Cachelin, 2001), estes dados sugerem-nos que, adicionalmente, outras variáveis interagem com as crenças do sujeito relacionadas com a sua imagem e peso corporal, para dar origem à psicopatologia alimentar. Assim, a identificação de variáveis adicionais, que possivelmente inclui o evitamento experiencial, irá contribuir para uma melhor compreensão do facto de apenas uma pequena amostra de um amplo número de mulheres com elevados sentimentos de insatisfação com o peso e forma corporal, demonstrarem sintomatologia alimentar, como também irá proporcionar uma oportunidade para a manipulação de variáveis mediadoras, permitindo assim, o refinamento na prevenção ou no tratamento do comportamento alimentar perturbado.

II - Objetivos

A presente investigação teve como principais objetivos:

(1) A nível teórico pretende ser uma revisão da literatura existente acerca da aceitação da imagem corporal (medida pelo BI-AAQ), enfatizando o seu papel protector de psicopatologia e promotor do bem-estar. Neste sentido, abarca também uma revisão teórica acerca das variáveis associadas à imagem corporal e ao peso no contexto da sua relação com a patologia do comportamento alimentar.

(2) Dada a existência de muitos estudos que evidenciam que a

população feminina associa-se a maiores níveis de sintomatologia alimentar, o presente estudo pretende verificar se realmente há uma maior propensão no género feminino para a apresentação de um comportamento alimentar perturbado. Assim, partindo da comparação entre o género masculino e o género feminino, visa-se verificar as diferenças entre ambos os géneros, em termos de insatisfação corporal e procura da magreza, medidas pelo EDI. Em consonância com os dados existentes, espera-se que o género feminino seja aquele que apresenta valores mais elevados de insatisfação corporal e de procura da magreza, comparativamente ao género masculino.

(3) Posteriormente, com vista a se perceber quais as variáveis que explicam a insatisfação corporal e a procura da magreza, no género masculino e no género feminino, foi construído um modelo no qual consideramos como variáveis independentes as medidas de vergonha externa (OAS) e interna (ISS), as variáveis associadas com o IMC [o índice de massa corporal (IMC) e a discrepância entre IMC actual e IMC ideal (discrepância do IMC)], e ainda a aceitação em relação à imagem corporal (BI-AAQ). Tendo como base os conhecimentos teóricos de psicopatologia alimentar, esperamos que a aceitação da imagem corporal seja demonstrada como o principal predictor da insatisfação corporal e da procura da magreza em ambos os géneros. Ou seja, espera-se que seja uma baixa postura de abertura e de aceitação das experiências internas desconfortáveis em relação à imagem corporal, isto é o evitamento experiencial, que irá traduzir um maior sentimento de insatisfação com respeito à imagem corporal, e uma maior procura da magreza.

(4) Após se concretizar o estudo de preditores, e sabendo-se que o IMC tem um papel determinante para a insatisfação com a imagem corporal, quisemos explorar se a aceitação da imagem corporal, sendo um importante processo psicológico de mudança do comportamento alimentar perturbado, será um factor mediador da relação entre o IMC e a insatisfação corporal, no género feminino. Espera-se que a aceitação da imagem corporal seja um mediador significativo na relação entre o IMC e a insatisfação corporal.

Da mesma forma, pretendemos verificar se a aceitação da imagem corporal será um factor mediador da relação entre discrepância do IMC e a insatisfação corporal e, entre a relação da discrepância do IMC e a procura da magreza, em ambos os géneros. Hipotetiza-se que a aceitação da imagem corporal será um importante mediador na relação destas variáveis.

(6) Já a um nível pragmático, os resultados desta investigação poderão mostrar-se um contributo importante, nomeadamente ao nível clínico, caso se verifique que a aceitação da imagem corporal está associada a reduzida sintomatologia alimentar. Se assim for, os resultados deste estudo poderão contribuir para a promoção de uma intervenção terapêutica específica, para os problemas da imagem corporal, com vista o aumento da aceitação relativamente à imagem corporal, fomentando a capacidade de as pessoas em experienciar percepções, sensações, sentimentos, pensamentos e crenças relacionadas com o próprio corpo, de uma forma integrada e intencional, sem realizar acções na tentativa de alterar a sua intensidade, frequência ou forma, e efetivando objetivos noutras áreas da vida.

III - Método

3.1. Caracterização dos participantes

A amostra é constituída por 483 sujeitos da população geral, com 184 (38.1%) sujeitos do sexo masculino e 299 (61.9%) do sexo feminino. As idades apresentadas pelos participantes variam entre os 13 e os 30 anos. O grupo do sexo feminino apresenta uma idade média de 17.76 ($DP = 3.31$) ao passo que o grupo do sexo masculino apresenta uma idade média de 18.20 ($DP = 3.98$). No que diz respeito aos anos de escolaridade, a variação é entre 6 a 19 anos, com o sexo feminino a apresentar uma média de 10.86 ($DP = 3.04$) e o sexo masculino uma média de 11.02 ($DP = 3.26$). Através do teste *t* de *Student*, para amostras independentes, verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos nem em relação à idade [$t(481) = 1.309$; $p = .191$] nem em relação aos anos de escolaridade [$t(481) = .542$; $p = .588$].

No que concerne ao agregado familiar, 11 (2.3%) sujeitos vivem sozinhos, 129 (26.7%) vivem com os pais, 228 (47.2%) com os pais e irmãos, 6 (1.2%) com os pais, irmãos e avós, 1 (0.2%) com o seu cônjuge, 1 (0.2%) com o cônjuge e filhos e 107 (22.2%) sujeitos escolheram a opção “outros”.

A média do Índice de Massa Corporal do sexo masculino é de 22.26 ($DP = 3.62$), e o sexo feminino apresenta uma média de 21.19 ($DP = 3.00$).

3.2. Procedimentos de recolha da amostra

Para a constituição da nossa amostra foram selecionadas escolas do ensino básico, secundário e universitário, como também sujeitos não estudantes, somando um total de 483 sujeitos. A recolha da amostra do ensino básico e secundário efetuou-se no distrito de Coimbra, Pombal e Lousã, após a autorização dos órgãos de gestão das escolas. Os sujeitos com idades superiores a 18 anos foram recolhidos na Universidade de Coimbra após o consentimento dos professores de cada faculdade inquirida.

Após as autorizações necessárias, estávamos aptos para informar os participantes. Os objetivos gerais do estudo foram comunicados aos sujeitos, a confidencialidade de suas respostas, o consentimento informado da participação, e a natureza voluntária do estudo foi alvo de destaque. Por fim, foi dada a oportunidade aos sujeitos para colocarem alguma dúvida com respeito ao estudo. Os sujeitos que aceitaram colaborar na investigação, completaram a bateria de questionários de autorresposta abaixo descritos. Na presente investigação, foi conduzido um design transversal. Os critérios de exclusão estabelecidos para os participantes foram: (1) apresentarem idades inferiores a 13 anos ou superiores a 30 anos; (2) o preenchimento incompleto de escalas; (3) evidência clara do incumprimento das instruções de resposta.

3.3. Instrumentos

Neste estudo foi utilizado uma bateria de questionários de autorresposta, os quais em nosso entender melhor se adequavam à avaliação de variáveis de flexibilidade psicológica, psicopatologia alimentar,

comparação social e de vergonha (interna e externa). Descrevemos seguidamente as características de cada instrumento do protocolo aplicado.

Dados sociodemográficos. Informações relativamente à idade, género, nível educacional, estado civil, profissão e agregado familiar.

Discrepância do Índice de Massa Corporal (Índice de Massa Corporal = Real - Ideal). Utilizamos a diferença entre o IMC real e o IMC ideal como uma medida objetiva de insatisfação com o peso atual. Após o preenchimento pelos participantes da sua altura e peso, calculamos o IMC real dividindo o peso atual (em kg) pela altura ao quadrado (em m), e o IMC ideal através da divisão do peso desejado (em kg) pela altura ao quadrado (em m), isto é, utilizando a fórmula $IMC = \text{kg}/\text{m}^2$. Estudos anteriores têm confirmado que o auto-registo do peso e altura são medidas fiáveis e válidas do peso atual e altura (Field et al., 2001; Paradis, Pérusse, Godin, & Vohl, 2008).

Body Image Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ; Sandoz et al., 2009; Versão portuguesa por Ferreira et al., 2011).

Esta escala foi, especificamente, concebida para avaliar um processo ativo de mudança nos sujeitos com experiências negativas associadas à sua imagem corporal e com sintomas de psicopatologia alimentar (Sandoz et al., 2009). É a única medida desenvolvida para avaliar a aceitação da imagem corporal, o qual envolve entre vários aspetos, a avaliação do grau de fusão do sujeito com as suas cognições ou sentimentos desconfortáveis com respeito à sua imagem (e.g., “Os meus pensamentos e os meus sentimentos acerca do meu peso e forma corporal têm de mudar antes de eu tomar decisões importantes na minha vida”), o grau de evitamento de acontecimentos internos negativos relacionados com a imagem corporal (e.g., “Se começo a sentir-me gorda, tento pensar noutra coisa”), e, em que medida o sujeito dedica-se a atividades consistentes com os seus objetivos de vida, apesar do desconforto que sente relativamente à imagem corporal. Numa escala tipo *Likert* de 7 pontos, de 1 “Nunca verdadeiro” a 7 “Sempre verdadeiro”, os sujeitos pontuam os 12 itens de acordo com o grau de veracidade que se aplica a si. A escala original apresenta uma boa consistência interna (.93), e demonstra também boa validade concorrente obtida através da análise de correlações realizadas com outras medidas gerais de *mindfulness* e aceitação, e ainda com instrumentos de auto-resposta relacionados com a forma corporal e com comportamentos de perturbação alimentar (Sandoz et al., 2009). O estudo português da escala apresenta muito boa consistência interna, com um alfa de Cronbach de .95 (Ferreira et al., 2011). Na nossa amostra obtivemos um coeficiente de alfa igualmente satisfatório, de .92.

Inventário dos Distúrbios Alimentares (*Eating Disorders Inventory - EDI*; Garner, Olmsted, & Polivy, 1983; Versão portuguesa de Machado, Gonçalves, Martins, & Soares, 2001).

O EDI é um dos instrumentos de autorresposta mais utilizados para avaliar as características psicológicas e comportamentais associadas aos distúrbios alimentares, e pode ser usado como uma medida de diagnóstico. É composta por 64 itens divididos em 8 subescalas de avaliação de atitudes em

relação ao peso, forma, comportamentos alimentares e de características psicológicas comuns nos doentes com perturbação alimentar (subescalas - Procura da Magreza, Bulimia, Insatisfação Corporal, Ineficácia, Perfeccionismo, Desconfiança Interpessoal, Consciência Interoceptiva e Medos Maturacionais). Os participantes respondem a cada item numa escala tipo *Likert* de 6 pontos que varia de “Sempre” a “Nunca”. A resposta mais alta, indicadora de patologia alimentar, recebe a pontuação 3 (“sempre” ou “nunca”, dependendo do sentido da codificação dos itens), à resposta imediatamente adjacente é atribuído a cotação 2, e a seguinte resposta com o valor 1; as outras três respostas opostas à patologia alimentar, recebem (0). A pontuação total de cada subescala é realizada através do somatório dos itens correspondentes. Muitos estudos têm estabelecido boa confiança e validade desta escala (Garner, 1990). No presente estudo, iremos nos focar nas subescalas *Procura da Magreza*, *Bulimia* e *Insatisfação Corporal* porque são as que estão mais claramente associadas aos sintomas das perturbações alimentares. A consistência interna da versão portuguesa caracteriza-se pelos seguintes valores de alfa de Cronbach, para as três subescalas (.91; .81; .91, Machado et al., 2001). Na nossa amostra obteve-se os valores de .76; .72; .87, respetivamente.

Escala de Comparação Social – ECS (*Social Comparison Rating Scale* – SCRS; Allan & Gilbert, 1995; Versão portuguesa por Gato, 2003).

Esta escala pretende avaliar a forma como os indivíduos se comparam no relacionamento com os outros, em termos de hierarquia social, talento, atração, e aceitação pelos outros. Comporta 11 constructos bipolares (e.g., inferior-superior), nos quais os indivíduos se posicionam ao longo de uma escala tipo *Likert* de 10 pontos e respondem à frase incompleta (“No relacionamento com os outros, sinto-me...”). Quanto maior for a pontuação atribuída, mais positiva é a forma como o sujeito se autoavalia. A escala original apresenta um coeficiente alfa de Cronbach entre .90 e .91 para a população estudantil (Allan & Gilbert, 1995). O estudo deste instrumento para a população portuguesa revelou uma estrutura de dois fatores – Hierarquia e Ajustamento Social – apresentando ambas as subescalas valores satisfatórios de consistência interna (.82 para a subescala Hierarquia e .78 para a subescala Ajustamento social) (Gato & Pinto-Gouveia, 2003). Na nossa amostra, obtivemos também valores elevados de consistência interna para a escala total com um alfa de Cronbach de .90.

Internalized Shame Scale (ISS; Cook, 1987; Versão portuguesa de Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, in press).

Este instrumento compõe 30 itens designados a medir a vergonha interna, que pode ser definida como a emoção resultante de uma auto-avaliação negativa, de um sentimento de incompetência e de inferioridade (Claesson & Sohlberg, 2002). É composta por duas subescalas: uma com 24 itens que produz a subescala Vergonha, sendo a medida principal do componente traço da vergonha, e a subescala Auto-estima com 6 itens que segundo Cook, pode ser utilizada como uma medida rápida de positiva auto-estima. É pedido aos sujeitos que respondem a cada afirmação numa escala tipo *Likert* de 0 “Nunca” a 4 “Quase sempre” pontos. Na nossa escala iremos

abordar a subescala Vergonha. Quanto à consistência interna desta subescala no estudo original foi obtido um coeficiente alfa de Cronbach de .95 para a amostra não clínica (Cook, 1996). O coeficiente alfa encontrado no nosso estudo foi de .95 para a subescala Vergonha.

Other as Shamer Scale (OAS; Goss, Gilbert, & Allan, 1994; Versão portuguesa de Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011).

Esta escala pretende medir a vergonha externa, isto é, em que medida o sujeito sente que os outros olham para si de forma depreciativa e negativa. A escala é composta por 18 itens que descrevem sentimentos ou experiências referentes à forma como o sujeito sente que os outros o vêem (e.g., “Penso que as pessoas me desprezam”). Os sujeitos respondem de acordo com uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, em que (0) significa “Nunca” e 4 “Quase sempre”, tendo em conta a frequência com que sente ou experiencia o que está escrito em cada frase. No estudo original a escala apresenta elevada consistência interna, com um alfa de Cronbach de .92 (Goss et al., 1994). No nosso estudo o alfa apresenta um valor igualmente elevado de .92.

3.4. Procedimentos Estatísticos

Para a análise estatística do nosso estudo recorreremos ao *software* para tratamento estatístico de dados SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.0.

Na concretização das análises, que serão apresentadas na descrição dos resultados, recorreremos a um procedimento específico em cada passo. Assim, com vista a verificação de diferenças médias entre o género masculino e o género feminino relativamente a uma variável, foi realizado o teste t de *Student* para amostras independentes (design não relacionado). Seguidamente, uma análise de correlação de *Pearson*, foi conduzida para verificar as relações entre a aceitação da imagem corporal e as variáveis em estudo, para a amostra do sexo masculino e do sexo feminino.

Para percebermos quais as variáveis preditoras significativas da insatisfação corporal (medida pelo EDI) e da procura da magreza (medida pelo EDI), no género masculino e no género feminino foram realizadas análises de regressão múltipla hierárquica, independentes por género.

Por fim, com o intuito de averiguar o possível efeito mediador da aceitação da imagem corporal (medida pelo BI-AAQ) na relação entre: o IMC e a insatisfação corporal; a discrepância do IMC e a insatisfação corporal; e na relação entre a discrepância do IMC e a procura da magreza, conduzimos análises de regressão linear de acordo com o proposto por Baron e Kenny (1986). Segundo os mesmos autores, uma variável funciona como mediadora quando cumpre as seguintes condições: (1) a variável preditora regride (i.e., prediz) significativamente sobre a variável dependente; (2) a variável preditora regride significativamente sobre a variável mediadora; (3) a variável preditora e o mediador regridem significativamente sobre o resultado da variável dependente. O passo final da mediação envolve demonstrar uma redução significativa do efeito da variável preditora na variável dependente, após a introdução do mediador no

modelo. A significância do efeito indirecto da variável preditora nos resultados da variável dependente, por via do mediador, foi ainda confirmada através do teste de Sobel.

IV - Resultados

4.1. Estudo de comparações entre grupos (test t)

Estatísticas descritivas para cada género nas várias medidas do estudo são apresentadas na Tabela 1. É referido do mesmo modo, os testes-t em cada variável.

Tabela 1

Médias e desvios-padrão para a amostra total ($n = 483$) e test t para verificação de diferenças entre o sexo masculino ($n = 184$) e feminino ($n = 299$) em todas as variáveis.

| Variáveis | Total ($n=483$) | | Homens ($n=184$) | | Mulheres ($n=299$) | | t | P |
|-----------------|-------------------|-------|--------------------|-------|----------------------|-------|--------|------|
| | M | DP | M | DP | M | DP | | |
| BI-AAQ | 65.64 | 14.45 | 68.86 | 13.39 | 63.69 | 14.73 | 3.848 | .000 |
| EDIProcuMagreza | 2.26 | 3.32 | 1.46 | 2.24 | 2.75 | 3.75 | -4.212 | .000 |
| EDIBulimia | 1.11 | 2.33 | 1.14 | 2.24 | 1.09 | 2.39 | .224 | .823 |
| EDInsatCorporal | 4.77 | 5.51 | 2.83 | 4.02 | 5.96 | 5.94 | -6.308 | .000 |
| DiscrepânciaIMC | .74 | 2.30 | .12 | 2.29 | 1.12 | 2.23 | -4.761 | .000 |
| ECSTotal | 69.45 | 14.29 | 71.89 | 14.02 | 67.94 | 14.27 | 2.976 | .003 |
| ISS-Shame | 32.71 | 18.36 | 30.16 | 17.93 | 34.26 | 18.46 | -2.383 | .018 |
| OASTotal | 21.08 | 11.54 | 20.38 | 11.40 | 21.51 | 11.63 | -1.039 | .299 |

Nota: BI-AAQ = Aceitação da Imagem Corporal; Subescalas EDI = Procura da Magreza, Bulimia, Insatisfação Corporal; Discrepância do Índice de Massa Corporal = IMC real - IMC ideal; ECSTotal = utilização da pontuação total obtida na Escala de Comparação Social; ISS-Shame = Internalized Shame Scale; OASTotal = utilização da pontuação total obtida na escala, Other as Shamer Scale.

Podemos afirmar que existem diferenças de género estatisticamente significativas em todas as medidas, excepto na subescala bulimia (EDI) [$t(481) = .224$; $p = .823$] e na medida de vergonha externa (OAS) [$t(478) = -1.039$; $p = .299$], que não diferem significativamente entre o género masculino e o género feminino.

Concretamente, o sexo masculino apresenta valores médios significativamente superiores em comparação com o sexo feminino na aceitação da imagem corporal (BI-AAQ) [$t(476) = 3.848$, $p = .000$; $M = 68.86$ versus $M = 63.69$], e na comparação social (ECS) [$t(480) = 2.976$, $p = .003$; $M = 1.14$ versus $M = 1.09$]. Na subescala bulimia (EDI), embora não se registem diferenças significativas, são também os participantes do sexo masculino que apresentam pontuações médias mais altas [$t(481) = .224$, $p = .823$; $M = 1.14$ versus $M = 1.09$]. Este resultado, no entanto, merece

particular atenção pois deve ser lido com prudência uma vez que o estudo foi realizado numa amostra da população geral e, portanto, sabe-se que é frequente e característico do género masculino, considerar a ingestão de grandes quantidades de comida como comportamentos de ‘empanturramento ou comer excessivamente’ (características inerentes da própria escala), não traduzindo deste modo, necessariamente, psicopatologia alimentar.

Quanto a diferenças em ambos os géneros, nas restantes variáveis, o grupo do género feminino comparado com o grupo masculino, é aquele que apresenta pontuações mais elevadas na subescala procura da magreza (EDI) [$t(481) = -4.212, p = .000; M = 2.75$ versus $M = 1.46$], insatisfação corporal (EDI) [$t(481) = -6.308, p = .000; M = 5.96$ versus $M = 2.83$], discrepância entre IMC actual e IMC ideal [$t(481) = -4.761, p = .000; M = 1.12$ versus $M = .12$], vergonha interna (ISS) [$t(477) = -2.383, p = .018; M = 34.26$ versus $M = 30.16$], e externa (OAS) [$t(478) = -1.039, p = .299; M = 21.51$ versus $M = 20.38$], embora recorde-se que as diferenças nesta última variável (OAS) não foram significativas entre os grupos. Assim, estes dados sugerem a realização de estudos independentes, por grupos.

4.2. Estudo de correlações entre as variáveis de estudo para o grupo masculino e para o grupo feminino

Através de correlações de *Pearson*¹ procurámos avaliar a relação entre a aceitação da imagem corporal (BI-AAQ) e as outras medidas em estudo, para ambos os sexos. Para o género masculino os resultados são apresentados na Tabela 2, e para o género feminino são apresentados na Tabela 3.

Tabela 2

Correlações entre o BI-AAQ e as variáveis ECS, OAS, ISS, IMC, discrepância entre IMC actual e IMC ideal, e as subescalas do EDI, para a população masculina ($n = 184$).

| Variável | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---------------------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|---|
| 1. BI-AAQ | | | | | | | | | |
| 2. ECSTotal | .04 | | | | | | | | |
| 3. OASTotal | -.51** | -.31** | | | | | | | |
| 4. ISS-Shame | -.52** | -.35** | .76** | | | | | | |
| 5. IMC | .01 | -.09 | .01 | -.02 | | | | | |
| 6. DiscrepânciaIMC | -.21** | -.07 | .20** | .17* | .64** | | | | |
| 7. EDIInsatCorporal | -.36** | -.13 | .44** | .34** | .25** | .39** | | | |
| 8. EDIProcMagreza | -.33** | -.02 | .32** | .31** | .23** | .37** | .45** | | |
| 9. EDIBulimia | -.21** | -.02 | .18* | .27** | -.08 | .04 | .27** | .11 | |

Nota: BI-AAQ = Aceitação da Imagem Corporal; ECSTotal = utilização da pontuação total obtida na Escala de Comparação Social; OASTotal = utilização da pontuação total obtida na escala, Other as Shamer Scale; ISS-Shame = Internalized Shame Scale; IMC = Índice de Massa Corporal; Discrepância do Índice de Massa Corporal = IMC actual - IMC ideal; Subescalas do EDI =

¹ Segundo Pestana e Gageiro (2003), uma correlação significativa $<.2$ é indicadora de uma associação linear muito fraca entre as duas variáveis; relação baixa: entre $.2$ e $.39$; moderada: entre $.4$ e $.69$; alta: entre $.7$ a $.89$; muito elevada: entre $.90$ e 1 .

** $p < .01$

* $p < .05$

Podemos verificar, que no sexo masculino, as correlações de *Pearson* mostram que a aceitação da imagem corporal (medida pelo BI-AAQ) não se correlaciona significativamente com a medida de comparação social (ECS), mas apresenta correlações negativas e de magnitude moderada com as escalas de vergonha externa (OAS) e interna (ISS). Especificamente, em relação aos indicadores no âmbito do peso e do comportamento alimentar perturbado podemos observar que neste grupo, a aceitação da imagem corporal não está significativamente associada ao IMC, mas está associada negativamente com a discrepância entre IMC actual e IMC ideal, embora com uma magnitude baixa ($r = -.21$; $p < .01$). Verificamos, ainda, que para o grupo do sexo masculino a aceitação da imagem corporal se correlaciona negativamente e com valores de magnitude baixa com a insatisfação com a imagem corporal ($r = -.36$; $p < .01$), e com os comportamentos alimentares perturbados, avaliados pelas subescalas de procura de magreza ($r = -.33$; $p < .01$) e bulimia ($r = -.21$; $p < .01$).

Tabela 3

Correlações entre o BI-AAQ e as variáveis ECS, OAS, ISS, IMC, discrepância entre IMC actual e IMC ideal, e as subescalas do EDI, para a população feminina ($n = 299$).

| Variável | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---------------------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|---|
| 1. BI-AAQ | | | | | | | | | |
| 2. ECSTotal | .26** | | | | | | | | |
| 3. OASTotal | -.45** | -.49** | | | | | | | |
| 4. ISS-Shame | -.54** | -.49** | .84** | | | | | | |
| 5. IMC | -.36** | -.12* | .10 | .11 | | | | | |
| 6. DiscrepânciaIMC | -.37** | -.11 | .09 | .11 | .78** | | | | |
| 7. EDIInsatCorporal | -.61** | -.26** | .39** | .47** | .47** | .51** | | | |
| 8. EDIProcMagreza | -.54** | -.14* | .23** | .33** | .33** | .46** | .59** | | |
| 9. EDIBulimia | -.22** | -.05 | .27** | .28** | .03 | .06 | -.33** | .24** | |

Nota: BI-AAQ = Aceitação da Imagem Corporal; ECSTotal = utilização da pontuação total obtida na Escala de Comparação Social; OASTotal = utilização da pontuação total obtida na escala, Other as Shamer Scale; ISS-Shame = Internalized Shame Scale; IMC = Índice de Massa Corporal; Discrepância do Índice de Massa Corporal = IMC actual - IMC ideal; Subescalas do EDI = Insatisfação Corporal, Procura da Magreza, Bulimia.

** $p < .01$

* $p < .05$

No grupo do sexo feminino, verifica-se que a aceitação da imagem corporal (BI-AAQ) correlaciona-se positivamente com a variável de comparação social (ECS) porém, apresenta valores de baixa magnitude ($r = .26$; $p < .01$). Quanto à relação com as variáveis de vergonha externa (OAS) e interna (ISS), a aceitação da imagem corporal revelou uma associação negativa moderada de $-.45$ e $-.54$, designadamente. No que respeita aos

índices do peso, verifica-se, neste grupo, que a aceitação da imagem corporal apresenta relações negativas e de baixa magnitude, com o IMC ($r = -.36; p < .01$), e com a discrepância entre IMC actual e IMC ideal ($r = -.37; p < .01$). Relativamente às medidas de psicopatologia alimentar, a aceitação da imagem corporal revelou correlações negativas com a insatisfação com a imagem corporal, e com os indicadores de comportamento alimentar perturbado (i.e., procura da magreza e bulimia, do EDI). De salientar que as relações entre o BI-AAQ, e as subescalas de insatisfação corporal e procura da magreza registam magnitudes moderadas de $-.61$ e $-.54$, respectivamente.

Em síntese, no estudo de associação entre a aceitação e as restantes variáveis em estudo, por género, podemos sublinhar que no sexo feminino, e ao contrário do observado no género masculino, em que não foi obtida uma correlação significativa entre a aceitação da imagem corporal (BI-AAQ) e a escala de comparação social (ECS), no género feminino apresentam uma associação positiva, demonstrando que uma maior aceitação da imagem corporal se associa a uma comparação social mais favorável apenas para o grupo feminino. De igual forma, é possível verificar que no sexo feminino a relação entre aceitação da imagem corporal e as variáveis associadas ao peso, imagem corporal e comportamento alimentar, apresentam sempre valores de magnitude mais elevados, comparativamente com os registados na amostra do sexo masculino.

Quanto à relação de outras variáveis que é importante referir para a exploração do nosso estudo: na amostra do sexo feminino o IMC mostrou uma relação positiva moderada com a insatisfação corporal ($r = .47; p < .01$), enquanto na amostra do sexo masculino estas variáveis apresentam uma associação baixa ($r = .25; p < .01$), revelando estes resultados uma associação mais forte entre estas variáveis no sexo feminino comparativamente ao género masculino. Destaca-se, também, a relação entre as variáveis de comparação social (ECS) e de insatisfação corporal, que apresentam uma associação negativa e de magnitude baixa ($r = -.26; p < .01$) no grupo do sexo feminino mas não se mostram significativamente associadas no grupo do género masculino.

4.3. Estudo das regressões: variáveis preditoras da patologia do comportamento alimentar

4.3.1. Preditores de Insatisfação Corporal no género masculino e no género feminino

As análises apresentadas neste ponto têm como propósito compreender quais as variáveis que explicam a insatisfação corporal (EDI), em função do género. Assim, optámos pela realização de análises de regressão múltipla hierárquica, independentes por género. Introduzimos no primeiro bloco a escala de vergonha externa (OAS); no segundo a medida de vergonha interna (ISS); e, posteriormente, introduzimos no modelo o IMC; no quarto bloco, acrescentámos a discrepância entre IMC actual e IMC ideal; e no último, a aceitação da imagem corporal (BI-AAQ). Os resultados para a

amostra do género masculino encontram-se na Tabela 4, e para o grupo feminino na Tabela 5.

Tabela 4

Análises de regressão múltipla hierárquica utilizando as medidas de vergonha (OAS e ISS), o IMC, a discrepância entre o IMC actual e IMC ideal, e o BI-AAQ para predizer a insatisfação corporal (EDI), na amostra do género masculino ($n = 184$).

| Modelo | Preditores | β | T | P | R | R^2 | F | p |
|--------|-----------------|---------|--------|------|-----|-------|--------|------|
| | | | | | .44 | .20 | 42.283 | .000 |
| 1 | OASTotal | .44 | 6.503 | .000 | | | | |
| | | | | | .44 | .20 | 21.069 | .000 |
| 2 | OASTotal | .42 | 4.003 | .000 | | | | |
| | ISS-Shame | .03 | .278 | .781 | | | | |
| | | | | | .52 | .27 | 21.014 | .000 |
| 3 | OASTotal | .42 | 4.218 | .000 | | | | |
| | ISS-Shame | .03 | .322 | .748 | | | | |
| | IMC | .27 | 4.126 | .000 | | | | |
| | | | | | .55 | .30 | 18.331 | .000 |
| 4 | OASTotal | .38 | 3.841 | .000 | | | | |
| | ISS-Shame | .02 | .190 | .550 | | | | |
| | IMC | .12 | 1.373 | .172 | | | | |
| | DiscrepânciaIMC | .24 | 2.793 | .006 | | | | |
| | | | | | .56 | .32 | 15.847 | .000 |
| 5 | OASTotal | .34 | 3.445 | .001 | | | | |
| | ISS-Shame | -.03 | -.314 | .754 | | | | |
| | IMC | .13 | 1.579 | .116 | | | | |
| | DiscrepânciaIMC | .21 | 2.427 | .016 | | | | |
| | BI-AAQ | -.16 | -2.108 | .036 | | | | |

Nota: OASTotal = utilização da pontuação total obtida na escala, Other as Shamer Scale; ISS-Shame = Internalized Shame Scale; IMC = Índice de Massa Corporal; Discrepância do Índice de Massa Corporal = IMC actual - IMC ideal; BI-AAQ = Aceitação da Imagem Corporal.

Podemos afirmar, que no género masculino, o primeiro modelo apresenta-se estatisticamente significativo, explicando 20% da variância da insatisfação corporal (EDI) [$F(1, 176) = 42.283$; $p = .000$], sendo a vergonha externa (OAS) um preditor significativo com um $\beta = .44$ ($t = 6.503$; $p = .000$). Esta relação continua a ser significativa quando fazemos entrar no modelo a medida de vergonha interna (ISS) contudo, esta última não apresenta significância estatística, explicando também este modelo 20% da variância da insatisfação corporal [$F(2, 176) = 21.069$; $p = .000$]. O terceiro modelo apresenta também significância estatística, explicando 27% da variância da insatisfação corporal [$F(3, 176) = 21.014$; $p = .000$], sendo a vergonha externa (OAS) a melhor preditora neste modelo com um $\beta = .42$ ($t = 4.218$; $p = .000$), seguindo-se o IMC [$\beta = .27$ ($t = 4.126$; $p = .000$)]. Quando fazemos entrar no modelo a discrepância entre IMC actual e IMC ideal, a vergonha externa (OAS) continua a ser a melhor preditora com um $\beta = .38$ ($t = 3.841$; $p = .000$), seguindo-se a discrepância entre IMC actual e IMC ideal [$\beta = .24$ ($t = 2.793$; $p = .006$)], e o IMC deixa de ter significância estatística, explicando o quarto modelo 30% da variância [$F(4, 176) = 18.331$; $p = .000$] da insatisfação corporal. Por fim, quando fazemos entrar a aceitação em relação à imagem corporal (BI-AAQ), a medida de vergonha externa (OAS) é igualmente a melhor preditora com um $\beta = .34$ ($t = 3.445$; $p = .001$),

seguindo-se a discrepância entre IMC actual e IMC ideal [$\beta = .21$ ($t = 2.427$; $p = .016$)] e a medida de flexibilidade psicológica (BI-AAQ) [$\beta = -.16$ ($t = -2.108$; $p = .036$)], explicando o quinto modelo 32% da variância da insatisfação corporal [$F(5, 176) = 15.847$; $p = .000$].

Tabela 5

Análises de regressão múltipla hierárquica utilizando as medidas de vergonha (OAS e ISS), o IMC, a discrepância entre o IMC actual e o IMC ideal, e o BI-AAQ para prever a insatisfação corporal (EDI), na amostra do género feminino ($n = 299$).

| Modelo | Preditores | β | t | P | R | R^2 | F | P |
|--------|-----------------|---------|--------|------|-----|-------|--------|------|
| 1 | OASTotal | .40 | 7.387 | .000 | .40 | .15 | 54.561 | .000 |
| | | | | | .48 | .23 | 44.008 | .000 |
| 2 | OASTotal | -.02 | -.228 | .820 | .63 | .40 | 65.023 | .000 |
| | ISS-Shame | .50 | 5.328 | .000 | | | | |
| 3 | OASTotal | -.04 | -.432 | .666 | .67 | .45 | 58.781 | .000 |
| | ISS-Shame | .46 | 5.566 | .000 | | | | |
| | IMC | .41 | 9.089 | .000 | | | | |
| 4 | OASTotal | -.03 | -.317 | .752 | .72 | .52 | 62.346 | .000 |
| | ISS-Shame | .45 | 5.583 | .000 | | | | |
| | IMC | -.15 | 2.191 | .029 | | | | |
| | DiscrepânciaIMC | .34 | 4.944 | .000 | | | | |
| 5 | OASTotal | -.02 | -.276 | .783 | | | | |
| | ISS-Shame | .27 | 3.401 | .001 | | | | |
| | IMC | .10 | 1.594 | .112 | | | | |
| | DiscrepânciaIMC | .27 | 4.153 | .000 | | | | |
| | BI-AAQ | -.34 | -6.549 | .000 | | | | |

Nota: OASTotal = utilização da pontuação total obtida na escala, Other as Shamer Scale; ISS-Shame = Internalized Shame Scale; IMC = Índice de Massa Corporal; Discrepância do Índice de Massa Corporal = IMC actual - IMC ideal; BI-AAQ = Aceitação da Imagem Corporal.

No género feminino, verifica-se que o primeiro modelo apresenta-se estatisticamente significativo e explica 15% da variância da insatisfação corporal (EDI) [$F(1, 296) = 54.561$; $p = .000$], revelando-se a escala de vergonha externa (OAS) um preditor significativo com um $\beta = .40$ ($t = 7.387$; $p = .000$). Quando fazemos entrar a vergonha interna (ISS), esta revela-se como o único preditor significativo com um valor de $\beta = .50$ ($t = 5.328$; $p = .000$), deixando de ser estatisticamente significativa a medida de vergonha externa (OAS), explicando o segundo modelo 23% da variância da insatisfação corporal (EDI) [$F(2, 296) = 44.008$; $p = .000$]. Quando fazemos entrar o IMC, a vergonha interna passa a ser o melhor preditor significativo com um $\beta = .46$ ($t = 5.566$; $p = .000$), seguindo-se o IMC [$\beta = .41$ ($t = 9.089$; $p = .000$)], perdendo a vergonha externa a sua significância estatística, explicando o terceiro modelo 40% da variância [$F(3, 296) = 65.023$; $p = .000$]. O quarto modelo, também significativo, explica 45% da variância da insatisfação corporal [$F(4, 296) = 58.781$; $p = .000$], continuando a ser a vergonha interna o melhor preditor [$\beta = .45$ ($t = 5.583$; $p = .000$)], seguindo-se a discrepância entre IMC actual e IMC ideal [$\beta = .34$ ($t = 4.944$; $p = .000$)] e o IMC [$\beta = -.15$ ($t = 2.191$; $p = .029$)]. Quando fazemos entrar no modelo a aceitação em relação à imagem corporal (BI-AAQ) este passa a ser

o principal preditor significativo com um $\beta = -.34$ ($t = -6.549$; $p = .000$), seguindo-se a discrepância do IMC com um valor de $\beta = .27$ ($t = 4.153$; $p = .000$) e a vergonha interna [$\beta = .27$ ($t = 3.401$; $p = .001$)], explicando o último modelo 52% da variância da insatisfação corporal (EDI) [$F(5, 296) = 62.346$; $p = .000$].

Resumindo, a discrepância entre IMC actual e IMC ideal e a aceitação em relação à imagem corporal revelaram-se como preditores significativos em ambos os géneros. Paralelamente, e em específico verificámos que na população masculina a medida de vergonha externa (OAS) revelou-se como o melhor preditor de insatisfação corporal ao passo que, na amostra feminina uma baixa aceitação em relação à imagem corporal foi o melhor preditor de insatisfação corporal.

4.3.2. Preditores da Procura da Magreza no género masculino e no género feminino

Paralelamente, para compreendermos quais as variáveis predictoras e significativas da procura da magreza (EDI), realizamos análises de regressão múltipla hierárquica, independentes por género, usando a vergonha externa (OAS) e interna (ISS), o índice de massa corporal (IMC) e a discrepância entre IMC actual e IMC ideal (Discrepância do IMC), e a flexibilidade psicológica, ou aceitação em relação à imagem corporal (BI-AAQ) para prever a procura da magreza (EDI), tida como variável critério. Os resultados dos estudos são apresentados na Tabela 6 para o género masculino, e na Tabela 7 para o género feminino.

Tabela 6

Análises de regressão múltipla hierárquica utilizando as medidas de vergonha (OAS e ISS), o IMC, a discrepância entre o IMC actual e IMC ideal, e o BI-AAQ para prever a procura da magreza (EDI), na amostra do género masculino ($n = 184$).

| Modelo | Preditores | β | t | P | R | R^2 | F | P |
|--------|-----------------|---------|--------|------|-----|-------|--------|------|
| | | | | | .31 | .10 | 19.139 | .000 |
| 1 | OASTotal | .31 | 4.375 | .000 | | | | |
| | | | | | .34 | .11 | 10.983 | .000 |
| 2 | OASTotal | .18 | 1.619 | .107 | | | | |
| | ISS-Shame | .18 | 1.627 | .106 | | | | |
| | | | | | .41 | .17 | 11.423 | .000 |
| 3 | OASTotal | .18 | 1.693 | .092 | | | | |
| | ISS-Shame | .18 | 1.699 | .091 | | | | |
| | IMC | .23 | 3.322 | .001 | | | | |
| | | | | | .46 | .21 | 11.207 | .000 |
| 4 | OASTotal | .13 | 1.271 | .206 | | | | |
| | ISS-Shame | .17 | 1.587 | .114 | | | | |
| | IMC | .06 | .627 | .532 | | | | |
| | DiscrepânciaIMC | .27 | 2.996 | .003 | | | | |
| | | | | | .48 | .23 | 9.959 | .000 |
| 5 | OASTotal | .10 | .902 | .368 | | | | |
| | ISS-Shame | .12 | 1.073 | .285 | | | | |
| | IMC | .07 | .822 | .412 | | | | |
| | DiscrepânciaIMC | .24 | 2.638 | .009 | | | | |
| | BI-AAQ | -.17 | -2.036 | .043 | | | | |

Nota: OASTotal = utilização da pontuação total obtida na escala, Other as Shamer Scale; ISS-Shame =

Internalized Shame Scale; IMC = Índice de Massa Corporal; Discrepância do Índice de Massa Corporal = IMC actual - IMC ideal; BI-AAQ = Aceitação da Imagem Corporal.

Depreende-se a partir das análises que, no género masculino, o primeiro modelo apresenta significância estatística, explicando 10% da variância da procura da magreza (EDI) [$F(1, 176) = 19.139; p = .000$], sendo a vergonha externa (OAS) um preditor significativo com um $\beta = .31$ ($t = 4.375; p = .000$). No segundo modelo, quando se introduz a medida de vergonha interna (ISS), esta não apresenta ser um preditor estatisticamente significativo, como também a escala de vergonha externa (OAS) perde a sua significância, porém o modelo continua a apresentar significância estatística, explicando 11% da variância [$F(2, 176) = 10.983; p = .000$]. Quando se insere o IMC no modelo, este revela-se como único preditor, com um $\beta = .23$ ($t = 3.322; p = .001$), explicando o terceiro modelo 17% da variância [$F(3, 176) = 11.423; p = .000$]. O quarto modelo, apresenta-se, também estatisticamente significativo, explicando 21% da variância da procura da magreza [$F(4, 176) = 11.207; p = .000$], a discrepância entre o IMC actual e IMC ideal foi o único preditor significativo, com um $\beta = .27$ ($t = 2.996; p = .003$). Quando fazemos entrar a aceitação em relação à imagem corporal (BI-AAQ), a discrepância entre o IMC actual e IMC ideal continua a ser o melhor preditor com um $\beta = .24$ ($t = 2.638; p = .009$), seguindo-se a aceitação da imagem corporal [$\beta = -.17$ ($t = -2.036; p = .043$)], explicando o quinto modelo 23% da variância da procura da magreza [$F(5, 176) = 9.959; p = .000$].

Tabela 7

Análises de regressão múltipla hierárquica utilizando as medidas de vergonha (OAS e ISS), o IMC, a discrepância entre o IMC actual e IMC ideal, e o BI-AAQ para prever a procura da magreza (EDI), na amostra do género feminino ($n = 299$).

| Modelo | Preditores | β | t | P | R | R^2 | F | P |
|--------|-----------------|---------|--------|------|-----|-------|--------|------|
| 1 | | | | | .23 | .05 | 16.004 | .000 |
| | OASTotal | .23 | 4.001 | .000 | | | | |
| 2 | | | | | .34 | .12 | 19.352 | .000 |
| | OASTotal | -.16 | -1.621 | .106 | | | | |
| | ISS-Shame | .47 | 4.646 | .000 | | | | |
| 3 | | | | | .45 | .21 | 25.314 | .000 |
| | OASTotal | -.17 | -1.816 | .070 | | | | |
| | ISS-Shame | .44 | 4.602 | .000 | | | | |
| | IMC | .30 | 5.746 | .000 | | | | |
| 4 | | | | | .55 | .30 | 31.341 | .000 |
| | OASTotal | -.16 | -1.763 | .079 | | | | |
| | ISS-Shame | .42 | 4.641 | .000 | | | | |
| | IMC | -.08 | -.962 | .337 | | | | |
| | DiscrepânciaIMC | .49 | 6.281 | .000 | | | | |
| 5 | | | | | .63 | .40 | 38.214 | .000 |
| | OASTotal | -.15 | -1.829 | .068 | | | | |
| | ISS-Shame | .21 | 2.391 | .017 | | | | |
| | IMC | -.13 | -1.789 | .075 | | | | |
| | DiscrepânciaIMC | .41 | 5.556 | .000 | | | | |
| | BI-AAQ | -.40 | -6.802 | .000 | | | | |

Nota: OASTotal = utilização da pontuação total obtida na escala, Other as Shamer Scale; ISS-Shame = Internalized Shame Scale; IMC = Índice de Massa Corporal; Discrepância do Índice de Massa Corporal =

A partir dos dados apresentados na Tabela 7, podemos deduzir que o primeiro modelo é estatisticamente significativo e explica 5% da procura da magreza (EDI) na amostra feminina [$F(1, 296) = 16.005; p = .000$], e a vergonha externa (OAS) apresenta-se como um preditor significativo com um $\beta = .23$ ($t = 4.001; p = .000$). Esta relação deixa de ser significativa quando se introduz a medida de vergonha interna (ISS), sendo esta última que se apresenta como um preditor significativo, com um $\beta = .47$ ($t = 4.646; p = .000$), explicando o segundo modelo, 12% da variância [$F(2, 296) = 19.352; p = .000$]. O terceiro modelo apresenta, igualmente, significância estatística, e explica 21% da procura da magreza [$F(3, 296) = 25.314; p = .000$], sendo a vergonha interna o melhor preditor [$\beta = .44$ ($t = 4.602; p = .000$)], seguindo-se o IMC [$\beta = .30$ ($t = 5.746; p = .000$)]. Quando se inclui a discrepância entre IMC actual e IMC ideal, este sobressai-se como o principal preditor significativo, com um $\beta = .49$ ($t = 6.281; p = .000$), seguindo-se a medida de vergonha interna [$\beta = .42$ ($t = 4.641; p = .000$)], e o IMC perde a sua significância estatística, explicando o quarto modelo 30% da variância da procura da magreza [$F(4, 296) = 31.341; p = .000$]. Quando se introduz a medida de aceitação da imagem corporal (BI-AAQ), este revela-se como o melhor preditor [$\beta = -.40$ ($t = -6.802; p = .000$)], seguindo-se a discrepância entre IMC actual e IMC ideal [$\beta = .41$ ($t = 5.556; p = .000$)], e a vergonha interna [$\beta = .21$ ($t = 2.391; p = .017$)], explicando o último modelo 40% da variância da procura da magreza [$F(5, 296) = 38.214; p = .000$].

Após a realização das respectivas análises de regressão múltipla hierárquica, por género, foi possível percebermos que a discrepância entre IMC actual e IMC ideal e a aceitação em relação à imagem corporal surgiram como preditores significativos da procura da magreza para os dois géneros. A variável que melhor prediz a procura da magreza no género masculino é a discrepância entre o IMC actual e IMC ideal. Já na população feminina, uma baixa aceitação com relação à imagem corporal foi a medida que se revelou como o preditor mais significativo da procura da magreza.

4.4. A Aceitação da Imagem Corporal enquanto mediador na relação entre IMC e sintomatologia alimentar

4.4.1. Efeito mediador da Aceitação da Imagem Corporal na relação entre IMC e Insatisfação Corporal no sexo feminino

Com vista a análise do possível efeito mediador do BI-AAQ na relação entre IMC e insatisfação corporal (EDI), foram realizadas análises de regressão sequencial. Este estudo foi unicamente realizado para a amostra do sexo feminino, uma vez que no grupo masculino não foi verificada uma associação significativa entre o IMC e a flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal (BI-AAQ). As análises de regressão do efeito mediador são apresentadas na Tabela 8.

Tabela 8

Análise de regressão linear da exploração do efeito mediador do BIAAQ na relação entre o IMC e a Insatisfação Corporal (EDI) no sexo feminino ($n = 299$).

| V.D. | V.I. | β | t | p | F | P | R^2 | R^2_{Ajust} |
|-----------------|-------|---------|---------|------|---------|------|-------|---------------|
| EDInsatCorporal | IMC | .47 | -6.289 | .000 | 83.159 | .000 | .22 | .22 |
| BI-AAQ | IMC | -.36 | -6.541 | .000 | 42.785 | .000 | .13 | .12 |
| EDInsatCorporal | IMC | .28 | 6.091 | .000 | | | | |
| | BIAAQ | -.51 | -11.100 | .000 | 119.236 | .000 | .45 | .44 |

Nota: V.D. = variável dependente; V.I. = variável independente; BI-AAQ = Aceitação da Imagem Corporal; IMC = Índice de Massa Corporal; Subescala EDI = Insatisfação Corporal.

Conduziu-se uma análise de regressão com o IMC, introduzido como variável independente, e a insatisfação corporal (EDI), considerada como variável dependente. O modelo obtido foi significativo [$F(1, 298) = 83,159$; $p < .001$], contribuindo para 22% da variância da insatisfação corporal ($\beta = .47$; $p < .001$). Para examinar se o IMC predizia a aceitação da imagem corporal (BI-AAQ) realizamos outra análise. Os resultados desta análise permitiram verificar que o modelo foi, também, significativo [$F(1, 297) = 42,785$; $p < .001$], apresentando um β de $-.36$ ($p < .001$). Finalmente, uma nova análise de regressão foi realizada para determinar se o mediador proposto (BI-AAQ) predizia significativamente a insatisfação corporal. Foi introduzido o IMC e a aceitação da imagem corporal (BI-AAQ) como variáveis independentes, e a insatisfação corporal como variável dependente.

Podemos concluir que o modelo final foi significativo [$F(2, 297) = 119,236$; $p < .001$], contribuindo para 45% da explicação da insatisfação corporal. Os resultados apontam que quando se acrescenta o mediador (BI-AAQ) o β da variável preditora reduz para $.28$ ($p < .001$). O efeito indirecto do IMC na insatisfação corporal (através do efeito da aceitação da imagem corporal) foi confirmado através do teste de Sobel [$Z(2, 297) = 5,90$, $p < .001$]. Assim, podemos afirmar a partir dos resultados obtidos, que a aceitação da imagem corporal medeia parcialmente a relação entre IMC e insatisfação corporal (EDI).

4.4.2. Efeito mediador da Aceitação da Imagem Corporal na relação entre Discrepância do IMC e Insatisfação Corporal no sexo masculino e no sexo feminino

No sentido de averiguar o possível efeito mediador da aceitação com relação à imagem corporal (BI-AAQ) na relação entre discrepância do IMC e insatisfação corporal (EDI), foram realizadas análises de regressão sequencial. As análises de regressão do efeito mediador são apresentadas na Tabela 9 para o género masculino, e na Tabela 10 para o género feminino, respectivamente.

Tabela 9

Análise de regressão linear da exploração do efeito mediador do BI-AAQ na relação entre a discrepância do IMC e a insatisfação corporal (EDI) no sexo masculino ($n = 184$).

| V.D. | V.I. | β | T | p | F | p | R^2 | R^2_{Ajust} |
|------------------|-----------------|---------|--------|------|--------|------|-------|---------------|
| EDIInsatCorporal | DiscrepânciaIMC | .39 | 5.722 | .000 | 32.744 | .000 | .15 | .15 |
| BI-AAQ | DiscrepânciaIMC | -.21 | -2.877 | .005 | 8.276 | .005 | .04 | .04 |
| EDIInsatCorporal | DiscrepânciaIMC | .33 | 4.959 | .000 | 27.286 | .000 | .24 | .23 |
| | BI-AAQ | -.29 | -4.307 | .000 | | | | |

Nota: V.D. = Variável Dependente; V.I. = Variável Independente; BI-AAQ = Aceitação da Imagem Corporal; Discrepância do Índice de Massa Corporal = IMC actual - IMC ideal; Subescala EDI = Insatisfação Corporal.

Foi realizada uma análise de regressão com a discrepância entre IMC actual e IMC ideal, introduzido como variável independente, e a insatisfação corporal (EDI), considerada como variável dependente. O modelo obtido foi significativo [$F(1, 183) = 32.744$; $p < .001$], contribuindo para 15% da variância da insatisfação corporal ($\beta = .39$; $p < .001$). Uma nova análise foi realizada para examinar se a discrepância do IMC predizia a aceitação da imagem corporal (BI-AAQ). Os resultados desta análise permitiram constatar que o modelo foi significativo [$F(1, 179) = 8.276$; $p < .01$], apresentando um β de $-.21$ ($p < .01$). Por fim, uma análise de regressão foi conduzida para determinar se o mediador proposto (BI-AAQ) predizia significativamente a insatisfação corporal. Foi introduzido a discrepância do IMC e a flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal (BI-AAQ) como variáveis independentes, e a insatisfação corporal como variável critério.

O modelo final foi significativo [$F(2, 179) = 27.286$; $p < .001$], contribuindo para 24.0% da explicação da insatisfação corporal no género masculino. Os resultados indicam que quando se acrescenta o mediador (BI-AAQ) o β da variável preditora reduz para $.33$ ($p < .001$). O efeito indirecto da discrepância do IMC na insatisfação corporal (através do efeito da aceitação da imagem corporal) foi confirmado através do teste de Sobel [$Z(2, 179) = 2.52$, $p < .05$].

Tabela 10

Análise de regressão linear da exploração do efeito mediador do BI-AAQ na relação entre a discrepância do IMC e a insatisfação corporal (EDI) no sexo feminino ($n = 299$).

| V.D. | V.I. | β | T | P | F | p | R^2 | R^2_{Ajust} |
|------------------|-----------------|---------|---------|------|---------|------|-------|---------------|
| EDIInsatCorporal | DiscrepânciaIMC | .51 | 10.155 | .000 | 103.119 | .000 | .26 | .26 |
| BI-AAQ | DiscrepânciaIMC | -.37 | -6.774 | .000 | 45.892 | .000 | .13 | .13 |
| EDIInsatCorporal | DiscrepânciaIMC | .32 | 7.096 | .000 | 129.884 | .000 | .47 | .47 |
| | BI-AAQ | -.50 | -10.865 | .000 | | | | |

Nota: V.D. = Variável Dependente; V.I. = Variável Independente; BI-AAQ = Aceitação da Imagem Corporal; Discrepância do Índice de Massa Corporal = IMC actual - IMC ideal; Subescala EDI = Insatisfação Corporal.

Verifica-se, no género feminino, que após a introdução da subescala de insatisfação corporal do EDI, como variável dependente na análise de regressão, e a discrepância entre o IMC actual e IMC ideal, como variável

independente, o modelo revelou-se significativo [$F(1, 298) = 103.119$; $p < .001$], explicando 26 % da variância da insatisfação corporal ($\beta = .51$; $p < .001$). Seguidamente, foi conduzida uma análise para averiguar se a discrepância do IMC predizia a aceitação da imagem corporal (BI-AAQ). O modelo foi, também, significativo [$F(1, 297) = 45.892$; $p < .001$], apresentando um valor de $\beta = -.37$ ($p < .001$). Com o intuito de determinar se o mediador proposto (BI-AAQ) predizia significativamente a insatisfação corporal, foi realizada outra análise de regressão. No último modelo, foi introduzido a discrepância do IMC e a aceitação da imagem corporal (BI-AAQ) como variáveis independentes e a insatisfação corporal como variável dependente. O modelo final foi significativo [$F(2, 297) = 129.884$; $p < .001$], contribuindo para 47% da explicação da insatisfação corporal (EDI), no género feminino. Estes dados permitem afirmar que quando se acrescenta a variável mediadora (BI-AAQ), o β da variável preditora (discrepância do IMC) reduz para .32 ($p < .001$). Através do teste de Sobel, foi confirmado o efeito indirecto da discrepância do IMC na insatisfação corporal (através do efeito da aceitação da imagem corporal) [$Z(2, 297) = 6.08$, $p < .001$].

Em síntese, os resultados obtidos permitiram-nos corroborar que a aceitação da imagem corporal medeia parcialmente a relação entre discrepância do IMC e insatisfação corporal em ambos os géneros.

4.4.3 Efeito mediador da Aceitação da Imagem Corporal na relação entre Discrepância do IMC e a Procura da Magreza no sexo masculino e no sexo feminino

Com o propósito de verificarmos o possível efeito mediador da aceitação com relação à imagem corporal (BI-AAQ) na relação entre discrepância do IMC e procura da magreza (EDI), foram, também, realizadas análises de regressão sequencial. As análises de regressão são apresentadas na Tabela 11 para o género masculino, e na Tabela 12 para o género feminino.

Tabela 11

Análise de regressão linear da exploração do efeito mediador do BI-AAQ na relação entre a discrepância do IMC e a procura da magreza (EDI) no sexo masculino ($n = 184$).

| V.D. | V.I. | β | t | p | F | P | R^2 | R^2_{Ajust} |
|----------------|-----------------|---------|--------|------|--------|------|-------|---------------|
| EDIProcMagreza | DiscrepânciaIMC | .37 | 5.402 | .000 | 29.177 | .000 | .14 | .13 |
| BI-AAQ | DiscrepânciaIMC | -.21 | -2.877 | .005 | 8.276 | .005 | .04 | .04 |
| EDIProcMagreza | DiscrepânciaIMC | .31 | 4.491 | .000 | | | | |
| | BI-AAQ | -.26 | -3.784 | .000 | 21.797 | .000 | .20 | .19 |

Nota: V.D. = Variável Dependente; V.I. = Variável Independente; BI-AAQ = Aceitação da Imagem Corporal; Discrepância do Índice de Massa Corporal = IMC actual - IMC ideal; Subescala EDI = Procura da Magreza.

Como se pode constatar, tendo sido introduzido a procura da magreza (EDI) como variável dependente, e a discrepância entre o IMC actual e IMC ideal como variável independente, o modelo foi significativo [$F(1, 183) = 29,177$; $p < .001$], explicando 14% da variância da procura da

magreza ($\beta = .37$; $p < .001$). Na segunda análise, podemos verificar que o modelo foi, igualmente, significativo [$F(1,179) = 8.276$; $p < .01$], apresentando um valor de $\beta = -.21$ ($p < .01$). Por fim, uma análise de regressão foi conduzida para determinar se o mediador proposto (BI-AAQ) predizia significativamente a procura da magreza. Foi introduzido a discrepância do IMC e a aceitação da imagem corporal (BI-AAQ) como variáveis independentes e a procura da magreza como variável critério. Verifica-se que o passo final da mediação, foi significativo [$F(2, 179) = 21.797$; $p < .001$], contribuindo para 20% da explicação da procura da magreza. Os resultados permitem-nos afirmar que quando se introduz o mediador (BI-AAQ), há uma redução do efeito directo do preditor (discrepância do IMC), para $\beta = .31$ ($p < .001$). Assim, o efeito indirecto da discrepância do IMC na procura da magreza (através do efeito da aceitação da imagem corporal) foi confirmado através do teste de Sobel [$Z(2, 179) = 2.43$, $p < .05$].

Tabela 12

Análise de regressão linear da exploração do efeito mediador do BI-AAQ na relação entre a discrepância do IMC e a procura da magreza (EDI) no sexo feminino ($n = 299$).

| V.D. | V.I. | β | t | P | F | P | R^2 | R^2_{Ajust} |
|----------------|-----------------|---------|--------|------|--------|------|-------|---------------|
| EDIProcMagreza | DiscrepânciaIMC | .46 | 8.890 | .000 | 79.030 | .000 | .21 | .21 |
| BI-AAQ | DiscrepânciaIMC | -.37 | -6.774 | .000 | 45.892 | .000 | .13 | .13 |
| EDIProcMagreza | DiscrepânciaIMC | .30 | 6.052 | .000 | | | | |
| | BIAAQ | -.43 | -8.666 | .000 | 86.727 | .000 | .37 | .37 |

Nota: V.D. = Variável Dependente; V.I. = Variável Independente; BI-AAQ = Aceitação da Imagem Corporal; Discrepância do Índice de Massa Corporal = IMC actual - IMC ideal; Subescala EDI = Procura da Magreza.

No género feminino, na primeira análise de regressão, o modelo revelou-se significativo [$F(1, 298) = 79.030$; $p < .001$], explicando 21% da variância da procura da magreza (EDI) ($\beta = .46$; $p < .001$). Posteriormente, com a entrada do BI-AAQ como variável dependente e a discrepância do IMC como variável independente, o modelo foi, também, significativo [$F(1, 297) = 45.892$; $p < .001$], apresentando um valor de $\beta = -.37$ ($p < .001$). Na tentativa de averiguar se o mediador proposto (BI-AAQ) predizia significativamente a procura da magreza, foi realizada uma análise de regressão. No último modelo, foi introduzido a discrepância do IMC e a aceitação da imagem corporal como variáveis independentes e a procura da magreza como variável dependente. O modelo final foi significativo [$F(2, 297) = 86.727$; $p < .001$], contribuindo para 37% da explicação da procura da magreza (EDI), no género feminino. Estes dados permitem afirmar que quando se acrescenta a variável mediadora (BI-AAQ), o β da variável preditora (discrepância do IMC) reduz para .30 ($p < .001$). Com a realização do teste de Sobel, foi confirmado o efeito indirecto da discrepância do IMC na insatisfação corporal [$Z(2, 297) = 5.84$, $p < .001$].

Verificamos com base nos dados apontados, que a aceitação da imagem corporal (BI-AAQ) medeia parcialmente a relação entre

discrepância do IMC e procura da magreza (EDI) em ambos os sexos.

V - Discussão

No presente capítulo, os resultados anteriores serão discutidos tendo em consideração a conceptualização teórica descrita na primeira parte deste trabalho, bem como os resultados de outras investigações na mesma área.

O nosso estudo teve como principais objectivos, explorar as diferenças entre os géneros em termos de insatisfação corporal e procura da magreza, compreender quais as variáveis que explicam, em cada género, a insatisfação corporal e a procura da magreza, e, por fim, perceber o papel da aceitação da imagem corporal na relação entre variáveis associadas ao peso e sintomatologia alimentar (i.e., insatisfação corporal e procura da magreza).

Relativamente à **comparação dos dois grupos**, em termos de **insatisfação corporal** e de **procura da magreza**, a nossa hipótese foi confirmada, isto é, os dois grupos mostraram diferenças significativas. O grupo do sexo feminino foi aquele que revelou mais insatisfação corporal, mais comportamentos de procura da magreza e, ainda, mais insatisfação com o peso actual (medida através da discrepância do IMC), em comparação com o grupo do sexo masculino. Estes dados coincidem com resultados de estudos prévios, pelo que já tem sido demonstrado que o género feminino é o grupo que relata maiores níveis de insatisfação corporal, em comparação com o género masculino (Furnham & Calnan, 1998; McCabe & Ricciardelli, 2005; McCabe et al., 2009; Presnell et al., 2004; Tremblay & Lariviere, 2009; Lawer & Nixon, 2011), como também mais sintomatologia alimentar (e.g., comportamentos de dieta; Doran & Lewis, 2011; Wendell, 2011). No mesmo enquadramento, temos as perspectivas que evidenciam que muitos homens estão insatisfeitos com o seu peso e forma do corpo, apesar de menos significativo que nas mulheres (e.g., Ricciardelli & McCabe, 2001).

Estudos apoiam e justificam que o género feminino sente mais insatisfação corporal em comparação com o grupo masculino pelo facto de as mulheres reagirem com maior intensidade ao ideal cultural de beleza (Knauss et al., 2008). Além disto, Stice (2002), explica que a internalização do ideal de beleza, ao qual as mulheres estão expostas, resulta na experiência de discrepância entre o ideal e o actual *self*, e, por sua vez, gera insatisfação corporal na maioria das mulheres e, conseqüentemente, a insatisfação motiva esforços comportamentais na perda de peso ou na prevenção do seu aumento. Num estudo de diferenças entre os géneros na insatisfação corporal, Furnham et al. (2002) verificaram que a insatisfação corporal parece manifestar-se de forma diferente em cada género, i.e, nas mulheres parece ser representada pelo desejo das mesmas em perder peso, ao passo que, os rapazes mostraram estar divididos de forma idêntica entre os que querem aumentar o peso e os que querem perder peso, os autores explicam estes resultados devido à natureza da insatisfação corporal ser diferente em cada sexo, isto é, as mulheres têm maior tendência a se autoavaliarem como estando acima do peso quando comparadas com critérios objectivos que indicam que as mesmas têm um peso normal, enquanto os homens

apresentam maior probabilidade de se autoavaliarem como estando abaixo do peso normal tendo em conta também critérios objectivos (Furnham & Calnan, 1998).

Apurámos, igualmente, que a população feminina apresenta um maior sentimento de vergonha interna e externa contudo, as diferenças na vergonha externa não foram estatisticamente significativas entre os géneros. Outros estudos empíricos, já têm demonstrado que as mulheres experienciam mais vergonha do que os homens (Silberstein, Striegel-Moore, & Rodin, 1987; Stapley & Haviland, 1989, as cited in Fredrickson & Roberts, 1997). Da mesma forma Doran e Lewis (2011), verificaram também níveis significativamente superiores em experiências de vergonha (vergonha em relação a aspectos do *self*, por exemplo, capacidade pessoal; vergonha associada a comportamentos e acções e, vergonha relacionada com características físicas, ou com o corpo) numa amostra feminina da população geral, em comparação com o grupo masculino.

A investigação neste âmbito parece ser essencialmente relativa à experiência de vergonha, conseqüente de comparações físicas com ideias de beleza, dificultando a nossa interpretação dos resultados das diferenças entre os géneros em termos de vergonha interna e externa. Por exemplo, temos a perspectiva de Wolf (1991) as cited in Fredrickson e Roberts (1997), que justifica que as mulheres sentem mais vergonha que os homens, devido ao facto de as mesmas estarem constantemente expostas a imagens de ideais de beleza feminina, que são inatingíveis ou até mesmo irrealistas, e ao se compararem fisicamente com aqueles protótipos, experienciam sentimentos de vergonha em relação a si próprias, pois sentem que ‘falharam’ no alcance do ideal (Bartky, 1988, as cited in Fredrickson & Roberts, 1997).

Diferenças entre os géneros são, também, evidentes noutras medidas. Concretamente, o sexo masculino apresenta mais flexibilidade psicológica relativamente à imagem corporal, e faz comparações sociais mais favoráveis com os outros em termos de hierarquia social, talento, atracção, e de aceitação no grupo, em comparação com o género feminino. O facto da aceitação da imagem corporal ter revelado diferenças entre os géneros, vai de encontro com o que consta nos estudos de Ferreira et al. (2011) e Sandoz et al. (2009), nomeadamente o género masculino experiencia os seus acontecimentos internos com respeito à imagem corporal, com mais flexibilidade e aceitação, do que o género feminino. Visto que, os estudos no âmbito da aceitação em relação à imagem corporal ainda estão em fase de crescimento, pensámos que uma possível justificação para esta diferença entre os géneros, pode ser devido ao facto de o género feminino ter sido sempre mais exposto, do que os homens, a imagens irrealistas de ideais de beleza, que transmitem a importância de um corpo esbelto feminino na sociedade e, assim, visto que este protótipo é difícil ou quase impossível de alcançar pela maioria das mulheres (Wolf, 1991 as cited in Fredrickson & Roberts, 1997), as mesmas adoptam comportamentos (e.g., dieta, exercício excessivo), que se tornam por vezes crónicos, com vista a concretização desse ideal pela maioria das mulheres, e parecem servir deste modo a função de evitamento experiencial em relação à imagem corporal.

Deparamo-nos com alguma limitação na nossa pesquisa relativamente a dados empíricos, os quais pudessem apoiar os nossos resultados respeitantes à medida de comparação social, pois a literatura apresenta predominantemente estudos no âmbito da comparação social em termos de atributos físicos. Por exemplo, os estudos demonstram que em comparação com os homens, as mulheres fazem mais comparações sociais com os pares que acreditam ser melhores do que si próprias que, por seu turno, está também relacionado com maiores níveis de perturbação em relação à imagem corporal nas mulheres (Strahan et al., 2006; Thompson & Heinberg, 1993).

O estudo da **relação entre a aceitação da imagem corporal com as variáveis de estudo, no género masculino e no género feminino**, mostrou que flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal relaciona-se negativamente com as escalas de vergonha externa e interna, tanto no grupo do sexo masculino como no grupo do sexo feminino. Estes dados sugerem que uma postura de aceitação mediante experiências internas desconfortáveis, associadas à imagem corporal, relaciona-se negativamente com sentimentos de vergonha externa e interna nos sujeitos. A partir destes dados, depreende-se que sendo a aceitação um processo psicológico adaptativo que envolve a aceitação de experiências internas negativas, compreende-se que se associe de forma negativa a medidas de vergonha, que em geral traduzem a experienciação de sentimentos negativos pelo sujeito que lhe causam algum grau de sofrimento.

Verificámos, ainda, que a aceitação da imagem corporal apresenta uma relação negativa com a discrepância do IMC, com a insatisfação corporal e com os índices de comportamento alimentar perturbado, nomeadamente, a procura da magreza e bulimia, em ambos os géneros. Estes resultados vão de encontro aos apresentados por Ferreira et al. (2011) e por Sandoz et al. (2009), os quais demonstraram que a aceitação da imagem corporal está negativamente associada com a insatisfação corporal e com medidas de psicopatologia alimentar, como também estão em concordância com os resultados de Wendell (2011), que encontrou uma associação negativa entre a aceitação da imagem corporal com sintomas de comportamento alimentar perturbado e, também, uma relação negativa entre uma medida geral de flexibilidade psicológica e sintomatologia alimentar.

Além disto, o presente estudo revela que a aceitação da imagem corporal apresenta uma relação negativa com o IMC somente na população feminina, evidenciando estes resultados que quanto maior é o IMC menor é a flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal apresentada, pois no género masculino não revela uma relação significativa entre estas variáveis. Wendell et al. (2012) no seu estudo verificaram de forma similar, que um IMC elevado associou-se a uma baixa aceitação da imagem corporal. Ainda em relação ao facto de no género masculino, não ter revelado uma associação negativa entre a aceitação da imagem corporal e o IMC, hipotetiza-se que poderá estar associado ao facto de nesta população, ser frequentemente desejado um IMC mais elevado (e.g., Furnham et al., 2002),

e por este argumento o IMC pode não se ter associado negativamente à aceitação da imagem corporal no género masculino.

O estudo indica, também, a existência de uma relação positiva entre a aceitação da imagem corporal e a escala de comparação social, no género feminino, mas não no sexo masculino. Concretamente, uma maior aceitação da imagem corporal está associada a uma comparação social mais favorável apenas na amostra feminina, sendo que no grupo do género masculino não foi obtida uma associação significativa entre as mesmas variáveis. Ferreira et al. (2011), verificaram uma associação positiva entre a aceitação da imagem corporal e uma medida de comparação social em termos da aparência física (com os pares ou com modelos representativos do ideal cultural de beleza).

Estes dados sugerem, ainda, que ao contrário do observado nas raparigas, a aceitação da imagem corporal parece não revelar qualquer associação com a auto-avaliação dos sujeitos do género masculino em termos de comparação social porém, estudos futuros deverão abarcar esta questão.

Quanto à relação de outras variáveis do nosso estudo que merecem realce, destaca-se que comparações sociais mais favoráveis estão também associadas a baixos sentimentos de insatisfação corporal, apenas na população feminina. Estes dados, em parte, parecem estar em conformidade com estudos antecedentes, pois quando a comparação social é desfavorável resulta em sentimentos de insatisfação corporal em ambos os géneros, porém há uma maior associação entre estas variáveis na população feminina (Tantleff-Dunn & Gokee, 2002).

Paralelamente e embora esperado, é ainda de sublinhar a associação positiva entre o IMC e a insatisfação corporal, na amostra do género masculino e no género feminino. Assim, é possível deduzir que um elevado índice de massa corporal se associa a níveis mais elevados de insatisfação corporal em ambos os géneros. Os resultados do nosso estudo convergem com estudos anteriores, nos quais são apontados dados preocupantes com respeito aos jovens da população masculina que estão acima do peso normal, devido ao elevado risco que apresentam para o desenvolvimento de insatisfação corporal (Presnell et al. 2004). Da mesma forma estão os nossos dados da população feminina em consonância com outros estudos, pois Wojtowicz e Ranson (2012), numa amostra de sujeitos do género feminino concluíram que a seguir a uma baixa autoestima, o segundo melhor preditor de insatisfação corporal, foi um aumento no IMC. Outros estudos também sobressaem-se neste âmbito, visto que a insatisfação corporal apresentou uma correlação positiva com a adiposidade, e quanto maior o índice de massa corporal de uma rapariga mais provável é a mesma experienciar sentimentos de insatisfação (Jones & Crawford, 2006; Presnell et al., 2004; Thompson et al., 2007). No mesmo sentido, Wendell et al. (2012) verificaram uma associação positiva entre um elevado IMC e a presença de várias crenças relacionadas com a patologia alimentar, e sintomatologia alimentar.

Ao contrário do que se previa, no **género masculino**, o estudo de **preditores de insatisfação corporal**, revela que a variável que prediz de forma mais significativa a insatisfação corporal não é a aceitação da imagem corporal, mas a vergonha externa, seguindo-se a discrepância entre o IMC actual e IMC ideal e, por fim, a medida de flexibilidade psicológica. O IMC e a medida de vergonha interna não se assumiram como preditores estatisticamente significativos.

O facto de a aceitação da imagem corporal não se ter revelado como o principal preditor de insatisfação corporal na amostra masculina, sugere que na presença de outras variáveis (vergonha externa, discrepância entre o IMC actual e IMC ideal), esta parece ser a que menos prediz a insatisfação corporal neste grupo.

Quanto ao principal preditor de insatisfação, vergonha externa, este resultado sugere que uma avaliação negativa dos outros em relação ao sujeito parece ter um contributo importante no desenvolvimento de insatisfação corporal, no género masculino.

A discrepância do IMC revelou-se também como um importante preditor de insatisfação corporal. Os estudos argumentam que o que parece conduzir à insatisfação corporal nos homens são as comparações que os mesmos fazem do seu corpo com protótipos retratados nos meios de comunicação que fisicamente têm um corpo mais perfeito que o seu (e.g., Baird & Grieve, 2006), que por seu turno, leva à percepção dos sujeitos do seu corpo como estando aquém do ideal, contribuindo para o sentimento de insatisfação corporal.

O facto do IMC não se destacar como uma variável preditora de insatisfação corporal no género masculino, vai de encontro aos resultados de outros estudos (Jones et al., 2004, as cited in Lawler & Nixon, 2011; McCabe & Ricciardelli, 2003). Lawler e Nixon (2011) verificaram, ainda, que os rapazes com um IMC normal apresentaram satisfação moderada com o seu físico.

No que toca à vergonha interna, os nossos resultados não revelam esta medida como um importante preditor de insatisfação corporal na amostra masculina. Doran e Lewis (2011) verificaram que as medidas de vergonha em relação a aspectos do *self*, e em relação a comportamentos e acções (e.g., quando fazem algo errado) não foram preditores significativos de sintomatologia alimentar, inclusivamente, de insatisfação corporal, na amostra masculina.

Quanto à amostra do **género feminino**, os resultados do estudo de **preditores de insatisfação corporal**, estão de acordo com o suposto, no qual a aceitação com relação à imagem corporal é o principal preditor de insatisfação corporal, seguindo-se a discrepância do IMC e, a vergonha interna, porém, o IMC e a vergonha externa não apresentaram significância estatística.

Antes de mais, Sandoz et al. (2009) numa amostra com ambos os géneros verificaram a medida de aceitação da imagem corporal como sendo um preditor significativo de insatisfação corporal.

Do mesmo modo, importa referir que a discrepância do IMC tem-se revelado noutros estudos como um importante preditor de insatisfação corporal, pois parece ser através de um processo de internalização do ideal cultural de beleza, essencialmente pelas mulheres, que resulta na experiência de discrepância entre o ideal e o actual *self*, que por sua vez, gera insatisfação corporal na maioria das mulheres (Stice, 2002). No mesmo sentido, Furnham e Calnan (1998), explicam que as mulheres sentem-se insatisfeitas com o seu corpo devido à tendência que têm em se autoavaliarem como estando acima do peso, ou seja, percebem o seu peso como estando aquém do peso que desejam.

Relativamente ao terceiro melhor preditor de insatisfação corporal, vergonha interna, outros estudos têm demonstrado através de uma medida geral de vergonha, que uma propensão para a vergonha no género feminino, está positivamente relacionada com a severidade de várias perturbações alimentares (Sanftner et al., 1995). De forma contraditória, Burney e Irwin (2000), verificaram numa amostra clínica, que a severidade de patologia alimentar não está relacionada com medidas gerais de vergonha, mas apenas com a vergonha associada a contextos alimentares, e com a imagem corporal.

Resultados contrários aos observados por Wojtowicz e Ranson (2012) foi o IMC no nosso estudo, não se ter revelado como um preditor significativo de insatisfação corporal no género feminino, os quais apontam o papel do IMC como um importante preditor de insatisfação corporal.

Em desacordo com a nossa hipótese, de que o melhor preditor seria a aceitação da imagem corporal, estão os resultados com respeito aos **preditores da procura da magreza**, os quais demonstraram, que na **população masculina**, o melhor preditor é a discrepância entre o IMC actual e IMC ideal, seguindo-se a aceitação da imagem corporal. As medidas de vergonha externa e interna, e o IMC não revelaram significância estatística no género masculino.

A discrepância do IMC, revelando-se como o preditor mais significativo da procura da magreza, vai no sentido de que a população masculina que sente-se insatisfeita com o seu peso e forma corporal (Furnham et al., 2002), contribuindo para o aumento de comportamentos de risco, como o excessivo exercício (Brower et al., 1994; Bergeron & Tylka, 2007; Hildebrandt et al., 2010).

O facto de as medidas de vergonha externa e interna não serem preditores significativos da procura da magreza no grupo masculino, está em parte, em concordância com os dados de Doran e Lewis (2011), em que verificaram, a partir de várias medidas de vergonha (vergonha em relação a aspectos do *self*; de comportamentos e acções; e em relação à imagem corporal), a variável de vergonha relacionada com a imagem corporal foi o único preditor de sintomatologia alimentar (inclusivamente, de dieta) neste grupo.

Por fim, podemos hipotetizar que o IMC, não se revelando como um preditor significativo da procura da magreza, poderá estar relacionado com o

facto de o género masculino apresentar maior probabilidade em avaliar o seu peso como estando abaixo do peso normal (Furnham & Calnan, 1998), e estarem mais centrados na forma do corpo e no aumento da musculatura (Furnham et al., 2002). De igual modo, parece ser o grupo que se apresenta de forma idêntica dividido entre os rapazes que querem aumentar o peso e os que querem perder peso (Furnham et al., 2002).

Já na amostra do **grupo feminino**, como expectável, revelou-se como o **preditor mais significativo da procura da magreza**, a medida de flexibilidade psicológica com relação à imagem corporal, seguindo-se a discrepância do IMC, e a vergonha interna. A vergonha externa e o IMC não se apresentaram como preditores estatisticamente significativos.

Quando à medida de flexibilidade psicológica, Ferreira et al. (2011) verificaram, de forma similar, numa amostra heterogénea, o papel da aceitação da imagem corporal como um preditor significativo da procura da magreza. No mesmo sentido, Sandoz et al. (2009) observaram que a aceitação da imagem corporal é um preditor significativo de comportamentos e atitudes alimentares perturbados.

A discrepância do IMC revelando-se também como um preditor significativo, vai de encontro ao já citado pela literatura, na medida em que, a percepção pelo género feminino de que o seu peso corporal se afasta do peso que idealiza, motiva esforços comportamentais na perda de peso (Stice, 2002).

Quanto ao último preditor, vergonha interna, outros estudos afirmam que na população feminina, a vergonha associada a aspectos relativos ao *self* (e.g., habilidade pessoal), e vergonha do corpo, são os preditores mais significativos de sintomatologia alimentar, inclusivamente, de comportamentos de dieta (Doran & Lewis, 2011).

Em oposição aos resultados verificados por Troop et al. (2008), está a vergonha externa, pois os autores verificaram que a mesma medida de vergonha (OAS), é um preditor de sintomatologia anoréctica (e.g., comportamentos dietéticos), todavia ressalva-se que o estudo destes autores circunscrevia-se a uma amostra feminina com história de patologia alimentar.

Porém, o facto de o IMC não ter revelado significância estatística na predição da procura da magreza no género feminino, está em desacordo com o encontrado por Ferreira et al. (2011), em que verificaram numa amostra heterogénea, uma contribuição significativa do IMC na explicação da procura da magreza, e com Lawer e Nixon (2011), os quais concluíram que a maioria das raparigas que querem perder peso tem um índice de massa corporal normal.

O presente estudo teve, também, como um dos principais objectivos, verificar se a **aceitação com relação à imagem corporal**, concebida como uma **medida específica de flexibilidade psicológica** e, como um **processo fulcral de mudança** na terapia de aceitação e compromisso, explica a relação entre variáveis associadas ao peso corporal e psicopatologia

alimentar.

A hipótese de que **aceitação da imagem corporal se assume como uma variável mediadora da relação entre o IMC e a insatisfação corporal**, no género feminino, foi corroborada, pelo que, esta relação é mediada parcialmente pela flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal. Estes resultados sugerem que a associação entre o IMC e o desenvolvimento de sentimentos de insatisfação corporal, é em parte estabelecida, através de uma estratégia de coping inflexível e de evitamento, especificamente, em relação à imagem corporal.

Também prevíamos que a aceitação da imagem corporal teria um **papel mediador na relação entre a discrepância do IMC e insatisfação corporal**, no género masculino e no género feminino, tendo sido estas hipóteses confirmadas, pois esta relação em cada género é mediada parcialmente pela aceitação com relação à imagem corporal. Concretizando, verifica-se, em ambos os géneros, que a relação entre a avaliação do sujeito do seu peso como estando aquém do peso que idealiza, e o consequente desenvolvimento de insatisfação corporal, é atribuída em parte, à reduzida habilidade do indivíduo para experienciar as percepções, sensações, sentimentos, pensamentos e crenças, relacionados com a sua imagem corporal.

Por fim, nos nossos estudos de mediação, também, pretendíamos verificar o potencial **efeito mediador da aceitação da imagem corporal na relação entre discrepância do IMC e procura da magreza** em ambos os géneros. A conjectura de que a aceitação da imagem corporal é um factor mediador entre a discrepância do IMC e a procura da magreza, no género masculino e no género feminino, foi comprovada pois estas relações foram mediadas parcialmente pela medida específica de flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal. Por sua vez, é legítimo considerar que a discrepância entre o IMC actual e IMC ideal não se assume como potenciadora directa da procura da magreza, pois parece ser devido ao contributo de um processo de regulação emocional rígido, de inflexibilidade psicológica com relação à imagem corporal, que leva o sujeito a enveredar em comportamentos de procura da magreza.

Os resultados alcançados sugerem que apesar dos indicadores de peso (e.g., IMC, discrepância entre o IMC actual e IMC ideal) abarcarem um papel importante no comportamento alimentar perturbado, a sua relação com a patologia alimentar é, em parte, estabelecida devido ao padrão de resposta do sujeito, que é em primeiro recurso o evitamento experiencial em relação à imagem corporal. Estas observações estão de acordo com o já estudado neste âmbito, ou seja, não é pela mera presença de cognições negativas relativas à imagem corporal que irá originar uma perturbação alimentar (Rawal et al., 2010), mas a falta de flexibilidade psicológica, é que parece funcionar como uma força condutora na ligação entre as cognições disfuncionais e a patologia alimentar (Heffner & Eifert, 2004, as cited in Wendell et al., 2012; Sandoz et al., 2009).

VI - Conclusões

Após a discussão dos nossos resultados, iremos apresentar as principais conclusões a que chegamos e as possíveis implicações teóricas e práticas das mesmas, no âmbito da psicopatologia do comportamento alimentar, como também algumas sugestões para investigação futura.

De forma similar a outros estudos (e.g., Lawer & Nixon, 2011; Wendell, 2011), verificámos que a população feminina em comparação com a masculina apresenta mais insatisfação corporal e procura da magreza, estes resultados parecem estar de acordo com os dados apresentados por Wendell (2011), os quais afirmam que o género feminino está mais propenso ao desenvolvimento de psicopatologia alimentar que o género masculino. A partir dos dados obtidos neste projecto, sugere-se que o facto de o género masculino apresentar menores índices de psicopatologia alimentar, poderá estar associado neste grupo, a uma maior aceitação de experiências internas relacionadas com o corpo e a comparações sociais mais favoráveis. De facto, no nosso e noutros estudos, o grupo masculino é aquele que apresenta mais aceitação da imagem corporal em comparação ao grupo feminino (Ferreira et al., 2011; Sandoz et al., 2009), e uma comparação social menos positiva está relacionada a perturbações associadas com a imagem corporal em ambos os géneros mas, com predominância no género feminino (Strahan et al., 2006; Thompson & Heinberg, 1993). Paralelamente, o facto da amostra feminina apresentar menos flexibilidade psicológica e, uma maior tendência para comportamentos alimentares perturbados, poderão ser consequência de uma falta de flexibilidade em relação à imagem corporal.

Contudo, e devido à reduzida bibliografia no âmbito da aceitação da imagem corporal, o estudo aprofundado destas diferenças entre os géneros e de relações entre estas variáveis devem ser alvo de investigação futura.

Quanto à relação entre as variáveis de estudo, é importante fazer referência a alguns dados que se destacaram. Pelo facto de a aceitação da imagem corporal apresentar uma associação negativa com o IMC, somente na população feminina, dá-nos indícios que para o género masculino parece não ser tão importante ter um baixo peso, como parece ser evidenciado para as raparigas, para que possam prosseguir com os seus objectivos de vida em vários domínios. Estes dados oferecem, ainda, indicações da importância da investigação da aceitação nos sujeitos com problemas relacionados com a sua imagem, no sentido de ser trabalhado o facto de seguirem com a sua vida no momento presente, ao invés de esperarem até que haja efeitos de dieta, ou até mesmo que a imagem corporal seja modificada (Pearson et al., 2011).

Flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal apresentou uma relação negativa com as escalas de vergonha externa e interna em ambos os géneros. Estes resultados fornecem suporte para o foco na aceitação da imagem corporal, em estudos futuros no âmbito da vergonha externa e interna, em problemas associada à patologia alimentar.

Em suma, os resultados do nosso estudo estão de acordo com o facto de que, uma maior habilidade para estar em contacto com as experiências internas negativas relacionadas com a imagem corporal, sem tentar evitá-las

ou alterá-las, associa-se a menos sentimentos de incompetência e de inferioridade e, a uma menor sensibilidade à avaliação depreciativa por parte dos outros, como também relaciona-se de forma inversa a comportamentos e atitudes desadequados, em torno da aparência física e peso, em ambos os géneros. No seu conjunto, estes dados oferecem indicações de que flexibilidade psicológica com relação à imagem corporal poderá ser um factor determinante para a mudança em problemas associados à imagem corporal e à psicopatologia alimentar (e.g., Wendell, et al., 2012).

Resultados interessantes foram, também, verificados no estudo de preditores, de insatisfação corporal e da procura da magreza em cada género, pois as medidas de vergonha (i.e., externa e interna) apresentaram um importante contributo, de forma diferente, em cada género. A medida de vergonha externa revelou-se como o melhor preditor de insatisfação corporal na amostra masculina e, ao contrário do observado no grupo masculino, na população feminina a variável vergonha interna revelou-se sempre como um preditor significativo, tanto de insatisfação corporal, como da procura da magreza.

Estes resultados poderão ter implicações diferentes na etiologia e apresentação do comportamento alimentar perturbado no género masculino e feminino. Assim, investigações futuras deverão incluir mais amostras do género masculino, de modo a estudarem de uma forma mais aprofundada as diferenças entre os géneros em termos de variáveis associadas à patologia alimentar (e.g., vergonha externa e interna), que poderá ser importante para a compreensão dos comportamentos alimentares perturbados, que parecem estar associados a diferentes variáveis em cada género.

As evidências de que os processos de aceitação e de *mindfulness* proporcionam resultados favoráveis neste âmbito, parecem ser ainda limitadas. Da mesma forma, ainda não está claro se estas intervenções deverão se focar num constructo mais geral de flexibilidade psicológica ou numa medida mais específica e contextual de flexibilidade psicológica, tal como a aceitação em relação à imagem corporal.

Neste sentido, se a aceitação da imagem corporal envolve um papel fundamental na explicação dos problemas associados à imagem corporal, nomeadamente, revelando-se no nosso estudo como um preditor de insatisfação corporal e da procura da magreza em ambos os géneros, apoia o facto de que um tratamento psicossocial deverá objectivar a redução do evitamento experiencial e, aumentar as alternativas de escolha de resposta do sujeito, tal como a aceitação psicológica e *mindfulness* (Wendell, 2011).

Do mesmo modo, um contributo importante do nosso estudo prende-se com os resultados que apontam para o papel mediador da aceitação em relação à imagem corporal no efeito do peso corporal e discrepância deste, sobre sintomas geradores de psicopatologia (como a insatisfação corporal e a procura da magreza), em ambos os géneros. Assim, os nossos resultados sugerem que a aceitação da imagem corporal é particularmente relevante e, possivelmente, um **processo chave** para a compreensão e, talvez, para a prevenção e tratamento de problemas alimentares.

Este estudo apresenta alguns pontos fracos, sendo que os dados devem

ser interpretados à luz dessas limitações. Antes de mais, as desvantagens inerentes ao uso de instrumentos de auto-resposta. A validade das conclusões teve como base a assunção de que os participantes compreenderam as questões, discriminaram de forma apropriada as respostas, e responderam honestamente aos itens.

Visto que o estudo de formas específicas e contextuais de flexibilidade psicológica ainda está a florescer, existem muito poucos estudos empíricos que utilizaram a medida de aceitação em relação à imagem corporal. Assim, dada a pouca informação disponível acerca da aceitação em relação à imagem corporal, representa outra limitação neste estudo, mediante o uso desta medida. Desta forma, o nosso estudo fazendo parte das primeiras abordagens que incluem esta medida específica de flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal, reforçamos, igualmente, que mais estudos deverão ser conduzidos de modo a serem obtidos mais resultados consistentes de que a aceitação da imagem corporal, é um processo central a ter em consideração nos problemas relacionados com a psicopatologia do comportamento alimentar.

Embora fosse nossa pretensão avaliar os constructos numa população não clínica, as características destes sujeitos implicam índices menores de sintomatologia psicopatológica, dificultando assim a replicação dos resultados. Deste modo, investigações futuras deverão replicar os resultados do papel da aceitação da imagem corporal em amostras clínicas com psicopatologia alimentar, de modo a dar continuação à validade deste instrumento como um importante processo de mudança do comportamento alimentar perturbado.

Também, importante, é a natureza transversal e correlacional do nosso estudo, que não permite que se façam inferências causais. Assim, investigações futuras deverão abranger estudos longitudinais, de modo a revelarem relações causais entre as variáveis.

Apesar destas limitações, o nosso estudo sugere que a existência de um processo específico de coping, rígido e inflexível, relacionado com a imagem corporal, desempenha uma função importante, na associação entre crenças relacionadas com o peso e problemas relacionados com a imagem corporal (i.e., insatisfação corporal), e comportamento alimentar perturbado.

Bibliografia

Allan, S., & Gilbert, P. (1995). A Social Comparison Scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Personality and Individual Differences, 19*(3), 293-299.

Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1992). Binge eating among the obese: A descriptive study. *Journal of Behavioral Medicine, 15*, 155-170.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.

Ata, R. N., Ludden, A. B., & Lally, M. M. (2007). The Effects of Gender and Family, Friend, and Media Influences on Eating Behaviors and Body Image During Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 36*, 1024-1037.

Brower, K. J., Blow, F. C., & Hill, E. M. (1994). Risk factors for anabolic-androgenic steroid use in men. *Journal of Psychiatric Research, 28*, 369-380.

Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2006). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 4*, 281- 300.

Baird, A. L., & Grieve, F. G. (2006). Exposure to Male Models in Advertisements Leads to a Decrease in Men's Body Satisfaction. *North American Journal of Psychology, 1*, 115-122.

Burney, J., & Irwin, H. J. (2000). Shame and Guilt in Women with Eating-Disorder Symptomatology. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 51-61.

Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986) The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182.

Bergeron, D., & Tylka, T. L. (2007). Support for the uniqueness of body dissatisfaction from drive for muscularity among men. *Body Image, 4*, 288-295. doi:10.1016/j.bodyim.2007.05.002

Cook, D. R. (1987). Measuring shame: The Internalized Shame Scale. *Alcoholism Treatment Quarterly, 4*, 197-215.

Cash, T. F. (2002). The Management of Body Image Problems (2nd ed.). In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (pp.599-605). New York, NY: Guilford Press.

Cash, T. F. (2002). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T. G. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 38-46). New York: Guilford Press.

Corson, P. W., & Andersen, A. E. (2002). In Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 183-189). New York, NY: Guilford Press.

Claesson, K., & Sohlberg, S. (2002). Internalized shame and early interactions characterized by indifference, abandonment, and rejection:

Replicated findings. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 277–284.

Cash, T. F. & Szymanski, M. L. (1995). The development and validation of the Body-Image Ideals Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64, 466-477.

Cockell, S. J., Geller, J., & Linden, W. (2002). The development of a decisional balance scale for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 10, 359-375.

Doran, J., & Lewis, C. A. (2012). Components of Shame and Eating Disturbance Among Clinical and Non-clinical Populations. *European Eating Disorders Review*, 20, 265-270.

Elmore, D., & de Castro, J. M. (1990). Meal patterns of normal, untreated bulimia nervosa and recovered bulimic women. *Physiology and Behavior*, 49, 99-105.

Furnham, A., Badmin, N., & Sneade, I. (2002). Body Dissatisfaction: Gender Differences in Eating Attitudes, Self-Esteem, and Reasons for Exercise. *The Journal of Psychology*, 36(6), 581--596.

Frederick, D. A., Buchanan, G. M., Sadehgi-Azur, L., Peplau, L. A., Haselton, M. G., Berezovskaya, A., & Lipinski, R. E. (2007). Desiring the muscular ideal: Men's body satisfaction in the United States, Ukraine, and Ghana. *Psychology of Men and Masculinity*, 8, 103-107. doi:10.1037/1524-9220.8.2.103

Furnham, A., & Calnan, A. (1998). Eating Disturbance, Self-Esteem, Reasons for Exercising and Body Weight Dissatisfaction in Adolescent Males. *European Eating Disorders Review*, 6(1), 58-72.

Field, A. E., Carmargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B., & Colditz, G. A. (2001). Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 107, 54-60.

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). Universidade de Coimbra, Coimbra.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A transdiagnostic theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.

Fredrickson, B. L., & Roberts, T. (1997). Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173-206.

Frederick, D. A., Fessler, D. M. T., & Haselton, M. G. (2005). Do representations of male muscularity differ in men's and women's magazines? *Body Image*, 2, 81-86.

Filiault, S. M. (2007). Measuring up in the bedroom: Muscle, thinness, and men's sex lives. *International Journal of Men's Health*, 6, 127-142.

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.

Frederick, D. A., Peplau, L. A., & Lever, J. (2006). The swimsuit issue: Correlates of body image in a sample of 52,677 heterosexual adults. *Body Image, 3*, 413-419. doi:10.1016/j.bodyim.2006.08.002

Fallon, A. E., & Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology, 94*, 102-105. doi:10.1037/0021-843X.94.1.102

Feltman, R., Robinson, M. D., & Ode, S. (2009). Mindfulness as a moderator of neuroticism-outcome relations: a self-regulation perspective. *Journal of Research in Personality, 43* (6), 953-961.

Garner, D. M. (1990). *Eating Disorder Inventory -2: Professional Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Garner, D. M. (1997). Psychoeducational principles in the treatment of eating disorders. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook for Treatment of Eating Disorders* (145-177). New York, NY: Guilford Press.

Garner, D. M. (2002). Body image and anorexia nervosa. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 295-303). New York, NY: Guilford Press.

Garner, D. M., Olmsted, M.P., & Polivy J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2*, 15-34. doi:10.1002/1098-108X(198321)

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*, 281-291. doi:10.1017/S0048577201393198

Gato, J. J. (2003). *Evolução e ansiedade social* (Tese de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra.

Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures: The Other as Shamer Scale. *Personality and Individual Differences, 17*, 713-717.

Grabe, S., & Hyde, J. S. (2006). Ethnicity and Body Dissatisfaction Among Women in the United States: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin, 4*, 622-640. doi:10.1037/0033-2909.132.4.622

Ganem, P. A., & Morera, O. (2009). Does body dissatisfaction predict mental health outcomes in a sample of predominately Hispanic college students? *Personality and Individual Differences, 46*, 557-561.

Gardner, R.M., Stark, K., Friedman, B. N., & Jackson, N. A. (2002). Predictors of eating disorder scores in children ages 6 through 14 - a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research, 49*, 199-205.

Hildebrandt, T., Alfano, L., & Langenbucher, J. W. (2010). Body image disturbance in 1000 male appearance and performance enhancing drug users. *Journal of Psychiatric Research, 44*, 841-846. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.01.001

Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin, 110*, 86-108.

Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes.

Behavior, Research and Therapy, 44, 1-25.

Harnden, J. L., McNally, R. J., & Jimerson, D. C. (1997). Effects of Suppressing Thoughts about Body Weight: A Comparison of Dieters and Nondieters. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 285-290.

Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H., & Detweiler, M. (2002). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of an Adolescent Female With Anorexia Nervosa: A Case Example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 232-236.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.

Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1152

Jones, D. C. (2004). Body Image Among Adolescent Girls and Boys: A Longitudinal Study. *Developmental Psychology*, 5, 823-835. doi:10.1037/0012-1649.40.5.823

Jones, D. C., & Crawford, J. K. (2006). The Peer Appearance Culture During Adolescence: Gender and Body Mass Variations. *Journal of Youth and Adolescence*, 2, 257-269. doi: 10.1007/s10964-005-9006-5

Jambekar, S.A., Masheb, R.M., & Grilo, C.M. (2003). Gender differences in shame patients with binge eating disorder. *Obesity Research*, 11, 571-577.

Keel, P. K., Fulkerson J. A., & Leon, G. R. (1997). Disordered eating precursors in pre- and early adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 203-216.

Kashdan, T. B., & Kane, J. Q. (2011). Post-traumatic distress and the presence of post-traumatic growth and meaning in life: experiential avoidance as a moderator. *Personality and Individual Differences*, 50(1), 84-89.

Knauss, C., Paxton, S. J., & Alsaker, F. D. (2008). Body Dissatisfaction in Adolescent Boys and Girls: Objectified Body Consciousness, Internalization of the Media Body Ideal and Perceived Pressure from Media. *Sex Roles*, 59, 633-643.

Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., Early-Zald, M. B. (1995). Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 140-149.

Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., & Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of obese: a preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 58-69.

Lavender, J. M., Jardin, B. F., & Anderson, D. A. (2009). Bulimic symptoms in undergraduate men and women: Contributions of mindfulness and thought suppression. *Eating Behaviors*, 10, 228-231.

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the*

Depression Anxiety Stress Scales (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation.

Lawler, M., & Nixon, E. (2011). Body Dissatisfaction Among Adolescent Boys and Girls: The Effects of Body Mass, Peer Appearance Culture and Internalization of Appearance Ideals. *Journal Youth Adolescence*, 40, 59-71. doi:10.1007/s10964-009-9500-2

Littleton, H. L., & Ollendick, T. (2003). Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: What places youth at risk and how can these problems be prevented? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 51–66.

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. doi:10.1002/erv.359

McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2003). Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls. *The Journal of Social Psychology*, 143, 5-26.

McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan: A review of past literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 675-685. doi:10.1016/S0022-3999(03)00129-6

McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2005). A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behavior among adolescent boys and girls. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 653–668.

McCabe, M. P., Ricciardelli, L. Waqa, G., Goundar, R., & Fotu, K. (2009). Body image and body change strategies among adolescent males and females from Fiji, Tonga and Australia. *Body Image*, 6, 299-303. doi:10.1016/j.bodyim.2009.06.001

Niemeier, H. M. (2004). Clinical implications of disordered eating attitudes and behaviors in college women. *Dissertation Abstracts International: Section B-The Physical Sciences and Engineering*, 65, 1035.

Oliver, K. G., & Huon, G. F. (2001). Eating-Related Thought Suppression in High and Low Disinhibitors. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 329-337.

O’Connell C., Larkin, K., Mizes, J. S., & Fremouw, W. (2005). The impact of caloric preloading on attempts at food and eating-related thought suppression in restrained and unrestrained eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 42-48. doi: 10.1002/eat.20150

Presnell, K., Bearman, S. K., & Stice, E. (2004). Risk Factors for Body Dissatisfaction in Adolescent Boys and Girls: A Prospective Study. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 389-401. doi: 10.1002/eat.20045

Pearson, A. N., Follette, V. M., & Hayes, S. C. (2011). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*. doi:10.1016/j.cbpra.2011.03.001

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para as*

ciências sociais: a complementariedade do SPSS. Lisboa: Sílabo.

Pearson, A. N., Heffner, M., & Follette, V. M. (2010). *Acceptance and commitment therapy for body image dissatisfaction: a practitioner's guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger.

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.

Paradis, A., Pérusse, L., Godin, G., & Vohl, M. (2008). Validity of a self-reported measure of familial history of obesity. *Nutrition Journal*, 2, 27-32.

Rosen, J. C. (1997). Cognitive-Behavioral Body Image Therapy. In D. M. Garner, & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook for Treatment of Eating Disorders* (145-177). New York, NY: Guilford Press.

Ricciardelli, A., & McCabe, M. P. (2001). Dietary restraint and negative affect as mediators of body dissatisfaction and bulimic behavior in adolescent girls and boys. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1317-1328.

Rawal, A., Park, R. J., & Williams, M. G. (2010). Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 851-859.

Stice, E. (2002). Sociocultural Influences on Body Image and Eating Disturbance In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (pp.599-605). New York, NY: Guilford Press.

Soetens, B., Braet, C., & Moens, E. (2008). Thought Suppression in Obese and Non-Obese Restrained Eaters: Piece of Cake or Forbidden Fruit? *European Eating Disorders Review*, 16, 67-76. doi:10.1002/erv.771

Striegel-Moore, R. H., & Cachelin, F. M. (2001). Etiology of eating disorders in women. *Counseling Psychologist*, 29, 635-661.

Sanftner, J. L., Barlow, D. H., Marschall, D. E., & Tangney, J. P. (1995). The relation of shame and guilt to eating disorder symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 315-324.

Striegel-Moore, R. H., & Cachelin, F. M. (2001). Etiology of eating disorders in women. *Counseling Psychologist*, 29, 635-661.

Slade, P.D., Dewey, M.E., Newton, T., Brodie, D., & Kiemle, G. (1990). Development and preliminary validation of the Body Satisfaction Scale (BSS). *Psychology and Health*, 4, 213-220.

Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2002). Body Image Issues among Girls and Women. In Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 183-189). New York, NY: Guilford Press.

Stice, E., & Shaw, H. (1994). Adverse effects of media portrayed thin-ideal on women and linkages to bulimic symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 288-308.

Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (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.

Stice, E., & Whitenton, K. (2002). Risk Factors for Body Dissatisfaction in Adolescent Girls: A Longitudinal Investigation. *Developmental Psychology, 5*, 669-678.

Strahan, E. J., Wilson, A. E., Cressman, K. E., & Buote, V. M. (2006). Comparing to perfection: How cultural norms for appearance affect social comparisons and self-image. *Body image, 3*, 211-227.

Sandoz, E. K., Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2010). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: A process-focused guide to treating anorexia and bulimia. Oakland, CA: New Harbinger.

Sandoz, E. K., Wilson, K. G., & Merwin, R. M. (2009). *Assessment of Body Image Flexibility: The Body Image - Acceptance and Action Questionnaire*. Manuscript submitted for publication.

Thompson, J. K. (1996). Assessing body image disturbance: Measures, methodology, and implementation. In J. K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders and obesity: An integrative guide for assessment and treatment* (pp.49-81). Washington, DC: American Psychological Association.

Thompson, J. K., & Altabe, M. N. (1991). Psychometric qualities of the figure rating scale. *International Journal of Eating Disorders, 10*, 615-619. doi:10.1002/108X (199109) 10:5

Troop, N.A., Allan, S., Serpall, L., & Treasure J.L., (2008). Shame in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review, 16*(6), 480–488.

Thompson, J. K., & B. P. (2002). Measuring Body Image Attitudes among Adolescents and Adults. In T. G. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press.

Tantleff-Dunn, S., & Gokee, J. L. (2002). Interpersonal influences on body image development. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 108-116). New York: Guilford Press.

Thompson, J. K., & Heinberg, L. J. (1993). Preliminary test of two hypotheses of body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders, 14*, 59-63.

Tremblay, L., & Lariviere, M. (2009). The influence of puberty onset, Body Mass Index, and pressure to be thin on disordered eating behaviors in children and adolescents. *Eating Behaviors, 10*, 75-83. doi:10.1016/j.eatbeh.2008.12.001

Thompson, J. K., Shroff, H., Herbozo, S., Cafri, G., Rodriguez, J., & Rodriguez, M. (2007). Relations Among Multiple Peer Influences, Body Dissatisfaction, Eating Disturbance, and Self-Esteem: A Comparison of Average Weight, At Risk of Overweight Adolescent Girls. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(1), 24-29. doi:10.1093/jpepsy/jsl022

Webber, E. (1994). Psychological characteristics of bingeing and nonbinging obese women. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 128*(3), 339-351.

Wendell, J. (2011). *Psychological Flexibility and Eating Disorder*

Spectrum Problems (Master's Thesis). Georgia State University, Georgia.

Wendell, J. W., Masuda, A., & Le, J. K. (2012). The role of body image flexibility in the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating symptoms among non-clinical college students. *Eating Behaviors* 13, 240-245.

Wojtowicz, A. E., & Ranson, K. M. (2012). Weighing in on risk factors for body dissatisfaction: A one-year prospective study of middle-adolescent girls. *Body Image*, 9, 20-30. doi:10.1016/j.bodyim.2011.07.004

Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical Effects of Thought Suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.

Anexos

BI-AAQ
(Sandoz, E., Wilson, K., Merwin, R., 2009)
(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.

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.
OS RESULTADOS SÃO COMPLETAMENTE CONFIDENCIAIS.

| Sempre | Quase sempre | Frequentemente | Algumas vezes | Raramente | Nunca |
|--------|--------------|----------------|---------------|-----------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

1. Como doces e hidratos de carbono sem me sentir nervoso (a).
2. Acho que o meu estômago é demasiado grande.
3. Desejava poder voltar à segurança da infância.

ECS
(Gilbert & Allan, 1995)

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

Internalized Shame Scale (ISS)
(Cook, 1996; Tradução e adaptação Matos e Pinto-Gouveia, 2006)

Instruções:

Em baixo, encontra-se um conjunto de afirmações que descrevem sentimentos ou experiências que você pode ter de vez em quando ou que lhe são familiares porque tem tido estes sentimentos e experiências desde há muito tempo.

A maioria das afirmações descreve sentimentos e experiências que geralmente são dolorosos ou negativos de alguma forma. Algumas pessoas nunca, ou quase nunca, tiveram muitos destes sentimentos. Toda a gente já teve, em algum momento, alguns destes sentimentos, contudo, se considerar que estas afirmações descrevem a forma como se sente grande parte do tempo apenas lê-las pode ser difícil. Tente responder com honestidade.

Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação e faça um círculo em torno do número à esquerda do item que melhor indica a frequência com que sente o que está descrito na frase. Use a escala que se apresenta de seguida. NÃO OMITA NENHUM ITEM.

Escala

| 0 | 1 | 1 | 3 | 4 |
|-------|-----------|----------|--------------|--------------|
| Nunca | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Quase sempre |

- 0 1 2 3 4 1. Sinto que nunca sou suficientemente bom.
- 0 1 2 3 4 2. Sinto um pouco á parte.
- 0 1 2 3 4 3. Penso que as pessoas me olham com superioridade.

OAS
(Goss, K., Gilbert, P. & Allan, S., 1994)
(Tradução e Adaptação: Lopes, B., Pinto Gouveia, J. & Castilho, P., 2005)

Instruções:

Esta escala tem como objetivo perceber o que as pessoas pensam acerca do modo como os outros as vêem. De seguida, é apresentada uma lista de afirmações que descrevem sentimentos ou experiências referentes á forma como sente que os outros o (a) vêem (a visão que os outros têm de si).

Leia atentamente cada uma das afirmações, e assinale com um círculo o número que indica a frequência com que sente ou experiencia o que está descrito na frase.

| | | | | |
|-------|-----------|----------|----------------|--------------|
| Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Quase sempre |
| <hr/> | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Sinto que as outras pessoas não me vêem como sendo suficientemente bom (boa). | | | | |
| 2. Penso que as pessoas me desprezam. | | | | |
| 3. As outras pessoas “deitam-me” muitas vezes abaixo. | | | | |