

Cláudia Ferreira

Dezembro, 2011

# O Peso da Magreza:

O corpo como um instrumento de *ranking* social

Dissertação de Doutoramento em Psicologia, na área de especialização em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob orientação do Professor Doutor José Augusto da Veiga Pinto Gouveia



FPCEUC

Imagem da capa: *Estabilidade Precária*  
Óleo sobre tela (150/70 cm)  
Maria Teresa Crawford Cabral, 2007

Design gráfico: C. Duarte

Ao Bruno, à Matilde e ao Vasco



## **Agradecimentos**

Estas páginas são o resultado de muitas horas de dedicação e de um trabalho que nem sempre foi fácil. Muitas foram as pessoas que me ajudaram, de forma directa ou indirecta, a concretizar este projecto. Gostaria, pois, de expressar a minha imensa gratidão a todos.

Em primeiro lugar, ao Professor Pinto-Gouveia, que é para mim muito mais do que o orientador desta tese, agradeço a mestria como foi conduzindo a minha formação, em clínica e na investigação, a sabedoria, o interesse, o suporte e a confiança com que acompanhou o meu trabalho. Mas sobretudo agradeço-lhe a forma como me acolheu na sua equipa e a amizade, que tanto estimo. Obrigada por tudo. A sua proximidade e seus ensinamentos são inestimáveis.

Um agradecimento especial para a Cristiana Duarte que partilhou comigo esta experiência, numa colaboração incansável, primeiro como aluna de excepção e agora como amiga e parceira de investigação. O seu apoio e a forma compassiva como cuidou de mim e dos “meus” foram a marca da sua presença ao longo dos últimos anos, e sinto que este trabalho foi o mote de uma genuína e profunda amizade.

À Dra. Margarida Robalo, à Dra. Isabel Brandão e à Dra. Alzira Albuquerque, que me facilitaram o contacto e a avaliação dos doentes nas suas instituições de trabalho, agradeço a ajuda para a constituição da amostra clínica. Em especial, à Dra. Margarida Robalo, o meu sincero obrigado pela preciosa e competente motivação dos seus doentes para colaborarem na longa recolha de dados.

A todos os doentes, e aos que são hoje felizmente ex-doentes, que se disponibilizaram para participar no preenchimento das escalas e da entrevista clínica agradeço verdadeiramente pelo muito que me permitiram aprender. Sem vocês nada disto fazia sentido.

Aos meus colegas, Professora Doutora Ana Paula Matos, Paula Castilho, Céu Salvador e Daniel Rijo, e à Rosário pelo encorajamento e interesse manifestados ao longo deste percurso. Agradeço, ainda à equipa do CINEICC, em particular à Alexandra Dinis, Sónia Gregório, Teresa Carvalho, Ana Galhardo, Joana Costa e Marcela Matos, pela forma afectuosa com que partilharam comigo os entusiasmos e as angústias inerentes ao nosso “duro trabalho”, e pela disponibilidade que sempre mostraram, de formas diversas e em diferentes momentos, para ajudar na realização deste projecto.

Aos meus amigos que estranharam, mas aceitaram as minhas ausências, agradeço a tranquilidade por poder contar com a sua presença. Marina Cunha, a ti agradeço-te o teu apoio, ânimo, a inspiração para a capa, enfim a tua amizade, tão importante para mim.

À Teresa Crawford agradeço ter-me disponibilizado para a capa a “Estabilidade Precária”, uma das suas magníficas obras. E ao Dr. Carlos Duarte o empenho e profissionalismo no tratamento gráfico do texto.

Por fim os primeiros. Agradeço, à minha irmã, ao Álvaro, à Ângela, à minha sogra e aos meus sobrinhos, que foram os mais prejudicados pela minha indisponibilidade nos últimos tempos. E, particularmente, aos meus pais que, apesar da distância física, me acompanham e apoiam de forma incondicional em todos os momentos. Um obrigado a todos pelo carinho, suporte e compreensão.

Uma palavra especial para os meus meninos, Matilde, Vasco, Carolina e Salvador, as minhas fontes inesgotáveis de oxitocina. Os vossos abraços, sorrisos e alegria foram a minha maior motivação e a mais sábia forma de me lembrar dos meus valores e do que é verdadeiramente importante para mim, vocês!

Ao Bruno, a quem dedico este trabalho, devo agradecer a ajuda na tradução das escalas, na formatação de todos os quadros e figuras incluídos neste trabalho, a revisão do texto final da tese, as longas horas que me ouviu falar sobre as perturbações alimentares, sobre as minhas doentes e sobre os estudos, mas sobretudo por me fazer acreditar em mim e no meu trabalho. Neste longo percurso, quantas vezes morri e renasci nos teus braços? Na verdade, foste muito mais do que aquilo que posso agradecer ... Encontrei em ti esse privilégio maior de amar e ser amada.



## O Peso da Magreza:

O corpo como um instrumento de *ranking* social

### Índice

Introdução .....	1
------------------	---

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### Capítulo 1

#### As Perturbações do Comportamento Alimentar

1. Conceito e aspectos clínicos das Perturbações do Comportamento Alimentar .....	11
2. Epidemiologia das Perturbações do Comportamento Alimentar .....	15
2.1. Estudos de incidência das Perturbações do Comportamento Alimentar .....	16
2.2. Estudos de prevalência das Perturbações do Comportamento Alimentar .....	17
2.3. Distribuição das Perturbações do Comportamento Alimentar segundo variáveis sócio-demográficas .	19
3. Classificação das Perturbações do Comportamento Alimentar .....	20
3.1. Critérios de diagnóstico segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) .....	21
3.1.1. Critérios de diagnóstico para Anorexia Nervosa segundo o DSM-IV .....	22
3.1.2. Critérios de diagnóstico para Bulimia Nervosa segundo o DSM-IV .....	24
3.1.3. Critérios de diagnóstico para Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação segundo o DSM-IV .....	26
3.1.4. Critérios de investigação para Perturbação de Ingestão Compulsiva .....	27
3.2. Abordagem crítica dos critérios de diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar .....	29
3.3. Proposta de alteração dos critérios de diagnóstico para o DSM-V .....	38
4. Modelo Transdiagnóstico para as Perturbações do Comportamento Alimentar .....	41

### Capítulo 2

#### Parte I- Enquadramento conceptual das variáveis em estudo

1. Os Sistemas de Regulação do Afecto .....	53
1.1. O Sistema de Ameaça/Defesa .....	54
1.2. O Sistema de Procura de Incentivos/Recursos .....	55
1.3. O Sistema de Tranquilização/Cuidados e Segurança .....	56
2. A Teoria das Mentalidades Sociais .....	58
2.1. As mentalidades sociais e o relacionamento interpessoal: “A necessidade de ser aceite” .....	59

2.1.1. A vinculação ao grupo social .....	60
2.1.2. A sensibilidade interpessoal .....	62
- Sensibilidade ao <i>put-down</i> .....	63
- Sensibilidade à rejeição .....	63
2.2. A mentalidade de <i>ranking</i> social: “a necessidade de ser atraente” .....	65
2.2.1. A comparação social .....	66
2.2.2. A vergonha .....	68
2.2.3. O auto-criticismo .....	71
2.2.4. O perfeccionismo .....	73
2.2.5. O <i>striving</i> .....	76
2.3. A mentalidade de prestação de cuidados: “A capacidade de se preocupar com a humanidade e a consciência de fazer parte dela” .....	78
2.3.1. Auto-compaixão, <i>mindfulness</i> e aceitação psicológica enquanto processos de regulação emocional adaptativos .....	79
- A mente <i>mindful</i> .....	81
- A aceitação psicológica .....	83

## **Parte II- Modelo de compreensão das Perturbações do Comportamento Alimentar de acordo com a perspectiva evolucionária**

1. A imagem corporal enquanto variável contextual .....	88
1.1. A magreza como sinónimo de beleza, saúde e atractividade social .....	89
2. A aparência física enquanto uma dimensão auto-avaliativa central .....	92
2.1. A comparação social através da aparência física .....	93
2.2. A percepção de inferioridade associada à imagem corporal .....	94
3. A internalização dos valores socioculturais associados à magreza .....	95
3.1. A necessidade de uma aparência física perfeita como forma de assegurar a pertença ao grupo .....	96
4. A procura da magreza enquanto estratégia de competição para lidar com uma percepção de inferioridade .....	99
5. O processo psicopatológico que caracteriza as Perturbações do Comportamento Alimentar .....	101
5.1. O ciclo auto-perpetuante da restrição alimentar .....	101
5.2. O papel da vergonha na perpetuação do ciclo psicopatológico da procura da magreza .....	104

## **PARTE EMPÍRICA**

### **Capítulo 3**

#### **Objectivos e metodologia dos estudos**

1. Fundamentação e objectivos dos estudos .....	113
2. Metodologia .....	115
2.1. Desenho dos estudos e procedimentos de recolha de dados .....	115
2.2. Amostras .....	117
- Amostra da população geral .....	117



- Amostra da população geral para validação da EDE 16.OD .....	117
- Amostra clínica de Perturbações do Comportamento Alimentar .....	118
3. Instrumentos .....	121
3.1. Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do Comportamento Alimentar (EDE; Eating Disorder Examination 16.OD).....	121
3.2. Questionários de Auto-resposta para avaliação de dimensões da psicopatologia .....	121
3.2.1. Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS 42; Depression, Anxiety & Stress Scale) .....	121
3.2.2. Inventário de Perturbações Alimentares (EDI; Eating Disorder Inventory) .....	122
3.3. Questionários de Auto-resposta para avaliação das variáveis em estudo .....	122
3.3.1. Escala de Vinculação ao Grupo Social (SGAS; Social Group Attachment Scale) .....	122
3.3.2. Escala de Sensibilidade ao <i>Put-Down</i> (SPD; Sensitivity to Put-Down Scale). .....	123
3.3.3. Escala de Sensibilidade à Rejeição (RSQ; Rejection Sensitivity Questionnaire) .....	123
3.3.4. Escala de Comparação Social (SCRS; Social Comparison Rating Scale) .....	124
3.3.5. Escala de Comparação Social da Aparência Física (ECSAF) .....	124
3.3.6. Questionário das Silhuetas (FRS; Figure Rating Scale) .....	125
3.3.7. Escala de Vergonha Externa (OAS; Other as a Shamer) .....	125
3.3.8. Escala de Vergonha Interna (ISS; Internalized Shame Scale) .....	125
3.3.9. Escala das Formas do Auto-criticismo e de Auto-tranquilização (FSCRS; Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale) .....	126
3.3.10. Escala do Perfeccionismo Multidimensional (MPS; Multidimensional Perfectionism Scale) .....	126
3.3.11. Escala da Auto-Apresentação Perfeccionista (PSPS; Perfectionist Self-Presentation Scale) .....	127
3.3.12. Escala da Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade (SAIS; Striving to Avoid Inferiority Scale) .....	127
3.3.13. Escala de Auto-Compaixão (SCS; Self-Compassion Scale) .....	128
3.3.14. Escala de Aceitação e Acção da Imagem Corporal (BI-AAQ; The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire) .....	128
4. Tratamento estatístico dos dados .....	129

#### Capítulo 4

### Estudos de desenvolvimento e/ou validação dos instrumentos de auto-resposta e da Entrevista Clínica para as Perturbações do Comportamento Alimentar

1. Estudos de desenvolvimento e validação da Escala de Comparação Social através da Aparência Física: <i>comparação com pares e comparação com modelos</i> .....	135
1.1. Objectivos .....	135
1.2. Procedimentos e amostra .....	137
1.2.1. Desenvolvimento da escala .....	137
1.2.2. Protocolo de investigação .....	137
1.2.3. Amostra .....	138
1.2.4. Tratamento estatístico dos dados .....	139
1.3. Estudos da Escala de Comparação Social através da Aparência Física: <i>comparação com pares</i> .....	139
1.3.1. Estrutura factorial .....	139
- Análise Factorial Exploratória - ECSAF <i>comparação com pares</i> .....	139
- Análise Factorial Confirmatória - ECSAF <i>comparação com pares</i> .....	141
1.3.2. Consistência Interna ECSAF <i>comparação com pares</i> .....	144
1.3.3. Inter-correlações das subescalas da ECSAF <i>comparação com pares</i> .....	145

1.3.4. Validade convergente e divergente da ECSAF <i>comparação com pares</i> .....	145
1.4. Estudos da Escala de Comparação Social através da Aparência Física: <i>comparação com modelos</i> .....	146
1.4.1. Estrutura Factorial .....	146
- Análise Factorial Exploratória - ECSAF <i>comparação com modelos</i> .....	146
- Análise Factorial Confirmatória - ECSAF <i>comparação com modelos</i> .....	147
1.4.2. Consistência Interna da ECSAF <i>comparação com modelos</i> .....	149
1.4.3. Validade convergente e divergente da ECSAF <i>comparação com modelos</i> .....	150
1.5. Poder discriminativo da escala .....	151
1.6. Estabilidade temporal da escala .....	151
1.7. Discussão e síntese dos resultados .....	152
2. Estudos de validação da versão portuguesa da Escala de Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade (SAIS) .....	157
2.1. Objectivos .....	157
2.2. Procedimentos e amostra .....	158
2.2.1. Descrição do instrumento e preparação da versão portuguesa da SAIS .....	158
2.2.2. Protocolo de investigação .....	159
2.2.3. Amostra .....	159
2.2.4. Tratamento estatístico dos dados .....	160
2.3. Estudos de validação da Escala da Necessidade de Competição para Evitar a Inferioridade: SAIS- <i>parte um</i> .....	160
2.3.1. Estrutura factorial .....	160
2.3.3. Validade convergente e divergente .....	164
2.4. Estudos de validação da Escala da Necessidade de Competição para Evitar a Inferioridade: SAIS- <i>parte dois</i> .....	166
2.4.1. Estrutura factorial .....	166
2.4.3. Validade convergente e divergente .....	167
2.5. Estudos de validação da Escala da Necessidade de Competição para Evitar a Inferioridade: SAIS- <i>parte três</i> .....	167
2.5.2. Consistência interna.....	168
2.5.3. Validade convergente e divergente .....	169
2.6. Diferenças de género na SAIS .....	170
2.7. Poder discriminativo da SAIS .....	170
2.8. Estabilidade temporal da SAIS .....	172
2.9. Discussão e síntese dos resultados .....	173
3. Estudos de validação da versão portuguesa da Escala de Aceitação e Acção da Imagem Corporal (BI-AAQ) .....	177
3.1. Objectivos .....	177
3.2. Procedimentos e amostra .....	178
3.2.1. Descrição do instrumento e preparação da versão portuguesa da BI-AAQ .....	178
3.2.2. Protocolo de investigação.....	179
3.2.3. Amostra .....	180
3.2.4. Tratamento estatístico dos dados.....	181
3.3. Estrutura Factorial da BI-AAQ.....	181
- Análise Factorial Exploratória .....	181
- Análise Factorial Confirmatória .....	182
3.4. Consistência interna da BI-AAQ e propriedades dos itens .....	185
3.5. Validade convergente e divergente da BI-AAQ .....	186

3.6. Diferenças de género na BI-AAQ .....	187
3.7. Poder discriminativo da BI-AAQ .....	188
3.8. Estabilidade temporal da BI-AAQ .....	188
3.9. Discussão e síntese dos resultados .....	189
4. Estudo da Entrevista Clínica Estruturada para a Avaliação das Perturbações do Comportamento Alimentar (EDE 16.OD): Dados normativos na população portuguesa e poder discriminativo .....	192
4.1. Objectivos .....	192
4.2. Procedimentos e amostra .....	193
4.2.1. Descrição da Entrevista Clínica Estruturada para a Avaliação das Perturbações do Comportamento Alimentar – EDE 16.OD .....	193
4.2.2. Amostra .....	199
4.2.3. Procedimentos de recolha dos dados .....	199
4.2.4. Tratamento estatístico dos dados .....	200
4.3. Estudos de validação da EDE 16.OD .....	200
4.3.1. Consistência interna das subescalas e total da EDE 16.OD .....	200
4.3.2. Dados normativos da EDE 16.OD .....	201
4.3.3. Análise da utilidade discriminativa da EDE 16.OD .....	204
- Capacidade discriminativa entre doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar e controlos normais .....	205
- Capacidade discriminativa entre doentes com Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e com Perturbação do Comportamento Alimentar sem outra especificação .....	209
4.4. Discussão e síntese dos resultados .....	213

## **Capítulo 5**

### **Estudos da regulação da aceitação social e da sua expressão psicopatológica diferencial entre géneros**

Introdução .....	221
1. Estudo da “necessidade de parecer socialmente perfeito” enquanto estratégia de regulação interpessoal e o seu impacto na psicopatologia .....	223
1.1. Objectivo e desenho do estudo .....	223
1.2. Estudo das variáveis de vinculação, sensibilidade interpessoal, auto-apresentação perfeccionista e indicadores de psicopatologia geral e alimentar em função do género .....	226
1.2.1. Estudo da vinculação ao grupo e sensibilidade interpessoal em função do género .....	226
1.2.2. Estudo da auto-apresentação perfeccionista em função do género .....	228
1.2.3. Estudo dos indicadores de psicopatologia geral e do comportamento alimentar perturbado em função do género .....	228
1.3. Estudo da associação entre vinculação ao grupo social, sensibilidade interpessoal, auto-apresentação perfeccionista e indicadores de psicopatologia geral e alimentar .....	229
1.3.1. Padrão de associação entre vinculação ao grupo social e sensibilidade interpessoal .....	230
1.3.2. Padrão de associação entre auto-apresentação perfeccionista, vinculação insegura ao grupo de pares e dimensões de sensibilidade interpessoal .....	231
1.3.3. Padrão de associação entre vinculação insegura ao grupo de pares, sensibilidade interpessoal, auto-apresentação perfeccionista e indicadores de psicopatologia geral .....	232

1.3.4. Padrão de associação entre vinculação insegura ao grupo de pares, sensibilidade interpessoal, auto-apresentação perfeccionista e indicadores de psicopatologia alimentar .....	233
1.4. Estudos de regressão das variáveis de vinculação ao grupo social, sensibilidade interpessoal e auto-apresentação perfeccionista sobre a psicopatologia .....	235
1.4.1. Estudos de regressão das variáveis de vinculação ao grupo social, sensibilidade interpessoal e auto-apresentação perfeccionista sobre a depressão .....	236
1.4.2. Estudos de regressão das variáveis de vinculação ao grupo social, sensibilidade interpessoal e auto-apresentação perfeccionista sobre a procura da magreza .....	239
1.5. Estudo do efeito de mediação da auto-apresentação perfeccionista na relação entre sensibilidade à crítica social e a procura da magreza.....	241
1.6. Discussão e síntese dos resultados .....	243
2. Estudo do perfeccionismo e das estratégias de relação <i>eu-eu</i> auto-críticas e auto-tranquilizadora: O efeito mediador do <i>eu</i> -inadequado na relação entre auto-apresentação perfeccionista e psicopatologia .....	249
2.1. Objectivo e desenho do estudo .....	249
2.2. Estudo das dimensões do perfeccionismo, das estratégias auto-críticas e auto-tranquilizadoras e da sintomatologia psicopatológica em função do género .....	252
2.2.1. Estudo do perfeccionismo multidimensional, das estratégias de relação <i>eu-eu</i> perante situações de fracasso em função do género.....	252
2.2.2. Estudo dos indicadores de psicopatologia geral e alimentar em função do género .....	254
2.3. Estudo da associação entre as dimensões do perfeccionismo, as estratégias auto-críticas e de auto-tranquilização e sintomatologia psicopatológica .....	255
2.3.1. Padrão de associação entre a “necessidade de ser perfeito”, a “necessidade de parecer perfeito” e as estratégias de relação <i>eu-eu</i> perante situações de fracasso .....	255
2.3.2. Padrão de associação entre as dimensões do perfeccionismo, as estratégias de relação <i>eu-eu</i> perante situações de fracasso e a psicopatologia geral .....	257
2.3.3. Padrão de associação entre as dimensões do perfeccionismo, as estratégias de relação <i>eu-eu</i> perante situações de fracasso e a psicopatologia alimentar .....	259
2.4. Estudo do efeito de mediação do auto-criticismo na relação entre “a necessidade de parecer perfeito” e a psicopatologia .....	261
2.4.1. O efeito mediador do <i>eu</i> -inadequado na relação entre “a necessidade de se apresentar como perfeito” e a depressão .....	262
2.4.2. O efeito mediador do <i>eu</i> -inadequado na relação entre “a necessidade de se apresentar como perfeito” e a procura da magreza.....	264
2.5. Síntese e discussão dos resultados .....	265
3. Estudo da mentalidade de <i>ranking</i> social e da sua relação com psicopatologia: O efeito moderador do <i>striving</i> inseguro na relação entre a comparação social baseada na aparência física e a procura da magreza	271
3.1. Objectivo e desenho do estudo .....	271
3.2. Estudo da associação entre as variáveis de <i>ranking</i> social e da psicopatologia .....	274
3.2.1. Padrão de associação entre as variáveis de comparação social, vergonha e a necessidade de competir para evitar a inferioridade .....	274
3.2.2. Padrão de associação entre as variáveis de comparação social, vergonha, necessidade de competir para evitar a inferioridade e a psicopatologia geral .....	276
3.2.3. Padrão de associação entre as variáveis de comparação social, vergonha, necessidade de competir para evitar a inferioridade e a psicopatologia alimentar .....	277
3.3. Estudos de regressão das variáveis de <i>ranking</i> social sobre a psicopatologia .....	278
3.3.1. Estudo das variáveis de mentalidade de <i>ranking</i> social como predictoras da depressão .....	279

3.3.2. Estudo das variáveis de mentalidade de <i>ranking</i> social como preditoras da procura da magreza .....	281
3.4. Estudos do contributo da comparação social através da aparência física e na predição da procura da magreza. ....	283
3.5. Estudo do efeito de moderação do <i>striving</i> inseguro na relação entre a comparação social através da aparência física e a procura da magreza .....	284
3.6. Síntese e discussão dos resultados .....	287

## Capítulo 6

### Estudos das estratégias de regulação emocional adaptativas na conceptualização das Perturbações do Comportamento Alimentar

Introdução .....	297
1. Estudo da importância da auto-compaixão como estratégia de regulação emocional adaptativa: o efeito mediador das qualidades auto-compassivas na relação entre vergonha e insatisfação corporal na procura da magreza .....	299
1.1. Objectivo e desenho do estudo .....	299
1.2. Estudo comparativo entre população geral e doentes com Perturbação Alimentar nas dimensões de auto-compaixão e auto-julgamento crítico e nas medidas de vergonha externa e de psicopatologia geral e do comportamento alimentar .....	303
1.3. Estudo da associação entre a auto-compaixão e auto-julgamento crítico e as variáveis de vergonha externa e de psicopatologia .....	304
1.4. Estudos de regressão das variáveis de vergonha externa, auto-compaixão, auto-julgamento crítico e insatisfação corporal sobre a procura da magreza .....	306
1.5. Estudo do efeito mediador da auto-compaixão .....	309
1.5.1. O efeito mediador da auto-compaixão na relação entre vergonha externa e procura da magreza....	309
1.5.2. O efeito mediador da auto-compaixão na relação entre insatisfação corporal e procura da magreza	311
1.6. Síntese e discussão dos resultados .....	313
2. Estudo da flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal: o efeito moderador da aceitação da imagem corporal no impacto da insatisfação corporal no comportamento alimentar perturbado .....	317
2.2. Estudo comparativo da aceitação da imagem corporal entre população geral e doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar .....	320
2.3. Estudo da associação entre a aceitação da imagem corporal e as variáveis de <i>ranking</i> social e da psicopatologia .....	323
2.4. Estudo do efeito de moderação da aceitação da imagem corporal na relação entre insatisfação com a imagem corporal e a procura da magreza .....	325
2.5. Síntese e discussão dos resultados .....	328
1.1. Objectivo e desenho do estudo .....	333
1.2. Estudo da associação entre mentalidade de <i>ranking</i> social, processos de regulação emocional e os indicadores de psicopatologia alimentar .....	337
1.3. Path analysis .....	338
1.4. Síntese e discussão dos resultados .....	340



## Introdução





## Introdução

As Perturbações do Comportamento Alimentar, dado o seu carácter singular e distinto, causam uma enorme perplexidade na maioria dos observadores, sendo das condições psicopatológicas que maior interesse despertam em termos públicos. Paralelamente, há evidências empíricas crescentes que colocam estas condições clínicas ao nível de um problema de saúde pública, pela interferência e sofrimento que implicam e pelas consequências, ao nível da saúde física e psicológica, a que estão associadas.

Na prática clínica com estes doentes somos, frequentemente, confrontados com crenças e comportamentos bizarros, com um conjunto peculiar de sintomas que assumem contornos extremos e, simultaneamente, com uma intrigante rigidez e resistência à mudança. De facto, na clínica e no estudo destas perturbações deparamo-nos com numerosas questões difíceis de responder, tornando-as um exigente desafio, tanto para clínicos como para os investigadores.

Embora sejam consensualmente definidas como uma condição multideterminada que se desenvolve através de uma complexa interação, de diversos factores (biológicos, psicológicos e sociais) num determinado momento, que converge numa ideia sobrevalorizada acerca da necessidade de controlo do peso, da imagem corporal e do comportamento alimentar, a natureza exacta dos factores envolvidos e dos processos através dos quais interagem não é claramente compreendida.

É neste contexto que se insere este projecto de investigação, o qual visa ter um impacto significativo ao nível da compreensão e da intervenção clínica no âmbito da psicopatologia do comportamento alimentar. Assim, esta dissertação de doutoramento teve como propósito central a construção de um modelo que contribua para uma maior clarificação deste problema complexo, elucidando sobre os factores e os processos envolvidos na sua vulnerabilidade, desenvolvimento e manutenção. O modelo proposto, baseado na Teoria das Mentalidades Sociais, não se constitui como um corte radical à perspectiva cognitivo-comportamental, mas antes, pretende ser um contributo para uma abordagem holística destas perturbações.

Com este modelo evolucionário pretendemos, assim, clarificar o impacto de uma mentalidade de *ranking* social na organização e processamento da relação *eu-eu* e *eu-outros* e, ainda, esclarecer as vias (ou os processos) através dos quais estes factores contribuem para o desenvolvimento e manutenção do processo psicopatológico que caracteriza estes quadros. Em suma, a abordagem proposta visa uma nova leitura destas perturbações e o, conseqüente, refinamento de estratégias de intervenção nestas condições clínicas.

O presente trabalho está organizado em duas partes. A primeira, constituída por dois capítulos, consiste numa revisão da literatura que pretende dar um enquadramento teórico das Perturbações do Comportamento Alimentar e do Modelo Evolucionário, mais especificamente da Teoria das Mentalidades Sociais. Assim, no Capítulo 1 é feita uma abordagem geral do conceito e dos aspectos clínicos das Perturbações do Comportamento Alimentar, da sua epidemiologia e das questões ligadas ao diagnóstico destes casos. No seguimento destes tópicos é, então, abordado o Modelo Transdiagnóstico para as Perturbações do Comportamento Alimentar, o qual tem surgido na literatura como uma leitura inovadora e pertinente da classificação destas condições clínicas.

O Capítulo 2 consta de duas partes. Na parte I, e com o intuito de permitir uma visão compreensiva do modelo evolucionário, são definidas todas as variáveis relevantes para os estudos apresentados na parte empírica desta tese. Na parte II, é esboçada uma abordagem teórica das Perturbações do Comportamento Alimentar segundo uma perspectiva evolucionária, tendo por base uma extensa revisão da literatura com vista à integração do modelo evolucionário e dos dados da ampla investigação desenvolvida no âmbito da psicopatologia associada à imagem corporal e ao comportamento alimentar.

A segunda parte da tese (Parte Empírica) compreende 6 capítulos, sendo que o primeiro se refere à fundamentação e metodologia geral da investigação. Neste sentido, no Capítulo 3 são descritos os objectivos, o desenho e procedimentos, as amostras, os instrumentos, e a metodologia estatística utilizada para o tratamento dos dados apresentados nos diversos estudos dos capítulos seguintes.

Os quatro capítulos que apresentam o contributo empírico deste projecto estão organizados de forma a permitir uma leitura e interpretação autónoma dos estudos realizados. Assim, para cada estudo são apresentados: os objectivos, as hipóteses e a respectiva fundamentação teórica; as amostras em análise; os instrumentos de avaliação que constituíram o protocolo de investigação; a estratégia analítica; as análises estatísticas realizadas e a leitura dos dados; e por fim, uma síntese e discussão dos resultados obtidos, tendo em conta as hipóteses previamente definidas e a revisão da literatura.

O Capítulo 4 é dedicado aos estudos de validação dos instrumentos de medidas e inclui quatro estudos distintos. O primeiro estudo apresenta o desenvolvimento e a validação de uma nova escala de comparação social com base na aparência física, que tem como objectivo avaliar de que forma o sujeito se percebe em termos de *ranking* e de ajustamento face ao grupo social, tendo como referência a sua imagem corporal. O segundo e terceiro estudos descrevem a adaptação e validação para a população portuguesa de dois instrumentos de auto-resposta com validade reconhecida interna-

cionalmente, para medir a necessidade de competir para evitar a inferioridade (SAIS) e a flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal (BI-AAQ), respectivamente. Num quarto estudo são apresentadas as análises relativas à precisão e validade preditiva da Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do Comportamento Alimentar (EDE 16.OD), isto é, da última versão daquela que é considerada como o instrumento de ouro para a avaliação no âmbito da patologia alimentar. Assim, neste ponto são identificados os pontos de corte desta entrevista e testada a sua capacidade discriminativa entre os grupos com e sem Perturbação do Comportamento Alimentar.

O Capítulo 5 é composto por três estudos, realizados em amplas amostras do sexo masculino e do sexo feminino da população geral, e obedece a um duplo objectivo. Em primeiro lugar pretende examinar o impacto diferencial por género de um conjunto de variáveis relacionadas com a sensibilidade interpessoal e com a mentalidade de *ranking* social na predição da sintomatologia psicopatológica geral (depressão, ansiedade e *stress*) e do comportamento alimentar perturbado. Concomitantemente, procura compreensão o poder destas variáveis para a explicação da procura da magreza, considerada como o principal factor de predisposição para o desenvolvimento das Perturbações do Comportamento Alimentar.

No Capítulo 6, e tendo por base duas amostras da população feminina (com e sem Perturbação do Comportamento Alimentar), são apresentadas as pesquisas relativas ao efeito protector de duas estratégias de regulação emocional adaptativas para a psicopatologia alimentar. Assim, neste capítulo, são descritas as diferenças entre grupo clínico (constituído por doentes com Anorexia, Bulimia e Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação) e grupo normal (constituído por participantes do sexo feminino com idênticas características sócio demográficas ao grupo de doentes) quanto à capacidade para ter uma atitude de bondade e compreensão para com o *self*, e quanto, à disponibilidade para experienciar as vivências internas associadas à imagem (mesmo que desagradáveis). Para além disso, num primeiro estudo, é testada a auto-compaixão como variável amortecedora do impacto de experiências negativas (vergonha e insatisfação corporal) no endosso na procura da magreza. Num segundo estudo, foi analisado o efeito moderador da flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal na relação entre a vivência de insatisfação corporal e a adopção de atitudes e comportamentos alimentares perturbados. Estes estudos pretendem salientar o potencial adaptativo destes processos de regulação emocional e, em última análise, dar um suporte empírico ao desenvolvimento de novas intervenções terapêuticas para as Perturbações do Comportamento Alimentar, que integrem estratégias de auto-compaixão e de flexibilidade psicológica.

O Capítulo 7 constitui a parte mais inovadora destes estudos e representa o produto final dos estudos apresentados nos capítulos anteriores. Com efeito, neste ponto é apresentado e testado um modelo integrativo da mentalidade de *ranking* social e das estratégias de regulação emocional na explicação da psicopatologia alimentar.

O modelo proposto visa, assim, clarificar a relação entre mentalidade de *ranking* social e aquelas que são unanimemente consideradas como as principais características da psicopatologia alimentar (insatisfação corporal e procura da magreza) e, ainda, esclarecer o papel da auto-compaixão e do auto-criticismo enquanto estratégias de regulação emocional adaptativas e mal-adaptativas media-

doras nesta relação. O carácter inovador deste modelo deriva, por um lado, da integração e análise em simultâneo de diferentes constructos associados à mentalidade de *ranking* social (vergonha, *striving* e comparação social através da aparência física) e, por outro lado, do estudo das vias através das quais esta mentalidade de organização da relação *eu-eu* e *eu-outro* explica uma sobrevalorização e sobre-investimento na procura da magreza.

A terminar, no Capítulo 8 são discutidas as conclusões gerais e comentadas as limitações deste conjunto de estudos de investigação. Procurámos, ainda, salientar os contributos e as implicações, para a prática clínica e para a investigação, dos resultados obtidos. A bibliografia utilizada neste projecto é apresentada numa última secção que encerra o corpo de texto desta dissertação.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO



## Capítulo 1

As Perturbações do Comportamento Alimentar





## **Capítulo 1**

### **As Perturbações do Comportamento Alimentar**

1. Conceito e aspectos clínicos das Perturbações do Comportamento Alimentar
2. Epidemiologia das Perturbações do Comportamento Alimentar
3. Classificação das Perturbações do Comportamento Alimentar
4. Modelo Transdiagnóstico para as Perturbações do Comportamento Alimentar



# Capítulo 1

## As Perturbações do Comportamento Alimentar

### 1. Conceito e aspectos clínicos das Perturbações do Comportamento Alimentar

As Perturbações do Comportamento Alimentar são problemas psicopatológicos sérios e complexos, caracterizados por perturbações severas do comportamento alimentar e por uma preocupação excessiva acerca do peso corporal e da aparência física. Segundo Fairburn e Harrison (2003), a definição de uma Perturbação do Comportamento Alimentar implica: (1) que exista uma perturbação clara e significativa ao nível das atitudes e hábitos alimentares e dos comportamentos para o controlo do peso; (2) que esta perturbação se reflecta num disfuncionamento psicológico e/ou da saúde física clinicamente significativo; e (3) que esta perturbação não seja secundária a outra condição médica geral ou psiquiátrica. Embora a apresentação clínica destas perturbações possa assumir uma heterogeneidade significativa, são mais salientes as características comuns entre as perturbações alimentares do aquelas que as distinguem, e assentam na ênfase excessiva da importância do controlo do peso, das formas corporais e do comportamento alimentar na auto-avaliação.

A centralidade da preocupação em relação ao peso e à forma corporal é expressa por uma série de atitudes e comportamentos, tais como restrição alimentar, episódios de ingestão alimentar compulsiva, comportamentos compensatórios mal-adaptativos que visam prevenir o ganho ponderal, comportamentos de verificação e/ou de evitamento da imagem corporal, entre outros. Estes comportamentos estão intimamente relacionados com graves consequências a nível de saúde e com marcadas dificuldades emocionais (como tristeza, irritabilidade e, particularmente, com a ansiedade), estando também associados a significativas dificuldades sociais, entre as quais se salienta a sensibilidade interpessoal e o isolamento social. Ao longo do processo psicopatológico que caracteriza o desenvolvimento e a manutenção destas perturbações, a sobrevalorização das temáticas acerca do corpo e da alimentação domina a vida destes pacientes e tem um impacto profundo em todas as áreas da sua vida.

Embora as perturbações alimentares, Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, sejam consideradas por alguns autores como um *culture-bond-syndrome* (e.g., Vandereycken & Hoek, 1993), conceptualizando-as como estando estritamente ligadas a culturas que valorizam o ideal de magreza e os comportamentos de restrição alimentar, uma análise retrospectiva de alguns textos tem levado à conclusão de que estas doenças não são exclusivas das culturas modernas, e existem há vários séculos.

Os primeiros casos descritos datam da Idade Média, e são caracterizados por uma grande perda de peso conseguida através de uma dieta de fome auto-imposta, com longos períodos de jejum integral (Herscovini & Bay, 1997). Estes casos, actualmente designados por Anorexia Mística, em que a emaciação extrema e os períodos de jejum surgem justificados pelas pacientes como meios de busca da purificação e da redenção, apresentam semelhanças surpreendentes com os actuais casos de Anorexia Nervosa, embora a motivação tenha sido religiosa e não o ideal de beleza. A primeira descrição com carácter científico de casos de Anorexia Nervosa é atribuída ao médico inglês Richard Morton, em 1689. A descrição desta “consumpção nervosa” assenta em três sintomas principais: a perda total de apetite, amenorreia e um significativo emagrecimento (Strober, 1986). No século XVIII surgem descrições, por Whytt, Mesmer e Nandea, de casos de aversão à comida e de ingestão compulsiva que parecem em tudo coincidir com os casos descritos actualmente como Perturbações do Comportamento Alimentar (*ibidem*). Cem anos mais tarde surgem quase em simultâneo a tese de Charles Lasègue, professor de Clínica Médica no Hospital Universitário de Pitié (em 1873), e os relatos clínicos de William Gull (em 1874), os quais comportam alguns contributos que lhes garantem o carácter de singularidade e actualidade. A tese de Lasègue enquadra esta patologia no território da Histeria, designando-a como “Anorexia Histérica”, e salienta a irredutibilidade do comportamento destas pacientes, conferindo a esta restrição alimentar uma dimensão de prazer e de valorização pessoal (Andersen, 1985). Por sua vez, o artigo do britânico Gull, que marca o surgimento da designação de Anorexia Nervosa, apresenta casos clínicos com descrições exaustivas e muito semelhantes às descrições clínicas actuais, dando ênfase à resistência destas doentes perante a fome e a fadiga. Em publicações posteriores, ainda no século XIX, as descrições de Anorexia Nervosa tornam-se comuns em tratados de medicina e em revistas científicas. No princípio do século XX, e durante algumas décadas, esta perturbação foi confundida com a doença de Simmonds, uma insuficiência pituitária responsável por uma severa perda ponderal. Esta formulação causa um interregno no estudo das variáveis psicológicas, colocando a compreensão e o tratamento da Anorexia numa abordagem puramente endocrinológica (Vandereycken, 2002). Só em 1947 surge uma abordagem absolutamente revolucionária, em termos da caracterização psicopatológica, etiológica e mesmo nas propostas de tratamento, por Elysis de Moura (Moura, 2005). É a partir dos anos setenta que a Anorexia Nervosa adquire uma entidade própria e diferenciada, em grande parte devido às contribuições de Hilde Bruch (1970, 1985), Arthur Crisp (1980, 1997) e Gerald Russell (1979).

A pesquisa histórica dos relatos médicos sobre a Bulimia aponta para o uso do termo bulimia ou de outras expressões unívocas, como “fome de boi”, “fome de cão” ou “appetitus caninus”, desde o século XV até ao século XVIII (Parry-Jones & Parry-Jones, 1991). Brenda e William Parry-Jones (1991) elaboraram uma extensa pesquisa de diferentes relatos clínicos que correspondem à actual descrição de Bulimia Nervosa, localizando dois casos apresentados por Wanley no seu livro publicado em

1678. Outra referência digna de nota é a classificação proposta por Cullen (em 1780), na qual a perturbação bulímica é diferenciada em três subtipos: (1) *Bulimia heluonum*, ou bulimia da “gulodice”; (2) *Bulimia syncopalia*, ou a compulsão para a comida para evitar o desmaio; e a (3) Bulimia emética, a qual traduziria uma grande ingestão alimentar seguida de vômito. No século XIX (em 1855), o *Dictionnaire de Medicine de Chirurgie, de Pharmacie et des Sciences qui s’rapportent* define *boulimie* como uma anomalia da digestão que consiste numa fome excessiva ou numa necessidade de comer uma grande quantidade de alimentos (Parry-Jones & Parry-Jones, 1991). No início da segunda metade do século XX, os casos clínicos desta síndrome publicados pretendiam ilustrar formas atípicas de Anorexia Nervosa, nas quais ocorriam episódios de grande ingestão alimentar. Estas formas particulares de Anorexia seriam designadas por Hiperorexia e por Hiperorexia Nervosa, respectivamente por Abély e Colaboradores (em 1963) e por Ziolkó (em 1967) (Carmo, 2001). A partir dos anos setenta, diversos autores autonomizaram esta síndrome, a qual caracterizam por crises de hiperfagia seguidas de vômitos. Mas a emergência da Bulimia Nervosa como uma entidade clínica autónoma surgiu apenas em 1979 com a publicação do artigo de Russell. Neste artigo, o autor apresenta a Bulimia como uma *ominous* variante da Anorexia Nervosa, designação que pode ser traduzida como uma variante ameaçadora da Anorexia, e que pretendia fazer salientar a gravidade desta situação clínica (Russell, 1979).

Descrições de outras perturbações alimentares são também encontradas em pesquisas retrospectivas, sendo a maioria dessas perturbações apresentadas como variações de Anorexia ou de Bulimia Nervosa e designadas como Perturbações Alimentares Atípicas.

Embora os quadros clínicos das Perturbações do Comportamento Alimentar (Anorexia e Bulimia Nervosa) não sejam muito prevalentes na população geral, estas tornam-se num problema importante de saúde pública por uma série de razões: *a*) envolvem maioritariamente uma faixa da população jovem; *b*) implicam um nível de comprometimento funcional, físico, psicológico e social significativo; *c*) caracterizam-se por altos níveis de resistência ao tratamento e por modestas taxas de eficácia terapêutica; *d*) os quadros subclínicos de perturbações alimentares são significativamente mais prevalentes entre a população geral; e sobretudo porque *e*) estão associadas a severas complicações médicas e a altas taxas de mortalidade.

No que diz respeito às complicações médicas, estas surgem sobretudo em doentes com Anorexia Nervosa, sendo muitos dos sintomas físicos atribuíveis à deficiência alimentar, nomeadamente ao défice da energia total (fornecida por alimentos) e de macro e micro nutrientes (Palla & Litt, 1988; Sharp & Freeman, 1993). Como consequência das deficiências nutritivas e hormonais surge a emaciação e, num nível considerável de pacientes, um atraso de crescimento, situação que é agravada pelo facto desta perturbação incidir, maioritariamente, numa fase de marcado crescimento físico. Outras complicações médicas frequentes são as queixas de obstipação, dor abdominal, intolerância ao frio, letargia e hiperenergia. As alterações de pele e das faneras também podem ocorrer devido à deficiência nutritiva, surgindo em algumas doentes lanugo (*i.e.*, uma fina penugem no tronco). Por hipercarotinemias pode, também, haver um amarelecimento da pele. Ao nível do sistema cardiovascular, a restrição alimentar pode, também, provocar uma redução do volume cardíaco, da pressão

arterial e da frequência cardíaca (Mitchell & Gillium, 1980). Adicionalmente, do ponto de vista hematológico pode haver anemia, trombocitopenia e leucopenia (com uma contagem de leucócitos abaixo dos 5000) (Carmo, 2001). Relativamente à função renal, os pacientes com Anorexia Nervosa podem ter uma nefropatia por desidratação e hipopotassémia (Carmo, 2001).

Sendo a amenorreia uma das características diagnósticas da Anorexia Nervosa (APA, 1994), vários autores têm-se interessado pelo estudo da função hipotálamo-hipófise-ovário, estando demonstrado que a baixa secreção de LH (hormona luteolítica) é devida à deficiente estimulação da LHRH, comportando-se estas doentes como tendo uma síndrome hipotalâmica (*e.g.*, Carmo, 2001). A osteoporose é uma das situações clínicas mais graves associadas a este quadro clínico. Acredita-se que a diminuição da densidade mineral óssea esteja directamente relacionada com o índice de massa corporal (IMC) e com a duração da perturbação, sendo nalguns casos de Anorexia Nervosa tão severa quanto a observada em mulheres pós-menopausa (Pomeroy & Mitchell, 2002). Embora a maioria dos sintomas e sinais físicos da Anorexia Nervosa, secundários à deficiência alimentar e à acentuada perda de peso, sejam reversíveis com a renutrição e com o aumento ponderal (Halmi, 2002), diversos estudos salientam a relevância desta situação clínica e confirmam que a osteopenia pode persistir mesmo após a recuperação do peso, e que a recuperação da matéria mineral óssea pode mesmo ser irreversível (Pomeroy & Mitchell, 2002).

Os pacientes com Perturbações do Comportamento Alimentar caracterizadas por episódios de ingestão alimentar compulsiva e métodos compensatórios, apresentam sinais somáticos ou sequelas particulares, as quais estão dependentes do método utilizado para compensar a sobrealimentação. O vômito auto-induzido recorrente dá origem a uma perda permanente e significativa de esmalte dentário (provocando erosão dentária especialmente nos dentes frontais) e engorgitação das glândulas salivares (particularmente as parótidas) (APA, 1994). Quando a indução do vômito é feita por estimulação manual reflexa pode desenvolver-se uma calosidade que ocorre na articulação entre a 2ª e a 3ª falange do 2º e do 3º dedo da mão direita, designada por sinal de Russell (1979). Para além destas sequelas específicas associadas ao vômito induzido, nos casos clínicos que se caracterizam pelo recurso recorrente e sistemático a qualquer dos métodos purgativos, são frequentes as alterações hidroelectrolíticas, mais habitualmente hipocaliemia, hiponatremia e hipocloremia. Se a perda do suco gástrico através do vômito pode produzir alcalose metabólica, a indução frequente de diarreia, quer pelo uso de enemas ou de laxantes, pode por sua vez causar acidose metabólica (APA, 1994). Estas perturbações hidroelectrolíticas, decorrentes do uso sistemático de métodos purgativos, são muitas vezes suficientemente graves para dar origem a problemas sérios, algumas vezes justificando cuidados de urgência e internamento hospitalar, e mais raras vezes podem potencializar complicações fatais, que incluem rotura esofágica, rotura gástrica e arritmias cardíacas.

Para a definição das Perturbações do Comportamento Alimentar enquanto problemas de saúde pública, devemos ainda sublinhar que estas doenças, especialmente a Anorexia Nervosa, estão associadas a um aumento de risco de morte prematura (Herzog, Deter, Fiehn, & Petzold, 1997), apresentando-se como as perturbações com maior taxa de mortalidade comparativamente a todos os outros diagnósticos de saúde mental. As taxas de mortalidade documentadas para a Anorexia Nervosa

variam entre 3.3% (num estudo com um período de *follow-up* de 8 anos; Patton, 1988) e 18% (num estudo de *follow-up* de 33 anos; Theander, 1992). O índice de mortalidade estandardizado para a Anorexia Nervosa, o qual compara o número de mortes reais derivadas de uma situação clínica (como a Anorexia Nervosa) com o número de mortes expectáveis para uma população saudável (corrigida para a idade, género e tempo de *follow-up*), indicam um aumento significativo de mortalidade nestes doentes, que varia entre 6.0 (Patton, 1988) a 12.82 vezes (Eckert, Halmi, Marchi, Grove, & Crosby, 1995). As causas de morte reportadas incluem a inanição, desequilíbrios electrolíticos, desidratação (Herzog *et al.*, 1997) e suicídio (Patton, 1988). No que se refere às taxas de mortalidade reportadas para a Bulimia Nervosa, os valores variam entre 1 a 3% (Keel & Mitchell, 1997).

## 2. Epidemiologia das Perturbações do Comportamento Alimentar

A epidemiologia é uma ciência médica centrada no conhecimento dos factores que determinam a frequência de uma doença na população. Os investigadores em epidemiologia estudam padrões de ocorrência de distúrbios em grupos específicos, procurando determinar os factores associados à vulnerabilidade para o seu desenvolvimento (Greenberg, Daniels, Flanders, Eley, & Boring, 2001). Se for aceite que os distúrbios não se distribuem ao acaso na população geral, será pertinente determinar quais os factores de risco para o seu desenvolvimento, os quais dizem respeito à interacção de circunstâncias várias relacionadas com o próprio indivíduo, o lugar e/ou o tempo. A incidência e a prevalência são as duas principais medidas da distribuição de uma perturbação. A taxa de incidência de determinada doença é definida como o número de novos casos na população num período específico de tempo (usualmente por ano), e representa um corte longitudinal que permite avaliar sua evolução. A taxa de prevalência define-se como o número actual de casos numa população num determinado ponto no tempo, representando um corte transversal que permite a comparação de diferentes populações num mesmo momento.

Os níveis de incidência e prevalência para as perturbações alimentares são comumente expressas num rácio por 100,000 habitantes (homens e mulheres de todas as idades) no momento de detecção dos casos (Hoek, 2002; Hoek & van Hoeken, 2003).

A validade da maioria dos estudos epidemiológicos para as perturbações alimentares é questionável visto apresentarem um considerável número de problemas metodológicos, principalmente associados à selecção das populações e à identificação dos casos (Hoek, 1993; Hsu, 1996; Szmukler, 1985; van Hoeken, Seidell, & Hoek, 2003). As limitações destes estudos associam-se à baixa prevalência das Perturbações do Comportamento Alimentar na população geral, e ainda com a tendência destes doentes para negar ou ocultar a sua perturbação, e de evitarem a procura de ajuda profissional. Estas características exigiriam estudos com amostras da população geral suficientemente extensas, por exemplo 100,000 pessoas, de forma a garantirem um número considerável de casos clínicos. Sendo incomportável em termos económicos e temporais desenhar estudos abrangentes na população geral, os valores epidemiológicos têm sido baseados em amostras de populações específicas.

## **2.1. Estudos de incidência das Perturbações do Comportamento Alimentar**

Tem sido difundida a ideia de que as Perturbações do Comportamento Alimentar têm aumentado drasticamente nas últimas décadas, sendo sugerido por alguns autores o epíteto de “epidemia moderna” (Carmo, 2001).

Os estudos de incidência destas perturbações têm utilizado registos clínicos psiquiátricos, registos médicos de hospitais de áreas circunscritas, registos de médicos de família ou outros registos médicos de instituições de saúde de comunidades específicas. Como referido, estes estudos comportam limitações metodológicas que não nos permitem uma leitura linear dos seus dados. De facto, os estudos baseados em registos clínicos tendem a subestimar a sua incidência na comunidade, uma vez que nem todos os sujeitos que sofrem destas perturbações estão referenciados nas bases hospitalares (Hoek, 2002). Por outro lado, não é linear que um aumento do número de casos que recebem tratamento em unidades de saúde reflita um real e equivalente aumento de casos com patologia alimentar na população geral.

As taxas de incidência da Anorexia Nervosa, reportadas em diversos estudos variam consideravelmente, desde 0.10 (por 100,000 habitantes por ano), com base em registos hospitalares na Suécia em 1930 (Theander, 1970), a 12.0 (por 100,000 habitantes), em estudos que utilizaram os registos médicos nos Estados Unidos em 1980 (Lucas, Crowson, O'Fallon, & Melton, 1999). Com o propósito de descrever a evolução da patologia alimentar entre os anos 30 e 90 investigadores em Rochester, Minnesota, monitorizaram não só os registos de pacientes com diagnóstico de Anorexia Nervosa mas também de pacientes que apresentavam amenorreia, oligomenorreia, sintomas de fome, perda de peso e outras características de diagnóstico associadas. De acordo com os dados deste trabalho, a incidência geral da Anorexia Nervosa na comunidade de Rochester não aumentou significativamente entre 1935 e 1989. Contudo, os autores verificaram um acréscimo significativo do número de casos nas jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, embora os níveis de incidência em mulheres mais velhas e em homens não tenha sofrido alterações ao longo do período estudado (Lucas *et al.*, 1999).

Em estudos posteriores, as taxas de incidência da Anorexia têm variado entre 8.1/ 100,000, num período entre 1985-1989 (Hoek *et al.*, 1995), e 4.2/100,000 (Turnbull, Ward, Treasure, Jick, & Derby, 1996), num período entre 1988-1993, em estudos realizados com amplas amostras de unidades de Cuidados de Saúde Primários na Holanda e no Reino Unido, respectivamente. Outros dados reportam uma taxa de 5.4/100,000, para o período entre 1995 e 1996, em instituições de saúde mental (Hoek, van Hoeken, & Bartelds, 2000). Em síntese, apesar de serem utilizadas diferentes estratégias metodológicas nestes estudos, de uma forma geral os resultados sugerem um aumento da incidência da Anorexia Nervosa entre 1930 e 1970, mantendo-se uma taxa média de 5 por 100,000 por ano, desde essa data.



Quanto à incidência da Bulimia Nervosa, poucos estudos têm sido referidos na literatura. O facto de a Bulimia só ter sido descrita oficialmente como quadro clínico na década de 80 (em 1979 por Russell e em 1980 pela APA, *DSM-III*), e dado que anteriormente o termo se referia a um conjunto de sintomas manifestados por pacientes com ingestões alimentares compulsivas, e não ao síndrome tal como hoje é definido, torna ainda mais difícil a avaliação da evolução epidemiológica deste quadro. Desde 1979, uma aparente “epidemia” desta perturbação foi anunciada nos países ocidentais, com cerca de 19% das jovens estudantes a apresentarem sintomas bulímicos, segundo investigações que utilizaram questionários (Hoek *et al.*, 1995). Três estudos científicos realizados em Rochester, Minnesota (Soundy, Lucas, Suman, & Melton, 1995), na Holanda (Hoek *et al.*, 1995) e no Reino Unido (Turnbull *et al.*, 1996) são apontados como referências das taxas de incidência da Bulimia Nervosa, reportando taxas anuais de 13.5, 11.5 e 12.2, respectivamente. Embora a taxa média de incidência da Bulimia Nervosa seja aproximadamente 12/100,000, os autores salientam que estes valores seriam apenas como uma estimativa mínima dos reais níveis de incidência na comunidade, devido ao secretismo que acompanha esta patologia e ao seu consequente efeito na procura de tratamento, e ainda à extrema dificuldade na detecção destes casos comparativamente com os casos de Anorexia Nervosa (Hoek, 2002; Hoek & van Hoeken, 2003).

Em suma, responder à questão acerca do aumento da incidência das Perturbações do Comportamento Alimentar é particularmente difícil, uma vez que é necessário discriminar se um acréscimo da incidência destas perturbações reflecte uma melhoria nos padrões de diagnóstico clínico e da disponibilidade dos serviços de acompanhamento destes casos (o que não confere um carácter científico a esta premissa), ou se pelo contrário, existe algum fundamento empírico que traduza estas perturbações como “essencialmente contemporâneas”. Os dados apresentados parecem questionar o aumento da Anorexia Nervosa nas últimas décadas, sendo a sua cada vez maior visibilidade provavelmente atribuída a uma melhoria no reconhecimento social e clínico desta doença. Em contraste, os dados relativos à Bulimia Nervosa, embora a sua precisão seja questionável, parecem mostrar que estes casos se têm tornado consideravelmente mais frequentes nos últimos trinta anos.

## 2.2. Estudos de prevalência das Perturbações do Comportamento Alimentar

Os estudos de prevalência para a patologia alimentar, largamente mais numerosos do que os estudos de incidência, são frequentemente realizados em populações de risco, tais como, adolescentes do sexo feminino ou amostras de estudantes universitárias.

De acordo com o *DSM-IV* (APA, 1994), a prevalência entre mulheres no fim da adolescência e início da idade adulta varia entre 0.5 a 1.0%, para os quadros clínicos com o conjunto completo de critérios para a Anorexia Nervosa, sendo significativamente mais comuns os quadros incompletos (*i.e.*, casos subclínicos, actualmente diagnosticados como Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação). Em relação à Bulimia Nervosa, o mesmo manual de estatística e diagnóstico indica taxas de ocorrência ligeiramente superiores, entre 1.0 a 3.0%, em amostras femininas de adolescentes ou mulheres jovens. As taxas de prevalência das perturbações alimentares em amostras masculinas, marcadas-

mente mais baixas, são calculadas como aproximadamente um décimo das que ocorrem nas populações femininas.

A revisão de estudos epidemiológicos mais recentes, que utilizaram entrevistas semi-estruturadas para avaliação da Anorexia Nervosa, têm apresentado níveis superiores de prevalência (Favaro, Ferrara, & Santonastaso, 2003; Keski-Rahkonen *et al.*, 2006; Striegel-Moore *et al.*, 2003; Wade, Bergin, Tiggemann, Bulik, & Fairburn, 2006), com taxas de 1.5 a 2.0% para o quadro completo de critérios de diagnóstico exigidos pelo *DSM-IV* (APA, 1994), e acima de 3.0 a 4.0% quando a exigência do critério de amenorreia para o diagnóstico foi eliminado (Favaro *et al.*, 2003; Keski-Rahkonen *et al.*, 2006; Wade *et al.*, 2006).

Em 1990, Fairburn e Beglin elaboraram uma revisão dos estudos de prevalência da Bulimia Nervosa, revelando uma taxa de prevalência comumente aceite de 1%, entre adolescentes do sexo feminino, diagnosticadas de acordo com os critérios vigentes à altura (*DSM-III*, *DSM-III-R* e Russell). No entanto, a prevalência de Bulimia Nervosa subclínica, em amostras semelhantes, é substancialmente maior do que a apresentada para o quadro clínico completo (*e.g.*, Whitehouse, Cooper, Vize, Hill, & Vogel, 1992: 1.5% para o quadro completo e 5.4% para Bulimia Nervosa subclínica).

Em Portugal os estudos epidemiológicos, apesar de escassos e de serem baseados sobretudo em amostras não clínicas, sugerem uma prevalência considerável de patologia alimentar entre as mulheres jovens e adolescentes (Baptista, Sampaio, Carmo, Reis, & Galvão-Teles, 1996; Carmo *et al.*, 1996; Machado, Machado, Gonçalves, & Hoek, 2007; Pinheiro, Bulik, Sullivan, & Machado, 2008). No estudo realizado por Carmo e colaboradores em 1996, a taxa de prevalência para a Anorexia Nervosa é de 0,4%, quando considerados todos os critérios de diagnóstico segundo o *DSM-III-R*. Embora a prevalência apresentada seja inferior à referida pela maioria dos estudos europeus, os autores sublinham que estes dados não são representativos da população portuguesa e que podem estar contaminados por limitações metodológicas na recolha dos dados para o estudo. O mesmo trabalho salienta valores significativamente mais elevados de prevalência de formas subclínicas de Anorexia Nervosa: 12.6% das jovens apresentam marcada perda de peso e todas as características de Anorexia excepto a amenorreia, constituindo um grupo em que o risco de desenvolvimento deste quadro clínico está 8 vezes aumentado (Carmo *et al.*, 1996). No que diz respeito à prevalência de Bulimia Nervosa na população jovem portuguesa, o estudo de Baptista e colaboradores (1996) apresenta uma taxa de 3.0%, quando são considerados todos os critérios do *DSM-III-R*, e de 13.2% quando a frequência de episódios de ingestão compulsiva é inferior a 2 vezes por semana. Dados mais recentes indicam uma prevalência de 0.39% para a Anorexia Nervosa, de 0.30% para a Bulimia Nervosa e de 3.06% para a Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação, numa amostra nacional representativa de jovens do sexo feminino entre os 15 e os 18 anos (Machado *et al.*, 2007). Não obstante os estudos que reflectem a realidade portuguesa serem unânimes na constatação de que as Perturbações do Comportamento Alimentar são pouco frequentes em termos da população geral, estes reflectem uma alta taxa de jovens que apresentam um comportamento alimentar perturbado (com significado clínico) e sérias dificuldades na sua relação com o peso e imagem corporal: 55.1% das jovens com peso normal ou baixo afirmam desejar ser mais magras; 48.0% referem já ter feito dieta

alimentar para perder peso; e 12.0% estão presentemente a cumprir um plano alimentar restritivo com o objectivo de perder peso e de controlar a sua aparência física (Baptista *et al.*, 1996).

Actualmente nos estudos de prevalência das perturbações alimentares, tal como para as outras perturbações mentais, é muito utilizada uma estratégia de monitorização em duas etapas. Nesta metodologia, a primeira etapa envolve a monitorização de um elevado número de indivíduos em populações de risco específicas, utilizando questionários de auto-resposta. Na segunda etapa são utilizadas entrevistas clínicas semi-estruturadas com os indivíduos que apresentam características de patologia alimentar, escrutinados com base nas suas respostas aos questionários. Adicionalmente, nesta etapa são também entrevistados sujeitos sem qualquer patologia alimentar (seleccionados aleatoriamente e tendo por base os resultados das medidas de auto-resposta utilizadas), de forma a confirmar essa sua condição. Considerada significativamente mais precisa, esta metodologia revela índices de prevalência marcadamente mais baixos comparativamente aos referenciados por estudos que se baseiam exclusivamente em medidas de auto-resposta. As investigações de duas etapas encontraram um nível de prevalência com uma variação entre 0.0% (Johnson-Sabine, Wood, Patton, Mann, & Wakeling, 1988) e 0.9% (Nobakht & Dezhkam, 2000) para o quadro completo de Anorexia Nervosa, em adolescentes do sexo feminino. Especificamente na Europa, estudos com a mesma metodologia registaram uma taxa de prevalência média de 0.29%, considerando os critérios de diagnóstico do *DSM-IV* para esta perturbação (Hoek & van Hoeken, 2003). O estudo epidemiológico da Bulimia Nervosa realizado por Keski-Rahkonen e colaboradores (2009), numa amostra de 2881 sujeitos do sexo feminino da população geral que utilizou o procedimento de duas etapas (questionários de auto resposta e Entrevista Clínica Estruturada para *DSM-IV*: SCID), refere uma taxa de prevalência de 1.7%, quando são considerados todos os critérios enunciados pelo *DSM-IV*, e de 2.3% quando os episódios de ingestão alimentar compulsiva/ comportamentos compensatórios ocorrem pelo menos “uma vez por semana durante um período mínimo de três meses”. Uma revisão de estudos anteriores a 1993, utilizando os critérios do *DSM-III*, revelou resultados semelhantes, nomeadamente, uma taxa de prevalência média de 0.28% para a Anorexia Nervosa e de 1% para a Bulimia Nervosa (Hoek, 1993). A maioria destes estudos encontrou, igualmente, taxas de prevalência significativamente superiores para quadros parciais.

### **2.3. Distribuição das Perturbações do Comportamento Alimentar segundo variáveis sócio-demográficas**

Estudos epidemiológicos mostram que as Perturbações do Comportamento Alimentar não se encontram distribuídas ao acaso na população geral, e que as adolescentes do sexo feminino dos países ocidentais constituem o grupo mais vulnerável para o desenvolvimento destas perturbações. Estudos da distribuição das perturbações alimentares em função do sexo reportam um rácio masculino-feminino de 1:10 (Hoek *et al.*, 1995; van Hoeken *et al.*, 2003). Embora escassos, os dados de incidência de Anorexia Nervosa em jovens do sexo masculino apontam para uma taxa inferior a 1.0, e provavelmente ainda abaixo de 0.5 por 100,000 habitantes por ano (Hoek *et al.*, 1995; Lucas *et al.*,

1999; Turnbull *et al.*, 1996), enquanto para a Bulimia Nervosa, para o mesmo grupo, as taxas de incidência são de 0.8 por 100,000 habitantes por ano (Hoek *et al.*, 1995; Soundy *et al.*, 1995).

Quanto à distribuição das perturbações alimentares em função da idade, os dados epidemiológicos mostram que estas perturbações envolvem maioritariamente uma faixa etária da população jovem. Os níveis de incidência para a Anorexia são superiores para adolescentes do sexo feminino no grupo etário entre os 15 e os 19 anos, representando aproximadamente 40% dos casos identificados. Por exemplo, Lucas e colaboradores (1999) referem uma incidência durante o período entre 1935-1989 de 73.9 por 100,000 pessoas-ano para raparigas entre os 15 e 19 anos, 9.5 para mulheres entre os 30 e os 39 anos, 1.8 para mulheres entre os 50-59 anos e 0.0 para mulheres com idades superiores a 60 anos. Importa referir que nesse período o grupo das adolescentes revelou um aumento contínuo da incidência desde 1930, atingindo o pico de incidência de 135.7, no período entre 1980 e 1989. Para a Bulimia Nervosa, o estudo de Soundy *et al.* (1995) refere como grupo de maior risco as jovens com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos, com uma taxa de incidência de 82.1 por 100,000, semelhante à taxa apresentada no estudo de Hoek *et al.* (1995). Turnbull *et al.* (1996) refere uma incidência anual de 1.7 por 100,000 pessoas-ano (homens e mulheres) com idades superiores a 40 anos.

Estudos transculturais documentam uma marcada preponderância da incidência das Perturbações do Comportamento Alimentar nos países industrializados e desenvolvidos (Hoek, 1991, 2002; Attie & Brooks-Gunn, 1995), sendo estas muitas vezes definidas como doenças ocidentais (Hoek, 2002). Na realidade, os estudos fora do mundo ocidental são escassos e tendem a apresentar taxas anedóticas. As evidências de que estas perturbações são raras em países não ocidentais parecem vir demonstrar que os factores sócio-culturais desempenham um papel importante na distribuição destas perturbações. Um outro argumento que vem corroborar a importância dos aspectos contextuais (sociais ou culturais) relaciona-se com os estudos epidemiológicos em grupos profissionais específicos. Diferentes estudos têm mostrado que os grupos cuja actividade está directamente relacionada com o peso e a aparência física, tais como dançarinos, atletas ou modelos, apresentam taxas de ocorrência de perturbação alimentar claramente mais altas do que as encontradas na população geral (Garner & Garfinkel, 1980; Rooney, McClelland, Crisp, & Sedgwick, 1995).

### **3. Classificação das Perturbações do Comportamento Alimentar**

O termo “classificar” significa ordenar os fenómenos em categorias ou classes que possuam propriedades comuns. A melhor classificação seria aquela que definisse cada categoria através dos seus múltiplos atributos e conseguisse colocar cada categoria bem delimitada da próxima, de modo que o conjunto de características pertencentes a uma não estivesse presente nas outras. Contudo, nas ciências humanas e em medicina poucas classificações se aproximam deste ideal.

O propósito da publicação de manuais de diagnóstico das perturbações mentais é a uniformização de critérios de classificação que constitua uma base de entendimento entre os profissionais de saúde

mental (psicólogos, psiquiatras e psicopatologistas). No entanto, as sucessivas revisões dos critérios para o diagnóstico, promovidos pela *American Psychiatric Association* e pela Organização Mundial de Saúde, comprovam como tem sido difícil alcançar o consenso na classificação em psiquiatria, e particularmente no âmbito das Perturbações do Comportamento Alimentar (APA; 1980; 1987; 1994; WHO, 1992).

### **3.1. Critérios de diagnóstico segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM)**

O significado completo do acrónimo *DSM* é Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Esta publicação da Associação Americana de Psiquiatria tem como principal objectivo melhorar os cuidados prestados aos sujeitos com perturbações psiquiátricas. Desde a sua primeira edição, publicada em 1952, o *DSM* tem sofrido diversas actualizações até aos dias de hoje: em 1968 (*DSM-II*); em 1980 (*DSM-III*); em 1987 (*DSM-III-R*); e em 1994 (*DSM-IV*). A versão em vigor, o *DSM-IV-TR*, foi publicada em 2000, nesta edição não foram efectuadas revisões aos critérios de diagnóstico, mas sim (como o título *TR* indica "*text revision*") uma adaptação e actualização do texto com base em extensas revisões literárias. Actualmente encontra-se em preparação a quinta edição do *DSM* com publicação prevista para Maio de 2013.

A edição de 1980 (*DSM-III*) foi um marco importante nesta publicação, pois o número de categorias diagnósticas foi significativamente expandido e, pela primeira vez no sistema *DSM*, a Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa foram explicitamente descritas. Com uma orientação ateórica, e numa tentativa de aumentar a validade diagnóstica, esta edição apresenta uma descrição das características clínicas das perturbações mentais e, ao contrário das publicações anteriores, providencia aos clínicos critérios específicos para cada diagnóstico. As edições posteriores, *DSM-III-R* e *DSM-IV*, permaneceram consistentes com a abordagem descritiva e ateórica. O *DSM-IV* apresenta uma secção para as Perturbações do Comportamento Alimentar, a qual inclui dois diagnósticos específicos, Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, e uma categoria de Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação, para codificar as Perturbações do Comportamento Alimentar que não preencham os critérios exigidos para uma perturbação alimentar específica. Para além destas três entidades diagnósticas, o manual apresenta ainda a Perturbação de Ingestão Compulsiva como uma categoria que requer mais estudos para examinar a sua possível introdução, enquanto entidade autónoma, no *DSM-V*. Assim, o *DSM-IV* especifica, no apêndice B, um conjunto de critérios para investigação deste quadro, no entanto, actualmente todos os indivíduos que apresentem uma sintomatologia compatível com esta descrição recebem o diagnóstico de Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação.

### **3.1.1. Critérios de diagnóstico para Anorexia Nervosa segundo o DSM-IV**

As características centrais da Anorexia Nervosa compreendem a recusa em manter, ou atingir um peso corporal mínimo normal, o medo intenso de ganhar peso ou “ficar gordo(a)” (apesar do peso estar significativamente abaixo do que seria de esperar para a idade e altura), a significativa alteração na percepção do tamanho e das formas corporais, e as alterações hormonais que resultam em amenorreia, nas mulheres pós-menarca. Mas é a preocupação extrema com a necessidade de controlo do peso, da aparência física e do padrão alimentar, e a indevida influência dessa capacidade de controlo na auto-avaliação, que constitui a característica essencial deste quadro clínico.

De acordo com o *DSM-IV* (APA, 1994), o Critério A caracteriza-se por uma recusa em manter um peso corporal mínimo normal, remetendo, na maior parte dos casos, para uma perda de peso acentuada, mas pode também corresponder a uma incapacidade em cumprir as expectativas desenvolvimentais e ponderais normais (no caso desta perturbação se desenvolver numa criança ou precocemente na adolescência). Este critério de diagnóstico pretende fornecer orientações para determinar um “baixo peso”, a partir do qual se pode considerar esta perturbação. De acordo com este manual, a pessoa com menos de 85% do peso considerado como normal, em relação à idade e altura, é considerada como tendo um peso abaixo do mínimo normal. Na Classificação de Distúrbios Mentais e Comportamentais – *ICD-10* (WHO, 1992), este critério é objectivado por um índice de massa corporal de *Quetelet* igual ou inferior a  $17.5\text{Kg/m}^2$ . O Manual da APA alerta para o facto de estes valores serem apenas orientações para o clínico, salientando a necessidade de se ter em consideração a história do desenvolvimento corporal e ponderal do doente. A drástica perda de peso é habitualmente conseguida por uma acentuada restrição do padrão alimentar do sujeito, na maior parte das vezes tanto em termos quantitativos como qualitativos (*i.e.*, tipo de alimentos ingeridos).

Apesar do peso significativamente abaixo do normal, os doentes com Anorexia recebem intensamente ganhar peso ou engordar (Critério B). Este segundo critério de diagnóstico faz referência para o facto de o medo de engordar e a preocupação com o peso não serem atenuados pela perda ponderal conseguida. De facto, a experiência clínica mostra que a intensidade e a centralidade desta preocupação com o peso tende a aumentar, mesmo quando o peso continua a diminuir, ou mesmo quando este atinge valores perigosamente baixos (Ferreira, 2003).

**Quadro 1.1 Critérios Diagnósticos para a Anorexia Nervosa**

- A. Recusa em manter um peso corporal minimamente normal para a idade e altura (por exemplo, perda de peso maior que a necessária para manter um peso de 85% do esperado; ou incapacidade em ganhar o peso esperado para o crescimento, ficando aquém de 85% do previsto).
- B. Medo intenso de ganhar peso ou ficar gorda, mesmo quando magra.
- C. Perturbação na apreciação do peso e forma corporal, indevida influência do peso e forma corporal na auto-avaliação, ou denegação da gravidade do grande emagrecimento.
- D. Nas raparigas após a menarca, amenorreia ou seja, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (uma mulher é considerada amenorreica se a menstruação ocorrer somente após administração hormonal, por exemplo, estrogénios).

**Especificar tipos:**

**Tipo Restritivo:** durante o episódio actual a pessoa não recorre regularmente a ingestão compulsiva de alimentos nem a purgantes (por exemplo, vômito ou mistura de laxantes, diuréticos e enemas).

**Tipo Ingestão Compulsiva/ Tipo Purgativo:** durante o episódio actual a pessoa tem comportamentos bulímicos ou purgativos (vômitos ou mistura de laxantes, diuréticos e enemas).

Embora a experiência e a vivência do peso e formas corporais possam apresentar diferenças significativas entre estes doentes, a perturbação na apreciação do corpo e a indevida influência do peso e forma corporal na auto-avaliação são denominadores comuns e centrais da Anorexia Nervosa (Fairburn & Harrison, 2003; Ferreira, 2003). A perturbação na apreciação do seu estado de magreza, a indevida influência do peso e das formas corporais para a auto-avaliação, e a negação da gravidade das consequências médicas e psicológicas do seu estado (Critério C) são as características que frequentemente despertam maior espanto e tornam tão bizarra esta perturbação. De facto, mesmo quando a perda de peso assume contornos extremos, algumas destas doentes sentem-se globalmente gordas, ou sentem que certas partes do seu corpo estão “demasiado gordas”. Outras ainda, mesmo quando se sentem extremamente magras e expressam vergonha pela sua extrema emaciação, mantêm um controlo alimentar rigoroso e empregam uma variedade de estratégias de verificação da manutenção do peso baixo. Na realidade, independentemente da avaliação estética, a perda de peso é assumida por estas doentes com uma conquista impressionante e um sinal de extraordinária auto-disciplina, enquanto qualquer aumento de peso, mesmo que insignificante, é sentido como um falhanço ou incapacidade de manter o auto-controlo.

Um último critério, exigido pelo *DSM-IV* para o diagnóstico desta perturbação, definido por amenorreia ou ausência de três ciclos menstruais consecutivos nas mulheres pós-menarca (Critério D), é resultante da drástica perda de peso e é um indicador da disfunção fisiológica. Os níveis anormalmente baixos de secreção de estrogénios apresentados por estas doentes são causados pela diminuição da secreção hipofisária das hormonas foliculoestimulante (FSH) e luteinizante (LH) (APA, 1994). Nas raparigas pré-púberes, este critério é traduzido pelo atraso na menarca.

A novidade na 4ª edição do *DSM* foi a introdução de dois subtipos da Anorexia Nervosa, usados para especificar a presença ou ausência de episódios bulímicos ou purgativos. O tipo restritivo caracteriza

as formas clínicas nas quais a perda de peso é conseguida pela restrição alimentar, jejum ou através do exercício físico excessivo, enquanto o tipo ingestão compulsiva/ tipo purgativo, é caracterizado pela ocorrência de episódios de ingestão alimentar compulsiva e/ou purgativos regulares.

### **3.1.2. Critérios de diagnóstico para Bulimia Nervosa segundo o DSM-IV**

A Bulimia Nervosa caracteriza-se essencialmente por episódios de ingestão alimentar compulsiva e pela utilização de estratégias compensatórias inapropriadas, para evitar o ganho ponderal decorrente dessa ingestão excessiva, associados a uma preocupação extrema com o peso e formas corporais. Tal como referido em relação à Anorexia Nervosa, a centralidade do peso, das formas corporais e do controlo rígido do padrão alimentar são as características nucleares desta perturbação (Garfinkel, 2002).

#### **Quadro 1.2. Critérios Diagnósticos para a Bulimia Nervosa**

---

- A. Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva. Um episódio é caracterizado pelos critérios seguintes:
  - (1) comer, num período curto de tempo (por exemplo, num período até duas horas), uma grande quantidade de alimentos que é definitivamente superior à que a maioria das pessoas normais comeriam num período de tempo semelhante e sob as mesmas circunstâncias
  - (2) sensação de perda de controlo sobre o acto de comer durante o episódio (por exemplo, um sentimento de incapacidade para parar ou controlar a quantidade e qualidade dos alimentos)
- B. Comportamento compensatório inapropriado recorrente para impedir o ganho ponderal, tal como vomitar; usar laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; jejum; ou exercício físico excessivo.
- C. A ingestão compulsiva de alimentos e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem ambos, em média, pelo menos duas vezes por semana em três meses consecutivos.
- D. A auto-avaliação está indelevelmente associada a peso e formas corporais.
- E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de Anorexia Nervosa.

*Especificar tipos:*

**Tipo Purgativo:** durante o episódio actual de Bulimia Nervosa a pessoa induz regularmente o vómito ou usa laxantes, diuréticos ou enemas.

**Tipo Não Purgativo:** durante o episódio actual de Bulimia Nervosa a pessoa usa outros comportamentos compensatórios inapropriados, tal como jejum ou exercício físico excessivo, mas não induz o vómito ou faz uso de laxantes, diuréticos e enemas.

---

Os critérios diagnósticos para a Bulimia Nervosa, enunciados pelo Manual da APA (1994) são apresentados no Quadro 1.2.

O Critério A, do DSM-IV, para o diagnóstico de Bulimia Nervosa refere a ocorrência de episódios de ingestão alimentar compulsivos recorrentes, definindo-os com base em duas características. A pri-



meira remete para a quantidade de alimentos ingeridos, implicando o consumo de uma quantidade anormalmente grande de alimentos num período curto de tempo (por exemplo, num intervalo de duas horas ou menos) (Critério A1). Para objectivar um episódio alimentar compulsivo, o clínico deve considerar o contexto da ocorrência da ingestão, o que significa que aquilo que é considerado como um consumo excessivo numa refeição típica pode ser considerado como aceitável quando em contextos festivos. De acordo com estas especificações, a ingestão compulsiva caracteriza-se pela quantidade dos alimentos ingeridos e não pela qualidade, ou seja, a proporção calórica dos episódios não é referida neste manual (APA, 1994). Não obstante, a experiência clínica mostra que a maioria dos doentes com Bulimia Nervosa tende a consumir alimentos com altos níveis calóricos durante estes episódios. A definição de ingestão compulsiva exige também o sentimento de perda de controlo sobre o acto de comer (Critério A2). Embora a redução de controlo durante os episódios não seja absoluta (por exemplo, o episódio de ingestão é interrompido pela presença inesperada de outra pessoa), os relatos destes doentes referem sensação de perda de controlo na escolha dos alimentos ingeridos e de total incapacidade de parar ou interromper a ingestão. Alguns doentes relatam mesmo uma qualidade dissociativa durante, ou após, os episódios (APA, 1994, p. 560). Habitualmente, e decorrente desta sensação, a ingestão alimentar continua até a pessoa sentir desconforto ou até mesmo sentir-se dolorosamente cheia.

Contextualmente, os episódios bulímicos associam-se a períodos longos de restrição alimentar e/ou situações desencadeadoras de humor disfórico. A maioria dos pacientes considera que estes momentos de ingestão compulsiva diminuem transitoriamente o afecto negativo, frequentemente desencadeado por contextos interpessoais complexos, ou pela incapacidade de aceitação das percepções da sua imagem corporal e/ou do seu comportamento alimentar. Estes episódios compulsivos podem assim ser compreendidos como uma estratégia de evitamento de estados emocionais adversos, que assume um carácter auto-perpetuador ao desencadarem um aumento dos sentimentos de vergonha e dos padrões auto-críticos de avaliação. Devido à vivência de vergonha, o controlo alimentar é marcado pelo secretismo. Tipicamente, os doentes com Bulimia Nervosa ingerem quantidades muito reduzidas de alimentos quando na presença de outros, ocorrendo estas crises de voracidade unicamente quando estão sozinhos. De acordo com as recomendações do *DSM-IV*, a definição de episódio de ingestão alimentar compulsiva exclui o contínuo debicar de pequenas quantidades de comida ao longo do dia e os episódios nos quais existe uma vivência de descontrolo durante a ingestão de pequenas quantidades de alimentos.

Outra característica essencial a este quadro é a utilização de estratégias compensatórias inapropriadas (tais como, o jejum, uso de laxantes ou diuréticos, indução do vómito, ou exercício físico excessivo) para impedir o ganho ponderal (Critério B). Estas estratégias estão, em regra, directamente associadas à ocorrência dos episódios de ingestão compulsiva, e são definidas como técnicas que procuram compensar a ingestão calórica excessiva e prevenir o ganho de peso. A técnica compensatória mais comum é a indução do vómito, e estima-se que esta seja utilizada por 80 a 90% dos doentes com Bulimia Nervosa que recorrem a tratamento (APA, 1994). A utilização preferencial do vómito justifica-se pelos seus efeitos imediatos no alívio do desconforto físico e pela crença de que através deste método há a eliminação total do conteúdo ingerido. Aproximadamente um terço dos doentes

com Bulimia Nervosa tomam regularmente, e de forma excessiva, laxantes após a ingestão compulsiva (APA, 1994). Embora com menos frequência, a toma de hormonas tiroideias e a omissão ou redução das doses de insulina em pacientes com Bulimia e *diabetes mellitus*, surgem como estratégias compensatórias inapropriadas que visam a manipulação dos níveis metabólicos (APA, 1994). Muitos doentes recorrem a longos períodos de jejum, muitas vezes integral, que pode durar por vários dias, ou por fazerem exercício físico excessivo. O exercício físico é considerado como excessivo quando: (1) interfere significativamente com as rotinas ou actividades importantes para o indivíduo; (2) quando ocorre em alturas, circunstâncias ou em contextos inapropriados; ou (3) quando a pessoa mantém a actividade física apesar dos riscos físicos ou de complicações médicas. A prática clínica mostra que a maioria destes doentes utiliza diferentes estratégias compensatórias em simultâneo, por exemplo, é frequente os pacientes utilizarem o vómito auto-induzido imediatamente após a ingestão compulsiva e planearem, adicionalmente, períodos de jejum e exercício físico excessivo.

O Critério C introduz um especificador da frequência a partir do qual se pode considerar a ingestão compulsiva e as estratégias compensatórias inapropriadas como recorrentes, referindo que ambos devem ocorrer pelo menos duas vezes por semana num período de três meses consecutivos.

O Critério D, similar ao Critério C da Anorexia deste manual, remete para a centralidade do peso, das formas corporais e da necessidade de controlo rígido do padrão alimentar enquanto referências quase exclusivas para a auto-avaliação destes indivíduos. No entanto, e apesar das semelhanças entre os dois quadros específicos das perturbações alimentares serem significativas, o *DSM-IV* enfatiza que o diagnóstico de Bulimia Nervosa não deve ser feito quando estes sintomas ocorrem num quadro de Anorexia Nervosa (Critério E) (APA, 1994, p. 561).

A especificação dos subtipos da Bulimia, do *DSM-IV*, incide na presença ou ausência do uso regular de métodos purgativos, como meio de compensação da ingestão alimentar excessiva e compulsiva. Assim, o tipo purgativo é caracterizado pelo uso regular de métodos de purga (tais como o vómito auto-induzido, o uso de laxantes, diuréticos ou enemas) e o tipo não-purgativo descreve os quadros de Bulimia que utilizam outras estratégias compensatórias inapropriadas, como o jejum prolongado ou o exercício físico excessivo, mas em que não ocorrem estratégias purgativas.

### **3.1.3. Critérios de diagnóstico para Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação segundo o *DSM-IV***

No *DSM-IV* é referenciada uma categoria para os casos de perturbação alimentar que não cumprem todos os critérios para o diagnóstico de um quadro específico. Assim, a Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação é uma categoria sem critérios próprios, para a qual este manual apenas indica alguns exemplos, tais como: (1) mulheres em que todos os critérios de Anorexia Nervosa estão presentes excepto a amenorreia; (2) todos os critérios de Anorexia Nervosa estão presentes e apesar de haver uma perda de peso significativa, este encontra-se dentro dos valores normais; (3) todos os critérios de Bulimia Nervosa estão presentes, excepto a frequência dos episó-

dios de ingestão compulsiva e dos mecanismos compensatórios inapropriados, que ocorrem com uma frequência inferior a duas vezes por semana, nos últimos três meses; (4) uso regular de comportamentos compensatórios inapropriados por uma pessoa de peso normal após a ingestão de pequenas quantidades de alimentos (por exemplo, indução de vômito após comer duas bolachas); (5) mastigar e cuspir repetidamente, mas não engolir, grandes quantidades de alimentos; (6) episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva na ausência de comportamentos compensatórios inapropriados, característicos de Bulimia Nervosa; (APA, 1994; pp. 564-565). Em suma, o diagnóstico da Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação é realizado quando o sujeito apresenta uma perturbação alimentar mas não cumpre todos os critérios exigidos para o diagnóstico de uma Anorexia ou de uma Bulimia Nervosa.

#### 3.1.4. Critérios de investigação para Perturbação de Ingestão Compulsiva

A Perturbação de Ingestão Compulsiva, na versão original *Binge Eating Disorder* (BED), foi introduzida no *DSM-IV* como uma categoria que requer mais estudos. Esta define um grupo de sujeitos que se envolve em episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva, vivenciados com sofrimento psicológico significativo, mas que não apresentam comportamentos compensatórios inapropriados associados.

De acordo com os critérios apresentados no Apêndice B do *DSM-IV*, esta perturbação alimentar é caracterizada por episódios recorrentes de ingestão compulsiva (Critério A), idênticos aos descritos no quadro de Bulimia Nervosa. Aos episódios de voracidade alimentar atrás referidos, associam-se experiências subjectivas e comportamentais de falta de controlo sobre a alimentação e mal-estar clinicamente significativo (Critério B). Este conjunto de sintomas inclui: comer muito depressa; comer até se sentir desagradavelmente cheio; ingestão de grandes quantidades de comida na ausência da sensação de fome; sentimentos de vergonha associados à voracidade alimentar; tristeza e atribuição de culpa após a ocorrência destes episódios.

Na definição desta perturbação é exigido que estas ingestões alimentares provoquem mal-estar clinicamente significativo (Critério C), devendo ainda incluir insatisfação e preocupação (durante e após cada episódio) acerca dos seus efeitos a longo prazo no peso e imagem corporal. No Critério D é requerida uma frequência mínima das ingestões compulsivas de pelo menos dois dias por semana durante um período superior a seis meses. Nesta proposta é, ainda, acrescentada uma nota relativa à necessidade de futura investigação com vista à definição da quantificação destes episódios.

Conceptualmente este síndrome é semelhante à Bulimia Nervosa. Aquilo que distingue esta perturbação é a ausência de comportamentos compensatórios inapropriados para o controlo do peso (Critério E). Outra diferença marcante deste quadro diz respeito à não exigência de uma auto-avaliação influenciada pelo peso e forma corporal. Para além disso, existem evidências que estes doentes apresentam um grau de sintomatologia depressiva inferior ao dos pacientes com Bulimia, distinguindo-se destes ainda na sua distribuição, visto que a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva

atinge mais directamente um grupo de indivíduos mais velhos e afecta uma proporção mais significativa de homens (Barry, Grilo, & Masheb, 2002). Os critérios de investigação apresentados pelo *DSM-IV* são apresentados no Quadro 1.3.

### **Quadro 1.3. Critérios de investigação para a Perturbação de Ingestão Compulsiva**

---

- A. Episódios recorrentes de ingestão compulsiva. Um episódio de ingestão compulsiva é caracterizado pelas seguintes condições:
    - (1) ingestão, num curto período de tempo (por exemplo, em duas horas), de uma quantidade de comida francamente superior à que a maioria das pessoas poderia consumir no mesmo tempo e sob circunstâncias similares.
    - (2) sensação de perda de controlo sobre a ingestão durante o episódio (por exemplo, sensação de que não pode parar de comer ou controlar o quê ou quanto se está a comer)
  - B. Os episódios de ingestão compulsiva associam-se a três (ou mais) dos seguintes sintomas:
    - (1) ingestão muito mais rápida que o habitual
    - (2) comer até se sentir desagradavelmente cheio
    - (3) ingestão de grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome
    - (4) comer sozinho para esconder a voracidade
    - (5) sentir-se desgostoso consigo próprio, depressão ou grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva
  - C. Profundo mal-estar ao recordar as ingestões compulsivas.
  - D. As ingestões compulsivas têm lugar, em média, pelo menos dois dias na mesma semana durante seis meses.  
Nota: o método para determinar a frequência difere do utilizado no diagnóstico de Bulimia Nervosa; futuros trabalhos de investigação esclarecerão se o melhor método para estabelecer um limiar de frequência se deve basear na quantificação dos dias em que há ingestão compulsiva ou na quantificação do seu número.
  - E. A ingestão compulsiva não se associa a estratégias compensatórias inadequadas (por exemplo, purgantes, jejum, exercício físico excessivo) e não aparecem exclusivamente no decurso de uma Anorexia Nervosa ou uma Bulimia Nervosa.
- 

Algumas evidências salientam a importância do estudo deste grupo de indivíduos. A primeira deriva da prática clínica, a qual tem mostrado que um número considerável de doentes que aguardam tratamento para uma Perturbação do Comportamento Alimentar, apresentam episódios de ingestão alimentar descontrolados com grave interferência clínica mas não cumprem os critérios para qualquer das entidades de diagnóstico principais, Anorexia ou Bulimia Nervosa (Bunnell, Shenker, Nussbaum, Jacobson, & Cooper, 1990; Clinton & Glant, 1992; Hall & Hay, 1991; Mitchell, Pyle, Hatsukami, & Eckert, 1986). Em segundo lugar, um quarto ou mais dos doentes em lista de espera para a Consulta de Obesidade apresentam episódios recorrentes de ingestão bulímica, sem estratégias compensatórias (Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982; Hudson *et al.*, 1988; Wilson, Nonas, & Rosenblum, 1993; de Zwaan, Nutzinger, & Schoenbeck, 1992), sendo hoje reconhecido que estes doentes diferem dos doentes obesos, por apresentarem um grau mais extremo de insatisfação com o peso e com as formas corporais, níveis superiores de sintomatologia psiquiátrica geral (Marcus *et al.*, 1990; Mar-

cus, Wing, & Hopkins, 1988; Marcus, Wing, & Lamparski, 1985; Pratcher & Williamson, 1988; Telch & Agras, 1994; Wadden, Foster, Letizia, & Wilk, 1993) e, ainda, uma pior resposta ao tratamento (*e.g.*, Keefe, Wyshogrod, Weinberger, & Agras, 1984). Um terceiro argumento a favor da importância deste grupo é salientado por estudos de comunidade, os quais mostram que a prevalência dos episódios de ingestão alimentar compulsiva recorrentes, na ausência de comportamentos compensatórios pode ser tão elevada quanto a prevalência de indivíduos com o quadro completo para o diagnóstico de Bulimia Nervosa (Beglin, 1990; Bruce & Agras, 1992; Spitzer *et al.*, 1992) e de que este padrão de descontrolo alimentar está associado a comorbilidade física e psiquiátrica. Perante estes dados foi sugerido por Spitzer e colaboradores (Spitzer *et al.*, 1992; Spitzer, Yanovski, *et al.*, 1993) a inclusão de uma nova categoria diagnóstica no *DSM-IV* que descrevesse este grupo de doentes, no entanto esta proposta foi considerada como prematura dada a ausência de bons estudos descritivos e clínicos que permitissem discriminar esta população (Fairburn, Welch, & Hay, 1993). Foi, então, decidido incluir a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva no Apêndice B, reservado para as categorias merecedoras de estudos de investigação com vista à sua caracterização como entidade autónoma numa futura edição (APA, 1994). Actualmente os indivíduos que preenchem estes critérios de investigação recebem o diagnóstico de Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação.

### **3.2. Abordagem crítica dos critérios de diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar**

Sendo as Perturbações do Comportamento Alimentar problemas psiquiátricos graves com múltiplas repercussões em termos da saúde física, psicológica e social, e com elevada taxa de cronicidade e mortalidade associadas, e na medida em que a investigação clínica e o tratamento são amplamente influenciados pelo sistema de classificação em vigor, a necessidade de uma classificação rigorosa destas perturbações assume-se como central e de suma importância.

Embora as vantagens da utilização do Manual *DSM-IV* para o diagnóstico da Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e para as Perturbações Alimentares Sem Outra Especificação sejam inúmeras e amplamente reconhecidas, esta classificação encerra evidentes limitações. A par do desenvolvimento do *DSM-V* tem-se intensificado o debate acerca destas questões diagnósticas, sendo sugerido por muitos clínicos e investigadores a necessidade do ajustamento, ou mesmo da redefinição, dos actuais critérios de modo a superar as limitações e a alterar as fronteiras entre as categorias de diagnóstico das perturbações alimentares em vigor (*e.g.*, Crow, Agras, Halmi, Mitchell, & Kraemer, 2002; Garfinkel, Kennedy, Sidney, & Kaplan, 1995; Martin, Williamson, & Thaw, 2000; Ramacciotti *et al.*, 2002; Thaw, Williamson, & Martin, 2001).

A principal crítica ao actual sistema de classificação das perturbações alimentares diz respeito à categoria das Perturbações Alimentares Sem Outra Especificação (PASOE). Esta categoria diagnóstica é problemática por uma série de razões: (1) pela heterogeneidade de entidades clínicas que inclui; (2) pela inexistência de critérios específicos para a sua definição; (3) pelas lacunas na categorização

em termos de severidade e da evolução dos casos clínicos que define; e ainda, (4) pela sua denominação como perturbação “sem outra especificação”, a qual está classicamente associada a quadros residuais e a um menor investimento tanto em termos clínicos como de investigação. Outras limitações frequentemente enunciadas referem-se aos critérios individuais de diagnóstico para a Anorexia Nervosa e Bulimia, como por exemplo a questão acerca da utilidade clínica da amenorreia como critério exigido para diagnosticar uma perturbação anoréctica, ou a que se refere à escassez de suporte empírico em relação ao que constitui, em termos de quantidade e de duração, um episódio de ingestão alimentar compulsivo com relevância clínica. Discute-se também a pertinência e a utilidade da discriminação dos subtipos especificados por este manual para a Anorexia e Bulimia Nervosa e, ainda, a validade clínica e o suporte para a distinção entre Anorexia, Bulimia Nervosa e Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação. A seguir serão abordadas estas limitações da classificação actual da patologia alimentar e discutidas as propostas para a revisão dos critérios exigidos.

Em relação ao diagnóstico da Anorexia Nervosa, as principais propostas de alteração dos critérios de diagnóstico residem na definição e/ou flexibilização do níveis ponderais exigidos (Garfinkel, Kennedy, *et al.*, 1995; Watson & Andersen, 2003) e no abandono do critério de amenorreia (Cachelin & Mahler, 1998; Garfinkel *et al.*, 1996b; Watson & Andersen, 2003).

A principal característica clínica da Anorexia Nervosa é definida como uma recusa em manter o peso corporal num nível minimamente normal, sendo esse nível objectivado como menos de “85% do peso corporal esperado”. A discussão a propósito deste critério diz respeito à falta de dados empíricos que suportem a determinação do peso mínimo, considerando-se que este ponto de corte é arbitrário, pois é insensível às questões de idade, género, etnia e tipologias corporais, e não é preditivo da severidade e do prognóstico da perturbação (Andersen, Bowers, & Watson, 2001). Wilfley e colaboradores (2007) consideram que seria importante determinar se existe uma referência ponderal objectiva abaixo da qual exista um percurso ou um resultado diferencial, tal como foi feito para outras doenças médicas, estabelecendo limites que consigam definir a perturbação numa dimensão contínua (como a quantificação da glicose ou da tensão arterial, respectivamente para os casos da Diabetes e da Hipertensão). Ainda em relação ao primeiro critério da Anorexia, vários autores têm sugerido que se deve ajustar o critério a pesos superiores, salientando no entanto que essa alteração deve ser mínima, de forma a não deturpar aquilo que é a característica central da Anorexia, isto é, que seja mantido como requisito fundamental um peso significativamente abaixo do esperado (Garfinkel, Kennedy, *et al.*, 1995; Watson & Andersen, 2003). Para além disso, contrariamente à Bulimia Nervosa para a qual é especificada uma duração mínima da sintomatologia, não existe um tempo mínimo definido para a “manutenção” de um peso abaixo do normal. Seria clinicamente útil explorar que duração mínima apresenta validade preditiva ou prognóstica nesta perturbação.

O anúncio da 5ª edição do *DSM* tem intensificado a discussão a propósito do critério de amenorreia, definida como “a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos”. Este critério é considerado como útil visto que é claro e objectivo, servindo como um importante indicador do estado de saúde física (*e.g.*, alertando os clínicos para possíveis défices de densidade mineral óssea) e podendo fornecer importantes dados acerca de irregularidades biológicas. Acresce que a inclusão da amenor-

reia enquanto critério para o diagnóstico ajuda a evitar possíveis indiscriminações em relação a esta perturbação, objectivando um marco biológico capaz de discriminar mulheres magras mas saudáveis de mulheres com Anorexia Nervosa. Porém, se estes dados suportam a manutenção da amenorreia enquanto critério de diagnóstico, surgem de forma cada vez mais enfatizada, as preocupações acerca da sua validade.

Os principais argumentos evocados a favor da sua eliminação baseiam-se na falta de suporte empírico acerca da sua capacidade discriminativa e como indicador de maior severidade da perturbação. A partir da revisão da literatura biológica e psicológica podemos concluir que as diferenças encontradas entre as pacientes anorécticas com e sem amenorreia apenas reflecte o estado nutricional dos sujeitos (Abraham, Pettigrew, Boyd, Russell, & Taylor, 2005; Abraham, Pettigrew, Boyd, & Russell, 2006), surgindo os dois grupos como extremamente similares em termos de diferentes variáveis psicológicas (Garfinkel *et al.*, 1996b; Roberto, Steinglass, Mayer, Attia, & Walsh, 2008; Grave, Calugi, & Marchesini, 2008). O estudo realizado por Miller e colaboradores (2004), numa amostra clínica com 74 mulheres que preenchiam todos os critérios do *DSM-IV* para a Anorexia e 42 mulheres com todos os critérios excepto a amenorreia, evidenciou que estes grupos não se distinguiam em relação ao IMC, ao peso corporal desejado, à duração da perturbação, à idade da menarca, nem em relação ao número de horas/semana de exercício físico. Contudo, a massa gorda e a percentagem de gordura corporal era significativamente mais alta no grupo de doentes com ciclos menstruais regulares, assim como os níveis hormonais (*e.g.*, o índice de estradiol e a hormona FSH), quando comparados com o grupo amenorreico, mesmo quando o IMC apresentava valores semelhantes. Surpreendentemente este estudo mostra também que na comparação de algumas medidas psicológicas, especificamente na procura da magreza, na insatisfação corporal (subescalas do EDI) e nas medidas que avaliam a dificuldade de identificação, reconhecimento e resposta a estados emocionais negativos, os resultados eram mais severos no grupo sem amenorreia, embora os grupos não se distingam nas restantes variáveis de psicopatologia em estudo. Estes resultados parecem fazer sobressair um padrão de associação entre alguns indicadores de maior severidade da patologia alimentar e o grupo com menstruação regular (Miller *et al.*, 2004). Os dados deste trabalho, embora possam parecer paradoxais, poderão ser explicados pelo facto de alguns sintomas da perturbação alimentar (*e.g.*, episódios de ingestão alimentar compulsiva) estarem simultaneamente relacionados com a melhoria no estado nutricional e com o agravamento da sintomatologia psicopatológica. É, então, questionável a legitimidade da atribuição do diagnóstico de Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação ao número considerável de indivíduos que apresentam todas as condições diagnósticas de Anorexia, excepto a amenorreia. Para além de não haver suporte empírico da validade discriminativa deste critério, enquanto característica de severidade, por outro lado, a inclusão destes doentes numa categoria tão heterogénea como a “sem outra especificação” pode iludir o clínico em relação à gravidade da perturbação e comprometer um acompanhamento clínico adequado. Outro argumento frequentemente apresentado contra a exigência deste critério no diagnóstico da Anorexia Nervosa relaciona-se com a impossibilidade de o aplicar em diferentes amostras: na população masculina; em mulheres pós-menopausa; em mulheres que utilizam suplementos hormonais (*e.g.*, contraceptivos orais); e em raparigas demasiado jovens para a consideração de amenorreia primária. Adicionalmente, a especificação da ausência de três ciclos consecutivos exclui, ainda, os doentes em fases iniciais

da perturbação (*i.e.*, aqueles que cumprem todos os critérios mas não apresentam amenorria por um período de tempo suficiente para ser considerado este critério de diagnóstico; Attia & Roberto, 2009).

Se considerarmos que o principal objectivo do *DSM* é fornecer linhas de orientação precisas em relação ao diagnóstico e para a tomada de decisões terapêuticas, os dados apresentados parecem apontar para a consideração da amenorria, não como um critério de diagnóstico, mas sim como um sinal de irregularidades biológicas ou como uma dimensão de severidade se associada a outros indicadores médicos.

Em relação aos critérios de diagnóstico da Bulimia Nervosa, a alteração mais frequentemente sugerida diz respeito à definição dos episódios de ingestão alimentar compulsiva e à frequência exigida (Garfinkel, Kennedy *et al.*, 1995; Herzog, Norman, Rigotti, & Pepose, 1986; Wilson & Eldredge, 1991). Sendo o episódio de ingestão alimentar compulsiva definido, pelo *DSM-IV*, como a ingestão de uma quantidade exagerada de alimentos num curto período de tempo, durante o qual o sujeito experencia uma sensação de perda de controlo sobre a alimentação (APA, 1994), clínicos e investigadores têm sinalizado marcadas dificuldades na operacionalização destes episódios. Nomeadamente, no que se refere à determinação de uma “quantidade exagerada”, expressão que comporta grande subjectividade (Crow *et al.*, 2002), e ao critério temporal dos episódios (*i.e.*, “um período curto de tempo”), para o qual não existem fronteiras temporais definidas, nem evidências empíricas acerca da validade e utilidade clínica da distinção entre curtos ou longos períodos de episódios de ingestão alimentar compulsiva (Devlin, Goldfein, & Dobrow, 2003). Não obstante, a maioria dos autores parece concordar que a característica clínica mais saliente destes episódios se refere à experiência de perda de controlo sobre a ingestão alimentar (Mond *et al.*, 2006).

O *DSM-IV* exige que os episódios de ingestão alimentar compulsiva, e os comportamentos compensatórios, ocorram com uma frequência de pelo menos duas vezes por semana, durante um período mínimo de três meses (APA, 1994). Aquando da preparação dos critérios de diagnóstico do *DSM-IV*, Wilson e Walsh (1991) expressavam já a sua preocupação em relação à utilidade e validade do critério bissemanal para o diagnóstico da Bulimia Nervosa (introduzido no *DSM-III-R*), revelando dados não publicados que indicavam a inexistência de diferenças significativas entre doentes que apresentavam episódios de ingestão compulsiva mais de duas vezes por semana e doentes em que estes episódios ocorrem apenas uma vez por semana. Uma revisão de trabalhos recentes nesta área identificou um total de 10 estudos, que evidenciam novos dados empíricos que nos podem esclarecer sobre a validade deste limiar de frequência. Alguns trabalhos comparam amostras de doentes com Bulimia Nervosa e doentes que cumpriam todos os critérios para a Bulimia excepto a frequência bissemanal, nos sintomas de patologia alimentar associados e na psicopatologia comórbida apresentada (Crow *et al.*, 2002; Garfinkel, Lin, *et al.*, 1995; le Grange *et al.*, 2006; Rockert, Kaplan, & Olmsted, 2007; Spoor, Stice, Burton, & Bohon, 2007; Sullivan, Bulik, & Kendler, 1998). Outro conjunto de trabalhos examina a utilidade prognóstica deste critério, comparando as duas amostras quanto à resposta terapêutica e às taxas de remissão (Krug *et al.*, 2008; Schmidt *et al.*, 2008; Walsh, Fairburn, Mickley, Sysko, & Prides, 2004; Wilson & Eldredge, 1991). Embora o estudo de Rockert e colaboradores (2007) reporte



valores significativamente superiores nos *scores* em diversas medidas de auto-resposta pelo grupo de maior frequência dos episódios bulímicos, a maioria estudos citados mostra a não discriminação dos dois grupos em termos de sintomatologia alimentar e da psicopatologia comórbida associada, assim como no grau de invalidação psicossocial apresentado e na resposta ao tratamento.

Em suma, e embora seja difícil elaborar comparações dos resultados destes estudos e generalizar as suas conclusões (devido à diferença dos instrumentos de medida usados, tanto em termos da sua natureza como da sua fiabilidade, assim como devido às limitações na validade das amostras), os dados empíricos parecem não suportar a distinção clínica dos sujeitos que se envolvem em episódios e comportamentos compensatórios inapropriados uma *versus* duas vezes por semana (Mond *et al.*, 2006). Pondo em questão a validade e utilidade deste critério, os dados existentes parecem, no entanto, ainda falhar na determinação de um limiar diagnóstico específico em termos de frequência destes episódios, não objectivando um valor em termos de referencial de gravidade e prognóstico destes casos.

Ao definir subtipos para Anorexia e Bulimia Nervosa, o *DSM* pretendia providenciar uma fonte adicional de informação clinicamente útil, porém a validade e a utilidade dos especificadores apresentados para estas categorias de diagnóstico têm sido amplamente questionadas.

Como referido no ponto 3.1.1. deste trabalho, actualmente, para os doentes com Anorexia Nervosa deve ser especificado um dos subtipos: tipo restritivo ou tipo ingestão compulsiva/ tipo purgativo (APA, 1994). No entanto esta categorização torna-se difícil pois o *DSM-IV* falha na definição clara dos episódios de ingestão compulsiva, e na determinação da frequência a partir da qual estes acontecimentos devem ser considerados como regulares ou recorrentes (Peat, Mitchell, Hoek, & Wonderlich, 2009).

Em relação à validade preditiva dos subtipos da Anorexia Nervosa, os estudos transversais tendem a atribuir índices superiores de psicopatologia aos doentes anorécticos do tipo ingestão compulsiva/ tipo purgativo, comparativamente com os doentes do tipo restritivo (Casper, Eckert, Halmi, Goldberg, & Davis, 1980; Garner, Garner, & Rosen, 1993; Laessle, Wittchen, Fichter, & Pirke, 1989). Contudo, alguns estudos apresentam dados diferentes (*e.g.*, Godart *et al.*, em 2006, verificaram taxas equivalentes de Ansiedade e Depressão nos dois subgrupos, numa amostra de 166 doentes com Anorexia Nervosa). No que diz respeito às diferenças quanto à resposta terapêutica destes subgrupos, a maioria dos estudos revistos reportam uma associação entre grupo restritivo e uma resposta terapêutica mais positiva (*e.g.*, Herzog *et al.*, em 1997, num estudo de follow-up de 12 anos numa amostra de 69 doentes, mostra que a pertença ao grupo restritivo predizia uma recuperação terapêutica mais precoce). No entanto, esta associação não é consensual, um estudo prospectivo com uma amostra de 75 doentes com Anorexia da zona de Boston apresenta dados opostos, mostrando que o grupo ingestão compulsiva/ purga tinha maior probabilidade de recuperação terapêutica (Herzog *et al.*, 1996).

Outra vertente do debate acerca dos subtipos de Anorexia Nervosa centra-se no estudo da estabilidade diagnóstica do padrão alimentar destes doentes. Os trabalhos nesta área têm sugerido que a

tipologia do diagnóstico da Anorexia pode mudar ao longo do tempo, revelando que a migração entre o tipo restritivo e o tipo bulímico é frequente. Eckert e colaboradores (1995), num estudo de follow-up de 10 anos em que seguiram 76 doentes, verificaram taxas de migração do subtipo restritivo para o subtipo bulímico de 64%. Valores com a mesma ordem de grandeza, e no mesmo sentido de migração, foram também encontradas nos estudos de follow-up realizados por Eddy *et al.* (2002), evidenciando alteração na tipologia desta perturbação em 62% das doentes e, num estudo mais recente, em 55% dos pacientes (Eddy *et al.*, 2008). Porém, a migração entre os subtipos de Anorexia não mostra sempre a mesma direcção. Embora com taxas inferiores (que variam de 18% a 44%), alguns estudos longitudinais mostram a migração de doentes do tipo ingestão compulsiva/purga para o tipo restritivo (Anderluh, Tchanturia, Rabe-Hesketh, Collier, & Treasure, 2009; Eddy *et al.*, 2002; Fichter, Quadflieg, & Hedlund, 2006). Assim, a revisão da literatura parece evidenciar que, em estudos com amostras bem caracterizadas e seguidas num período de tempo médio a longo, existe uma taxa considerável de migração entre os subtipos de Anorexia Nervosa.

Em síntese, os diferentes estudos acerca da validade e utilidade dos subtipos de Anorexia Nervosa realçam a necessidade da redefinição de linhas de orientação mais precisas para a atribuição do tipo de Anorexia, de forma a garantir uma categorização mais objectiva e fiável. Paralelamente, salientam a carência de dados satisfatórios acerca da validade preditiva destes subtipos em termos da severidade do quadro e de prognóstico. Como proposta para contornar estas limitações, alguns autores apelam para a redefinição dos subtipos existentes, considerando que esta tipologia apresenta potencial de utilidade clínica na avaliação e no planeamento do protocolo terapêutico. Por seu turno, outros propõem a anulação desta nomenclatura diagnóstica, apontando a questionável validade preditiva dos subtipos e, principalmente, a sua instabilidade diagnóstica ao longo do tempo.

Para a Bulimia Nervosa, o *DSM-IV*, identifica os subtipos purgativo e não-purgativo, não obstante, os sujeitos com o diagnóstico de Bulimia Nervosa Purgativa podem usar simultaneamente formas purgativas e não-purgativas de comportamento compensatório, como foi descrito anteriormente neste trabalho, no ponto 3.1.2. Na discussão deste tópico, a primeira constatação diz respeito ao número muito restrito de estudos que providenciam qualquer informação acerca do tipo não-purgativo. Na literatura compreendida entre 1992 e 2009 foram identificados apenas 23 estudos que incluíam sujeitos com Bulimia não-purgativa e sujeitos com Bulimia purgativa, 9 dos quais não dão informação relevante para analisar a validade e utilidade do tipo não-purgativo (van Hoeken, Veling, Sinke, Mitchell, & Hoek, 2009). A escassez de dados empíricos sobre a Bulimia não-purgativa é provavelmente o reflexo das baixas taxas de prevalência deste tipo de perturbação, considerada como rara por muitos investigadores (Cooper & Fairburn, 2003; van Hoeken *et al.*, 2009). Neste sentido, Fichter e colaboradores (2008), consideraram esta categoria como não relevante, nem para a clínica nem para a investigação, pois para além da atribuição deste diagnóstico ser uma raridade, as suas características clínicas sobrepõem-se ao diagnóstico de Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação. Porém, a raridade destes casos clínicos pode ser devida à falta de objectividade na definição dos comportamentos compensatórios não-purgativos. Reconhece-se que tanto o comportamento alimentar restritivo como o exercício físico são comportamentos frequentes na população geral, não sendo necessariamente patológicos, assim a inexistência de um ponto de corte que funcione como fronteira a

partir da qual estes comportamentos assumem um carácter patológico poderá limitar a identificação destes pacientes. Com efeito, alguns casos poderão ter falhado no diagnóstico de Bulimia não-purgativa por esse padrão de comportamentos ter sido erradamente considerado como normais, enquanto outros poderão ter sido diagnosticados com uma Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação, em consequência de uma avaliação incompleta dos mecanismos não-purgativos (van Hoeken *et al.*, 2009).

Os estudos da validade preditiva destes subtipos demonstram que ambos estão associados a crenças nucleares mal-adaptativas severas (Dingemans, Spinhoven, & Van Furth, 2006) e a limitações no funcionamento social (Mond *et al.*, 2006), assim como a altas taxas de comorbilidade. Sendo a comorbilidade um indicador do curso e da severidade das perturbações mentais, importa perceber se os dois tipos de Bulimia se distinguem em relação às complicações que ocorrem de forma comórbida. Alguns trabalhos parecem indicar a inexistência de diferenças significativas entre os dois tipos, tanto quando a medida utilizada foi o SCL (Tobin, Griffing, & Griffing, 1997), como quando se utilizou o BSI (Hay & Fairburn, 1998), ou ainda na frequência de diagnósticos comórbidos do Eixo I (Striegel-Moore *et al.*, 2001). Mas, em sentido contrário, o estudo de Garfinkel e colaboradores (1996a) reporta taxas estatisticamente superiores de Depressão Major, Perturbações de Ansiedade e Fobia Social e de Perturbações de Dependência em mulheres do tipo purgativo, comparativamente com o tipo não-purgativo da Bulimia Nervosa. Na análise prospectiva com o seguimento de doentes com Bulimia purgativa e não-purgativa, os dados existentes, embora escassos, parecem mostrar diferenças em termos de severidade da sintomatologia e das taxas de remissão (Hay & Fairburn, 1998), sendo a forma não purgativa a que se associa a menores níveis de psicopatologia e menor grau de desajustamento social (Hay & Fairburn, 1998). Além disso, o Tipo Purgativo mostrou-se mais associado a piores resultados terapêuticos (Bulik *et al.*, 2007; Hay & Fairburn, 1998). Contudo, estes estudos apresentam limitações que impedem a generalização dos resultados, na medida em que as amostras utilizadas no tipo não-purgativo são muito pequenas, com um total que varia entre 14 e 17 sujeitos. Embora a interpretação destes dados seja inconclusiva, parecem dar algum suporte para a consideração do comportamento purgativo enquanto indicador de severidade para este quadro clínico.

A Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação é uma categoria do *DSM-IV* (APA, 1994) reservada para as perturbações com severidade clínica mas que não cumprem os critérios de uma perturbação alimentar específica, identificada por esse manual. O seu diagnóstico requer dois passos: (1) o clínico tem de confirmar que está na presença de uma perturbação alimentar com severidade clinicamente significativa; em seguida, (2) deve assegurar-se que o caso não cumpre os critérios para o diagnóstico de Anorexia ou Bulimia Nervosa, ou seja, deve fazer um diagnóstico por exclusão.

Desde a publicação do *DSM-III* (APA, 1980) que o Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria inclui quer uma categoria “atípica” (*DSM-III*), quer uma categoria “Sem Outra Especificação” (no *DSM-III-R* e no *DSM-IV*). Estas classificações tencionam “indicar uma categoria dentro de uma classe de perturbações que é residual face às categorias dessa classe” (APA, 1980, p. 32; 1987, p. 23). Os problemas apontados a esta categoria (“Sem Outra Especificação”)

residem no facto de se, por um lado, esta mantém uma severidade que justifica o diagnóstico e a intervenção clínica, por outro lado, representam grupos residuais que tendem a ser negligenciados tanto em termos clínicos como na investigação. No entanto, e especificamente em relação às Perturbações do Comportamento Alimentar, verificamos que o diagnóstico “Sem Outra Especificação” é o mais frequente em contextos de tratamento ambulatorio.

O Quadro 1.4. apresenta estudos de prevalência com quatro amostras de adultos, nos quais é possível observar que este diagnóstico foi o mais efectuado, correspondendo a uma média de 60% de prevalência em amostras de doentes com perturbação alimentar. É importante salientar que as proporções elevadas destes casos não se devem à falta de rigor no diagnóstico, pois nestes estudos, para além das indicações dos clínicos, todos os diagnósticos foram confirmados através da Entrevista Clínica de Diagnóstico para as Perturbações do Comportamento Alimentar (EDE).

**Quadro 1.4. Taxas de prevalência das categorias de diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar**

	N	Anorexia Nervosa	Bulimia Nervosa	PASOE
		%	%	%
Martin <i>et al.</i> (2000)	175	19.4	22.9	57.7
Ricca <i>et al.</i> (2001)	189	24.9	24.9	50.3
Turner & Bryant-Waugh (2004)	190	5.8	23.7	70.5
Fairburn <i>et al.</i> (2007)	121	5.0	33.1	62.0

A relevância clínica desta categoria de diagnóstico advém, não só da prevalência destes casos, mas também das suas características clínicas, do grau de severidade e de invalidação psicossocial serem em tudo semelhantes aos apresentados pelos doentes com Anorexia ou Bulimia Nervosa (Fairburn *et al.*, 2007; Ricca *et al.*, 2001; Turner & Bryant-Waugh, 2004), apesar de este grupo incluir uma grande heterogeneidade de casos (com combinações distintas das características clínicas e em termos de gravidade clínica) (Crow *et al.*, 2002; Waller, 1993; Walsh & Garner, 1997).

Em relação à apresentação clínica das Perturbações Alimentares Sem Outra Especificação, embora conceptualmente não exista qualquer fronteira nesta categoria (Fairburn & Walsh, 2002; Mitchell *et al.*, 1986), podemos distinguir três subgrupos: Um primeiro grupo corresponde aos casos que apresentam características clínicas semelhantes às dos quadros de Anorexia e Bulimia Nervosa, mas que não cumprem todos os critérios para um diagnóstico específico (*e.g.*, o peso pode estar ligeiramente acima do limite para o diagnóstico de Anorexia, ou a frequência dos episódios de ingestão alimentar pode ser inferior a duas vezes por semana para ser diagnosticada Bulimia Nervosa). Diferentes estudos têm sublinhado que estes doentes apresentam características clínicas idênticas aos doentes que cumprem a totalidade dos critérios de diagnóstico (Fairburn *et al.*, 2007; Ricca *et al.*, 2001; Turner & Bryant-Waugh, 2004), e revelam índices marcadamente similares na maioria dos itens da Entrevista Clínica Estandarizada para a Perturbações Alimentares (EDE; Fairburn & Cooper, 1993). Esta semelhança clínica estende-se ainda, à duração, à severidade das características psiquiátricas gerais asso-

ciadas e ao grau de interferência ou invalidação psicossocial (Fairburn *et al.*, 2007). Um segundo subgrupo, definido como “grupo de características combinadas” ou grupo atípico, é caracterizado pela combinação de características clínicas da Anorexia Nervosa e da Bulimia de uma forma distinta daquela que surgem nas apresentações destes quadros. Diferencia-se, ainda, um último grupo constituído por doentes que apresentam episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva, na ausência de métodos extremos de controlo de peso (Fairburn, Welch, & Hay, 1993; Spitzer, Stunkard, *et al.*, 1993).

Em síntese, esta revisão da prevalência, das características clínicas e da gravidade das Perturbações Alimentares Sem Outra Especificação faz sobressair dois problemas inter-relacionados na classificação actual desta categoria. Por um lado, parece ser incorrecto classificar como “residual”, aquela que é categoria mais frequente das perturbações alimentares. Ainda, e de acordo com Fairburn e Bohn (2005), é possível considerar que a negligência, em termos de investimento, associada a esta categoria de patologia alimentar pode ser atribuída ao seu estatuto “Sem Outra Especificação”. Na realidade, os diagnósticos Sem Outra Especificação são em geral pouco estudados (Pincus, Davis, & McQueen, 1999) tendo muitas vezes essa designação um impacto negativo na provisão do tratamento (Herzog, Hopkins, & Burns, 1993; Martin *et al.*, 2000), pois não são usualmente vistos como prioritários por corporações de financiamento. Embora esta discriminação possa ser justificada nas situações em que “Sem Outra Especificação” represente casos pouco comuns, residuais ou de gravidade clínica moderada, esta designação não se compreende no caso das Perturbações do Comportamento Alimentar. Paralelamente, os dados empíricos questionam a validade da discriminação de muitos dos casos incluídos nesta categoria em relação aos quadros clínicos principais, Anorexia e Bulimia Nervosa.

Um primeiro passo para reduzir as limitações associadas a esta categoria seria a redefinição dos critérios de diagnóstico individuais para os quadros de Anorexia e Bulimia. Um estudo realizado por Andersen *et al.* (2001) numa amostra de 397 admissões numa unidade de Perturbações do Comportamento Alimentar, mostrou que cerca de 47% dos casos diagnosticados como uma Perturbação Sem Outra Especificação eram doentes que cumpriam todos os critérios para a Anorexia Nervosa excepto a amenorreia, 28% cumpriam todos os critérios para Anorexia mas apresentavam um peso corporal com mais de 85% do peso mínimo (embora registassem mais de 20% de redução do seu peso inicial) e 3% correspondiam a doentes com todas as características para o diagnóstico da Bulimia Nervosa, embora não cumprissem o critério da frequência ou duração dos episódios de ingestão alimentar compulsiva e dos comportamentos compensatórios. Mais recentemente, e no mesmo sentido, o estudo de Fairburn e colaboradores (2007) mostra que 40% dos casos de Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação poderiam ser reclassificados como Anorexia ou Bulimia Nervosa, se os critérios específicos destes quadros fossem flexibilizados. A pertinência da reclassificação, destas situações clínicas, é fundamentada pela sua semelhança em relação aos casos que cumprem todos os critérios para o diagnóstico de Anorexia ou Bulimia Nervosa, tanto em termos da psicopatologia alimentar assim como à comorbilidade psiquiátrica associada (Fairburn *et al.*, 2007).

### 3.3. Proposta de alteração dos critérios de diagnóstico para o DSM-V

A publicação da 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, prevista para Maio de 2013, marcará um dos eventos mais aguardados na área da saúde mental. Como parte do desenvolvimento deste manual, o anteprojecto de revisão das perturbações mentais e dos respectivos critérios de diagnóstico estão actualmente disponíveis para consulta pública no *website* da *American Psychiatric Association*. Embora a informação actualmente disponível não corresponda à versão final deste manual, a proposta na área das perturbações alimentares parece constituir uma tentativa de resposta às limitações, apontadas anteriormente neste trabalho, ao *DSM-IV*. As alterações previstas reflectem uma preocupação em relação à validade preditiva das categorias de diagnóstico e dos seus subtipos, nomeadamente, de forma que os critérios de diagnóstico possam apresentar utilidade clínica, sendo discriminativos quanto ao curso, à comorbilidade, à resposta ao tratamento, ou numa combinação destes três indicadores (van Hoeken *et al.*, 2009).

O grupo de trabalho responsável pelas Perturbações do Comportamento Alimentar recomenda que esta secção seja redenominada para Perturbações da Alimentação e do Comportamento Alimentar (*Feeding and Eating Disorders*), de modo a reflectir a proposta de inclusão dos problemas alimentares actualmente classificados na secção das Perturbações que Aparecem Habitualmente na Primeira e Segunda Infância ou Adolescência, do *DSM-IV*. É, ainda, proposto a consideração da Perturbação de Ingestão Compulsiva como categoria de diagnóstico independente, em adição aos três quadros clínicos de Perturbações Alimentares já incluídos no actual manual (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação).

Em relação aos critérios de diagnóstico da Anorexia Nervosa as alterações apresentadas correspondem em grande medida às recomendações para a flexibilização das actuais exigências diagnósticas, propostas por vários estudos revistos neste trabalho no ponto 3.2. Assim, é aconselhada a redefinição do Critério A para *“Restrição da ingestão alimentar relativamente ao requerido, conduzindo a um peso corporal significativamente baixo para a idade, sexo, etapa desenvolvimental ou saúde física. Sendo o peso corporal significativamente baixo definido como o peso inferior ao mínimo normal ou, para crianças e adolescentes, inferior ao que é o mínimo esperado”*. A proposta apresentada elimina a expressão *“recusa em manter um peso minimamente normal”*, por se considerar que o termo *“recusa”* pode ser interpretado num sentido depreciativo, implicando intencionalidade, sendo, ainda, de difícil operacionalização. Esta redefinição pretende colocar o foco deste critério em termos comportamentais, ou seja, no comportamento de restrição da ingestão alimentar. É, também, omitido qualquer tipo de referência em relação ao peso considerado para o diagnóstico, uma vez que o exemplo apresentado na actual *DSM* é frequentemente tido como uma medida *standard*, e não como exemplo ou referência, induzindo ao seu uso de forma generalizada e indevida.

Actualmente, o Critério B para a Anorexia exige um *“medo intenso de ganhar peso ou ficar gordo(a)”*. No entanto, visto que parte significativa dos pacientes refuta explicitamente esse medo, é proposto que no *DSM-V* este critério inclua uma componente comportamental. Sendo definido como *“Medo intenso de ganhar peso ou ficar gordo(a), ou comportamento persistente que interfere com o ganho de peso, mesmo quando muito magro(a)”*.

O Critério C, proposto para “*Perturbação na apreciação do peso e forma corporal, indevida influência do peso ou forma corporal na auto-avaliação ou persistente negação no reconhecimento da gravidade do grande emagrecimento*”, não apresenta alteração significativa em relação à definição actual.

O grupo de trabalho da APA recomenda, ainda, que o Critério D, o qual corresponde à presença de amenorreia, seja removido. A exclusão deste critério é justificada pela pertinência atribuída aos dados empíricos que apontam para a sua falta de validade preditiva, assim como para as limitações na sua aplicabilidade (cf. ponto 3.2.). Neste quadro clínico deverão ser mantidos os dois especificadores: tipo restritivo e tipo ingestão compulsiva/ tipo purgativo, e embora a definição destes subtipos seja similar à actual sugere-se a integração de um marcador temporal (e.g., “*durante os últimos três meses*”). Como indicador de severidade deve ser considerado o Índice de Massa Corporal.

Para a Bulimia Nervosa, a versão proposta pelo grupo de trabalho para o *DSM-V* recomenda a redução da frequência exigida para os episódios de ingestão alimentar para uma vez por semana (Critério C) e a eliminação dos subtipos (tipo purgativo e tipo não-purgativo), atendendo às limitações apresentadas quanto à sua validade. A frequência dos comportamentos compensatórios inapropriados é proposta como um indicador de severidade deste quadro.

Em relação à Perturbação de Ingestão Compulsiva, é indicada a sua inclusão formal como perturbação alimentar. Os critérios propostos para o diagnóstico desta perturbação são semelhantes aos critérios de investigação apresentados no Apêndice B do *DSM-IV*, com excepção do Critério D (frequência dos episódios de ingestão compulsiva) e do Critério E (condições de exclusão). Em relação à frequência exigida para os episódios de ingestão alimentar compulsiva é sugerida a alteração de 2 dias/semana nos últimos 6 meses para uma vez/semana durante os últimos três meses, de forma idêntica à frequência requerida no quadro clínico de Bulimia Nervosa. No Critério E, o qual requer a ausência de comportamentos compensatórios inapropriados para o controlo do peso, não devem ser considerados os comportamentos de jejum e o exercício físico excessivo, reportando-se unicamente a comportamentos purgativos inapropriados. O indicador do grau de severidade da Perturbação de Ingestão Compulsiva deverá ser o número de episódios de ingestão compulsiva por semana.

A categoria Sem Outra Especificação, cuja designação deverá ser *Feeding and Eating Conditions Not Elsewhere Classified*, de acordo com o anteprojecto do *DSM-V*, não apresenta critérios de diagnóstico, mas sim breves descrições de seis condições clínicas de patologia alimentar:

- (1) Anorexia Nervosa Atípica: todos os critérios da Anorexia Nervosa são preenchidos, excepto o peso. Pois, embora a perda de peso seja significativa este encontra-se num, ou acima do, intervalo ponderal normal;
- (2) Bulimia Nervosa Subclínica: todos os critérios para a Bulimia Nervosa são cumpridos, excepto o critério da frequência ou duração dos episódios de ingestão alimentar/ comportamentos compensatórios, que ocorrem em média, menos de uma vez por semana e/ou durante um período inferior a três meses;

(3) Perturbação de Ingestão Compulsiva Subclínica: todos os critérios para a Perturbação de Ingestão Compulsiva são cumpridos, excepto o critério da frequência ou duração dos episódios de compulsão alimentar, que ocorrem em média, menos de uma vez por semana e/ou durante um período inferior a três meses;

(4) Perturbação Purgativa: envolvimento em comportamentos purgativos recorrentes como meio de controlo do peso e da imagem corporal (vómito auto-induzido, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos), na ausência de episódios de ingestão alimentar compulsiva. A auto-avaliação é indevidamente influenciada pelo peso ou forma corporal e/ou existe um medo intenso de ganhar peso ou ficar gordo(a);

(5) Síndrome de Ingestão Nocturna: episódios recorrentes de ingestão alimentar nocturna, definidos por ingestões após despertar do sono nocturno ou pelo consumo alimentar excessivo após as refeições da noite, com consciência e recordação destes episódios. A ingestão nocturna não é melhor explicada por influências externas, tais como alterações do ciclo de sono/vigília ou por normas sociais locais. A ingestão nocturna está associada a sofrimento significativo e/ou comprometimento funcional do indivíduo. O padrão alimentar descontrolado não é melhor explicado pela Perturbação de Ingestão Compulsiva ou por outra perturbação psiquiátrica, pelo abuso ou dependência de substâncias, por outra qualquer doença médica ou, ainda, pelo efeito de medicação;

(6) Perturbação da Alimentação e do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação: esta é uma categoria residual para as perturbações alimentares clinicamente significativas que correspondem à definição para uma Perturbação da Alimentação e do Comportamento Alimentar mas que não satisfazem os critérios para o diagnóstico de nenhuma perturbação ou condição descrita nesta secção;

O grupo de trabalho refere que actualmente não existem dados empíricos para justificar a autonomização das condições clínicas incluídas nesta categoria Sem Outra Especificação enquanto perturbações autónomas. Contudo, as evidências existentes mostram que nestes casos o padrão alimentar e os problemas associados implicam sofrimento, e comprometimento, significativo e semelhante ao registado nos quadros clínicos das perturbações alimentares, requerendo uma intervenção clínica intensiva.

As propostas apresentadas pela APA, para o diagnóstico das perturbações alimentares, parecem-nos vir a responder a um grande número de limitações e dificuldades associadas aos critérios em vigor. Não obstante, mudanças deste tipo traduzem um “refinamento”, ou um aperfeiçoamento do actual padrão de diagnóstico, mas não uma mudança na conceptualização destas perturbações. Uma solução mais radical na classificação das perturbações alimentares reside no Modelo Transdiagnóstico.



#### 4. Modelo Transdiagnóstico para as Perturbações do Comportamento Alimentar

A proposta do Modelo Transdiagnóstico é a criação uma categoria diagnóstica única e singular para as Perturbações do Comportamento Alimentar, sem quaisquer subdivisões (Fairburn & Bohn, 2005; Fairburn & Cooper, 2007; Fairburn, Cooper, & Safran, 2003; Fairburn & Harrison, 2003; Hay & Fairburn, 1998).

O principal argumento para propor uma solução transdiagnóstica relaciona-se com a semelhança apresentada entre os diferentes quadros de perturbação alimentar, no que diz respeito às suas características psicopatológicas (gerais e específicas) e à sua severidade. De acordo com Fairburn e colaboradores (2003), a psicopatologia destes quadros clínicos é esculpida de forma arbitrária pelo *DSM* de modo a criarem três categorias distintas (Anorexia, Bulimia e Perturbações do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação). Segundo o modelo transdiagnóstico, na conceptualização das perturbações alimentares deveria ser dada ênfase, não às características discriminativas dos diferentes tipos de patologia alimentar, mas sim às suas características comuns (Fairburn, 2008; Fairburn & Harrison, 2003; Waller, 1993; Walsh & Garner, 1997), uma vez que aquilo que é partilhado por estes quadros clínicos assume um maior impacto e relevância do que aquilo que os distingue (Fairburn *et al.*, 2003). Uma outra tendência para examinar a classificação actual das perturbações alimentares e que tem sido utilizado como argumento a favor do modelo transdiagnóstico diz respeito à fraca qualidade preditiva associada aos quadros de patologia alimentar (Bullik, Sullivan, & Kessler, 2000; Keel *et al.*, 2004; Stice & Fairburn, 2003; Strober, Freeman, & Morrell, 1999). Esta proposta de unidade entre as perturbações alimentares é, ainda, reforçada por uma perspectiva longitudinal. Diferentes estudos reportam altas taxas de migração entre os diferentes quadros clínicos de Perturbações do Comportamento Alimentar, segundo a actual classificação (Fairburn & Cooper, 2007; Fairburn & Harrison, 2003; Herzog *et al.*, 1993; Milos, Spindler, Schnyder, & Fairburn, 2005). De acordo com os autores do Modelo Transdiagnóstico, esta migração e instabilidade diagnóstica parece mais o reflexo da evolução da expressão psicopatológica destes casos, do que a manifestação de condições distintas e autónomas (Fairburn & Cooper, 2007).

A psicopatologia das perturbações alimentares pode ser compreendida através das duas componentes: geral e específica. As características de psicopatologia geral correspondem a características clínicas partilhadas entre diferentes condições psiquiátricas, enquanto as características específicas dizem respeito às características definidoras e diferenciadoras das perturbações alimentares em relação às outras perturbações psiquiátricas (Fairburn, 2008).

A análise das características psicopatológicas gerais dos diferentes quadros das perturbações alimentares faz sobressair a sua extrema semelhança nos diferentes tipos desta patologia. De facto, embora as características depressivas sejam mais evidentes, ou especialmente comuns, entre os pacientes que apresentam episódios de ingestão alimentar compulsiva, e as características ansiógenas tendam a ser mais frequentes nas pacientes com altos níveis de restrição alimentar, estas não assumem dimensões discriminativas dos diferentes tipos de patologia alimentar (Fairburn, 2008). O mesmo se verifica em relação às características obsessivas, as quais se assumem como salientes em todas as

perturbações alimentares, embora possam tornar-se mais proeminentes em doentes com pesos extremamente baixos, como consequência dos períodos de restrição alimentar (Rothenberg, 1986). Por outro lado, comportamentos de auto-dano, comportamentos que envolvem repetidas auto-lesões, e comportamentos aditivos e de abuso de substâncias, são igualmente frequentes entre estas doentes, associando-se à ocorrência de episódios de descontrolo alimentar e ao recurso a manobras inadequadas de compensação da ingestão alimentar, mas não a um quadro clínico específico (*e.g.*, Favazza, DeRosear, & Conterio, 1989). Para além destas dimensões psicopatológicas, e de acordo com Shafran, Cooper, e Fairburn (2002), duas características de personalidade são especialmente comuns nos pacientes com patologia alimentar: o perfeccionismo e a baixa auto-estima. Embora seja extremamente difícil discriminar se estas características pertencem à personalidade pré-mórbida destes doentes, ou se são resultantes deste processo psicopatológico, parece existir alguma evidência de que estas características estariam presentes antes da manifestação sintomática das perturbações alimentares, uma vez que apresentam uma resistência considerável de manutenção, mesmo após a recuperação dos sintomas principais (Fairburn *et al.*, 2009).

Estas características gerais são comuns a todos os quadros psiquiátricos, não se discriminando os doentes com perturbação alimentar dos restantes. Mas o núcleo psicopatológico que caracteriza estes pacientes é específico e diferencia-os claramente dos outros quadros clínicos (Hollon & Beck, 1993; Meyer, Waller, & Waters, 1998).

Segundo Fairburn *et al.* (2003), as Perturbações do Comportamento Alimentar são essencialmente “perturbações cognitivas”, que partilham entre si um núcleo psicopatológico de natureza distinta dos outros quadros clínicos. Esta psicopatologia específica consiste na sobrevalorização do peso e das formas corporais e do seu controlo (*e.g.*, Cooper & Shafran, 2008). Isto significa que, enquanto a maioria dos indivíduos se auto-avalia com base nos seus desempenhos nos diversos domínios da sua vida, os sujeitos com perturbação alimentar avaliam-se sobretudo, ou mesmo exclusivamente, com base na percepção acerca da sua forma e peso corporal, e da capacidade de controlo da sua alimentação e aparência física (Ferreira, 2003). Este núcleo psicopatológico é típico da patologia alimentar uma vez que ocorre, e é central, nos diferentes quadros de Perturbações do Comportamento Alimentar, sendo semelhante tanto em pacientes do sexo feminino como do sexo masculino, tanto em adultos como adolescentes. Estas são características específicas destas perturbações, visto que as discriminam tanto em relação a outros quadros psiquiátricos como em relação à população geral. A este respeito importa sublinhar que a sobrevalorização do peso e das formas corporais deve ser distinguida da insatisfação corporal, característica “normativa” da população geral feminina (Rodin, Silberstein, Striegel-Moore, 1985). De facto, a sobrevalorização dos aspectos relacionados com a imagem corporal definem, não o descontentamento ou insatisfação em relação à aparência física ou ao peso, mas sim a centralidade e sobrevalorização destas dimensões enquanto definidoras das suas directrizes de vida e para a auto-avaliação.

Este núcleo de psicopatologia é expresso por um conjunto de atitudes e comportamentos semelhantes nas diferentes categorias diagnósticas de patologia alimentar (Fairburn *et al.*, 2003; Fairburn & Cooper, 2011). Entre as características partilhadas salientam-se: a necessidade de controlo do peso,

da forma corporal e da alimentação; a dieta ou o comportamento alimentar restritivo (em termos qualitativos e quantitativos); os episódios de ingestão alimentar compulsiva; os comportamentos inapropriados que visam o controlo ponderal (*e.g.*, o vómito auto-induzido, o uso excessivo de laxantes, a prática de exercício físico excessivo); e a vigilância e/ou evitamento do peso e forma corporal (*e.g.*, Fairburn & Cooper, 2011; Fairburn & Harrison, 2003). Com efeito, estes doentes adoptam um conjunto de atitudes e comportamentos de controlo alimentar baseados em regras extremas e rígidas, que tentam cumprir de forma escrupulosa (Fairburn & Cooper, 2011; Fairburn *et al.*, 2003; Ferreira, 2003; Wonderlich, 2002) e a partir das quais estabelecem um padrão de auto-avaliação.

A centralidade da preocupação com o peso e com a forma corporal na auto-avaliação é, igualmente, expressa por uma multiplicidade de comportamentos, que podem assumir formas extremas (Shafran *et al.*, 2002), relacionados com comportamentos de verificação do peso corporal e do comportamento alimentar, como: pesagens constantes ou a completa recusa de pesagem; as verificações corporais ao espelho (*body-checking*) ou um completo evitamento da imagem corporal; o controlo rigoroso dos alimentos ingeridos (*e.g.*, através da contabilização exaustiva da quantidade ou dos níveis calóricos de cada porção alimentar ingerida); a ritualização das refeições e da ingestão alimentar; ou ainda, as comparações sistemáticas da sua imagem corporal com a de amigas, colegas ou de modelos (Fairburn & Cooper, 2011; Ferreira, 2003). Todas estas estratégias ritualistas, que caracterizam e definem a patologia alimentar, e que assumem muitas vezes contornos bizarros, mantêm o foco de preocupação e a crença acerca da necessidade de controlo absoluto do peso e da alimentação. Um outro aspecto comum a todos os pacientes com Perturbação do Comportamento Alimentar diz respeito ao medo de aumentar de peso ou de ficar gordo(a), e a sensação de estarem gordos (as). Este medo é expresso por todos os doentes com patologia alimentar, independentemente do peso real, do nível de (in)satisfação com o peso e do padrão alimentar adoptado. É, ainda, partilhado por todos estes doentes, um severo comprometimento psicossocial. De facto, as preocupações com o corpo e com a alimentação e as suas expressões comportamentais, assumem um impacto profundo nos seus relacionamentos sociais e íntimos, provocando interferência e limitações significativas na vida destes doentes.

Se as características clínicas partilhadas entre os indivíduos com patologia alimentar são evidentes em observações transversais de amostras clínicas, quando se analisam estas perturbações numa perspectiva longitudinal, as semelhanças entre doentes com Anorexia, Bulimia e com Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação tornam-se ainda mais óbvias (*e.g.*, Fairburn *et al.*, 2003; Agras, Walsh, Fairburn, Wilson, & Kraemer, 2000).

Segundo Fairburn *et al.* (2003) se, por um lado, a partilha das principais características clínicas entre as diferentes entidades diagnósticas da patologia alimentar podem levantar questões acerca da sua conceptualização como entidades independentes e distintas, a constatação da instabilidade diagnóstica e da migração de pacientes nas diferentes categorias de perturbação alimentar complexifica e intensifica a discussão destas questões de unidade *versus* diferenciação das Perturbações do Comportamento Alimentar. A literatura sugere uma taxa considerável de migração entre os diferentes subgrupos de Anorexia e de Bulimia Nervosa, assim como entre os diferentes quadros clínicos de

patologia alimentar. Um dos estudos de apoio empírico ao modelo transdiagnóstico mais completo foi o realizado por Milos e colaboradores em 2005, com uma amostra de 277 mulheres com perturbação alimentar com severidade clínica. O objectivo deste trabalho consistia na monitorização da estabilidade do diagnóstico destas perturbações, de acordo com os critérios do *DSM-IV*, e a sinalização de movimentos migratórios entre os diferentes quadros de patologia alimentar, num período de trinta meses, com dois momentos de avaliação (aos 12 e 30 meses após a avaliação inicial de cada doente). Neste estudo podemos salientar três resultados principais: (1) a instabilidade do diagnóstico original; (2) baixas taxas de remissão total apresentadas durante este período de trinta meses; e o (3) fluxo considerável entre os três diagnósticos específicos de Perturbação do Comportamento Alimentar. Neste trabalho, a instabilidade diagnóstica nas Perturbações do Comportamento Alimentar é suportada pela evidência da percentagem de casos que alteraram o seu diagnóstico de perturbação alimentar original, aproximadamente 71.4%, ou 67.1% quando excluídos os casos que remeteram (Milos *et al.*, 2005). Um outro dado sublinhado pelos autores diz respeito às baixas taxas de remissão, só 20.8% dos participantes estavam em remissão na avaliação dos 12 meses (*i.e.*, apenas 40 doentes não apresentavam critérios clínicos para uma perturbação alimentar). Esta percentagem aumenta para 31.3% ( $n = 60$ ) na avaliação dos 30 meses. Milos e colaboradores (2005) salientam que, também, o estado de remissão da patologia alimentar é pouco estável, visto que dos 40 doentes que estavam em remissão sintomática aos 12 meses, na avaliação dos 30 meses apenas 25 se mantinham assintomáticos, e que apenas 13% da amostra total apresentou remissão em ambos os momentos de avaliação. Estes dados parecem fazer sobressair a ideia de que enquanto a remissão dos diagnósticos das perturbações alimentares é pouco comum, o fluxo de migração entre estes diagnósticos ocorre em aproximadamente metade dos casos (53%).

Em relação à direcção do fluxo migratório entre as entidades do *DSM-IV* da patologia alimentar, verificaram-se padrões significativamente diferentes de direcção, assim cerca de 20% dos casos passaram de um diagnóstico de Anorexia para Bulimia Nervosa, enquanto o movimento inverso ocorreu em apenas 9% dos casos seguidos. Para além disso, a 37% dos participantes com o diagnóstico inicial de Anorexia ou de Bulimia Nervosa foi-lhes atribuído um diagnóstico de Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação, num ou em ambos os momentos de avaliação, numa taxa que não difere em relação ao diagnóstico inicial atribuído (Milos *et al.*, 2005). Em síntese, este trabalho parece dar suporte empírico à ideia de instabilidade diagnóstica das Perturbações do Comportamento Alimentar, sendo que esta instabilidade não é justificada pela remissão da sintomatologia de patologia alimentar, uma vez que os dados salientam a remissão estável como pouco comum entre estes doentes, mesmo com 89% dos participantes a seguirem protocolo terapêutico especializado.

Vários outros estudos têm vindo a dar suporte empírico a esta instabilidade dos quadros de perturbação alimentar apresentando dados que mostram que as mudanças entre as categorias diagnósticas restritivas e de ingestão alimentar compulsiva são frequentes (Eckert *et al.*, 1995; Fichter & Quadflieg, 1997, 1999; Milos *et al.*, 2005; Steinhausen, 2002), quer em amostras com ou sem acompanhamento terapêutico especializado (Bulik, Sullivan, Fear, & Pickering, 1997; Eddy *et al.*, 2002, 2008; Fairburn, Cooper, Doll, Norman, O'Connor, 2000; Fichter *et al.*, 2006; Milos *et al.*, 2005). De facto, os dados revelam que as pacientes que não recuperam de uma Anorexia Nervosa tendem a evoluir para

um quadro de Bulimia Nervosa (Sullivan *et al.*, 1998), sendo que cerca de  $\frac{1}{4}$  dos pacientes com Bulimia tiveram Anorexia Nervosa no seu passado. (*e.g.*, Agras *et al.*, 2000). Neste sentido Fairburn e Harrison (2003) avançam com a possibilidade de a Bulimia Nervosa poder ser encarada como uma espécie de “Anorexia falhada”, isto é, quando o padrão de restrição alimentar não é mantido. Padrões de migração semelhantes são também frequentes entre a Anorexia Nervosa e as Perturbações do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (Sullivan *et al.*, 1998), de tal modo que Eddy e colaboradores (2002) sugeriram que a forma restritiva de Anorexia deveria ser encarada como uma fase no percurso de uma Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação. Uma revisão destes estudos evidencia que a Bulimia Nervosa começa tipicamente com uma Anorexia ou como uma Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação e, ainda, que a evolução típica dos casos de Anorexia e de Bulimia Nervosa pode ser enquadrada na categoria da Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação (Fairburn *et al.*, 1995; Fairburn *et al.*, 2003).

De acordo com Fairburn e colaboradores (2003), os processos psicopatológicos que caracterizam o desenvolvimento e a manutenção dos casos de Perturbação do Comportamento Alimentar parecem figurar uma evolução entre as diferentes entidades clínicas. Assim, só uma perspectiva integradora é capaz de explicar as redundâncias encontradas nas características clínicas apresentadas nestes quadros, na etiologia e nos factores de manutenção e, ainda, a mobilidade dos pacientes.

O Modelo Transdiagnóstico define a patologia alimentar como um conjunto de ciclos psicopatológicos que se auto-perpetuam (Fairburn, 2008; Fairburn & Cooper, 2011). Assim, mais do que um ciclo, este modelo defende que as perturbações alimentares se definem por “vários” ciclos patológicos, podendo estes desenhar percursos diferentes na expressão clínica da perturbação num dado momento.

O processo psicopatológico das perturbações alimentares inicia-se por uma restrição alimentar extrema e outros comportamentos que visam o controlo do peso e das formas corporais (Fairburn & Cooper, 2011). Esta restrição alimentar provocará nestes pacientes uma significativa perda de peso e sintomas de inanição severos, os quais funcionam como factores principais na manutenção da centralidade da sobrevalorização da aparência física e do controlo alimentar patológico, na medida em que funcionam como reforço da restrição e como padrões a partir dos quais estes indivíduos estabelecem objectivos pessoais e fundamentam a auto-avaliação (ciclo 1: processo de restrição/valorização).

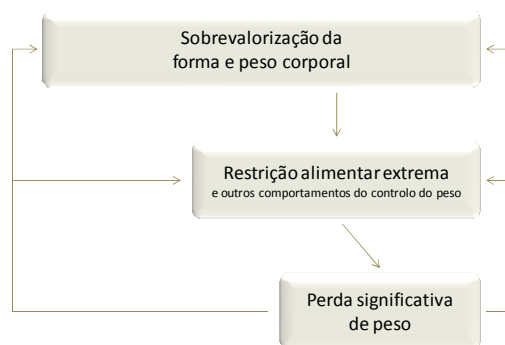


Figura 1.1. Ciclo 1: Processo de restrição/valorização do Modelo transdiagnóstico

Com o desenvolvimento deste processo psicopatológico, a restrição alimentar torna-se progressivamente mais severa e mais inflexível. Ainda que, numa fase inicial, o cumprimento deste padrão alimentar rígido e restritivo, e a perda de peso conseguida, sejam razoavelmente fáceis de manter, a médio/longo prazo este assume contornos irrealistas para a maioria dos pacientes. Com efeito, ao longo do processo de restrição alimentar, grande parte destes doentes experiencia momentos de perda de controlo alimentar, com ingestões alimentares excessivas (objectivas ou subjectivas) (Fairburn & Cooper, 2011).

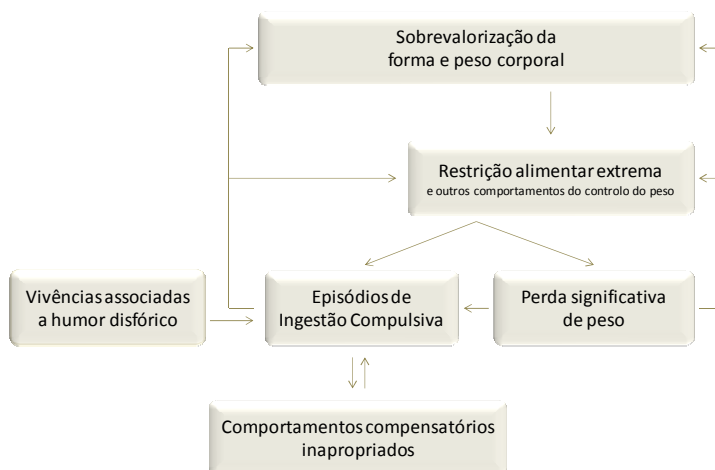


Figura 1.2. Ciclo 2: Processo restrição/ingestão compulsiva do Modelo Transdiagnóstico

Associado à percepção de descontrolo em relação ao cumprimento de padrão restritivo, surgem, também, frequentemente comportamentos compensatórios da ingestão alimentar, tais como vômito auto-induzido, uso de laxantes e/ou diuréticos e o exercício físico excessivo. Estes comportamentos inapropriados, que visam o evitamento do ganho ponderal ou a auto-correcção, podem surgir independentemente da quantidade de alimentos ingeridos (Casper *et al.*, 1980; Garfinkel, Moldofsky, & Garner, 1980). Uma vez que o sujeito com perturbação alimentar não se permite errar neste domínio, qualquer “deslize”, seja um grama a mais, seja a ingestão de alimentos com teor calórico para além do tolerado, ou o facto de a ingestão ter ocorrido num horário diferente do planeado, é interpretado como um fracasso pessoal e gera uma enorme ansiedade e angústia dado que é percebido como impeditivo da sua perda de peso, a qual cumpre uma função de autovalorização (Fairburn & Harrison, 2003). O comportamento compensatório pode surgir, assim, sempre que o doente percebe que falhou no cumprimento das suas regras, entendido ora como forma de atenuar o ganho ponderal ora como forma de regulação emocional (ciclo 2: processo de restrição/ingestão alimentar compulsiva).

Estes ciclos são comuns às três categorias diagnósticas das perturbações alimentares e não nos permitem elaborar discriminações entre estes quadros. A experiência clínica mostra que um padrão alimentar caracterizado por uma extrema restrição calórica pautada por episódios de descontrolo alimentar é comum a todos os quadros de patologia alimentar. Sendo que a diferenciação entre Anorexia e Bulimia Nervosa reside no balanço relativo entre os episódios de restrição e de sobre-alimentação, e nas suas consequências em termos ponderais. Nos casos de Bulimia, os efeitos ponderais das ingestões compulsivas e da restrição tendem a anular-se, enquanto nos casos clínicos de Anorexia, os períodos e magnitude de restrição são predominantes, o que resulta numa perda de peso extrema e em sintomas de inanição (Garner, 1997). Assim, enquanto alguns sujeitos mantêm um padrão essencialmente restritivo (ciclo 1), em cerca de 60% destes pacientes, a frequência e as características dos episódios de ingestão alimentar provocam uma recuperação ponderal e uma vivência de fracasso pessoal (ciclo 2), que conduzem a uma maior rigidificação das estratégias de controlo alimentar e da sintomatologia psicopatológica associada (Fairburn & Cooper, 2011). Neste sentido, nos casos em que os objectivos ponderais e de controlo alimentar não são cumpridos, a preocupação e o investimento em termos da aparência física e da necessidade de controlo alimentar é cada vez maior, conduzindo estes doentes à planificação de regras ainda mais rígidas e restritivas em termos alimentares, e aumentando a probabilidade da ocorrência de novas falhas, ou do não cumprimento integral desse padrão, reforçando, assim, a manutenção do processo patológico (Fairburn *et al.*, 2003; Fairburn, 2008).

Em síntese, a psicopatologia específica para as perturbações alimentares, que as diferencia dos outros quadros psiquiátricos mas que é partilhada entre todos os quadros de patologia alimentar, e o movimento frequente dos doentes entre estes diagnósticos, são argumentos que fortalecem a visão de que estas perturbações têm tanto em comum que deveriam ser vistas como uma entidade única. Com efeito, o Modelo Transdiagnóstico defende que os processos psicopatológicos que caracterizam a Anorexia, a Bulimia e as Perturbações Alimentares Sem Outra Especificação são idênticos,

considerando que a diferente expressão clínica que a patologia alimentar poderá assumir traduz, mais do que entidades diferenciadas, o resultado da evolução clínica de um quadro clínico único.



## Capítulo 2

A perspectiva evolucionária e as Perturbações do Comportamento Alimentar



## **Capítulo 2**

### **A perspectiva evolucionária e as Perturbações do Comportamento Alimentar**

#### **Parte I - Enquadramento conceptual das variáveis em estudo**

1. Os Sistemas de Regulação do Afecto
2. A Teoria das Mentalidades Sociais

#### **Parte II - Modelo de compreensão das Perturbações do Comportamento Alimentar de acordo com a perspectiva evolucionária**

1. A imagem corporal enquanto variável contextual
2. A aparência física enquanto uma dimensão auto-avaliativa central
3. A internalização dos valores socioculturais associados à magreza
4. A procura da magreza enquanto estratégia de competição para lidar com uma percepção de inferioridade
5. O processo psicopatológico que caracteriza as Perturbações do Comportamento Alimentar



## Capítulo 2

### Parte I - Enquadramento conceptual das variáveis em estudo

#### 1. Os Sistemas de Regulação do Afecto

A distinção entre ameaça e segurança é fundamental para todos os seres vivos (*e.g.*, Gilbert, 1989, 2007a), visto que a perseguição de qualquer objectivo e a satisfação das necessidades básicas encerra em simultâneo benefícios, assim como riscos e ameaças (Liotti & Gilbert, 2011). Assim, os animais, antes de prosseguirem em busca das suas metas, têm de ser capazes de processar tanto o seu potencial valor como as ameaças associadas (Liotti & Gilbert, 2011).

Os sistemas responsáveis pela defesa às ameaças e pela procura de segurança podem ser vistos enquanto sistemas evolucionários de processamento adaptativo (Gilbert, 2005a, 2007a). É, actualmente, aceite que a activação e o funcionamento destes sistemas têm efeitos importantes sobre os diferentes padrões biológicos, de comportamento, e de relacionamento intra e interpessoal (*e.g.*, Liotti & Gilbert, 2011), sendo ainda, sugerido que várias formas de psicopatologia representam a sobre ou sub-estimulação destes sistemas (*e.g.*, Gilbert, 2005b, 2007b, 2009).

A pesquisa da neurofisiologia reconhece, hoje, que todos os nossos objectivos e motivações biossociais são guiados pelas emoções (Gilbert, 2010b), sugerindo a distinção de pelo menos três tipos de sistemas de regulação do afecto (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005): um sistema focado na ameaça e na procura de defesa; e dois sistemas distintos de afecto positivo, um focado na procura de incentivos e recursos e outro focado na tranquilização e segurança. A genética e as experiências de vida vão estimular cada um destes três sistemas de modo diferenciado, afectando assim a maturação das suas conexões neuronais, fazendo com que uns se desenvolvam mais do que outros (Gilbert, 2005a, 2010b). De acordo com Gilbert, embora cada um dos sistemas seja responsável pelo processamento de certos tipos de sinais, estes estão em interacção constante e têm efeitos recíprocos uns nos outros (Gilbert, 2005a, 2009, 2010b; Gilbert & Procter, 2006).

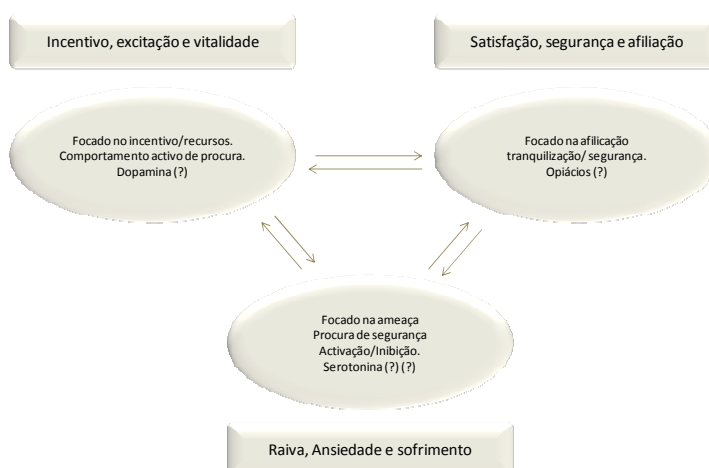


Figura 2.1. Sistemas de Regulação do Afecto

A Figura 2.1. ilustra uma representação simples (que tem como objectivo fornecer uma heurística útil para o raciocínio clínico) da complexa interacção entre os três sistemas de regulação do afecto (Gilbert, 2009)

### 1.1. O Sistema de Ameaça/Defesa

É sabido que os seres humanos têm mais mecanismos para lidar com as ameaças do que em relação aos aspectos positivos, e que o processamento das ameaças tem precedência em relação às outras formas de processamento (e.g., Baumeister, Bratslavsky, Finkenauer, & Vohs, 2001). Nos mamíferos os sistemas básicos de detecção e resposta às ameaças (e.g., de fuga, luta ou submissão) encontram-se localizados nos sistemas filogenéticos do *old brain* (velho cérebro) e podem ser rapidamente activados (LeDoux, 1991, 2000), enquanto as capacidades de processamento mais complexas, que envolvem a reavaliação ou a rectificação da interpretação inicial de ameaça, ou a não-resposta de defesa, estão associados a sistemas que evoluíram mais recentemente, na zona do córtex frontal (Liotti & Gilbert, 2011). De facto, em contextos de elevada ameaça, o processamento cognitivo complexo é desactivado em favor de uma resposta rápida de defesa (Baumeister *et al.*, 2001), através da activação do Sistema de Ameaça/Defesa.

A função do Sistema de Ameaça/Defesa (*Threat and self-protection system*) é o reconhecimento rápido de possíveis perigos ou ameaças para o indivíduo, o qual provoca uma resposta emocional automática (e.g., ansiedade, raiva ou aversão), e desencadeia de imediato uma resposta comportamental de protecção (e.g., fuga, luta ou submissão) (Gilbert, 2001, 2009, 2010b; Marks, 1987). Dito por outras palavras, através da activação deste sistema são gerados estilos heurísticos e estereoti-

padros de atenção, pensamento e comportamento (*e.g.*, Gilbert, 1998), que potencializam acções de sobrevivência para enfrentar perigos reais. A regulação genética e sináptica da serotonina desempenha um papel fundamental no funcionamento deste Sistema de Ameaça/Defesa (Caspi & Moffitt, 2006).

A sensibilidade e a resposta a ameaças específicas nos seres humanos são resultado da interacção entre genes e aprendizagem (Gilbert, 2009). De acordo com Gilbert (1998), em parte porque este sistema está programado como “é melhor prevenir do que remediar”, este é facilmente condicionado (Rosen & Schulkin, 1998). Assim, alguns eventos precoces da vida do indivíduo podem ter sensibilizado o sistema de defesa contra as ameaças, levando ao desenvolvimento de estratégias de segurança que operam automaticamente como respostas condicionadas (Gilbert, 2009). Gilbert (2009) considera que o sobre-desenvolvimento destas estratégias de defesa (como por exemplo de submissão) predispõe os sujeitos a uma preocupação aumentada em relação ao estatuto social (*ranking social*). Esta predisposição, por sua vez, leva o sujeito a focar-se excessivamente no poder dos outros em relação a si, a uma percepção do *self* como inferior e a uma vivência social ansiosa e insegura, e, conseqüentemente, associa-se a comportamentos de apaziguamento e de evitamento em determinados contextos percebidos como ameaçadores (*e.g.*, conflito interpessoal) (Gilbert, 2005b, 2007b, 2009). Estudos recentes têm demonstrado, de facto, que estas estratégias têm um forte impacto na forma como o indivíduo se percebe e na sua capacidade de perseguir objectivos de vida, sendo fonte de muitos aspectos de psicopatologia (*i.e.*, associam-se a um acréscimo da vulnerabilidade para a psicopatologia, especialmente para a ansiedade e depressão; Gilbert, 1993, 2009).

Em contraste com o suporte teórico e empírico acerca da natureza do Sistema de Ameaça/Defesa, e da sua estreita relação com a psicopatologia (Gilbert, 1993, 2009; Gray, 1987; Marks, 1987; Rosen & Schulkin, 1998), os sistemas de afecto positivo estão claramente menos estudados (Gilbert, 2006b). Depue & Mortone-Strupinsky (2005) sugerem que existem dois tipos básicos de afecto positivo, um relacionado com a motivação para a realização/satisfação e a aquisição de recursos, e outro relacionado com a vivência de tranquilidade e de “plena satisfação”. Diferentes drogas podem afectar estes sistemas de regulação do afecto, por exemplo, as anfetaminas tendem a aumentar o afecto positivo associado à realização, enquanto os opiáceos produzem uma forma de afecto positivo mais calmo, tranquilo e de plena satisfação/contentamento (Gilbert, 2006b). Pesquisas recentes indicaram que estes dois sistemas de afecto positivos, embora distintos, estão em constante interacção. (Gilbert & Mayhew, 2008).

## 1.2. O Sistema de Procura de Incentivos/Recursos

Os animais precisam de sistemas de afecto e motivação que os orientem e guiem para a procura de recursos e/ou incentivos essenciais para a sua sobrevivência individual e enquanto espécie (*e.g.*, alimentos, alianças, oportunidades sexuais; Gilbert, 2009).

A função do Sistema de Procura de Incentivos/Recursos (*The incentive and resource-seeking, drive-excitement system*), entendido como o Sistema de *Drive*, nos seres humanos é proporcionar afecto positivo que nos energize (*i.e.*, que nos proporciona vitalidade) e nos guie para a procura de recursos fundamentais à nossa sobrevivência, e para a satisfação de desejos ou metas importantes de vida, como vencer numa competição, sair com a pessoa desejada, ou conseguir bens materiais (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2009, 2010b). Depue e Morrone-Strupinsky (2005) sugerem que a procura de estatuto social, a competitividade e os esforços para evitar a rejeição estão, igualmente, associados ao Sistema de *Drive*.

A interação entre o Sistema de *Drive* e os sistemas de defesa contra as ameaças e de tranquilização e segurança pode ser complexa, especialmente quando um indivíduo está orientado para o evitamento de acontecimentos negativos (Gilbert, 2009). Os indivíduos que apresentam um aumento da sensibilidade e uma hiperactividade do Sistema Ameaça/Defesa têm dificuldades em sentir contentamento e segurança no relacionamento intra e interpessoal, e quando enfrentam sérias dificuldades em atingir as suas metas, ou se sentem frustrados na realização dos seus objectivos, o sistema de defesa tende a ser activado (*e.g.*, ansiedade, frustração ou raiva) (Gilbert, 2009). Assim, nestes indivíduos a activação do sistema de *Drive* assume por vezes uma função defensiva. O mesmo é dizer que, através da procura de uma posição hierárquica mais favorável no grupo social, da aquisição de bens materiais e de desempenhos brilhantes, estes indivíduos procuram alcançar uma sensação de segurança ou tranquilidade, e evitar sentimentos de inferioridade, subordinação ou de rejeição (Gilbert, 2009), ou seja, o objectivo central dessa conduta será o de se sentirem mais seguros na relação com o *self* e com os outros.

Em suma, o Sistema de Procura de Incentivos/Recursos é um sistema de afecto positivo activador, mediado pela dopamina (Panksepp, 1998), focado na realização e na procura de recursos, recompensas e de sucessos (Gilbert & Mayhew, 2008), que necessitamos para assegurar a nossa sobrevivência e o nosso desenvolvimento. Este tipo de realização e satisfação de desejos está associado a sentimentos de prazer e/ou de euforia, os quais estão dependentes da aquisição de recursos, incentivos e dos desempenhos do sujeito, mas não à felicidade. Para a Psicologia Budista, a felicidade vem de uma tranquilidade não-competitiva (*calm non-striving*), associada a uma mente *mindfull* e focada na compaixão (Dalai Lama, 2001).

### 1.3. O Sistema de Tranquilização/Cuidados e Segurança

O Sistema de Tranquilidade/Cuidados e Segurança (*The soothing, contentment and the safeness system*) pode ser compreendido enquanto sistema de segurança em contextos sociais, mediado por neuro-hormonas como a oxitocina e os opiáceos (Carter, 1998; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Panksepp, 1998; Uvåns-Morberg, 1998), e está particularmente ligado a sinais sociais de afiliação e de cuidados (Gilbert, 2010b). Sinais e estímulos de afecto como colo, carícias, tom de voz, expressões faciais e de apoio social são estímulos naturais que activam este sistema (Uvåns-Morberg, 1998; Wang, 2005) e que produzem efeitos calmantes (Gilbert, 1989, 2005b, 2007a, 2009).



Num processo de desenvolvimento adequado, o comportamento cuidador e protector dos progenitores, especialmente a proximidade física, têm um efeito calmante sobre a fisiologia do bebé (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2005b, 2009). Assim, experiências repetidas de tranquilização por parte dos pais estimulam e integram o Sistema de Tranquilização/Cuidados e Segurança enquanto um regulador natural perante as ameaças (Carter, 1998). A activação e maturação deste sistema é especialmente importante nos primeiros anos de vida, onde os pais actuam como agente calmante e de tranquilização (Gerhardt, 2004). Ao fazê-lo, o cuidador cria experiências e memórias emocionais de segurança, e possibilita que os bebés (e mais tarde as crianças) compreendam e se sintam seguros com suas próprias emoções (Leahy, 2005; Schore, 1994). Essas memórias emocionais, com os seus mediadores neurofisiológicos, podem então tornar-se disponíveis em momentos de tensão (Brewin, 2006). Em contraste, experiências precoces aversivas podem interromper este processo, o que torna difícil o acesso ao Sistema de Tranquilização e Segurança, como regulador do afecto (Schore, 1994).

Actualmente, acredita-se que as experiências de negligência e abuso por parte dos cuidadores podem interromper a maturação do Sistema de Tranquilização e Segurança e podem causar problemas na maturação do cérebro (Gerhardt, 2004; Schore, 2001). Em contraste, o sistema de ameaça dos indivíduos que vivenciaram estas experiências negativas pode estar sobre-estimulado (Perry *et al.*, 1995), tornando-os mais sensíveis à ameaça e menos emocionalmente regulados, em parte porque não têm experiências e memórias de segurança que constituam uma base de auto-tranquilização perante o *stress* (Gilbert & Mayhew, 2008; Gilbert & Procter, 2006).

Depue e Morrone-Strupinsky (2005) apontam que o Sistema de Tranquilização/Cuidados e Segurança foi significativamente desenvolvido com a evolução do comportamento de vinculação. De facto, alguns autores têm escrito acerca do profundo impacto que a evolução do sistema de vinculação tem tido sobre o cérebro dos mamíferos (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Maclean, 1985), mais concretamente acerca do modo como os seus sistemas simpático e parassimpático sofreram modificações, que lhes permite ter relações interpessoais próximas e calmantes (Gilbert, 2009). O ponto-chave desta tese é o reconhecimento da importância do comportamento de cuidar na estimulação do Sistema de Tranquilização/Cuidados, e no apaziguamento do Sistema de Ameaça e Defesa.

Gilbert (2009) enfatiza a especificidade deste sistema de afecto positivo salientando, por um lado, que as emoções positivas do Sistema de Tranquilização, Cuidados e Segurança (*Contentment System*) são muito diferentes das do Sistema de Procura de Incentivos/Recursos. O contentamento está associado a uma sensação de bem-estar, calma e tranquilidade, isto é, a um estado positivo de “não-procura” (Gilbert, 2009). O mesmo autor reforça, por outro lado, que a sensação de contentamento ou tranquilidade também não representa apenas a ausência ou baixa actividade do sistema de defesa contra ameaças (Gilbert, 2009), mas está associada a sentimentos de confiança e afiliação, e a uma vivência tranquila e calma das relações interpessoais (Carter, 1998; Wang, 2005).

Embora os três sistemas de regulação do afecto sejam conceptualizados autonomamente, como descrito nos pontos prévios, a perspectiva evolucionária acentua a interacção e os efeitos recíprocos da activação de uns sobre a activação de outros. Assim, o Sistema de Tranquilidade/Segurança é

considerado como o principal regulador dos Sistemas de Ameaça/Defesa e de Procura de Incentivos/Recursos (Gilbert, 2009; Gilbert & Mayhew, 2008). Em consonância com esta leitura, há crescentes evidências que a sobre-estimulação do sistema de tranquilização está associada à redução da sensibilidade a estímulos sociais ameaçadores (Kirsch *et al.*, 2005) e que, por sua vez, quando um indivíduo se sente satisfeito e tranquilo, é desactivado o sistema de procura de incentivos ou recursos (Gilbert, 2009).

É, unanimemente, reconhecido que o contexto social desempenha um papel fundamental na maturação do nosso cérebro, no desenvolvimento dos valores pessoais e das nossas motivações, assim como na formação da nossa identidade (Schore, 1994). Vários autores têm vindo a chamar à atenção para as consequências negativas das marcadas mudanças sociais ocorridas nas sociedades ocidentais modernas (Fombonne, 1999; Kasser & Ryan, 1996; Twenge *et al.*, 2010), traduzidas pela crescente ênfase em objectivos extrínsecos, como o individualismo, a competitividade e o materialismo, em detrimento dos objectivos intrínsecos, tais como a afiliação, a cooperação e a partilha. De acordo com Twenge e colaboradores (2010) este enfoque no *ranking* (*i.e.*, nas realizações ou desempenhos individuais e nos bens materiais) tem vindo a sobre-estimular os nossos Sistemas de Ameaça e o de Procura de Incentivos (*Drive*), comprometendo a estimulação e o desenvolvimento do Sistema de Tranquilização, cuidado e segurança, e consequentemente as nossas necessidades básicas de afiliação e conexão social. Segundo Kasser e Ryan (1996) estas mudanças culturais têm-se reflectido num decréscimo da saúde mental, com contornos bem marcados, especialmente em pessoas mais jovens.

O ponto-chave desta perspectiva evolucionária é a conceptualização do cérebro enquanto órgão que evoluiu para funcionar de forma adaptativa, com capacidade de alterar os seus padrões de funcionamento em diferentes contextos, para a perseguição de objectivos específicos. Estas considerações levam-nos a um enfoque na motivação social e nas mentalidades sociais que direccionam o exercício de habilidades de mentalização para diferentes estratégias, papéis e estilos de relacionamento, tanto em relação a si como em relação aos outros.

## 2. A Teoria das Mentalidades Sociais

Segundo a perspectiva evolucionária, os humanos desenvolveram competências específicas para serem capazes de aprender, compreender e estabelecer papéis sociais, motivados pela concretização de determinados objectivos biossociais, como: solicitar e prestar cuidados, ser escolhido, formar alianças, ou competir por recursos (Gilbert, 1998, 2000b, 2005a, 2005b, 2010b). Essas competências funcionam através de sistemas neuronais especializados (Mentalidades Sociais) que evoluíram durante as trajectórias desenvolvimentais, através da interacção com o ambiente social, ou seja, na relação com os outros (Gilbert, 1989, 2000b, 2005a, 2005b; Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus, & Palmer, 2006; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004).

As Mentalidades Sociais guiam os seres humanos, e outros animais, na criação de determinados papéis em relação ao outro e orientam-os na interpretação dos sinais sociais e nas respostas afectivas e comportamentais aos mesmos (Gilbert, 1989, 2000b, 2005b; 2006b; Gilbert, Baldwin *et al.*, 2006). Por sua vez, essas estratégias ou competências, que se desenvolveram para coordenar os papéis sociais com o mundo externo, podem ser recrutadas para o mundo interno, mais concretamente na relação do *eu* com o *eu* (Baldwin, 1992; Gilbert, 2000b; Gilbert, Baldwin *et al.*, 2006; Gilbert *et al.*, 2004). Com efeito, está actualmente bem documentado que os padrões de actividade neurofisiológica e os procedimentos envolvidos na resposta a estímulos sociais externos tendem a ser os mesmos para a resposta aos estímulos internos (Gilbert, 2000b; 2005a). O que significa que a relação que cada pessoa estabelece consigo mesma não é genuinamente autónoma e individual, ou seja, os diferentes estilos adoptados na relação *eu-eu* estão dependentes das competências aprendidas na relação *eu-outro* (Gilbert, 2005a, 2005b).

Gilbert (2005a) considera que em determinados meios algumas mentalidades sociais se adaptam melhor do que outras, destacando as seguintes: (1) solicitação de cuidados, que envolve a motivação e comportamentos dirigidos para a procura de protecção e afecto dos outros, competências de aproximação e de evitamento da separação; (2) prestação de cuidados, que remete para o interesse genuíno, simpatia e investimento para com o objecto de cuidado, assim como para competências de processamento de informação especializadas que atendam às necessidades do outro (Gilbert, 2005a); (3) sexual, a qual se refere à procura e manutenção de parceiros/relacionamentos com fins sexuais, e que se traduz na manifestação de comportamentos para atrair e ser atraído, cortejar, e ainda, na excitação sexual e na avaliação dos custos-benefícios da reprodução; (4) cooperação e formação de alianças, representada por competências de vida em grupo, de partilha, afiliação, em comportamento altruísta e na inibição da agressão; e (5) hierarquia (*ranking social*), que se relaciona com a competição pelo estatuto social ou com a submissão àqueles que possuem um estatuto mais elevado (Gilbert, 2000a, 2005a, 2005b).

### **2.1. As mentalidades sociais e o relacionamento interpessoal: “A necessidade de ser aceite”**

Os seres humanos são uma espécie naturalmente social, desde sempre o homem sentiu necessidade de se vincular aos seus semelhantes através da formação de pequenos grupos, de forma a garantir a sua sobrevivência. De facto, a vida em grupo é inerente à história evolucionária humana, uma vez que não estamos preparados para sobreviver enquanto indivíduos solitários ou, mesmo, em pequenas unidades familiares (Baumeister & Leary, 1995). Nesta perspectiva, a proximidade e a dependência em relação ao grupo social é tão fundamental como em relação a um cuidador primário (Baldwin, 1992). Com efeito, do mesmo modo que ontogeneticamente uma criança não sobrevive sem um cuidador, também do ponto de vista filogenético a espécie humana não teria sobrevivido sem o grupo social (Smith, Murphy, & Coats, 1999).

Tomando como referência a perspectiva evolucionária, a aceitação social é uma necessidade básica do indivíduo, uma vez que a sua sobrevivência está dependente da pertença a um grupo social (Gilbert & Procter, 2006).

Como foi referido no ponto anterior, a troca de sinais sociais distintos activa diferentes sistemas fisiológicos e cerebrais específicos (Gilbert, 2000b; 2005a). Qualquer sinal social externo, como expressões faciais, postura corporal, mímica ou tom de voz provocam um impacto ao nível fisiológico e emocional do destinatário. Assim, os sinais de respeito e aprovação social tendem a gerar alterações fisiológicas (*e.g.*, aumento dos níveis de serotonina e diminuição das hormonas de *stress*), conduzindo ao afecto positivo e a comportamentos amigáveis (Carter, 1998; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2000b, 2009; Panksepp, 1998; Uväs-Morberg, 1998). Pelo contrário, os sinais de desaprovação e crítica desencadeiam modificações fisiológicas, que incluem a diminuição de serotonina e o aumento de cortisol, as quais se associam a afecto negativo (*e.g.*, raiva ou ansiedade) e comportamentos defensivos de contra-ataque, fuga e/ou submissão (*e.g.*, Gilbert, 2000b). Com efeito, o ser humano, enquanto espécie social, evoluiu no sentido de se tornar sensível e responder a determinados sinais sociais, no sentido de criar diferentes papéis no relacionamento interpessoal, tais como de cuidado, ataque ou submissão.

### **2.1.1. A vinculação ao grupo social**

Os homens são animais sociais que evoluíram num mundo repleto de perigos e ameaças. Ao longo de milhões de anos de evolução da espécie humana, o homem tem sido confrontado com desafios constantes que põem em risco a sua sobrevivência, desenvolvimento e reprodução, pelo que, qualquer indivíduo que não estivesse sob a protecção de um grupo estaria provavelmente demasiado vulnerável à fome, à pilhagem e ao ataque por parte de membros de outros grupos, não conseguindo provavelmente assegurar a sua sobrevivência. Deste ponto de vista é possível compreender a pertença a um grupo social como a mais fundamental das necessidades humanas (Bailey, 2000; Panksepp, Nelson, & Bekkedal, 1997). É neste contexto que, Baumeister e Leary (1995; p. 522) consideram que a “necessidade de pertença” ou “o desejo de vinculação interpessoal pode muito bem ser um dos constructos com maior alcance e mais integrador dos actualmente disponíveis para compreender a natureza humana”.

A Teoria da Vinculação ao Grupo Social tem subjacente o modelo da Teoria da Vinculação de Bowlby (1969, 1973, 1980, 1982). De acordo com este modelo, a natureza e a qualidade das relações estabelecidas pelo sujeito são fortemente influenciadas pelas experiências comportamentais e emocionais precoces, nomeadamente na relação estabelecida entre a criança e o seu cuidador (Collins & Read, 1990).

Segundo Bowlby (1969) e Ainsworth *et al.* (1978), o estilo de vinculação refere-se ao modo como o indivíduo organiza as suas relações com os outros significativos. A partir das interacções contínuas com o outro, a criança desenvolve modelos internos (*working models*), os quais incluem crenças e

expectativas acerca da disponibilidade da figura de vinculação e em relação ao *self*, como digno de cuidado e de atenção. Estes modelos internos desenvolvidos durante a infância (na relação com os cuidadores e com o grupo de pares) influenciam o desenvolvimento de relações futuras do indivíduo, orientando as suas expectativas, percepções e comportamentos (Collins, 1996; Collins & Read, 1990; Shaver, Collins, & Clark, 1996). Deste modo, a vinculação com os pais prediz a elaboração de competências sociais e o ajustamento posterior ao grupo, considerando-se, assim, que o estilo de vinculação estabelecido na infância é consistente até à idade adulta (Rice, 1990; Rice, Lopez, & Vergara, 2005). Por conseguinte, o sentimento de pertença ao grupo social está dependente do estilo de vinculação e dos consequentes modelos internos estabelecidos em fases precoces do desenvolvimento do sujeito (Rice, 1990; Smith, Murphy, & Coats, 1999). Especificamente no que concerne à vinculação ao grupo social, Smith, Murphy e Coats (1999) referem que os indivíduos possuem modelos internos de si próprios (como membros de um grupo) e modelos internos acerca do grupo, que influenciam o seu padrão de pensamentos, emoções e comportamentos. O grupo social pode ser conceptualizado como acolhedor e aceitante em relação ao *eu*, ou pelo contrário como coercivo e rejeitante em relação às características e expressão emocional do *eu*. (Smith *et al.*, 1999).

O modelo de Smith, Murphy e Coats (1999) compreende a vinculação ao grupo social através de duas dimensões (ansiosa e evitante), pelas quais definem três formas de vinculação social: vinculação ansiosa, vinculação evitante e vinculação insegura. Os indivíduos com vinculação ansiosa ao grupo, apesar de não se sentirem valorizados enquanto membros, apresentam um elevado desejo de relações de proximidade. Esta percepção de insegurança associa-se a uma preocupação excessiva com a aceitação grupal, e conduz à constante monitorização das suas relações sociais e a uma maior sensibilidade aos sinais de rejeição (Collins, 1996). Por sua vez, os indivíduos que estabelecem uma vinculação evitante, percebem a proximidade ao grupo como desnecessária ou mesmo indesejável (Mckinley & Randa, 2005; Smith *et al.*, 1999), procurando manter-se isolados ou distantes de relações de dependência (Smith *et al.*, 1999). Estas duas formas de relação *eu-outro* traduzem uma vinculação insegura ao grupo. Em contraponto, os indivíduos com uma vinculação segura ao grupo caracterizam-se por expectativas positivas acerca das suas relações e por uma percepção do grupo como caloroso e aceitante, sendo a dependência e a intimidade em relação a este considerada como uma mais-valia, e manifestam menor preocupação com a conformidade em relação aos pares (Smith *et al.*, 1999).

Em consonância com o modelo supracitado, um estudo realizado por Collins e Read (1990) verificou que os indivíduos com um estilo de vinculação segura ao grupo possuem níveis mais elevados de “amor-próprio”, são mais assertivos e manifestam um grau de confiança superior nas situações de interação social. Simultaneamente, possuem mais crenças positivas acerca do mundo social e percebem os outros como mais fiáveis, fidedignos e altruístas, comparativamente com os indivíduos com estilos de vinculação insegura (ansiosa ou evitante). Este estudo mostra, ainda, que os sujeitos com um estilo de vinculação ansiosa ao grupo apresentam níveis reduzidos de “amor-próprio” e de assertividade, têm a percepção de baixo controlo sobre a sua vida e vêem os outros como complexos e difíceis, esforçando-se por lhes agradar de forma a garantir a sua aceitação (Collins, 1996). Já os indivíduos com uma vinculação evitante tendem a perceber o mundo como um lugar não cuida-

dor e os outros como não fiáveis ou fidedignos (Collins, 1996), e por isso fonte de ameaça. Assim, e em termos gerais, estes dados parecem mostrar que, nos indivíduos com um estilo de vinculação insegura ao grupo as relações com os outros são percebidas como frágeis, não duradouras e não compensatórias, promovendo nestes uma atenção selectiva para o estatuto social, e para o poder que os outros possuem para os controlar, magoar ou rejeitar. Ao se sentirem inseguros, estes sujeitos tendem a adoptar posturas concordantes com as expectativas dos outros e comportamentos de auto-monitorização, de auto-culpabilização e de auto-criticismo (Gilbert & Procter, 2006).

### 2.1.2. A sensibilidade interpessoal

Em termos evolucionários, o desenvolvimento de uma sensibilidade inata para sinalizar pistas de ameaça, abandono ou rejeição social, assim como de um vasto leque de respostas para reduzir a sua probabilidade (Bowlby, 1973), é explicado pela necessidade da pertença a um grupo social (Bowlby, 1969; Gilbert, 1989). Neste contexto, a sensibilidade interpessoal é definida, por Davidson e colaboradores (1989), como a hipersensibilidade do indivíduo à percepção dos seus defeitos e fracassos pelos outros (*i.e.*, a uma avaliação externa desfavorável). Tal como em qualquer outra potencialidade inata, em relação à sensibilidade interpessoal podemos verificar uma significativa variabilidade individual (desde níveis adaptativos até níveis extremos e disfuncionais).

Desde os trabalhos pioneiros de Bowlby (1969) e de Harlow & Mears (1979) que o medo de desaprovação, de ser ignorado ou marginalizado, assim como o medo do abandono e de perda de suporte emocional, têm sido associados a uma vasta gama de perturbações emocionais. Tal tem sido corroborado por estudos mais recentes, que mostram que os indivíduos com uma elevada sensibilidade interpessoal são excessivamente sensíveis à avaliação social, tendem a sentir-se desconfortáveis na presença dos outros, manifestam expectativas negativas nas relações sociais e apresentam uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de psicopatologia (*e.g.*, Boyce & Mason, 1996; Davidson *et al.*, 1989; Sloman, 2000).

O constructo de sensibilidade interpessoal deve ser entendido como multidimensional, o que significa que engloba aspectos distintos, embora relacionados (Gilbert, Irons *et al.*, 2006), tais como: vergonha, sensibilidade à crítica (*put-down*) e a sensibilidade à rejeição. De facto, mesmo quando os outros são vistos como prestáveis e não rejeitadores, o indivíduo pode sentir-se inferior e extremamente vulnerável ao criticismo, sendo igualmente possível um indivíduo sentir-se extremamente sensível à rejeição sem que se sinta inferior (Gilbert, Irons, Olsen, Gilbert, & McEwan, 2006). Com efeito, têm sido documentadas diferenças psicológicas e neurofisiológicas entre a sensibilidade ao *put-down* (*i.e.*, sensibilidade ao criticismo, subordinação ou *bullying* por parte dos outros) e a sensibilidade à rejeição (*i.e.*, sensibilidade à perda de suporte social, ausência de apoio ou ajuda, ou sensibilidade à ruptura afectiva) (Cacioppo, Berston, Sheridan, & McClintock, 2000; Downey, Lebolt, Rincón, & Freitas, 1998; Gilbert & Miles, 2000; Panksepp, 1998). Assim, é aconselhável que estes aspectos sejam descritos e investigados separadamente (Gilbert, Irons, *et al.*, 2006; Gilbert & Miles, 2000).

### - Sensibilidade ao *put-down*

De um ponto de vista evolucionário, a sensibilidade ao *put-down* está associada à ameaça ou à efectiva perda de posição social (*i.e.*, em termos de perda de atractividade e aceitação por parte dos outros; Gilbert & Miles, 2000). Os indivíduos que apresentam uma hipersensibilidade ao *put-down* mostram um sentimento de inferioridade e endossam a crença de que os outros o avaliam negativamente, percepcionando-o como inadequado e pouco atraente, desenvolvendo um foco cognitivo a nível da comparação social (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 2005a).

Segundo Gilbert e Miles (2000) o que determina as percepções e reacções ao criticismo social não é a crítica ou o ataque *per se*, mas sim o grau de sensibilidade ao *put-down* do indivíduo alvo. Os autores supracitados procuraram estudar o modo como os indivíduos experienciam emocionalmente a crítica (ansiedade vs raiva) e o estilo atribucional (culpa do próprio vs culpa dos outros) quando são alvos de *put-down* em situações sociais. Este trabalho permitiu importantes considerações, entre as quais podemos salientar que: a activação emocional pelo *put-down* está associada positivamente a sentimentos de ansiedade e raiva; a tendência para a auto-culpabilização se associa a maiores níveis de hostilidade e de psicopatologia; e que a atribuição de culpa aos outros (hetero-culpabilização), em situações de crítica social apresenta uma relação nula, ou negativa, com diferentes variáveis de psicopatologia (Gilbert & Miles, 2000). Estes autores constataram, também, que quando o indivíduo se percepciona como inferior ou menos atraente que os outros apresenta uma maior probabilidade de se auto-culpabilizar pela crítica de que é alvo, assim como, quando o sujeito se vê numa posição social favorável tende a atribuir a culpa aos outros (Gilbert & Miles, 2000). Em suma, estes dados mostram que a sensibilidade à avaliação crítica tem um impacto a nível emocional, e que o estilo atribucional da crítica (*i.e.*, culpa do próprio vs culpa dos outros) em situações sociais pode estar relacionado com a posição social em que o sujeito se percepciona. É de salientar, ainda, que o estilo emocional de ansiedade e raiva e um estilo de auto-culpabilização perante o criticismo estão associados à psicopatologia (Gilbert, 1992; Gilbert & Miles, 2000).

### - Sensibilidade à rejeição

Para a maioria das espécies animais a rejeição materna é representativa, para as crias, de uma significativa perda de protecção, de acesso a recursos (como alimentação) e de importante fonte de regulação emocional (Baumeister & Leary, 1995; Gilbert, 2010b; Hofer, 1984). Mesmo em períodos menos precoces das espécies sociais, a possibilidade de rejeição por parte dos outros, devido a comportamentos anormais ou a características indesejáveis da aparência, é particularmente ameaçadora (McLachlan, Zimmer-Gembeck, & McGregor, 2010).

A noção de sensibilidade à rejeição pode ser definida como o conjunto de preocupações aumentadas em relação à possibilidade de abandono por parte dos outros, associando-se ao medo de possível desprezo ou desrespeito, real ou imaginário (Sloman, 2000). Com base nas Teorias de Vinculação e

da Atribuição, Downey e Feldman (1996) conceptualizam a sensibilidade à rejeição como um processo dinâmico a nível cognitivo e afectivo, isto é, como uma disposição para prever de forma ansiosa, perceber prontamente e reagir exageradamente a pistas de rejeição percebidas no comportamento do outro. O núcleo da sensibilidade à rejeição é definido, de acordo com o modelo de Levy, Ayduk e Downey (2001), pelas expectativas defensivas de rejeição relativamente a pessoas significativas (*e.g.*, pais, pares ou companheiro romântico) em situações em que o abandono ou negligência, por parte destes, é considerada como provável. Assim, ao perceber o comportamento dos outros como potencial rejeição, o sujeito adopta reacções cognitivas e afectivas (*e.g.*, sofrimento, raiva e culpa) e reacções comportamentais (*e.g.*, desânimo, agressão, ou afastamento) congruentes com essa vivência.

Embora a sensibilidade à rejeição seja um mecanismo evolucionário universal, podemos verificar uma significativa variabilidade individual em termos de facilidade, grau, regularidade e de cronicidade da sua activação.

O desenvolvimento da sensibilidade à rejeição deriva da interacção entre os factores biológicos (*e.g.*, factores temperamentais como a inibição comportamental ou um sistema hormonal de *stress* altamente reactivo) e experiências antecedentes de rejeição (Sloman, 2000). Nesta conceptualização, expectativas de rejeição tendem a desenvolver-se quando as pessoas foram repetidamente confrontadas com experiências emocionais negativas, nomeadamente quando os cuidadores responderam às necessidades da criança com comportamentos que comunicam rejeição (como negligência, abuso emocional ou físico) (Bowlby, 1969; 1973; Downey & Feldman, 1996).

As expectativas defensivas de rejeição, que podem assumir a forma de ansiedade ou raiva, são, então, activadas em situações em que é percebida a possibilidade de rejeição, promovendo uma hipervigilância do sujeito (Pietrzak, Downey, & Ayduk, 2005). Como consequência desta hipervigilância, alguns aspectos sociais inócuos são prontamente percebidos como indicadores de rejeição intencional. Nestas situações, em que a intenção e comportamento do outro são incoerentes com as percepções de rejeição, as respostas negativas do indivíduo face aos outros podem funcionar como profecias auto-confirmatórias de rejeição social, contribuindo para a perpetuação deste ciclo (Levy *et al.*, 2001). De facto, diferentes trabalhos têm evidenciado que uma elevada sensibilidade à rejeição interfere negativamente na satisfação com a vida, aumenta a hostilidade nas relações amorosas (Downey & Feldman, 1996; Downey, Freitas, Michaelis, & Khouri, 1998), gera dificuldades interpessoais significativas (Levy *et al.*, 2001) e potencializa comportamentos que conduzem à efectiva rejeição social (Downey, Lebolt, *et al.*, 1998).

Embora os problemas precoces entre os cuidadores primários e a criança pareçam ter consequências profundas e duradouras no ajustamento sócio-emocional do indivíduo (Bowlby, 1969, 1973), a rejeição por parte de outras pessoas, para além dos cuidadores, pode conduzir igualmente à formação de expectativas de rejeição, em qualquer momento do curso do desenvolvimento (McLachlan *et al.*, 2010). Dito de outro modo, a necessidade de ser aceite pode ser satisfeita ou negada em vários tipos de relações sociais, incluindo as relações proximais (com pais e os pares) e as distantes (com a comunidade e a sociedade), pelo que podemos experimentar simultaneamente aceitação e rejeição



num ou mais tipos de relação (Bronfenbrenner, 1979). Por exemplo, uma criança apoiada e amada pelos pais mas criticada e rejeitada pelos pares, apesar de apresentar uma vinculação segura aos pais, a rejeição pelos pares pode levá-la a antecipar a rejeição de pessoas como colegas e parceiros românticos. Adicionalmente, a rejeição experienciada num tipo de relação (*e.g.*, com os pares) pode conduzir ao desenvolvimento de expectativas de rejeição nos relacionamentos actuais e futuros do mesmo tipo (*e.g.*, com outros pares), ou podem ser transferidas e generalizadas para outros tipos de relações (*e.g.*, com parceiros românticos) (Laurson, 1996; Levy *et al.*, 2001). Em síntese, a sensibilidade à rejeição opera de forma consistente nas relações com outros significativos e nas relações grupais (Levy *et al.*, 2001) e, não obstante ser um mecanismo fundamental para garantir o ajustamento do indivíduo ao seu grupo social, uma sobre-sensibilidade a sinais de rejeição é um importante predictor de pior qualidade de vida (*e.g.*, Downey & Feldman, 1996; Downey, Lebolt, *et al.*, 1998) e de diversas condições psicopatológicas (*e.g.*, Beck, 1983; APA, 1994).

A Teoria de Vinculação e a Teoria das Mentalidades Sociais são frequentemente conceptualizadas enquanto abordagens distintas e divergentes, no entanto diferentes autores têm vindo a enfatizar a compatibilidade destes modelos para a leitura do comportamento humano e para a explicação da psicopatologia (Gilbert, 2006a; Gilbert, Bailey, & McGuire, 2000; Sloman, 2000). De facto, o estilo de vinculação e a mentalidade de *ranking* social surgem como intimamente interconectados. De acordo com Sloman (2000), os indivíduos que apresentam um estilo de vinculação pouco seguro percebem a sua ligação com os outros como algo que têm de se esforçar por conquistar, através da demonstração do seu valor e da sua atractividade social. Ao se sentirem sob permanente escrutínio social, estes indivíduos tornam-se extremamente sensíveis a pistas de crítica e de rejeição, procurando constantes sinais de que são desejáveis, valorizados ou atraentes, como forma de se tranquilizarem. Por outro lado, ao percepcionarem que outros são mais atraentes em vários domínios, os seus modelos internos em relação ao *self* e às suas relações com os outros são organizados com base em dimensões de poder, controlo e competitividade.

## 2.2. A mentalidade de *ranking* social: “a necessidade de ser atraente”

Para a abordagem da mentalidade de *ranking* social, será necessário compreender porque somos tão sensíveis à questão de quão atraentes somos para os outros? Ao considerarmos a pertença a um grupo social como a mais fundamental das necessidades humanas (Bailey, 2000; Panksepp *et al.*, 1997), a resposta a esta questão é imediata, precisamos de ser aceites, valorizados e escolhidos pelos outros.

Durante milhões de anos o poder de atracção, como uma estratégia social, moldou a evolução das mentes e dos cérebros humanos porque aqueles que eram considerados como atraentes tinham melhor acesso a recursos sociais positivos (como afecto, suporte e aprovação) (Allan & Gilbert, 1995; Gilbert, 1997, 2002). Em contraste, aqueles que eram vistos como socialmente não atraentes terão sido despromovidos, ostracizados ou rejeitados e terão, naturalmente, sofrido na competição por estes recursos fundamentais. Em consequência, ao longo da evolução, vários mecanismos mentais

parecem ter evoluído de forma a sinalizar, prestar atenção e responder a tais ameaças através de comportamentos defensivos (Gilbert, 1997; 2001). Em consonância com esta leitura da atractividade, enquanto uma necessidade básica, aqueles indivíduos que se sentem mais inseguros acerca da sua capacidade de criar uma impressão positiva na mente dos outros (*i.e.*, enquanto agentes sociais atractivos) tendem a orientar as suas relações em termos de competição (Gilbert, 1989, 2005b, 2007b; Leary, 1995).

Segundo a Teoria das Mentalidades Sociais (Gilbert, 2005a), uma mentalidade de *ranking* social actua em situações nas quais o sujeito se vê confrontado com a necessidade de competir por recursos, de aumentar ou manter o seu estatuto ou, pelo contrário, de se acomodar ou subordinar àqueles que possuem um *ranking* mais elevado (Gilbert, 1989, 2005a; Gilbert, Price, & Allan, 1995). Este estilo de relacionamento assente na competição, de modo a “ser escolhido” pelos outros para determinados papéis (tais como aliado, parceiro sexual ou líder), pode ser a forma mais eficaz para lidar com ameaças sociais. No entanto, a sobre-estimulação desta mentalidade está associada a sentimentos de derrota, inferioridade, subordinação, humilhação e rejeição, aumentando a vulnerabilidade para o desenvolvimento de psicopatologia (através da activação do Sistema de Defesa/Ameaça com respostas típicas de submissão, agressão, ansiedade ou depressão) (*e.g.*, Bellew, Gilbert, Mills, McEwan, & Gale, 2006; Gilbert, 1992, 2005a; Gilbert *et al.*, 2007; Gilbert, McEwan, Bellew, Mills, & Gale, 2009; Trower & Gilbert, 1989). Em suma, a mentalidade de *ranking* social, com as suas raízes na preocupação com o poder dos outros e em relações de dominância/subordinação, torna os sujeitos altamente vulneráveis à vergonha, submissão e inferioridade e excessivamente focados na comparação social e na necessidade de competir (Gilbert, Bailey, & McGuire, 2000).

### 2.2.1. A comparação social

A comparação social pode ser definida como o processo pelo qual o indivíduo estabelece relações entre as suas características, atributos, atitudes, capacidades e crenças em comparação com os outros (Buunk & Mussweiler, 2001). Assim, através deste processo fazem-se avaliações do tipo superior/inferior, mais forte/mais fraco, estabelecendo-se hierarquias sociais (*social ranks*; Gilbert, 1992).

Allan e Gilbert (1995) ressaltam a função adaptativa da comparação social na formação de hierarquias e na coesão grupal, não só para os seres humanos mas também em outras espécies. De acordo com a teoria de *ranking* social é vantajoso para um animal não desafiar e não competir continuamente com outros que sabe que o irão derrotar, visto que isto representaria um desperdício de energia, e em última análise, um perigo para a sua sobrevivência (Gilbert *et al.*, 1995; Price, Sloman, Gardner, Gilbert, & Rhode, 1994). Assim, os animais mais fracos devem sinalizar a sua submissão através dos seus comportamentos não-verbais, o que pode envolver o escape activo (*i.e.*, fuga ou evitamento) ou a inibição passiva (*i.e.*, assumir determinadas posturas que se destinam a sinalizar “não-ameaça” e o evitamento da situação de conflito). Por outro lado, é importante que o animal desafie aqueles que são passíveis de serem derrotados, no sentido de aumentar ou manter o seu estatuto grupal. Nesta conceptualização, a comparação social funciona como um processo de avalia-

ção dos sinais que indicam dominância e submissão, no sentido de analisar os custos e benefícios de um possível desafio (Gilbert *et al.*, 1995).

O papel central que o processo de comparação social desempenha nas interações humanas tem sido amplamente reconhecido (Buunk & Gibbons, 2007; Gilbert *et al.*, 1995). Nas ciências sociais, a noção de que a comparação com os outros representa um dos aspectos mais importantes na avaliação e construção da realidade social remonta aos estudos de Sherif (1936, *cited in* Buunk & Gibbons, 2007), no entanto foi Festinger (1954) o primeiro autor a usar este conceito. Segundo a Teoria da Comparação Social, os indivíduos são guiados por um desejo de auto-conhecimento e auto-avaliação e, apesar de preferirem avaliar-se através de critérios objectivos, quando essa informação objectiva não está disponível tendem a comparar-se com os outros para avaliar as suas próprias características (Buunk & Gibbons, 2007; Festinger, 1954). Desde o trabalho original de Festinger, o interesse pelo estudo deste fenómeno social fundamental tem crescido exponencialmente, surgindo inúmeros paradigmas, abordagens e aplicações.

Ao compararem-se com os outros, os indivíduos podem fazer comparações ascendentes (*upward*) ou descendentes (*downward*) das suas capacidades ou atributos (Buunk & Gibbons, 2007; Major, Testa, & Bylsma, 1991; Wood, 1989). Quando fazem comparações ascendentes, os indivíduos estão a escolher preferencialmente objectos de comparação superiores a si, ou seja, pessoas que consideram estar numa posição mais favorável no domínio que é comparado. Este tipo de comparação é provavelmente escolhido com vista ao auto-aperfeiçoamento (Buunk & Gibbons, 2007), ajudando o indivíduo a melhorar o seu estado actual (Wood, 1989). Não obstante, e apesar desta função adaptativa da comparação *upward*, os indivíduos podem experienciar emoções negativas quando se comparam com outros superiores (Buunk & Gibbons, 2007). Assim, apesar das comparações ascendentes serem potencialmente ricas em informação, podem ser ameaçadoras para os indivíduos, na medida em que contribuem para uma auto-avaliação negativa (Festinger, 1954). Em contraste, a comparação descendente, a qual diz respeito à comparação com indivíduos que são percebidos como estando numa posição inferior, é um tipo de comparação auto-engrandecedor e auto-protector (Gibbons & McCoy, 1991; Wills, 1981; Wood, 1989). Embora ambos os tipos de comparação possam ter um impacto positivo ou negativo no bem-estar, diversas investigações apontam uma associação entre a comparação social ascendente e o afecto negativo (Buunk & Gibbons, 2007; Gibbons, Benbow, & Gerrad, 1994; Gibbons & Buunk, 1999).

No *ranking* social dos humanos, parece haver duas dimensões principais de avaliação: comparações de força, poder e agressividade relativas, traduzidas pelo Potencial de Obtenção de Recursos (POR); e de atracção social e talento, operacionalizada pelo Poder de Obtenção de Atenção Social (POAS; Allan & Gilbert, 1995). De facto, a comparação social pode ser conceptualizada como uma medida do potencial de obtenção de recursos, definido pela força, aptidões, armas ou aliados e outros factores que aumentam a capacidade de lutar e vencer, comparativamente a outros, para determinar quem se deve atacar e a quem se deve submeter (Gilbert *et al.*, 1995). Quando o POR é favorável, o indivíduo avalia-se como mais poderoso do que o seu inimigo (Price, 1988), o que se traduz em comportamentos de ataque e ameaça, enquanto a percepção de ter um POR desfavorável traduzir-se-á na

fuga, escape ou submissão. Contudo, as hierarquias sociais humanas são essencial e primordialmente mediadas pela capacidade de ser atraente para os outros (Allan & Gilbert, 1995), sendo o estatuto social conferido em resposta à demonstração de qualidades atraentes do *self* (Barkow, 1980; Kemper, 1990).

O conceito de Poder de Obtenção de Atenção Social (POAS) diz respeito à capacidade de dirigir atenção social favorável para si mesmo (Gilbert, 1989, 1992; Gilbert *et al.*, 1995). Assim, para ser atraente o indivíduo deve ser capaz de manipular emoções e sentimentos positivos do outro, em vez de medo, e isso exige uma relação positiva. Em suma, a atracção social tem sido relacionada com o *ranking* social dada a tendência para a escolha de indivíduos mais atraentes em detrimento dos menos atraentes (Allan & Gilbert, 1995).

É através da comparação com os outros que se percebe quais as dimensões valorizadas, num determinado contexto social, e de que forma se deve adaptar o comportamento para obter atenção favorável dos outros. Desta forma, as pessoas comparar-se-ão nos domínios valorizados, esforçando-se nesses mesmos domínios para aumentar o seu estatuto em relação ao dos outros. A percepção de uma posição desfavorável, isto é, perceber que em comparação com os outros o *self* não é tão desejado ou valorizado, poderá aumentar a probabilidade de perturbação psicológica ou conduzir à procura de alternativas nos domínios em comparação (Gilbert *et al.*, 1995). De facto, perdas no POAS poderão activar respostas defensivas como a ansiedade, raiva ou ressentimento (Gilbert, 1992; Gilbert *et al.*, 1995). A vergonha é uma outra consequência negativa associada à perda de atenção social positiva (Broucek, 1991; Gilbert, 1992, 1997, 1998, 2002; Kaufman, 1989)

### **2.2.2. A vergonha**

À luz do modelo evolucionário, a necessidade de ser atraente, e de provocar sentimentos positivos na mente dos outros, representa uma questão fundamental para a sobrevivência e desenvolvimento do indivíduo (Gilbert, 2000a). Assim, a percepção de perda de atractividade pode constituir uma importante ameaça, perante a qual o indivíduo reage activando um conjunto de comportamentos defensivos básicos, edificados no decorrer de uma resposta de vergonha. Esta vivência de vergonha constitui-se como uma emoção negativa, que deriva da percepção de que certas características pessoais, atributos ou comportamentos são avaliados como indesejáveis e não atraentes (Gilbert, 2000a).

Segundo Gilbert (2002), a vergonha pode ser compreendida como uma experiência auto-focada que depende das competências da construção do *self* enquanto agente social. Não obstante todas as emoções serem fundamentalmente sociais, a raiva, o medo, a ansiedade, a tristeza e a alegria são consideradas como emoções primárias (ou básicas), sendo os principais componentes dos nossos sistemas de afecto negativo e positivo. Enquanto outras emoções como a vergonha, a culpa ou o orgulho, são consideradas como especialmente sociais, e denominadas como emoções secundárias, de ordem superior ou auto-conscientes (Gilbert, 2002).

As emoções secundárias ou auto-conscientes são menos partilhadas com outros animais e são relativamente novas no estágio evolucionário (Tangney, 1993; Tangney & Fischer, 1995). Estas, nomeadamente a vergonha, desenvolvem-se posteriormente às emoções primárias e estão dependentes da aquisição de competências cognitivas específicas, como: a representação simbólica, a Teoria da Mente e a metacognição (Gilbert, 2003). Numa fase inicial, os humanos tornam-se capazes de formar representações simbólicas dos objectos no mundo (nomeadamente do *eu*), o que implica uma auto-consciência e a capacidade para julgar e atribuir valor ao *eu* (Gilbert, 2003; 2005a). Outro elemento crucial à evolução humana é a habilidade para entender os sentimentos e as intenções dos outros, e para fazer julgamentos acerca do que os outros estão a pensar (Teoria da Mente) (Gilbert, 2003; 2005a; 2007a). Ligada a estas aptidões está a metacognição, a qual se refere à capacidade para reflectir sobre os nossos próprios sentimentos, pensamentos e comportamentos, dando-lhes significado e prevendo as suas possíveis consequências e a forma como os outros lhe irão reagir (Gilbert, 2003, 2005a, 2007a). Estas três competências cognitivas não só dão lugar à capacidade humana para experienciar vergonha, como são também responsáveis pela flexibilidade mental e são a base para a construção social (Gilbert, 2003). Assim, à medida que os indivíduos são socializados, percebem e internalizam as normas (ou regras) sociais, através da mediação das contingências de aprovação e desaprovação daqueles que lhes estão próximos (família e pares; Gilbert, 2002, 2003; Harder & Greenwald, 2000).

A experiência de vergonha é fundada nas relações sociais, nas quais o indivíduo para além de interagir, também avalia e julga o *eu* e os *outros* (Tangney & Fischer, 1995), assumindo as experiências emocionais precoces um papel fundamental na percepção que a criança começa a formar acerca de si como objecto social. Com efeito, a perspectiva evolucionária entende a vergonha como uma emoção derivada do relacionamento e comportamento social (Harder & Greenwald, 2000), que pode ser activada perante a percepção de ameaça de desvalorização ou rejeição por parte dos outros, no caso do sujeito não ser atraente enquanto agente social (Gilbert, 2002). Neste contexto, Gilbert (2002, 2003, 2007a, 2010b) distingue dois tipos de vergonha: vergonha externa e a vergonha interna.

A vergonha externa diz respeito “à forma com existimos na mente dos outros” (Gilbert, 1997, 1998, 2007a), ou seja, está relacionada com pensamentos e sentimentos acerca do *eu* como objecto social e com expectativas negativas (e.g., fraco, inferior, não atraente) acerca do modo como os outros nos irão julgar (Gilbert, 1998; Lewis, 1992; Nathanson, 1992; Tangney & Fischer, 1995). A vergonha interna (ou internalizada) relaciona-se com a forma como o *eu* julga e sente o próprio *self* (Gilbert, 2003), ou seja, emerge quando as atribuições internas e afectos giram em torno de auto-avaliações negativas e quando o *eu* é sentido como mau, sem valor e não desejado. Em consonância com o supra-citado, a capacidade de internalizar a vergonha inicia-se (a partir dos dois anos) quando a criança começa a ser capaz de discernir quais dos seus comportamentos e características podem ser julgados positivamente pelos outros, ou seja, tornam-se auto-conscientes e começam a julgar o *self* e os seus atributos conforme as reacções que geram nos outros (Gilbert & Thompson, 2002). Assim, enquanto a vergonha externa é activada quando sentimos que os outros nos vêem com afecto negativo (nomeadamente com desprezo, desejo de criticar, excluir ou evitar), a vergonha interna surge

quando há uma internalização dessa experiência, ou seja, uma identificação com a mente do outro (Gilbert, 2003).

De acordo com Gilbert (2002), e perante a complexidade desta emoção, a vergonha deve ser considerada como uma experiência multifacetada, que inclui: (1) um componente cognitivo externo ou social, uma vez que os afectos associados à vergonha surgem, frequentemente, em contextos sociais e estão associados a pensamentos automáticos de que os outros vêem o *eu* como inferior, mau, defeituoso ou inadequado; (2) um componente de auto-avaliação, visto que a vergonha envolve uma avaliação global negativa do *eu* (Fischer & Tangney, 1995), frequentemente associada a auto-desvalorização e ao auto-criticismo (Gilbert & Procter, 2006); (3) um componente emocional, na medida que as emoções e os sentimentos relacionados com a vergonha, embora distintos (*e.g.*, ansiedade, raiva, auto-desprezo/aversão e repugnância pelo *eu*) estão associados ao Sistema Ameaça/Defesa (Gilbert, 1998) e, também, a uma interrupção ou perda de afecto positivo (Kaufman, 1989; Nathanson, 1994; Tomkins, 1987); (4) um componente comportamental, associando-se a determinados comportamentos defensivos específicos, como um forte impulso para “não ser visto”, de evitamento ou fuga (Lewis, 1992). Estas respostas comportamentais à experiência de vergonha estão com frequência relacionadas com a submissão (Gilbert & McGuire, 1998), no entanto, quando a raiva é a emoção despoletada poderá surgir a retaliação e a vingança contra aquele que expõe o *eu* como inferior, fraco ou mau (Retzinger, 1991); e (5) um componente fisiológico, pois a vergonha encontra-se associada à resposta de *stress*, e em determinados casos poderá envolver a activação do sistema parassimpático (Schoore, 1994).

Ainda que seja extensa a literatura que enfatiza o papel da vergonha enquanto preditor de psicopatologia (*e.g.*, Gilbert, 2000a; Gilbert & Andrews, 1998; Matos & Pinto-Gouveia, 2010), esta é uma emoção humana adaptativa útil para a nossa sobrevivência, que desempenha funções importantes na determinação da nossa qualidade de vida, influenciando e guiando o nosso comportamento, e a forma como nos relacionamos com os outros (*e.g.*, Gilbert, 1998, 2002; Tangney & Fischer, 1995). Efectivamente, esta emoção constitui-se como um sinal fundamental sobre as violações ou transgressões das normas sociais, permitindo ao indivíduo corrigir ou modificar a sua conduta de forma que o seu comportamento seja mais adaptativo, de modo a alcançar a aprovação e aceitação por parte do grupo social (Harder & Greenwald, 2000). De facto, os indivíduos com insuficiente sensibilidade aos sinais de vergonha, e com consequentes problemas na regulação comportamental, têm maior probabilidade de serem socialmente rejeitados, uma vez que não permitem que os outros exerçam controlo suficiente sobre o seu comportamento (Gilbert, 2002; Harder & Greenwald, 2000). Considera-se, assim, que a capacidade do sujeito para se regular em resposta a sinais externos ou internos de vergonha é vital para a manutenção da ligação com o grupo social e para a concretização dos objectivos e oportunidades individuais (Harder & Greenwald, 2000). Contudo, uma extrema sensibilidade e a intolerância aos sinais de vergonha estão intimamente relacionadas a comportamentos defensivos, os quais são responsáveis por sérias dificuldades ao nível do relacionamento social e pelo desenvolvimento de uma variedade de perturbações psicopatológicas (*e.g.*, Gilbert, 1992, 1993, 2000a, 2002; Harder & Greenwald, 2000).

Sentir-se envergonhado ou ser envergonhado pelos outros são experiências dolorosas que podem levar o indivíduo a adoptar uma atitude dura, crítica e punitiva, que se traduz num discurso interno negativo, como forma de lidar com uma visão de si como inferior. O que significa que o auto-criticismo surge como uma forma de regular a experiência de vergonha (Gilbert, 2010b; Gilbert & Irons, 2005).

### 2.2.3. O auto-criticismo

O auto-criticismo não é um conceito novo na psicologia. Durante várias décadas este foi concebido como unidimensional e encarado como um processo relativamente simples. A Teoria Comportamental definiu o auto-criticismo como uma forma de auto-punição (Rehm, 1977), enquanto as Teorias Cognitivas tendiam a enfatizar as auto-avaliações negativas e a natureza condenatória dos pensamentos automáticos negativos (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982), as quais se assumiam como vulnerabilidade específica para a depressão (Blatt *et al.*, 1982; Blatt & Zuroff, 1992). Mais recentemente, e tendo por base o Modelo Evolucionário, o auto-criticismo tem sido conceptualizado como um conceito multidimensional, descrevendo uma forma de interacção entre os diferentes aspectos do *self*, em que uma parte de *eu* descobre defeitos, acusa e condena, ou mesmo odeia, e a outra parte se submete (Gilbert, 2000b; 2007a; Gilbert *et al.*, 2001; Gilbert *et al.*, 2004).

De acordo com Gilbert e colaboradores (2004), o auto-criticismo envolve diferentes formas, funções e emoções, sendo tipicamente activado em situações de fracasso ou falha, ou num contexto mais crítico e negativo em relação ao *eu*.

Gilbert e colaboradores (2004) distinguem duas formas de auto-criticismo: *eu-inadequado* e *eu-detestado*. A forma *eu-inadequado* prende-se com sentimentos de derrota e inadequação perante as suas falhas e erros, enquanto o *eu-detestado* se orienta para sentimentos de raiva, repulsa, aversão e ódio dirigidos ao *self*, com respostas mais destrutivas, persecutórias e agressivas, e com o desejo de se magoar a si mesmo (Gilbert *et al.*, 2004; Gilbert, Baldwin *et al.*, 2006). Cada uma destas formas de auto-criticismo está relacionada com funções distintas: a função de auto-correcção, particularmente associada com a forma do *eu-inadequado*, na qual a crítica assume o intuito de corrigir o comportamento, melhorar o desempenho e prevenir erros futuros (Gilbert, 2000b; Gilbert *et al.*, 2004); ou a função de auto-ataque, na qual o auto-criticismo pode revestir-se de uma componente mais agressiva, manifestando aversão pelo *eu* e desejo de se magoar ou vingar pelas suas falhas. Esta função é considerada como mais patogénica e está sobretudo ligada ao *eu-detestado* (Gilbert *et al.*, 2004). De acordo com esta leitura, as funções e razões pelas quais os sujeitos se auto-criticam e atacam podem determinar as formas que o criticismo pode encerrar.

Em contraste com as estratégias críticas e punitivas de relação *eu-eu*, o sujeito pode utilizar uma estratégia de auto-tranquilização quando enfrenta situações de fracasso (Gilbert *et al.*, 2004). Este tipo de resposta passa por uma disposição positiva e acolhedora para com o *eu*, o que permite a

auto-aceitação, a compaixão e a compreensão das falhas e fracassos pessoais como algo inerente à condição humana (Gilbert, 2000b; Gilbert *et al.*, 2004). O processo de auto-tranquilização é complexo e inclui diferentes componentes, como a capacidade para recordar aspectos positivos do próprio, sucessos passados e habilidades, a capacidade para tolerar o desapontamento e o sentimento de vulnerabilidade, e a disposição para ter compaixão consigo mesmo (Gilbert *et al.*, 2004). Assim, as formas de auto-tranquilização, perante situações desfavoráveis e de fracasso, poderão, então, passar pelo encorajamento e incentivo a si mesmo (*e.g.*, “Tento animar-me lembrando-me do que já consegui alcançar”), enquanto outras podem passar pela própria tranquilização e consolo (*e.g.*, “Sou carinhoso e cuido de mim mesmo”) (Gilbert *et al.*, 2004).

O auto-criticismo pode ser abordado enquanto processo de regulação emocional mal-adaptativa face a situações de diminuição do estatuto social. Esta forma de auto-regulação funciona como um sinal hostil interno, que actua como um sistema de auto-monitorização, face às fraquezas ou falhas do *eu*, e de auto-condenação (Gilbert & Irons, 2005). Se este padrão de relação *eu-eu* se repetir ao longo do tempo, os sujeitos podem passar a sentir-se perseguidos pelos seus próprios ataques (Greenberg, Elliot, & Foerster, 1990). Deste modo, os sujeitos podem tornar-se submissos e desencorajados pelas suas críticas, através dos mesmos sistemas de resposta e afecto que são utilizados quando os outros os atacam (Gilbert, Baldwin, *et al.*, 2006). Em contraste, uma forma afectuosa de relação *eu-eu* incitará tranquilidade e auto-compaixão (Gilbert & Irons, 2005).

A literatura tem evidenciado que a tendência para a auto-crítica, ou para a auto-tranquilização, emerge como resultado da internalização de experiências precoces de vinculação e estilos parentais. Com efeito, filhos de pais negligentes e hostis tendem a ser mais auto-críticos, enquanto filhos de pais responsivos e acolhedores tenderão a ser mais auto-tranquilizadores (Baldwin, 2005; Blatt & Zuroff, 1992; Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus, & Palmer, 2006). Blatt e Zuroff (1992) consideram que as representações negativas de si e dos outros se formam precocemente, geralmente na interacção com as figuras cuidadoras. No mesmo sentido, Gilbert e colaboradores (2004) referem que o auto-criticismo se desenvolve na infância, em ambientes hostis, onde os recursos são escassos, e os comportamentos de suporte mútuo e de cuidado não são muito reforçados. Assim, a vivência de repetidas experiências ameaçadoras, como por exemplo a não resposta, a resposta hostil ou enraivecida da mãe, e/ou a atitude punitiva do pai perante o comportamento ou expressão emocional da criança contribui para que esta internalize uma visão de si como incompetente, inferior e inadequada (Gilbert & McGuire, 1998).

Em ambientes precoces marcados pela punição, ameaça e crítica, o Sistema de Ameaça/Defesa e a utilização de estratégias orientadas para o poder e para a ameaça parecem ser mais adaptativas (Irons *et al.*, 2006), tornando-se a mentalidade de *ranking* social dominante no processamento *eu-eu* e *eu-outros* (Gilbert & Irons, 2005). O mesmo é dizer que, o desenvolvimento do auto-criticismo se associa à necessidade de activação rápida de defesa, quando se cresce num ambiente caracterizado pela hostilidade (Gilbert *et al.*, 2004). Desta forma, quando erra ou falha, o indivíduo activa essa visão internalizada de si como inferior e para lidar com isso, e tal como aprendeu nas experiências



precoces, adota uma atitude dura, crítica e punitiva, tornando-se submisso e desencorajado com os próprios ataques.

Embora o auto-criticismo moderado, tal como a vivência de vergonha e a sensibilidade interpessoal, possa exercer uma função adaptativa, especialmente se for exercido em termos auto-correctivos (Driscoll, 1989), este tipo de resposta ao fracasso parece levar a sentimentos de inferioridade (Gilbert, Baldwin, *et al.*, 2006; Gilbert *et al.*, 2004), a vergonha, a dificuldades nas relações interpessoais (Zuroff, Moskowitz, & Côté, 1999) e a sofrimento emocional (Gilbert, 1998, 2000b; Gilbert & Irons, 2005). Muitos trabalhos têm reconhecido o auto-criticismo como processo de regulação emocional mal-adaptativo associado ao desenvolvimento de psicopatologia (Blatt & Zuroff, 1992; Dunkley, Zuroff, & Blankstein, 2003, Gilbert, 2002; Gilbert *et al.*, 2001), nomeadamente como uma vulnerabilidade específica para a depressão (*e.g.*, Gilbert, Baldwin, *et al.*, 2006; Gilbert *et al.*, 2004; Hartlage, Arduino, & Alloy, 1998; Whelton & Greenberg, 2005). Whelton e Greenberg (2005) constataram que indivíduos que apresentam níveis elevados de auto-criticismo, quando submetidos às próprias críticas e instigados a reflectir sobre as mesmas, revelam vergonha e mostram expressões, sentindo-se incapazes de responder aos próprios ataques, sendo que é essa incapacidade que explica a depressão. Quer isto dizer que, para estes autores, o aspecto central do auto-criticismo passa pela incapacidade para contra-argumentar e defender-se das suas próprias críticas e exigências. Esta ideia vai ao encontro do conceito de auto-criticismo, defendido por Gilbert *et al.* (2004) enquanto sinal interno de hostilidade, levando o indivíduo a sentir-se perseguido pelas suas próprias críticas e ataques, o que provoca um sentimento de derrota e submissão, que justifica e contribui para a resposta depressiva.

Em síntese, o auto-criticismo é compreendido como parte de um contínuo em que no extremo positivo se situa um estilo auto-crítico que influencia as pessoas a alcançar o sentido de si próprias de uma forma positiva, realista e coerente, enquanto o outro extremo se situa o processo mal-adaptativo de auto-crítica constante que conduz os indivíduos à auto-desaprovação, quando falham no alcance de objectivos planeados, frustrando-os e desencorajando-os (Holm-Denoma, Otamendi, & Joiner, 2008).

O estilo de relação *eu-eu* auto-crítico tem sido associado com o traço de perfeccionismo (Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990), considerando-se que a exigência de padrões excessivamente altos de desempenho pode representar uma estratégia defensiva com vista a evitar a crítica e a desaprovação expectáveis na relação *eu-eu* e *eu-outros* (Blatt, 1995; Gilbert, 2006a; Gilbert, Durrant, & McEwan, 2006).

#### 2.2.4. O perfeccionismo

A conceptualização do perfeccionismo, enquanto traço de personalidade, associado à psicopatologia tem reunido um vasto interesse e amplo estudo (*e.g.*, Blatt, 1995; McGee, Hewitt, Sherry, Parkin, & Flett, 2005; Shafran & Mansell, 2001). Historicamente, o perfeccionismo foi concebido de acordo

com uma perspectiva unidimensional e descrevia o estabelecimento de padrões individuais extremamente exigentes em relação aos desempenhos e na avaliação do valor pessoal, reflectindo-se num esforço contínuo ou incessante para alcançar objectivos excessivamente elevados e dificilmente alcançáveis (ou mesmo impossíveis). Porém esta definição falha na discriminação entre os desempenhos exigentes como estratégia compensatória de uma auto-percepção de ineficácia vs os padrões de mérito em indivíduos com uma percepção de si como altamente competentes e bem sucedidos (Frost *et al.*, 1990). Paralelamente, diferentes investigadores têm vindo a sublinhar a importância de distinguir entre as características perfeccionistas consideradas patogénicas e aquelas que assumem uma função mais adaptativa e socialmente valorizada (Hamacheck, 1978; Owens & Slade, 2008; Terry-Short, Owens, Slade, & Dewey, 1995).

Dadas as limitações que têm sido imputadas a esta visão unidimensional do perfeccionismo (*e.g.*, Cockell *et al.*, 2002; Halmi *et al.*, 2000; Soenens, Vansteenkiste, Luyten, Duriez, & Goossens, 2005; Vohs *et al.*, 2001), muitos autores propuseram estudar este constructo tendo em conta uma perspectiva mais alargada, a qual envolve aspectos pessoais e sociais (Frost *et al.*, 1990; Hewitt & Flett, 1991; Terry-Short *et al.*, 1995). Esta conceptualização do perfeccionismo, como um constructo multidimensional, parece oferecer vantagens não só para a descrição detalhada de comportamentos diferenciados, como também para a compreensão da sua relação com o afecto e a qualidade de vida dos sujeitos (Wyatt & Gilbert, 1998).

Numa abordagem multidimensional do traço perfeccionismo, Frost e colaboradores (1990) identificaram seis facetas distintas, quatro das quais intrapessoais: (1) padrões de desempenho pessoal elevados (que explora a preferência por padrões objectivos exigentes e expectativas pessoais de *performance* elevados); (2) preocupação com o erro (que avalia uma tendência para reagir e responder de forma negativa perante os seus fracassos e erros); (3) organização e ordem (que corresponde à importância atribuída à organização, ordem e limpeza); e (4) dúvidas sobre a acção (que explora o grau em que a pessoa duvida das suas capacidades para completar determinadas tarefas). E duas facetas interpessoais: (5) expectativas parentais (que mede a percepção e a crença de que os pais estabelecem padrões extremamente elevados para si); e o (6) criticismo parental (que corresponde lembranças, ou memórias, dos pais como excessivamente críticos face aos seus desempenhos). Existem algumas evidências que estas dimensões do perfeccionismo têm um impacto distinto no funcionamento psico-social do indivíduo, tendo sido identificada uma associação positiva de determinadas facetas a comportamentos mais adaptativos e associados a bem-estar (*e.g.*, padrões de desempenho elevados e organização), enquanto outras (*e.g.*, preocupação com o erro e dúvidas na acção) reflectem aspectos mal-adaptativos e auto-críticos, estando positivamente associadas a diferentes indicadores de psicopatologia (Cockell *et al.*, 2002; Halmi *et al.*, 2000; Soenens *et al.*, 2005; Vohs, Bardone, Joiner, & Abramson, 1999; Vohs *et al.*, 2001).

Em consonância com o modelo anterior, Hewitt e Flett (1991) conceptualizam o perfeccionismo enquanto variável multidimensional, incorporando uma componente auto-referente (ou intrapessoal), componentes inter-pessoais e componentes auto-apresentacionais. Assim, estes autores identificaram três dimensões do perfeccionismo: o auto-orientado, hetero-orientado e socialmente

prescrito. O perfeccionismo auto-orientado é definido como uma dimensão intra-pessoal, no sentido em que o indivíduo estabelece padrões irrealistas e rígidos para si próprio, avaliando e censurando o seu comportamento de forma muito exigente. O perfeccionismo hetero-orientado (*i.e.*, orientado para os outros) descreve uma tendência para estabelecer padrões rígidos e irrealistas para outros, levando o indivíduo à elaboração de expectativas elevadas nas suas relações. Enquanto o perfeccionismo socialmente prescrito, remete para a crença de que os outros detêm padrões demasiado exigentes em relação a si (*i.e.*, que os outros o avaliam de forma rigorosa e exercem pressão para que seja perfeito), o que se repercute numa preocupação extrema com a incapacidade de corresponder a tais expectativas e num medo da avaliação negativa dos outros (Hewitt & Flett, 1991; Cokell *et al.*, 2002). De acordo com o estudo de Wyatt e Gilbert (1998), existe uma relação positiva entre o perfeccionismo socialmente prescrito e uma percepção de baixo estatuto social (*i.e.*, comparação social desfavorável e comportamentos de submissão), sugerindo que alguns indivíduos poderão adoptar padrões perfeccionistas num processo de compensação de um sentimento de inferioridade do *self* em relação aos outros.

Mais recentemente, Hewitt e colaboradores (2003) adicionaram ao modelo original uma componente relacionada com a sua expressão pública do perfeccionismo (auto-apresentação perfeccionista), a qual distingue do perfeccionismo concebido enquanto traço (Hewitt, Flett, & Ediger, 1995). Esta componente interpessoal define um estilo de apresentação mal-adaptativo, que se baseia na percepção da necessidade de parecer perfeito aos olhos dos outros, não revelando ou esforçando-se por ocultar as suas imperfeições em público. Assim, o conceito de auto-apresentação perfeccionista engloba três dimensões: a auto-promoção perfeccionista (proclamar os sucessos e mostrar-se como perfeito); ocultação das imperfeições (esconder ou evitar demonstrações comportamentais de imperfeição); e a não-revelação das imperfeições (evitar admissões verbais da imperfeição ou falhas) (Hewitt & Flett, 2002; Hewitt *et al.*, 2003). Este constructo pretende descrever os indivíduos que sentem necessidade de apresentarem um *self* público ideal, que transmita uma imagem do *eu* como perfeito, através de um nível exacerbado de auto-consciência em situações públicas e de um esforço por corresponder às expectativas dos outros, tendo como propósito a aprovação externa (Hewitt *et al.*, 2003).

Nesta leitura, Hewitt e Flett (2002) propõem que a expressão interpessoal do perfeccionismo implica um esforço para criar uma imagem de perfeição para os outros. Esta associação entre a dimensão pública do perfeccionismo e comportamentos competitivos é, igualmente, corroborada pelo estudo de McGee *et al.* (2005). Segundo este trabalho, os indivíduos que apresentam valores superiores na “necessidade de se apresentar como perfeito para os outros”, e manifestam maior esforço em esconder ou omitir aspectos menos favoráveis do *self* (falhas ou imperfeições), tendem a envolver-se mais activamente em comportamentos de competição como estratégia para corresponder às expectativas sociais e de evitar um sentimento de inferioridade (McGee *et al.*, 2005).

### 2.2.5. O *striving*

O *striving*, ou, o comportamento de competição, luta ou esforço por objectivos pode ser conceptualizado enquanto estratégia de regulação emocional para lidar com o sentimento de inferioridade e de submissão (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert *et al.*, 2007), e para evitar o criticismo e rejeição (Dunkley, Zuroff, & Blankstein, 2006).

Todos os animais são confrontados com a necessidade de competir por recursos (tais como comida, parceiros sexuais e estatuto no grupo) (*e.g.*, Allan & Gilbert, 1995; Gilbert, 2002, 2005a), podendo a competição ser definida como uma forma de interacção entre sujeitos (e/ou entre grupos) em que cada um procura maximizar os seus ganhos (Doron & Parot, 2001). De um ponto de vista evolucionário, a competição tem um papel crucial para a sobrevivência, desempenhando uma função adaptativa na formação de hierarquias de dominância/submissão e na manutenção da coesão grupal (Allan & Gilbert, 1995).

É possível afirmar que o grupo social é para todos os animais sociais, e mais concretamente para os seres humanos, simultaneamente sinónimo de protecção e de competitividade, uma vez que a sobrevivência depende da pertença a um grupo e, por sua vez, esta implica competir por um estatuto favorável e pela aceitação (Gilbert, 1997, 2004; Baumeister & Leary, 1995). Assim, os indivíduos têm desenvolvido um conjunto de motivações, estratégias e mecanismos mentais que visam assegurar a sua manutenção enquanto elemento do seu grupo social (Gilbert, 1997).

Embora seja possível distinguir duas estratégias básicas na procura de *ranking* social (conforme previamente exposto no ponto 2.2.1.), a evolução tornou as estratégias de atracção social (*i.e.*, pró-sociais) como preponderantes para os humanos. Assim, enquanto a estratégia evolucionária mais antiga consiste em exercer controlo e dominância nos outros (através da agressão, ameaça ou coerção), a estratégia mais evoluída e mais utilizada pelos seres humanos, prende-se com a exibição de comportamentos positivos e características que chamam a atenção do outro, tendo como objectivo ganhar respeito e aprovação (Barkow, 1980; Gilbert, 1989, 1992, 1997, 2000a; Zuroff *et al.*, 1999). O mesmo é dizer que, na nossa espécie, o que está em causa é a capacidade de criar relações pró-sociais, de forma que os outros nos apreciem, valorizem ou desejem a nossa companhia e invistam nos nossos próprios interesses (*e.g.*, Gilbert, 1989, 1997, 2000a). Em suma, e de acordo com esta leitura, ser estimado e requisitado indica que se tem um elevado estatuto aos olhos dos outros, e para ser atraente, enquanto agente social, o indivíduo deve ser capaz de manipular emoções e sentimentos positivos no outro, em vez de medo, e isso exige uma relação positiva (Allan & Gilbert, 1995).

De facto, durante milhões de anos os humanos têm competido para serem vistos como atraentes para os outros, porque os que assim eram vistos tinham melhor acesso a recursos sociais fundamentais (como aprovação, afecto e suporte) (Allan & Gilbert, 1995; Gilbert, 1997, 2002). Estes reforços positivos dão-nos confiança e uma sensação de segurança, são engratecedores do estatuto, tranquilizantes e podem mesmo ter um efeito benéfico a nível fisiológico (Gato, 2003).

A competição é um comportamento complexo, McClelland (1965) propõe a distinção de dois tipos de motivação para a competição: a de “satisfação de necessidades” e a “que visa alcançar valores internos”. Os indivíduos que pretendem satisfazer necessidades (*need achievers*) orientam o seu comportamento para objectivos ou padrões elevados com a função de impressionar os outros, ou seja para ganhar aprovação e aceitação social. Estes sujeitos estão altamente focados na comparação social e sentem-se sob pressão para competir na sua vida social. Ao contrário, para os *value achievers* a motivação prende-se com o esforço para se ajustarem a valores internos, estes indivíduos estabelecem os seus próprios objectivos e retiram prazer do processo intrínseco à competição (McClelland, 1965; McClelland, Alexander, & Marks, 1982). No mesmo sentido, Dykman (1998) distinguiu duas motivações competitivas: “a procura de validação” *versus* “a procura de crescimento pessoal”. A “procura de validação” descreve uma estratégia de *coping* defensiva, aprendida provavelmente num contexto familiar crítico e perfeccionista, na qual os indivíduos procuram validação externa e se sentem sob uma pressão constante para mostrarem aos outros que possuem características capazes de suscitar interesse, apreço e aceitação. Por outro lado, a motivação de “procura de crescimento pessoal” pressupõe que os indivíduos apreciem os desafios como uma oportunidade de aprendizagem, e pela experiência de desenvolvimento que estas situações, e os seus erros, podem proporcionar (Bellew *et al.*, 2006; Dykman, 1998).

Num estudo recente, Gilbert *et al* (2007) diferenciaram duas atitudes distintas face à competição: *striving inseguro* (*insecure striving*) e o *non-striving seguro* (*secure non-striving*). Definindo *striving inseguro* como a necessidade de competir com os outros para evitar a inferioridade, a qual se encontra associada ao medo de criticismo e de rejeição social. Em contraste, o *non-striving seguro* diz respeito a uma percepção de maior segurança na sua posição social e ao sentimento de ser aceite e valorizado pelos outros, independentemente de os seus desempenhos serem bem ou mal sucedidos. Os resultados desta investigação apontam que os indivíduos que apresentam valores superiores de *striving inseguro* têm maior medo de fracassar, de serem “passados para trás” e da rejeição activa dos outros. Estes indivíduos mostram, igualmente, maior necessidade de validação externa, sentindo-se mais pressionados para “conquistar o seu lugar no mundo”, sob pena de serem vistos como inferiores e serem ignorados ou excluídos pelo grupo. Em contraste, e segundo o mesmo estudo, as pessoas que apresentam maior segurança na sua vivência social mostram uma maior orientação para ambientes cooperativos, afiliativos e de aceitação do *eu* e do *outro* (Gilbert *et al.*, 2007).

Gilbert sugere, ainda, que no processo competitivo, a luta ou esforço para evitar a inferioridade deve ser distinguida da luta para ser superior (Gilbert, 1989, 2005a; Gilbert *et al.*, 2007). De acordo com este autor, as pessoas não estão obrigatoriamente orientadas para o objectivo de superioridade em relação aos outros, mas é sobretudo o medo da inferioridade e indesejabilidade, e as ameaças de crítica ou rejeição por parte dos outros que são mais ameaçadoras (Gilbert, 1989, 2005a). Estas ameaças conduzem, a um esforço de valorização do *self* que lhe permita evitar ser criticado, condenado ao ostracismo, ou rejeitado. Desta forma, o comportamento competitivo poderá ser explicado pelo grau de (in)segurança que o indivíduo percepção nas suas relações sociais, sendo algumas formas de competitividade usadas como um meio para evitar um baixo *ranking* social (Gilbert *et al.*, 2007).

Quando competimos, temos necessariamente de nos comparar socialmente (em termos força/fraqueza) de forma a tomarmos decisões de acção, isto é, se nos devemos esforçar mais ou desistir (*e.g.*, Gilbert, 2005a). Assim, e de acordo com o Modelo das Mentalidades Sociais, uma sobre-estimulação da mentalidade *ranking*, assente na incessante procura de aprovação ou reconhecimento social e na necessidade para alcançar metas/objectivos (*i.e.*, para fazer mais e melhor do que outros), origina um foco em termos da comparação social e de processos de julgamento auto-críticos, e está consequentemente associada a uma vivência de vergonha, submissão e de inferioridade (Gilbert, 1989, 2005a, 2010b). De facto, diferentes estudos apontam que a competição insegura (*i.e.*, a percepção da necessidade de competição para evitar a inferioridade), como uma importante fonte de *stress* associada a diferentes indicadores de psicopatologia (Arrindell, Steptoe, & Wardle, 2003; Bellew *et al.*, 2006; Gilbert *et al.*, 2007).

Com efeito, na mentalidade de *ranking* social, a auto-avaliação é processada em termos de inferior/superior ou vencedor/perdedor. Quando vencemos sentimo-nos evadidos por sentimentos positivos de prazer ou euforia, mas se perdemos tendemos a sentirmo-nos inferiores ou derrotados (Gilbert, 1992, 2007a, 2010b). Este estilo de processamento poderá aumentar os sentimentos de raiva, ou acções de agressividade, e a desactivação de uma mentalidade de preocupação e de cuidado para com os outros (Gilbert, 2010b).

### **2.3. A mentalidade de prestação de cuidados: “A capacidade de se preocupar com a humanidade e a consciência de fazer parte dela”**

Segundo o Modelo das Mentalidades Sociais o desenvolvimento de uma mentalidade de prestação de cuidados, a qual resulta de uma vinculação segura, permite ao indivíduo sentir um estado de contentamento e satisfação (*e.g.*, Gilbert 2005b, 2010a, 2010b). Este sentimento de segurança pode traduzir-se numa atitude de calma, relaxamento, comportamentos activos de exploração, criatividade, bem como em competências sociais de afiliação, interesse social, cuidado e preocupação com os outros. A componente social deste estado de segurança proporciona um tipo de afecto positivo implícito na afiliação, tranquilidade e calor, também relacionada com a compaixão (*e.g.*, Gilbert, 2005b).

De acordo com Gilbert (2005b), a compaixão deve ser encarada como um processo multidimensional, dinâmico e complexo que envolve um conjunto de capacidades, para atender às necessidades dos outros, as quais incluem: um aspecto motivacional acerca do desejo de cuidar do bem-estar do outro; uma sensibilidade ao sofrimento e necessidades relacionada com a capacidade de detectar e processar o sofrimento; a simpatia, que significa ser emocionalmente comovido pelo sofrimento; a tolerância ao sofrimento, relacionada com a capacidade em tolerar sentimentos dolorosos no outro (em vez de evitar ou procurar controlar as suas emoções); a empatia relacionada com capacidades intuitivas e cognitivas para compreender a fonte do sofrimento; e não julgar, que se reporta à capacidade para ser não crítico à situação ou ao comportamento do outro. Todos estes componentes requerem um estado emocional caloroso, que designa a qualidade emocional de ser gentil e com-

preensivo, pelo que a existência de um problema em qualquer um destes elementos pode tornar difícil a compaixão. De facto, o comportamento compassivo utiliza uma variedade de competências motivacionais, emocionais e cognitivas focadas no cuidado, que tornam a pessoa mais sensível ao sofrimento, bem como a actuar tendo em vista o seu alívio (Gilbert, 1989; 2000b; 2005b). Mais concretamente, a compaixão envolve abrir a consciência e ser contagiado pelo sofrimento dos outros, não o evitando ou desconectando, e uma compreensão não-julgadora para com aqueles que falham e sofrem, fazendo assim emergir sentimentos calorosos para os outros, bem como o desejo de aliviar o seu sofrimento (Wispe, 1991).

### 2.3.1. Auto-compaixão, *mindfulness* e aceitação psicológica enquanto processos de regulação emocional adaptativos

#### - A auto-compaixão

Conforme previamente exposto, de acordo com a Teoria das Mentalidades Sociais, diferentes combinações de motivos, emoções, pensamentos e comportamentos dão origem a diferentes padrões internos de actividade neurofisiológica, designados por Mentalidades Sociais (Gilbert, 2005b). Estes padrões de actividade cerebral estão na base dos vários papéis sociais, sendo “coreografados” por sinais externos e por motivações e sistemas de processamento internos que atribuem um significado a esses sinais (Gilbert, 1989, 2005b). Por outras palavras, os animais e os seres humanos criam diferentes papéis relacionais (*e.g.*, de vinculação, sexual, dominância/subordinação), criados através da troca de diferentes sinais sociais, que activam sistemas fisiológicos e cerebrais específicos (Gilbert, 1989, 2005a, 2005b). Ainda de acordo com este modelo, estes padrões de sistemas e os procedimentos envolvidos na resposta a estímulos sociais externos tendem a ser os mesmos para a resposta aos estímulos, experiências e avaliações internas (Gilbert, 2000b; Gilbert & Procter, 2006). Assim, espera-se que um indivíduo prestador de cuidados, que recorre a estratégias compassivas na relação com o outro, utilize estas competências, igualmente, em relação a si próprio (Gilbert, 2005b). Com efeito, auto-compaixão designa a utilização destas capacidades na relação *eu-eu*, e traduz uma preocupação genuína com o próprio bem-estar; sensibilidade, simpatia e tolerância ao próprio sofrimento, e uma compreensão empática acerca das origens e causas do sofrimento, permitindo ao indivíduo uma atitude *self-warmth*, não julgador e não crítica (*e.g.*, Gilbert, 2000b, 2005b; Gilbert & Procter, 2006).

Usando a Teoria das Mentalidades Sociais, que se baseia em princípios da biologia evolutiva, neurobiologia e da Teoria da Vinculação, Gilbert propõe que a auto-compaixão desactiva o Sistema Ameaça (associado com sentimentos de insegurança, defesa e no sistema límbico) e activa o Sistema de Auto-tranquilização e Cuidado (associada a sentimentos de segurança, cuidado e tranquilização, e aos sistemas de oxitocina e opiáceos) (*e.g.*, Gilbert, 1989, 2005b). As qualidades auto-calmantes da auto-compaixão são conceptualizadas enquanto potencializadoras de relacionamentos baseados na intimidade, de processos de regulação do afecto eficazes e de estratégias de exploração adaptativas que permitem uma interacção bem sucedida com diferentes contextos (Adams & Leary, 2007; Gil-

bert, 1989, 2005b, 2010b; Neely, Schallert, Mohammed, Roberts, & Chen, 2009; Neff, 2003b, 2004; Neff, Hseih, & Dejithirat, 2005; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007). Neste sentido, Gilbert aponta que a auto-compaixão aumenta o bem-estar, pois ajuda os indivíduos a se sentirem cuidados, conectados, e emocionalmente mais calmos e tranquilos (e.g., Gilbert, 2005b, 2010b).

Baseando-se na Psicologia Social e na tradição budista, Neff (2003a) define auto-compaixão como uma atitude calorosa e de aceitação pelos aspectos aversivos do *self* ou da vida que compreende três componentes fundamentais, distintos em termos conceptuais e experienciais mas que interagem entre si: (1) o calor/compreensão (*self-kindness*), ou seja, a capacidade de ser amável e compreensivo consigo próprio, em vez de ser demasiado duro ou auto-crítico; (2) a condição humana (*common humanity*), isto é, a compreensão das próprias experiências como fazendo parte da experiência humana maior e não como algo isolado do resto do mundo; e (3) o *mindfulness*, que significa ter uma consciência equilibrada e uma atitude de aceitação para com os próprios pensamentos e sentimentos dolorosos, sem se sobre-identificar com os mesmos.

Para Neff (2003a, 2003b) a auto-compaixão pode ser compreendida enquanto estratégia de regulação emocional adaptativa. Visto que, as inadequações e falhas ou os contextos de dor/sofrimento não são evitados, mas sim aceites e entendidos de uma forma consciente, com amabilidade, compreensão não-crítica e com um sentimento de humanidade partilhada, permitindo uma consciência equilibrada das próprias emoções e vivências. Assim, a auto-compaixão promove o reconhecimento dos afectos negativos, uma percepção mais clara da situação e, conseqüentemente, a adopção de acções que visem a mudança efectiva do ambiente ou do próprio indivíduo (Folkman & Moskowitz, 2000; Isen, 2000; Neff, 2003b). De facto, diversos estudos têm demonstrado que a auto-compaixão, como processo adaptativo de regulação emocional, está fortemente associada à saúde e à qualidade de vida, aumentando a resiliência psicológica e o bem-estar físico e psicológico (Costa & Pinto-Gouveia, 2011a; Iskender, 2009; Leary, Tate, Adams, Batts, & Hancock, 2007; Neff, 2003a; 2003b; Neff *et al.*, 2005; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007; Neff, Pisitsungkagarn, & Hsieh, 2008; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007).

Para a compreensão deste constructo, é importante diferenciar auto-compaixão e auto-estima (e.g., Baker & McNulty, 2011; Neff, 2011), embora ambos se associem a afecto positivo. Na auto-compaixão o estado emocional positivo não está dependente das avaliações de desempenho nem da conformidade das realizações individuais com padrões ideais ou valorizados. Em contraste, a auto-estima é compreendida como uma avaliação em termos de superioridade ou inferioridade relativa, relacionada com o Sistema de *Drive* e a activação da dopamina (Gilbert & Irons, 2005). Em suma, indivíduo auto-compassivo é capaz de avaliar de modo positivo ou negativo a qualidade das suas acções, sem fazer o seu valor pessoal depender do resultado dessa avaliação (Neff, 2003a, 2011). Por outro lado, é ainda importante distinguir uma atitude de aceitação dos próprios erros ou inadequações de uma atitude acrítica passiva, de inacção ou desresponsabilização. De acordo com Neff, a auto-compaixão permite um estado de segurança emocional necessário a uma percepção mais clara e objectiva de si, sendo que o carácter não auto-crítico do indivíduo compassivo poderá explicar uma maior facilidade no reconhecimento de áreas fracas que necessitem de mudança (Neff, 2003a,



2003b, 2004, 2011). Assim, Neff (2003a, 2003b) salienta que ser auto-compassivo, não significa ignorar os erros, pelo contrário, a componente *mindfulness* sugere uma observação clara e consciente dos mesmos, bem como a instigação de acções necessárias a um funcionamento mais adequado (Leary *et al.*, 2007).

### - A mente *mindful*

Etimologicamente o termo *mindfulness* deriva da palavra Sati (da língua ancestral da psicologia budista, Pali) (Germer, 2005), remetendo para os conceitos de consciência, atenção e recordação (Brown & Ryan, 2003, 2004).

Para a psicologia contemporânea, o conceito de *mindfulness* tem-se assumido como central para a compreensão da saúde mental e para o bem-estar. De acordo com Germer (2005) o *mindfulness* pode ser entendido como uma aptidão que permite ao Homem ser menos reactivo ao que está a ocorrer no momento presente, sendo um modo de relacionamento com toda a experiência (seja ela positiva, negativa ou neutra) sem julgamento ou rejeição, de tal forma que esta relação com o momento presente reduz o próprio sofrimento e aumenta, por seu turno, o bem-estar.

Por corresponder a uma experiência subtil e não-verbal, considera-se que o *mindfulness* não pode ser completamente apreendido por palavras (Germer, 2005), facto que dificulta a sua caracterização e a sua operacionalização. No entanto, várias são as definições que têm surgido na literatura (*e.g.*, Baer, 2003; Germer, 2005; Hanh, 1976; Kabat-Zinn, 2003), sendo consensual que a abordagem multidimensional é a mais adequada (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006).

Baer *et al.* (2006) descrevem este conceito como uma tendência geral do tipo traço para estar *mindful* na vida diária e conceptualizam-no segundo várias facetas; (1) não reactividade a experiência interna; (2) observação das sensações, pensamentos, emoções; (3) acção com consciência, concentração e não-distracção; (4) descrição ou rotulamento por palavras do evento; e (5) o não-julgamento da experiência. Assim, corresponde a uma forma de consciência não elaborada, não-julgadora e centrada no presente, na qual cada pensamento, emoção ou sensação é notado e aceite tal como surge (Kabat-Zinn, 1990; Segal, Williams, & Teasdale, 2002). Em oposição ao estado de *mindlessness*, isto é, “sonhar acordado” ou agir em “piloto-automático”, o *mindfulness* envolve a observação directa e ingénua das experiências (Teasdale, Segal, Mark, & Williams, 1995) com uma mente de principiante (*i.e.*, com uma atitude de curiosidade e de aceitação independentemente da sua qualidade) e estar experiencialmente aberto à realidade do momento presente (Roemer & Orsillo, 2002). Nesta leitura, podemos perspectivar o *mindfulness* como um processo de aquisição de *insight* sobre a natureza da mente e de adopção de uma perspectiva descentrada da experiência interna, sendo esta experienciada em termos da sua subjectividade (*vs.* validade) e da sua natureza transitória (*vs.* permanência) (Bishop *et al.*, 2004). O que culmina no reconhecimento de que as sensações, pensamentos e emoções flutuam ou transitam, como ondas do mar (Linehan, 1993b, p. 87), não sendo possível controlá-las, mas sim regular o modo como lhes respondemos e nos relaciona-

mos com essas experiências. Este modo particular da mente conduzirá à diminuição do uso de estratégias, tanto cognitivas como comportamentais, de evitamento e de estilos de *coping* repressivos (Bishop *et al.*, 2004), pois os pensamentos e acções são libertados dos padrões habituais e automáticos de processamento, os quais estão subjacentes a muitos estados disfuncionais (Teasdale *et al.*, 2000).

Esta qualidade da mente é, assim, actualmente entendida como um processo de regulação emocional adaptativo uma vez que se traduz numa forma de consciência não elaborada, não julgadora e centrada no presente, na qual cada pensamento, emoção ou sensação que emerge no campo atencional é notado e aceite tal como é (Bishop *et al.*, 2004; Kabat-Zinn, 1990; Shapiro & Schwartz, 2000; Segal *et al.*, 2002; Teasdale, 1999), sem haver uma sobre-identificação com os mesmos, e reconhecendo a sua impermanência. Este estado objectivo de auto-observação possibilita, então, um espaço entre a percepção e a resposta do indivíduo e, neste sentido, o *mindfulness* permite que se responda às situações de forma mais reflectida (e não automática), podendo actuar como elemento catalisador do uso de estratégias de *coping* mais eficazes, e não mal-adaptativas, no contexto de situações adversas (Bishop *et al.*, 2004). De facto, ao capturar a qualidade da consciência caracterizada pela clareza e vivacidade das experiências no presente, o *mindfulness* tem um importante papel na cessação de padrões de pensamentos e comportamentos prejudiciais, ocupando um lugar chave no desenvolvimento de auto-regulação, associando-se ao aumento de bem-estar e felicidade (Ryan & Deci, 2001). Complementarmente, a “descontextualização” dos pensamentos (*i.e.*, a sua observação enquanto fenómenos transitórios e não como espelhos objectivos acerca de si e do mundo) aumenta o sentido de auto-controlo e auto-eficácia, pois passa a haver um reconhecimento de que não se podem controlar, mas sim regular o modo como se lhes responde e relaciona com eles. No mesmo sentido, saber que se pode manter calmo e responsivo às situações externas em vez de reactivo, aumenta também o sentido de auto-competência (Segal, 2005). Existe uma investigação relativamente vasta que suporta empiricamente os benefícios associados a uma consciência e atenção *mindfull*, nomeadamente no que se refere à associação entre o treino de *mindfulness* e resultados físicos e psicológicos positivos (Brown & Ryan, 2003; Kabat-Zinn, 1990; Shapiro, Schwartz, & Bonner, 1998) e, quanto, à relevância do *mindfulness* enquanto preditor de maior bem-estar, e de menor perturbação cognitiva e emocional (Brown & Ryan, 2003).

Brown & Ryan (2004) conceptualizam *mindfulness* como uma capacidade inerente e natural do organismo humano (p. 246), sugerindo tratar-se de um traço (ou uma tendência semi-consciente) que existe ao longo de diferentes situações da vida diária e que envolve a manutenção do *focus* de atenção, de abertura e de aceitação no presente. Não obstante se reconhecer que esta capacidade existe para a maioria dos indivíduos, Brown & Ryan (2003) salientam as diferenças intra e inter-individuais desta disposição. Com efeito, diversos estudos têm mostrado que indivíduos da população geral diferem na sua propensão para estar *mindfull* (Brown & Ryan, 2003, 2004), podendo a prática de *mindfulness* operar um importante papel no alargamento do espectro desta atitude. Com efeito, embora esta capacidade possa ser concebida como intrínseca no ser humano, podemos considerar uma variação considerável na sua apresentação, desde estados elevados de sensibilidade e aceitação, característicos de uma mente *mindfull*, até níveis de pensamentos e acções automáticos

(i.e., *mindlessness*). Em suma, considera-se que o *mindfulness* tem, simultaneamente, qualidades de traço e de estado, ou seja, como consistindo num conjunto de aptidões inatas susceptíveis de serem desenvolvidas com treino formal (prática de meditação) ou informal (Bishop *et al.*, 2004). O seu treino tem sido incluído em diversas intervenções com resultados positivos (Baer, 2003), tanto em termos psicológicos como físicos (Kabat-Zinn, 1990; Shapiro *et al.*, 1998), mostrando-se capaz de prever uma maior auto-regulação, bem-estar e menor perturbação cognitiva e emocional (e.g., Brown & Ryan, 2003).

Em consonância com os dados empíricos, as intervenções clínicas baseadas no seu treino têm surgido descritas na literatura com uma cada vez maior frequência (Baer, 2003). De entre estas podemos destacar: a *Mindfulness-Based Stress Reduction* (Kabat-Zinn, 1990), focada na dor crónica e perturbações associadas ao stress; a *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (Segal *et al.*, 2002) para o tratamento e prevenção de recaídas da depressão. Existem, ainda, aquelas que incorporam o treino de *mindfulness* dentro do processo psicoterapêutico, como: a *Dialectical Behavior Therapy*, dedicada ao tratamento da perturbação *borderline* (DBT; Linehan, 1993a, 1993b); a *Relapse Prevention* (RP; Marlatt & Gordon, 1980) utilizada na prevenção de recaída em casos de abuso de substância; e a *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), uma modalidade psicoterapêutica que se baseia no conceito de aceitação psicológica e em estratégias de *mindfulness*, assim como da noção de compromisso e de estratégias de mudança do comportamento com o objectivo de aumentar a flexibilidade psicológica e reduzir o evitamento experiencial (Hayes *et al.*, 1999).

### - A aceitação psicológica

Etimologicamente, aceitação psicológica significa “receber aquilo que é oferecido”. Hayes (1994) define a aceitação como “permanecer em contacto com os estímulos funcionais directos ou automáticos dos acontecimentos, sem agir no sentido de reduzir ou manipular essas funções, e sem agir com base apenas nas suas funções verbais ou derivadas” (p. 30-31). Por outras palavras, a aceitação psicológica envolve três processos: (i) notar os eventos privados que são experienciados; (ii) deixar de realizar esforços para evitar ou mudar esses eventos privados, e (iii) responder aos acontecimentos actuais, em vez de responder às experiências privadas suscitadas por aqueles acontecimentos (Follette, Palm, & Rasmussen Hall, 2004). Em suma, este constructo define a adopção de uma atitude consciente de aceitação e não julgadora dos pensamentos, sentimentos e/ou sensações corporais tal como ocorrem (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2004). Assim, o conceito de aceitação pode ser entendido como oposto do conceito de evitamento experiencial (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Nesta linha conceptual, o evitamento experiencial é entendido como um fenómeno que ocorre quando o indivíduo não está disposto a permanecer em contacto com experiências privadas particulares (e.g., pensamentos, emoções, memórias, predisposições comportamentais e/ou sensações corporais), envolvendo-se em acções para alterar a forma ou a frequência dessas experiências, ou dos contextos que as ocasionam, mesmo quando essas formas de evitamento causam dano comportamental (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996; Hayes *et al.*, 2006).

Segundo Hayes e colaboradores, embora os efeitos imediatos do evitamento experiencial sejam aparentemente positivos (*e.g.*, o efeito imediato da distração cognitiva, ou outras formas de supressão do pensamento, é uma redução do acontecimento evitado; Hayes, Strosahl, Wilson, *et al.*, 2004), tal é apenas por curto prazo, pois os esforços para suprimir ou eliminar pensamentos negativos ou emoções resultam, paradoxalmente, num aumento da frequência e/ou intensidade dessas experiências (Gross, 1988, 2002; Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006; Wegner, 1994). De facto, o evitamento experiencial tem sido apontado como uma das principais fontes de sofrimento (Gross & John, 2003; Kashdan *et al.*, 2006), interferindo com actividades do quotidiano dos indivíduos (Kashdan *et al.*, 2006), e com a capacidade de viver de acordo com valores principais (Hayes *et al.*, 1999). Assim, e embora esta resposta comportamental seja uma tendência natural, existem claras e inúmeras evidências de que esta estratégia é prejudicial, como o comprovam os dados empíricos que demonstram a sua forte associação a uma ampla variedade de medidas psicopatológicas (*e.g.*, Costa & Pinto-Gouveia, 2011a, 2011b; Feldner, Zvolensky, Eifert, & Spira, 2003; Forsyth, Parker, & Finlay, 2003; Hayes, Strosahl, Wilson, *et al.*, 2004; Karekla, Forsyth, & Kelly, 2004; Kashdan *et al.*, 2006; Mandy, Orcutt, Bardeen, & Varkovitzky, 2011; Marx & Sloan, 2005; Roemer, Salters, Raffa, & Orsillo, 2005; Ruiz, 2010; Tull, Gratz, Salters, & Roemer, 2004).

A aceitação psicológica não deve ser confundida com tolerância ou resignação, pois esta atitude não implica uma noção de passividade e fatalidade, antes caracteriza uma qualidade de flexibilidade psicológica que promove a adopção de uma classe funcional de comportamentos de acordo com os valores pessoais e, conseqüentemente, permite uma significativa melhoria no funcionamento e no bem-estar do indivíduo (Hayes, 2004; Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas, & Luciano-Soriano, 2006).

Assim, a aceitação psicológica é entendida como estratégia de regulação emocional adaptativa que envolve flexibilidade psicológica, disposição para experienciar os pensamentos e as emoções tal como ocorrem, e o abandono consciente de comportamentos que funcionam como evitamento experiencial (Follette *et al.*, 2004). Com efeito, os indivíduos com alta flexibilidade psicológica produzem perspectivas *mindful* e de não julgamento acerca dos acontecimentos privados, enquanto os indivíduos com elevado evitamento experiencial estão aprisionados nas suas avaliações inflexíveis auto-referenciais negativas e na confiança extrema, mas prejudicial, no processo de supressão expressiva e emocional (Kashdan *et al.*, 2006). Uma conceptualização acerca da aceitação psicológica vs evitamento experiencial é dada pela *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Hayes *et al.*, 1999), e pela sua teoria de base acerca da cognição e da linguagem, *Relational Frame Theory* (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001).

A ACT, dito como acrónimo de “act” (agir) e não como sigla, assenta na noção central de que não é o conteúdo das crenças que é problemático, mas sim a adesão rígida a essa cognição. Esta modalidade terapêutica defende que o indivíduo terá de aceitar os seus pensamentos e emoções, mesmo que indesejáveis, como realmente são e não como parecem ser. Ou seja, só depois do indivíduo se libertar da luta contra as suas avaliações e sentimentos poderá começar a agir funcionalmente no seu meio ambiente (*e.g.*, Ruiz, 2010). Em suma, a aceitação das experiências internas e o abandono

consciente de comportamentos que funcionam como evitamento experiencial potencializa a flexibilidade psicológica e o bem-estar (Hayes, Strosahl, Bunting *et al.*, 2004).



## Capítulo 2

### Parte II - Modelo de compreensão das Perturbações do Comportamento Alimentar de acordo com a perspectiva evolucionária

As Perturbações do Comportamento Alimentar estão entre os problemas psiquiátricos mais estudados, no entanto estas doenças continuam a constituir-se como um exigente desafio, tanto no que respeita à sua compreensão como em relação ao seu tratamento, sendo muitas vezes definidas como as mais fascinantes, mas também frustrantes, formas de psicopatologia (Fairburn, Jones, Peveler, Hope, & O'Connor, 1993; Ferreira, 2003).

Conforme exposto no Capítulo 1, embora estas perturbações, nomeadamente a Anorexia Nervosa e a Bulimia, não sejam muito frequentes na população geral, são consideradas como um sério problema de saúde pública, dado estarem associadas a um severo impacto a nível psicossocial e da saúde física, e se apresentarem como as formas de psicopatologia com maiores taxas de mortalidade (*e.g.*, Herzog *et al.*, 1997). Adicionalmente, há ampla evidência de que a patologia associada à imagem corporal e ao comportamento alimentar tem aumentado nas últimas décadas. Estas e outras razões justificam o interesse e o investimento crescente, em termos científicos e clínicos, que estes problemas têm suscitado. Está igualmente bem documentado que estas doenças não se distribuem aleatoriamente na população, sendo particularmente mais frequentes em culturas ocidentais e países industrializados (*e.g.*, Vandereycken & Hoek, 1993), e atingindo quase exclusivamente (em 95% dos casos) raparigas adolescentes e mulheres jovens (*e.g.*, APA, 1994; Södersten, Bergh, & Zandian, 2006).

É actualmente aceite que a interacção de diversos factores (biológicos, psicológicos e sociais), em determinado momento, num indivíduo é condição necessária para o desenvolvimento desta psicopatologia (*e.g.*, Andersen, 1985; Casper, 1982; Garfinkel & Garner, 1982; Garner & Bemis, 1982; Gatward, 2007; Goss & Gilbert, 2002; Strober, 1980). No entanto, e embora unanimemente conceptualizadas como situações multideterminadas, a natureza dos processos que regulam a interacção entre os diversos factores não é claramente compreendida.

Paralelamente, um modelo de leitura das Perturbações do Comportamento Alimentar deve ser capaz de responder a uma série de questões, por exemplo: Porque é que o comportamento alimentar perturbado tem aumentado drasticamente nas culturas modernas? Porque é que estas perturbações são essencialmente femininas? Porque é que estas pessoas comprometem a sua vida na procura da magreza? Porque é que a fome auto-induzida faz com que estas raparigas se sintam tão virtuosas e tão orgulhosas? Ou Porque é que estas doentes nunca se sentem suficientemente magras?

O inquestionável impacto da perspectiva evolucionária na actual conceptualização da psicopatologia advém, por um lado, do enfoque dado às necessidades humanas básicas (especialmente à necessidade de segurança e afiliação e à consequente necessidade de ser aceite e valorizado pelos outros). Por outro lado, o contributo desta perspectiva assenta na noção de que algumas formas de doença mental podem não ser estados psicopatológicos *per se*, mas serem formas fenotípicas adequadas a determinadas ecologias, representando um efeito colateral (ou um subproduto) de um mecanismo adaptativo (e.g., Gardner & Wilson, 2004; Gilbert, 2006a; Nesse, 2000). Assim, com base na Teoria das Mentalidades Sociais e recorrendo ao apoio de diversos estudos empíricos, no âmbito da patologia alimentar, nesta secção é esboçado um modelo de leitura das Perturbações do Comportamento Alimentar, conceptualizadas segundo o Modelo Transdiagnóstico (e.g., Fairburn & Cooper, 2011; Fairburn *et al.*, 2003).

### **1. A imagem corporal enquanto variável contextual**

A imagem corporal pode ser entendida como a avaliação do peso, das medidas, das formas ou de qualquer outro aspecto do corpo que determine a aparência física (Thompson, 1990). Este constructo engloba três dimensões principais: (i) a perceptiva, a qual respeita à percepção da imagem corporal, e que implica uma estimativa da dimensão corporal e do peso; (ii) a subjectiva, relacionada com os aspectos cognitivos e afectivos, em termos do grau de satisfação ou nível de preocupação associados à experiência corporal; e (iii) a comportamental, que se refere à vivência do indivíduo em função da sua imagem corporal, nomeadamente às situações específicas evitadas em consequência do desconforto experienciado com o corpo e com a aparência física (Thompson, 1996). Em termos gerais, a imagem corporal pode ser definida enquanto a experiência individual do *self* físico (Cash, 2004).

Este conceito de imagem corporal assenta numa base sociocultural, ou seja, é uma variável estado influenciada por variáveis contextuais (Yamamiya, Cash, Melnyk, Posavac, & Posavac, 2005). Com efeito, o sujeito aprende a avaliar a sua aparência física através da interacção com o ambiente, pelo que a auto-imagem é desenvolvida e reavaliada ao longo da vida e em função do contexto social no qual o indivíduo se insere. Em consonância com esta leitura, a experiência do corpo e os sentimentos de satisfação, orgulho ou vergonha associados derivam da interacção de um conjunto complexo de processos e sistemas de valores que informam o indivíduo acerca do que é atraente e aceitável (Gilbert, 2002).



A cultura tem assumido desde sempre um importante impacto na determinação do peso e das formas corporais desejáveis (Gilbert, 2002; Pinto-Gouveia, 2000). Nas sociedades ocidentais modernas tem-se assistido a uma contínua ênfase na atractividade feminina baseada em formas corporais excessivamente magras, assim como à sobrevalorização de um padrão alimentar restritivo e baixo em calorias (Garner, Garfinkel, Schwartz, & Thompson, 1980; Stice, Schupak-Neuberg, Shaw, & Stein, 1994). Paralelamente, estas alterações no padrão de beleza feminino socialmente valorizado têm sido acompanhadas pela globalização das mensagens que associam a magreza à beleza, à saúde e às características de personalidade desejáveis (Feingold, 1992; Kanazawa & Kovar, 2004; Strahan, Wilson, Cressman, & Buote, 2006; Webster & Driskell, 1983).

### 1.1. A magreza como sinónimo de beleza, saúde e atractividade social

O impacto da aparência física na auto-conceitualização e na qualidade de vida (*e.g.*, Cash, 2004; Fisher & Cleveland, 1958; Thompson, 1996) parece constante em todas as épocas, verificando-se um esforço por parte dos indivíduos, e sobretudo das mulheres, para se aproximarem da imagem que corresponde a um ideal de atractividade (Gilbert, 2002). Na verdade, o corpo feminino tem sido desde sempre um indicador de recursos sociais e de potencial de reprodução (Abed, 1998; Gatward, 2007). Contudo, aquilo que é belo é diferente de época para época e em diferentes contextos culturais, isto é, os padrões socioculturais da aparência física não são estáveis.

Uma retrospectiva histórica mostra claramente a modificação do ideal de beleza feminino em diferentes épocas, nas sociedades ocidentais. Entre o século XV e XVIII o corpo feminino gordo era sinónimo de saúde, fertilidade e de erotismo. Conforme se pode verificar nas representações artísticas da época, até aos finais do século XIX, a imagem feminina de formas redondas e generosas manteve-se associada aos ideais de saúde, beleza, sensualidade e estatuto social elevado. A gordura corporal e o excesso de peso eram característicos das mulheres nobres e de famílias abastadas (*i.e.*, de classes sociais dominantes, com maior poder financeiro ou político, e melhor acesso a recursos). Já o século XX é caracterizado por múltiplas nuances que marcam uma alteração significativa no padrão de beleza feminino. Se antes da Iª Guerra Mundial o ideal de beleza era representado por imagens com busto e ancas generosas, associadas a pernas e tornozelos estreitos e elegantes (Fallon, 1990), os anos vinte marcam uma viragem na conceptualização da beleza feminina, surgindo os ícones de beleza representados pela "androginia misteriosa" de Greta Garbo e Marlene Dietrich. Nesta década, o ideal de beleza passa, então, a ser representado por corpos filiformes, com uma figura mais masculinizada na qual as curvas e outras características sexuais secundárias femininas se tornam progressivamente menos salientes. Já nas décadas de quarenta e cinquenta, o padrão de beleza das mulheres, representado por actrizes como Marilyn Monroe e Elisabeth Taylor, recupera as formas corporais sinuosas. A elegância da mulher, neste período, traduzia-se pela simetria da imagem corporal, dando-se relevo às medidas equivalentes de busto e ancas, com a gordura distribuída nestes dois pólos e pautada por uma cintura acentuadamente fina (Fallon, 1990; Mazur, 1986). Os anos 60 e 70 do século XX marcam uma assinalável alteração deste ideal e o reencontro com o padrão de beleza feminino dos anos vinte (Albani, 2005). A personalização da beleza feminina aparece, agora, associa-

da à modelo Twiggy e às suas formas pré-púberes. A figura extremamente emaciada e a silhueta de formas tubulares, com curvas pouco pronunciadas, passam a marcar de forma evidente o “look feminino” valorizado nas sociedades ocidentais modernas (Ferreira, 2003).

Numa tentativa de documentar as mudanças em relação ao padrão de beleza feminino nas últimas décadas do século XX, Garner e colaboradores em 1980 procederam à recolha e análise de dados a partir de diversas fontes, incluindo a base de dados de uma revista (*Playboy Magazine*) e os registos do concurso *Miss América*, no período entre 1960 e 1979. Estes dados revelaram que a média de peso das mulheres que representam o ideal de beleza decresceu significativamente, assim como a diferença entre as várias medidas corporais (busto, cintura e ancas), tornando a figura mais delgada e menos curvilínea. Contudo, os mesmos autores fazem referência a que, durante o mesmo período temporal, as tabelas da *Metropolitan Life Insurance* mostram que o peso médio das mulheres da população geral com idades inferiores a 30 anos aumentou, na mesma proporção que o peso das candidatas da *Miss América* diminuiu (Garner *et al.*, 1980). O estudo de Wiseman, Gray, Mosimann e Ahrens (1992), prolongou esta análise entre 1979 e 1985, verificando que as candidatas a *Miss América* mostravam uma diminuição das suas dimensões corporais, enquanto as modelos da revista *Playboy* se mantiveram num nível muito baixo, em relação ao peso e às dimensões corporais. Estes dados mostram, ainda, que 69% das modelos da *Playboy* e 60% das candidatas a *Miss América* apresentavam níveis ponderais que correspondiam a 15% (ou mais) abaixo do esperado para a altura e idade, preenchendo assim o primeiro critério para o diagnóstico de Anorexia Nervosa, de acordo com o *DSM IV* (APA, 1994). Em síntese, estes e outros estudos mais recentes (*e.g.*, Sypeck *et al.*, 2006) têm documentado que o padrão ideal de beleza e de atractividade feminino assenta numa figura progressivamente mais magra, evidenciando ainda a crescente discrepância entre o corpo veiculado como ideal e o corpo real da maioria das mulheres, nas culturas ocidentais modernas (Ferreira, 2003; Pinto-Gouveia, 2000).

De facto, o padrão de beleza feminina valorizado actualmente dificilmente é atingível pela mulher comum (Strahan *et al.*, 2006; Sypeck *et al.*, 2006; Tiggemann & Lynch, 2001; Wiseman *et al.*, 1992). No estudo de Garner e colaboradores (1980) estima-se que, apenas, aproximadamente 5% das mulheres jovens, com idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos, possuem naturalmente o peso médio e as formas delgadas que representam o ideal de atractividade.

A percepção da discrepância entre o peso e as formas corporais actuais e o corpo ideal parece ser responsável pelo actual descontentamento com a imagem corporal reportado pela maioria das mulheres (*e.g.*, Altabe & Thompson, 1993; Blowers, Loxton, Grady-Flessner, Occhipinti, & Dawe, 2003; Ferreira, 2003; Pinto-Gouveia, 2000; Silberstein, Mishkind, Striegel-Moore, Timko, & Rodin, 1989). Na verdade, a avaliação negativa da imagem corporal é tão frequente entre as mulheres de culturas ocidentalizadas, que muitos autores se referem a um “descontentamento normativo” (*e.g.*, Ferreira, 2003; Grabe, Ward, & Hyde, 2008; Silberstein, Striegel-Moore, Timko, & Rodin, 1988; Wilfley *et al.*, 1996).

Acresce que esta insatisfação com a imagem corporal, generalizada entre a população feminina, e o consequente desejo de perder peso, se mostra estável ao longo da vida das mulheres (Siegel, 2010; Tiggemann & Lynch, 2001; Webster & Tiggemann, 2003). Esta insatisfação emerge, frequentemente, na infância e atinge o seu momento crítico durante a adolescência, tendendo a tornar-se estável durante a idade adulta (Altabe & Thompson, 1993; Davison, Markey, & Birch, 2000; Deeks & McCabe, 2001; Dohnt & Tiggemann, 2005; Mangweth-Matzek *et al.*, 2006; Schur, Sanders, & Steiner, 2000). Adicionalmente, esta vivência negativa da aparência física é apontada como um factor com um impacto negativo na qualidade de vida, com severas implicações em termos emocionais e comportamentais, nomeadamente no endosso em comportamentos alimentares restritivos com vista à perda de peso (Graber, Brooks-Gunn, Paikoff, & Warren, 1994; Stice & Shaw, 2002; Wertheim, Koerner, & Paxton, 2001; Wiseman *et al.*, 1992). Em síntese, e como demonstrado por inúmeras investigações, a percepção de discrepância entre a actual imagem corporal do sujeito e a concebida como ideal pode gerar níveis consideráveis de insatisfação corporal, o que por sua vez pode preceder à realização de dietas (ou restrição alimentar), assim como o uso de comportamentos purgativos (*e.g.*, Anton, Perri, & Riley, 2000; Higgins, 1987; Polivy & Herman, 1985; Stice & Shaw, 1994), com vista à aproximação daquilo que é socialmente valorizado.

Alguns autores sublinham que a sobrevalorização da magreza tem sido veiculada, não só pelos *media* e pelas indústrias alimentares e de cosmética, mas também pela classe médica (*e.g.*, Pinto-Gouveia, 2000). A mensagem médica que enfatiza os riscos associados com o excesso de peso e a associação da magreza a saúde iniciou-se nos primeiros anos do século XX e teve uma ampla divulgação a partir da 2ª Grande Guerra (Stunkard, 1993). Pinto-Gouveia (2000) salienta que a promoção do corpo magro e sem gorduras como um indicador de saúde física e a classificação dos alimentos gordos como perigosos e nocivos, através da associação entre o seu consumo e determinados problemas médicos, podem promover a fácil interiorização do *slogan* “magreza é saúde”. O mesmo autor salienta, ainda, que estas mensagens omitem frequentemente os riscos da magreza extrema e os perigos associados às dietas restritivas. Paralelamente, diversos estudos empíricos têm questionado a veracidade da associação entre peso corporal, gordura e doença. Estes trabalhos (*e.g.*, Sorlie, Gordon, & Kannel, 1980) demonstram que em termos de saúde e de complicações médicas mais importante do que o peso corporal e a percentagem de gordura é a distribuição da massa gorda. Numa revisão da literatura relativa a problemas de saúde associados à obesidade, Singh (1993) conclui que nas mulheres uma distribuição andróide (gordura visceral, na parte superior do corpo e abdómen) é um indicador somático rigoroso de um estatuto reprodutivo baixo e de perigo de saúde a médio e longo prazo (estando mais frequentemente associada a doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* e hipertensão). Em contraste, e segundo o mesmo estudo, a obesidade ginoíde (massa gorda localizada sobretudo na zona das ancas e coxas) associa-se a um risco para a saúde moderado a baixo. Há ainda que referir que este arquétipo da saúde actual, “um corpo sem gordura”, pode ser considerado como “contra-natura”, na medida em que o corpo feminino está biologicamente predisposto para uma percentagem elevada de massa gorda, e os sistemas hormonais femininos sofrem importantes alterações quando essa percentagem de gordura corporal diminui para além de determinados limites.

No entanto, a magreza e a gordura parecem ter sido progressivamente imbuídas de um sentido social e moral. Diferentes estudos têm documentado que para o sexo feminino a beleza física é uma característica de estatuto, que produz expectativas de inteligência e competência (e.g., Kanazawa & Kovar, 2004; Webster & Driskell, 1983). Feingold (1992) realizou uma meta-análise na qual conclui que as mulheres fisicamente mais atraentes são percebidas como mais inteligentes, com melhores aptidões sociais e com melhor saúde mental, do que as que são percebidas como fisicamente menos atraentes. Por outro lado, este trabalho parece evidenciar que as mulheres mais magras são actualmente percebidas como mais femininas, não unicamente devido à sua silhueta ectomórfica mas também porque esta magreza é associada a um padrão alimentar mais restritivo, mais cuidadoso, mais exigente e mais controlado (Feingold, 1992; Pinto-Gouveia, 2000). Assim, o estereótipo da aparência física diz respeito à crença de que pessoas mais atraentes possuem características de personalidade desejáveis, o que lhes permite ter sucesso e felicidade de forma mais fácil do que as pessoas menos atraentes (Feingold, 1992). Concomitantemente à valorização da magreza, assiste-se a uma estigmatização do corpo gordo, o qual está “culturalmente associado à gulodice, preguiça, descontrolo, baixo estatuto social e insucesso” (Pinto-Gouveia, 2000, p. 282). De facto, está empiricamente bem documentado que os indivíduos gordos ou obesos são alvos frequentes de julgamento crítico por parte dos outros (e.g., Puhl & Heuer, 2009), sendo percebidos como menos atraentes, menos eficazes e com menores níveis de sucesso, assim como mais preguiçosos e mais desorganizados (Larkin & Pines, 1979; Puhl & Brownell, 2002, 2003; Puhl, Moss-Racusin, Schwartz, & Brownell, 2008; Wade, Loyden, Renninger, & Tobey, 2003). Esta actual valorização da magreza e a estigmatização do excesso de peso explica que muitas mulheres façam todos os investimentos possíveis para evitar aquilo que representa o feio, o pouco atraente e a inaptidão moral (Anderson-Fye & Becker, 2004).

Vários trabalhos (e.g., Garner *et al.*, 1980; Singh, 1993; Wiseman *et al.*, 1992) têm salientado que as mudanças verificadas no padrão de beleza, os estereótipos sociais em relação à mulher e à significação da magreza e do controlo alimentar, assim como a mensagem médica em *prol* de um padrão alimentar restritivo e baixo em calorias, e a expansão das indústrias alimentares e de cosmética, constituem factores sociais que exercem uma pressão para a procura da magreza, a qual é considerada como o principal precipitante da patologia alimentar (e.g., Stice, 2001).

## **2. A aparência física enquanto uma dimensão auto-avaliativa central**

A imputação de determinadas características de personalidade a uma imagem corporal está profundamente interiorizada nas culturas ocidentais. Este estereótipo da aparência física é particularmente difundido entre as mulheres, o que é evidente se tivermos em conta a ubiquidade e saliência das imagens e mensagens que associam a beleza física feminina a atributos positivos da personalidade, a que as mulheres são expostas de forma sistemática através dos *media* (televisão, revistas, publicidade; Pinto-Gouveia, 2000; Strahan *et al.*, 2006), levando-as a perceberem a sua aparência física como um elemento central da sua qualidade de vida (e.g., Fisher & Cleveland, 1958; Cash, 2004).

Com efeito, a crença social de felicidade e sucesso associada à magreza e ao controlo alimentar explica que para a mulher, a sua aparência física e o seu comportamento alimentar sejam elementos centrais para a auto-avaliação enquanto agente social, isto é, para a definição de um estatuto social favorável (Buote, Wilson, Strahan, Gazzola, & Papps, 2011; Burkle, Ryckman, Gold, Thornton, & Audesse, 1999; Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011a; Gatward, 2007; Gilbert, 2002; Goss & Gilbert, 2002). Neste contexto, a aparência física constitui-se como uma dimensão auto-avaliativa central para a maioria das mulheres (Ferreira *et al.*, 2011a), e parece ser um domínio particularmente usado para a obtenção de atenção social (*e.g.*, Gilbert *et al.*, 1995; Troop, Allan, Treasure, & Katzman, 2003). Assim, de acordo como a perspectiva evolucionária, poderíamos afirmar que o impacto do estereótipo da aparência física para as perturbações alimentares assenta sobretudo na crença de que os indivíduos magros e fisicamente atraentes possuem um conjunto de características que os tornam mais felizes e lhes garante um melhor acesso a recursos sociais fundamentais, tais como, serem valorizados e aceites pelos outros.

### 2.1. A comparação social através da aparência física

Sendo a aparência física um dos possíveis meios para a aceitação social, as comparações com base neste domínio específico, tornam-se num mecanismo relevante para apreender as expectativas sociais e os ideais de beleza socialmente valorizados, bem como para se avaliar termos destes mesmos padrões (Jones, 2001).

O processo de comparação social baseada na aparência física pode ser realizado relativamente a uma série de alvos distintos (Ferreira *et al.*, 2011a). Embora noutras áreas avaliativas as pessoas tendam a efectuar comparações com objectos percebidos como semelhantes e que as valorizam (Festinger, 1954), a investigação tem mostrado que em relação à imagem corporal as comparações das mulheres são com frequência auto-depreciativas (*e.g.*, O'Brien *et al.*, 2009; Strahan *et al.*, 2006). De facto, no domínio da aparência física, e ao contrário do que fora apontado na Teoria da Comparação Social geral por Festinger (1954), nem sempre a comparação é realizada com alvos semelhantes ao indivíduo, o que está patente no facto de as imagens de perfeição veiculadas pelos *media* (*e.g.*, modelos e outras celebridades) serem os alvos preferenciais para a comparação da imagem corporal para a maioria das mulheres (Engeln-Maddox, 2005). Por outras palavras, dado que estas imagens são para a grande parte das mulheres muito discrepantes da sua imagem corporal real, seria de esperar que fossem percebidos como alvos irrelevantes num processo de comparação social. No entanto, a escolha de um objecto de perfeição, para a comparação da aparência física, poderá ser justificada pelo facto de fornecer informação percebida como válida, uma vez que as mulheres acreditam que estas imagens representam um padrão pelo qual serão avaliadas pelos outros (Engeln-Maddox, 2005; Heinberg & Thompson, 1995; Kruglanski & Mayseless, 1990; Strahan *et al.*, 2006). Dito de outro modo, embora uma comparação da aparência física ascendente tenda a provocar um impacto negativo em termos emocionais e comportamentais (Heinberg & Thompson, 1995; Irving, 1990; Stice & Shaw, 1994; Tiggemann & McGill, 2004; Tiggemann, Polivy, & Hargreaves, 2009), as imagens de corpos perfeitos e poucos realistas assumem-se como alvos relevantes, na

medida em que representam a norma sociocultural. Assim, estas imagens funcionam como um padrão de avaliação preciso ou rigoroso num domínio altamente valorizado para a determinação do seu estatuto social, e, ainda, como fonte de inspiração para o auto-aperfeiçoamento (Buunk & Gibbons, 2007; Wood, 1989). Em suma, através da comparação e escrutínio com estes alvos de comparação superiores, a mulher acredita tornar-se mais apta para avaliar e adaptar o seu comportamento, com vista a se aproximar daquilo que representa o ideal valorizado e, em última análise, de se proteger de auto e hetero-avaliações negativas.

Reconhece-se, no entanto, que os alvos de comparação da aparência física poderão ser seleccionados, não apenas do mundo distal dos *media*, mas também do mundo do quotidiano (*e.g.*, amigas e colegas; Fisher, Dunn, & Thompson, 2002). Muitas adolescentes e mulheres jovens relatam sentirem grande pressão por parte dos pares para serem magras (Irving, 1990), em diferentes contextos sociais. Alguns estudos laboratoriais têm demonstrado que a comparação social baseada na aparência física com pares extremamente magros (*i.e.*, que apresentam um corpo que se enquadra no padrão de atractividade social) assume contornos, ainda, mais insidiosos do que quando a comparação é feita com alvos distantes (Cash, Cash, & Butters, 1983; Krones, Stice, Batres, & Orjada, 2005). O facto da comparação social com uma colega magra ser particularmente ameaçadora, poderá ser explicado pela crença de que é mais fácil obter ou atingir um corpo magro e atraente se uma figura próxima o consegue. O facto de tal não ser alcançado conduzirá, então, a uma auto-avaliação negativa.

Em síntese, o processo de comparação social é reconhecido como um dos aspectos mais importantes na regulação das interacções sociais humanas (como já referido na Parte I deste capítulo), dado permitir ao sujeito avaliar a sua posição no grupo bem como regular o seu comportamento (*e.g.*, Allan & Gilbert, 1995; Gatward, 2007). Não obstante, este processo pode envolver efeitos perniciosos, nomeadamente quando é baseado na aparência física (Ferreira *et al.*, 2011a; Irving, 1990; Tiggeman *et al.*, 2009; Troop *et al.*, 2003), associando-se frequentemente à percepção de indesejabilidade e a afecto negativo, como vergonha, frustração e culpa, e constituindo-se como um importante factor de risco para a psicopatologia alimentar (Butow, Beumont, & Touyz, 1993; Williams *et al.*, 1993).

## **2.2. A percepção de inferioridade associada à imagem corporal**

Cohen (2001) sublinha que as interacções entre quem envergonha e quem é envergonhado não se resumem apenas aos seus actores, mas que se tratam de interacções contextualizadas em amplos sistemas sociais e culturais de significados, em que certos atributos são valorizados e outros desvalorizados.

As sociedades ocidentais modernas exibem padrões claros de quem será aceite, e valorizado e de quem poderá prosperar, assim como de quem será criticado e rejeitado. (Arrindel *et al.*, 2003; Kasser, 2002; Wilkinson, 1996). Assim, um indivíduo tem que estar ciente acerca das características que

o seu grupo social considera altamente atraentes, de modo a saber como os outros o percebem enquanto agente social e como deve adaptar seu comportamento e a sua apresentação, de forma a ser aceite, estimado e desejado pelos outros (Gilbert, 1992, 1997, 2000a, 2002). O facto da aparência física se constituir actualmente como uma dimensão avaliativa central para as mulheres explica que a vivência de insatisfação com a imagem corporal esteja frequentemente associada com a percepção de inferioridade ou inadequação, fazendo esta parte do fenómeno de vergonha.

Em termos evolucionários, a vergonha é uma das consequências negativas associadas à perda de “poder de obtenção de atenção social”, isto é, à percepção de que em comparação com outros o *self* não é tão atraente, desejado ou valorizado. De acordo com esta leitura (e conforme exposto na Parte I deste capítulo), a vergonha pode ser conceptualizada como uma resposta automática do sistema de defesa, perante uma ameaça (percebida ou real) ao estatuto social do indivíduo (Gilbert, 1997, 1998, 2003; Tangney & Fischer, 1995). De facto, o afecto negativo da vergonha está associado com a percepção de que certas características (*e.g.*, competências sociais), atributos (*e.g.*, formas corporais) ou comportamentos (*e.g.*, ingestão alimentar compulsiva) poderão ser vistas como não-atraentes e poderão resultar em experiências de crítica, humilhação ou rejeição (Gilbert, 2000a). Com efeito, em sociedades em que se objectifica o corpo feminino, experienciar o corpo com vergonha envolve a percepção da sua forma corporal ou aparência física como um falhanço pessoal, em função da representação do ideal veiculado pela sociedade como desejável ou símbolo de atractividade (McKinley, 1999; McKinley & Hyde, 1996).

A vergonha corporal pode ser definida como uma avaliação severa acerca da imagem corporal, a qual envolve uma percepção dos seus atributos corporais como pouco atraentes para os outros e como motivo de desvalorização ou rejeição social (Skarderud, 2007; Thompson & Kent, 2001). Esta experiência relaciona-se com crenças internalizadas e auto-avaliações negativas que derivam da percepção da discrepância entre o corpo real e o corpo ideal ou desejável (Gilbert & Thompson, 2002), e tem sido associada a várias formas de psicopatologia (Gilbert & Thompson, 2002), nomeadamente à patologia alimentar (*e.g.*, Andrews, 1997; Burney & Irwin, 2000; Troop, Sottrilli, Serpell, & Treasure, 2006).

Uma vez que na sociedade ocidental actual todas as mulheres estão sujeitas a fortes pressões para a magreza e a grande maioria refere descontentamento com a sua imagem corporal, mas apenas uma minoria desenvolve uma perturbação alimentar, é importante explorar o impacto diferencial das mensagens associadas a um ideal de beleza feminino. Mais especificamente, é necessário clarificar porque é que de nem todas as mulheres são igualmente vulneráveis à mensagem de sobrevalorização da magreza enquanto característica central para a sua auto-avaliação.

### **3. A internalização dos valores socioculturais associados à magreza**

Thompson e Stice (2001) consideram que a internalização dos valores socioculturais associados a uma aparência física feminina magra se refere à extensão em que cada indivíduo adopta e incorpora

o ideal de beleza magro socialmente valorizado como um objectivo fundamental ou como padrão auto-avaliativo central.

É importante fazer a distinção entre a consciência da actual sobrevalorização de um corpo magro e filiforme e a internalização dos valores socioculturais associados a esta aparência física. Assim, apesar da consciência acerca da magreza como sinónimo de atractividade poder ser considerada como universal entre as mulheres das sociedades ocidentais modernas, o grau em que esta mensagem é internalizada pelo indivíduo assume uma intensidade diferencial e tem um impacto distinto na sua qualidade de vida. A literatura comprova que a constante exposição a modelos de magreza está intimamente relacionada com uma auto-avaliação negativa da imagem corporal (*e.g.*, Groesz, Levine, & Murnen, 2002; Halliwell & Dittmar, 2004; Heinberg & Thompson, 1995; Krones *et al.*, 2005). No entanto, inúmeros estudos documentam que o incremento em termos de insatisfação com a imagem, após a exposição a estas imagens de beleza ideal, é explicado por níveis superiores de internalização do estereótipo da aparência física (Cattarin, Thompson, Thomas, & Williams, 2000; Dittmar, Halliwell, & Stirling, 2009; Halliwell, & Dittmar, 2004). Com efeito, a exposição activa a um ideal de atractividade social previamente internalizado tem um impacto emocional e comportamental negativo exacerbado, quando o sujeito se percebe como significativamente diferente desse padrão (*e.g.*, Yamamiya *et al.*, 2005). Assim, diferentes estudos concluem que a internalização, mas não a consciência *per se*, do padrão de magreza ideal se associa à sobrevalorização e ao sobre-investimento em relação à imagem corporal e ao comportamento alimentar, predizendo uma maior insatisfação corporal e maior endosso em comportamentos de procura da magreza (*e.g.*, Low *et al.*, 2003; Stice, Mazotti, Weibel, & Agras, 2000). O mesmo é dizer que a internalização dos valores associados ao ideal de magreza modera o grau em que se aceita e se aspira atingir este padrão culturalmente valorizado (Stice & Shaw, 2002).

A internalização é, por sua vez, influenciada pelo grau em que se acredita que os outros valorizam a magreza enquanto atributo fundamental para a aceitação social, havendo diferentes variáveis que moderam este processo. Neste contexto, alguns autores têm-se debruçado sobre o impacto das variáveis de suporte social na relativização vs internalização acerca da importância da magreza.

### **3.1. A necessidade de uma aparência física perfeita como forma de assegurar a pertença ao grupo**

Tomando como ponto de referência a perspectiva evolucionária, a proximidade e a dependência em relação ao grupo social é tão fundamental como a relação com um cuidador primário (Smith *et al.*, 1999).

O grupo de pares, como fonte de suporte emocional e conforto, proporciona um estado de segurança e tranquilidade ao sujeito, especialmente quando este enfrenta momentos ou situações indutoras de *stress* (Hazan & Zeifman, 1999). Os indivíduos que percebem os seus pares como mais amáveis, calorosos e aceitantes em relação às características do *eu*, manifestam menos preocupação com a conformidade, assim como uma menor procura pró-activa de aprovação externa (Smith *et al.*,



1999). Com efeito, uma vinculação segura ao grupo social está positivamente associada a bem-estar e a saúde mental (Irons & Gilbert, 2005). Em oposição, e segundo Irons e Gilbert (2005), uma vinculação insegura aos pares (*i.e.*, a percepção do grupo como coercivo e rejeitante) está associada a uma auto-avaliação negativa e a hipersensibilidade interpessoal (*i.e.*, com uma maior preocupação e ansiedade perante a crítica social e uma percepção exacerbada a pistas sinalizadoras de potencial rejeição).

Assim, um estilo de vinculação pouco securizante torna os sujeitos mais sensíveis nas suas relações interpessoais, levando-os a focarem-se mais intensamente nas dinâmicas competitivas do grupo (*i.e.*, no poder dos outros para os inferiorizarem, envergonharem ou rejeitarem) e numa maior necessidade de se defenderem contra essas ameaças para o *self* (Irons & Gilbert, 2005). Adicionalmente, diferentes estudos parecem evidenciar, nestes indivíduos, que uma maior adesão aos padrões socioculturais valorizados pelo seu grupo social (*e.g.*, em relação à aparência física ou a desempenhos académicos) reflecte a procura de aceitação e valorização por parte dos outros e uma forma de evitar a crítica, humilhação e a potencial rejeição (Bartholomew, 1990; Gilbert & Procter, 2006; Park, Crocker, & Mickelson, 2004).

Em suma, e de acordo com este modelo, os indivíduos que não vivenciam um sentimento de pertença no seu grupo, sentem-se sob permanente escrutínio dos outros e em constante ameaça de perda de suporte social, tornando-se extremamente sensíveis às avaliações externas e demonstrando um insaciável desejo de obter aprovação social.

É, então, possível hipotetizar que uma vinculação insegura conduza as adolescentes a internalizarem de forma mais acentuada os valores sociais associados ao ideal de uma aparência física magra e a endossarem condutas que visam alcançar esse ideal culturalmente valorizado, como forma de assegurarem a sua aceitação, tornando-as, assim, mais vulneráveis ao desenvolvimento de atitudes e comportamentos alimentares perturbados (Sharpe *et al.*, 1998; Troisi *et al.*, 2006). Neste sentido alguns autores têm procurado investigar em que medida uma vinculação insegura tem implicações na vivência da imagem corporal e das atitudes alimentares (Low *et al.*, 2003; McKinley & Randa, 2005; Sharpe *et al.*, 1998; Ward, Ramsay, & Treasure, 2000; Ward *et al.*, 2001).

Apesar da escassez dos estudos no domínio específico da vinculação ao grupo de pares, os dados existentes parecem apontar para uma associação positiva entre um estilo de vinculação inseguro ao grupo e insatisfação com a imagem corporal, atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais (Cash, Thériault, & Annis, 2004; McKinley & Randa, 2005; Sharpe *et al.*, 1998). No estudo, realizado por Sharpe e colaboradores (1998), verificou-se que os pré-adolescentes e adolescentes do sexo feminino que apresentam uma vinculação insegura reportam níveis superiores de preocupação com o peso corporal e de valorização da magreza. Paralelamente, o estudo de McKinley e Randa (2005) corroborara a relação entre uma vivência do grupo como fonte de ameaça e maior preocupação em relação à aparência física. Estes dados parecem, então sugerir que o estilo de vinculação social poderá desempenhar um importante papel no desenvolvimento de preocupações com o peso e com a imagem corporal, as quais se assumem como factores de risco para o desenvolvimento patologia do comportamento alimentar.

Por outro lado, a percepção do grupo social como coercivo ou rejeitante está intimamente associada a sensibilidade interpessoal, conduzindo ao desenvolvimento de uma hipersensibilidade ao criticismo (ou *put-down*) e a uma preocupação exacerbada com a rejeição social (Smith *et al.*, 1999). Paralelamente, Atlas (2004) introduz o constructo de sensibilidade em relação à aparência física, o qual diz respeito a um tipo específico de sensibilidade interpessoal, manifestado pela preocupação com a imagem corporal e com o julgamento que os outros fazem dela. Este autor mostrou que a sensibilidade ao criticismo e à rejeição pelos outros está positivamente associada a sensibilidade em relação à aparência física, e que ambas as dimensões se relacionam positivamente com expectativas de que a magreza conduz a um expressivo auto-aperfeiçoamento. Dito de outro modo, este estudo de mostra que os indivíduos mais sensíveis interpessoalmente tendem a perceber a dieta e a procura da magreza como estratégias de sobregeneralizado auto-melhoramento.

Em síntese, quando os indivíduos percebem o mundo como um lugar inseguro e fonte de ameaça, e os outros como não cuidadores e não confiáveis, apresentam uma maior probabilidade de aceitar as normas ou valores culturais, nomeadamente acerca da importância da aparência física e da magreza (Stice, 2001), e tendem a adoptar comportamentos que consideram mais seguros (Gilbert & Procter, 2006). Em consonância com esta ideia, Hewitt e colaboradores (2003) afirmam que os indivíduos com intenso desejo (ou necessidade) de aprovação externa tipicamente apresentam uma necessidade de parecer perfeitos aos olhos dos outros, tentando activamente apresentar um *self* público ideal e esforçar-se por ocultar as suas imperfeições, de forma a corresponder às expectativas sociais. Definida como auto-apresentação perfeccionista, esta a expressão interpessoal do perfeccionismo, define um estilo de apresentação mal-adaptivo que se associa a sentimentos de inferioridade e a dificuldades interpessoais (Hewitt *et al.*, 2003).

Não obstante, o perfeccionismo possa ser um traço de personalidade adaptativo assumindo em contextos específicos expressões socialmente valorizadas, a literatura tem salientado a sua associação a diferentes dimensões psicopatológicas (*e.g.*, Flett, Besser, Davis, & Hewitt, 2003; Hewitt & Flett, 1991; Hewitt, Flett, & Ediger, 1996), nomeadamente às Perturbações do Comportamento Alimentar (*e.g.*, Bardone-Conea *et al.*, 2007; Halmi *et al.*, 2000; Hewitt *et al.*, 1995; Joiner, Heatherton, Rudd, & Schmidt, 1997; Vohs *et al.*, 1999; Vohs *et al.*, 2001). Diferentes estudos têm demonstrado que várias facetas do perfeccionismo, conceptualizado enquanto constructo multidimensional, estão positivamente associadas não só um maior descontentamento com a imagem corporal, assim como a atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais, tais como comportamento alimentar restritivo e descontrolo alimentar (*e.g.*, Cockell *et al.*, 2002; Ruggiero, Levi, Ciuna, & Sassaroli, 2003). De facto, o perfeccionismo tem sido considerado como característica central da psicopatologia alimentar, sendo enfatizado como um importante factor etiológico e de manutenção deste processo (*e.g.*, Fairburn *et al.*, 2009; McGee *et al.*, 2005). A extensa literatura no âmbito da relação entre o perfeccionismo e a patologia alimentar tem sublinhado as associações com determinadas facetas deste traço, nomeadamente as dimensões de preocupação com o erro, crítica e dúvida (Bastiani, Rao, Weltzin, & Kaye, 1995; Halmi *et al.*, 2000; Hewitt *et al.*, 1995; McLaren, Gauvin, & White, 2001; Pliner & Haddock, 1996). Paralelamente, diferentes autores defendem que a expressão interpessoal do perfeccionismo (*i.e.*, a necessidade de parecer perfeito para os outros) assume um papel específico e

particularmente importante na compreensão das Perturbações do Comportamento Alimentar, não sendo esse efeito redundante ao do perfeccionismo-traço (Cockell *et al.*, 2002; Hewitt *et al.*, 1995; McGee *et al.*, 2005). Com efeito, o estudo realizado por McGee e colaboradores (2005) mostrou um efeito de interacção entre a auto-apresentação perfeccionista e a avaliação da imagem corporal na explicação da sintomatologia das perturbações alimentares, isto é, aquando de uma avaliação corporal negativa, níveis mais altos de auto-promoção perfeccionista, ocultação e a não-revelação das imperfeições predizem níveis mais altos de sintomatologia de patologia alimentar. Assim, a relação entre a avaliação da imagem corporal e os comportamentos alimentares disfuncionais parece depender da auto-apresentação perfeccionista (McGee *et al.*, 2005). Em suma, este estudo aponta a necessidade de se apresentar como perfeito enquanto um factor que vulnerabiliza a psicopatologia na presença de situações indutoras de *stress* em domínios centrais para o indivíduo. A leitura destes dados parece corroborar que o indivíduo que sente necessidade de parecer perfeito para os outros, como forma de garantir a sua pertença no grupo, quando vivencia níveis significativos de insatisfação corporal tende a envolver-se num esforço activo para promover uma imagem de perfeição, preocupando-se por impedir que os outros vejam as suas imperfeições.

#### **4. A procura da magreza enquanto estratégia de competição para lidar com uma percepção de inferioridade**

Gilbert (1989) considera que quando determinados atributos (*e.g.*, comportamentos agressivos em determinados *gangs*, desempenhos académicos ou determinadas formas corporais) são altamente valorizados em determinados grupos, e associados a reforços, a competição nesses domínios torna-se mais vigorosa, podendo assumir comportamentos extremos. Ao considerarmos a contínua ênfase na atractividade feminina associada à aparência física (*e.g.*, Feingold, 1992; Kanazawa & Kovar, 2004; Strahan *et al.*, 2006; Sypeck *et al.*, 2006; Webster & Driskell, 1983; Wiseman *et al.*, 1992), o corpo e a imagem corporal surgem como um dos principais domínios competitivos para a maioria das mulheres (Brownmiller, 1984). O mesmo é dizer que, num contexto em que a magreza é vista como um predicado especialmente valorizado, esta pode tornar-se um critério de competição, tendo como função atrair ou adquirir reforços sociais, como a aceitação, a admiração ou a popularidade dentro do grupo.

De acordo com Brownmiller (1984) “a aparência física, e não as capacidades, é a demonstração feminina de desejabilidade e de valor” (p. 50). De facto, a atractividade física é um dos domínios em que as mulheres mais investem com vista a aumentar o seu poder de obtenção de atenção e o seu estatuto social. (Ferreira *et al.*, 2011a; Gilbert *et al.*, 1995; Myers & Crowther, 2009; Troop *et al.*, 2003).

A pressão para atingir um corpo feminino magro é desde há muito reconhecida como uma característica crucial no contexto social no qual as Perturbações do Comportamento Alimentar surgem. Actualmente, as mulheres são continuamente bombardeadas com mensagens que valorizam a

magreza e o controlo alimentar (e.g., Burkle *et al.*, 1999; Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011c; Garner *et al.*, 1980; Huon, Piira, Hayne, & Strong, 2002; Stice *et al.*, 1994). Na verdade, se as imagens e mensagens dos *media* promovem a magreza enquanto sinónimo de poder, sucesso e felicidade, os pais encorajam, frequentemente, os seus filhos a adoptarem comportamentos alimentares mais controlados, e muitas vezes até a fazerem dietas restritivas para perder peso, enquanto os pares exercem pressões directas e indirectas para a magreza, valorizando expressamente aquelas que apresentam um corpo magro e que mostram capacidade de restringir o seu padrão alimentar. Adicionalmente, a conformação com estes padrões de controlo da imagem e do comportamento alimentar está associada com a adopção de comportamentos consistentes com essas normas socialmente valorizadas. Porém, uma atitude competitiva vai além da mera conformidade, incorporando o desejo de se demonstrar como um agente social desejável para os outros (Huon *et al.*, 2002). Isto significa que as atitudes competitivas podem ser vistas como um mecanismo através do qual os indivíduos procuram ultrapassar auto e hetero-avaliações de inadequação ou inferioridade (Burkle *et al.*, 1999).

Embora haja implicações claramente negativas em assumir atitudes excessivamente competitivas (e.g., Arrindel *et al.*, 2003; Lasch, 1979; Wilkinson, 1996; Twenge *et al.*, 2010), existem também indivíduos que usam o comportamento competitivo de uma forma psicologicamente saudável. Os dados do trabalho de Burkle e colaboradores (1999) evidenciam que não é uma atitude competitiva generalizada por si só que constitui um factor explicativo do desenvolvimento e manutenção da psicopatologia. Pois, segundo estes autores é importante distinguir entre a hipercompetitividade e a competição para o desenvolvimento pessoal. Uma competitividade para o desenvolvimento pessoal é definida como uma atitude na qual o foco primário do comportamento de competição não se prende com o resultado final, ou com a necessidade de ganhar, mas antes com o desenvolvimento de habilidades associadas à realização da tarefa. Em conclusão, esta surge como uma atitude psicológica mais saudável, enquanto as atitudes hipercompetitivas se associam a maiores preocupações em termos de comparação com os outros, e com a necessidade de demonstração de características positivas capazes de promoverem uma avaliação externa positiva. O estudo de Burkle e colaboradores (1999) permitiu, ainda, demonstrar que o estilo de hipercompetitividade, mas não o estilo de competição para o desenvolvimento pessoal, associado a pressões culturais intensas para ser magro e atraente, surge como factor potencializador de uma alimentação perturbada.

Quando uma mulher percebe a sua imagem corporal como significativamente discrepante daquilo que é considerado o padrão de beleza ideal, e acredita que a sua aparência é alvo de uma avaliação crítica por parte dos outros, tende a desenvolver um sentimento de inferioridade e indesejabilidade social (Goss & Gilbert, 2002; Yamamiya *et al.*, 2005). Consequentemente, estas mulheres poderão sentir-se sob pressão para competir, esforçando-se por se demonstrarem como agentes sociais desejáveis e evitarem a inferioridade, a negligência e a rejeição (Bellew *et al.*, 2006). Neste contexto, o controlo do peso, das formas corporais e do comportamento alimentar pode emergir como uma estratégia para evitar um sentimento de inferioridade e uma forma de competir por uma posição social mais segura no seu grupo, capaz de garantir reforços sociais e evitar o ostracismo e a rejeição por parte de outros (Bellew *et al.*, 2006; Burkle *et al.*, 1999; Gatward, 2007). Por outras palavras, a

sobrevalorização e investimento na magreza e no comportamento alimentar restritivo podem ser compreendidos enquanto uma forma de *striving* para evitar a inferioridade (Bellew *et al.*, 2006). Na verdade, estas preocupações competitivas, associadas ao medo de inferioridade e a preocupações de existir negativamente na mente dos outros (*i.e.*, vergonha), têm sido observadas em pessoas com Perturbações do Comportamento Alimentar (Goss & Gilbert, 2002).

Em síntese, os problemas associados à necessidade de pertencer a um grupo e de competir dentro deste mesmo grupo pode levar a várias respostas, incluindo o desejo de controlar a alimentação e a perda de peso (Gatward, 2007). De facto, em sociedades que objectificam o corpo feminino e criam expectativas de sucesso e felicidade associadas a uma aparência física atraente, o corpo pode tornar-se um meio para competir por determinada posição social e pela aceitação e valorização (*e.g.*, Feingold, 1992; Kanazawa & Kovar, 2004; Webster & Driskell, 1983), e estar ligado à própria identidade (Burkle *et al.*, 1999), especialmente em mulheres mais inseguras (Atlas, 2004) e que experienciam maiores níveis de vergonha, percepcionando-se como inferiores na comparação com os outros (Bellew *et al.*, 2006; Goss & Gilbert, 2002), e que se mostram mais ansiosas em situações sociais (Hinrichsen, Wright, Waller, & Meyer, 2003; Mckinley & Randa, 2005; Sharpe *et al.*, 1998).

O excessivo controlo sobre a alimentação (*i.e.*, a dieta) poderá funcionar como um sinal que estes indivíduos podem competir num importante domínio social, a sua imagem corporal (Bellew *et al.*, 2006). No entanto, aquilo que surge com a função de aumentar o estatuto social e de contornar as dificuldades interpessoais, quando atinge níveis patológicos acaba por ter um efeito perverso remediando estes sujeitos para um progressivo isolamento social e para o aumento das dúvidas acerca do seu valor.

## **5. O processo psicopatológico que caracteriza as Perturbações do Comportamento Alimentar**

### **5.1. O ciclo auto-perpetuante da restrição alimentar**

A dieta alimentar, compreendida como a restrição intencional e substancial da ingestão calórica com o objectivo de perder peso, seja ou não bem sucedida (Lowe, 1993; Wadden, Brownell, & Foster, 2002; Wilson, 2002), desempenha um papel fundamental nas Perturbações do Comportamento Alimentar. Na verdade, de todos os factores explicativos da patologia alimentar, a dieta é considerada como o factor universal e mais imediato (*e.g.*, Fairburn, 1997; Heatherton & Polivy, 1992; Stice, 2001).

De facto, é unanimemente aceite que o processo psicopatológico das perturbações alimentares se inicia por uma restrição alimentar extrema e outros comportamentos que visam o controlo do peso e das formas corporais (Fairburn & Cooper, 2011). Mas, é igualmente reconhecido que este comportamento de dieta, e outros esforços para perder peso (*e.g.*, exercício físico excessivo, uso de laxantes e diuréticos), são actualmente extremamente comuns na população feminina, sendo estimado que entre 41 a 66% das raparigas e mulheres jovens fazem dieta alimentar com vista a perder peso (*e.g.*,

Baptista *et al.*, 1996; Daele *et al.*, 2002; Patton *et al.*, 1997; Story *et al.*, 1991; Wilson, 2002). Importa, assim, perceber o que é que distingue uma dieta alimentar comum, e sem consequências significativas, da dieta com impacto clínico, que se associa a atitudes e comportamentos alimentares perturbados.

Numa fase inicial, as razões expressas e os procedimentos utilizados por uma jovem que está a desenvolver uma Perturbação do Comportamento Alimentar em nada se distingue das razões evocadas e dos métodos usados por um grande número de mulheres que se afirmam descontentes com a sua imagem corporal, e procuram ajustar a sua aparência física a um padrão socialmente valorizado (Ferreira, 2003). No entanto, as diferenças entre uma dieta transitória e o início de uma dieta sem fim, que caracteriza o processo psicopatológico central a todas estas perturbações, depressa se acabam por revelar.

Este padrão alimentar patológico, e ao contrário do que acontece na maioria das jovens que fazem dieta, assume ao longo do tempo contornos progressivamente mais rígidos e mais restritivos. Isto significa que, independentemente dos seus resultados (*i.e.*, quer a perda de peso seja ou não conseguida) nas doentes com patologia alimentar o padrão alimentar vai sendo caracterizado por uma limitação gradual quer na quantidade quer na qualidade dos alimentos ingeridos. Nos sujeitos em que a restrição alimentar leva à perda de peso desejada, novos objectivos ponderais são definidos, e com vista a alcançar essas novas metas, diferentes e mais severas regras alimentares são definidas. Paralelamente, nos indivíduos em que a dieta não permite a perda de peso ambicionada, são estabelecidos padrões alimentares altamente restritivos, e muitas vezes irrealistas, de forma a alcançar as metas ponderais estabelecidas. Por outro lado, o carácter rígido e compulsivo da dieta é, na maioria dos casos, mais tarde acompanhado por outros métodos que têm por finalidade tornar a perda de peso mais efectiva e mais rápida (*e.g.*, exercício físico excessivo, métodos purgativos). Dizemos, assim, que a restrição alimentar inicia um ciclo auto-perpetuante, tornando-se o controlo do peso e da alimentação uma questão central na vida destes doentes.

Ao longo deste processo psicopatológico a dieta, o peso e as formas corporais tornam-se temas dominantes e sobrevalorizados dos doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar, ou seja, a sua única preocupação é perder peso e garantir que as suas regras alimentares são escrupulosamente cumpridas (Ferreira, 2003). Para que esta restrição rígida seja conseguida, o sujeito não deve responder à fome através do consumo alimentar. Isto significa que estes doentes devem aprender a controlar o seu apetite, não comendo quando têm fome e parando de comer substancialmente antes de alcançarem a saciedade. No entanto, é necessário sublinhar que raramente estas pacientes têm real perda de apetite. Assim, para cumprir este padrão alimentar restritivo de forma obsessiva e para que o controlo do seu apetite seja efectivo tudo tem de estar extremamente bem planeado. É neste contexto que surgem diferentes comportamentos bizarros relacionados com a comida, como: fazer listas exaustivas de categoria de alimentos, coleccionar tabelas calóricas, mascar pastilhas elásticas, comer de pé, esmigalhar os alimentos, ou cumprir um horário rigoroso na duração de cada refeição e no intervalo entre as diferentes refeições. Estes comportamentos, incompreensíveis para a maioria dos observadores, cumprem a função de exigir e controlar a atenção em relação à sua ingestão alimentar de uma forma contínua e rigorosa.

A centralidade das preocupações em relação ao peso, formas corporais e alimentação é igualmente expressa num conjunto de comportamentos de verificação (ou rituais de medida) da capacidade de controlo. O espelho, a balança, a fita métrica, ou um par de calças tornam-se instrumentos de medida que são utilizados, de forma obsessiva, como forma de se auto-avaliarem e de se compararem com os outros, ou como uma procura de tranquilização. Mas, este comportamento de *striving* (traduzido na dieta) nunca permite que os indivíduos atinjam o estado de tranquilidade e de segurança a que aspiram, quer em relação ao seu valor pessoal quer nas suas relações interpessoais, conduzindo à percepção de que o peso ou o controlo alimentar conseguido não são suficientes, o que potencializa a manutenção deste padrão patológico.

Nas doentes em que o padrão de restrição alimentar é consistentemente mantido, este dá origem a uma significativa perda de peso. Numa fase inicial deste processo psicopatológico a maioria das pacientes recebem reforços sociais, sob a forma de elogio acerca da sua aparência física, das perdas de peso conseguidas e do auto-controlo demonstrado (Garner & Bemis, 1982). Dado que a pertença a um grupo social pode ser considerada como a mais fundamental das necessidades humanas (Bailey, 2000; Panksepp *et al.*, 1997), sinais de aceitação e aprovação social são extremamente importantes para todos os indivíduos. Estes adquirem, ainda, especial ênfase para aqueles indivíduos que se sentem inseguros ou ameaçados no seu grupo social e que mostram um insaciável desejo de obter aprovação social (Bartholomew, 1990; Gilbert & Procter, 2006; Park *et al.*, 2004), funcionando como importantes factores de manutenção da restrição alimentar. Assim, a dieta parece nesta fase, um meio eficaz de aumentar o poder de obtenção de atenção social, isto é, uma estratégia capaz de dirigir atenção favorável para si.

No entanto, quando a perda de peso se torna extrema estas formas de *feedback* social positivo parecem desempenhar um papel menor na manutenção das atitudes e comportamentos de sobrevalorização da magreza (Garner & Bemis, 1982; Slade, 1982). Nesta fase, é o cumprimento das regras, em termos alimentares e a manutenção do peso baixo, que se tornam a base de auto-reforço (Garner, Vitousek, & Pike, 1997), gerando um sentimento de poder e orgulho (Goss & Gilbert, 2002).

Paralelamente, embora a restrição alimentar possa ter um impacto positivo a curto prazo, a médio/longo prazo a dieta tem inúmeras consequências negativas a nível biológico (nomeadamente na função da serotonina; Cowen & Smith, 1999), cognitivo e comportamental (Wilson, 2002). Os efeitos adversos das dietas extremas estão bem documentados no estudo de Keys e colaboradores (1950), da Universidade de Minnesota. O que torna o “estudo de Minnesota” tão importante para a compreensão da psicopatologia alimentar é o facto de muitas das consequências da semi-inanição observadas nos voluntários, que foram submetidos a esta experiência, serem em tudo semelhantes às vivenciadas pelas pacientes com Perturbação do Comportamento Alimentar (Ferreira, 2003).

De entre as consequências negativas associadas à dieta restritiva, a ocorrência de episódios de descontrolo alimentar é a mais estudada. De facto, em cerca de 60% dos casos com Perturbação do Comportamento Alimentar este padrão alimentar altamente controlado e restritivo é temporariamente interrompido por episódios de sobrealimentação com vivência de descontrolo (Fairburn & Cooper, 2011). A associação entre restrição e ingestão compulsiva é complexa (Fairburn, 1997; Lowe,

1993). Para alguns autores, esta relação é essencialmente explicada pelo facto da dieta (ou semi-inanição) provocar um decréscimo acentuado de triptofano, um precursor da serotonina, o que aumenta a probabilidade de uma ingestão compulsiva de alimentos ricos em hidratos de carbono, como meio para restaurar os níveis de triptofano (*e.g.*, Kaye, Gendall, & Strober, 1998). Outros autores salientam, o papel de estratégias de regulação emocional mal-adaptativas na compreensão destes episódios de ingestão compulsiva (*e.g.*, Goss & Allan, 2010; Goss & Gilbert, 2002; Heatherton & Baumeister, 1991; Lehman & Rodin, 1989).

Contextualmente, a ingestão alimentar compulsiva associa-se a períodos longos de restrição alimentar e/ou situações desencadeadoras de humor disfórico (*e.g.*, serem alvo de crítica negativa; percepção de inferioridade relacionada com a imagem corporal ou em relação ao padrão alimentar; conflitos interpessoais ou experiências de vergonha). Não obstante a maioria dos pacientes relate que estes momentos de sobrealimentação diminuem transitoriamente o afecto negativo (*e.g.*, tristeza, vergonha e culpa; Deaver *et al.*, 2003; Heatherton & Baumeister, 1991), esta estratégia, que visa o evitamento, a distração ou o escape, aumenta a médio prazo o afecto negativo (Fairburn & Harrison, 2003).

Os episódios compulsivos podem assim ser compreendidos como uma estratégia de evitamento de experiências internas indesejáveis, que assume um carácter auto-perpetuador ao desencadarem um aumento dos sentimentos de vergonha e dos padrões auto-críticos de avaliação. Por outro lado, os episódios de compulsão alimentar fazem disparar os esforços em termos de restrição, assim como o uso de outras técnicas de controlo de peso (como o uso de laxantes e vómito), perpetuando assim o ciclo compulsão-restrição/purga (Fairburn, 1997). Neste sentido, nos casos em que os objectivos ponderais e de controlo alimentar não são conseguidos, a preocupação e o investimento em termos da aparência física e da necessidade de controlo alimentar é cada vez maior, mantendo o ciclo patológico (Fairburn *et al.*, 2003; Fairburn, 2008).

## **5.2. O papel da vergonha na perpetuação do ciclo psicopatológico da procura da magreza**

Um dos temas recorrentes na literatura no âmbito das Perturbações do Comportamento Alimentar é a noção de que a vergonha está profundamente associada a padrões alimentares perturbados (Burney & Irwin, 2000). De facto, está bem documentado que a vergonha se correlaciona positivamente com patologia alimentar (Gee & Troop, 2003; Murray, Waller, & Legg, 2000; Sanftner, Barlow, Marshall, & Tangney, 1995; Troop, Allan, Serpall, & Treasure, 2008). Diferentes estudos mostram que quando comparadas com amostras não-clínicas, as pacientes com Perturbação do Comportamento Alimentar, mesmo quando recuperadas reportam níveis superiores de vergonha (Gee & Troop, 2003; Swan & Andrews, 2003; Grabhorn, Stenner, Stangier, & Kaufhold, 2006; Cooper, Todd, & Wells (1998). Por outro lado, existem dados empíricos que mostram que os pacientes com perturbações alimentares, quando comparados com outros grupos psiquiátricos, são aqueles que apresentavam resultados mais elevados de vergonha internalizada (Cook, 1994).



Goss e Gilbert (2002) esboçaram um modelo de desenvolvimento e manutenção das crenças e comportamentos associados às perturbações alimentares, considerando o papel da vergonha (Modelo de Espiral de Vergonha). Este modelo enfatiza uma série de interações entre *i)* os factores de *background*, tais como factores genéticos e de personalidade (*e.g.*, neuroticismo e sensibilidade interpessoal), estilo de vinculação precoce e história de abuso ou experiências de rejeição, e *ii)* variáveis sócio-culturais (salientando a intensificação da aparência física e as formas corporais como características de estatuto social) (Goss & Gilbert, 2002). De acordo com este modelo, estes factores dão origem a distintas formas de vergonha, acentuando a sensibilidade interpessoal e influenciando negativamente a auto-percepção.

Nesta leitura, os indivíduos mais sensíveis às críticas externas (*i.e.*, *put-down*), ao controlo dos outros ou à possibilidade de serem rejeitados enquanto membros de determinado grupo, e que se percebem numa posição desfavorável em termos de *ranking* social, tentam evitar essas ameaças sociais esforçando-se por se tornarem mais próximos de um padrão sociocultural desejável. Nesta perspectiva, a tentativa de controlo do seu comportamento alimentar e do seu peso (Goss & Allan, 2009; Goss & Gilbert, 2002), pode ser conceptualizada como uma estratégia de *striving* para evitar a inferioridade (*e.g.*, Bellew *et al.*, 2006). A dieta pode, assim, servir um propósito para as mulheres sentirem mais poder e mais sucesso, não obrigatoriamente como uma forma de demonstrar a sua superioridade, mas sim enquanto estratégia para lidar com dificuldades emocionais, consequentes da sua percepção de baixo estatuto social (Cooper *et al.*, 1998). Neste sentido, Jensens (2001) sugere que as pessoas com distúrbio alimentar tendem a sentir-se genericamente não atraentes, em comparação com os outros, levando a que o corpo se torne um móbil para se sentirem mais atraentes.

Como anteriormente referido, quando o controlo em relação à alimentação, imagem corporal e peso é conseguido, estes indivíduos tendem frequentemente a sentir orgulho interno, mas quando o controlo sobre estes aspectos é perdido, este orgulho transforma-se em auto-culpabilização e em mais vergonha (Huline-Dickens, 2000). De acordo com o Modelo de Espiral de Vergonha, este processo é denominado por ciclo vergonha-orgulho, e caracteriza o desenvolvimento e manutenção dos comportamentos alimentares perturbados apresentados pelos doentes do tipo restritivo (Goss, & Allan, 2010; Goss & Gilbert, 2002).

O ciclo vergonha-vergonha, por outro lado, caracteriza os doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar do tipo bulímico, e, de acordo com Goss e Gilbert (2002), está sobretudo relacionado com a necessidade de controlo dos afectos e com estratégias de regulação das emoções negativas ou complexas, especialmente aquelas que derivam de contextos interpessoais, através de comportamentos de ingestão alimentar compulsiva e de comportamentos purgativos, os quais mantêm e aumentam ainda mais o sentimento de vergonha (Goss & Allan, 2010; Goss & Gilbert, 2002).

Estas experiências de vergonha estão intimamente associada a uma auto-desvalorização e ao auto-criticismo (Gilbert & Procter, 2006). De facto, o estilo de relação *eu-eu* crítico foi considerado como um factor predictor e de manutenção da sintomatologia das perturbações alimentares, na medida em que a sobrevalorização e os comportamentos de controlo associados à imagem corporal e ao peso podem ser vistos como formas de compensação do auto-criticismo e de auto-avaliações desfa-

voráveis (Dunkley & Grilo, 2007), tendo em vista o alcance de níveis ótimos em relação à imagem corporal. Contudo, quando estes ideais não são conseguidos, isto é percebido pelo sujeito como um falhanço pessoal, e como um factor de maior vulnerabilidade para a desvalorização por parte dos outros, o que culminará num padrão de auto-crítica constante e cada vez mais hostil (Goss & Gilbert, 2002).

Em suma, e numa perspectiva evolucionária, na compreensão do comportamento alimentar perturbado o foco deve incidir sobre a relação entre o peso e a auto-aceitação (Fairburn & Cooper, 1989; Garner & Garfinkel, 1982; Gilbert, 2002).

## PARTE EMPÍRICA



## Capítulo 3

Objectivos e metodologia dos estudos



## **Capítulo 3**

### **Objectivos e metodologia dos estudos**

1. Fundamentação e objectivos dos estudos
2. Metodologia
3. Instrumentos
4. Tratamento estatístico dos dados





## Capítulo 3

### Objectivos e metodologia dos estudos

#### 1. Fundamentação e objectivos dos estudos

A organização do conjunto de trabalhos realizados no âmbito deste projecto pode ser compreendida de acordo com 5 objectivos específicos, que embora interligados e sequenciados, apresentam natureza e finalidade distintas. Para prossecução destes objectivos estruturaram-se 5 capítulos, cada um dos quais constituído por um conjunto de trabalhos.

O primeiro objectivo prende-se com a necessidade do desenvolvimento e de validação de instrumentos de medida em língua portuguesa, com utilidade clínica e para a investigação no âmbito das Perturbações do Comportamento Alimentar. Neste sentido a estruturação do **Capítulo 4: Estudos de desenvolvimento e/ou validação dos instrumentos de auto-resposta e da Entrevista Clínica para as Perturbações do Comportamento Alimentar**, compreendeu 4 estudos distintos, um primeiro que corresponde ao desenvolvimento e validação da Escala de Comparação Social através da Aparência Física (ECSAF), o segundo e terceiro estudo que correspondem à adaptação e validação, para a população portuguesa, de dois instrumentos de auto-avaliação considerados como medidas pertinentes, na investigação e intervenção clínica, no contexto das perturbações relacionadas com a imagem corporal e o comportamento alimentar: a Escala da Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade (SAIS) e a Escala de Aceitação e Acção da Imagem Corporal (BI-AAQ). Nestes três estudos pretendemos, para além da validação da estrutura factorial destas medidas, estudar a dimensionalidade das escalas e efectuar estudos das suas qualidades psicométricas. Os estudos de validade convergente e de sensibilidade para discriminar grupo com e sem patologia do comportamento alimentar permitirão também contribuir para a confirmação da pertinência destes instrumentos no âmbito das Perturbações do Comportamento Alimentar. Neste capítulo, realizámos, ainda, estudos da Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações Alimentares (EDE 16.OD). Esta entrevista com uma utilidade amplamente reconhecida, tanto no âmbito da investigação, da avaliação e da eficácia terapêutica de diferentes programas, carecia de estudos para amostras da população portuguesa. Numa tentativa de colmatar as limitações na utilização desta entrevista, considerada como a medida de ouro para a

patologia alimentar, foram investigados dados normativos para a população portuguesa, a partir dos quais devem ser lidos os resultados da EDE 16.OD, e estudado o seu poder discriminativo, pela identificação de pontos de corte eficazes, de indivíduos com e sem Perturbação do Comportamento Alimentar.

Dispondo de novos instrumentos devidamente validados, impunha-se um conjunto de estudos que testasse a hipótese fundamental deste trabalho, e que diz respeito à compreensão das Perturbações do Comportamento Alimentar como processos psicopatológicos resultantes da procura de segurança e de uma posição social favorável, ou seja, como um efeito colateral de processos de regulação da aceitação social.

**O Capítulo 5: Estudos da regulação da aceitação social e a sua expressão psicopatológica diferencial entre géneros**, ficou constituído por 3 estudos, os quais procuram clarificar os processos que influenciam a relação entre a sensibilidade interpessoal e as estratégias de *ranking* social na expressão psicopatológica, em amostras do sexo masculino e sexo feminino da população geral. E, ainda, compreender o impacto destas variáveis na explicação da procura da magreza, considerada como o principal factor de predisposição para o desenvolvimento das Perturbações do Comportamento Alimentar

O principal objectivo do **estudo 1** é testar a hipótese de que indivíduos, do sexo feminino, mais inseguros face ao seu grupo social, e que apresentam uma maior necessidade de se apresentarem como perfeitos, tendem a adoptar um comportamento alimentar mais restritivo, na procura de uma imagem corporal mais magra e mais de acordo com aquilo que é considerado como ideal, na tentativa de corresponder a um ideal valorizado socialmente e de se protegerem da crítica e da rejeição social.

Dada a relevância dos constructos de perfeccionismo, considerado como um aspecto central das psicopatologia alimentar, e das estratégias auto-críticas, enquanto processos de regulação emocional mal-adaptativos. E considerada, ainda, a limitação dos estudos de mediação nesta área, o **estudo 2** teve como principal objectivo investigar o poder de mediação de formas auto-críticas (*eu-inadequado*) na relação entre a necessidade de se apresentar como perfeito e a procura da magreza. Paralelamente, e visto que a investigação sobre o perfeccionismo tem sido conduzida quase exclusivamente em amostras femininas, este estudo pretendeu contribuir para a compreensão deste constructo e do seu impacto diferencial por género na expressão psicopatológica, através da comparação de amostras do sexo masculino e do sexo feminino.

O **estudo 3** teve como principal objectivo explorar o impacto da pressão para competir de forma a evitar a inferioridade na explicação da sobrevalorização de atitudes e comportamentos que visam a procura da magreza. A pertinência deste estudo é justificada pela escassez de estudos da relação entre diferentes variáveis associadas a uma mentalidade focada no *ranking* social e a vulnerabilidade à patologia do comportamento alimentar. Adicionalmente, e procurando colmatar as lacunas existentes na literatura foram desenhados diferentes subestudos com objectivo de clarificar o impacto negativo e a expressão diferenciada, em função do género, de uma mentalidade focada na comparação social, vergonha e na necessidade de competir na saúde mental.

O **Capítulo 6: Estudos das estratégias de regulação emocional adaptativas na conceptualização das Perturbações do Comportamento Alimentar**, pretende clarificar o potencial da auto-compaixão e da flexibilidade psicológica, enquanto estratégias de regulação emocional adaptativas, nomeadamente, na compreensão do processo que caracteriza as Perturbações do Comportamento Alimentar, e consequentemente, demonstrar a pertinência das intervenções cognitivo-comportamental de 3ª geração nestes doentes. Não obstante estes modelos surgirem como teoricamente consistentes com a fenomenologia associada a estas perturbações, os estudos empíricos que suportam estas intervenções no âmbito da patologia alimentar são ainda limitados a estudos de caso ou amostras não clínicas. Assim, foram desenhados 2 estudos, com base em amostras de doentes com diagnóstico de Perturbação do Comportamento Alimentar vs amostra da população geral, que permitissem dar suporte empírico às terapias contextuais, nomeadamente, à integração do treino da auto-compaixão (**estudo 1**) e de uma componente de ACT (**estudo 2**) nos protocolos terapêuticos para as Perturbações do Comportamento Alimentar.

O **Capítulo 7: Modelo integrativo da mentalidade de ranking social e das estratégias de regulação emocional na explicação da patologia alimentar**, é apresentado e testado um modelo de leitura das Perturbações do comportamento Alimentar. Este modelo pretende explorar de uma forma sistemática e integradora a associação entre variáveis de ranking social (vergonha externa, striving inseguro e comparação social através da aparência física) e as principais características da psicopatologia alimentar (insatisfação corporal e procura da magreza). Simultaneamente, o modelo em estudo tem o propósito de clarificar as vias através das quais os diferentes componentes da mentalidade baseada no ranking e na competição aumentam a insatisfação corporal e a sobrevalorização e sobreinvestimento na procura da magreza. Mais especificamente, este estudo visa testar a hipótese de que as mulheres que se percebem como inferiores, que acreditam existir negativamente na mente dos outros, e que se sentem sob pressão para competir, apresentam maiores níveis de insatisfação corporal e maior tendência para endossarem comportamentos que visam a perda de peso. Esperamos, ainda, que as estratégias de regulação emocional (adaptativas e mal-adaptativas) desempenhem um papel preponderante enquanto variáveis mediadoras na relação entre mentalidade de ranking social e psicopatologia alimentar.

## 2. Metodologia

### 2.1. Desenho dos estudos e procedimentos de recolha de dados

Para todos os estudos realizados foram constituídas amostras distintas da população geral, as quais preencheram um protocolo constituído por diferentes escalas de auto-resposta, após terem sido contactadas as administrações das instituições envolvidas (*e.g.*, empresas e escolas) e obtida a respectiva autorização para a colaboração no projecto de investigação. Todos os participantes foram informados dos objectivos do estudo, da natureza voluntária da sua participação, assim como da garantia de confidencialidade e do anonimato no tratamento dos dados, tomando conhecimento dos

mesmos através da leitura de um texto de consentimento informado. Nos casos em que foi possível administrar o protocolo de investigação em grupo (turmas de estudantes de escolas secundárias ou ensino superior), foi também prestado um breve esclarecimento inicial pelos investigadores responsáveis.

Foram excluídos da amostra todos os indivíduos que não responderam aos dados sócio-demográficos. Posteriormente foram também excluídos todos os protocolos cujos questionários ou escalas de auto-resposta que não estavam correctamente preenchidos por incompreensão ou não obediência das instruções, ou por apresentarem itens não respondidos ou invalidados.

Para a constituição da amostra clínica foram contactadas diferentes instituições de Saúde Mental, nomeadamente Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital São Teotónio, em Viseu, e Hospital de São João, no Porto. Foi submetido um pedido às comissões de ética destas instituições e, uma vez obtida a devida autorização das respectivas Comissões de Ética, foram contactados diversos clínicos para o encaminhamento de doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar para o nosso estudo. Foram ainda recrutados alguns indivíduos em consultório privado de psicoterapia e que se disponibilizaram para a realização da entrevista clínica e para o preenchimento de um protocolo de investigação. A apresentação do estudo e o convite para a participação foi realizado, na maior parte dos casos, pelo psicólogo responsável pelo acompanhamento psicoterapêutico. Após a indicação da disponibilidade, cada doente foi contactado pela investigadora responsável de forma a renovar a explicação da finalidade dos estudos, o tempo e a natureza dos procedimentos de recolha de dados, assim como verificar a disponibilidade do doente para a agendar a entrevista clínica.

O procedimento utilizado na amostra clínica, iniciou-se pela realização da Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações Alimentares (EDE 16.OD), a qual permitiu a elaboração do diagnóstico da perturbação alimentar específica (ou, em casos pontuais, a desconfirmação do diagnóstico do clínico e a realização do diagnóstico diferencial), de acordo com o manual de diagnóstico *DSM-IV*. Esta entrevista possibilitou, ainda, a avaliação da intensidade, frequência e do grau de interferência das características centrais da perturbação do comportamento alimentar. De modo a que este procedimento de investigação se traduzisse em ganho no processo psicoterapêutico, todas estas informações eram posteriormente transmitidas ao clínico responsável pelo acompanhamento e discutidas na presença do doente. Em seguida, os doentes preencheram o protocolo de investigação, tendo a ordem de preenchimento dos instrumentos de auto-resposta sido alterada em sensivelmente metade dos participantes. A maioria dos sujeitos aceitou participar na entrevista clínica estruturada, sendo que a maior perda de sujeito se ficou a dever ao preenchimento incompleto do protocolo.

Para além da realização da EDE numa amostra clínica, os estudos de validação desta entrevista exigiram uma amostra de conveniência da população geral. Para a constituição desta amostra recorreu-se à colaboração de estudantes da Licenciatura e do Mestrado Integrado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra para o recrutamento de sujeitos de diversas origens que se disponibilizaram para a realização da Entrevista e, ainda no preenchimento do protocolo de investigação. Todas as entrevistas foram realizadas pela investigadora responsável em con-

texto hospital, após a ser feita a apresentação do estudo, os sujeitos foram informados da natureza voluntária da sua participação e da confidencialidade e anonimato no tratamento dos dados.

## 2.2. Amostras

Como foi salientado no ponto anterior, para a realização dos diversos estudos apresentados foi necessário constituir diversas amostras.

### - Amostra da população geral

A amostra da população geral foi recolhida ao longo dos anos 2008, 2009 e 2010, e contou com o apoio de vários estudantes do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Para além de estudantes de diversos estabelecimentos de Ensino Secundário da região centro e de várias de diversas licenciaturas (da Universidade de Coimbra, da Covilhã, e de Lisboa), preencheram também, o protocolo de investigação, adultos recrutados pelos estudantes do Mestrado Integrado, bem como trabalhadores de diversas instituições e empresas da região Centro.

A amostra final ficou constituída por 3114 (100%) indivíduos da população geral, com uma média de 20.82 anos de idade e de 12.04 anos de escolaridade completados. 1110 (35.6%) sujeitos são do sexo masculino, enquanto 2004 (64.4%) são do sexo feminino. Quanto ao estado civil, a maioria dos sujeitos é solteiro (2888; 92.7%), sendo 189 (6.1%) indivíduos são casados. Em relação ao estatuto sócio-profissional, a maioria é estudante (2775; 89.1%), sendo estatuto sócio-profissional médio o segundo mais prevalente (210; 6.7%). A partir desta amostra geral foram constituídos diferentes grupos amostrais para os estudos apresentados. Assim, em cada estudo são apresentadas as características demográficas das amostras em análise.

### - Amostra da população geral para validação da EDE 16.OD

Recolheu-se uma amostra de 121 indivíduos da população geral que permitisse realizar os estudos de validação da EDE 16.OD, apresentados no estudo 4 do Capítulo 4. A amostra foi recolhida entre Janeiro e Maio de 2010. Os sujeitos que constituíram esta amostra foram recrutados pelos estudantes da Licenciatura e do Mestrado Integrado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Para além de responderem à entrevista, estes sujeitos preencheram o protocolo de investigação.

A amostra da população geral para o estudo da EDE 16.OD ficou constituída por 121 indivíduos da população geral, com uma média de 21.44 ( $DP = 6.35$ ) anos de idade e de 13.83 ( $DP = 2.30$ ) anos de escolaridade. Dez (8.3%) sujeitos são do sexo masculino, enquanto 111 (91.7%) são do sexo femi-

no. Quanto ao estado civil, a maioria dos indivíduos é solteiro (114; 94.2%), em relação ao estatuto socioprofissional a maioria são estudantes (113; 85.1%).

#### - Amostra clínica de Perturbações do Comportamento Alimentar

A amostra clínica foi recolhida entre 2008 e 2010, em vários serviços públicos de saúde mental (Consulta de Distúrbios Alimentares dos Hospitais da Universidade de Coimbra, nos serviços de psiquiatria do Hospital de São João e do Hospital de São Teotónio) e, também, em consultório privado de psicoterapia, após garantido o consentimento pelas respectivas Comissões de Ética.

A amostra clínica é composta por doentes que apresentavam como principal diagnóstico uma Perturbação do Comportamento Alimentar, de acordo com os critérios de diagnóstico do *DSM-IV* (APA, 1994). Foram excluídos desta amostra todos os indivíduos que apresentavam psicopatologia do foro psicótico, dependência de substâncias psicoactivas e também aqueles, que embora apresentassem um quadro de patologia alimentar revelaram sérias dificuldades na compreensão dos instrumentos de avaliação.

As figuras 1 e 2 apresentam a distribuição dos sujeitos da amostra clínica por diagnóstico e por subtipos da Perturbação do Comportamento Alimentar.

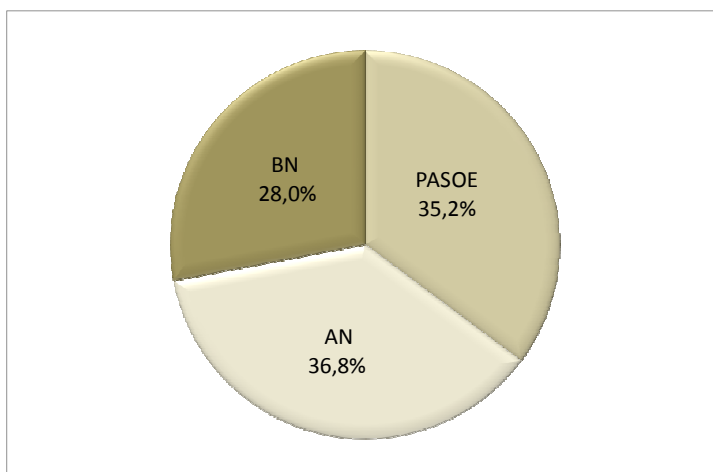
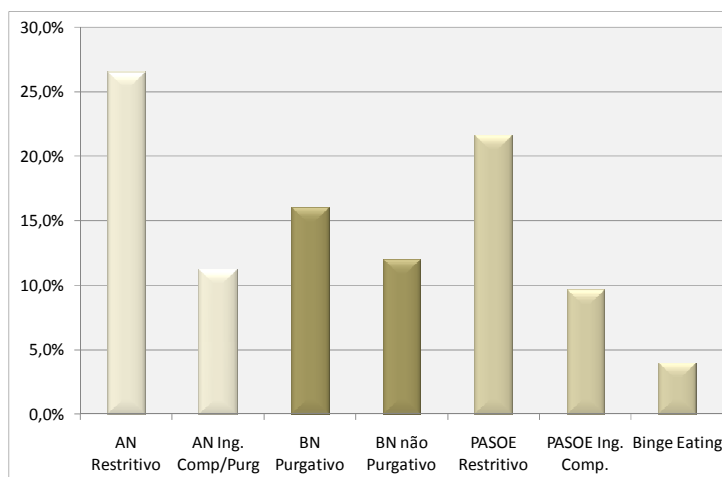
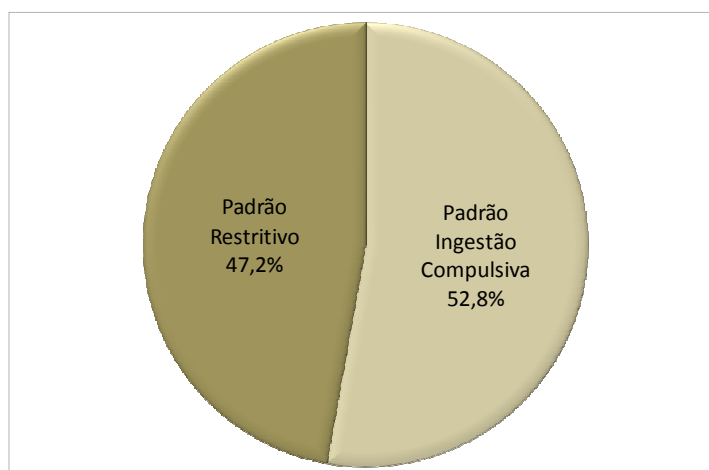


Figura 3.1. Caracterização da amostra clínica (n = 125) por diagnóstico de Perturbação do Comportamento Alimentar



**Figura 3.2.** Caracterização da amostra clínica ( $n = 125$ ) por subtipo de Perturbação do Comportamento Alimentar

A amostra clínica ficou constituída por 125 doentes: 46 (36.8%) cumpriam todos os critérios para o diagnóstico de Anorexia Nervosa [32 (25.6%) do tipo restritivo e 14 (11.2%) do tipo ingestão compulsiva/tipo purgativo]; 35 (28%) para Bulimia Nervosa [20 (16.0%) do tipo purgativo e 15 (12%) do tipo não-purgativo]; e 44 (35.2%) foram diagnosticados com uma Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação [27 (21.6%) com um padrão alimentar exclusivamente restritivo, 12 (9.6%) caracterizados por um padrão restritivo com episódios de ingestão alimentar compulsiva/purgativos e 5 (4%) do Tipo *Binge Eating*].



**Figura 3.3.** Caracterização da amostra clínica ( $n = 125$ ) por tipo de Perturbação do Comportamento Alimentar

Em termos gerais 59 (47.2%) dos casos clínicos que constituem a nossa amostra caracterizam-se por uma perturbação alimentar do tipo restritivo e 66 (52.8%) por um padrão de ingestão compulsiva/purgativo (Figura 3.3).

O Quadro 3.1. apresenta à caracterização dos doentes da amostra por idade, anos de escolaridade, índice de massa corporal (IMC) e sexo em função do quadro clínico.

**Quadro 3.1. Caracterização da amostra clínica com Perturbação do Comportamento Alimentar ( $n = 125$ ) por quadro clínico**

		Anorexia Nervosa		Bulimia Nervosa		PASOE	
		M	DP	M	DP	M	DP
Idade		20.00	5.70	25.74	8.23	23.38	7.71
Anos de escolaridade		12.11	3.14	11.97	3.36	12.67	2.70
IMC		15.86	1.17	26.25	7.81	19.79	1.95
		N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	3	6.52	0	0	1	2.27
	Feminino	43	93.48	35	100	43	97.73

Quanto à distribuição por sexo, 121 (96.8%) doentes são do sexo feminino e 4 (3.2%) do sexo masculino. A média de idades dos sujeitos é de 23.12 ( $DP = 7.70$ ) anos. Em relação aos anos de escolaridade, a média dos anos concluídos é de 12.33 ( $DP = 3.06$ ). A maioria dos sujeitos é solteiro (103; 82.4%) e (74; 59.2%) estudantes.

Os doentes com Anorexia Nervosa apresentam a média de idade mais baixa ( $M = 20.00$ ;  $DP = 5.70$ ), seguidos dos doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (PASOE) ( $M = 23.38$ ;  $DP = 7.71$ ), e por fim dos doentes com Bulimia Nervosa ( $M = 25.74$ ;  $DP = 8.23$ ). Pela comparação dos três grupos foi possível verificar que o grupo de Bulimia Nervosa se diferencia significativamente do grupo de Anorexia em termos de idade ( $F = 6.581$ ;  $p = .002$ ). No entanto os três grupos não apresentam diferenças significativas entre si quanto aos anos de escolaridade ( $F = .552$ ;  $p = .577$ ). Quanto à caracterização por Índice de Massa Corporal (IMC), tal como seria esperado o grupo com Anorexia Nervosa apresenta um IMC médio mais baixo ( $M = 15.86$ ;  $DP = 1.17$ ), seguidos pelos doentes do grupo PASOE ( $M = 19.79$ ;  $DP = 1.95$ ), e por fim pelo grupo com Bulimia Nervosa ( $M = 26.25$ ;  $DP = 7.81$ ).



### 3. Instrumentos

**3.1. Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do Comportamento Alimentar (EDE; Eating Disorder Examination 16.0D; Fairburn, Cooper, & O'Connor, 2008; Versão portuguesa de Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2010)**

A EDE é uma entrevista estruturada e direccionada para as Perturbações do Comportamento Alimentar, de acordo com os critérios de diagnóstico da *DSM-IV-TR* (APA, 2000). A EDE está organizada em 4 subescalas, Restrição, Preocupação Alimentar, Preocupação com o Peso e Preocupação com a Forma Corporal. Esta entrevista estandardizada permite discriminar o diagnóstico da Perturbação Alimentar específica, e a severidade das características centrais destas perturbações. A utilidade desta entrevista em contexto clínico está, assim também, relacionada com a possibilidade de obtenção de dados acerca da avaliação da frequência e intensidade de aspectos comportamentais e psicológicos, em termos do número de episódios de determinado comportamento ou do número de dias nos quais este ocorre. Os estudos realizados pelos autores da versão original têm mostrado a fidelidade e validade concorrente e discriminante deste instrumento como adequados (Fairburn & Cooper, 1993). A apresentação detalhada da estrutura e organização dos itens da entrevista, assim como a validação deste instrumento na população portuguesa é apresentada no Capítulo 4 deste trabalho.

### 3.2. Questionários de Auto-resposta para avaliação de dimensões da psicopatologia

**3.2.1. Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS 42; Depression, Anxiety & Stress Scale; Lovibond & Lovibond, 1995; Versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004)**

Esta escala foi desenvolvida com base na teoria e segundo o modelo tripartido que postula que os sintomas de ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas. Neste sentido, pretende-se avaliar, tal como o nome da escala indica, três dimensões (as quais correspondem às 3 subescalas, com 14 itens cada uma), depressão, ansiedade e *stress*. O objectivo é o de fazer uma estimativa do grau em que os indivíduos experimentaram cada sintoma durante a semana anterior ao preenchimento da medida (Pais-Ribeiro *et al.*, 2004). As respostas são dadas de acordo com uma escala de *Lickert* de 4 pontos (de 0- “não se aplicou nada a mim” a 3 – “aplicou-se a mim a maior parte do tempo”), sendo que os resultados mais elevados indicam maiores níveis de sofrimento emocional.

Os valores de alfa de *Cronbach* da versão portuguesa do instrumento assemelham-se ao da versão original, sendo que Pais-Ribeiro e colaboradores (2004) encontraram um valor de .93 para a subescala da depressão (.91, na versão original), de .83 na subescala da ansiedade (.84, na versão original) e, por fim, .88 na subescala do *stress* (.90, na versão original). Para além disto, constatou-se também, na versão portuguesa, a existência de validade convergente e validade discriminante. No presente estudo, esta escala manifesta também boas características psicométricas, tendo sido verificados valores de alfa de .95, .91 e .93, na amostra da população geral e de .97, .94 e .95 para a amostra clínica, nas subescalas depressão, ansiedade e *stress*, respectivamente.

### **3.2.2. Inventário de Perturbações Alimentares (EDI; Eating Disorder Inventory; Garner, Olmsted, & Polivy, 1983; Versão portuguesa de Machado, Gonçalves, Martins, & Soares, 2001)**

Este inventário fornece uma avaliação compreensiva das dimensões comportamental e psicológica da patologia alimentar, podendo ser também utilizada como medida de diagnóstico. A escala é constituída por 64 itens, aos quais o sujeito deve responder numa escala tipo *Likert* de 6 pontos, divididos em 8 subescalas, sendo que 3 das quais avaliam atitudes e comportamentos relativos ao peso, à forma corporal e à alimentação: (1) procura da magreza (7 itens); (2) bulimia (7 itens); (3) insatisfação corporal (9 itens); e 5 subescalas que avaliam características psicológicas comuns aos sujeitos com patologia alimentar: (4) ineficácia (10 itens); (5) perfeccionismo (6 itens); (6) desconfiança interpessoal (7 itens); (7) consciência interoceptiva (10 itens); e (8) medo da maturidade (8 itens). A literatura tem mostrado que as subescalas do EDI medem dimensões clinicamente relevantes nas Perturbações Alimentares, mostrando possuir uma adequada validade de conteúdo e de critério. Existe, igualmente, evidências quanto à validade convergente e discriminante da escala original (Garner *et al.*, 1983). Muitos dos resultados dos estudos de validação da escala original têm sido replicados em investigações subsequentes realizados em diferentes contextos (*e.g.*, Hooper & Garner, 1986). O instrumento apresenta boas propriedades psicométricas e os constructos medem domínios sintomatológicos com utilidade clínica. Este instrumento, para além, de representar um importante papel na avaliação clínica de doentes com Perturbações do Comportamento Alimentar, apresenta boa sensibilidade à mudança terapêutica (Garner, 1995; Garner *et al.*, 1983; Toner, Garfinkel & Garner, 1987).

Relativamente à consistência interna da escala, verifica-se que a versão portuguesa apresenta níveis de bom a muito bom para as três subescalas, de .91 para a subescala procura da magreza, .81 para a subescala bulimia e de .91 para a subescala insatisfação corporal (Machado *et al.*, 2001). Para o nosso estudo os valores obtidos na população normal são de .80, .62 e .88 para as subescalas procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal, respectivamente, enquanto na população clínica foram verificados valores de alfa de *Cronbach* de .79, .91 e .91, para estas subescalas.

### **3.3. Questionários de Auto-resposta para avaliação das variáveis em estudo**

#### **3.3.1. Escala de Vinculação ao Grupo Social (SGAS; Social Group Attachment Scale; Smith, *et al.*, 1999; Versão portuguesa de Dinis, Matos & Pinto-Gouveia, 2008)**

Este instrumento avalia as experiências dos indivíduos no grupo social, nomeadamente a sua vinculação ao mesmo. Assim, pede-se aos participantes que escrevam qual o grupo social que consideram mais importante (*e.g.*, amigos, associações), em relação ao qual devem responder a um conjunto de 25 questões (*e.g.*, “Desejo sentir-me em plena união com o meu grupo”) com base na forma como se sentem acerca deste grupo e da sua pertença ao mesmo, num formato tipo *Lickert* de 7 pontos (de “discordo fortemente” a “concordo fortemente”). Esta escala permite obter duas medidas: ansiedade (grau de preocupação com a aceitação do grupo) e evitamento (grau em que deseja a proximidade e dependência), as quais são duas dimensões contínuas da vinculação ao grupo social. Deste

modo, pontuações elevadas na primeira dimensão indicam uma vinculação ansiosa ao grupo, enquanto na segunda revelam uma vinculação evitante. Pontuações baixas, em ambas as dimensões, significam que o indivíduo tem uma vinculação segura ao grupo.

Na versão original, as subescalas revelaram boas propriedades psicométricas apresentando valores elevados ao nível da consistência interna, com um alfa de .86 para a subescala vinculação ansiosa e de .75 para a subescala vinculação evitante, uma fidelidade teste-reteste adequada, de .90 e .87, respectivamente (Smith *et al.*, 1999). Neste estudo obtiveram-se valores correspondentes a uma consistência interna boa para a escala total ( $\alpha = .82$  e  $.83$ ), e para a subescala ansiedade ( $\alpha = .78$  e  $.78$ ) e para a subescala evitamento ( $\alpha = .79$  e  $.88$ ) para a população normal e população clínica, respectivamente.

**3.3.2. Escala de Sensibilidade ao Put-Down** (SPD; Sensitivity to Put-Down Scale; Gilbert & Miles, 2000; Tradução e adaptação de Lopes & Pinto-Gouveia, 2005).

Esta escala mede a forma como as pessoas experienciam emocionalmente situações em que são criticados e o estilo de atribuição de culpa quando são alvo de *put-down*, sendo constituída por 20 itens representativos deste tipo de situações sociais (*e.g.*, “Ser-lhe dito que o seu desempenho é desadequado”, “Alguém a fazer comentários negativos acerca da sua aparência física”). No SPD (1), na coluna do lado esquerdo dos itens, o participante deve indicar o grau de ansiedade ou transtorno que sentiria em cada situação, enquanto ao lado direito deve indicar o quanto se sentiria zangado/irritado, utilizando uma escala tipo *Likert* de cinco pontos (de “nem um pouco” a “extremamente”). No SPD (2), apresenta-se uma lista de situações de crítica social idêntica, para a qual, o sujeito deve apontar o grau de probabilidade de se culpar a si próprio e, por outro lado, o grau de probabilidade de culpar os outros nessas situações. Assim, são obtidas quatro medidas, indicando os níveis de ansiedade/transtorno, de raiva/irritação, no SPD (1), e auto-culpabilização e de heteroculpabilização pelo *put-down*, no SPD (2).

Gilbert e Miles (2000) indicam uma consistência interna muito boa para cada subescala (alfa de .92 para as três primeiras e de .91 para a quarta). No nosso estudo verificámos, igualmente, muito bons valores de consistência interna, tanto para a amostra da população normal (.96, .94, .96 e .95) como na amostra clínica (.91, .93, .95 e .94), para as quatro subescalas deste instrumento.

**3.3.3. Escala de Sensibilidade à Rejeição** (RSQ; Rejection Sensitivity Questionnaire; Downey & Feldman, 1996; Tradução e adaptação de Ferreira & Pinto-Gouveia, 2006).

O RSQ é uma escala que mede duas dimensões da sensibilidade à rejeição: (1) preocupação e ansiedade perante ameaça de rejeição e, em termos opostos, (2) expectativas de apoio dos outros em situações sociais. O questionário foi construído com 18 situações hipotéticas, nas quais o participante tem que fazer um pedido ou expressar uma necessidade a uma pessoa significativa (amigo, namorado(a), pais), sendo a rejeição uma possibilidade. Assim, para cada situação é pedido, em primeiro lugar, que indique numa escala de 1 (despreocupado) a 6 (preocupado), o grau de preocupação ou ansiedade sentida em relação à resposta de outra pessoa. Em segundo lugar, pede-se para indicar

numa escala de 1 (pouco provável) a 6 (muito provável) a probabilidade da outra pessoa o ajudar ou responder positivamente ao seu pedido.

Relativamente às suas características psicométricas, Downey e Feldman (1996) verificam que o RSQ apresenta uma boa consistência interna (alfa de .83) e fidelidade teste-reteste (.83 para duas ou três semanas após a primeira administração e .78 para 4 meses). No presente estudo será utilizada uma versão curta e adaptada por Ferreira & Pinto-Gouveia (2006), na qual se retiraram itens como “Pede ao seu namorado(a) para irem viver juntos” e mantiveram itens o tipo “Pede a um amigo(a) para lhe fazer um grande favor”, tendo em conta a população alvo (estudantes) e o contexto português. Na presente investigação, esta versão de 10 itens, revelou boa consistência interna, com valores de .83 na subescala “preocupação” e de .82 na subescala “expectativas positivas de apoio”, para a amostra da população geral. Na amostra clínica os alfas obtidos nas subescalas do RSQ foram de .82 e de .81, respectivamente.

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

A SCRS fornece uma medida da posição social percebida do sujeito, avaliando a forma como este se compara relativamente aos outros. Esta escala tem por base uma metodologia diferencial semântica, segundo a qual é apresentada uma frase incompleta (“No relacionamento com os outros, sinto-me ...”) seguida por 11 constructos bipolares (e.g., Inferior/ Superior, Antipático/ Mais simpático) face aos quais e em cada item; o sujeito deve assinalar; numa escala de *Likert* de 10 pontos; o número que melhor corresponde ao modo como se percepção no relacionamento com os outros. Pontuações baixas indicam que os sujeitos se avaliam como inferiores comparativamente aos outros, enquanto valores superiores indicam julgamentos pessoais de superioridade relativa.

A SCRS apresenta uma boa consistência interna, com alfas de *Cronbach* que variam de .88 a .96 em amostras clínicas, e entre .90 e .91 em amostras de estudantes (Allan & Gilbert, 1995; 1997). A versão portuguesa desta escala contém dois factores (hierarquia e ajustamento social), os quais revelaram valores de consistência interna de .82 e .78 (Gato, 2003). No presente estudo, obtiveram-se valores de  $\alpha$  de .88 para a escala total de comparação social, de .83 para a subescala hierarquia e de .72 para a subescala ajustamento, na população normal. Na população clínica, os valores encontrados foram de .92 na escala total e de .91 e .77 nas respectivas subescalas.

#### **3.3.5. Escala de Comparação Social da Aparência Física (ECSAF; Ferreira *et al.*, 2011a)**

Esta escala constitui-se como uma medida de *ranking* social percebido, avaliando a forma como os sujeitos se comparam com os outros tendo a aparência física como referência. Possui duas subescalas, uma remetendo para a comparação física com amigas, colegas ou raparigas conhecidas e outra referente à comparação com modelos, atrizes ou celebridades. Cada subescala possui 12 itens, perante os quais o sujeito é convidado a responder assinalando um número, numa escala tipo *Likert* de 1 a 10 pontos, que melhor traduza a forma como se sente quando se compara fisicamente com os outros, correspondendo cada extremo a constructos opostos (e.g., Inferior/ Superior, Feia/ Bonita),

de acordo com uma metodologia diferencial semântica. A descrição e validação desta escala são apresentadas no Capítulo 4.

**3.3.6. Questionário das Silhuetas (FRS; Figure Rating Scale; Thompson & Altabe, 1991; Tradução e adaptação de Ferreira, 2003)**

O FRS é constituído por uma sequência de 9 imagens de silhuetas corporais, numeradas de 1 a 9, em que os números mais baixos correspondem às silhuetas mais magras, que aumentam em conformidade com o número. De forma a avaliar a percepção que o sujeito tem relativamente à sua imagem corporal real, e a discrepância entre esta e a imagem que deseja ou percebe como ideal, foram acrescentadas cinco questões à versão original (Ferreira, 2003). Assim, pede-se ao sujeito que escolha o número correspondente à silhueta que considera melhor representar: (a) a sua imagem e dimensão corporal actual; (b) a sua imagem corporal ideal ou desejada; (c) a forma que sente ter a maior parte do tempo; d) a imagem corporal socialmente valorizada como “elegante”; e (d) a imagem mais atraente para o sexo oposto. Neste estudo foi utilizado uma medida de discrepância entre a imagem corporal real *versus* imagem corporal ideal (ou desejada), calculada através da diferença registada nas respostas à alínea (a) e (b).

**3.3.7. Escala de Vergonha Externa (OAS; Other as a Shamer; Goss, Gilbert, & Allan, 1994; Versão portuguesa de Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011)**

Este questionário visa avaliar a vergonha externa, isto é, o que é que as pessoas pensam acerca do modo como os outros as vêem. É constituído por 18 itens (distribuídos em três subescalas: inferioridade, reacção aos outros, e vazio), relativamente aos quais se pede ao sujeito que refira a frequência com que sente ou experiencia o que é afirmado em cada item, através de uma escala de 5 pontos, na qual 0 corresponde a “nunca” e 4 a “quase sempre”.

Relativamente à consistência interna, esta escala revela um alfa de *Cronbach* de .92. na versão original (Goss *et al.*, 1994) e de .91 na versão portuguesa (Matos *et al.*, 2011). Nos estudos apresentados neste trabalho utilizámos, apenas, o total da escala, que mostrou muito boa consistência interna tanto para a amostra da população normal (.94) como para a clínica (.94).

**3.3.8. Escala de Vergonha Interna (ISS; Internalized Shame Scale; Cook, 1994, 2001; Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, *in press*)**

Esta escala foi construída com o objectivo geral de avaliar a emoção de vergonha enquanto traço, isto é, como característica estável da personalidade em adolescentes e adultos. A versão portuguesa desta escala baseia-se na escala original de Cook e é composta por 30 itens, constituindo duas subescalas vergonha interna (24 itens) e auto-estima (6 itens), que assentam em descrições fenomenológicas da experiência de vergonha formuladas numa linguagem intensamente negativa (*e.g.*, “Sinto-me vazio e incompleto”). Com base na frequência da experiência, solicita-se que os sujeitos respondam a cada item numa escala tipo *Lickert* de 5 pontos, na qual 0 corresponde a “nunca” e 4 a “quase sempre”.

A versão original apresentou um valor de alfa de *Cronbach* de .88 e de .96, para a subescala de vergonha e de auto-estima, respectivamente. O estudo das características psicométricas da versão portuguesa (Matos *et al.*, *in press*) apresenta uma solução unifactorial e boas qualidades psicométricas, tendo sido encontrado um valor elevado (.95) de consistência interna dos 23 itens considerados no factor. No presente estudo o alfa de *Cronbach* encontrado foi de .96, tanto para a amostra da população normal como para a amostra clínica.

### **3.3.9. Escala das Formas do Auto-criticismo e de Auto-tranquilização** (FSCRS; Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale; Gilbert *et al.*, 2004; Versão portuguesa de Castilho & Pinto-Gouveia, 2005)

Os itens que constituem a FSCRS tiveram a sua origem no trabalho clínico realizado com doentes deprimidos, donde se salientaram pensamentos característicos deste quadro relacionados com a auto-crítica, por um lado, e com a auto-tranquilização, por outro (Gilbert *et al.*, 2004). O objectivo deste instrumento é perceber de que modo as pessoas se auto-criticam, auto-atacam ou, pelo contrário, se auto-tranquilizam quando percebem que “as coisas lhe correm mal ou que falham”. A escala é composta por 22 itens (*e.g.*, “Desaponto-me facilmente comigo mesmo”; “Tento animar-me lembrando-me do que já consegui alcançar”), os quais constituem três dimensões que caracterizam formas diferentes de experienciar o fracasso; (1) *eu*-inadequado, que diz respeito à sensação de inadequação que o *eu* sente nessas condições (2) *eu*-tranquilizador, que avalia em que medida, o *eu* se tranquiliza, reconforta e acalma e (3) *eu*-detestado, que se refere a um sentimento de ódio e repugnância, acompanhado de destruição e perseguição do *eu* com o intuito de se magoar a si próprio. Nesta escala, os sujeitos respondem de acordo com uma escala de *Likert* de 5 pontos (de 0 “não sou assim” até 4 “sou extremamente assim”).

Na escala original foram encontrados os seguintes valores de alfa de *Cronbach*: .90 para a forma *eu*-inadequado e .86 para as formas de relação *eu*-*eu*, *eu*-tranquilizador e *eu*-detestado (Gilbert *et al.*, 2004). No presente estudo, os alfas obtidos na amostra da população geral foram de .86 para o *eu*-inadequado, de .85 para o *eu*-tranquilizador e de .80 para o *eu*-detestado. Na amostra da população clínica os valores foram de .86, .88 e de .85, para estas subescalas.

### **3.3.10. Escala do Perfeccionismo Multidimensional** (MPS; Multidimensional Perfectionism Scale; Frost *et al.*, 1990; Versão portuguesa de Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2009b)

A MPS é uma escala de auto-resposta com 35 itens, que tem como objectivo a avaliação do traço perfeccionismo, considerado enquanto variável multidimensional, medindo especificamente seis dimensões do perfeccionismo. As dimensões avaliadas pelo MPS são definidas pelos autores como: (1) preocupação com o erro; (2) padrões de desempenho elevados; (3) percepção de elevadas expectativas parentais; (4) percepção de elevado criticismo parental (5) dúvidas acerca da qualidade do desempenho e (6) organização, ordem e precisão. A literatura tem mostrado que as dimensões avaliadas por este instrumento apresentam relevância clínica e que o MPS discrimina com sucesso os indivíduos com ou sem Perturbação Alimentar (Srinivasagam *et al.*, 1995).

Quanto às características psicométricas, os estudos mostram que a consistência interna das subescalas do MPS varia entre .77 e .93 (Frost *et al.*, 1990), apresentando no nosso estudo valores compatíveis. Para o nosso estudo, os valores de alfa obtidos na amostra da população geral foram de .86 para a subescala preocupação com o erro, de .78 na subescala padrões de desempenho elevados, de .78 para a subescala elevadas expectativas parentais, de .72 para elevado criticismo parental e de .67 para a subescala de dúvida na acção. na amostra da população clínica os valores de alfa foram de .85, de .77, de .86, de .78, e de .67, para estas subescalas.

### **3.3.11. Escala da Auto-Apresentação Perfeccionista (PSPS; Perfectionist Self-Presentation Scale; Hewitt *et al.*, 2003, Versão portuguesa de Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2009a)**

A PSPS é uma escala de 27 itens que mede a necessidade de um indivíduo de parecer, ou de se apresentar, como perfeito aos olhos dos outros. É constituído por três subescalas; (1) auto-promoção perfeccionista (10 itens), que mede a necessidade de parecer perfeito aos outros (*e.g.*, “É muito importante para mim que pareça que estou a par de todos os acontecimentos”); (2) ocultação das imperfeições (10 itens) mede a necessidade de evitar ser visto pelos outros como imperfeito (*e.g.*, “Não quero que os outros me vejam a fazer algo a não ser que seja muito bom a fazê-lo.”); e a (3) não-revelação das imperfeições (7 itens) que mede a necessidade de evitar expor ou admitir aos outros que se falhou (*e.g.*, “tento manter as minhas falhas para mim mesmo”).

Trabalhos realizados mostram que o PSPS possui boa consistência interna para as três subescalas (Hewitt *et al.*, 2003). Estudos empíricos, realizados por Hewitt e colaboradores (1995), têm mostrado que os três factores desta escala estão significativamente correlacionados com os factores da Escala Multidimensional do Perfeccionismo de Hewitt e Flett (1991). Os mesmos autores afirmam que os três factores da PSPS apresentam um bom nível de validade temporal num período de 2 meses, com correlações de teste-reteste que variam num intervalo de .74 a .84. No presente estudo, os alfas de Cronbach obtidos na amostra da população geral são de: .84 para a auto-apresentação perfeccionista; .79 para a ocultação das imperfeições; de .74 para a não revelação das imperfeições; e de .91 para o total da escala. Para a amostra da população clínica, obtiveram-se valores de .85, .80, .79 e de .91, respectivamente.

### **3.3.12. Escala da Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade (SAIS; Striving to Avoid Inferiority Scale; Gilbert *et al.*, 2007; Versão portuguesa de Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, *in press*)**

Esta escala foi construída para avaliar o *striving*, entendido como a necessidade de lutar ou competir para evitar sentimentos de inferioridade. É composta por três partes distintas: a primeira da escala, composta por 32 itens, distribuídos por dois factores: 1) *striving* inseguro (20 itens) e 2) *non-striving* seguro (12 itens). É pedido ao sujeito para responder numa escala de Likert de 0 (“nunca”) até 4 (“sempre”) pontuando frases que descrevem o modo como pensa e se sente relativamente à necessidade de se esforçar e competir na vida. Os autores da escala original encontraram valores de alfa de .92 e .87 para os dois factores, respectivamente. A segunda parte é constituída por 11 itens, divididos por 3 dimensões: a) medo de fracassar (3 itens); b) exclusão passiva (4 itens); e c) rejeição activa (4 itens). Nesta segunda parte é pedido ao sujeito que responda aos itens mencionados de

acordo com uma escala de *Likert* que varia entre 1 (“não concordo”) e 10 (“concordo plenamente”) (Gilbert *et al.*, 2007). Para a terceira parte da SAIS os autores desenvolveram 10 itens que avaliam atitudes face à competição, por um lado o evitamento e por outro a procura ou a satisfação associados a situações de competição com outros. Cada item é respondido segundo uma escala de tipo *Likert* de 0 (nunca) a 4 (sempre). A validação da versão portuguesa deste instrumento é apresentada no Capítulo 4 deste trabalho.

**3.3.13. Escala de Auto-Compaixão** (SCS; Self-Compassion Scale; Neff, 2003a; Versão portuguesa de Castilho & Pinto-Gouveia, *in press*).

A SCS foi desenvolvida para medir uma atitude compassiva em relação ao próprio. Esta escala é composta por 26 itens, divididos em 6 subescalas: (1) calor/compreensão; (2) auto-avaliação crítica; (3) condição humana; (4) isolamento; (5) *mindfulness*; e (6) sobre-identificação. Solicita-se que os sujeitos respondam usando uma escala tipo *Likert* de 5 pontos que varia de “quase nunca” a “quase sempre”. Os estudos das propriedades psicométricas da Escala de Auto-Compaixão (Neff, 2003) revelaram uma elevada inter-correlação entre as seis subescalas, verificando-se ainda que a análise factorial confirmatória determinou a existência de um único factor de ordem superior a explicar estas inter-correlações, aludindo para a auto-compaixão enquanto traço de segunda ordem (Neff, 2003a).

A SCS apresenta uma boa consistência interna, tanto na sua versão original ( $\alpha = .92$ ) (Neff, 2003a), como na versão para a população portuguesa ( $\alpha = .89$ ) (Castilho & Pinto-Gouveia, *in press*). Para o nosso estudo, os valores de consistência interna obtidos foram de .81 e de .82 para a subescala calor/compreensão (.78, na versão original); de .77 e de .78 na subescala auto-avaliação crítica (.77, na versão original); de .71 e .81 para a subescala condição humana (.80, na versão original); de .78 e de .74 para a subescala isolamento (.79, na versão original); de .71 e de .70 para a subescala *mindfulness* (.75, na versão original) e de .74 e de .64 na subescala sobre-identificação (.81, na versão original), para a população normal e população clínica respectivamente.

Nos estudos apresentados nestes trabalhos foram utilizados dois índices compósitos; auto-compaixão (constituído pelas componentes de calor/compreensão, condição humana e *mindfulness*) e um índice de auto-julgamento crítico (composto pelas subescalas auto-crítica, isolamento e sobre-identificação). Os valores de consistência interna obtidos nestes índices, no nosso estudo foram: para a auto-compaixão de .86 e .89, e para o índice de auto-julgamento crítico de .89 e .87, na amostra da população geral e na amostra clínica com Perturbação do Comportamento Alimentar, respectivamente.

**3.3.14. Escala de Aceitação e Acção da Imagem Corporal** (BI-AAQ; The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire; Sandoz, Wilson, & Merwin, *in press*; Versão portuguesa de Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011b).

O BI-AAQ é um questionário desenvolvido com o objectivo de medir a flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal, definida como a capacidade de experienciar a corrente de percepções, sensações, emoções e pensamentos associados ao corpo de um modo completo e intencional,



enquanto o sujeito persegue os seus valores de vida noutros domínios (Sandoz *et al.*, *in press*). É composto por 12 itens (redigidos de forma invertida), que reflectem a necessidade de controlo e a inflexibilidade psicológica em relação à aparência física (*e.g.*, “A preocupação com o meu peso torna-me difícil viver a vida que valorizo”; “Tenho de mudar os meus pensamentos e os meus sentimentos acerca do meu peso e forma corporal antes de tomar decisões importantes na minha vida”), onde se pretende que o participante indique o quanto cada afirmação é verdadeira para si, usando para tal uma escala tipo *Likert* de 7 pontos, onde o 1 corresponde a “Nunca verdadeiro” e 7 a “Sempre verdadeiro”. A validação da versão portuguesa deste instrumento é apresentada no Capítulo 4 deste trabalho.

#### **4. Tratamento estatístico dos dados**

No tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao *software* PASW Statistics (v.18 e v.19 SPSS Inc., Chicago, IL) tanto para as análises factoriais nos estudos de validação dos instrumentos, assim como para as estatísticas descritivas e inferenciais dos diferentes estudos apresentados. O *software* AMOS (V.18, SPSS Inc Chicago, IL) foi usado nos estudos da estrutura factorial confirmatória, de dois instrumentos de auto-resposta apresentados no Capítulo 4 e no estudo realizado no Capítulo 7.



## **Capítulo 4**

**Estudos de desenvolvimento e/ou validação dos instrumentos de auto-resposta e da Entrevista Clínica para as Perturbações do Comportamento Alimentar**



## Capítulo 4

### Estudos de desenvolvimento e/ou validação dos instrumentos de auto-resposta e da Entrevista Clínica para as Perturbações do Comportamento Alimentar

1. Estudos de desenvolvimento e validação da Escala de Comparação Social através da Aparência Física: *comparação com pares* e *comparação com modelos*
2. Estudos de validação da versão portuguesa da Escala de Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade (SAIS)
3. Estudos de validação da versão portuguesa da Escala de Aceitação e Acção da Imagem Corporal (BI-AAQ)
4. Estudo da Entrevista Clínica Estruturada para a Avaliação das Perturbações do Comportamento Alimentar (EDE 16.OD), numa amostra clínica e normal da população portuguesa: Dados normativos e poder discriminativo



## Capítulo 4

### Estudos de desenvolvimento e/ou validação dos instrumentos de auto-resposta e da Entrevista Clínica para as Perturbações do Comportamento Alimentar

#### 1. Estudos de desenvolvimento e validação da Escala de Comparação Social através da Aparência Física: *comparação com pares e comparação com modelos*

##### 1.1. Objectivos

O papel central que a comparação social desempenha, enquanto processo de auto-avaliação e na construção da realidade social, nas sociedades humanas tem sido amplamente reconhecido (*e.g.*, Buunk & Gibbons, 2007; Festinger, 1954). De acordo com Gilbert e colaboradores (1995), este processo desempenha um papel fundamental para todos os seres sociais, não sendo exclusivo dos humanos, ajudando os indivíduos na determinação do seu *ranking* social e no ajustamento ao seu grupo de pares.

Inúmeros estudos têm demonstrado a atractividade social como fulcral quer para a determinação da posição hierárquica ocupada, quer no ajustamento do indivíduo ao grupo social (Broucek, 1991; Gilbert, 1992; Gilbert *et al.*, 1995; Kaufman, 1989). O poder de atracção, enquanto agente social, tem sido relacionado com o *ranking* social dada a tendência para a escolha de indivíduos mais atraentes em detrimento dos menos atraentes (Allan & Gilbert, 1995). Neste sentido o processo de comparação social desempenha uma importante função adaptativa, visto que é através da comparação com os outros que se percebe quais as dimensões valorizadas e de que forma se deve adaptar o comportamento para obter uma atenção favorável dos outros (Gilbert *et al.*, 1995). Assim, as pessoas comparar-se-ão, esforçando-se nesses mesmos domínios para aumentar o seu estatuto em relação ao dos outros (Gilbert, 2002). A percepção de uma posição desfavorável (*i.e.*, perceber que em comparação com os outros, o *self* não é tão desejado ou valorizado) representa uma ameaça de rejeição social, associando-se a afecto negativo (Broucek, 1991; Gilbert, 1992; Kaufman, 1989), e poderá aumentar a probabilidade de perturbação psicológica ou levar à procura de alternativas nos domínios de comparação (Gilbert *et al.*, 1995).

Dada a importância deste processo, Allan e Gilbert (1995) desenvolveram uma Escala de Comparação Social (SCRS) para avaliar a percepção de hierarquia social, atractividade, assim como de sentimentos de diferença e de não pertença ao grupo social.

É aceite que uma das dimensões passíveis de constituir objecto de comparações sociais é a aparência física (Gilbert *et al.*, 1995; Troop *et al.*, 2003). Porém, embora seja consensual que para a maioria das mulheres a aparência física assume um papel central na forma como se comparam com os outros, e apesar de existirem inúmeras medidas para a avaliação da insatisfação corporal (*e.g.*, Garner *et al.*, 1983), e para do endosso em processos de comparação da imagem corporal com outros em contexto social (*e.g.*, Fisher *et al.*, 2002; Myres & Crowther, 2009; Thompson, Covert, & Stormer, 1999; Tiggeman & McGill, 2004), até à data não existe uma medida que se foque especificamente na comparação social através da aparência física, isto é, não existe uma medida da atribuição de estatuto social com base na percepção da sua forma corporal em comparação com os outros.

A Escala de Comparação Social através da Aparência Física foi, assim, concebida para avaliar o modo como o sujeito se percepção em termos do seu poder (hierarquia) e de ajustamento face ao seu grupo social. Por outras palavras, esta é uma medida que estima de que forma o indivíduo se avalia enquanto agente social (*e.g.*, inferior/superior; desvalorizada/valorizada; rejeitada/aceite), tendo como referência a sua aparência física. No desenvolvimento desta escala tivemos como objectivo estudar este processo tendo como alvo de comparação, numa primeira parte, o grupo proximal: os pares (*i.e.*, amigas, colegas ou raparigas conhecidas) e, numa segunda parte, um grupo distal representativo de um padrão de atractividade física ideal (*i.e.*, modelos, actrizes e celebridades).

Paralelamente, considerou-se ser pertinente a criação de uma medida de *ranking* social, baseada na comparação da aparência física, dado estar bem documentada a importância dos processos de comparação social (*i.e.*, a percepção de indesejabilidade e de inadequação) no desenvolvimento e manutenção de comportamentos alimentares perturbados e da centralidade da crença acerca da importância da magreza (*e.g.*, Butow *et al.*, 1993; Williams *et al.*, 1993). Deste modo, o objectivo dos estudos apresentados neste capítulo é o desenvolvimento e a validação deste novo instrumento de avaliação da comparação social com base na aparência física, numa amostra alargada da população geral feminina. Para além dos estudos acerca da dimensionalidade da escala são apresentados os estudos da consistência interna, estudos acerca da validade convergente e, estudos da sua estabilidade temporal, sendo ainda examinado o poder discriminativo desta medida face a indivíduos com e sem Perturbação do Comportamento Alimentar.

Hipotetiza-se que a nova escala apresente duas dimensões, atractividade/hierarquia e ajustamento ao grupo na comparação social através da aparência física com pares (Parte: A), e que se apresente como unidimensional para a comparação com alvos distais (Parte: B). Colocou-se, ainda, como hipótese que comparações sociais através da aparência física favoráveis se associem negativamente às variáveis de psicopatologia e, mais especificamente, aos índices de vulnerabilidade de psicopatologia alimentar. Por fim, espera-se que esta medida discrimine doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar de mulheres da população geral.



## 1.2. Procedimentos e amostra

### 1.2.1. Desenvolvimento da escala

Para o desenvolvimento da escala os investigadores geraram um conjunto de itens no sentido de medir a percepção de atractividade, hierarquia social e ajustamento ao grupo de acordo com a percepção que os sujeitos têm da sua aparência física, avaliando a forma como se comparam com os outros a este nível. Posteriormente os itens foram revistos durante uma reunião com um conjunto de investigadores, aos quais foi apresentada a ideia central do estudo e solicitado que gerassem novos itens que compreendessem os constructos, baseando-se na sua experiência clínica e tendo por base a escala original para a comparação social (SCRS; Allan & Gilbert, 1995). Foi, ainda, discutido o projecto com doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar e com elevados índices de insatisfação corporal, perguntando-lhes em que medida cada item reflectia a sua experiência.

A versão final desta escala possui duas partes, uma relativa à comparação da aparência física com as amigas, colegas ou raparigas conhecidas (Parte: A) e outra referente à comparação com modelos, atrizes ou artistas de televisão (Parte: B). Para cada parte da escala o sujeito é convidado a completar a frase “Quando me comparo fisicamente com as minhas amigas, colegas ou outras raparigas conhecidas (Parte A)/ modelos, atrizes ou outras celebridades (Parte: B) sinto-me...” utilizando os itens (*e.g.* inferior/superior; desvalorizada/valorizada; rejeitada/aceite), apresentados numa metodologia diferencial semântica (Osgood, Suci, & Tannenbaum, 1957), correspondendo cada extremo a constructos opostos. Inicialmente, cada parte possuía 12 itens, perante os quais era solicitado ao sujeito que assinalasse, numa escala tipo *Likert* de 1 a 10 pontos, o número que melhor traduza a forma como se sente. *Scores* mais elevados nesta escala representam comparações sociais através da aparência física mais favoráveis.

### 1.2.2. Protocolo de investigação

A recolha de informação junto dos sujeitos respeitou a ética e deontologia inerentes à investigação. Assim, as direcções das instituições, onde se procedeu à recolha da amostra, foram contactadas, foi prestado esclarecimento acerca do estudo e obtidas autorizações para a sua realização. Posteriormente, a todos os participantes que preencheram a bateria de instrumentos de auto-resposta utilizada neste estudo, foi facultado esclarecimento, oralmente e por escrito, acerca dos procedimentos e do objectivo do estudo, da informação acerca do papel voluntário do participante e da estrita confidencialidade das respostas, usadas somente para o propósito da investigação.

Como foi descrito no Capítulo 3, a amostra clínica foi recolhida entre 2008 e 2010 no Hospital da Universidade de Coimbra, no Hospital de São Teotónio em Viseu, no Hospital de São João no Porto e em consultório privado de psicoterapia, após a aprovação do projecto de investigação pelas respectivas Comissões de Ética.

Os sujeitos da amostra completaram, juntamente com a Escala de Comparação Social da Aparência Física (ECSAF), um protocolo de investigação constituído pelas seguintes medidas de auto-resposta: Escala de Comparação Social (SCRS; Allan & Gilbert, 1995; Gato, 2003); Inventário de Perturbações Alimentares (EDI; Garner *et al.*, 1983; Machado *et al.*, 2001); Escala de Vergonha Externa (OAS; Goss *et al.*, 1994; Matos *et al.*, 2011); Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS 42; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro *et al.*, 2004). A amostra da população clínica preencheu um protocolo idêntico aos indivíduos da amostra da população geral, tendo participado ainda numa entrevista clínica de avaliação para perturbações alimentares – *Eating Disorder Examination* 16.0D (EDE; Fairburn *et al.*, 2008; Ferreira *et al.*, 2010).

O Quadro 4.1.1. apresenta os alfas de *Cronbach* dos instrumentos de medidas utilizados no presente estudo (os quais se encontram descritos de forma mais detalhada no Capítulo 3 deste trabalho).

**Quadro 4.1.1. Coeficientes alfas de *Cronbach* dos instrumentos de medida**

		<b><math>\alpha</math></b>
SCRS - Social Comparison Rating Scale	Escala Total	.89
EDI - Eating Disorders Inventory	Procura da Magreza	.81
	Bulimia	.64
	Insatisfação Corporal	.89
OAS - Other as Shamer Scale	Escala Total	.94
DASS 42 - Depression, Anxiety, Stress Scales	Depressão	.96
	Ansiedade	.92
	Stress	.94

### 1.2.3. Amostra

Participaram neste estudo um total de 1728 sujeitos do sexo feminino da população normal e 91 pacientes com Perturbação do Comportamento Alimentar que permitiram a formação de amostra distintas utilizadas para os estudos apresentados.

Para a realização dos estudos da Análise da Estrutura Factorial Exploratória e das propriedades psicométricas da escala foi utilizada uma amostra constituída por um total de 828 sujeitos da população normal. Destes, 662 (80.0%) eram estudantes que frequentam diferentes graus do ensino básico e secundário, assim como, vários anos curriculares do ensino superior, e 166 (20.0%) sujeitos pertencentes à população geral não estudantes, a trabalhar em diversos sectores laborais. As participantes apresentam uma média de idades de 22.72 ( $DP = 9.09$ ) e de 12.47 ( $DP = 2.85$ ) anos de escolaridade. Os sujeitos desta amostra apresentam um valor médio de Índice de Massa Corporal (IMC) que se encontra no intervalo considerado de “peso normal” ( $M = 21.73$ ;  $DP = 3.19$ ).

A Análise Factorial Confirmatória foi realizada numa amostra da população geral de 902 sujeitos do sexo feminino, 748 (82.9%) estudantes de diferentes graus de ensino e 154 (17.1%) mulheres da população geral não estudantes. A amostra apresenta uma idade média de 22.09 ( $DP = 8.47$ ) e 12.29 ( $DP = 2.66$ ) anos de escolaridade. Tendo um IMC médio de 21.61 ( $DP = 3.21$ ).

Para o estudo do poder discriminativo da escala foi usada uma amostra clínica constituída por 91 doentes com diagnóstico de Perturbação do Comportamento Alimentar, confirmado através da *Eating Disorder Examination* 16.OD (EDE; Fairburn *et al.*, 2008). 27 (29.67%) doentes cumprem todos os critérios para o diagnóstico de Anorexia Nervosa, 29 (31.87%) de Bulimia Nervosa e 35 (38.46%) apresentam uma Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação. Em termos da tipologia da perturbação verificou-se que 40 (43.96%) das doentes apresentam uma perturbação alimentar do tipo restritivo, e 51 (56.04%) um perturbação do tipo ingestão compulsiva/purgativa. A amostra clínica apresenta uma média de idades de 23.55 ( $DP = 7.63$ ), e de 12.41 ( $DP = 3.01$ ) quanto aos anos de escolaridade. Os doentes desta amostra apresentaram um valor médio de IMC de 21.31 ( $DP = 6.98$ ).

#### 1.2.4. Tratamento estatístico dos dados

No tratamento estatístico dos dados foi utilizado *software* PASW Statistics (v.18 e v.19 SPSS Inc., Chicago, IL), para a análise da estrutura factorial da escala e para as estatísticas descritivas e inferenciais, e o *software* AMOS (v.19, SPSS INC Chicago, IL) nos estudos da análise factorial confirmatória.

Análises preliminares foram realizadas com vista à avaliação do pressuposto da distribuição normal dos dados. A normalidade das variáveis em estudo foi examinada a partir do teste *Kolmogorov-Smirnov* e dos valores de *Skewness and Kurtosis* obtidos. A distribuição dos valores das variáveis em estudo evidenciou uma distribuição enviesada da curva normal, mas os valores de *Skewness* ( $Sk$ ) e de *Kurtosis* ( $Ku$ ) obtidos (entre  $-0.4$  e  $0.4$ ) não representam um afastamento excessivo da distribuição normal (Kline, 1998). Igualmente a inspeção gráfica das distribuições suportou a sua aceitabilidade (Marôco, 2007; Tabachnick & Fidel, 2007)

### 1.3. Estudos da Escala de Comparação Social através da Aparência Física: *comparação com pares*

#### 1.3.1. Estrutura factorial

##### - Análise Factorial Exploratória - ECSAF *comparação com pares*

Para o estudo da estrutura dimensional da escala utilizámos o procedimento seguido pelos autores da versão original da Escala de Comparação Social (SCRS; Allan, & Gilbert, 1995), procedendo à realização de análises em Componentes Principais, seguidas de rotação *Varimax*.

Após a confirmação da adequabilidade dos dados para posterior análise através do teste *Kaiser Meyer-Olkin* (.941) e do teste de esfericidade de *Bartlett* ( $\chi^2_{(66)} = 7926.505, p < .001$ ), utilizámos o critério de *Kaiser-Guttman*, assim como o *scree test* de *Catell* para a tomada de decisão do número de factores a reter na análise. O critério de *Kaiser-Guttman*, que indica a retenção dos factores que apresentam valores próprios (*eigenvalues*) iguais ou superiores a 1.00, apontou para a retenção de 2 factores. Posto isto, utilizámos o *scree test*, considerado como uma medida mais fidedigna para a escolha do número de factores a reter, que revelou uma clara quebra na curva entre o factor 2 e 3, e com o qual se optou pela retenção de 2 factores.

A análise em Componentes Principais mostra que todos os itens apresentam valores de comunalidades de aproximadamente .50. Para a decisão de manutenção dos itens utilizámos os critérios de saturação num factor acima de .45 e apresentarem uma diferença acima de .15 na saturação entre dois factores. A análise em Componentes Principais com rotação *Varimax* revelou a necessidade de eliminar o item 9 (Ignorada-Cobiçada) por apresentar saturações expressivas em dois factores com uma diferença inferior a .15.

O Quadro 4.1.2. apresenta os factores, as respectivas saturações factoriais, bem como as comunalidades para cada item. Nas últimas linhas do quadro apresentam-se os *eigenvalues* de cada factor, bem como a percentagem da variância explicada pelos factores. A solução encontrada, de dois factores, explica na totalidade 72.14% da variância, com o primeiro factor atractividade/hierarquia a explicar 62.56% e o segundo ajustamento ao grupo a explicar 9.58%.

**Quadro 4.1.2. ECSAF comparação com pares: Matriz de saturação dos itens nos dois factores para solução rodada *Varimax*. Comunalidades ( $h^2$ ) e % da variância explicada por cada factor ( $n = 828$ )**

Itens	1	2	$h^2$
<b>Atractividade/ Hierarquia</b>			
2. Não atraente - Mais atraente	.871	.280	.838
1. Inferior - Superior	.859	.181	.771
11. Menos elegante - Mais elegante	.824	.243	.738
3. Indesejável - Mais desejável	.812	.356	.786
5. Feia - Bonita	.724	.393	.679
4. Insegura - Mais segura	.712	.429	.690
12. Desprezada - Invejada	.627	.324	.498
10. Menos popular - Mais popular	.623	.460	.599
<b>Ajustamento ao Grupo</b>			
7. Rejeitável - Aceite	.347	.851	.844
6. Diferente - Igual	.188	.807	.686
8. Desvalorizada - Valorizada	.402	.803	.807
<b>Valores Próprios (eigenvalues)</b>	6.882	1.054	
<b>% de variância</b>	62.560	9.582	

### - Análise Factorial Confirmatória - ECSAF *comparação com pares*

Embora, pelas análises realizadas, seja possível reconhecer a estrutura teórica esperada, a comprovação da validade de constructo do modelo proposto necessitava de reunir provas mais consistentes, neste sentido realizámos uma Análise Factorial Confirmatória (AFC), numa nova amostra de sujeitos do sexo feminino ( $n = 902$ ), apresentada anteriormente no ponto 1.2.3. Esta opção fundamenta-se por ser possível identificar um modelo teórico devidamente estabelecido subjacente à construção deste instrumento, que é passível de ser submetido a uma Análise Factorial Confirmatória (Byrne, 2010). O referido procedimento foi realizado utilizando o WLSMSV (*Weighted least square parameter using a diagonal weight matrix with robust errors and means*), uma vez que os nossos indicadores ou variáveis observadas podiam ser consideradas variáveis ordinais com 10 pontos de resposta, sendo a variável latente que cada um desses indicadores marca uma variável contínua.

Na análise do ajustamento global do modelo, que consiste em verificar se o modelo proposto se afasta, ou aproxima, da matriz de dados recolhidos (ou seja, se é uma explicação adequada ou fraca do constructo), tem-se por base o teste do  $\chi^2$ . Como resultado desta prova estatística, pretende-se obter um valor que seja o mais reduzido possível, o que nos permitiria afirmar que o modelo proposto não difere dos dados testados e, assim, aceitar a hipótese subjacente ao teste (hipótese nula). O facto de o Qui-quadrado apresentar sérias limitações, particularmente devido à sua sensibilidade em relação ao tamanho da amostra, é recomendado que esta medida seja negligenciada em detrimento de outros indicadores (Byrne, 2010). Assim, e tendo em vista a tomada de decisão relativa à qualidade do modelo, optou-se também pelos seguintes indicadores: CFI (*Comparative Fit Index*), o TLI (*Tucker and Lewis Index*) e o PCFI (*Parsimony Normed Comparative Fit Index*), por se assumir que estas medidas seriam as adequadas dentro de um conjunto bastante extenso de indicadores que se encontram disponíveis (Schermelleh-Engel, Moosbrugger, & Müller, 2003).

Na análise do ajustamento local do modelo, ou seja, das saturações factoriais dos itens nos factores e dos valores de  $R^2$  (contributo da variância de cada item para o modelo imposto), pretende-se perceber se os parâmetros estimados de forma óptima são interpretáveis do ponto de vista daquilo que se conhece do constructo e da relação entre as variáveis. Assim, espera-se que as saturações factoriais sejam estatisticamente significativas e que  $R^2$  possibilite a compreensão acerca da importância de cada item para o factor que marca.

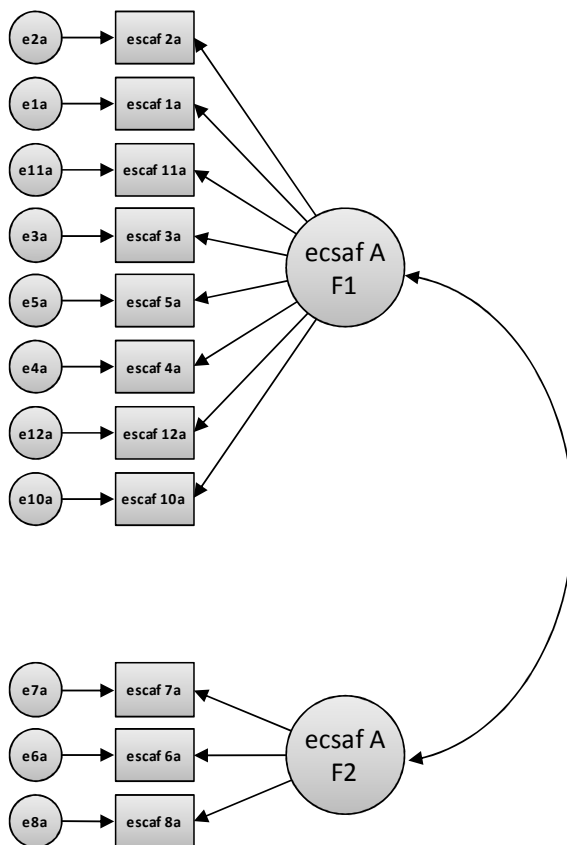
Visto que foi utilizado o método de estimação *Maximum Likelihood*, foi necessário verificar a normalidade das variáveis através dos coeficientes de assimetria (*Skewness; Sk*) e de curtose (*Kurtosis; Ku*) uni e multivariada. A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de *Mahalanobis* ( $DM^2$ ). Verificou-se que nenhuma variável apresentou valores de *Sk* e *Ku* indicadores de violações severas à distribuição normal ( $|Sk| < 3$  e  $|Ku| < 8-10$ ; Kline, 1998), e embora algumas observações apresentem valores de  $DM^2$  que sugeriam que essas observações eram *outliers*, optou-se por não se eliminarem de modo a não reduzir a variabilidade da amostra em estudo.

A ECSAF *comparação com pares* considera 2 factores correlacionados entre si, o factor atractividade/hierarquia (marcado por 9 variáveis observadas) e o factor ajustamento ao grupo de pares (marcado por 3 variáveis observadas), definidos a partir do modelo teórico subjacente à construção do instrumento.

Após correr o modelo tal como indicado na especificação pictográfica (cf. Figura 4.1.1.), observou-se todos os itens estavam expressivamente associados ao factor para o qual fora teoricamente definido, não se verificando *loadings* cruzados.

O modelo final replica na totalidade o modelo factorial original, possuindo 2 factores e 11 variáveis observadas.

Figura 4.1.1. Especificação pictográfica do modelo estimado da ECSAF *comparação com pares*



Leg: F1= Atractividade/Hierarquia Social; F2= Ajustamento ao Grupo; ECSAF: Parte A

**Quadro 4.1.3. Indicadores do ajustamento global da ECSAF comparação com pares (n = 902)**

	$\chi^2$	df	p	CFI	TLI	PCFI
<b>ECSAF comparação com pares</b>	536.713	43	≤.001	.936	.919	.732

Leg:  $\chi^2$  = Qui-quadrado; df = graus de liberdade; p = nível de significância; CFI = *Comparative Fit Index*, TLI = *Tucker and Lewis Index*; PCFI = *Parsimony Normed Comparative Fit Index*;

Os índices de ajustamento do modelo estão descritos no Quadro 4.1.3. O teste de  $\chi^2$ , que é o teste formal ao ajustamento do modelo apresenta um valor relativamente reduzido, embora estatisticamente significativo. Este valor significativo embora indesejável seria espectável, visto esta estatística ser, conforme anteriormente mencionado, fortemente dependente do tamanho da amostra. Com vista a ultrapassar esta limitação, foram considerados três outros indicadores do ajustamento global tal como é recomendado, que permitem afirmar que o modelo imposto é aceitável (Byrne, 2010).

No que diz respeito ao CFI o valor foi de .936, este situa-se acima do ponto de corte recomendado (> .90), o que corresponde a um ajustamento muito bom. Relativamente ao TLI, este assume o valor preciso do ponto de corte ( $\geq$  .92) e o PCFI encontra-se dentro do intervalo (.06 e .08) correspondendo a um bom ajustamento.

Quanto ao ajustamento local, todas as saturações factoriais são estatisticamente significativas e possuem valores apropriados na marcação do factor (Quadro 4.1.4.). Os valores de  $R^2$  revelaram a qualidade dos itens na estimação do modelo.

**Quadro 4.1.4. Factores e saturações factoriais dos respectivos itens da ECSAF comparação com pares (n = 902)**

<b>ECSAF comparação com pares</b>	<b>Itens</b>	<b>Saturação Factorial</b>	<b>R<sup>2</sup></b>
<b>Atractividade/ Hierarquia</b>	2	.905	.819
	1	.797	.636
	11	.795	.633
	3	.906	.821
	5	.788	.621
	4	.784	.615
	12	.702	.493
	10	.739	.546
<b>Ajustamento ao Grupo</b>	7	.899	.807
	6	.644	.414
	8	.901	.812

### 1.3.2. Consistência Interna ECSAF *comparação com pares*

A consistência interna da ECSAF *comparação com pares* foi examinada através do cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach*, e da correlação item-total. Os resultados indicam uma consistência interna muito boa para escala total ( $\alpha = .94$ ). Para as duas dimensões os valores de consistência interna obtidos foram de .93 para o factor atractividade/ hierarquia e .85 para o factor ajustamento ao grupo.

No Quadro 4.1.5. apresentam-se as médias, os desvios-padrão e as correlações item-total de cada item, bem como o  $\alpha$  do factor se o item for eliminado. O Quadro apresenta, ainda, os valores de consistência interna encontrados para o total da ECSAF *comparação com pares* e para os dois factores (que correspondem às duas dimensões obtidas com a análise em componentes principais) do instrumento.

**Quadro 4.1.5. Propriedades dos itens da ECSAF *comparação com pares*, correlações item-total corrigidas e alfas de *Cronbach* se eliminado o item. Valores de alfa de *Cronbach* das dimensões e da escala total ( $n = 828$ )**

Itens	M	DP	$\alpha$ item-total corrigida	$\alpha$ se eliminado o item
<b>Atractividade/ Hierarquia (<math>\alpha=.933</math>)</b>				
2. Não atraente - Mais atraente	5.54	1.52	.863	.918
1. Inferior - Superior	5.42	1.46	.796	.923
11. Menos elegante - Mais elegante	5.65	1.78	.790	.923
3. Indesejável - Mais desejável	5.72	1.51	.837	.920
5. Feia - Bonita	5.83	1.72	.763	.925
4. Insegura - Mais segura	5.63	1.84	.774	.924
12. Desprezada - Invejada	5.74	1.43	.638	.933
10. Menos popular - Mais popular	5.71	1.59	.703	.929
<b>Ajustamento ao Grupo (<math>\alpha=.855</math>)</b>				
7. Rejeitável - Aceite	6.80	1.92	.809	.718
6. Diferente - Igual	6.02	2.06	.627	.899
8. Desvalorizada - Valorizada	6.59	1.79	.762	.770
<b><math>\alpha</math> da escala total (11 itens)=.936</b>				

A leitura do Quadro 4.1.5. permite-nos verificar que todos os itens da escala apresentam correlações item-total iguais ou superiores a .63, o que aponta para a qualidade e adequação dos itens à medida de cada subescala. Assim, foram obtidos valores que variam entre .627 (item 6: Diferente/Igual) e .863 (item 2: Não atraente/Mais atraente). Os coeficientes mostram que todos os itens individuais estão associados com a totalidade de cada uma das respectivas subescalas, com valores que variam entre .638 e .863 (para a dimensão atractividade/hierarquia) e .627 e .809 (para a dimensão ajustamento ao grupo).



### 1.3.3. Inter-correlações das subescalas da ECSAF *comparação com pares*

Para explorar a associação entre as duas dimensões e escala total do ECSAF *Parte A: comparação com pares* foram calculadas correlações de *Pearson*. A correlação entre as subescalas ( $r = .69$ ;  $p < .01$ ) é positiva e de magnitude moderada.

### 1.3.4. Validade convergente e divergente da ECSAF *comparação com pares*

O estudo da validade convergente e divergente foi realizado através de correlações de *Pearson* entre as duas dimensões e a escala total ECSAF: *comparação com pares* e diversas medidas de dimensões relacionadas tais como, a Escala de Comparação Social (SCRS), Escala de Vergonha Externa (OAS), psicopatologia geral (subescalas do DASS 42) e alimentar (subescalas do EDI: procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal).

**Quadro 4.1.6. Correlações entre factores e total da ECSAF *comparação com pares* e subescalas e total da SCRS, OAS total, subescalas da DASS 42 e do EDI ( $n = 828$ )**

Escalas e factores	ECSAF <i>comparação com pares</i>		
	Atractividade/ Hierarquia	Ajustamento ao Grupo	Escala Total
SCRS			
Total	.73**	.69**	.77**
Hierarquia	.68**	.53**	.68**
Ajustamento	.51**	.70**	.61**
OAS Total	-.49**	-.49**	-.52**
DASS42			
Depressão	-.45**	-.46**	-.48**
Ansiedade	-.29**	-.30**	-.32**
Stress	-.34**	-.33**	-.36**
EDI			
Procura da Magreza	-.28**	-.17**	-.27**
Bulimia	-.21**	-.16**	-.21**
Insatisfação Corporal	-.48**	-.30**	-.45**

Leg: SCRS = Escala de Comparação Social: total e subescalas; OAS total = Escala de Vergonha Externa; DASS 42 = Subescalas de Depressão, Ansiedade e de Stress; EDI = Subescalas do Inventário de Perturbações Alimentares: Procura da Magreza, Bulimia e Insatisfação Corporal; ECSAF *comparação com pares* = Escala de Comparação Social através da Aparência Física (parte A); \*\* =  $p < .001$

Os resultados apresentados no Quadro 4.1.6. demonstram que as duas dimensões (attractividade/hierarquia e ajustamento ao grupo), assim como a escala total (ECSAF: *comparação com pares*), apresentam correlações positivas significativas de magnitude moderada a alta com a Escala de Comparação Social (SCRS) e com as respectivas dimensões hierarquia e ajustamento (Allan & Gilbert, 1995). Verificam-

se correlações negativas, com magnitudes que variam entre baixas e moderadas com a sintomatologia ansiosa, depressiva e de *stress* avaliada pelas dimensões da DASS 42, assim como com a vergonha externa avaliada pela OAS. Encontram-se, ainda, correlações negativas com magnitudes que variam entre baixas e muito baixas com as subescalas procura da magreza e bulimia e moderadas com a insatisfação corporal, avaliadas pelo Inventário de Perturbações Alimentares (EDI).

#### 1.4. Estudos da Escala de Comparação Social através da Aparência Física: *comparação com modelos*

##### 1.4.1. Estrutura Factorial

###### - Análise Factorial Exploratória - ECSAF *comparação com modelos*

Para o estudo da estrutura dimensional da escala ECSAF *comparação com modelos* utilizámos o mesmo procedimento e atendemos aos mesmos critérios da análise anterior. A medida de *Kaiser Meyer Olkin* foi de .949 e o resultado do teste de esfericidade de *Bartlett* de  $\chi^2_{(66)} = 9422.039$ , ( $p < .001$ ), o que nos permitiu prosseguir com a interpretação da análise dimensional. O critério de *Kaiser-Guttman* apontou para a retenção de um factor. Posto isto, utilizámos o *scree test* que confirmou claramente a existência de um factor, indicando uma solução unidimensional. Tal solução foi comprovada pela matriz da solução inicial, a qual revela que todos os itens saturam no factor com cargas factoriais iguais ou superiores a .729.

**Quadro 4.1.7. ECSAF *comparação com modelos*: Matriz de saturação dos itens no factor para solução rodada Vari-  
max. Comunalidades ( $h^2$ ) e % da variância explicada pelo factor ( $n = 828$ )**

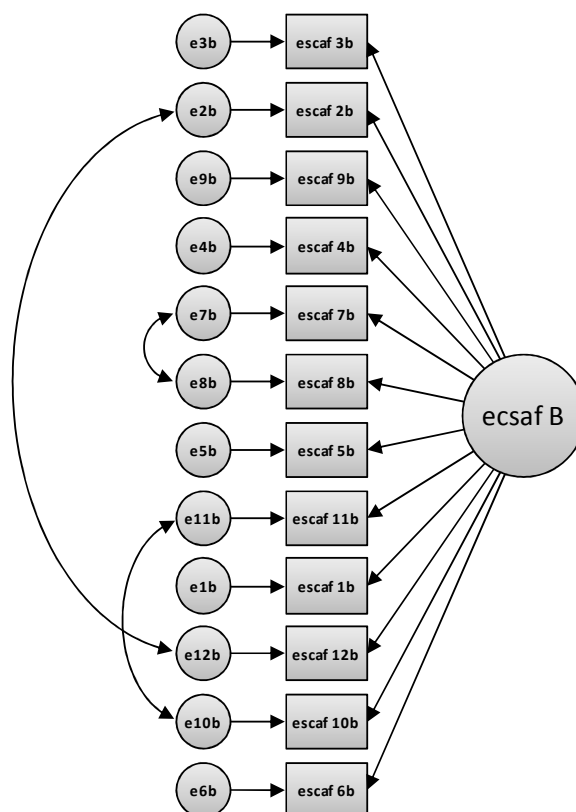
Itens	1	$h^2$
<b>Comparação Social da Aparência Física com Modelos</b>		
3. Indesejável - Mais desejável	.882	.778
2. Não atraente - Mais atraente	.875	.766
9. Ignorada - Cobiçada	.855	.731
4. Insegura - Mais segura	.850	.723
7. Rejeitável - Aceite	.846	.716
8. Desvalorizada - Valorizada	.846	.715
5. Feia - Bonita	.843	.711
11. Menos elegante - Mais elegante	.836	.699
1. Inferior - Superior	.822	.676
12. Desprezada - Invejada	.819	.671
10. Menos popular - Mais popular	.766	.587
6. Diferente - Igual	.729	.531
<b>Valores Próprios (eigenvalues)</b>	8.303	
<b>% de variância</b>	69.191	

O Quadro 4.1.7. apresenta os resultados da solução factorial da ECSAF *Parte B: comparação com modelos*, nomeadamente as saturações e as comunalidades para cada item desta parte da escala. Na última linha do quadro é apresentado o valor de *eigenvalues* e a percentagem da variância explicada pela solução unidimensional encontrada (69.19%).

#### - Análise Factorial Confirmatória - ECSAF *comparação com modelos*

A Análise Factorial Confirmatória da *Parte B* da ECSAF seguiu os mesmos procedimentos utilizados para a *Parte A*, expostos anteriormente. O ECSAF *comparação com modelos* apresenta um único factor marcado por 12 variáveis observadas, definidas a partir do modelo teórico subjacente à construção do instrumento.

Figura 4.1.2. Especificação pictográfica do modelo estimado para ECSAF *comparação com modelos*



Leg: F1- Escala de Comparação Social através da Aparência Física (ECSAF): Parte B

Após correr a análise, o modelo, tal como indicado na especificação pictográfica (cf. Figura 4.1.2), revelou uma qualidade de ajustamento sofrível ( $\chi^2_{(54)} = 1335.508$ ,  $p < .05$ ; CFI = 0.861; TLI = 0.830; PCFI = 0.539). Os valores, abaixo do aceitável, sugeriram a necessidade de fazer re-especificações ao modelo. Na análise dos Índices de Modificação observou-se covariâncias significativas entre os erros de medida dos itens 9-12, 7-8 e 10-11. Depois de correlacionados os erros de medida dos itens 9-12, verificou-se que os índices de adequabilidade são superiores, mas não aceitáveis ( $\chi^2_{(53)} = 1096.537$ ,  $p < .01$ ; CFI = .887; TLI = .859; PCFI = .712). Num terceiro passo, após correlacionar o erro dos itens 7-8, os índices de adequabilidade aumentaram, mas não se consideravam ainda aceitáveis ( $\chi^2_{(52)} = .864.536$ ,  $p < .01$ ; CFI = .912; TLI = .888; PCFI = .718). Finalmente, após a correlação do erro dos itens 10-11 resulta o modelo final, que propomos nesta investigação, verificando-se uma melhoria significativa dos valores das medidas de ajustamento, para valores considerados bons ( $\chi^2_{(51)} = 677.787$ ;  $p < .01$ ; CFI = .932; TLI = .912; PCFI = .720).

**Quadro 4.1.8. Indicadores de ajustamento global da ECSAF comparação com modelos (n = 902)**

ECSAF comparação com modelos	$\chi^2$	df	p	CFI	TLI	PCFI
modelo inicial	1.335.508	54	$\leq .001$	.861	.830	.539
modelo re-especificado	677.787	51	$\leq .001$	.932	.912	.720

Leg:  $\chi^2$  = Qui-quadrado; df = graus de liberdade; p = nível de significância; CFI = Comparative Fit Index, TLI = Tucker and Lewis Index; PCFI = Parsimony Normed Comparative Fit Index;

Quanto ao ajustamento local, do modelo re-especificado, todas as saturações factoriais são estatisticamente significativas e possuem valores apropriados na marcação do factor. Os valores de  $R^2$  revelaram a qualidade dos itens na estimação do modelo (Quadro 4.1.9.).

**Quadro 4.1.9. Factores e saturações factoriais dos respectivos itens da ECSAF comparação com modelos (n = 902)**

ECSAF comparação com modelos	Itens	Saturação Factorial	$R^2$
	3	.869	.755
	2	.884	.782
	9	.764	.583
	4	.758	.574
	7	.766	.587
	8	.774	.600
	5	.813	.661
	11	.807	.651
	1	.776	.602
	12	.745	.555
	10	.708	.502
	6	.668	.440

### 1.4.2. Consistência Interna da ECSAF *comparação com modelos*

A consistência interna da ECSAF: *comparação com modelos* foi examinada através do cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach* e das correlações item-total. Os resultados indicam uma consistência interna muito boa do total da escala com os 12 itens ( $\alpha = .96$ ). Quando calculado removendo cada um dos itens de cada vez, o alfa não sofre incremento. Trata-se portanto de uma escala com elevada consistência interna

No Quadro 4.1.10. apresentam-se as estatísticas descritivas dos itens, nomeadamente médias, os desvios-padrão, bem como as correlações item-total de cada item e o  $\alpha$  do factor se o item for removido. Na última linha é apresentado o valor da consistência interna encontrado para a escala total da versão modelos. As correlações entre os itens e o total da escala são elevadas (iguais ou superiores a .68), o que aponta para a qualidade e adequação dos itens à escala. Assim, foram obtidos valores que variam entre o .684 (item 6: Diferente – Igual) e .851 (item 3: Indesejável – Mais desejável).

**Quadro 4.1.10. Propriedades dos itens da ECSAF *comparação com modelos*, correlações item-total corrigidas e alfas de *Cronbach* se eliminado o item. Valores de alfa de *Cronbach* das dimensões e da escala total ( $n = 828$ )**

Itens	M	DP	$\alpha$ item-total corrigida	$\alpha$ se eliminado o item
<b>Comparação Social da Aparência Física com Modelos</b>				
3. Indesejável - Mais desejável	4.76	1.55	.851	.953
2. Não atraente - Mais atraente	4.52	1.56	.844	.953
9. Ignorada - Cobiçada	4.97	1.57	.824	.953
4. Insegura - Mais segura	4.97	1.82	.817	.953
7. Rejeitável - Aceite	5.55	1.85	.816	.953
8. Desvalorizada - Valorizada	5.45	1.80	.815	.953
5. Feia - Bonita	5.09	1.81	.808	.954
11. Menos elegante - Mais elegante	4.43	1.80	.800	.954
1. Inferior - Superior	4.58	1.62	.782	.954
12. Desprezada - Invejada	4.93	1.49	.780	.955
10. Menos popular - Mais popular	4.21	1.81	.720	.956
6. Diferente - Igual	4.94	1.94	.684	.958
<b><math>\alpha</math> da escala total (12 itens)=.958</b>				

### 1.4.3. Validade convergente e divergente da ECSAF *comparação com modelos*

Para avaliar a validade convergente e divergente da ECSAF *comparação com modelos* calcularam-se os coeficientes de correlação de *Pearson* entre a escala total e a Escala de Comparação Social (SCRS), a Escala de Vergonha Externa (OAS), a sintomatologia depressiva, ansiosa e de *stress* (DASS 42) e os indicadores de patologia alimentar (subescalas do EDI: procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal).

A ECSAF *comparação com modelos* apresenta correlações positivas significativas moderadas com o total da Escala de Comparação Social e com as respectivas dimensões, hierarquia e ajustamento (SCRS). Verificam-se correlações negativas que variam entre baixas e moderadas com as dimensões avaliadas pelas Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress*, assim como, com a vergonha externa (OAS). Encontraram-se, também, correlações negativas com magnitudes que variam entre baixas com as subescalas procura da magreza e bulimia e moderada com a subescala insatisfação corporal, avaliadas pelo Inventário de Perturbações Alimentares (EDI).

**Quadro 4.1.11. Correlações entre factores e total da ECSAF *comparação com modelos* e subescalas e total da SCRS, OAS total, subescalas da DASS 42 e do EDI (n = 828)**

Escalas e factores	ECSAF <i>comparação com modelos</i> (total)
SCRS	
Total	.56**
Hierarquia	.53**
Ajustamento	.40**
OAS Total	-.42**
DASS42	
Depressão	-.41**
Ansiedade	-.27**
Stress	-.34**
EDI	
Procura da Magreza	-.33**
Bulimia	-.19**
Insatisfação Corporal	-.45**

Leg: SCRS = Escala de Comparação Social: total e subescalas; OAS total = Escala de Vergonha Externa; DASS 42 = Subescalas de Depressão, Ansiedade e *Stress*; EDI = Subescalas do Inventário de Perturbações Alimentares: Procura da Magreza, Bulimia e Insatisfação Corporal; ECSAF *comparação com modelos* = Escala de Comparação Social através da Aparência Física (Parte:B); \*\* =  $p < .001$

### 1.5. Poder discriminativo da escala

Para estudar o poder discriminativo do ECSAF *comparação com pares* e *comparação com modelos*, foram comparados os valores obtidos numa amostra de conveniência da população geral ( $n = 102$ ) com uma amostra clínica de 91 doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar. Previamente à análise do poder discriminativo da ECSAF, foi verificado que as duas amostras não apresentam diferenças estatisticamente significativas nas variáveis demográficas referidas.

Como se pode ler no Quadro 4.1.12., no total da escala da *Parte A: comparação com pares*, as doentes obtiveram uma média de 39.65 ( $DP = 17.72$ ), enquanto as participantes da população geral obtiveram uma média de 65.22 ( $DP = 13.84$ ), verificando-se que esta diferença é estatisticamente significativa ( $t = .11.075$ ;  $p < .001$ ). Nas subescalas de atractividade/hierarquia e ajustamento ao grupo, as doentes obtiveram, uma média de 27.51 ( $DP = 12.61$ ) e 12.14 ( $DP = 5.84$ ), respectivamente, e as participantes da população geral uma média de 45.75 ( $DP = 10.25$ ) e 19.47 ( $DP = 5.06$ ), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ( $t = 10.945$ ;  $p < .001$ ) e ( $t = 9.338$ ;  $p < .001$ ). No total da escala Parte B: *comparações com modelos*, as doentes obtiveram uma média de 32.32 ( $DP = 18.00$ ), e as participantes de 59.65 ( $DP = 15.66$ ); também esta diferença é significativa ( $t = 11.191$ ;  $p < .001$ ).

Quadro 4.1.12 Poder discriminativo ECSAF: *comparação com pares* e *comparação com modelos*

Escala de Comparação Social da Aparência Física	População Geral (n=102)		População Clínica (n=91)		t	p
	M	DP	M	DP		
ECSAF Pares (Total)	65.22	13.84	39.65	17.72	11.075	.000
ECSAF Pares (Atract./Hierarquia)	45.75	10.25	27.51	12.61	10.945	.000
ECSAF Pares (Ajustamento grupo)	19.47	5.06	12.14	5.84	9.338	.000
ECSAF Modelos (Total)	59.65	15.66	32.32	18.00	11.191	.000

Em suma, as diferenças encontradas mostram que, tal como era esperado, as doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar realizam comparações sociais baseadas na aparência física mais desfavoráveis comparativamente a indivíduos da população geral.

### 1.6. Estabilidade temporal da escala

A estabilidade temporal da ECSAF foi estudada através de análises de correlação de *Pearson* (Quadro 4.1.13) e do teste t de *Student* (Quadro 4.1.14), para as quais foi utilizada uma amostra da população geral ( $n = 57$ ), que respondeu novamente a esta escala após um intervalo de 21 a 27 dias entre o teste e o reteste.

**Quadro 4.1.13. Estabilidade temporal através da correlação de *Pearson* da ECSAF ( $n = 57$ )**

Escala de Comparação Social da Aparência Física	r
ECSAF Pares (Total)	.72**
Atractividade/Hierarquia	.77**
Ajustamento ao grupo	.53**
ECSAF Modelos (Total)	.82**

Leg: \*\* $p < .001$

As correlações teste-reteste da Parte A é de .72, e as referentes aos dois factores que constituem esta parte da escala são de .77 e de .53, para os factores atractividade e ajustamento ao grupo respectivamente. O total da Parte B da escala apresenta a correlação mais elevada, de .82.

A avaliação da estabilidade temporal do ECSAF através do teste t de *Student* para amostras dependentes permitiu verificar que nas duas partes da escala (total e factores) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o teste e o reteste. Neste sentido, podemos concluir que mesmo quando utilizada uma medida mais fina de avaliação da validade temporal, por comparação à correlação de *Pearson*, a ECSAF apresenta boas características em termos da estabilidade temporal.

**Quadro 4.1.14. Teste-reteste através do teste t de *Student* ( $n = 57$ )**

Escala de Comparação Social da Aparência Física	Teste		Reteste		t	p
	M	DP	M	DP		
ECSAF Pares (Total)	66.91	12.70	68.05	11.34	-.948	.347
ECSAF Pares (Atract./Hierarquia)	46.86	9.54	47.79	8.67	-1.131	.263
ECSAF Pares (Ajustamento grupo)	20.05	4.14	20.26	3.85	-.410	.684
ECSAF Modelos (Total)	58.75	16.47	59.51	16.48	-.580	.564

## 1.7. Discussão e síntese dos resultados

Reconhece-se que o fenómeno da comparação social é fundamental nos seres humanos, possibilitando o reconhecimento da posição que o indivíduo ocupa no mundo social (Buunk & Gibbons, 2007; Festinger, 1954, Gilbert *et al.*, 1995). Assim, a comparação social tem uma função adaptativa, auxiliando o indivíduo a aumentar as suas qualidades, mas pode igualmente ter um impacto negativo



quando dela derivam percepções de inferioridade e inadequação em relação a um alvo de comparação (Gilbert *et al.*, 1995). Nas sociedades ocidentais actuais, a aparência física constitui um domínio particularmente importante de comparação para as mulheres, e investigações confirmam que percepções desfavoráveis resultantes desse processo de avaliação podem perpetuar o afecto negativo e sentimentos de insatisfação e inadequação relativamente à dimensão da atractividade física (Tiggeman & McGill, 2004). Por outro lado, sabe-se que comparações sociais desfavoráveis assumem um importante papel na patologia do comportamento alimentar, e que são comuns percepções de inferioridade e de inadequação entre os doentes com Perturbação Alimentar, quando se comparam com os outros (*e.g.*, Butow *et al.*, 1993; Williams *et al.*, 1993; Troop *et al.*, 2003). A avaliação do processo de comparação social através da aparência física torna-se assim um aspecto crucial para a investigação e para a prática clínica com estes doentes. Contudo não existe um instrumento de medida que se foque especificamente na avaliação do *ranking* social através da percepção que o sujeito tem da sua imagem corporal em relação a outros. Embora existam diversas escalas de avaliação do grau de insatisfação com a imagem corporal (Garner *et al.*, 1983) e medidas da tendência de comparação da imagem corporal com outros em contexto social (Fisher *et al.*, 2002; Myres & Crowther, 2009; Thompson *et al.*, 1999; Tiggeman & McGill, 2004), estas não são medidas de *ranking*, ou do modo como o sujeito se percepção em termos do seu poder (hierarquia) e de ajustamento, face ao seu grupo social.

Com a Escala de Comparação Social através da Aparência Física pretendeu-se construir uma medida de avaliação da relação directa entre a comparação da aparência física e a atribuição de estatuto no grupo social, face a dois grupos de comparação: proximal (*i.e.*, pares) e distal (*i.e.*, modelos ou outras celebridades que representam um padrão de atractividade física socialmente valorizado). A hipótese subjacente à construção desta escala é que um sujeito pode fazer uma avaliação negativa da sua imagem corporal em relação a outros (*e.g.*, amigas ou modelos) mas esta pode não afectar significativamente a sua avaliação em termos de *ranking*, isto é, a sua percepção de atractividade e de ajustamento enquanto agente social.

Este estudo teve como objectivo o desenvolvimento e a validação de uma medida de comparação social através da aparência física, e explorar se comparações favoráveis se associam a comparações sociais positivas e a índices inferiores de vergonha externa, de indicadores de psicopatologia (*e.g.*, ansiedade, depressão e *stress*) e a índices inferiores nas medidas de psicopatologia do comportamento alimentar. Estas considerações são importantes no contexto dos processos de comparação social, e da sua associação ao afecto negativo e à psicopatologia (Gilbert *et al.*, 1995), assim como da relevância da percepção de menor atractividade, comparativamente aos outros, no âmbito das Perturbações do Comportamento Alimentar (Troop *et al.*, 2003).

No que diz respeito às análises psicométricas da ECSAF foi efectuado um estudo numa amostra ampla de mulheres da população geral. A primeira parte da escala (*Parte A: comparação com pares*) revelou uma estrutura factorial idêntica à encontrada por Gilbert e colaboradores (1995) no desenvolvimento da sua Escala de Comparação Social. Este estudo produziu dois factores que explicam na totalidade 72.14% da variância, com o primeiro factor (*atractividade/hierarquia*) a explicar 62.56%, e

o segundo factor (*ajustamento ao grupo*) a explicar 9.58%. O primeiro factor é formado por 8 itens que avaliam a percepção de atractividade e de posição social percebida no grupo, o segundo factor é formado por 3 itens e traduz a percepção de pertença e de valorização no contexto do seu grupo. A segunda parte (*Parte B: comparação com modelos*) revelou-se como tendo uma estrutura unidimensional, constituída por 12 itens que explicam na totalidade 69.19% da variância. Em relação às estruturas factoriais encontradas para cada uma das partes da escala, verificamos que apenas quando o alvo de comparação é proximal, ganham relevo dois factores idênticos aos encontrados na Escala de Comparação Social (SCRS) de Gilbert & Allan (1995) (*i.e.*, atractividade/hierarquia e ajustamento ao grupo). Por outro lado, encontra-se uma estrutura unidimensional quando o alvo de comparação é superior ou ascendente (ECSAF: *comparação com modelos*). Tal poderá ser compreendido na medida em que a comparação com um alvo ascendente e distal, não implica um julgamento em termos de ajustamento a esse grupo, mas fornece sim uma medida ideal de atractividade física, a partir da qual o sujeito determina a sua posição social no grupo.

Os valores de consistência interna encontrados para a Parte A: *comparação com pares*, e respectivas subescalas, e para a Parte B: *comparação com modelos*, foram elevados, indicando uma boa fidedignidade deste instrumento. Acresce que o estudo das intercorrelações das duas subescalas (atractividade/hierarquia e ajustamento ao grupo), que compõem a Parte A, mostra resultados que indicam que aquelas se correlacionam positivamente, com uma magnitude moderada, reflectindo tratar-se de constructos relacionados mas distintos.

Os estudos de validade convergente e divergente com diversas medidas de *ranking* social e de psicopatologia permitiram verificar que surgem associações positivas e estatisticamente significativas entre a escala ECSAF (*comparação com pares* e *comparação com modelos*) e a medida de comparação social, e associações significativas e negativas com a vergonha, e indicadores de psicopatologia geral (ansiedade, depressão e *stress*) e de psicopatologia alimentar (procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal).

A estrutura factorial da escala foi, ainda, confirmada por uma análise factorial confirmatória, realizada numa amostra distinta constituída por 902 indivíduos do sexo feminino da população geral. Relativamente à primeira parte do instrumento (ECSAF *comparação com pares*) os indicadores de ajustamento local do modelo testado foram adequados para as 11 variáveis endógenas que entraram na análise, revelando todas saturações factoriais significativas e de valor apropriado na marcação do respectivo factor. No que diz respeito à segunda parte do instrumento (ECSAF *comparação com modelos*) os valores de adequabilidade do modelo abaixo do aceitável sugeriram a necessidade de fazer re-especificações. Após o ajustamento do modelo, feito a partir dos índices de modificação de acordo com as recomendações (Boomsma, 2000; McDonald & Ho, 2002) e com base em considerações teóricas, os indicadores de ajustamento local foram adequados para as 12 variáveis endógenas que entraram na análise. A covariância entre os erros dos itens 9 (Ignorada/Cobiçada), 12 (Desprezada/Invejada), 7 (Rejeitável/Aceite) e 8 (Desvalorizada/ Valorizada) poderá ter ocorrido devido a semelhança de conteúdo entre esses pares, fazendo estes itens provavelmente parte de uma mesma categoria. Por outro lado, é razoável considerar que os itens do par 10 (Menos popular/Mais popu-

lar) -11 (Menos elegante/Mais elegante) poderão não ser adequados quando a comparação é feita com alvos distais e idealizados tanto em termos de notoriedade como em termos de atractividade corporal. Assim, e embora os indicadores de adequação do modelo re-especificado sejam bastante satisfatórios é possível aprimorar esta escala e consequentemente melhorar os índices de adequação. Os itens que apresentam covariância poderão ser suprimidos e novos indicadores poderão ser formulados, eliminando desta forma a redundância observada nos mesmos e possibilitando a melhoria de adequação do modelo. De forma geral, pode dizer-se que a estrutura latente do constructo foi confirmado e que os resultados são encorajadores para o aprimoramento da medida, por meio da correcção das deficiências indicadas pela análise factorial confirmatória. No entanto convém referir que os resultados obtidos apenas nos permitem concluir que o modelo proposto é plausível (e não verdadeiro ou único), no sentido de substancialmente significativo e parcimonioso (Browne & Cudek, 1993), para a avaliação da comparação social através da aparência física. Assim, para uma maior garantia da plausibilidade do modelo apresentado deverá ser testada a sua invariância junto de amostras da população clínica.

A sensibilidade da escala na discriminação entre um grupo de doentes com perturbação do comportamento alimentar foi estabelecida, mostrando-se que a Parte A e respectivas subescalas, e a Parte B da ECSAF discriminam, de forma significativa, indivíduos da população geral (sem perturbação alimentar) de doentes com uma Perturbação do Comportamento Alimentar. De facto, estas doentes apresentam comparações mais desfavoráveis da sua aparência física, quer quando se comparam quer com pares, quer quando o alvo de comparação são modelos ou figuras que representam um padrão ideal de aparência física.

Por fim, a estabilidade temporal da ECSAF total e subescalas é boa, tanto quando estudada pela correlação de *Pearson*, tanto quando avaliada a partir das comparações *t* de *Student* para amostras dependentes.

Em síntese, os resultados encontrados sugerem a ECSAF como uma medida útil e breve para o estudo do modo como os sujeitos se percebem no seu contexto social tendo como referência a sua aparência física, em amostras da população geral, e uma medida válida para a discriminação de amostras clínicas com Perturbações Alimentares e amostras não clínicas. Uma vez que os resultados revelam magnitudes de correlação elevadas entre esta nova medida e a escala original de comparação social (Allan & Gilbert, 1995), nomeadamente no que diz respeito à comparação entre pares, podemos corroborar que a dimensão aparência física é, para as mulheres, uma das dimensões salientes na determinação do seu *ranking* no grupo, tal como sugerem diferentes autores (Butow *et al.*, 1993; Troop *et al.*, 2003; Williams *et al.*, 1993). Futuras investigações podem ser úteis para analisar se esta dimensão assume o mesmo grau de relevância na comparação social para os homens, sendo necessário para isso proceder a estudos comparativos com uma amostra do sexo masculino.

Tendo presente que a validação de qualquer instrumento de medida consiste num processo nunca terminado, e visto tratar-se do primeiro estudo de validação desta nova medida numa ampla amostra de participantes do sexo feminino da população portuguesa, é importante que estudos futuros

confirmem os resultados encontrados. De facto a replicação dos resultados obtidos neste estudo é essencial para a continuidade da validação da ECSAF.

## 2. Estudos de validação da versão portuguesa da Escala de Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade (SAIS)

### 2.1. Objectivos

A vulnerabilidade para alguns tipos de psicopatologia pode estar associado à percepção da necessidade de competir, ou esforçar-se para alcançar determinados objectivos, como meio para evitar a inferioridade ou a rejeição social (Bellew *et al.*, 2006; Dunkey *et al.*, 2006; Gilbert *et al.*, 2007; Gilbert *et al.*, 2009). Na realidade, tem-se assistido a um crescente interesse no estudo acerca do modo como comportamentos altamente competitivos e a necessidade de atingir objectivos de excelência podem actuar como factores de risco para a psicopatologia (Arrindell *et al.*, 2003; Burkle *et al.*, 1999, Wilkinson, 1996).

Actualmente, e tendo em conta o ambiente hipercompetitivo das sociedades modernas e a existência de grupos sociais ricos em competição interna, as pessoas tendem a focar-se, cada vez mais, na comparação social e no sucesso (Lasch, 1979). De facto, estes contextos evidenciam padrões claros e objectivos de comportamento (ou aparência) aceitáveis e valorizados, assim como, daquilo que é criticável ou rejeitável (Arrindel *et al.*, 2003; Kasser, 2002; Wilkinson, 1996), activando uma mentalidade social focada no *ranking* social (Gilbert, 1989, 2005a, 2005b). A sobre-estimulação da mentalidade de *ranking* poderá, por sua vez, estimular o medo da inferioridade que motivará as pessoas a um sobre-investimento na competição/luta e na necessidade de demonstração das suas competências e sucessos (*i.e.*, um funcionamento interpessoal competitivo), de forma a garantir um lugar seguro no seu grupo social (Gilbert *et al.*, 2007).

Gilbert (1989, 2005a, 2005b) e Dykman (1998) sugerem que os indivíduos que percebem as suas relações sociais como mais inseguras e ameaçadoras podem sentir-se sob pressão para competir. Em contraste, quando os outros são percebidos como aceitantes, compreensivos e cuidadores (*i.e.*, quando o mundo social é sentido como mais seguro), o sujeito sente que é valorizado pelos outros quer falhe, ou tenha êxito nos seus desempenhos, sentindo menor necessidade de competir ou de ter sucesso para assegurar a sua posição no grupo. De acordo com esta leitura, o comportamento hipercompetitivo poderá ser compreendido enquanto uma estratégia para lidar com sentimentos de inferioridade ou com a percepção de indesejabilidade social (Bellew *et al.*, 2006; Gilbert, 2007a; Gilbert *et al.*, 2007), potencializando, por sua vez, um conjunto de respostas defensivas como ansiedade e depressão (Gilbert, 1989, 2005a, 2005b). Neste contexto, Gilbert e colaboradores (2007) desenvolveram recentemente uma medida (*Striving to Avoid Inferiority Scale*; SAIS) para explorar crenças acerca da necessidade de competir e acompanhar os outros de forma a evitar sentir-se inferior (*striving* inseguro) e, conseqüentemente, perder na competição pelo controlo de recursos sociais indispensáveis (*e.g.*, ser aceite, estimado, escolhido ou desejado como parceiro social) (Gilbert, 1992; Gilbert *et al.*, 2007). Assim, o *striving* pode ser encarado como uma forma de competição, ou de luta/esforço por objectivos, crucial para a regulação do afecto do indivíduo (Gilbert *et al.*, 2009).

Estas preocupações competitivas, o medo da inferioridade e os sentimentos de vergonha têm sido observados, como particularmente evidentes, em doentes com Perturbações do Comportamento Alimentar (Goss & Gilbert, 2002). Alguns autores têm sugerido que uma das razões pelas quais as perturbações associadas à alimentação e à imagem corporal têm aumentado no mundo ocidental é devido à intensificação da competição, entre o sexo feminino, por determinada aparência em termos de imagem corporal (e.g., Abed, 1998). Contudo, embora sejam inúmeros os relatos clínicos acerca da associação entre a pressão para a competição e as perturbações alimentares, são ainda escassos os estudos que relacionam a competitividade e a psicopatologia alimentar, sendo necessário o desenvolvimento de medidas válidas para a avaliação deste constructo, e o desenvolvimento de estudos que explorem a pertinência desta variável para a conceptualização das Perturbações do Comportamento Alimentar.

O principal objectivo do presente estudo é a validação da versão portuguesa da Escala de Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade (SAIS; Gilbert *et al.*, 2007), numa amostra alargada da população geral. Para além dos estudos acerca da dimensionalidade da escala, foram realizados estudos da consistência interna das três partes constituintes desta escala e das propriedades dos itens, estudos acerca da validade convergente e divergente, estudo das diferenças de género e, ainda, estudo acerca da estabilidade temporal da escala. Foi, também, analisado o poder discriminativo da escala entre indivíduos com e sem psicopatologia do comportamento alimentar, com o propósito de verificar a adequação e a pertinência do conceito de *striving* no trabalho com doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar.

## 2.2. Procedimentos e amostra

### 2.2.1. Descrição do instrumento e preparação da versão portuguesa da SAIS

Gilbert e colaboradores (2007) desenvolveram esta escala para medir a importância da “pressão para competir” para evitar a inferioridade. A escala original é constituída por três partes.

A primeira parte da escala é composta por 32 itens distribuídos por dois factores: *striving* inseguro (no original, *insecure striving*) e *non-striving* seguro (*secure non-striving*). É pedido ao participante que pontue frases que descrevem o modo como pensa e se sente acerca da necessidade de se esforçar e competir na vida. Cada item é respondido usando uma escala de tipo *Lickert* de 5 pontos (de 0 = nunca e 4 = sempre). A primeira parte da SAIS visa, portanto, avaliar: (1) crenças acerca do *striving* para evitar a inferioridade (e.g., “A aceitação é algo que tem que se fazer por merecer e pela qual se tem que competir com os outros”); e (2) percepção de aceitação pelos outros independentemente dos desempenhos, quer se falhe ou se tenha sucesso, e menor necessidade de competir (e.g., “Quer seja bem sucedido ou falhe, as pessoas valorizam-me sempre enquanto pessoa”). Os autores da escala original encontraram, para os dois factores, valores de alfa de *Cronbach* de .92 e .87, respectivamente.

A segunda parte da SAIS, constituída por 11 itens, tem como objectivo avaliar as motivações e ou necessidades pelas quais as pessoas se sentem sobre “pressão para competir e para evitar a inferioridade”. Os autores originais hipotetizaram três possíveis razões: (1) medo de fracassar (*losing out*), isto é, de não avançar na vida, perder oportunidades, e ficar para trás; (2) medo de ser excluído, de “ser passado para trás” ou ostracizado, denominado como medo de uma exclusão passiva (*overlooked*); e (3) rejeição activa (*rejection*), a qual envolve sentimentos de vergonha e rejeição social. Os valores de consistência interna obtidos foram de .88 na subescala medo de fracassar; .92 na subescala exclusão passiva; e de .94 na subescala rejeição activa.

Na terceira parte da SAIS, os autores da escala original apresentam ainda um conjunto de 10 itens que avaliam duas atitudes face à competição: a (1) procura de competição, definida pela satisfação retirada da competição (e.g., “Gosto de me pôr à prova, competindo com os outros”) e de (2) evitamento da competição, e de situações que implicam competir, e o medo de falhar na competição (e.g., “Procuo arranjar qualquer desculpa para não competir com os outros”). Cada item é respondido segundo uma escala de *Lickert* de 0 a 4 (0 = nunca; 4 = sempre). No estudo de aferição do SAIS (Gilbert *et al.*, 2007) não são apresentados estudos psicométricos acerca desta parte da escala.

### 2.2.2. Protocolo de investigação

A recolha de informação junto dos sujeitos respeitou a ética e deontologia inerentes à investigação. Os participantes preencheram uma bateria de instrumentos de auto-resposta, tendo previamente sido facultado esclarecimento, oralmente e por escrito, acerca dos procedimentos e do objectivo do estudo, da informação acerca do papel voluntário do participante e da estrita confidencialidade das respostas (usadas somente para o propósito da investigação).

O protocolo de investigação foi constituído por diversas medidas de auto-resposta. Em seguida são apresentadas as escalas utilizadas, para além da SAIS, assim como os valores de alfa de *Cronbach* para a amostra em estudo. Como medida da posição social percebida pelo sujeito foi utilizada a Escala de Comparação Social (SCRS; Allan & Gilbert, 1995; Gato, 2003), a qual revelou um alfa de .88; Para avaliar a vergonha externa utilizou-se a Escala OAS (Goss *et al.*, 1994; Matos *et al.*, 2011) ( $\alpha = .91$ ); Para o estudo da vinculação ao grupo utilizámos as subescalas de vinculação ansiosa e de vinculação evitante, da Escala de Vinculação ao Grupo Social (SGAS; Smith *et al.*, 1990; Dinis *et al.*, 2008), as quais apresentaram valores de alfa de .66 e de .78, respectivamente; O perfeccionismo foi medido pelas subescalas da Escala de Perfeccionismo Multidimensional (MPS; Frost *et al.*, 1990; Ferreira *et al.*, 2009b), que apresentaram alfas que variam entre .66 e .86, e pela Escala de Auto-apresentação Perfeccionista (PSPS; Hewitt *et al.*, 2003; Ferreira *et al.*, 2009a), ( $\alpha = .91$ ); As medidas de psicopatologia utilizadas foram as subescalas de Depressão, Ansiedade e *Stress* (DASS 42; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro *et al.*, 2004) que apresentaram alfas de .95, .92 e .93, respectivamente.

### 2.2.3. Amostra

Este estudo foi realizado numa amostra de 2411 sujeitos da população geral, dos quais 1001 são do sexo masculino (41.5%) e 1410 do sexo feminino (58.5%). Os participantes apresentam idades compreendidas

entre os 11 e os 38 anos ( $M = 19.02$ ;  $DP = 3.28$ ) e o número de anos de escolaridade varia entre os 6 e os 18 anos ( $M = 11.99$ ;  $DP = 2.61$ ).

O estudo do poder discriminativo da escala foi realizado pela comparação de uma amostra de conveniência da população geral ( $n = 102$ ) e uma amostra clínica constituída por 91 doentes com diagnóstico de Perturbação do Comportamento Alimentar, confirmado através da *Eating Disorder Examination* 16.OD (EDE; Fairburn *et al.*, 2008). Em termos da tipologia da perturbação verificou-se que 40 (43.96%) das doentes apresentam uma perturbação alimentar do tipo restritivo, e 51 (56.04%) um perturbação do tipo ingestão compulsiva/purgativa. 27 (29.67%) das doentes cumprem todos os critérios para o diagnóstico de Anorexia Nervosa, 29 (31.87%) de Bulimia Nervosa e 35 (38.46%) apresentam uma Perturbação do Comportamento Alimentar sem Outra Especificação. A amostra clínica apresenta uma média de idades de 23.55 ( $DP = 7.63$ ), e de 12.41 ( $DP = 3.01$ ) quanto aos anos de escolaridade. Os doentes desta amostra apresentaram um valor médio de IMC de 21.31 ( $DP = 6.98$ ). As duas amostras não apresentam diferenças estatisticamente significativas nas variáveis sócio-demográficas.

#### 2.2.4. Tratamento estatístico dos dados

No tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao *software* PASW Statistics (v.18 SPSS Inc., Chicago, IL) para estatística descritiva, inferencial e para o estudo da análise factorial.

### 2.3. Estudos de validação da Escala da Necessidade de Competição para Evitar a Inferioridade: SAIS-*parte um*

#### 2.3.1. Estrutura factorial

Para o estudo da estrutura dimensional da escala SAIS – *parte um*, utilizámos o procedimento seguido pelos autores da versão original da *Striving to Avoid Inferiority Scale* (Gilbert *et al.*, 2007), realizando uma análise factorial exploratória (extração *Maximum likelihood*), seguida de rotação *Promax* (oblíqua).

Após a confirmação da adequabilidade dos dados para posterior análise através do teste *Kaiser Meyer-Olkin* (.949) e do teste de esfericidade de *Bartlett* ( $\chi^2_{(496)} = 26227.524$ ;  $p < .001$ ), utilizámos o critério de *Kaiser-Guttman*, assim como o *scree test* de *Catell* para a tomada de decisão do número de factores a reter na análise. O critério de *Kaiser-Guttman*, que indica a retenção dos factores que apresentam valores próprios (*eigenvalues*) iguais ou superiores a 1.00, apontou para a retenção de 5 factores. Posto isto, utilizámos o *scree test*, considerado como uma medida mais fidedigna para a escolha do número de factores a reter, que revelou uma clara quebra na curva entre o factor 2 e 3, optando-se pela retenção de 2 factores.



**Quadro 4.2.1. SAIS- parte um: Matriz de saturação dos itens nos dois factores para solução rodada Promax. Comunalidades ( $h^2$ ) e % da variância explicada por cada factor ( $n = 2411$ )**

Itens	1	2	$h^2$
<i>Striving Inseguro (SI)</i>	SI	NSS	
32. Só competindo e acompanhando o ritmo dos outros é que não vou ser deixado para trás.	.770	.056	.554
18. Para subir na vida, tenho de competir com os outros.	.723	.163	.434
17. A aceitação é algo que tem que se fazer por merecer e pela qual se tem que competir com os outros.	.671	.059	.415
20. Se não me esforçar para ter êxito, serei visto como inferior em comparação com os outros.	.665	-.110	.526
15. Luto para conseguir coisas de forma a que os outros não me vejam como inferior.	.643	.016	.404
31. Ganha-se respeito, ao superar os outros.	.641	.096	.359
19. Se eu não estiver à altura na aparência e no desempenho, os outros vão ignorar-me.	.594	-.194	.503
11. Se não me esforçar para ser bem sucedido vou ser deixado para trás (ultrapassado) por toda a gente.	.563	-.154	.426
22. As pessoas que não conseguem competir são vistas como fracas.	.552	-.047	.333
27. Os outros têm que ver o meu sucesso, caso contrário, ele não serve de nada.	.547	-.009	.305
14. Preocupo-me com a possibilidade de falhar, pois isso significa que não sou capaz de acompanhar e competir com os outros ao longo da vida.	.547	-.073	.344
3. A vida é uma competição.	.539	.083	.253
25. Ser competitivo dá-me o direito de viver.	.517	.191	.207
9. Tenho que conseguir o que os outros conseguem.	.513	.070	.233
13. As pessoas comparam-me com os outros para ver se estou à altura deles.	.503	-.190	.383
7. Nunca senti que o meu lugar na sociedade estivesse seguro, por isso tenho de lutar para mostrar que sou digno dele.	.496	-.084	.294
1. Para ser valorizado pelos outros tenho de lutar para ser bem sucedido.	.491	-.024	.253
5. As pessoas julgam-me pelo bom desempenho que tenho, em comparação com os outros.	.437	-.064	.223
23. Mesmo que seja bem sucedido os outros nunca consideram que é suficiente.	.431	-.194	.305
<b><i>Non-Striving Seguro (NSS)</i></b>			
8. Os outros vão aceitar-me mesmo que eu falhe.	.053	.817	.627
6. Ganhe ou perca, as pessoas aceitam-me de qualquer maneira.	.064	.802	.597
12. Quer seja bem sucedido ou falhe, as pessoas valorizam-me sempre enquanto pessoa.	.018	.758	.562
24. As pessoas aceitam-me quer eu tenha o não sucesso.	-.021	.706	.513
2. Se comete erros sei que as outras pessoas continuarão a gostar de mim.	.113	.693	.416
16. Se falhar em alguma coisa, sei que as outras pessoas me vão ajudar a tentar novamente.	.058	.604	.334
10. As pessoas aceitam-me sem me compararem com os outros.	-.043	.587	.371
30. Somos amados por aquilo que somos, e não por aquilo que alcançamos.	-.113	.465	.280
<b>Valores Próprios (eigenvalues)</b>	8.593	3.007	
<b>% de variância</b>	31.83	11.14	

A análise em Componentes Principais mostrou a necessidade de eliminar progressivamente os itens 21, 28, 4, 29 e 26 da parte um da SAIS, por apresentarem, respectivamente, valores de comunalidades de: .037, .083, .090, .110 e .133. Todos os restantes itens apresentavam valores de comunalidades acima de .2. Para a decisão de manutenção dos itens utilizámos, ainda, os critérios de saturação num factor acima de .40, e uma diferença de .15 na saturação entre dois factores.

No Quadro 4.2.1. apresentam-se os factores (*striving* inseguro e *non-striving* seguro), as respectivas saturações factoriais, bem como as comunalidades para cada item da SAIS – *parte um*. Nas últimas linhas são apresentados os valores de *eigenvalues* e a % de variância explicada, por cada um dos factores. A solução encontrada, de dois factores, explica na totalidade 42.96 % da variância, com o primeiro factor *striving* inseguro a explicar 31.83% e o segundo *non-striving* seguro a explicar 11.14%.

### 2.3.2. Consistência interna

A consistência interna da SAIS- *parte um* foi examinada através do cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach*, e da correlação item-total. Os resultados indicam uma consistência interna muito boa para a dimensão *striving* inseguro ( $\alpha = .91$ ) e muito boa para a dimensão *non-striving* seguro ( $\alpha = .87$ ).

No Quadro 4.2.2. apresentam-se as médias, os desvios-padrão e as correlações item-total de cada item, assim como os valores de consistência interna encontrados para os dois factores, *striving* inseguro e *non-striving* seguro, (que correspondem às duas dimensões obtidas com a análise em componentes principais) da primeira parte deste instrumento.

Os resultados obtidos permite-nos verificar que todos os itens da escala apresentam correlações item-total iguais ou superiores a .46 (à excepção do item 25 que apresenta uma correlação item-total de .397), o que aponta para a qualidade e adequação dos itens à medida de cada subescala. Assim, foram obtidos valores que variam entre .397 (item 25: “Ser competitivo dá-me o direito de viver”) e .723 (item 8: “Os outros vão aceitar-me mesmo que eu falhe”). Os coeficientes mostram que todos os itens individuais estão associados com a totalidade de cada uma das respectivas subescalas, com valores que variam entre .397 e .699 (para a dimensão *striving* inseguro) e .493 e .723 (para a dimensão *non-striving* seguro).

**Quadro 4.2.2. Propriedades dos itens SAIS- parte um, correlações item-total corrigidas e alfas de Cronbach se eliminado o item da escala de cada uma das dimensões. Valores de alfa de Cronbach das dimensões da escala (n = 2411)**

Itens	M	DP	correlação item-total corrigida	α se eliminado o item
<b>Striving Inseguro (α=.905)</b>				
32. Só competindo e acompanhando o ritmo dos outros é que não vou ser deixado para trás.	1.80	1.02	.699	.897
18. Para subir na vida, tenho de competir com os outros.	2.13	1.07	.603	.899
17. A aceitação é algo que tem que se fazer por merecer e pela qual se tem que competir com os outros.	1.84	1.00	.613	.899
20. Se não me esforçar para ter êxito, serei visto como inferior em comparação com os outros.	1.85	.98	.673	.897
15. Luto para conseguir coisas de forma a que os outros não me vejam como inferior.	2.08	1.00	.610	.899
31. Ganha-se respeito, ao superar os outros.	1.73	1.05	.556	.900
19. Se eu não estiver à altura na aparência e no desempenho, os outros vão ignorar-me.	1.60	.98	.644	.903
11. Se não me esforçar para ser bem sucedido vou ser deixado para trás (ultrapassado) por toda a gente.	1.80	1.11	.605	.899
22. As pessoas que não conseguem competir são vistas como fracas.	1.83	1.03	.542	.901
27. Os outros têm que ver o meu sucesso, caso contrário, ele não serve de nada.	1.53	1.09	.525	.901
14. Preocupo-me com a possibilidade de falhar, pois isso significa que não sou capaz de acompanhar e competir com os outros ao longo da vida.	1.93	1.00	.555	.900
3. A vida é uma competição.	2.45	1.10	.478	.903
25. Ser competitivo dá-me o direito de viver.	1.73	1.20	.397	.906
9. Tenho que conseguir o que os outros conseguem.	2.23	1.05	.456	.903
13. As pessoas comparam-me com os outros para ver se estou à altura deles.	1.75	.99	.571	.900
7. Nunca senti que o meu lugar na sociedade estivesse seguro, por isso tenho de lutar para mostrar que so digno dele.	1.98	1.15	.521	.902
1. Para ser valorizado pelos outros tenho de lutar para ser bem sucedido.	2.41	.96	.487	.902
5. As pessoas julgam-me pelo bom desempenho que tenho, em comparação com os outros.	1.96	.90	.457	.902
23. Mesmo que seja bem sucedido os outros nunca consideram que é suficiente.	1.54	.97	.503	.902

---

<b>Non-Striving Seguro (<math>\alpha=.867</math>)</b>				
8. Os outros vão aceitar-me mesmo que eu falhe.	2.77	.87	.723	.839
6. Ganhe ou perca, as pessoas aceitam-me de qualquer maneira.	2.82	.88	.701	.841
12. Quer seja bem sucedido ou falhe, as pessoas valorizam-me sempre enquanto pessoa.	2.84	.89	.697	.842
24. As pessoas aceitam-me quer eu tenha o não sucesso.	2.74	.90	.667	.845
2. Se comete erros sei que as outras pessoas continuarão a gostar de mim.	2.84	.86	.583	.854
16. Se falhar em alguma coisa, sei que as outras pessoas me vão ajudar a tentar novamente.	2.77	.88	.548	.858
10. As pessoas aceitam-me sem me compararem com os outros.	2.57	.95	.550	.859
30. Somos amados por aquilo que somos, e não por aquilo que alcançamos.	3.02	.92	.493	.865

---

### 2.3.3. Validade convergente e divergente

Para avaliar a validade convergente e divergente, da *parte um* da escala SAIS realizaram-se os coeficientes de correlação de *Pearson* entre as duas dimensões, desta parte da escala, e as medidas de comparação social (SCRS), de vergonha externa (OAS), as dimensões do perfeccionismo (MPS), a auto-apresentação perfeccionista (PSPS), as subescalas (vinculação ansiosa e vinculação evitante) da Escala de Vinculação ao Grupo Social (SGAS) e com os indicadores de sintomatologia ansiosa, depressiva e *stress* (DASS 42

**Quadro 4.2.3. Correlações entre factores da SAIS e SCRS total, OAS total, PSPS, total, subescalas do MPS, subescalas da SGAS e subescalas do DASS 42 (n = 2411)**

	SAIS						
	<i>Striving</i> Inseguro	<i>Non-Striving</i> Seguro	Medo de Fracassar	Exclusão Passiva	Rejeição Activa	Procura de Compet.	Evitament de Compet.
SCRS Total	-.06**	.29**	-.01	-.10**	-.16**	.18**	-.19**
OAS Total	.45**	-.47**	.20**	.43**	.52**	.03	.34**
PSPS Total	.54**	-.30**	.29**	.39**	.37**	.37**	.10**
MPS							
Preocup. erro	.56**	-.39**	.27**	.42**	.44**	.34**	.13**
Padrões desemp.	.49**	-.16**	.31**	.31**	.24**	.48**	-.03
Expectativas par.	.40**	-.20**	.20**	.24**	.25**	.24**	.06*
Criticismo par.	.30**	-.27**	.09**	.19**	.25**	.09**	.14**
Dúvida acção	.30**	-.19**	.12**	.17**	.21**	.16**	.16**
SGAS							
Vinc. Ansiosa	.42**	-.41**	.21**	.38**	.41**	.10**	.27**
Vinc. Evitante	.30**	-.35**	.16**	.27**	.34**	.13**	.05
DASS42							
Depressão	.40**	-.43**	.15**	.35**	.42**	.01	.30**
Ansiedade	.40**	-.39**	.07	.27**	.34**	.09	.24**
Stress	.39**	-.39**	.19**	.34**	.35**	.05	.27**

Leg: SCRS = Escala de Comparação Social: total e subescalas; OAS total = Escala de Vergonha Externa; PSPS = Escala de Auto-apresentação Perfeccionista; MPS = Subescalas da Escala de Perfeccionismo Multidimensional; SGAS = Subescalas da Escala de Vinculação Social ao Grupo; DASS 42 = Subescalas de Depressão, Ansiedade e Stress; \*\* =  $p < .001$

Os resultados, apresentados no Quadro 4.2.3., demonstram que a dimensão *striving* inseguro se correlaciona negativamente com comparações sociais favoráveis. O mesmo factor da SAIS, apresenta correlações positivas significativas, entre baixas e moderadas, com a vergonha externa, com o traço de perfeccionismo e com a dimensão de auto-apresentação perfeccionista, assim como com a vinculação ansiosa e evitante ao grupo social e com a sintomatologia de psicopatologia geral. A dimensão *non-striving* seguro revelou um sentido de associação oposto à dimensão de *striving* inseguro, mostrando uma correlação positiva significativa com comparações sociais favoráveis, e correlações negativas significativas, de baixas a moderadas, com as restantes variáveis em estudo.

Em relação a esta dimensão positiva da SAIS, podemos destacar que as associações mais expressivas ocorrem com a vergonha externa (-.47), a sintomatologia depressiva (-.43) e, ainda, com a vinculação ansiosa (-.41). Estes resultados mostram que a percepção de aceitação por parte dos outros, independentemente dos desempenhos do indivíduo, se associa significativamente a uma vinculação mais segura com o grupo social, a comparações sociais mais favoráveis e a menor vivência de vergonha,

assim como a menor necessidade de ser perfeito e de se apresentar como perfeito para os outros. Verificando-se, ainda, uma relação negativa e significativa entre esta atitude não competitiva e sintomatologia depressiva, ansiosa e de *stress*.

## 2.4. Estudos de validação da Escala da Necessidade de Competição para Evitar a Inferioridade: SAIS- parte dois

### 2.4.1. Estrutura factorial

A SAIS- *parte dois* não foi sujeita a análise factorial, pois de acordo com os autores da escala original, esta foi construída para ser usada como um conjunto de subescalas com validade de face.

### 2.4.2. Consistência interna

No Quadro 4.2.4. apresentam-se as médias, os desvios-padrão e as correlações item -total de cada item, assim como os valores de consistência interna da SAIS- *parte dois*.

Verifica-se que as três dimensões, apresentadas pelos autores da escala original (Gilbert *et al.*, 2007) detêm valores elevados de consistência interna: .840 para o medo de fracassar; .900 para a exclusão passiva; e de .940 para a rejeição activa.

Quanto à análise da correlação item-total verificou-se que esta parte dois da escala apresenta valores elevados que variam entre .642 (item 1: “Não vou avançar na vida”) a .884 (item 9: “Os outros vão afastar-me”).

**Quadro 4.2.4. Propriedades dos itens da SAIS- parte dois, correlações item-total e alfa de Cronbach se eliminado o item. Valores de alfa de Cronbach de cada uma das dimensões (n = 2411)**

Itens	M	DP	$\alpha$ item-total corrigida	$\alpha$ se eliminado o item
<b>Medo de Fracassar (<math>\alpha=.840</math>)</b>				
1. Não vou avançar na vida.	5.02	2.58	.642	.835
2. Vou deixar escapar oportunidades.	5.90	2.61	.718	.763
3. Vou ficar atrás dos outros.	5.10	2.57	.752	.730
<b>Exclusão Passiva (<math>\alpha=.900</math>)</b>				
4. As pessoas não vão reparar em mim.	4.48	2.29	.776	.872
5. As pessoas não se vão interessar muito por mim.	4.35	2.29	.824	.855
6. As pessoas vão passar por cima de mim.	4.67	2.62	.744	.886
7. As pessoas vão esquecer-e de mim.	3.84	2.37	.774	.872
<b>Rejeição Activa (<math>\alpha=.940</math>)</b>				
8. Os outros vão rejeitar-me activamente.	3.57	2.12	.828	.931
9. Os outros vão afastar-me.	3.46	2.08	.884	.914
10. Os outros vão criticar-me e envergonhar-me.	3.36	2.22	.865	.919
11. Os outros vão fazer de tudo para me excluir.	3.14	2.17	.854	.923

### 2.4.3. Validade convergente e divergente

Para avaliar a validade convergente e divergente da *parte dois* da escala SAIS realizaram-se os coeficientes de correlação de *Pearson* entre as três dimensões e a comparação social, vergonha externa, o perfeccionismo, a auto-apresentação perfeccionista, vinculação ao grupo social e a sintomatologia ansiosa, depressiva e *stress*.

Os coeficientes de correlação de *Pearson* (Quadro 4.2.3.) mostram que as dimensões da segunda parte da SAIS apresentam correlações negativas significativas com comparações sociais favoráveis e positivas com as restantes variáveis em estudo. Nas associações encontradas destacam-se as relações de maior magnitude entre as duas dimensões, exclusão passiva e rejeição activa, e a vergonha externa, a faceta do traço de perfeccionismo preocupação com o erro, a vinculação ansiosa e a sintomatologia depressiva.

## 2.5. Estudos de validação da Escala da Necessidade de Competição para Evitar a Inferioridade: SAIS- *parte três*

### 2.5.1. Estrutura factorial

Para o estudo da estrutura dimensional da terceira parte da escala respeitámos, mais uma vez, o procedimento seguido pelos autores da versão original da *Striving to Avoid Inferiority Scale* (Gilbert *et al.*, 2007) para a parte um da SAIS, procedendo à realização de uma análise factorial exploratória (extracção *Maximum likelihood*), seguida de rotação *Promax* (oblíqua). Após a confirmação da adequabilidade dos dados para posterior análise através do teste *Kaiser Meyer-Olkin* (.861) e do teste de esfericidade de *Bartlett* ( $\chi^2_{(45)} = 9824.677$ ;  $p < .001$ ), utilizámos critério de *Kaiser-Guttman*, assim como o *scree test* de *Catell* para a tomada de decisão do número de factores a reter na análise. O critério de *Kaiser-Guttman*, que indica a retenção dos factores que apresentam valores próprios (*eigenvalues*) iguais ou superiores a 1.00, apontou para a retenção de 2 factores. Posto isto, utilizámos o *scree test*, o qual revelou uma clara quebra na curva entre o factor 2 e 3, optando-se, assim, pela retenção de 2 factores.

Para a decisão de manutenção dos itens utilizámos, tal como anteriormente, os critérios de saturação num factor acima de .40, e uma diferença acima de .15 na saturação entre dois factores. Como tal, a análise efectuada revelou a necessidade de eliminar o item 3 por apresentar uma diferença inferior a .15 na saturação entre os dois factores. A solução encontrada, de dois factores, explica na totalidade 62.70% da variância, com o primeiro factor, Procura de Competição, a explicar 44.99% e o segundo, Evitamento de Competição, a explicar 17.71%.

O Quadro 4.2.5. apresenta os factores da SAIS- *parte três*, as respectivas saturações factoriais, bem como as comunalidades para cada item, os valores próprios (*eigenvalues*) e a percentagem da variância explicada por cada um dos factores.

**Quadro 4.2.5. SAIS-*parte três*: Matriz de saturação dos itens nos dois factores para solução rodada *Promax*. Comunalidades ( $h^2$ ) e % da variância explicada por cada factor ( $n = 2411$ )**

Itens	Factor 1	Factor 2	$h^2$
<b>Procura de Competição</b>			
10. Competir com os outros revela o que há de melhor em mim.	.778	.111	.525
9. Gosto de tentar ser melhor do que os outros.	.777	.161	.497
1. Gosto de me pôr à prova, competindo com os outros.	.774	.017	.585
7. Desejo competir com os outros.	.698	-.232	.714
5. Gosto de ter que competir com os outros.	.631	-.334	.735
2. O facto de saber que estou a ser avaliado pelos outros, faz com que me esforce mais.	.611	.232	.276
<b>Evitamento de Competição</b>			
6. Fico preocupado se souber que tenho que competir com os outros.	.308	.745	.405
4. Se fosse possível, evitaria competir com os outros.	-.170	.659	.583
8. Procuo arranjar qualquer desculpa para não competir com os outros.	.088	.601	.313
<b>Valores Próprios (eigenvalues)</b>	4.049	1.594	
<b>% de variância</b>	44.091	17.708	

### 2.5.2. Consistência interna

Para o estudo da consistência interna da SAIS-*parte três* foram utilizados os mesmos procedimentos nas análises efectuadas para o mesmo estudo das outras partes constituintes desta escala e referidos anteriormente.

No Quadro 4.2.6. apresentam-se as médias, os desvios-padrão e as correlações item-total de cada item, assim como os valores de consistência interna encontrados para os dois factores (que correspondem às duas dimensões obtidas com a análise em componentes principais) desta parte do instrumento.



**Quadro 4.2.6. Propriedades dos itens SAIS- parte três, correlações item -total corrigidas e alfas de Cronbach se eliminado o item para cada item da escala de cada uma das dimensões. Valores de alfa de Cronbach das dimensões (n = 2411)**

Itens	M	DP	$\alpha$ item- total corrigida	$\alpha$ se eliminado o item
<b>Procura de Competição (<math>\alpha=.861</math>)</b>				
10. Competir com os outros revela o que há de melhor em mim.	1.82	1.10	.671	.835
9. Gosto de tentar ser melhor do que os outros.	2.09	1.10	.647	.839
1. Gosto de me pôr à prova, competindo com os outros.	1.95	1.05	.719	.826
7. Desejo competir com os outros.	1.31	1.06	.729	.824
5. Gosto de ter que competir com os outros.	1.60	1.10	.706	.828
2. O facto de saber que estou a ser avaliado pelos outros, faz com que me esforce mais.	2.59	.97	.451	.871
<b>Evitamento de Competição (<math>\alpha=.675</math>)</b>				
6. Fico preocupado se souber que tenho que competir com os outros.	2.00	1.08	.492	.575
4. Se fosse possível, evitaria competir com os outros.	2.44	1.83	.481	.591
8. Procuo arranjar qualquer desculpa para não competir com os outros.	1.40	1.08	.492	.575

Os resultados revelam uma consistência interna de .861 para o factor procura de competição e de .675 para o factor evitamento de competição. Foi, ainda, possível verificar valores de correlação item-total superiores a .45, o que demonstra a qualidade e adequação dos itens à medida de cada subescala.

### 2.5.3. Validade convergente e divergente

Para avaliar a validade convergente e divergente da *parte três* da escala SAIS realizaram-se os coeficientes de correlação de Pearson entre as duas dimensões da parte três (Procura de Competição e Evitamento da Competição) e as medidas utilizadas anteriormente na mesma análise.

Os coeficientes de correlação de *Pearson* (apresentados no Quadro 4.2.3. no ponto 2.3.3.) mostram que, quanto às dimensões da SAIS *parte três*, destacam-se as associações positivas significativas entre a procura/prazer retirado da competição e uma auto-apresentação perfeccionista (PSPS) e um perfeccionismo pautado por uma preocupação com o erro e padrões pessoais elevados de realização (MPS). Foi, ainda possível verificar que esta dimensão não apresenta uma relação significativa nem com a vergonha externa, nem com os indicadores de psicopatologia geral. A subescala de evitamento da competição, por sua vez, apresenta correlações positivas, de magnitude baixa, com todas as variáveis em estudo, à excepção da comparação social (SCRS) cuja associação é negativa, como esperado.

## 2.6. Diferenças de género na SAIS

A análise das diferenças entre géneros, na amostra em estudo, foi realizada através do teste *t* de Student.

Quadro 4.2.7. Diferenças entre géneros na escala SAIS (n = 2411)

SAIS	Sexo Masculino (n=1001)		Sexo Feminino (n=1410)		t	p
	M	DP	M	DP		
<b>Parte 1.</b>						
Striving Inseguro	38.04	11.98	34.83	11.79	6.548	.000
Non-Striving Seguro	22.38	5.11	22.39	5.16	.055	.956
<b>Parte 2.</b>						
Medo de Fracassar	16.41	6.84	15.74	6.67	2.394	.017
Exclusão Passiva	17.56	8.61	17.20	8.25	1.036	.300
Rejeição Activa	13.70	8.17	13.41	7.73	.862	.389
<b>Parte 3.</b>						
Procura de Competição	13.12	5.09	10.12	4.36	15.110	.000
Evitamento de Competição	4.94	2.53	6.48	2.46	14.914	.000

Os resultados apresentados no Quadro 4.2.7., mostram diferenças, entre o grupo do sexo masculino e do sexo feminino, estatisticamente significativas a nível das subescalas *striving* inseguro ( $p < .001$ ), medo de fracassar ( $p = .017$ ) e na procura de competição ( $p < .001$ ), com o grupo do sexo masculino a apresentar valores médios superiores, comparativamente ao feminino (*striving* inseguro:  $M = 38.04$ ,  $DP = 11.98$  vs  $M = 34.83$ ,  $DP = 11.79$ ; medo de fracassar:  $M = 16.41$ ,  $DP = 6.84$  vs  $M = 15.74$ ,  $DP = 6.67$ ; procura de competição:  $M = 13.12$ ,  $DP = 5.09$  vs.  $M = 10.12$ ,  $DP = 4.36$ ). Quanto à subescala evitamento da competição, as mulheres apresentam uma média superior ( $M = 6.48$ ;  $DP = 2.46$ ), distinguindo-se significativamente dos homens ( $M = 4.94$ ,  $DP = 2.53$ ) ( $p < .001$ ). Nas restantes subescalas (*i.e.*, non-striving seguro, exclusão passiva e rejeição activa) não foram verificadas diferenças significativas nos dois grupos.

## 2.7. Poder discriminativo da SAIS

Para estudar a validade discriminante da SAIS foram comparados os valores obtidos numa amostra de conveniência da população geral ( $n = 102$ ) com uma amostra clínica de 91 doentes com Perturba-

ção do Comportamento Alimentar. As duas amostras não apresentam diferenças estatisticamente significativas nas variáveis demográficas (idade, anos de escolaridade e IMC médio).

**Quadro 4.2.8. Poder discriminativo da SAIS entre população geral ( $n = 102$ ) e clínica ( $n = 91$ )**

SAIS	População geral ( $n=102$ )		População Clínica ( $n=91$ )		t	p
	M	DP	M	DP		
<b>Parte 1.</b>						
<i>Striving</i> Inseguro	32.99	12.54	43.27	14.39	5.322	.000
<i>Non-Striving</i> Seguro	22.05	5.17	17.48	6.35	5.497	.000
<b>Parte 2.</b>						
Medo de Fracassar	14.79	6.75	18.33	7.87	3.359	.001
Exclusão Passiva	16.21	8.61	23.36	10.44	5.160	.000
Rejeição Activa	13.21	7.66	19.71	9.97	5.040	.000
<b>Parte 3.</b>						
Procura de Competição	9.64	4.14	10.52	5.10	1.320	.189
Evitamento de Competição	6.71	2.52	7.75	2.74	2.747	.007

Na subescala *striving* inseguro, as doentes obtiveram uma média de 43.27 ( $DP = 14.31$ ), enquanto as participantes da população geral obtiveram uma média de 32.99 ( $DP = 12.54$ ); esta diferença é significativa ( $p < .001$ ). Na subescala *non striving* seguro, as doentes obtiveram uma média de 17.48 ( $DP = 6.35$ ) e as participantes da população geral uma média de 22.05 ( $DP = 5.17$ ), sendo esta diferença igualmente significativa ( $p < .001$ ). Na *parte dois* da Escala *Striving to Avoid Inferiority*, na subescala medo de fracassar observou-se, também uma diferença significativa ( $p < .001$ ) entre os doentes ( $M = 18.33$ ,  $DP = 7.87$ ) e os participantes da população geral ( $M = 14.79$ ,  $DP = 6.75$ ). O mesmo se verificando na subescala exclusão passiva ( $p < .001$ ), com os doentes ( $M = 23.36$ ,  $DP = 10.44$ ) a apresentaram um *score* significativamente mais alto, em comparação o registado pelas participantes da população geral ( $M = 16.21$ ,  $DP = 8.61$ ). Também, na subescala rejeição activa, as doentes apresentam valores médios de 19.71 ( $DP = 9.97$ ), enquanto a população geral mostra uma média de 13.21 ( $DP = 7.66$ ), sendo esta diferença, igualmente, significativa ( $p < .001$ ). Quanto à subescala procura de competição, da parte 3 da SAIS, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Contudo, as pontuações das doentes ( $M = 7.75$ ,  $DP = 2.74$ ) e das participantes da população geral ( $M = 6.71$ ,  $DP = 2.52$ ) na subescala evitamento da competição apresentam diferenças significativas ( $p = .007$ ).

Em síntese, as diferenças encontradas mostram que, tal como era esperado, as doentes com patologia alimentar sentem uma maior pressão para competir, como uma estratégia para evitar a inferiori-

dade, e percebem uma menor aceitação por parte dos outros perante os seus fracassos ou erros, apresentando mais medo de fracassar e temendo mais a exclusão e a rejeição activa, comparativamente aos indivíduos da população geral. Finalmente, podemos também concluir que as doentes com Perturbações Alimentares apresentam um maior evitamento das situações que envolvem competição com os outros, comparativamente com as mulheres da população geral.

## 2.8. Estabilidade temporal da SAIS

A estabilidade temporal da SAIS foi estudada através das correlações de *Pearson* (Quadro 4.2.9) e do teste t de *Student* (Quadro 4.2.10). Para estas análises foi utilizada uma amostra da população geral constituída por 50 sujeitos que participaram na segunda passagem da escala SAIS, após um intervalo temporal entre 21 a 27 dias entre teste e reteste.

As correlações teste-reteste da *parte um* da SAIS são, respectivamente, de .88 e de .70 para os factores *striving inseguro* e *non-striving seguro*. Na *parte dois* da SAIS, as correlações são todas elevadas, respectivamente de .78 para medo de fracassar, de .81 para exclusão passiva e de .84 para rejeição activa. E, finalmente a *parte três* apresenta alfas de .75 e de .77, respectivamente, para as subescalas procura de competição e evitamento de competição. Estes coeficientes de correlação (que podem ser observados Quadro 4.2.9) atestam uma boa estabilidade temporal da medida.

Quadro 4.2.9. Estabilidade temporal através da correlação de *Pearson* da SAIS ( $n = 50$ )

SAIS	r
<i>Striving</i> Inseguro	.88**
<i>Non-Striving</i> Seguro	.70**
Medo de Fracassar	.78**
Exclusão Passiva	.81**
Rejeição Activa	.84**
Procura de Competição	.75**
Evitamento de Competição	.77**

Leg: \*\* =  $p < .001$

Avaliando a estabilidade temporal da SAIS através do teste t de *Student* para amostras dependentes, verificamos que nas três partes constituintes da SAIS e nos respectivos factores não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Estes dados, que podem ser lidos no Quadro 4.2.10,

(médias dos factores da SAIS no teste e reteste na mesma amostra), levam-nos a concluir que esta escala apresenta uma boa estabilidade temporal, mesmo quando avaliada através de uma medida mais precisa deste tipo de validade, comparativamente à correlação de *Pearson*.

**Quadro 4.2.10. Teste-reteste da SAIS através do teste t de Student (n = 50)**

SAIS	Teste		Reteste		t	p
	M	DP	M	DP		
<i>Striving</i> Inseguro	33.80	11.79	33.26	10.55	-.687	.495
<i>Non-Striving</i> Seguro	22.38	3.73	23.14	4.42	-1.654	.104
Medo de Fracassar	16.10	6.24	16.86	4.95	-1.364	.179
Exclusão Passiva	17.90	7.55	17.54	6.66	-.569	.572
Rejeição Activa	13.82	7.45	12.96	5.77	-1.503	.139
Procura de Competição	10.28	4.06	10.10	4.13	-.441	.661
Evitamento de Competição	6.24	2.31	6.48	2.15	-1.117	.269

## 2.9. Discussão e síntese dos resultados

Segundo a teoria do *ranking* social, quando as pessoas temem as consequências de serem inferiores ou subordinadas aos outros, podem sentir necessidade de competir como meio de evitar a ostracização ou rejeição por parte dos outros (Gilbert, 1989; 1992; Gilbert *et al.*, 2007; Gilbert *et al.*, 2009). Assim, o comportamento competitivo poderá encontrar-se relacionado com a percepção de insegurança ou ameaça do indivíduo no seu grupo social (Gilbert, 2005a, 2007a; Gilbert *et al.*, 2007).

Quando o contexto social é percebido como ameaçador, as relações interpessoais tendem a ser construídas num clima de competição constante, tornando estes indivíduos altamente vulneráveis à comparação social e à vergonha (Gilbert *et al.*, 2007). Adicionalmente, a literatura tem vindo a demonstrar que o *striving* (*i.e.*, a necessidade de competir ou lutar para evitar o criticismo e a rejeição social) está associado a vários indicadores de pior qualidade de vida e de psicopatologia geral (Dunkey *et al.*, 2006; Gilbert *et al.*, 2007), e ainda com sintomas associados ao comportamento alimentar perturbado (Bellew *et al.*, 2006). Neste contexto específico, e embora ainda escassos, os estudos sugerem as preocupações competitivas associadas à vivência de vergonha e ao medo da inferioridade como salientes para a compreensão das Perturbações do Comportamento Alimentar (Bellew *et al.*, 2006; Goss & Gilbert, 2002). Considerou-se, assim, pertinente a validação, da versão portuguesa, da Escala de Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade (SAIS; Gilbert *et al.*, 2007), a qual possibilite a explorar da associação da “pressão para competir” e medidas de ajustamento social e de pior saúde mental, nomeadamente, a associação entre a necessidade de competir e sentimentos de inferioridade, vergonha, perfeccionismo e com sintomatologia depressiva, ansiosa

e de *stress*. Foi, ainda nosso objectivo, explorar a capacidade discriminativa desta escala em relação a sujeitos com e sem patologia do comportamento alimentar.

No que diz respeito às análises psicométricas da SAIS foram cumpridos os procedimentos seguidos pelos autores da escala original (Gilbert *et al.*, 2007), assim os estudos de validação foram realizados de forma independente para cada uma das três partes constituintes da escala. Para tal, recorremos a uma amostra alargada da população geral, composta por 1001 homens e 1410 mulheres com idades compreendidas entre os 11 e os 38 anos de idade.

A primeira parte da SAIS revelou uma estrutura factorial idêntica à encontrada por Gilbert e colaboradores (2007). A SAIS- *parte um* é constituída por dois factores que explicam na totalidade 42.96% da variância, com o primeiro factor, *striving* inseguro, a explicar 31.83% e o segundo factor, *non-striving* seguro, a explicar 11.14%. A dimensão *striving* inseguro ficou formada por 19 itens que avaliam a necessidade de competir ou de lutar para evitar o medo da inferioridade face aos outros, e a dimensão *non-striving* seguro ficou composto por 8 itens, os quais traduzem sentimentos de aceitação por parte dos outros mesmo em situações de fracasso, e a não necessidade de competir para assegurar ou garantir a sua posição no grupo social.

A segunda parte da SAIS não foi sujeita a uma análise factorial, seguindo o procedimento utilizado pelos autores originais. De acordo com Gilbert e colaboradores (2007), os 11 itens que constituem a *parte dois* da SAIS, definem três subescalas com validade face: (1) medo de fracassar, com 3 itens, que avaliam o medo de “não avançar na vida”, perdendo oportunidades e “ficar para trás” em relação aos pares; (2) exclusão passiva, com 4 itens, que medem o “medo de ser passado para trás” ou de ser esquecido ou ignorado pelos ignorados; e (3) rejeição activa, formado por 4 itens, que traduzem o medo de ser envergonhado, de ser criticado ou de ser rejeitado pelos outros.

A SAIS- *parte três* foi sujeita a uma análise factorial, que mais uma vez respeitou os procedimentos enunciados pelos autores originais, tendo sido confirmados os dois factores que avaliam atitudes distintas face às situações que implicam competir com os outros: (1) procura de competição, que diz respeito à procura de situações de competição e à satisfação ou prazer retirado dessas situações; e (2) evitamento de competição, que avalia o medo de falhar na competição e o evitamento de situações que impliquem a competição com os outros. O primeiro factor, constituído por seis itens, explica 44.99% e o segundo factor, com três itens, 17.71% da variância.

Os estudos de consistência interna mostram que a SAIS - *parte um* revela uma boa fidedignidade, apresentando para cada uma das dimensões (*striving* inseguro e *non-striving* seguro) valores de consistência muito bons, com alfas de .91 e de .87, respectivamente. Relativamente à segunda parte da SAIS, os valores de consistência interna são, igualmente, elevados: .84 para o medo de fracassar, .90 para a exclusão passiva e de .94 para a rejeição activa. Embora não tenha sido efectuado o estudo da estrutura factorial desta parte da SAIS, a análise da consistência através da correlação item-total e do alfa se eliminado cada um dos itens revelou a adequação dos itens para cada uma das dimensões da SAIS – *parte dois* e a pertinência destas dimensões. Na *parte três* da SAIS, os valores da

consistência interna encontrados para as duas dimensões que a compõem foram de .86 na procura de competição e de .68 no evitamento de competição.

Os estudos de validade convergente e divergente foram realizados através do estudo correlacional com diversos instrumentos de auto-resposta que medem dimensões de *ranking* social, perfeccionismo, vinculação ao grupo social e de psicopatologia. Na SAIS- *parte um*, o *striving* inseguro mostrou-se associado positivamente com sentimentos de inferioridade (SCRS) e de vergonha (OAS) no grupo social, à necessidade de ser (MPS) e de se apresentar como perfeito aos olhos dos outros (PSPS), a uma maior insegurança na vinculação ao seu grupo social (SGAS) e, finalmente, a índices superiores de sintomatologia depressiva, ansiosa e de *stress* (DASS 42). O sentimento de aceitação e da não necessidade de competir, avaliado no factor 2 (*non-striving* seguro), apresentou um padrão correlacional inverso ao do factor 1, mostrando assim, tratarem-se de duas dimensões que avaliam constructos opostos, e, por outro lado, a natureza adaptativa desta última dimensão. Estes dados corroboram os dados encontrados em estudos anteriores, os quais salientam a percepção da necessidade de competir para evitar o sentimento de inferioridade (Bellew *et al.*, 2006; Gilbert *et al.*, 2007), como uma dimensão associada indicadores de pior ajustamento social e um preditor significativo de várias condições psicológicas (Dunkey *et al.*, 2006; Gilbert, 1989, 2005a, 2005b; Gilbert *et al.*, 2007). Na SAIS-*parte dois*, verifica-se que as todas as dimensões, medo de fracassar, exclusão passiva e rejeição activa se correlacionam positivamente com as medidas de vergonha, perfeccionismo, vinculação insegura ao grupo, assim como com os indicadores de psicopatologia em estudo, tal como seria expectável. Enquanto, na SAIS- *parte três*, a dimensão procura de competição mostrou associações de menor magnitude comparativamente com as obtidas nas outras dimensões da escala. Salienta-se que a procura ou satisfação retirada em situações de competição surge associada à tendência para se ser e se apresentar como perfeito (avaliado pelas escalas MPS e PSPS, respectivamente), não se verificando um padrão de associação significativo com os indicadores de vergonha (OAS) e de psicopatologia (DASS 42). Por outro lado, uma atitude de evitamento de situações de competição mostra-se positivamente associada ao sentimento de vergonha externa, a uma vinculação insegura com o grupo e a sintomatologia ansiosa, de *stress* e, com maior magnitude, à depressiva.

A escala apresenta um padrão diferencial consoante o género. No que diz respeito às dimensões *striving* inseguro e medo de fracassar, o grupo do sexo masculino apresentar valores médios superiores comparativamente aos observados no grupo do sexo feminino. Não obstante, o sexo masculino apresenta também valores médios significativamente superiores aos do sexo feminino na subescala procura de competição. Por sua vez, as mulheres diferenciam-se por apresentarem *scores* significativamente mais altos na dimensão que avalia atitudes de evitamento de situações de competição com os outros. Estes resultados parecem traduzir uma diferenciação em termos das expectativas culturais associadas ao sexo masculino e sexo feminino, em relação à necessidade de competir como forma de assegurar uma posição favorável no grupo social. Assim, embora os sujeitos do sexo masculino demonstrem claramente uma maior pressão para competirem com os outros, e evidenciem um maior medo de fracassar perante os outros, estes mostram igualmente uma maior procura de contextos competitivos, assim como maior satisfação perante situações em que são confrontados

com a necessidade de competir. Enquanto o sexo feminino parece evitar mais situações que impliquem um confronto ou competição com o outro.

Estudos exploratórios realizados por Bellew *et al.* (2006), com a utilização desta medida, evidenciaram o papel do *striving* no contexto específico das perturbações alimentares, evidenciam a associação entre o *striving* inseguro e atitudes alimentares disfuncionais e com a ansiedade na relação com a aparência física, e o *non-striving* seguro como negativamente relacionado com o comportamento alimentar perturbado e com a insatisfação com a imagem corporal.

Dado o objectivo do presente estudo foi avaliar a pertinência desta medida para a compreensão do processo psicopatológico que caracteriza a patologia alimentar, realizámos um estudo para a análise da sensibilidade da SAIS, na discriminação entre doentes com Perturbações do Comportamento Alimentar e sujeitos da população geral (*i.e.*, sem patologia alimentar), com idênticas características sócio-demográficas. Os resultados deste estudo mostram que todas as dimensões da SAIS, com excepção da procura de competição, são capazes de discriminar indivíduos da população sem e com psicopatologia alimentar. Assim, as doentes com Perturbação Alimentar mostram uma maior pressão, ou uma maior necessidade de competir, como estratégia utilizada para evitar o sentimento de inferioridade. Simultaneamente, sentem-se menos aceites e menos seguras nas situações em que falham, apresentam mais medo de fracassar, temendo mais ser ignoradas ou excluídas pelos outros, e mesmo, de ser alvo de rejeição ou afastamento do seu grupo, comparativamente com as mulheres da população geral. Finalmente, podemos ainda verificar que embora sejam as doentes que apresentam uma maior necessidade de competir para assegurar a sua posição social, é esse grupo que apresenta, também, mais atitudes de evitamento de situações que impliquem a competição com os outros, motivadas pelo medo de falhar.

Por fim, os estudos de validade temporal mostram que a SAIS revela uma boa estabilidade teste-reteste. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos dois tempos de passagem da escala em nenhuma das suas dimensões, tanto quando avaliadas a partir das correlações de *Pearson*, como quando avaliadas a partir das comparações de *t* de *Student* para amostras dependentes.

Em síntese, os resultados encontrados permitiram-nos confirmar que a SAIS apresenta boas características psicométricas, mostrando-se uma escala útil para a avaliação deste constructo. Os estudos evidenciaram o *striving* como uma medida de desajustamento psicológico, e como um constructo relevante para a compreensão da psicopatologia. Em relação à sua utilidade no âmbito da psicopatologia alimentar, este estudo evidenciou a que a Escala de Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade apresenta capacidade discriminativa entre sujeitos com e sem Perturbação do Comportamento Alimentar, e sugerem o *striving* inseguro como uma variável pertinente para a conceptualização da psicopatologia alimentar. Não obstante considerarmos o nosso contributo válido, ao disponibilizar esta medida na sua versão portuguesa autorizada e validada, dado este ser o primeiro estudo de natureza factorial da SAIS numa amostra da população portuguesa, estes resultados requerem o confronto com futuros estudos, nomeadamente de análise factorial confirmatória. Isto significa que são necessários desenvolvimentos adicionais na avaliação da estrutura da escala, para uma validação mais rigorosa deste instrumento de medida.



### 3. Estudos de validação da versão portuguesa da Escala de Aceitação e Acção da Imagem Corporal (BI-AAQ)

#### 3.1. Objectivos

A imagem corporal pode ser definida como a experiência individual do *eu*-físico (Cash, 2004). Para Thompson (1996) este é um constructo multidimensional, isto é, falar de imagem corporal engloba três dimensões: a perceptiva, a subjectiva, e a comportamental. Este constructo tem sido um foco de particular interesse teórico e empírico, uma vez que representa um importante aspecto da auto-conceptualização, tanto em termos do desenvolvimento individual, como para a definição da qualidade de vida (Cash, 2004; Fisher & Cleveland, 1958).

As perspectivas cognitivo-comportamentais clássicas têm dirigido as suas intervenções, no que diz respeito à imagem corporal, em termos de exactidão ou veracidade das avaliações negativas acerca do corpo, e das crenças irracionais acerca da importância e significado da aparência física (Cash, 1997; Rosen, 1997). Porém, os resultados menos satisfatórios deste tipo de intervenção, por um lado, e o facto desta persistente preocupação com a imagem corporal se ter mostrado um importante preditor da recaída nas perturbações alimentares (Fairburn, Jones, *et al.*, 1993; McFarlane, Olmsted, & Trottier, 2008), por outro, têm contribuído para o desenvolvimento de novas perspectivas acerca deste constructo (Hayes, 2004). Nestas, a ênfase da abordagem passa da discussão acerca da veracidade de determinados pensamentos ou crenças para a noção da inflexibilidade com que estas são apoiadas e aceites pelo indivíduo.

A *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) é uma intervenção psicoterapêutica inovadora, fundamentada cientificamente, que assenta na noção de que não é o conteúdo dos pensamentos que é problemático, mas é sim a adesão rígida e inflexível do sujeito às suas cognições (Hayes *et al.*, 1999; Ruiz, 2010). Baseada no conceito de aceitação e em estratégias de *mindfulness*, esta modalidade terapêutica postula a adopção de uma atitude consciente de não julgamento e de aceitação activa de experiências, pensamentos, sentimentos e sensações tal como ocorrem (Hayes, 2004; Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2004). Mas enfatiza também, a noção de compromisso e de estratégias de mudança efectivas do comportamento, com vista ao desenvolvimento da flexibilidade psicológica e à redução do evitamento experiencial. Conceptualizando-se o evitamento experiencial (Hayes *et al.*, 1996; p. 1154), como um fenómeno que ocorre quando o indivíduo não está disposto a permanecer em contacto com experiências privadas particulares (*e.g.*, sensações corporais, emoções, pensamentos, memórias, imagens, predisposições comportamentais), envolvendo-se em acções com vista a alterar a forma e/ou a frequência dessas experiências ou os contextos que as ocasionam, mesmo quando essas formas de evitamento causam dano comportamental (Hayes *et al.*, 2006; Hayes, Strosahl, Wilson, *et al.*, 2004; Hayes *et al.*, 1996). Infelizmente, os efeitos imediatos do evitamento experiencial são aparentemente positivos (*e.g.*, o efeito imediato da distração cognitiva ou outras formas de supressão do pensamento é uma redução do acontecimento evitado; Hayes, Strosahl, Wilson, *et al.*, 2004; Wilson 2004). Contudo, tal efeito é apenas por curto prazo, pois os

esforços para suprimir ou eliminar pensamentos negativos ou emoções resultam, em regra, num aumento da frequência e da intensidade das mesmas, e na adopção de comportamentos que conferem poder a essas experiências (Hayes, Strosahl, Wilson, *et al.*, 2004), podendo tornar-se altamente resistentes à mudança e à adopção de comportamentos adaptativos (Gross, 2002).

Aplicada à perturbação da imagem corporal, a ACT foca-se nas características que parecem causar maior transtorno, isto é, na necessidade de controlo e no evitamento da imagem corporal através do constructo de inflexibilidade psicológica (Sandoz, Wilson, & DuFrene, 2010; Sandoz *et al.*, *in press*). A inflexibilidade relativa à imagem corporal é um conceito vasto, que compreende tanto os padrões cognitivos rígidos (*i.e.*, controlo), como padrões comportamentais inflexíveis (*i.e.*, evitamento), que parecem ser altamente disruptivos para a vida (Sandoz & Wilson, 2006; Sandoz *et al.*, 2010). Deste ponto de vista, a invalidação é reduzida através da construção de flexibilidade quanto à imagem corporal, ou da capacidade de experienciar percepções, sensações, sentimentos, pensamentos e crenças acerca do corpo, totalmente e intencionalmente, enquanto se adoptam acções afectivas noutros domínios da vida.

O desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas para as Perturbações do Comportamento Alimentar torna necessário o desenvolvimento de medidas para a avaliação dos processos associados às aptidões centrais ao modelo. Assim, os estudos descritos neste ponto foram realizados com o objectivo de validar a versão portuguesa da Escala de Aceitação e Acção da Imagem Corporal (BI-AAQ; Body Image-Acceptance and Action Questionnaire; Sandoz *et al.*, *in press*).

## **3.2. Procedimentos e amostra**

### **3.2.1. Descrição do instrumento e preparação da versão portuguesa da BI-AAQ**

O BI-AAQ foi desenvolvido pelos autores para medir a flexibilidade da imagem corporal, isto é, a capacidade de experienciar a corrente de percepções, sensações, emoções, pensamentos e crenças associadas ao corpo do sujeito de um modo completo e intencional, enquanto se perseguem valores de vida/ acções comprometidas noutros domínios de vida (Sandoz *et al.*, *in press*).

A escala original BI-AAQ incluía 46 itens, adaptados a partir de três versões do *Acceptance and Action Questionnaire* (Bond & Bunce, 2003; Hayes, Strosahl, Wilson, *et al.*, 2004). Os autores desenvolveram os itens de modo a focar um conteúdo na imagem corporal, mais especificamente em questões referentes ao peso e forma do corpo, e não nas experiências psicológicas em geral. A análise factorial da versão original revelou 2 factores: com 29 itens a saturarem no factor 1, e 7 itens a apresentarem cargas factoriais elevadas nos dois factores. Uma vez que todos os itens que saturavam no factor 2 estavam redigidos de acordo com a “incapacidade de aceitação”, os autores consideraram que essas saturações poderiam ser atribuídas à redacção dessas afirmações. Após as redefinições dos itens, os autores procederam à repetição da análise tendo sido extraído um único factor, com 26 itens com cargas superiores a .40, que explica 34.4% da variância total. Finalmente, e com o

objectivo de construir uma medida breve, os autores retiveram os 12 itens que apresentaram *loadings* iguais ou superiores a .65. Para os quais é pedido ao participante que indique o grau em que cada item se aplica a si, utilizando uma escala de resposta de 1 (“Nunca verdadeiro”) a 7 (“Sempre verdadeiro”). O BI-AAQ (12 itens) apresentou boa consistência interna ( $\alpha = .93$ ) e boa validade concorrente, avaliada através das correlações com medidas gerais de *mindfulness* e aceitação e com instrumentos de auto-resposta no âmbito das perturbações da imagem corporal e do comportamento alimentar perturbado. Assim, como boa validade critério, com as participantes (da população geral) identificadas como tendo um padrão alimentar perturbado a exibirem tendencialmente valores significativamente mais baixos em termos de aceitação da imagem corporal, comparativamente com o grupo de controlo (Sandoz *et al.*, in press).

Para a validação da versão portuguesa da BI-AAQ foram analisados os 12 itens que constituem a versão final da escala. A tradução de todos os itens da escala foi realizada por uma psicóloga com domínio da língua inglesa escrita e falada, e obedeceu a um procedimento cuidado de modo a manter cada um dos itens o mais fiel possível ao original, preservando a equivalência de conteúdo de ambas as versões. Além disso, verificaram-se rigorosamente aspectos lexicais e semânticos, de forma a garantir a sua coerência e adequação na língua portuguesa e em termos contextuais.

### 3.2.2. Protocolo de investigação

Todos os participantes foram informados por escrito acerca dos procedimentos e objectivos da investigação e do papel voluntário da sua participação. Nos casos em que o preenchimento do protocolo do estudo foi realizado em grupo, os participantes receberam também uma breve explicação dos objectivos do estudo e a garantia de confidencialidade e anonimato no tratamento dos dados. As direcções das instituições envolvidas na recolha da amostra (da população geral) do estudo deram o seu consentimento para a participação dos estudantes ou trabalhadores. Para a amostra clínica, e como descrito no Capítulo 3, a recolha foi efectuada entre 2008 e 2010 no Hospital da Universidade de Coimbra, no Hospital de São Teotónio em Viseu, no Hospital de São João no Porto e em consultório privado de Psicoterapia, após terem sido garantidas as respectivas aprovações pelas Comissões de Ética.

O protocolo deste estudo foi composto por diversas medidas de auto-resposta, para além da Escala de Aceitação e Acção da Imagem Corporal (BI-AAQ; Sandoz *et al.*, in press), foi utilizada a Escala de Auto-Compaixão (SCS; Neff, 2003a; Castilho & Pinto-Gouveia, in press), a Escala de Comparação Social através da Aparência Física (ECSAF; Ferreira *et al.*, 2011a), o Questionário de Silhuetas Feminino e Masculino (FRS; Thompson & Altabe, 1991; Ferreira, 2003). Como medidas de Psicopatologia foram, igualmente, utilizada a Escala de Depressão; Ansiedade e Stress (DASS 42; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro *et al.*, 2004) e o Inventário de Perturbações Alimentares (EDI; Garner *et al.*, 1983; Machado *et al.*, 2001). Para a amostra clínica foi ainda utilizada a Entrevista Clínica de avaliação para as Perturbações Alimentares - *Eating Disorders Examination* 16.OD (EDE; Fairburn *et al.*,

2008), com vista a definição do diagnóstico clínico. Uma descrição detalhada dos instrumentos utilizados neste estudo pode ser observada no Capítulo 3.

O Quadro 4.3.1. apresenta os valores de consistência interna, neste estudo, das medidas de auto-resposta utilizadas.

**Quadro 4.3.1. Coeficientes de alfa de Cronbach dos instrumentos de avaliação**

		<b><math>\alpha</math></b>
SCS	Calor/Compreensão	.85
	Condição Humana	.79
	<i>Mindfulness</i>	.75
ECSAF	Comparação Pares	.94
	Comaração Modelos	.96
DASS 42	Depressão	.96
	Ansiedade	.93
	Stress	.94
EDI	Procura da Magreza	.83
	Bulimia	.77
	Insatisfação Corporal	.89

### 3.2.3. Amostra

Este estudo foi realizado numa amostra de 679 sujeitos da população geral, dos quais 110 são do sexo masculino (16.2%) e 569 do sexo feminino (83.8%). Os participantes apresentam idades compreendidas entre os 13 e os 50 anos ( $M = 19.50$ ;  $DP = 5.56$ ), e o número de anos de escolaridade varia entre os 6 e os 22 ( $M = 12.14$ ;  $DP = 2.60$ ).

Para o estudo do poder discriminativo da escala foi usada uma amostra clínica constituída por 46 doentes com Perturbações do Comportamento Alimentar. A amostra de doentes apresenta uma média de idades de 24.70 ( $DP = 8.03$ ) e de 11.98 ( $DP = 2.96$ ) anos de escolaridade. No que diz respeito ao tipo de Perturbação do Comportamento Alimentar: 35.6% das participantes cumprem todos os critérios para o diagnóstico de Anorexia Nervosa, 37.8% de Bulimia Nervosa e 26.6% apresentam uma Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação. Adicionalmente, neste ponto do estudo, recorreu-se a uma amostra de conveniência de 51 mulheres da população geral, a qual apresentava uma média de idades de 24.08 ( $DP = 8.06$ ) e uma média de 12.29 ( $DP = 3.41$ ) anos de escolaridade. As duas amostras não apresentam diferenças estatisticamente significativas relati-

vamente a tais variáveis demográficas (idade:  $t_{(95)} = .377$ ;  $p = .707$ ; e anos de escolaridade:  $t_{(95)} = .484$ ;  $p = .629$ ), nem em relação ao Índice de Massa Corporal médio ( $t_{(95)} = .856$ ;  $p = .394$ ).

### 3.2.4. Tratamento estatístico dos dados

No tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao software AMOS (v.19, SPSS INC Chicago, IL) nos estudos da análise factorial confirmatória, e ao *software* PASW Statistics (v.18 e v.19 SPSS Inc., Chicago, IL) para a análise da estrutura factorial da BI-AAQ e para as estatísticas descritivas e inferenciais.

## 3.3. Estrutura Factorial da BI-AAQ

### - Análise Factorial Exploratória

Para estudar a estrutura factorial da versão portuguesa da BI-AAQ, optou-se por utilizar o procedimento seguido pelos autores da versão original da *Body Image- Acceptance and Action Questionnaire* (BI-AAQ; Sandoz *et al.*, *in press*), assim os 12 itens foram submetidos a uma análise factorial em Componentes Principais.

A medida de adequabilidade amostral *Kaiser Meyer Oklin* foi de .954 e o teste de esfericidade de *Bartlett* também foi significativo ( $\chi^2_{(66)} = 6195.989$ ;  $p < .001$ ), o que revela uma boa adequação da amostra. Utilizámos o critério de *Kaiser-Guttman*, assim como o *scree test* de *Catell* para a tomada de decisão do número de factores a reter na análise, que indicaram a decisão de retenção de um único factor. O qual apresenta valor próprio (*eigenvalue*) superior a 1.00, confirmando a estrutura unidimensional da escala, tal como era esperado teoricamente (Sandoz *et al.*, *in press*). Por esta razão, e contrariamente ao procedimento original, não foi efectuada a rotação *Oblimin* (*delta* 0).

A análise dos componentes principais mostrou que todos os itens apresentam valores de comunalidades superiores a .3, cumprindo um dos requisitos para a manutenção num factor. Assim, na composição factorial final, verifica-se que todos os itens saturam no factor único com cargas factoriais elevadas, que variam entre .554 (item 6- “Se começo a sentir-me gorda tento pensar noutra coisa”) e .854 (item 9- “Para controlar a minha vida preciso de controlar o meu peso”).

O Quadro 4.3.2. apresenta a matriz com as respectivas saturações dos itens no factor, bem como as comunalidades para cada item da escala. Nas últimas linhas do quadro podem ser observados o valor próprio (*eigenvalue*) no factor e a variância explicada para o total da escala.

**Quadro 4.3.2. BI-AAQ: Matriz de saturação dos itens no factor. Comunalidades ( $h^2$ ) e % da variância explicada pelo factor ( $n = 679$ )**

Itens	1	$h^2$
9. Para controlar a minha vida preciso de controlar o meu peso.	.854	.730
10. Sentir-me gorda causa problemas na minha vida.	.848	.720
3. Vou-me abaixo quando me sinto mal com o meu peso ou com a forma do meu corpo.	.848	.719
11. Quando começo a pensar acerca do tamanho e forma do meu corpo, é-me difícil fazer seja o que for.	.839	.704
1. A preocupação com o meu peso torna-me difícil viver a vida que valorizo.	.834	.696
4. 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.	.828	.686
5. A preocupação com o meu corpo ocupa demasiado o meu tempo.	.820	.673
2. Preocupo-me demasiado com o meu peso e com a forma do meu corpo.	.804	.647
12. As minhas relações com os outros seriam melhores se o meu peso e/ou forma do meu corpo não me incomodassem.	.797	.635
7. Antes de planear algo importante, tenho de me sentir melhor com o meu corpo.	.775	.601
8. Terei melhor controlo sobre a minha vida se controlar os pensamentos negativos acerca do meu corpo.	.698	.488
6. Se começo a sentir-me gorda tento pensar noutra coisa.	.554	.307
<b>Valores Próprios (eigenvalues)</b>	7.604	
<b>% de variância</b>	63.36	

### - Análise Factorial Confirmatória

Tendo como objectivo compreender de forma mais aprofundada a estrutura factorial subjacente este instrumento de medida psicológica avançou-se para a construção de um modelo explicativo do constructo. A validação do modelo anteriormente proposto, através da realização de uma Análise Factorial Confirmatória, foi possível na medida em que se pode identificar um modelo teórico subjacente ao desenvolvimento da escala. Nesta análise foi utilizado WLSMSV (*Weighted least square parameter using a diagonal weight matrix robust errors and means*), na medida em que as variáveis observadas podem ser consideradas como indicadores (variáveis ordinais) com 7 pontos de resposta, sendo a variável latente que cada um desses indicadores marca uma variável contínua (Byrne, 2010).

Na AFC foi utilizado o método de estimação de Máxima Verossimilhança (*Maximum Likelihood*). Assim, foi necessário avaliar a normalidade das variáveis através dos coeficientes de assimetria (*Skewness; Sk*) e de curtose (*Kurtosis; Ku*) uni e multivariada. Não tendo nenhuma das variáveis apresentado valores de *Sk* e *Ku* indicadores de violações severas à distribuição normal ( $SK < |3|$ ;  $Ku < |10|$ ; (Kline, 1998)). A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de *Mahalanobis* ( $DM^2$ ), e embora algumas observações tenham apresentado valores de  $DM^2$  indicadores de serem *outliers* essas observações não foram eliminadas por se considerarem indispensáveis à garantia da variabilidade da amostra (Marôco, 2010).

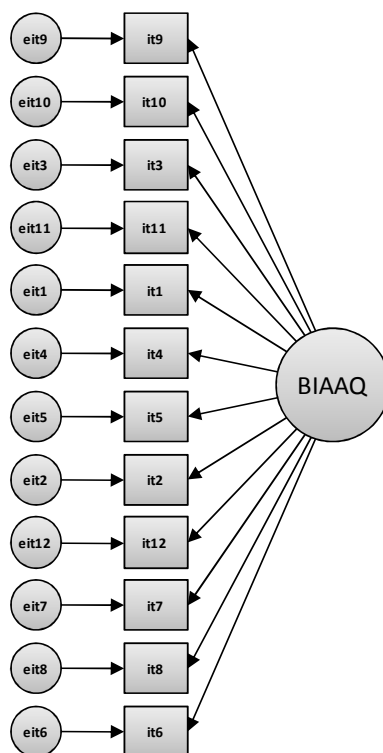
Na análise do ajustamento global do modelo recorreu-se ao teste do  $\chi^2$ , o teste formal do ajustamento do modelo, o qual comprova a probabilidade de um modelo se ajustar aos dados. Sendo que um valor de  $\chi^2$  estatisticamente significativo um indicador da discrepância entre os dados e o modelo teórico sob análise. Para além desta prova, é recomendada a utilização de outros indicadores que reflectam aspectos distintos do ajustamento global do modelo, nomeadamente o GFI (*Goodness of Fit Index*), que é uma medida da variabilidade explicada pelo modelo e que contrariamente ao  $\chi^2$  não é afectado pelo tamanho da amostra. O GFI varia entre 0 e 1, considerando-se que valores superiores a 0.90 são indicadores de um ajustamento adequado do modelo (Byrne, 2010). Para o apoio na tomada de decisão acerca da qualidade do modelo, utilizámos ainda três outros indicadores: CFI (*Comparative Fit Index*), que avalia a adequabilidade do modelo em relação ao modelo independente. Com um intervalo de variação entre 0 e 1 são considerados como adequados os valores de CFI superiores a 0.90 (Byrne, 2010); o TLI (*Tucker and Lewis Index*), que deve ser interpretado de modo semelhante ao CFI, embora possa apresentar valores fora do intervalo 0-1; e o PCFI (*Parsimony Normed Comparative Fit Index*) cujos valores dentro do intervalo entre 0.60 e 0.80 representam uma bom ajustamento.

A qualidade do ajustamento local foi avaliada pelos pesos factoriais ou saturações dos itens no factor e pelos valores de variância ( $R^2$ ), isto é, pelo contributo da variância de cada item para o modelo imposto. Sendo expectável que as saturações factoriais sejam significativas e que  $R^2$  permita a compreensão da importância de cada item no factor que marca.

A BI-AAQ considera um único factor marcado por 12 variáveis observadas definidas a partir do modelo teórico subjacente à construção do modelo, tal como representado pela especificação pictográfica apresentada na Figura 4.3.1.

O facto do Teste do  $\chi^2$  ter apresentado um valor significativo, e embora esse valor seja indesejável era expectável dada a elevada sensibilidade desta prova ao tamanho da amostra, não constituindo um problema considerando-se que o valor apresentado é relativamente reduzido ( $\chi^2_{(54)} = 490.652$ ;  $p < .001$ ). Assim, e tal como recomendado este valor foi negligenciado em detrimento de outros indicadores de ajustamento global considerados como válidos. (Marôco, 2010). Os valores dos índices de ajustamento do modelo, apresentados no Quadro 4.3.3., permitem-nos afirmar o modelo imposto como aceitável, visto que estão dentro do intervalo recomendado (CFI = 0.929; TLI = 0.914; PCFI = 0.760), com excepção do valor do GFI (0.884). Embora o valor do GFI esteja abaixo dos valores recomendados, pode ser considerado como no limite da aceitabilidade.

Figura 4.3.1. Especificação pictográfica do modelo estimado para BI-AAQ



Quadro 4.3.3. Indicadores do ajustamento global para BI-AAQ

	$\chi^2$	df	p	CFI	TLI	GFI	PCFI
<b>BIAAQ</b>	490.652	54	<.001	.929	.914	.884	.760

Leg:  $\chi^2$  = Qui-quadrado; df = graus de liberdade; p = nível de significância; CFI = *Comparative Fit Index*, TLI = *Tucker and Lewis Index*; GFI = *Goodness of Fit Index*; PCFI = *Parsimony Normed Comparative Fit Index*;

Quanto ao ajustamento local, todas as saturações factoriais são significativas e possuem valores apropriados na marcação do factor, e os valores de  $R^2$  revelam a qualidade dos itens na estimação do modelo (Quadro 4.3.4.).



Quadro 4.3.4. Factores e saturações factoriais dos respectivos itens da BI-AAQ ( $n = 679$ )

BIAAQ	Itens	Saturação Factorial	R <sup>2</sup>
	9	.840	.706
	10	.836	.698
	3	.836	.699
	11	.827	.684
	1	.824	.679
	4	.809	.655
	5	.803	.645
	2	.789	.623
	12	.777	.603
	7	.735	.540
	8	.654	.427
	6	.507	.258

### 3.4. Consistência interna da BI-AAQ e propriedades dos itens

A consistência interna da BI-AAQ foi examinada através do cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach* e da correlação item-total.

O alfa de *Cronbach* do total da escala com 12 itens é de .95. Quando calculado removendo cada um dos itens de cada vez, verificou-se que este valor não sofre flutuações consideráveis. Trata-se, portanto, de uma escala com elevada consistência interna.

As correlações entre os itens e o total da escala são boas, apresentando valores de correlação item-total entre .503 (item 6 “Se começo a sentir-me gorda, tento pensar noutra coisa”) e .817 (item 9 “Para controlar a minha vida preciso de controlar o meu peso”).variando entre .736 e .817, sendo as mais baixas de .503 e de .649, respectivamente, nos itens 6 e 8.Os resultados apontam, assim, para a qualidade e adequabilidade dos itens à medida da escala.

O Quadro 4.3.5. apresenta as estatísticas descritivas dos itens, bem como a correlação item -total do factor e o alfa do factor se o item for removido. Na parte inferior do quadro é, ainda, apresentado o valor de consistência interna da escala total.

**Quadro 4.3.5. Propriedades dos itens da BI-AAQ, correlações item-total corrigidas e alfas de Cronbach se eliminado o item. Valores de alfa de Cronbach da escala total (n = 679)**

Itens	M	DP	correlação item-total corrigida	α se eliminado o item
9. Para controlar a minha vida preciso de controlar o meu peso.	5.35	1.76	.817	.938
10. Sentir-me gorda causa problemas na minha vida.	5.23	1.90	.811	.938
3. Vou-me abaixo quando me sinto mal com o meu peso ou com a forma do meu corpo.	4.89	1.72	.808	.938
11. Quando começo a pensar acerca do tamanho e forma do meu corpo, é-me difícil fazer seja o que for.	5.61	1.62	.798	.939
1. A preocupação com o meu peso torna-me difícil viver a vida que valorizo.	5.35	1.67	.790	.939
4. 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.	5.36	1.65	.785	.939
5. A preocupação com o meu corpo ocupa demasiado o meu tempo.	5.54	1.53	.775	.940
2. Preocupo-me demasiado com o meu peso e com a forma do meu corpo.	4.58	1.77	.757	.940
12. As minhas relações com os outros seriam melhores se o meu peso e/ou forma do meu corpo não me incomodassem.	5.37	1.83	.748	.940
7. Antes de planear algo importante, tenho de me sentir melhor com o meu corpo.	5.10	1.68	.736	.941
8. Terei melhor controlo sobre a minha vida se controlar os pensamentos negativos acerca do meu corpo.	4.66	1.89	.649	.944
6. Se começo a sentir-me gorda tento pensar noutra coisa.	5.13	1.74	.503	.948
<b>α da escala total (12 itens)=.945</b>				

### 3.5. Validade convergente e divergente da BI-AAQ

Para avaliar a validade convergente da escala foram calculados os coeficientes de correlação de *Pearson* entre a escala BI-AAQ e as subescalas calor/compreensão, condição humana e *mindfulness* da Escala de Auto-Compaixão (SCS) e as subescalas (comparação com pares e com modelos) da Escala de Comparação Social da Aparência Física (ECSAF).

**Quadro 4.3.6. Correlações entre a BI-AAQ e as subescalas SCS e ECSAF (n = 679)**

	SCS			ECSAF	
	Calor	Cond.Humana	Mindful.	Pares	Modelos
BIAAQ total	.26**	.18**	.19**	.37**	.41**

Leg: SCS = Dimensões da Escala de Auto-Compaixão: Calor/Compreensão, Condição Humana e *Mindfulness*; ECSAF = Dimensões da Escala de Comparação Social através da Aparência Física: com pares e com modelos; BI-AAQ total = Escala de Aceitação e Acção da Imagem Corporal; \*\* =  $p < .01$ ;

Os resultados, que podem ser verificados no Quadro 4.3.6., mostram que a escala BI-AAQ se correlaciona positivamente com outras medidas que compreendem o bem-estar e a flexibilidade psicológica, tais como as dimensões de calor/ compreensão, condição humana e a perspectiva *mindfulness* da Escala de Auto-Compaixão (SCS), relacionando-se, igualmente, positivamente com medidas de comparação social através da aparência física (ECSAF), quer quando essa comparação é feita com pares ou colegas, quer quando é realizada com modelos ou celebridades.

Na análise da validade divergente, utilizámos uma medida de insatisfação com a imagem corporal, definida pela discrepância entre a imagem corporal percebida pelo sujeito como real e a imagem corporal ideal ou desejada através do Questionário das Silhuetas (FRS) e as medidas de psicopatologia geral, através do DASS 42 e, de psicopatologia do comportamento alimentar, pelas três subescalas de diagnóstico do Inventário de Perturbações Alimentares (EDI).

**Quadro 4.3.7. Correlações entre a BI-AAQ e FRS, subescalas do EDI e DASS42 (n = 679)**

	FRS		EDI			DASS	
	Real/ideal	Proc.Magr.	Bulimia	Ins.Corpo.	Depressão	Ansiedade	Stress
BIAAQ total	-.39**	-.68**	-.29**	-.61**	-.47**	-.45**	-.44**

Leg: FRS real/ideal = Questionário de Silhuetas; Discrepância entre imagem corporal real e ideal (desejada); EDI = Subescalas do Inventário de Perturbações Alimentares: Procura da Magreza, Bulimia e Insatisfação Corporal; DASS 42 = Subescalas de Depressão, Ansiedade e Stress; BI-AAQ total = Escala de Aceitação e Acção da Imagem Corporal; \*\*=  $p < .01$ ;

No Quadro 4.3.7. é possível verificar que a Escala BI-AAQ se correlaciona negativamente com uma maior discrepância entre a imagem corporal real percebida e a imagem corporal desejada. Verificamos, ainda, correlações negativas de maior magnitude com os indicadores de psicopatologia alimentar, tais como a procura da magreza ( $r = -.68$ ) e insatisfação corporal ( $r = -.61$ ). Em relação às correlações entre a BI-AAQ e a medida de psicopatologia geral verificamos associações negativas e moderadas com as três dimensões do DASS 42, depressão, ansiedade e *stress*, de uma maior para menor magnitude.

### 3.6. Diferenças de género na BI-AAQ

A análise das diferenças de género foi efectuada através do teste t de *Student*, os resultados (apresentados no Quadro 4.3.8.) mostram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros ( $p = .032$ ), com os sujeitos do sexo masculino a apresentarem valores médios superiores em termos de aceitação e acção em relação à imagem corporal, comparativamente com os sujeitos do sexo feminino ( $M = 65.25$ ,  $DP = 15.38$ ; vs  $M = 61.59$ ,  $DP = 16.56$ ).

**Quadro 4.3.8. Diferenças entre géneros na BI-AAQ**

	Sexo Masculino (n=101)		Sexo Feminino (n=569)		t	p
	M	DP	M	DP		
BIAAQ	65.25	15.38	61.59	16.56	2.149	.032

### 3.7. Poder discriminativo da BI-AAQ

Para estudar o poder discriminativo da escala, comparámos uma amostra de conveniência da população geral ( $n = 51$ ) e uma amostra clínica com 46 doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar. Os resultados do teste  $t$  mostram que as doentes apresentam uma média de 31.43 ( $DP = 11.79$ ), enquanto as participantes da população geral apresentam um valor médio de 67.39 ( $DP = 12.04$ ), verificando-se que esta é uma diferença estatisticamente significativa ( $p < .001$ ).

**Quadro 4.3.9. Poder discriminativo da BI-AAQ entre a população geral ( $n = 51$ ) e clínica ( $n = 46$ )**

	População Geral (n=51)		População Clínica (n=46)		t	p
	M	DP	M	DP		
BIAAQ	67.39	12.04	31.43	11.79	-14.835	.000

### 3.8. Estabilidade temporal da BI-AAQ

Para a avaliação da validade temporal da BI-AAQ foi utilizada uma amostra da população geral constituída por 62 participantes que completaram uma segunda passagem desta escala após um intervalo temporal de 4 semanas, entre teste e o reteste. A estabilidade temporal do BI-AAQ foi estudada através das correlações de *Pearson* e do teste  $t$  de *Student* (Quadro 4.3.10.).

**Quadro 4.3.10. Teste-reteste através do teste  $t$  de *Student* ( $n = 62$ )**

	Teste		Reteste		t	p
	M	DP	M	DP		
BIAAQ	66.24	14.39	65.76	14.05	.451	.654

A correlação teste-reteste do BI-AAQ é de .82. A avaliação da estabilidade temporal através do teste *t* de *Student* mostra que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as duas aplicações deste questionário ( $p = .654$ ).

### 3.9. Discussão e síntese dos resultados

Este estudo teve como objectivo a validação da versão portuguesa da Escala de Aceitação e Acção da Imagem Corporal (BI-AAQ), um instrumento de auto-resposta concebido para medir a flexibilidade psicológica no domínio da aparência física, definida como uma abertura a experienciar percepções, sensações, pensamentos, crenças e sentimentos em relação ao corpo, tal como ocorrem, sem procurar mudar a sua intensidade, frequência ou forma (Sandoz *et al.*, *in press*).

A validação da versão portuguesa desta escala foi realizada numa amostra alargada da população geral constituída por 679 sujeitos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 13 e os 50 anos, e com uma escolaridade que varia entre os 6 e os 22 anos. O recurso a esta amostra pretendeu responder, por um lado, às limitações apontadas por Sandoz e colaboradores (*in press*), dado que no seu estudo de validade do *Body Image Acceptance and Action Questionnaire* se recorreu a uma amostra constituída apenas por estudantes universitários ( $n = 182$ ), abrangendo um leque restrito de idades e de I.M.C.. E, por outro lado, atender às recomendações dos autores da escala, os quais justificam a pertinência da realização dos estudos de validação da BI-AAQ numa população não clínica pelo facto da Insatisfação com a Imagem Corporal ser uma característica comum na população normal, com uma expressão num contínuo de severidade. E, ainda pelo facto, desta vivência de insatisfação em relação à imagem corporal, mesmo quando não cumpre critérios suficientes para a elaboração de um diagnóstico, estar associada a um grau significativo de invalidação na vida dos sujeitos (*e.g.*, evitar relações íntimas ou restrições em termos de comportamento social).

Nas análises psicométricas da BI-AAQ optámos por utilizar os procedimentos seguidos pelos autores da versão original do questionário (Sandoz *et al.*, *in press*). A análise factorial do BI-AAQ revelou uma estrutura unidimensional, constituída por 12 itens, idêntica à original, e tal como era teoricamente esperado. A análise em componentes principais mostrou que os itens do instrumento apresentam valores de comunalidade, na sua maioria, superiores a .6. Posteriormente, foi confirmado que todos os itens saturavam num factor único com cargas factoriais elevadas que variam de .554 a .854. A composição factorial final explica 63.36% da variância.

Esta estrutura factorial da escala foi, igualmente, confirmada na Análise Factorial Confirmatória. Os indicadores de adequabilidade do modelo são bastante satisfatórios, de acordo com o recomendado por Byrne (2010), e os indicadores de ajustamento local do modelo testado foram adequados para as 12 variáveis endógenas que entraram na análise, revelando todas saturações factoriais significativas e de valor apropriado na marcação do factor.

Os estudos de consistência interna mostram que a escala total apresenta um alfa de *Cronbach* muito elevado (.95), assim como valores de correlação item-total que variam entre .503 e .817, apontando estes resultados para a qualidade e adequabilidade dos itens à medida deste questionário.

Este estudo permitiu, também, confirmar que a BI-AAQ apresenta uma boa validade convergente e divergente, indo ao encontro dos resultados apresentados por Sandoz e colaboradores (*in press*). No nosso estudo, foram então verificadas associações positivas significativas entre este instrumento (BI-AAQ) e as dimensões de calor compreensão, condição humana e *mindfulness* da Escala de Auto-compaixão (SCS) e, com valores de magnitude superiores, com a Escala de Comparação Social através da Aparência Física (ECSAF). Por outro lado, a BI-AAQ apresenta associações negativas significativas com índices de psicopatologia geral (*i.e.*, de depressão, ansiedade e de *stress*), com uma medida de insatisfação corporal (FRS) e com as medidas que traduzem a vulnerabilidade à patologia do comportamento alimentar (EDI), nomeadamente insatisfação corporal, procura da magreza e bulimia. Assim, foi possível confirmar as que esta medida de aceitação e acção da imagem corporal se associa positivamente a outras medidas de flexibilidade psicológica e aceitação geral, e negativamente com indicadores de psicopatologia gerais e, com uma maior magnitude, aos indicadores de perturbação da imagem corporal e alimentar. Os dados obtidos neste estudo corroboram, assim, os resultados existentes que mostram que a flexibilidade psicológica está negativamente associada com sintomas psicopatológicos e positivamente relacionada com indicadores de qualidade de vida e de saúde mental (*e.g.*, Hayes *et al.*, 2006), e estão, ainda, em consonância com os estudos que salientam a relevância desta atitude de flexibilidade na área das perturbações associadas à imagem corporal e à patologia do comportamento alimentar (Sandoz *et al.*, 2010; Sandoz & Wilson, 2006). Em suma, estes dados parecem mostrar que uma menor capacidade de flexibilidade ou aceitação em relação à imagem corporal se associa a uma vivência mais negativa da imagem corporal e com atitudes e comportamentos patológicos de sobrevalorização da magreza.

Adicionalmente, estudo das diferenças de género permitiu verificar que esta medida revela um padrão diferencial consoante o género, apresentando o sexo masculino valores médios superiores de flexibilidade psicológica, ou aceitação, em relação à sua imagem corporal. Estes resultados parecem confirmar que para o sexo masculino a aparência física é vivenciada com uma maior flexibilidade, assumindo um menor impacto na vida destes sujeitos, comparativamente ao sexo feminino.

Neste estudo pretendemos, ainda, contribuir para um maior conhecimento acerca da utilidade deste instrumento em contextos clínicos. Deste modo, foi realizada uma análise do poder discriminativo deste instrumento entre um grupo de doentes com diagnóstico de patologia alimentar (confirmada através de uma entrevista clínica) e uma amostra de sujeitos da população geral. Os resultados obtidos permitem-nos afirmar que a BI-AAQ discrimina de forma significativa indivíduos com e sem Perturbação do Comportamento Alimentar. De facto, foi possível confirmar que o grupo de doentes com patologia do comportamento alimentar, apresenta valores médios inferiores de aceitação e acção da sua imagem corporal, comparativamente aos obtidos pelo grupo sem patologia alimentar, corroborando que uma maior inflexibilidade psicológica associada à aparência física está associada às Perturbações do Comportamento Alimentar (Sandoz *et al.*, 2010; Sandoz & Wilson, 2006), e que

se traduz num maior grau de comprometimento de acções efectivas com vista a valores de vida (Hayes, Strosahl, Wilson, *et al.*, 2004).

Por fim, foram ainda ultrapassadas as limitações enunciadas no estudo da versão original da escala, e realizados os primeiros estudos de validade temporal deste instrumento, os quais revelaram que a BI-AAQ apresenta uma boa estabilidade teste-reteste. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos dois tempos de passagem do questionário através do teste t de *Student*, e além disso o valor de correlação entre as duas passagens do instrumento é de .83.

Em síntese, a estrutura factorial unidimensional proposta pelos autores da BI-AAQ foi confirmada. Todos os itens apresentam saturações significativas no factor e os índices de ajustamento global do modelo foram satisfatórios, permitindo-nos considerar que o modelo proposto, para a avaliação da aceitação e acção da imagem corporal, é plausível. No entanto, para uma maior garantia da plausibilidade e parcimoniosidade do modelo deverá ser testada a sua invariância (Browne & Cudeck, 1993) junto de amostras independentes. Por outro lado, os resultados dos estudos apresentados permitem-nos considerar a BI-AAQ como uma medida com boas características psicométricas, e com utilidade para a avaliação deste novo constructo de aceitação e acção no domínio da imagem corporal, tendo sido confirmada a sua capacidade discriminativa entre população clínica (com perturbação do comportamento alimentar) em relação à população geral.

#### 4. Estudo da Entrevista Clínica Estruturada para a Avaliação das Perturbações do Comportamento Alimentar (EDE 16.OD): Dados normativos na população portuguesa e poder discriminativo

##### 4.1. Objectivos

Existem actualmente diferentes métodos validados para a avaliação da sintomatologia associada às Perturbações do Comportamento Alimentar, nos quais se incluem questionários e escalas de auto-resposta, listas de sintomas, registos de auto-monitorização e entrevistas clínicas (Garner, 2002; Walsh & Garner, 1997). Cada um dos métodos de avaliação apresenta pontos fortes e pontos fracos, sendo que a adopção da estratégia de avaliação a utilizar deve ser guiada, não só pelas características psicométricas do instrumento, mas também pelo propósito da medida (Garner, 2002). Não obstante, sempre que seja possível a estratégia de avaliação deve contemplar a utilização de diferentes metodologias.

Vários autores consideram a entrevista clínica como a metodologia mais precisa para a avaliação da psicopatologia alimentar (e.g., Fairburn & Beglin, 1994; Cooper & Fairburn, 1987), uma vez que estas perturbações se caracterizam por um conjunto de sintomas complexos e ambíguos (Beglin & Fairburn, 1992). As dificuldades na avaliação destes quadros clínicos associam-se, por outro lado, ao facto dos doentes com perturbação alimentar serem geralmente informadores difíceis. Com efeito, é frequente observar-se resistência ou enviesamento nas respostas destes doentes, motivados quer pela negação da perturbação, quer pela vergonha associada a algumas das manifestações desta patologia (Crowther & Sherwood, 1997). Assim, a entrevista clínica representa nesta área específica um método privilegiado, ao possibilitar um contexto acolhedor de suporte e compreensão, para a obtenção de informação válida e rigorosa. Paralelamente, permite que o entrevistador defina claramente os termos e os conceitos-chave a avaliar (e.g., métodos restritivos ou episódios de descontrolo alimentar) e use orientações detalhadas para a objectivação de aspectos complexos (tais como, auto-avaliação centrada no peso ou forma corporal), sendo tal precisão difícil de conseguir através da utilização de instrumentos de auto-resposta.

Dada a especificidade da patologia alimentar e às dificuldades associadas à sua avaliação e diagnóstico, ao longo das últimas décadas várias entrevistas semi-estruturadas têm sido desenvolvidas como medidas compreensivas das Perturbações do Comportamento Alimentar, servindo também como medidas de diagnóstico. Entre as entrevistas clínicas com capacidade de diagnóstico (e.g., a *Interview for Diagnosis of Eating Disorders-IV- IDED*; Kutlesic, Williamson, Gleeves, Barbin & Murphy-Elberenz, 1998; a *Structured Interview for Anorexic and Bulimic Disorders- Expert rating- SIAB-EX*; Fichter, Herpertz, Quadflieg & Herpertz-Dahlmann, 1998) a *Eating Disorder Examination 16.OD* (EDE 16.OD; Fairburn *et al.*, 2008) é considerada, por muitos, como o método de eleição na avaliação da psicopatologia alimentar (e.g., Garner, 1995, 2002; Rosen & Srebnik, 1990; Rosen, Vara, Wendt, & Leitenberg, 1990; Smith, Marcus, & Eldredge, 1994; Wilson, 1993).



A EDE é uma entrevista clínica semi-estruturada para as Perturbações do Comportamento Alimentar, que permite obter um diagnóstico, assim como informações detalhadas e objectivas do perfil individual do comportamento alimentar, incluindo a análise em termos de frequência e severidade das características comportamentais (*e.g.*, episódios de compulsão alimentar, uso de métodos inapropriados para o controlo do peso, como comportamentos purgativos, restrição alimentar e exercício físico excessivo) e atitudes psicopatológicas associadas com o peso, forma corporal e comportamento alimentar (*e.g.*, insatisfação corporal, evitamento/ansiedade com a exposição corporal, ou sobrevalorização da forma/peso corporal). Embora apresente algumas desvantagens que tornam difícil a sua utilização enquanto procedimento de rotina em contexto clínico, as quais assentam essencialmente nos custos e nas dificuldades inerentes à sua aplicação, nomeadamente por requerer um treino exigente para o entrevistador e por ser um procedimento demorado e oneroso, a EDE tem sido amplamente utilizada no contexto de investigação.

Numerosos estudos têm documentado a validade desta entrevista (*e.g.*, Berg, Peterson, & Crow, 2008; Cooper, Cooper, & Fairburn, 1989; Fairburn, 2008; Fairburn & Cooper, 1993; Grilo, Masheb, Lozano-Blanco, & Barry, 2004; Wilson & Smith, 1989), sendo unanimemente considerada como um instrumento fiável e preciso na avaliação da psicopatologia específica das perturbações alimentares, tanto na população geral como na população clínica. Embora os alfas, para a entrevista e para as subescalas, referidos na literatura variem, em diferentes contextos amostrais e para as diferentes subescalas consideradas (com valores entre .71 e .75 para a restrição alimentar; .75 a .90 para a preocupação com a alimentação; de .67 a .70 para a preocupação com o peso; e entre .70 e .82 para a preocupação com a forma), estes são geralmente bastante satisfatórios (*e.g.*, Cooper *et al.*, 1989; Fairburn & Cooper, 1993), isto é, suportam uma boa fidedignidade do instrumento.

Tendo em conta a utilidade e a pertinência da EDE no âmbito da avaliação e do diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar, e a ausência de dados empíricos referentes à população portuguesa. Este estudo teve como objectivo fornecer dados normativos a partir dos quais devem ser lidos os resultados desta entrevista clínica, e estudar o seu poder preditivo, pela identificação de pontos de corte eficazes na discriminação de indivíduos com e sem Perturbação do Comportamento Alimentar.

## 4.2. Procedimentos e amostra

### 4.2.1. Descrição da Entrevista Clínica Estruturada para a Avaliação das Perturbações do Comportamento Alimentar – EDE 16.OD

A *Eating Disorder Examination* 16.0D (Fairburn *et al.*, 2008) é uma entrevista semi-estruturada baseada no questionamento realizado pelo investigador, na qual o participante responde a uma série de perguntas específicas, que tem como objectivo a definição do diagnóstico, assim como o conhecimento de forma detalhada e objectiva dos comportamentos e atitudes alimentares actuais,

não procurando (contrariamente à maior parte das entrevistas) conhecer a história de vida do indivíduo.

A EDE 16.0D (Fairburn *et al.*, 2008), última versão desta entrevista, é o resultado de um processo de aperfeiçoamento desenvolvido ao longo dos últimos anos. Na sua versão original, a EDE foi desenhada para avaliar o momento presente, e como tal todas as questões estavam exclusivamente focadas para as últimas 4 semanas (ou os últimos 28 dias). Mais recentemente, as versões 12 e 16 sofreram adaptações de forma a permitir uma definição operacional dos diagnósticos de Perturbação do Comportamento Alimentar, como resultado os itens destinados à determinação dos critérios de diagnóstico são, agora avaliados numa referência de um período de 3 meses, de acordo com as exigências estabelecidas pelo *DSM* (APA, 1994, 2000), para o diagnóstico da Anorexia Nervosa e da Bulimia Nervosa.

A estrutura da EDE é constituída por 4 subescalas que representam as principais áreas da psicopatologia específica das perturbações alimentares: (1) restrição alimentar; (2) preocupação com a alimentação; (3) preocupação com a forma corporal; e (4) preocupação com o peso. Estas subescalas são o resultado do agrupamento dos itens da entrevista, verificado empiricamente através da análise da consistência de cada subescala (Fairburn, 2008; Fairburn & Cooper, 1993). Para cada um dos itens é apresentada uma ou mais questões obrigatórias a formular, sendo ainda sugeridas diferentes questões adicionais com vista a uma maior especificação do tópico abordado.

Os Quadros, de 4.4.1., 4.4.2, 4.4.3. e 4.4.4., apresentam as 4 subescalas, os itens que as compõem e exemplos de uma das questões obrigatórias por item.

A primeira subescala composta por 5 itens, visa avaliar a (ou intenção de) restrição alimentar quer em termos qualitativos, quer quantitativos, assim como o estabelecimento de regras alimentares rígidas com o objectivo controlar o padrão alimentar (*cf.* Quadro 4.4.1).

#### Quadro 4.4.1. Subescala de restrição alimentar

---

##### (1) Subescala de Restrição alimentar

---

- 3 **Restrição alimentar:** Nas últimas 4 semanas tentou conscientemente restringir a quantidade de comida que ingeriu? (quer tenha tido ou não sucesso nisso).
  - 4 **Evitamento da alimentação:** Durante as últimas 4 semanas passou períodos de oito horas ou mais acordado(a) sem comer nada?
  - 6 **Evitamento de alimentos:** Durante as últimas 4 semanas tentou evitar alimentos de que gosta' (quer tenha tido ou não sucesso nisso).
  - 7 **Regras alimentares:** Nas últimas 4 semanas tentou seguir algumas regras definidas previamente relativamente à sua alimentação? (*e.g.* limite de calorias, quantidade de comida ou regra acerca do que devia ou não comer ou mesmo quando devia comer).
  - 5 **Estômago vazio:** Durante as últimas 4 semanas quis (ou desejou) que o seu estômago estivesse vazio?
-

A 2ª subescala, preocupação com a alimentação, avalia a preocupação, o medo e a culpa associados à alimentação com interferência na vida do indivíduo num grau significativo, através de 4 itens (cf. Quadro 4.4.2.).

#### Quadro 4.4.2. Subescala de preocupação com a alimentação

##### (2) Subescala de Preocupação com a alimentação

- 8 Preocupação com a comida, alimentação ou calorias:** Durante as últimas 4 semanas passou muito tempo entre as refeições a pensar em comida?  
Pensar acerca da comida ou calorias interferiu com a sua capacidade de concentração (em relação a coisas que estava interessado(a), como trabalhar, conversar ou ler?)
- 9 Medo de perder o controlo sobre a alimentação:** Durante as últimas 4 semanas teve medo de perder o controlo sobre a alimentação?
- 39 Comer em segredo:** Durante as últimas 4 semanas comeu em segredo? (para avaliar fora das alturas em que comeu grandes quantidades de comida, *i.e.*, fora dos episódios de ingestão alimentar compulsiva objectivos ou subjectivos).
- 40 Culpabilidade acerca de comer:** Durante as últimas 4 semanas sentiu-se culpado(a) depois de comer? (para avaliar fora das alturas em que comeu grandes quantidades de comida, *i.e.*, fora dos episódios de ingestão alimentar compulsiva objectivos ou subjectivos).

#### Quadro 4.4.3. Subescala de preocupação com a forma corporal

##### (3) Subescala de Preocupação com a forma corporal

- 30 Estômago liso:** Nas últimas 4 semanas teve desejo claro e intenso de ter o estômago liso?
- 17 Preocupação com o peso ou forma corporal:** Durante as últimas 4 semanas passou muito tempo a pensar acerca do seu peso ou da sua forma corporal?  
Pensar acerca do seu peso e da sua forma corporal interferiu com a sua capacidade de concentração (em relação a coisas que estava interessado(a), como trabalhar, conversar ou ler?)
- 19 Importância da forma corporal:** Durante as últimas 4 semanas a sua forma corporal foi importante a ponto de influenciar o modo como se sente (julga, pensa e avalia) como pessoa?  
Se pensar nas coisas que influenciam o modo como se sente ou se avalia, (tal como a sua prestação no emprego, como se dá com as outras pessoas, o seu casamento) e puser por ordem de importância, em que lugar fica a forma corporal?
- 23 Medo de aumentar de peso:** Nas últimas 4 semanas teve medo de ganhar peso? (Com sujeitos que recentemente ganharam peso a questão pode ser colocada como: Teve medo de poder ganhar ainda mais peso?)
- 16 Insatisfação com a forma corporal:** Durante as últimas 4 semanas esteve insatisfeito(a) com a sua forma corporal (ou aparência física)?
- 24 Desconforto ao ver o corpo:** Durante as últimas 4 semanas sentiu-se desconfortável ao ver o seu corpo? (*e.g.* ao espelho, no reflexo de uma montra).
- 25 Desconforto com a exposição do corpo:** Durante as últimas 4 semanas sentiu-se desconfortável acerca de os outros verem o seu corpo? (*e.g.* em balneários, na praia ou quando usa roupa que mostram as suas formas).
- 27 Sentimento de estar gordo(a):** Durante as últimas 4 semanas sentiu-se gordo(a)?

A subescala (3) preocupação com a forma corporal, é composta por 8 itens que se destinam a avaliar o grau de insatisfação, desconforto e preocupação associado com a aparência física, assim como, a centralidade que essa preocupação com a forma corporal assume, em relação às restantes áreas da vida do sujeito, para a auto-avaliação (cf. Quadro 4.4.3). Enquanto os 5 itens da 4ª subescala, preocupação com o peso, avaliam as mesmas dimensões em relação ao peso corporal, por exemplo a importância, a necessidade de controlo, preocupação, insatisfação e o desejo de perder peso (cf. Quadro 4.4.4).

#### Quadro 4.4.4. Subescala de preocupação com o peso

---

##### (4) Subescala de Preocupação com o peso

---

- 18 Importância do peso:** Durante as últimas 4 semanas o seu peso (número na balança) foi importante a ponto de influenciar o modo como se sente (julga, pensa e avalia) como pessoa?  
Se pensar nas coisas que influenciam o modo como se sente ou se avalia, (tal como a sua prestação no emprego, como se dá com as outras pessoas, o seu casamento) e puser por ordem de importância, em que lugar fica o seu peso corporal?
- 14 Reacção à pesagem prescrita:** Nas últimas 4 semanas como se sentiria se lhe tivessem pedido para se pesar apenas uma vez por semana (só uma vez por semana, nem mais nem menos)?
- 17 Preocupação com o peso ou forma corporal:** Durante às últimas 4 semanas passou muito tempo a pensar acerca do seu peso ou da sua forma corporal?  
Pensar acerca do seu peso e da sua forma corporal interferiu com a sua capacidade de concentração (em relação a coisas que estava interessado(a), como trabalhar, conversar ou ler)?
- 10 Insatisfação com o peso:** Nas últimas 4 semanas esteve insatisfeito(a) com o seu peso (número na balança)?
- 11 Desejo de perder peso:** Nas últimas 4 semanas quis perder peso (número na balança)? Teve um grande desejo de perder peso?
- 

#### Quadro 4.4.5. Itens de diagnóstico para a Anorexia Nervosa

---

##### itens de diagnóstico para a Anorexia Nervosa

---

- A) Recusa em manter um peso corporal minimamente normal para a idade e altura.**
- 32 IMC:** Peso (Kg) / Altura (cm).
- 33 Manutenção de peso baixo:** Nos últimos três meses tentou perder peso? Ou Tentou certificar-se de que não ganhava peso?
- B) Medo intenso de ganhar peso ou ficar gordo(a), mesmo quando muito magro(a).**
- 23 Medo de ganhar peso:** Nas últimas 4 semanas teve medo de poder ganhar peso? (para os sujeitos que recentemente ganharam peso: Teve medo de poder ganhar ainda mais peso?)
- C) Preocupação com o peso e forma corporal, indevida influência na auto-avaliação ou denegação da gravidade do grande emagrecimento actual.**
- 19 Importância da forma corporal:** Durante as últimas 4 semanas a sua forma corporal foi importante a ponto de influenciar o modo como se sente (julga, pensa e avalia) como pessoa?
- D) Amenorreia: Ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos**
- 34 Mestruação:** Falhou algum período menstrual nos últimos meses? Quantos períodos teve? Está a tomar algum contraceptivo oral (pílula)?
-

Tendo em conta que a entrevista pode também ser utilizada para fins de diagnóstico, esta contém 12 itens que visam operacionalizar os critérios para os dois principais quadros de patologia alimentar, de acordo com as normas de diagnóstico enunciadas pelo *DSM-IV* (APA, 1994), assim como a ocorrência de “*Binge eating disorder*”. Como é possível observar no Quadro 4.4.5., os quatro critérios exigidos para o diagnóstico de Anorexia Nervosa são operacionalizados por 5 questões da EDE 16.OD.

**Quadro 4.4.6. Itens de diagnóstico para a Bulimia Nervosa**

itens de diagnóstico para a Bulimia Nervosa	
<b>A) Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva</b>	
<b>35 Episódios de ingestão exagerada:</b>	No último mês teve episódios de ingestão alimentar exagerada? (Avaliação da quantidade de alimentos ingeridos e a sensação de perda de controlo durante o episódio).
<b>B) Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para impedir o ganho ponderal</b>	
<b>37 Restrição alimentar fora dos episódios bulímicos:</b>	Fora das alturas em que perdeu o controlo sobre a alimentação, restringiu o que comeu?
<b>41 Vômito auto-induzido:</b>	No último mês provocou o vômito como meio de controlar a sua forma corporal ou peso? (Avaliar a frequência do vômito e duração)
<b>42 Abuso de laxantes:</b>	No último mês tomou laxantes como meio de controlar a sua forma corporal ou peso? (Avaliar a frequência do vômito e duração)
<b>43 Uso de diuréticos:</b>	No último mês tomou diuréticos como meio de controlar a sua forma corporal ou peso? (Avaliar a frequência do vômito e duração)
<b>44 Exercício físico:</b>	No último mês fez exercício físico como meio de controlar a sua forma corporal ou peso? Ou Como meio para queimar calorias ou gordura corporal?
<b>C) A ingestão compulsiva de alimentos e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem ambos, em média, pelo menos duas vezes por semana nos últimos três meses</b>	
<b>35 Episódios de ingestão exagerada:</b>	No último mês teve episódios de ingestão alimentar exagerada? (Avaliar a frequência dos episódios de ingestão alimentar compulsiva e objectivos; avaliar a sensação de perda de controlo nessas alturas).
<b>36 Características da ingestão alimentar compulsiva:</b>	Durante estes episódios (bulímicos objectivos) habitualmente:
	a) comia muito mais depressa que o normal?
	b) comia até se sentir desconfortavelmente cheio(a)?
	c) comia grandes quantidades de comida quando não se sentia fisicamente com fome?
	d) comia sozinho(a) porque se sentia envergonhado(a) da quantidade que estava a comer?
	e) sentiu-se horrorizado(a) consigo, deprimido(a) ou culpado(a)?
<b>D) A auto-avaliação está indelevelmente associada ao peso e formas corporais</b>	
<b>18 Importância do peso:</b>	Durante as últimas 4 semanas o seu peso foi importante a ponto de influenciar o modo como se sente (julga, pensa e avalia) como pessoa?
<b>19 Importância da forma corporal:</b>	Durante as últimas 4 semanas a sua forma corporal foi importante a ponto de influenciar o modo como se sente (julga, pensa e avalia) como pessoa?
<b>E) A perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de Anorexia Nervosa.</b>	

Para a Bulimia Nervosa são enunciados aproximadamente 10 itens (cf. Quadro 4.4.6), a partir dos quais é possível objectivar, para além da centralidade e a interferência clinicamente significativa das preocupações com o peso, forma corporal e alimentação, a ocorrência de episódios de ingestão alimentar compulsiva e de comportamentos compensatórios inapropriados (do tipo purgativo e não purgativo) com vista a prevenir o aumento ponderal (ou controlar os efeitos de uma ingestão alimentar excessiva). É, ainda possível, através destas questões identificar os casos que cumprem os requisitos enunciados como indicadores de uma Perturbação Alimentar Compulsiva (*Binge Eating Disorder*).

Através da cotação desta entrevista é possível obter três níveis de dados: os resultados dos itens individuais; o resultado das subescalas, (obtido pelo somatório dos valores dos itens relevantes e pela divisão pelo número total de itens que compõem essa subescala), que permite desenhar um perfil individual nas 4 principais áreas da psicopatologia alimentar; e o resultado global da EDE, (calculado pelo somatório dos totais das subescalas dividido pelo número de subescalas, *i.e.*, 4), o qual fornece uma medida objectiva de gravidade do caso. Sendo que, de acordo com os autores desta entrevista (Fairburn *et al.*, 2008) os resultados obtidos devem ser lidos tendo em conta os dados normativos (média e desvio-padrão).

No esquema de cotação da EDE, a maioria dos itens são classificados numa escala de 7 pontos, em que 0 representa a ausência da característica e 6 representa a sua presença num grau extremo, ou seja, com resultados mais altos a indicar maior grau de severidade ou frequência dos indicadores. As normas específicas para a cotação de cada item são disponibilizadas de forma detalhada no manual de apoio à entrevista. O esquema de classificação da EDE é sumariado no Quadro 4.4.7.

**Quadro 4.4.7. Esquema de cotação da EDE**

---

<b>Cotação da gravidade</b>	<b>Cotação da frequência</b>
<b>0</b> ausência da característica	<b>0</b> ausência da característica
<b>1</b>	<b>1</b> característica presente entre 1 a 5 dias.
<b>2</b> característica ligeiramente presente.	<b>2</b> característica presente entre 6 a 12 dias.
<b>3</b>	<b>3</b> característica presente entre 13 a 15 dias.
<b>4</b> característica presente.	<b>4</b> característica presente entre 16 a 22 dias.
<b>5</b>	<b>5</b> característica presente entre 23 a 27 dias.
<b>6</b> característica extremamente presente.	<b>6</b> característica presente todos os dias.

---

#### 4.2.2. Amostra

O estudo da versão portuguesa da EDE 16.OD foi realizado numa amostra clínica e numa amostra de conveniência da população geral, de ambos os sexos com idades compreendidas entre 13 e 50 anos.

A amostra clínica foi constituída por 125 doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar: 46 (36.8%) cumpriam todos os critérios, de acordo com o *DSM-IV* (APA, 1994, 2000) para o diagnóstico de Anorexia Nervosa; 35 (28%) para a Bulimia Nervosa; e 44 (35.2%) para Perturbação do Comportamento Alimentar sem outra especificação. A grande maioria dos doentes é do sexo feminino (121; 96.8%), sendo apenas 4 (3.2%) dos indivíduos do sexo masculino. Esta amostra de doentes apresenta uma média de idades de 23.12 ( $DP = 7.70$ ) e de 12.33 ( $DP = 3.06$ ) anos de escolaridade. Enquanto, a amostra da população geral ficou constituída por 121 indivíduos, 111 (91.7%) do sexo feminino e 10 (8.3%) do sexo masculino, com uma média de 21.44 ( $DP = 6.35$ ) anos de idade e de 13.83 ( $DP = 2.30$ ) anos de escolaridade.

#### 4.2.3. Procedimentos de recolha dos dados

O procedimento utilizado na realização desta entrevista seguiu de forma rigorosa o guião estabelecido pelos autores (Fairburn *et al.*, 2008), tanto no questionamento da população geral como da população clínica.

Após a indicação de consentimento para a participação no estudo, cada sujeito foi contactado pela investigadora responsável, de forma a garantir o esclarecimento acerca da natureza e objectivo da entrevista. Neste encontro cada participante foi, igualmente, informado acerca da duração da EDE (no mínimo 45 minutos, podendo prolongar-se por uma hora e quinze), tendo sido agendada a entrevista de acordo com a sua disponibilidade.

No momento da aplicação da EDE, foram renovados os esclarecimentos acerca dos objectivos desta entrevista, sendo explicado a cada participante que iriam ser-lhe colocadas um conjunto de questões pré-definidas, e que algumas poderiam não se aplicar ao seu caso. Previamente ao início do protocolo, foi realizado um breve questionamento acerca dos dados demográficos (*e.g.*, data de nascimento, ocupação, estado civil) e da história clínica (*e.g.*, história ponderal na infância e adolescência, história de doença do comportamento alimentar e tratamentos anteriores).

De acordo as normas de aplicação da EDE, antes de se iniciar o questionamento, o entrevistador deve assegurar o estabelecimento de uma boa relação com o entrevistado, e explicar que a entrevista se foca, sobretudo nas últimas quatro semanas ou vinte e oito dias. No nosso caso e como a entrevista foi, também, utilizada para fins diagnóstico algumas perguntas seriam referidas tendo em conta os últimos três meses. Para ajudar o participante na determinação do período de tempo que é de interesse para a entrevista, o entrevistador tentou identificar com o participante um marco temporal (em termos de acontecimentos ou eventos da vida do sujeito) correspondente aos últimos 28 dias e por um período de 3 meses.

O procedimento utilizado para a entrevista respeitou as normas de aplicação fornecidas pelos seus autores. Assim, a entrevista foi conduzida com o apoio do guião completo da EDE, isto porque segundo os seus autores (Fairburn *et al.*, 2008) até o mais experiente entrevistador precisa de ter um suporte escrito, com as perguntas a serem colocadas e a respectiva folha de cotação. Embora não seja obrigatório seguir uma ordem fixa para a avaliação de cada tópico. Para a maioria dos casos entrevistados, a ordem sugerida pelos autores mostrou-se satisfatória e adequada, e só em alguns casos se considerou mais interessante alterar a sequência dos itens. Em casos pontuais, houve mesmo a necessidade de regressar a pontos anteriormente respondidos para um melhor esclarecimento desse tópico. O entrevistador teve ainda como preocupação o completo esclarecimento do participante acerca do significado de alguns conceitos ambíguos, considerando como fulcral assegurar-se que o participante compreendeu adequadamente aquilo que lhe foi questionado, assim como a confirmação da sua resposta antes de esta ser registada na folha de respostas pelo entrevistador. No decorrer da entrevista, estimulou-se respostas genuínas e fundamentadas, não tendo a entrevista prosseguido para o item seguinte sem que a informação considerada como necessária tenha sido obtida. Desta forma, sempre que as respostas do sujeito foram consideradas como superficiais ou impacientes, o entrevistador procedeu a sua exploração mais detalhada.

O protocolo finalizou com a pesagem e o registo do peso actual de cada participante. A avaliação e o registo ponderal foram realizados após ter sido completada a entrevista, a fim de minimizar o impacto de possíveis estados emocionais negativos provocados pela pesagem nas respostas dadas pelos sujeitos.

#### **4.2.4. Tratamento estatístico dos dados**

No tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao software SPSS e 18.0 para estatística descritiva, regressão logística e a análise *Receiver Operator Characteristic* (curvas ROC).

### **4.3. Estudos de validação da EDE 16.OD**

#### **4.3.1. Consistência interna das subescalas e total da EDE 16.OD**

No contexto da Teoria Clássica dos Testes (TCT) as propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação psicológica estão associados à amostra onde é realizado o estudo de validação, por este motivo é recomendável que para cada amostra em que o instrumento é utilizado sejam repetidos os estudos de fidelidade (Wilkinson & TSFSI, 1999). Assim, a análise dos dados iniciou-se pelo cálculo do alfa de *Cronbach* (considerado como a melhor estimativa da fidelidade de um teste), da entrevista clínica (EDE total) e para cada uma das subescalas: (1) restrição alimentar; (2) preocupação com a alimentação; (3) preocupação com a forma corporal; (4) preocupação com o peso; (Anastasi, 1990; Cronbach, 1951, 1990; Nunnaly, 1978).



Como se pode observar, a EDE 16.OD apresenta uma excelente consistência interna, com um valor alfa igual a .98 para o total da entrevista, e valores que oscilam entre .96 e .86 para as subescalas.

**Quadro 4.4.8. Consistência interna das subescalas e do total da EDE 16.OD**

EDE	$\alpha$
(1) Restrição alimentar	.86
(2) Preocupação com a alimentação	.88
(3) Preocupação com a forma corporal	.96
(4) Preocupação com o peso	.88
EDE total	.98

#### 4.3.2. Dados normativos da EDE 16.OD

O Quadro 4.4.9 apresenta para os valores da média e dos desvios-padrão, e ainda, o mínimo e o máximo, das pontuações obtidas para as 4 subescalas e para o total da EDE 16.OD, para a amostra total ( $N = 246$ ).

No estudo descritivo foi, ainda calculada a média reduzida, que consiste na divisão da pontuação obtida pelo número de itens da subescala/escala, ficando a amplitude teórica igual à amplitude da escala de resposta. A média reduzida refere-se a uma transformação linear que aumenta a interpretabilidade dos resultados, mas que não tem impacto nos resultados dos testes estatísticos, permitindo ainda a comparação dos resultados de subescalas e da escala total, que comportam um diferente número de itens.

**Quadro 4.4.9. Média e média-reduzida, desvios-padrão, Mínimo e Máximo das subescalas e total da EDE 16.OD na amostra total ( $N = 246$ )**

EDE	M	DP	M reduzida	DP	Min.	Máx.
(1) Restrição alimentar	10.78	9.74	2.16	1.95	.00	6.00
(2) Preocupação com a alimentação	8.24	9.94	1.65	1.99	.00	6.00
(3) Preocupação com a forma corporal	21.06	18.61	2.63	2.33	.00	6.00
(4) Preocupação com o peso	10.60	10.19	2.12	2.04	.00	6.00
EDE total	50.68	46.47	2.14	1.98	.00	5.90

Leg: M = média; DP = desvio-padrão; Mreduzida = média reduzida; Min = mínimo; Máx = máximo;

Posteriormente e com o objectivo de apresentar dados normativos da EDE 16.OD para a população portuguesa, foi realizado o estudo descritivo para as subescalas e o total da entrevista para cada um dos 4 grupos formados para o estudo da validade da EDE 16.OD: grupo da população geral (controlo), e três grupos clínicos definidos de acordo com os critérios de diagnóstico enunciados pelo *DSM-IV* (*i.e.*, doentes com Anorexia Nervosa, com Bulimia Nervosa e com Perturbação Alimentar sem outra especificação).

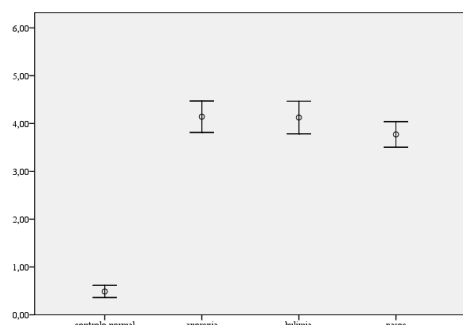
No Quadro 4.4.10. são apresentados as médias e os desvios-padrão das pontuações de cada grupo, assim com os mínimos e os máximos por subescala e total da EDE 16.OD. Pela leitura dos resultados, podemos verificar que as médias do grupo de controlo são sempre inferiores às médias obtidas pelos diferentes grupos clínicos. Mesmo considerando a  $M \pm DP$ , os limites superiores do grupo de controlo são inferiores aos limites inferiores dos grupos constituídos por doentes com diagnóstico de Perturbação do Comportamento Alimentar, qualquer que seja a subescala da entrevista considerada.

**Quadro 4.4.10. Dados normativos das subescalas e total da EDE 16.OD por grupo (normal, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Perturbação Alimentar sem outra especificação)**

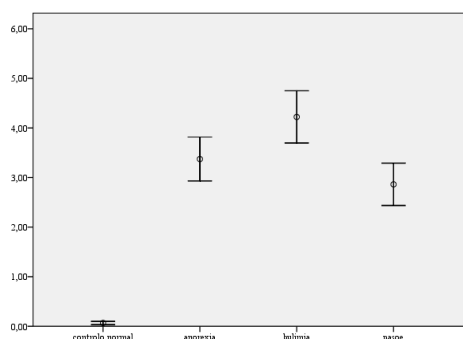
EDE		M	DP	Min.	Máx.
(1) Restrição alimentar	Controlo	0.49	0.71	0.00	2.80
	Anorexia	4.14	1.10	0.00	6.00
	Bulimia	4.13	0.99	1.80	6.00
	PASOE	3.77	0.86	1.60	5.80
(2) Preocupação com a alimentação	Controlo	0.07	0.18	0.00	1.20
	Anorexia	3.37	1.48	0.00	6.00
	Bulimia	4.22	1.53	0.80	6.00
	PASOE	2.86	1.37	0.00	6.00
(3) Preocupação com a forma corporal	Controlo	0.57	0.79	0.00	3.50
	Anorexia	4.64	1.10	1.62	6.00
	Bulimia	5.46	0.70	3.62	6.00
	PASOE	4.70	1.07	2.12	6.00
(4) Preocupação com o peso	Controlo	0.41	0.64	0.00	2.60
	Anorexia	3.65	1.33	0.80	6.00
	Bulimia	4.62	1.04	1.80	6.00
	PASOE	3.75	1.42	0.80	6.00
EDE total	Controlo	0.38	0.50	0.00	2.02
	Anorexia	3.95	1.03	1.02	5.90
	Bulimia	4.61	0.72	3.16	5.70
	PASOE	3.77	0.93	1.33	5.14

As representações gráficas apresentadas permitem uma leitura clara destes dados (apresentados no Quadro 4.4.10), para cada uma das subescalas e para o total da entrevista (Figura 4.4.1), tornando evidente a discrepância dos resultados obtidos na população normal e na população clínica. Desta forma, considerou-se pertinente investigar qual o ponto de corte mais adequado para a discriminação entre o grupo de controlo e os grupos clínicos.

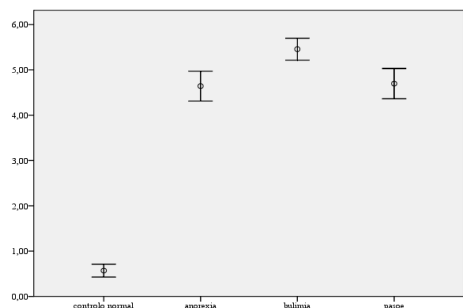
**Figura 4.4.1. Médias e desvios-padrão das subescalas e total da EDE 16.OD**



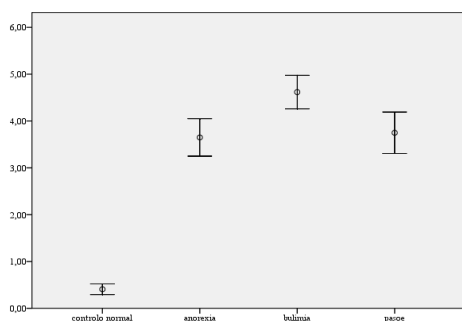
**(1) restrição alimentar**



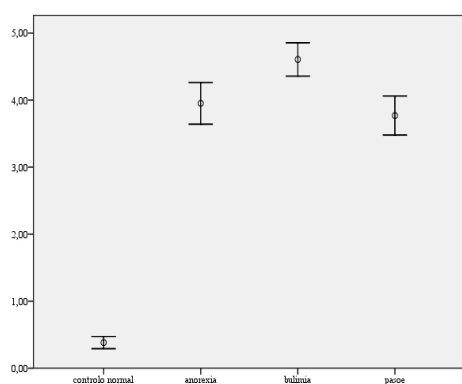
**(2) preocupação com a alimentação**



**(3) preocupação com a forma corporal**



(4) preocupação com o peso



(5) EDE 16.OD total

Estas representações gráficas possibilitam, ainda, visualizar que as pontuações obtidas pelos diferentes grupos clínicos (Anorexia, Bulimia e PASOE) não são tão expressivamente diferentes, deixando antever dificuldades na identificação de um ponto de corte capaz de discriminar as Perturbações do Comportamento Alimentar entre si.

#### 4.3.3. Análise da utilidade discriminativa da EDE 16.OD

Na investigação da utilidade discriminativa da EDE 16.OD, o primeiro passo consistiu no cálculo do ponto de corte para cada uma das subescalas e para o total da EDE 16.OD, através da identificação da *discriminatory performance* (DP) com recurso à regressão logística binária.

Um bom modelo de regressão logística permite discriminar, a partir dos covariantes, a classificação do sujeito relativamente à presença ou ausência de doença ou perturbação ( $\gamma = 1$  ou  $\gamma = 0$ ; em que  $\gamma$  é a presença de perturbação). Este procedimento permite identificar o ponto de corte (*cut-point*), ou um limiar de decisão para se classificar e contabilizar o número de predições positivas e negativas (como diagnósticos verdadeiros e falsos no caso de ocorrência de uma patologia), a partir do qual o sujeito é considerado como diagnóstico positivo. Assim, a identificação do ponto de corte mais eficaz

para cada uma das subescalas e para a entrevista foi realizado com recurso à regressão logística binária, entrando a pontuação para cada subescala e total como preditor e o diagnóstico real (com ou sem Perturbação do Comportamento Alimentar) como variável critério.

A qualidade de cada ponto de corte foi em seguida avaliado pela sua Sensibilidade, Especificidade e pelo índice “area under the ROC curve” (*AUC*), um dos índices mais utilizados para sumarizar e avaliar o desempenho do sistema de diagnóstico.

A *Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve* foi desenvolvida para avaliar o desempenho de sistemas de classificação. A curva ROC apresenta e resume o desempenho de uma série ampla de condições de classificação através de representação gráfica. Se numa regra de classificação o ponto *C* é o ponto de corte, os sujeitos com pontuações acima de *C* são classificados como positivos (*P*) e os que tem pontuações abaixo de *C* são classificados como negativos (*N*). Para ser efectuada a avaliação deste sistema temos que calcular a probabilidade de uma classificação incorrecta. Essa probabilidade informa-nos sobre a proporção que podemos esperar de sujeitos mal classificados no futuro. Existem quatro probabilidades a considerar: (a) indivíduos *P* correctamente classificados, verdadeiros positivos (*VP*); (b) indivíduos *N* mal classificados, falsos positivos (*FP*); (c) indivíduos *N* bem classificados, verdadeiros negativos (*VN*); (d) indivíduos *P* mal classificados, falsos negativos (*FN*). Estas probabilidades variam em função de *C* e este pode, teoricamente, tomar o valor de todos os pontos da escala em estudo. Importa então em função dos objectivos determinar qual o valor de *C* que classifica os sujeitos de forma mais eficaz. A curva ROC é obtida fazendo variar *C* ao longo do contínuo em que os *VP* (verdadeiros positivos) são colocados no eixo vertical e os *FP* (falsos positivos) são colocados no eixo horizontal (Krzanowski & Hand, 2009). Assim, para efectuar o cálculo da curva ROC (*receiver operator characteristic*) é requerido um critério, neste caso, o diagnóstico real para ser confrontado com o diagnóstico predito através do ponto de corte encontrado.

No confronto do diagnóstico real com diagnóstico predito (*diagnostic table*) são identificados os verdadeiros positivos (*true positives; TP*) e os verdadeiros negativos (*true negatives; TN*). À proporção de verdadeiros positivos entre todos os casos positivos ( $\gamma = 1$ ) é denominada de Sensibilidade (*sensitivity; SE*) e à proporção de verdadeiros negativos entre todos os casos negativos ( $\gamma = 0$ ) é chamada de Especificidade (*specificity; SP*). Assumindo-se que numa discriminação perfeita tanto *SE* como *SP* seriam igual a 1. Assim, a *SE* e a *SP* variam com o ponto de corte. Considerando-se, para a determinação de um ponto de corte que quanto mais próximo *SE* e *SP* estiverem de 1 melhor será a capacidade de discriminação desse ponto.

#### **- Capacidade discriminativa entre doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar e controlos normais**

O primeiro objectivo das análises efectuadas foi determinar os pontos de corte (para as subescalas e para o total da EDE 16.OD) mais eficazes para a discriminação do grupo normal do grupo clínico

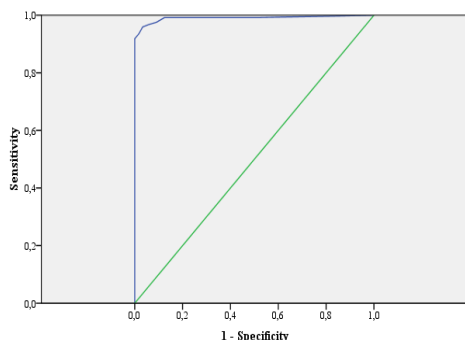
(integrando todos os casos clínicos com patologia alimentar, *i.e.*, com Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e com Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação).

Os pontos de corte identificados para discriminar o grupo normal e o grupo com patologia alimentar para as subescalas de restrição alimentar, preocupação com a alimentação, preocupação com a forma corporal e preocupação com o peso foram de 2.30, 1.70, 2.75, e 2.10, respectivamente. E de 2.16 para o total da EDE 16.OD.

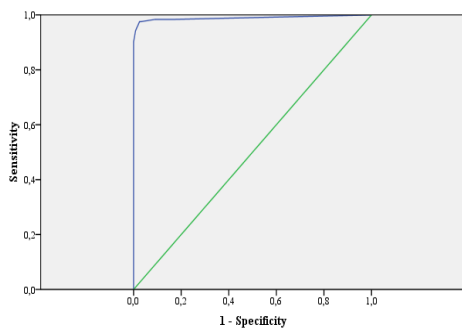
Posteriormente, e para avaliar a força da EDE 16.OD na predição do diagnóstico de Perturbação do Comportamento Alimentar examinámos a AUC para as curvas ROC de cada uma das subescalas e para o total da EDE 16.OD (Figura 4.4.2), considerados os respectivos pontos de corte (apresentados no Quadro 4.4.11) para a discriminação entre população normal e população clínica com Perturbações do Comportamento Alimentar. Um classificador perfeito corresponderia a uma linha horizontal no topo do gráfico, porém esta dificilmente será alcançada. Na prática, curvas consideradas boas estarão entre a linha diagonal e a linha perfeita, onde quanto maior a distância da linha diagonal, melhor o sistema. A linha diagonal indica uma classificação aleatória, ou seja, um sistema que aleatoriamente selecciona saídas como positivas ou negativas, como jogar uma moeda para cima e esperar cara ou coroa, a qual definitivamente, não é o tipo de sistema mais confiável possível.

As curvas apresentadas na Fig.4.4.2. revelam uma exactidão quase perfeita, para qualquer das subescalas e para o total da EDE 16.OD.

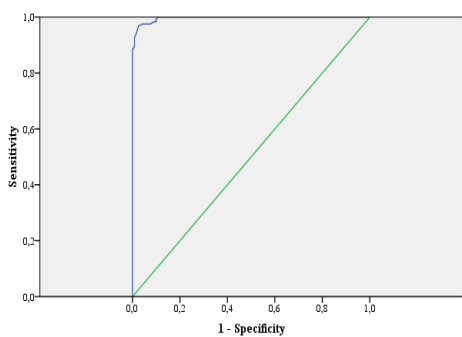
Figura 4.4.2. Curvas ROC das subescalas e EDE 16.OD total (grupo normal vs grupo clínico)



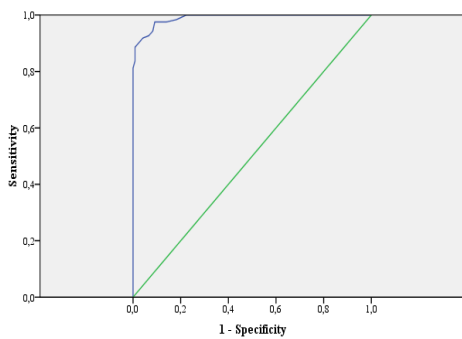
(1) restrição alimentar



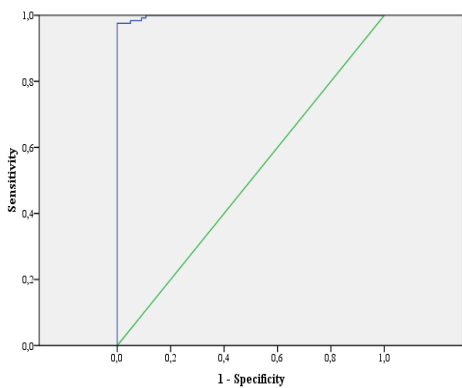
**(2) preocupação com alimentação**



**(3) preocupação com a forma corporal**



**(4) preocupação com o peso**



**EDE 16.OD total**

O Quadro 4.4.11 apresenta os pontos de corte para cada uma das subescalas e para o total da EDE 16.OD propostos para a discriminação entre grupo normal e grupo clínico, e os indicadores da qualidade destes pontos de corte utilizados: Especificidade, Sensibilidade, *AUC*, e intervalo de confiança.

**Quadro 4.4.11. Ponto de corte, especificidade, sensibilidade, *AUC* e intervalos de confiança das subescalas e do total da EDE 16.OD (grupo normal vs grupo clínico)**

EDE	<i>cut point</i>	SP	SE	AUC	Ep	p	intervalo de confiança (95%)	
							inf.	sup.
(1)Restrição alimentar	2.30	.967	.959	.963	.014	.000	.936	.990
(2)Preocupação com a alimentação	1.70	1	.862	.931	.019	.000	.894	.968
(3)Preocupação com forma corporal	2.75	.959	.976	.967	.013	.000	.941	.993
(4)Preocupação com o peso	2.10	.959	.919	.936	.018	.000	.904	.973
EDE total	2.16	1	.976	.998	.001	.000	.995	1

Leg: *cut point* = ponto de corte; SP = especificidade; SE = sensibilidade; *AUC* = *area under the curve*; Ep = erro padrão; p = nível de significância;

A *AUC* é uma estimativa geral da exactidão do modelo ao longo do intervalo total das pontuações e é avaliada segundo valores críticos apresentados. Segundo a interpretação de Hosmer e Lemeshow (2000): valores abaixo de .50 não facultam qualquer discriminação; entre .70 e .80 indicam uma exactidão aceitável; .entre .80 e .90 revelam uma precisão excelente; e valores superiores a .90 uma precisão extraordinária.

Todos os pontos de corte mostraram uma precisão extraordinária na predição da Perturbação do Comportamento Alimentar, com valores de *AUC* sempre superiores a .90 (variando entre .931 para a subescala preocupação com a alimentação e de .998 para a EDE 16.OD total). Verificando-se, ainda, que todas as *AUC* apresentam valores estatisticamente significativos, quando comparada com a área resultante de uma classificação aleatória. Mostrando um intervalo de confiança excelente, entre .894 (limite inferior da subescala preocupação com a alimentação) e 1 (limite superior da EDE 16.OD total), isto significa, que é possível com os critérios apresentados classificar correctamente entre 89.4% e 100% dos casos. Especificamente para a EDE 16.OD total, e utilizando como ponte de corte valores iguais ou superiores a 2.16, obtém-se, na nossa amostra, uma especificidade de 1 e a sensibilidade é de .976. Por outras palavras, a percentagem de casos sem Perturbação Alimentar correctamente identificados foi de 100% (verdadeiros negativos/ (falsos positivos + verdadeiros negativos) X 100) e a percentagem de casos com Perturbação do Comportamento Alimentar correctamente identificados, através deste ponto de corte (verdadeiros positivos/( verdadeiros positivos + falsos negati-



vos) X 100) foi de 97.6%. Com um intervalo de confiança entre 99.5 a 100% para a atribuição de um diagnóstico.

#### - Capacidade discriminativa entre doentes com Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e com Perturbação do Comportamento Alimentar sem outra especificação

Num segundo momento, com o objectivo de determinar os pontos de corte mais eficazes (para as 4 subescalas e para o total da EDE 16.OD), e posteriormente avaliar a sua qualidade, foram isolados cada um dos quadros clínicos em relação às outras condições de patologia alimentar. Seguindo uma lógica de análise exaustiva foram efectuados um conjunto de cálculos por passos: (1) Anorexia Nervosa vs. Bulimia + Perturbação do Comportamento Alimentar sem outra especificação; (2) Bulimia vs Anorexia + Perturbação do Comportamento Alimentar sem outra especificação; (3) Perturbação do Comportamento Alimentar sem outra especificação vs Anorexia+ Bulimia; (4) Anorexia vs Bulimia; (5) Anorexia vs Perturbação do Comportamento Alimentar sem outra especificação; (6) Bulimia vs Perturbação do Comportamento Alimentar sem outra especificação.

#### Passo 1:

O Quadro 4.4.12 apresenta os pontos de corte para cada uma das subescalas e para o total da EDE 16.OD propostos para a discriminação entre grupo Anorexia e o grupo com outras patologias alimentares, e os indicadores da qualidade para os respectivos pontos de corte: Especificidade, Sensibilidade, *AUC*, e intervalo de confiança.

No passo 1, os pontos de corte identificados para discriminar o grupo com Anorexia Nervosa revelaram-se pouco eficazes, a *AUC* foi significativa ( $p = .030$ ) apenas para a subescala preocupação com o peso, considerando o ponto de corte de 3.90. No entanto, apresenta um valor considerado como não aceitável, classificando correctamente apenas 61.8% dos casos, com o limite inferior do intervalo de confiança de perto de 50% (*i.e.*, equivalente a uma distribuição aleatória).

**Quadro 4.4.12. Ponto de corte, especificidade, sensibilidade, *AUC* e intervalos de confiança das subescalas e do total da EDE 16.OD (grupo Anorexia vs grupo Bulimia + PASOE)**

EDE	cut point	SP	SE	AUC	Ep	p	intervalo de confiança (95%)	
							inf.	sup.
(1)Restrição alimentar	4.10	.649	.467	.558	.054	.286	.452	.664
(2)Preocupação com a alimentação	3.50	.506	.493	.520	.054	.714	.413	.626
(3)Preocupação com forma corporal	2.75	.636	.489	.563	.054	.250	.456	.669
(4)Preocupação com o peso	3.90	.636	.600	.618	.053	.030	.514	.722
EDE total	4.05	.597	.600	.599	.053	.070	.494	.703

Leg: cut point = ponto de corte; SP = especificidade; SE = sensibilidade; AUC = area under the curve; Ep = erro padrão; p = nível de significância;

**Passo 2:**

A discriminação entre as pontuações da EDE 16.OD entre o grupo Bulimia e o grupo outras patologias alimentares, a *AUC* foi significativa para quase todas a subescalas da EDE 16.OD (excepto restrição alimentar) e para a EDE 16.OD total. Contudo os valores da *AUC*, para o total da EDE 16.OD e para todas subescalas significativas, varia entre .673 e .682, inferiores aos critérios considerados como aceitáveis de acordo com Hosmer e Lemeshow (2000). Isto significa que, considerados os respectivos pontos de corte a proporção de predição correcta é inferior a 70% (cf. Quadro 4.4.13).

**Quadro 4.4.13. Ponto de corte, especificidade, sensibilidade, AUC e intervalos de confiança das subescalas e do total da EDE 16.OD (grupo Bulimia vs grupo Anorexia + PASOE)**

EDE	cut point	SP	SE	AUC	Ep	p	intervalo de confiança (95%)	
							inf.	sup.
(1)Restrição alimentar	4.10	.609	.400	.505	.058	.937	.391	.618
(2)Preocupação com a alimentação	3.70	.690	.657	.673	.055	.003	.566	.781
(3)Preocupação com forma corporal	2.73	.563	.800	.682	.052	.002	.580	.783
(4)Preocupação com o peso	4.10	.609	.743	.676	.053	.002	.572	.780
EDE total	4.24	.621	.714	.667	.054	.004	.562	.773

Leg: *cut point* = ponto de corte; *SP* = especificidade; *SE* = sensibilidade; *AUC* = *area under the curve*; *Ep* = erro padrão; *p* = nível de significância;

**Passo 3:**

Na discriminação entre o Grupo de Perturbação Alimentar sem outra especificação *versus* grupo com Anorexia e Bulimia, os pontos de corte identificados revelaram-se pouco eficazes, como se pode observar pela leitura do Quadro 4.4.14.

**Quadro 4.4.14. Ponto de corte, especificidade, sensibilidade, AUC e intervalos de confiança das subescalas e do total da EDE 16.OD (grupo PASOE vs grupo Anorexia + Bulimia)**

EDE	cut point	SP	SE	AUC	Ep	p	intervalo de confiança (95%)	
							inf.	sup.
(1)Restrição alimentar	3.90	.488	.619	.553	.055	.335	.446	.660
(2)Preocupação com a alimentação	3.70	.637	.667	.652	.052	.006	.549	.755
(3)Preocupação com forma corporal	5.06	.637	.500	.569	.055	.213	.461	.677
(4)Preocupação com o peso	4.10	.588	.524	.556	.055	.314	.448	.663
EDE total	4.00	.600	.524	.562	.055	.262	.454	.670

Leg: *cut point* = ponto de corte; *SP* = especificidade; *SE* = sensibilidade; *AUC* = *area under the curve*; *Ep* = erro padrão; *p* = nível de significância;

A *AUC* foi significativa apenas para a subescala preocupação alimentar ( $p = .006$ ), considerando o ponto de corte de 3.70, mas mais uma vez, apresenta um valor considerado como não aceitável, com uma proporção de sujeitos correctamente classificados inferior a 70%.

#### Passo 4:

O Quadro 4.4.15 apresenta os valores dos pontos de cortes nas pontuações das subescalas e total da EDE 16.OD e os índices de qualidade desses pontos, calculados para a discriminação entre o grupo Anorexia Nervosa *versus* grupo Bulimia.

**Quadro 4.4.15. Ponto de corte, especificidade, sensibilidade, AUC e intervalos de confiança das subescalas e do total da EDE 16.OD (grupo Anorexia vs grupo Bulimia)**

EDE	cut point	SP	SE	AUC	Ep	p	intervalo de confiança (95%)	
							inf.	sup.
(1)Restrição alimentar	4.10	.600	.467	.533	.065	.611	.405	.661
(2)Preocupação com a alimentação	3.70	.657	.600	.629	.063	.050	.505	.752
(3)Preocupação com forma corporal	5.10	.800	.600	.700	.059	.002	.584	.816
(4)Preocupação com o peso	4.10	.743	.622	.683	.061	.005	.564	.801
EDE total	4.30	.714	.644	.679	.061	.006	.560	.799

Leg: cut point= ponto de corte; SP = especificidade; SE = sensibilidade; AUC = area under the curve; Ep = erro padrão; p = nível de significância;

Pela estratégia utilizada no passo 4, a *AUC* foi significativa nas subescalas preocupação com a forma e preocupação com o peso e no total da EDE 16.OD. Contudo este índice só na subescala preocupação com a forma assume um valor aceitável ( $AUC = .700$ ), isto significa, que apenas nesta subescala a *AUC* atinge 70% de predições correctas. Mas mesmo neste caso, o intervalo de confiança para a atribuição de um diagnóstico de Bulimia, a sujeitos com uma pontuação acima de 5.10 nesta subescala, atinge um mínimo de 58.4% (limite inferior). Assim, podemos considerar esta estratégia não nos permite identificar pontos de corte que traduzam a garantia da atribuição de um diagnóstico correcto.

#### Passo 5:

Na discriminação entre Anorexia Nervosa e Perturbação Alimentar sem outra especificação, nenhuma das *AUC* foi estatisticamente significativa (conforme pode ser observado no Quadro 4.4.16), o

que significa que mesmo o melhor ponto de corte encontrado não nos permite discriminar com garantia entre os grupos considerados.

**Quadro 4.4.16. Ponto de corte, especificidade, sensibilidade, AUC e intervalos de confiança das subescalas e do total da EDE 16.OD (grupo Anorexia vs grupo PASOE)**

EDE	cut point	SP	SE	AUC	Ep	p	intervalo de confiança (95%)	
							inf.	sup.
(1)Restrição alimentar	3.90	.619	.489	.554	.062	.386	.433	.675
(2)Preocupação com a alimentação	3.20	.595	.644	.620	.061	.054	.501	.738
(3)Preocupação com forma corporal	4.70	.548	.467	.507	.062	.909	.383	.629
(4)Preocupação com o peso	3.90	.476	.578	.551	.062	.415	.429	.672
EDE total	3.10	.500	.511	.506	.062	.929	.383	.628

Leg: cut point= ponto de corte; SP = especificidade; SE = sensibilidade; AUC = area under the curve; Ep = erro padrão; p = nível de significância;

#### Passo 6:

A discriminação entre as pontuações da EDE 16.OD entre o grupo Bulimia e o grupo Perturbação do Comportamento Alimentar sem outra especificação, a AUC foi significativa para todas as subescalas o total da EDE 16.OD, à excepção da subescala restrição alimentar ( $p = .431$ ). Contudo os valores da AUC, para o total da EDE 16.OD e para as subescalas preocupação com a forma e preocupação com o peso, são inferiores aos critérios considerados como aceitáveis de acordo com Hosmer e Lemeshow (2000), ou seja, a proporção de casos correctamente classificados é inferior a 70%. Apenas na subescala preocupação com a alimentação, a AUC assume um valor superior a .70 (cf. Quadro 4.4.17).

**Quadro 4.4.17. Ponto de corte, especificidade, sensibilidade, AUC e intervalos de confiança das subescalas e do total da EDE 16.OD (grupo Bulimia vs grupo PASOE)**

EDE	cut point	SP	SE	AUC	Ep	p	intervalo de confiança (95%)	
							inf.	sup.
(1)Restrição alimentar	3.90	.619	.486	.552	.066	.431	.423	.682
(2)Preocupação com a alimentação	3.50	.690	.743	.717	.60	.001	.600	.834
(3)Preocupação com forma corporal	5.00	.476	.800	.662	.062	.015	.540	.784
(4)Preocupação com o peso	4.10	.595	.743	.669	.062	.011	.547	.751
EDE total	4.20	.619	.714	.667	.062	.012	.544	.789

Leg: cut point = ponto de corte; SP = especificidade; SE = sensibilidade; AUC = area under the curve; Ep = erro padrão; p = nível de significância;

Como tinha ficado evidente na figura 4.4.1, a identificação de um ponto de corte que discriminasse com segurança as perturbações alimentares entre si levanta sérias dificuldades. Através das análises apresentadas, verifica-se que os pontos de corte encontrados são pouco eficazes para a discriminação destes quadros clínicos entre si, qualquer que seja a estratégia utilizada, isto é, a probabilidade de acerto não é muito superior ao aleatório. Em suma, os pontos de corte identificados são pouco eficazes, para a discriminação dos diferentes quadros de Perturbação do Comportamento Alimentar entre si.

#### 4.4. Discussão e síntese dos resultados

A *Eating Disorder Examination* 16.OD (EDE16.OD; Fairburn *et al.*, 2008) é uma entrevista semi-estruturada para a avaliação das Perturbações do Comportamento Alimentar, que permite obter uma medida precisa da gravidade da psicopatologia específica associada à patologia alimentar (*i.e.*, restrição alimentar, preocupação com a alimentação, preocupação com a forma corporal, preocupação com o peso), servindo também como instrumento de diagnóstico para a Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Perturbação Alimentar sem outra especificação (de acordo com os critérios do *DSM-IV*). Embora a sua utilização em determinados contextos seja considerada como pouco viável em determinados contextos clínicos, devido ao tempo exigido para a sua aplicação e ao facto de requerer entrevistadores bem treinados (não apenas na técnica e regras de pontuação que norteiam este instrumento, mas também em relação ao domínio rigoroso dos conceitos que estão a ser avaliados), esta entrevista é considerada como a “medida de ouro” no âmbito da patologia alimentar (*e.g.*, Garner, 1995, 2002; Rosen & Srebnik, 1990; Smith *et al.*, 1994; Wilson, 1993).

A natureza complexa da sintomatologia característica das perturbações alimentares e a ambiguidade na definição de alguns dos seus constructos centrais (*e.g.* episódios de ingestão compulsiva, exercício físico excessivo, ou sobrevalorização do peso e da forma corporal) tornam estas perturbações especialmente exigentes em termos da sua avaliação (Beglin & Fairburn, 1992; Cooper & Fairburn, 1987; Fairburn & Beglin, 1994; Walsh & Garner, 1997). Considerando como exemplo a medição da frequência e da gravidade de episódios de ingestão alimentar compulsiva, verifica-se que alguns dos episódios considerados como excessivos pelos sujeitos correspondem a ingestões de quantidades normais, ou até mesmo pequenas de alimentos, sendo a resposta do sujeito enviesada pela sua percepção de descontrolo, não reflectindo a quantidade objectiva de alimentos ingeridos. Ou ainda, a avaliação da intensidade ou centralidade da preocupação em relação à imagem corporal ou aparência física, característica central das patologia alimentar mas reportada por sujeitos sem patologia alimentar, especialmente entre a população feminina. Estas questões, que comprometem muitas vezes uma avaliação rigorosa através de instrumentos de auto-resposta, podem ser facilmente contornadas por meio de entrevista, nas quais o examinador tem oportunidade de esclarecer, e dar linhas de orientadoras da objectivação dos constructos a avaliar, e especificar a significância clínica ou o grau de interferência destes fenómenos. Neste contexto, vários estudos têm demonstrado que as entrevistas clínicas, e mais especificamente a EDE, como a metodologia mais precisa para as Per-

turbações do Comportamento Alimentar, e especialmente úteis em contextos de investigação (e.g., Garner, 1995, 2002; Rosen & Srebnik, 1990; Rosen *et al.*, 1990; Smith *et al.*, 1994; Wilson, 1993).

A pertinência da EDE justifica o conjunto de análises realizadas numa amostra da população clínica constituída por 125 sujeitos com Perturbação do Comportamento Alimentar e numa amostra de controlo com 121 indivíduos da população geral, com idades compreendidas entre 13 e 50 anos de idade. Este estudo pretendeu dar um contributo para a utilidade e validade clínica desta entrevista, através da identificação de pontos de corte eficazes na discriminação de sujeitos com e sem patologia alimentar. Adicionalmente, e considerando que de acordo com as normas da EDE os resultados obtidos devem ser lidos tendo em conta os dados normativos, são também apresentados as médias e os desvios-padrão, por subescala e para o total da EDE 16.OD, para o grupo clínico e o grupo de controlo. Superando-se assim uma grave limitação na interpretação dos dados desta entrevista em amostras da população portuguesa.

Os valores de consistência interna encontrados para a EDE 16.OD total ( $\alpha = .98$ ) e para as respectivas subescalas (entre .86 na subescala restrição alimentar e de .96 para a subescala preocupação com a forma corporal) foram elevados, confirmando a boa fidedignidade deste instrumento. Estes dados corroboram a validade deste instrumento reportada em numerosos estudos (e.g., Berg *et al.*, 2008; Cooper *et al.*, 1989; Fairburn, 2008; Fairburn & Cooper, 1993; Grilo *et al.*, 2004; Wilson & Smith, 1989).

A análise dos dados normativos da EDE 16.OD evidenciou uma clara discrepância entre os valores médios obtidos, no total da EDE 16.OD, pelo grupo sem patologia alimentar ( $M = 0.38$ ;  $DP = 0.50$ ), em relação à pontuação obtida pelos três quadros clínicos: Anorexia Nervosa ( $M = 3.95$ ;  $DP = 1.03$ ); Bulimia Nervosa ( $M = 4.61$ ;  $DP = 0.72$ ); e PASOE ( $M = 3.77$ ;  $DP = 0.93$ ). Esta diferença é igualmente evidente nos *scores* médios em todas as subescalas da EDE 16.OD, verificando-se que mesmo quando se considera a  $M \pm DP$  as pontuações do grupo sem patologia alimentar são sempre inferiores às da população clínica, qualquer que seja o diagnóstico de perturbação alimentar considerado e o domínio (ou subescala) avaliado.

A investigação da utilidade discriminativa da EDE 16.OD (total e subescalas) entre sujeitos com e sem patologia do comportamento alimentar, iniciou-se pelo cálculo dos respectivos pontos de corte, através do recurso à regressão logística binária. Os estudos efectuados demonstraram que um ponto de corte de 2.16 no total da EDE 16.OD, e uma pontuação de, ou acima de 2.30, 1.70, 2.75 e de 2.10 para as subescalas restrição alimentar, preocupação com a alimentação, preocupação com a forma corporal e preocupação com o peso, respectivamente, apresentam um nível de precisão de diagnóstico excelente. Todos os pontos de corte considerados apresentaram níveis muito satisfatórios de sensibilidade (entre .862 e .976) e especificidade (de .959 a 1). A mesma análise em relação à entrevista total, verifica-se que pontuações iguais ou superiores a 2.16 permitem classificar correctamente 99.8% dos casos da nossa amostra com Perturbação do Comportamento Alimentar. Na nossa amostra, 100% dos sujeitos identificados como isentos de perturbação foram correctamente identificados como não tendo patologia alimentar (*especificidade* = 1), e 97.6% dos sujeitos com diagnósti-

co de perturbação alimentar foram correctamente assinalados, a partir do ponto de corte considerado (*sensibilidade* = .976).

As análises realizadas com vista à investigação do poder discriminativo da EDE 16.OD, em relação aos diferentes diagnósticos no âmbito da patologia alimentar (*i.e.*, entre Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Perturbações do Comportamento Alimentar sem outra especificação) revelaram que os pontos de corte identificados são pouco eficazes. Este dado era espectável, atendendo aos resultados médios obtidos pelos três grupos clínicos nas 4 subescalas e no total da EDE 16.OD, e teoricamente, uma vez que esta entrevista mede as dimensões centrais e comuns às diferentes condições clínicas associadas à patologia alimentar (tais como, restrição alimentar, preocupação com a alimentação, preocupação com a forma corporal, e preocupação com o peso). Por outras palavras este instrumento assenta na medição de atitudes e comportamentos de sobrevalorização do peso e imagem corporal e do controlo alimentar, características definidoras da patologia alimentar e partilhadas por estas condições clínicas.

Em síntese, os resultados dos estudos mostram que os pontos de corte identificados revelam uma excelente precisão diagnóstica para detectar perturbação do comportamento alimentar, analisada através das curvas ROC. Estes resultados documentam a EDE 16.OD como uma medida eficaz e rigorosa na identificação de casos com Perturbação do Comportamento Alimentar, confirmando, assim, a sua utilidade tanto em contexto clínico (como instrumento de diagnóstico), como em contexto de investigação (como medida discriminativa entre sujeitos com e sem perturbação alimentar). No entanto, as análises separadas por grupos clínicos revelaram uma capacidade de diagnóstico, entre os diferentes quadros de Perturbações do Comportamento Alimentar de acordo com os critérios definidos pelo *DSM-IV*, não aceitável. No entanto, parece-nos que este resultado não questiona o valor deste instrumento de medida, traduzindo apenas que os diferentes quadros de Perturbação do Comportamento Alimentar identificados pelo Manual de Diagnóstico da APA (1994) caracterizam-se mais pelas suas características comuns do que pelos aspectos diferenciadores (Fairburn, 2008; Fairburn *et al* 2009; Fairburn *et al* 2003; Fairburn & Harrison, 2003; Waller, 1993; Walsh & Garner, 1997). Assim, os dados revelados neste estudo parecem pertinentes, com utilidade clínica e enquanto suporte para a investigação no âmbito da patologia alimentar, fornecendo limites (ou pontos de corte) com uma excelente precisão para a identificação de casos com Perturbação do Comportamento Alimentar. Desta forma, julgamos que estes dados colmatam uma grave lacuna, uma vez que não existem até à data dados normativos da EDE (referentes às amostras clínica e não-clínicas da população portuguesa) a partir dos quais se possa fazer uma leitura objectiva dos valores obtidos nesta entrevista. Por outro lado, e embora os resultados obtidos nas subescalas e no total da EDE 16.OD não nos tenham permitido identificar um ponto de corte eficaz para a discriminação dos diferentes quadros clínicos de patologia alimentar (*i.e.*, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, e Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação), esta limitação pode ser superada, uma vez que esta entrevista possui um conjunto adicional de questões as quais permitem ao entrevistador estabelecer um diagnóstico específico de Anorexia ou de Bulimia Nervosa, de acordo com os critérios fornecidos pelo manual da APA (1994).





## Capítulo 5

Estudos da regulação da aceitação social e a sua expressão psicopatológica diferencial entre géneros



## Capítulo 5

### Estudos da regulação da aceitação social e da sua expressão psicopatológica diferencial entre géneros

1. Estudo da “necessidade de parecer socialmente perfeito” enquanto estratégia de regulação interpessoal e o seu impacto na psicopatologia
2. Estudo do perfeccionismo e das estratégias de relação *eu-eu* auto-críticas e auto-tranquilizadora: O efeito mediador do *eu-inadequado* na relação entre auto-apresentação perfeccionista e psicopatologia
3. Estudo da mentalidade de *ranking* social e da sua relação com psicopatologia: O efeito moderador do *striving* inseguro na relação entre a comparação social da aparência física e a procura da magreza



## Capítulo 5

### Estudos da regulação da aceitação social e da sua expressão psicopatológica diferencial entre géneros

#### Introdução

A perspectiva evolucionária tem sublinhado a necessidade de afiliação e segurança para a compreensão do comportamento humano, conceptualizando as perturbações psicopatológicas enquanto resultado de processos mal-adaptativos de regulação destas necessidades humanas fundamentais, numa determinada ecologia (*e.g.*, Gardner & Wilson, 2004; Gilbert, 2006a; Nesse, 2000). Inerente a esta perspectiva, está a noção de que o contexto social desempenha uma função essencial na definição dos processos envolvidos na psicopatologia e na sua expressão. De facto, a literatura tem demonstrado que o grau e a expressão da psicopatologia são influenciados pelas dinâmicas competitivas contextuais, as quais definem, para cada grupo social, padrões claros e objectivos de aceitação vs rejeição (Arrindel *et al.*, 2003; Kasser, 2002; Wilkinson, 1996).

Sendo a aceitação social uma necessidade humana básica (*e.g.*, Bailey, 2000; Gilbert & Procter, 2006; Panksepp *et al.*, 1997), os indivíduos têm de estar conscientes de quais as características que o seu grupo social considera como mais salientes ou atraentes (Gilbert, 2002; Buote *et al.*, 2011), esforçando-se por adaptar o seu comportamento ou a sua imagem de acordo com as normas sociais, de forma a garantirem a pertença nesse grupo e o acesso a recursos sociais como apoio, valorização e admiração por parte de outros significativos (*e.g.*, Barkow, 1980; Bellew *et al.*, 2006; Burkle *et al.*, 1999; Gilbert, 1992, 1997, 2000b; 2002; McKinley, 1999). Paralelamente, vários autores têm salientado que esta procura de segurança e de uma posição social favorável pode levar a várias respostas mal-adaptativas e ao sofrimento (*e.g.*, Gatward, 2007).

De acordo com a abordagem deste trabalho, o estilo de vinculação e a mentalidade de *ranking* social estão intimamente relacionados, conforme foi abordado no Capítulo 2. Com efeito, os indivíduos que apresentam um estilo de vinculação pouco seguro e que percebem as suas relações com os

outros como frágeis, não duradouras e não compensatórias, sentem-se sob permanente escrutínio social (Sloman, 2000), apresentando uma incessante procura de aprovação ou reconhecimento. Este estilo de vinculação promove, assim, um enfoque na comparação social e em estratégias de *striving* (Gilbert, 1989, 2005a, 2010b; Gilbert et al., 2007). Isto significa que os seus modelos internos, de relação com o *self* e com os outros, são organizados em termos de competição (Leary, 1995; Gilbert, 1989, 2005b; Gilbert et al., 2007), isto é, com base em dimensões de poder, controlo e competitividade (e.g., Gilbert, 2005a). Por outras palavras, aqueles que percebem as suas ligações como algo a conquistar, através da constante demonstração de características atraentes, esforçam-se por ir ao encontro das expectativas dos outros e tendem a adoptar comportamentos como a auto-monitorização, a auto-culpabilização e o auto-criticismo (Gilbert & Procter, 2006). Ainda que estas estratégias visem a auto-tranquilização, está bem documentado que esta mentalidade de *ranking* se associa a sentimentos de derrota, inferioridade, subordinação, humilhação e rejeição, aumentando a vulnerabilidade para o desenvolvimento de psicopatologia (e.g., Bellew et al., 2006; Gilbert, 1992, 2005a; Gilbert et al., 2007; Gilbert et al., 2009; Trower & Gilbert, 1989).

Paralelamente é aceite que os processos que visam regular a aceitação por parte dos outros obedecem a dinâmicas específicas consoante o género. No entanto, a natureza destes processos, e a sua interacção com os sintomas psicopatológicos no sexo masculino e feminino não estão claramente compreendidos. Assim, os estudos que constituem este capítulo procuram iluminar a natureza da relação entre vinculação ao grupo, sensibilidade interpessoal e os processos de *ranking* social na expressão psicopatológica, nos dois sexos.

É, ainda, reconhecido que os indivíduos que percebem o mundo como um lugar inseguro e os outros como não cuidadores e não confiáveis, apresentam uma maior probabilidade de aceitar as normas ou valores culturais (nomeadamente acerca da importância de uma aparência física magra; Atlas, 2004), e tendem a adoptar comportamentos que consideram mais seguros (Gilbert & Procter, 2006). Assim, considera-se como hipótese em estudo que, para o sexo feminino, a procura de um corpo magro e a restrição alimentar, amplamente valorizados nas sociedades ocidentais modernas (e.g., Feingold, 1992; Kanazawa & Kovar, 2004; Webster & Driskell, 1983), podem tornar-se um meio para competir por uma posição social segura e pela aceitação, especialmente em mulheres que se percebem como inferiores e com uma relação insegura com os outros. Deste modo, sendo a atractividade física um dos domínios em que as mulheres mais investem com vista a aumentar o seu estatuto social (Ferreira et al., 2011a; Gilbert et al., 1995; Myers & Crowther, 2009; Troop et al., 2003), o excessivo controlo sobre o corpo e a alimentação poderá ser compreendido como forma de garantir a sua pertença no grupo, ou seja, poderá funcionar como um sinal que estes indivíduos podem competir num importante domínio social, a sua imagem corporal.

## 1. Estudo da “necessidade de parecer socialmente perfeito” enquanto estratégia de regulação interpessoal e o seu impacto na psicopatologia

### 1.1. Objectivo e desenho do estudo

A abordagem da vinculação ao grupo social, desenvolvida com base na Teoria da Vinculação de Bowlby (1969, 1973, 1980, 1982), considera que os indivíduos possuem modelos internos de si enquanto membro de um grupo, assim como modelos internos do seu grupo de pertença, os quais influenciam o padrão cognitivo, emocional e comportamental do sujeito (Smith *et al.*, 1999). Segundo a perspectiva de Smith e colaboradores (1999), uma vinculação segura ao grupo social associa-se a um sentimento de pertença mais desenvolvido, a expectativas mais positivas face ao grupo e a menor preocupação com a necessidade de garantir a aprovação externa. Por oposição, para os indivíduos com um estilo de vinculação inseguro ao grupo de pares, as suas relações interpessoais são percebidas como não confiáveis e não duradouras, fazendo com que estes se foquem excessivamente no estatuto social e no poder dos outros, enquanto fonte de ameaça para os controlar, magoar ou rejeitar (Gilbert & Procter, 2006). Assim, o grupo social pode ser conceptualizado pelo indivíduo como acolhedor e aceitante em relação ao *eu*, ou pelo contrário, como coercivo, rejeitante e como uma fonte de ameaça (Collins & Read, 1990).

Sendo a proximidade e a pertença a um grupo uma necessidade humana fundamental (*e.g.*, Baumeister & Leary, 1995; Bowlby, 1973; Gilbert, 1989), diferentes sistemas fisiológicos e psicológicos evoluíram de forma a regular as relações sociais. Em consequência, desenvolveu-se uma sensibilidade inata para pistas sinalizadoras de abandono, bem como um vasto leque de respostas para reduzir a sua probabilidade de rejeição (Gilbert, 1989). Nesta perspectiva, os relacionamentos sociais caracterizados pelo sentimento de insegurança face às intenções e respostas dos outros e a percepção do grupo como não cuidador (*i.e.*, um estilo de vinculação inseguro) tornam os indivíduos extremamente sensíveis nas suas relações interpessoais, associando-se a uma sobre-identificação de pistas de crítica e de rejeição (Gilbert & Procter, 2006), assim como a um insaciável desejo de obter aprovação social (Bartholomew, 1990; Park *et al.*, 2004).

A sensibilidade interpessoal é compreendida, de um ponto de vista evolucionário, como um constructo complexo, que engloba diferentes dimensões, entre as quais se destacam a sensibilidade ao *put-down* e a sensibilidade à rejeição (Gilbert, Irons *et al.*, 2006).

De acordo com Allan e Gilbert (1997), os indivíduos com elevada sensibilidade ao *put-down* apresentam um foco cognitivo ao nível da comparação social, no sentimento de inadequação e na crença de que os outros olham para si como inferiores. Por sua vez, a sensibilidade à rejeição, relaciona-se com o grau de sensibilidade a sinais de possível ruptura afectiva, à perda de suporte social ou à ausência de ajuda (Gilbert, Irons *et al.*, 2006; Gilbert & Miles, 2000). Mais concretamente, este constructo pode ser conceptualizado como um sistema motivacional defensivo (Pietrzak *et al.*, 2005), ou seja, como um mecanismo fisiológico que quando activado facilita a previsão, monitorização e detecção de pistas de rejeição, e prepara o indivíduo para lhes responder prontamente. Nos sujeitos com elevada sensibilidade à rejeição este sistema é automaticamente activado, mesmo em situações

sociais ambíguas ou neutras (Downey, Freitas, *et al.*, 1998; Downey, Lebolt *et al.*, 1998). Estas variáveis de suporte social (*i.e.*, o estilo de vinculação ao grupo e sensibilidade interpessoal) têm sido enfatizadas enquanto factores associados ao bem-estar e à saúde mental (*e.g.*, Boyce & Mason, 1996; Davidson *et al.*, 1989; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert, Irons, *et al.*, 2006; Gilbert & Miles, 2000; Sloman, 2000).

Os indivíduos que percebem o seu mundo social como inseguro tendem a adoptar comportamentos que visam a procura de aprovação e admiração social, e endossam a crença da “necessidade de parecer perfeito aos olhos dos outros” (Gilbert, Durrant, *et al.*, 2006; Gilbert & Procter, 2006; Hewitt *et al.*, 2003). Hewitt e colaboradores (2003) conceptualizam a auto-apresentação perfeccionista como a dimensão social do traço de perfeccionismo, que assenta na necessidade, percebida pelo indivíduo, de apresentar um *self* público ideal. De acordo com esta leitura, o sujeito empenha-se por veicular uma imagem social do *eu* como perfeito, como forma de corresponder às expectativas dos outros e garantir a sua aceitação, esforçando-se por ocultar, ou não revelar aos outros, as características do *self* percebidas como imperfeições, defeitos ou falhas (Hewitt *et al.*, 2003). Este estilo interpessoal mal-adaptativo do perfeccionismo tem sido apontado como um importante factor de vulnerabilidade para a psicopatologia, aquando na presença de situações indutoras de *stress* em domínios centrais para o indivíduo (McGee *et al.*, 2005).

A ideia original deste estudo foi explorar se a necessidade de se apresentar socialmente como perfeito tem um impacto mediador na relação entre uma maior sensibilidade interpessoal e o comportamento alimentar perturbado. No entanto, embora teoricamente bem documentada, a revisão da literatura mostrou uma inesperada escassez de dados empíricos que suportem a pertinência da vinculação ao grupo social e da sensibilidade interpessoal para a explicação da vulnerabilidade para a psicopatologia alimentar. Existem, apenas, alguns dados que apontam para a relação entre o estilo de vinculação ao grupo e as preocupações relativas à aparência física (Mckinley & Randa, 2005), nomeadamente com o peso corporal (Sharpe *et al.*, 1998). Assim, paralelamente ao objectivo central foram definidos outros subestudos que pretenderam colmatar as lacunas existentes na compreensão da relação entre a vivência do grupo social como pouco securizante e o endosso da crença acerca da necessidade de se apresentar como perfeito para os outros, e ainda, investigar o impacto diferencial destas variáveis na expressão psicopatológica (geral e alimentar), no sexo masculino e no sexo feminino.

Num primeiro ponto pretendeu-se explorar a existência de diferenças significativas entre géneros em relação à sensibilidade interpessoal e à necessidade de uma “auto-apresentação perfeccionista”. De acordo com os modelos teóricos, as adolescentes e mulheres jovens apresentam uma relação de maior dependência e submissão com os pares (Gilbert, Irons *et al.*, 2006), enquanto os homens parecem ser mais dependentes do seu estatuto social (Taylor *et al.*, 2000). A ser assim, é esperado que as mulheres apresentem pontuações médias significativamente superiores nas variáveis de sensibilidade ao *put-down* e à rejeição social, e que o grupo do sexo masculino apresente *scores* mais elevados em termos das estratégias de promoção de uma auto-apresentação perfeccionista, compreendida como um processo interpessoal de defesa da sua posição no grupo.



O segundo ponto deste estudo explora a associação entre estas variáveis de suporte social e a sua relação com as dimensões de psicopatologia geral e alimentar. Num primeiro tópico pretendemos clarificar a natureza das relações entre a vinculação ao grupo de pares e as dimensões de sensibilidade nas relações interpessoais. Será expectável, uma associação positiva entre um vínculo inseguro com o grupo e maior disposição para a reacção emocional perante situações em que se é alvo de crítica social (*put-down*), e maior preocupação com a rejeição. Num segundo tópico foi explorada a relação entre a auto-apresentação perfeccionista e as dimensões de suporte social em estudo. Neste caso é previsível uma associação entre a necessidade de apresentação de uma imagem social de perfeição e uma vivência social pautada pela insegurança. Por fim, foi igualmente investigada a relação entre estas variáveis de suporte social e os indicadores de psicopatologia geral (depressão, ansiedade e *stress*) e alimentar (procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal). De forma a explorar as diferenças no padrão de associação entre estas variáveis por sexo, em todos estes estudos foram realizadas análises correlacionais em função do género. De acordo com dados de estudos anteriores (e.g., Boyce & Mason, 1996; Davidson *et al.*, 1989; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Miles, 2000), é hipotetizado que um maior grau de insegurança nas relações interpessoais e um maior endosso na crença acerca da necessidade de se apresentar como perfeito se associam positivamente com os diferentes indicadores de psicopatologia geral, quer para os homens quer para as mulheres. Relativamente aos indicadores de patologia alimentar, espera-se que a sua relação com a sensibilidade interpessoal e a auto-apresentação perfeccionista assumam contornos distintos em função do género, dado que a aparência física é um atributo especialmente valorizado entre a população feminina (e.g., Kanazawa & Kovar, 2004; Webster & Driskell, 1983).

Um terceiro ponto do estudo teve como objectivo analisar, através de uma medida estatística, qual o contributo da vinculação insegura ao grupo, das diferentes dimensões de sensibilidade interpessoal e da necessidade de auto-apresentação perfeccionista na explicação da depressão e da procura da magreza, nos dois géneros.

Finalmente, num quarto ponto foi explorado o efeito de mediação da auto-apresentação perfeccionista na relação entre a sensibilidade ao *put-down* e a procura da magreza na amostra do sexo feminino. Este estudo assenta na hipótese que para as mulheres, a relação entre a sensibilidade à crítica externa e a procura da magreza (definida por atitudes e comportamentos de sobrevalorização da magreza) poderá ser parcialmente explicada pelo endosso na crença acerca da necessidade de se apresentarem como perfeitas.

Para a prossecução dos objectivos propostos foi constituída uma amostra de 495 adolescentes e jovens adultos da população geral, com idades entre os 13 e os 30 anos de idade, dos quais 203 pertencem ao sexo masculino e 292 ao sexo feminino. Os participantes do sexo masculino apresentam uma idade média de 20.78 ( $DP = 2.64$ ) e de 13.91 ( $DP = 1.28$ ) anos de escolaridade. As participantes do sexo feminino apresentam uma média de idade de 20.73 ( $DP = 2.81$ ) e de 13.80 ( $DP = 1.65$ ) anos de escolaridade. Os dois grupos não mostram diferenças estatisticamente significativas em termos da idade ( $t_{(493)} = .181$ ;  $p = .856$ ), nem nos anos de escolaridade ( $t_{(493)} = .762$ ;  $p = .446$ ).

Como medidas de avaliação foram utilizadas: a Escala de Vinculação ao Grupo Social (SGAS; Smith *et al.*, 1999; Dinis *et al.*, 2008); a Escala de Sensibilidade ao *Put-down* (SPD; Gilbert & Miles, 2000; Lopes & Pinto-Gouveia, 2005); o Questionário de Sensibilidade à Rejeição Social (RSQ; Downey & Feldman, 1996; Ferreira & Pinto-Gouveia, 2006); e a Escala de Auto-apresentação Perfeccionista (PSPS; Hewitt *et al.*, 2003; Ferreira *et al.*, 2009a). As medidas de psicopatologia utilizadas foram as Escalas de Depressão, Ansiedade e *Stress* (DASS 42; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro *et al.*, 2004), e as subescalas procura da magreza, insatisfação corporal e bulimia, do Inventário de Perturbações Alimentares (EDI; Garner *et al.*, 1983; Machado *et al.*, 2001). Estas medidas, e os respectivos alfas de *Cronbach*, encontram-se descritas no Capítulo 3.

Nas análises preliminares para os estudos, a avaliação do pressuposto da distribuição normal dos dados foi efectuada a partir do teste *Kolmogorov-Smirnov* e dos valores de *Skewness and Kurtosis*, na amostra do sexo masculino e na amostra do sexo feminino. Os resultados obtidos permitiram-nos concluir, de acordo com Kline (1998), que os dados das variáveis em estudo seguem uma distribuição normal nas duas amostras. Esta premissa foi, ainda, corroborada pela inspecção visual dos gráficos da distribuição dos dados. Adicionalmente foi examinada a adequabilidade dos dados para análises de regressão. As análises de *residuals scatter plots* mostrou que os resíduos se encontravam normalmente distribuídos, tinham linearidade e não apresentavam heteroscedasticidade. Também a independência dos erros foi analisada e validada através da análise gráfica e dos valores de *Durbin-Watson*, com valores entre 1.773 e 2.230 (Field, 2004). Não foi, ainda, evidenciada a presença de multicolinearidade ou singularidade entre as variáveis, uma vez que os valores de *Variance Inflation Factor* (VIF) indicaram a ausência de problemas de estimação do  $\beta$  (VIF < 5). Em suma, os procedimentos enunciados permitiram confirmar a adequabilidade dos dados em estudo para a realização de análises de regressão.

## **1.2. Estudo das variáveis de vinculação, sensibilidade interpessoal, auto-apresentação perfeccionista e indicadores de psicopatologia geral e alimentar em função do género**

Este estudo pretende explorar em que medida os dois grupos da amostra, sexo masculino e sexo feminino, se diferenciam nas variáveis relacionadas com a vinculação ao grupo social, sensibilidade interpessoal (ao *put-down* e à rejeição) e de auto-apresentação perfeccionista, assim como nos indicadores de psicopatologia geral (depressão, ansiedade e *stress*) e do comportamento alimentar perturbado (procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal). Para a comparação dos grupos foram realizados testes *t* de *Student*, tendo sido confirmada a homogeneidade da variância em cada uma das comparações realizadas.

### **1.2.1. Estudo da vinculação ao grupo e sensibilidade interpessoal em função do género**

O Quadro 5.1.1. apresenta as análises descritivas (médias e desvios-padrão) e as comparações entre os grupos (masculino e feminino) nas variáveis de vinculação ao grupo de pares (SGAS) e nas variá-

veis de sensibilidade interpessoal, especificamente nas dimensões de sensibilidade ao *put-down* (SPD) e de sensibilidade à rejeição (RSQ).

**Quadro 5.1.1. Comparação das amostras do sexo masculino ( $n = 203$ ) e do sexo feminino ( $n = 292$ ) da população geral nas medidas de vinculação ao grupo social e de sensibilidade interpessoal**

	Sexo masculino N=203		Sexo feminino N=292		t	p
	M	DP	M	DP		
SGAS						
Vinc Grupo Insegura	78.85	15.17	80.08	17.53	-.831	.407
SPD						
Ansiedade	62.48	17.67	72.67	14.85	-6.942	.000
Raiva	62.49	15.37	71.89	13.47	-7.203	.000
Culpa Próprio	48.89	16.83	53.54	16.67	-3.018	.003
Culpa Outro	61.02	17.46	68.38	14.39	-4.918	.000
RSQ						
Preocp. Rejeição	33.92	9.23	35.31	9.42	-1.621	.106
Expectativa Apoio	45.03	6.79	47.42	6.01	-4.000	.000

Leg: SGAS = Escala de Vinculação ao Grupo Social Insegura; SPD = Dimensões da Escala de Sensibilidade ao *Put-down*: Ansiedade; Raiva ou irritação; Culpa do Próprio; Culpa do Outro; RSQ = Dimensões do Questionário de Sensibilidade à Rejeição: Preocupação com a possibilidade de rejeição social; Expectativas positivas de apoio por parte dos outros;

Em relação à vinculação insegura ao grupo social, não existem diferenças significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino. Este resultado sugere que é pouco provável que quaisquer diferenças encontradas nas outras medidas do estudo sejam o resultado de uma vinculação mais insegura ao grupo por parte das participantes do sexo feminino.

No que diz respeito às variáveis de sensibilidade interpessoal, o grupo do sexo feminino apresenta médias superiores às do sexo masculino em todas as dimensões, sendo todas estas diferenças estatisticamente significativas, com excepção à verificada na dimensão de “preocupação com a possibilidade de rejeição”, do Questionário de Sensibilidade à Rejeição.

Mais especificamente, o sexo feminino distingue-se por apresentar “reações de maior ansiedade ou transtorno”, “mais raiva ou irritação” e por manifestar níveis superiores de “auto” e “heteroculpabilização”. No que concerne à sensibilidade à rejeição (RSQ), as análises efectuadas revelam que os grupos não se distinguem significativamente, embora o sexo feminino reporte maior preocupação e ansiedade em relação à possibilidade de perda de suporte social. Mas, inesperadamente, o

grupo feminino mostra também expectativas mais elevadas de suporte por parte dos outros em situações sociais, distinguindo-se significativamente dos valores médios apresentados pelo sexo masculino.

### 1.2.2. Estudo da auto-apresentação perfeccionista em função do género

O Quadro 5.1.2. apresenta as estatísticas descritivas e a comparação *t* entre os grupos no que diz respeito à Escala de Auto-apresentação Perfeccionista (PSPS), isto é, na medida que avalia a necessidade de se apresentar como perfeito para os outros. Os resultados mostram que em relação à necessidade de parecer perfeito aos olhos dos outros, o grupo do sexo masculino apresentam valores médios significativamente superiores.

**Quadro 5.1.2. Comparação das amostras do sexo masculino (*n* = 203) e do sexo feminino (*n* = 292) da população geral na medida de auto-apresentação perfeccionista**

	Sexo masculino		Sexo feminino		t	p
	N=203		N=292			
	M	DP	M	DP		
PSPS						
Auto-apr. Perfeccionista	107.45	21.37	99.08	24.03	4.061	.000

Leg: PSPS = Escala de Auto-apresentação Perfeccionista;

### 1.2.3. Estudo dos indicadores de psicopatologia geral e do comportamento alimentar perturbado em função do género

No Quadro 5.1.3. são apresentadas as médias, desvios-padrão e as comparações *t* entre os grupos nas variáveis de psicopatologia geral e do comportamento alimentar.

**Quadro 5.1.3. Comparação das amostras do sexo masculino ( $n = 203$ ) e do sexo feminino ( $n = 292$ ) da população geral nas medidas de psicopatologia geral e do comportamento alimentar**

	Sexo masculino		Sexo feminino		t	p
	N=203		N=292			
	M	DP	M	DP		
DASS42						
Depressão	8.16	7.99	7.58	8.66	.761	.447
Ansiedade	7.69	6.71	6.36	6.85	2.143	.033
Stress	11.34	6.98	12.75	8.30	-2.056	.040
EDI						
Procura Magreza	.93	1.84	2.53	3.73	-6.314	.000
Bulimia	.73	1.57	.80	1.62	-.471	.638
Ins. Corporal	2.93	4.00	5.75	5.80	-6.389	.000

Leg: DASS 42 = Subescalas de Depressão, Ansiedade e Stress; EDI = Subescalas de Procura da Magreza; Bulimia e Insatisfação Corporal;

Em relação à psicopatologia geral, avaliada pelo DASS 42, verifica-se que os grupos se diferenciam significativamente na subescala de ansiedade e de *stress*. O sexo masculino apresenta valores médios superiores na subescala de ansiedade, enquanto o grupo do sexo feminino apresenta médias significativamente superiores na dimensão de *stress*.

Na comparação dos grupos em relação aos sintomas associados com a psicopatologia do comportamento alimentar, os resultados obtidos mostram-se de acordo com a literatura. Comparativamente com as pontuações médias apresentadas pelo grupo do sexo masculino, o sexo feminino apresenta valores superiores em todas as subescalas do EDI consideradas, sendo estas diferenças estatisticamente significativas para as subescalas de procura da magreza e insatisfação corporal.

### **1.3. Estudo da associação entre vinculação ao grupo social, sensibilidade interpessoal, auto-apresentação perfeccionista e indicadores de psicopatologia geral e alimentar**

Para estudar a associação entre a vinculação insegura ao grupo de pares, as dimensões de sensibilidade ao *put-down* e à rejeição, a necessidade de se apresentar como perfeito para os outros, e a sintomatologia psicopatológica foram realizados estudos de natureza correlacional nos grupos em estudo. Nestes estudos procurámos, ainda, verificar a existência, ou não, de um padrão idêntico de relação entre as dimensões em análise em função do género. Assim, em cada um dos quadros de correlações são apresentadas as análises para cada grupo, de modo a possibilitar uma leitura comparativa entre os valores obtidos por género.

### 1.3.1. Padrão de associação entre vinculação ao grupo social e sensibilidade interpessoal

Os estudos correlacionais, incluídos neste tópico, abordam a natureza da associação entre a vinculação insegura ao grupo social e as dimensões da sensibilidade interpessoal.

Conforme pode ser observado no Quadro 5.1.4. verifica-se que o padrão de associação entre a vinculação insegura ao grupo e as variáveis de sensibilidade interpessoal apresenta um sentido idêntico para os dois sexos, embora de maior magnitude no sexo feminino.

No sexo masculino registam-se correlações significativas positivas entre a vinculação insegura ao grupo social (SGAS) e maior sensibilidade ao *put-down* (SPD), ou criticismo social, nas dimensões “ansiedade” (ou nível de transtorno sentido) e de auto-culpabilização pela crítica. Foi igualmente possível confirmar que uma vinculação insegura ao grupo de pares se associa positivamente com a “preocupação acerca da possibilidade de ser rejeitado”, embora com uma magnitude muito baixa. Por outro lado, e como seria de esperar, verifica-se uma correlação negativa e significativa entre uma vinculação com o grupo insegura e as “expectativa positivas de apoio por parte dos outros” (RSQ).

No sexo feminino o estilo de vinculação insegura ao grupo apresenta correlações positivas significativas com a sensibilidade ao *put-down* nas dimensões de “ansiedade” e de auto-culpabilização, e ainda correlações positivas significativas, mas de magnitude muito fraca com a dimensão “raiva” (ou nível de irritação vivenciado com a crítica social). Em relação à associação entre vinculação insegura ao grupo e sensibilidade à rejeição, o sexo feminino regista associações moderadas positivas com a dimensão “preocupação acerca da possível rejeição” ( $r = .40$ ) e negativas com a dimensão “expectativa de suporte por parte dos outros” ( $r = -.43$ ).

**Quadro 5.1.4. Correlações entre vinculação insegura ao grupo de pares e sensibilidade interpessoal nas amostras do sexo masculino ( $n = 203$ ) e do sexo feminino ( $n = 292$ ) da população geral**

	Vinculação ao Grupo Insegura	
	Sexo Masculino	Sexo Feminino
SPD		
Ansiedade	.24**	.33**
Raiva	.09	.19**
Culpa Próprio	.29**	.43**
Culpa Outro	-.01	.04
RSQ		
Preocupação Rejeição	.18*	.40**
Expectativa Apoio	-.29**	-.43**

Leg: Vinculação ao Grupo Insegura = Escala de Vinculação ao Grupo Social (SGAS); SPD = Dimensões da Escala de Sensibilidade ao *Put-down*: Ansiedade; Raiva ou irritação; Culpa do Próprio; Culpa do Outro; RSQ = Dimensões do Questionário de Sensibilidade à Rejeição: Preocupação com a possibilidade de rejeição social; Expectativas positivas de apoio por parte dos outros;

Em síntese, importa destacar que as dimensões de auto-atribuição da crítica, através de reacções de ansiedade perante a crítica social e de auto-culpabilização, mostram-se mais fortemente associadas à vinculação insegura ao grupo social, comparativamente com as dimensões de atribuição externa da crítica (sentimentos de raiva/irritação e hetero-culpabilização pela crítica), para os dois sexos. Por outro lado, pela comparação dos coeficientes de correlação por género, podemos ainda salientar que a insegurança vivenciada no grupo social se associa com maior magnitude à sensibilidade perante situações em que se é alvo de crítica social, com a sensibilidade à possibilidade de rejeição e com a percepção de falta de apoio por parte dos outros no grupo do sexo feminino.

### 1.3.2. Padrão de associação entre auto-apresentação perfeccionista, vinculação insegura ao grupo de pares e dimensões de sensibilidade interpessoal

O estudo da associação entre a auto-apresentação perfeccionista, a vinculação insegura ao grupo e as dimensões que avaliam a sensibilidade interpessoal, pretendia esclarecer de que forma a necessidade de se apresentar socialmente como perfeito se relaciona com uma vivência insegura no grupo de pares, e com uma maior sensibilidade perante a crítica e a rejeição por parte dos outros. Este estudo teve como principal objectivo testar a hipótese de que os indivíduos que percebem a sua pertença ao grupo de pares como mais insegura, e que apresentam maior sensibilidade interpessoal, tendem a sentir uma maior necessidade de se apresentarem como perfeitos, através da utilização de estratégias interpessoais de promoção dos seus desempenhos ou qualidades e a ocultação, ou não revelação, dos seus erros ou das suas imperfeições.

**Quadro 5.1.5. Correlações entre auto-apresentação perfeccionista, vinculação insegura ao grupo de pares e sensibilidade interpessoal nas amostras do sexo masculino ( $n = 203$ ) e do sexo feminino ( $n = 292$ ) da população geral**

	Auto-apresentação Perfeccionista	
	Sexo Masculino	Sexo Feminino
SGAS		
Vinculação Grupo Insegura	.24**	.48**
SPD		
Ansiedade	.37**	.46**
Raiva	.33**	.34**
Culpa Próprio	.33**	.49**
Culpa Outro	.18**	.09
RSQ		
Preocupação Rejeição	.30**	.33**
Expectativa Apoio	-.11	-.33**

Leg: SGAS = Escala de Vinculação ao Grupo Social Insegura; SPD = Dimensões da Escala de Sensibilidade ao *Put-down*: Ansiedade; Raiva ou irritação; Culpa do Próprio; Culpa do Outro; RSQ = Dimensões do Questionário de Sensibilidade à Rejeição: Preocupação com a possibilidade de rejeição social; Expectativas positivas de apoio por parte dos outros; Auto-apresentação Perfeccionista = Escala de Auto-apresentação Perfeccionista (PSPS);

Os dados obtidos, e apresentados no Quadro 5.1.5, permitem-nos constatar que uma maior necessidade de se apresentar como perfeito para os outros se associa a uma vinculação insegura com os pares, com uma maior sensibilidade perante situações de crítica social, e ainda com uma maior preocupação com a possibilidade de rejeição e de menores expectativas de apoio social, nos dois grupos. A única excepção foi verificada na relação entre auto-apresentação perfeccionista e a dimensão de hetero-culpabilização no sexo feminino, e com as expectativas de apoio social, no sexo masculino.

Da comparação dos coeficientes de correlação obtidos nos dois grupos em estudo foi possível verificar que as relações entre estas dimensões assumem-se como mais expressivas no sexo feminino. É, nomeadamente, de salientar que a associação entre uma vinculação social ao grupo e a necessidade de se apresentar como perfeito no sexo feminino revela uma magnitude moderada ( $r = .48$ ), enquanto no sexo masculino esta relação apresenta um valor de  $.24$ .

### 1.3.3. Padrão de associação entre vinculação insegura ao grupo de pares, sensibilidade interpessoal, auto-apresentação perfeccionista e indicadores de psicopatologia geral

O estudo apresentado neste ponto visa explorar de que forma uma vinculação insegura ao grupo social (SGAS), uma maior sensibilidade interpessoal (SPD e RSQ) e uma maior necessidade de se apresentar como perfeito (PSPS) se associa à sintomatologia depressiva, ansiosa e de stress (DASS 42). O Quadro 5.1.6. apresenta os coeficientes de correlação para cada um dos grupos.

**Quadro 5.1.6. Correlações entre vinculação insegura ao grupo de pares, sensibilidade interpessoal, auto-apresentação perfeccionista e indicadores de psicopatologia geral, nas amostras do sexo masculino ( $n = 203$ ) e do sexo feminino ( $n = 292$ ) da população geral**

	Sexo masculino			Sexo feminino		
	DASS 42			DASS 42		
	Depressão	Ansiedade	Stress	Depressão	Ansiedade	Stress
SGAS						
Vinc. Grupo Insegura	.40**	.33**	.33**	.50**	.41**	.42**
SPD						
Ansiedade	.31**	.29**	.34**	.34**	.29**	.32**
Raiva	.09	.09	.15*	.21**	.19**	.27**
Culpa Próprio	.45**	.37**	.46**	.47**	.39**	.41**
Culpa Outro	.00	-.09	.04	.05	.04	.15*
RSQ						
Preocupação Rejeição	.26**	.22**	.24**	.27**	.25**	.29**
Expectativa Apoio	-.33**	-.26**	-.27**	-.45**	-.32**	-.31**
PSPS						
Auto-apr. Perfeccionista	.34**	.36**	.32**	.40**	.34**	.36**

Leg: SGAS = Escala de Vinculação ao Grupo Social Insegura; SPD = Dimensões da Escala de Sensibilidade ao *Put-down*: Ansiedade; Raiva ou irritação; Culpa do Próprio; Culpa do Outro; RSQ = Dimensões do Questionário de Sensibilidade à Rejeição: Preocupação com a possibilidade de rejeição social; Expectativas positivas de apoio por parte dos outros; PSPS = Escala de Auto-apresentação Perfeccionista; DASS 42 = Subescalas de Depressão, Ansiedade e de Stress;



Pela leitura dos dados podemos verificar que os resultados estão de acordo com a hipótese antecipada, registrando-se um padrão de correlações positivas e significativas entre a vinculação insegura ao grupo e os indicadores de sintomatologia psicopatológica do DASS 42 (depressão, ansiedade e *stress*). Embora o sentido das associações seja idêntico nos dois grupos, os coeficientes de correlação apresentados pelo grupo do sexo feminino (entre .41 e .50) assumem magnitudes superiores aos verificados no grupo masculino (entre .33 e .40).

Em relação ao padrão de associação verificado entre as dimensões da escala de sensibilidade ao *put-down* (SPD) e as subescalas da DASS 42, é possível constatar que as duas dimensões que avaliam uma auto-atribuição da crítica ou *put-down* apresentam uma associação mais expressiva com os indicadores de psicopatologia em estudo, nos dois sexos. Isto significa que, quer no sexo masculino quer no feminino, as dimensões de “ansiedade” e de “culpa do próprio” apresentam-se mais fortemente relacionadas com a depressão, ansiedade e *stress*, comparativamente com as dimensões de hetero-atribuição da crítica (*i.e.*, “raiva/irritação” e “culpa do outro”), as quais assumem uma relação não significativa, ou muito fraca, com as subescalas do DASS 42.

No que diz respeito ao padrão de associação entre as dimensões do Questionário da Sensibilidade à Rejeição e as subescalas do DASS 42, verifica-se que, tal como era expectável, a dimensão de preocupação em relação à possibilidade com a rejeição social se associa significativa e positivamente com a depressão, ansiedade e *stress*. Em contraste, a medida de avaliação das “expectativas de apoio” (*i.e.*, a medida de expectativas positivas de suporte por parte dos outros em situações sociais) associa-se negativamente com estas dimensões psicopatológicas. Embora o padrão de associação verificado nos dois grupos seja idêntico, mais uma vez o grupo do sexo feminino apresenta correlações mais elevadas em todos os pares de relação considerados.

Por fim, o estudo correlacional permitiu confirmar uma associação positiva significativa entre os valores da Escala de Auto-apresentação Perfeccionista (PSPS) e as pontuações obtidas nas subescalas de depressão, ansiedade e de *stress* (DASS 42), em ambos os grupos. Assim, os dados desta análise demonstraram que os sujeitos que mais endossam a crença acerca da necessidade de se apresentarem socialmente como perfeitos mostram maiores níveis de sintomatologia psicopatológica geral.

#### **1.3.4. Padrão de associação entre vinculação insegura ao grupo de pares, sensibilidade interpessoal, auto-apresentação perfeccionista e indicadores de psicopatologia alimentar**

O estudo da associação entre a vinculação insegura ao grupo (SGAS), a sensibilidade interpessoal (subescalas do SPD e RSQ), a auto-apresentação perfeccionista (PSPS) e as subescalas do EDI, pretendia esclarecer de que forma a vivência da relação insegura com o grupo, um grau mais elevado de sensibilidade perante a crítica social e maior sensibilidade à possibilidade de rejeição, e, ainda, a percepção da necessidade de se apresentar como perfeito se associa a um maior endosso em atitudes de sobrevalorização da magreza e a comportamentos alimentares perturbados. Este estudo pretendia ainda testar a hipótese previamente enunciada, de que estas variáveis (que traduzem

maior sensibilidade interpessoal e maior necessidade de corresponder a um ideal social de perfeição) se associam ao risco de desenvolvimento de Perturbação do Comportamento Alimentar de modo diferenciado em função do género.

O Quadro 5.1.7. apresenta os coeficientes de correlação entre os *scores* obtidos, pelas amostras do sexo masculino e feminino, na Escala de Vinculação ao Grupo Social, nas dimensões de sensibilidade interpessoal, de auto-apresentação perfeccionista e nos indicadores de psicopatologia alimentar, procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal.

**Quadro 5.1.7. Correlações entre vinculação insegura ao grupo de pares, sensibilidade interpessoal, auto-apresentação perfeccionista e indicadores de psicopatologia alimentar, nas amostras do sexo masculino (n = 203) e do sexo feminino (n = 292) da população geral**

	Sexo masculino			Sexo feminino		
	Procura Magreza	Bulimia	Insatisfação Corporal	Procura Magreza	Bulimia	Insatisfação Corporal
SGAS						
Vinc. Grupo Insegura	.08	.01	.11	.29**	.26**	.34**
SPD						
Ansiedade	.06	-.03	.08	.30**	.15**	.38**
Raiva	-.09	-.02	-.08	.26**	.11	.24**
Culpa Próprio	.14	.05	.19**	.29**	.17**	.36**
Culpa Outro	-.19**	.02	-.10	.13*	.09	.14*
RSQ						
Preocupação Rejeição	-.02	.05	.13	.21**	.10	.29**
Expectativa Apoio	-.27**	-.10	-.32**	-.24**	-.19**	-.37**
PSPS						
Auto-apr. Perfeccionista	.02	.09	.03	.33**	.23**	.33**

Leg: SGAS = Escala de Vinculação ao Grupo Social Insegura; SPD = Dimensões da Escala de Sensibilidade ao *Put-down*: Ansiedade; Raiva ou irritação; Culpa do Próprio; Culpa do Outro; RSQ = Dimensões do Questionário de Sensibilidade à Rejeição: Preocupação com a possibilidade de rejeição social; Expectativas positivas de apoio por parte dos outros; PSPS = Escala de Auto-apresentação Perfeccionista; EDI = Subescalas de Procura da Magreza, Bulimia e Insatisfação Corporal;

Os resultados obtidos neste estudo parecem-nos particularmente interessantes, mostrando um padrão distinto de associação entre as variáveis em estudo em função do género.

Em relação ao padrão de associação entre a vinculação insegura ao grupo e os indicadores de patologia alimentar (subescalas do EDI), verificamos que no sexo masculino o sentimento de insegurança

em relação ao grupo de pares não se relaciona de forma significativa com nenhuma das subescalas do EDI. Por oposição, no sexo feminino, a vivência de insegurança em relação ao grupo de pares associa-se significativamente com uma maior insatisfação corporal e com comportamentos alimentares perturbados, quer do tipo restritivo (procura da magreza), quer do tipo bulímico.

No que diz respeito ao padrão de associação entre as dimensões da Escala de Sensibilidade ao *Put-down* e as subescalas do EDI, no sexo masculino não se registaram associações significativas. As únicas exceções surgiram no par “culpa do próprio” e “insatisfação corporal” (.19), e no par “culpa do outro” e “procura da magreza” (-.19), mas com coeficientes de correlação muito fracos. Já no sexo feminino, as dimensões de auto-atribuição da crítica, “ansiedade” (*i.e.*, reacções de maior ansiedade perante situações em que se é alvo de *put-down*) e “culpa do próprio” (*i.e.*, a auto-culpabilização da crítica externa) apresentam-se como positiva e significativamente associadas com aquelas que são consideradas as características definidoras da patologia alimentar (insatisfação corporal, procura da magreza e bulimia).

A variável que avalia a preocupação com a probabilidade de rejeição social (RSQ) mostra-se positiva e significativamente associada com os indicadores psicopatologia alimentar (com excepção da subescala bulimia) no grupo do sexo feminino, mas não no grupo masculino. Paralelamente, a dimensão que avalia expectativas positivas de suporte ou apoio social (RSQ) revela uma relação negativa e significativa em ambos os sexos, com excepção da associação registada com a subescala de bulimia no sexo masculino.

Este estudo mostrou, ainda, que a medida de auto-apresentação perfeccionista (PSPS) mostra um padrão de associação positivo e significativo com todos os indicadores de atitudes e comportamentos alimentares perturbados (subescalas do EDI) no sexo feminino. Em oposição, no grupo do sexo masculino esta medida não se correlaciona significativamente com nenhum dos indicadores de perturbação alimentar considerados.

#### **1.4. Estudos de regressão das variáveis de vinculação ao grupo social, sensibilidade interpessoal e auto-apresentação perfeccionista sobre a psicopatologia**

As análises apresentadas neste ponto têm como intuito compreender de forma mais aprofundada os resultados obtidos nos estudos correlacionais. Com efeito, pretendíamos explorar o impacto das variáveis de vinculação social, sensibilidade interpessoal e de auto-apresentação perfeccionista na explicação da psicopatologia em função do género. Assim, optámos pela realização de análises de regressão múltipla hierárquica, independentes por género, usando a vinculação insegura ao grupo social (SGAS), sensibilidade ao *put-down* (SPS), a sensibilidade à rejeição (RSQ), e a necessidade de se apresentar como perfeito para os outros (PSPS) para predizer a depressão (DASS 42) e a procura da magreza (EDI), tidas como variáveis dependentes em estudos distintos.

Os estudos de regressão baseiam-se em análises de correlação, isto é, são estudos de associação entre preditores e um critério, assim, a estatística de regressão hierárquica múltipla realizada respeitou os resultados obtidos nas análises correlacionais apresentadas nos pontos anteriores. Assim,

nestes estudos excluíram-se das análises as componentes de “raiva” e de “culpa do outro” do SPD, por apresentarem associações pouco significativas com a variável de depressão e da procura da magreza, e ainda por serem descritas como dimensões menos associadas à psicopatologia (Gilbert, Irons *et al.*, 2006).

#### 1.4.1. Estudos de regressão das variáveis de vinculação ao grupo social, sensibilidade interpessoal e auto-apresentação perfeccionista sobre a depressão

Neste estudo foi realizada uma análise de regressão múltipla hierárquica com a vinculação insegura ao grupo (SGAS), dimensões de “ansiedade” e de “culpa do próprio” do SPD, as dimensões do RSQ, e a auto-apresentação perfeccionista (PSPS), como variáveis independentes e a depressão (DASS 42), como variável dependente.

Os Quadros 5.1.8. e 5.1.9. apresentam os resultados das análises de regressão efectuadas para a predição da depressão (DASS 42) na amostra do sexo masculino.

**Quadro 5.1.8. Sumário do modelo dos 4 passos de regressão linear múltipla hierárquica com a vinculação social ao grupo, sensibilidade ao *put-down*, sensibilidade à rejeição e a auto-apresentação perfeccionista a predizer a depressão (dass 42) para a amostra do sexo masculino**

Modelo	R	R <sup>2</sup>	F	p
1	.425	.181	42.665	.000
2	.543	.295	15.489	.000
3	.569	.324	4.017	.020
4	.588	.345	6.149	.014

V.D.-DASS 42 Depressão

**Quadro 5.1.9. Coeficientes para os 4 passos da equação de regressão múltipla hierárquica para a depressão (DASS 42) para a amostra do sexo masculino**

Modelo	preditores	$\beta$	t	p
1	Vinculação Grupo Insegura	.425	6.532	.000
2	Vinculação Grupo Insegura	.317	4.553	.000
	SPD Ansiedade	.025	.323	.747
	SPD Culpa Próprio	.340	4.377	.000
3	Vinculação Grupo Insegura	.273	4.213	.000
	SPD Ansiedade	.011	.140	.889
	SPD Culpa Próprio	.289	3.672	.000
	RSQ Preocupação Rejeição	.081	1.229	.221
	RSQ Expectativa Apoio	-.158	-2.463	.015
4	Vinculação Grupo Insegura	.250	3.860	.000
	SPD Ansiedade	-.025	-.322	.748
	SPD Culpa Próprio	.271	3.475	.001
	RSQ Preocupação Rejeição	.056	.854	.394
	RSQ Expectativa Apoio	-.161	-2.549	.012
	PSPS Auto-apresentação Perfeccionista	.163	2.480	.014

No primeiro passo, a vinculação insegura ao grupo social surge como um preditor significativo da depressão (DASS 42) contribuindo para 18.1% da variância da depressão ( $F(1, 193) = 42.665$ ;  $p < .001$ ), com um  $\beta = .425$ . No segundo passo, quando são adicionadas ao modelo as dimensões de “ansiedade” e “culpa do próprio” em situações de crítica social (SPD), assiste-se a um aumento do contributo da variância explicada para 29.5% ( $F(2, 191) = 15.489$ ;  $p < .001$ ), sendo a “culpa do próprio” o principal preditor ( $\beta = .340$ ;  $p < .001$ ), seguido da vinculação insegura ao grupo ( $\beta = .317$ ;  $p < .001$ ). O terceiro bloco, após a introdução das variáveis de sensibilidade à rejeição, produziu um modelo significativo ( $F(2, 189) = 4.017$ ;  $p = .020$ ), que contribui para 32.4% da variância da depressão. Finalmente, no último passo do modelo quando introduzimos a auto-apresentação perfeccionista, o modelo obtido foi igualmente significativo ( $F(1, 188) = 6.149$ ;  $p = .014$ ), verificando-se um acréscimo do poder explicativo do modelo para 34.5%.

O modelo final mostrou que para a predição da depressão no sexo masculino surgem como preditores significativos a “culpa do próprio” (SPD) com um  $\beta$  de .271 ( $p = .001$ ), a vinculação insegura ao grupo (SGAS) ( $\beta = .250$ ;  $p < .001$ ), a auto-apresentação perfeccionista (PSPS) ( $\beta = .163$ ;  $p = .014$ ) e, ainda, a “expectativa de apoio” por parte dos outros (RSQ) com um  $\beta = -.161$  ( $p = .012$ ).

Os Quadros 5.1.10 e 5.1.11 apresentam os resultados da análise de predição da depressão (DASS 42) no grupo do sexo feminino da população geral.

No primeiro passo, a vinculação insegura ao grupo (SGAS) produziu um modelo significativo ( $F(1, 285) = 95.081; p < .001$ ), e explica 25.0% da variância da depressão (DASS 42). Quando introduzimos as dimensões de auto-atribuição da crítica social do SPD (“ansiedade” e “culpa do próprio”), foi verificado um aumento do  $R^2$  para 34.1% ( $F(2, 283) = 19.519; p < .001$ ), sendo a variável vinculação insegura ao grupo a melhor preditora ( $\beta = .348; p < .001$ ), seguida da variável “culpa do próprio” (SPD) ( $\beta = .279; p < .001$ ). O terceiro bloco, após a introdução das duas dimensões do Questionário de Sensibilidade à Rejeição, produziu um modelo, igualmente significativo ( $F(2, 281) = 8.496; p < .001$ ), que contribui para 37.9% da variância da depressão. Neste modelo surgem como preditores significativos, de um maior para o menor contributo, a vinculação insegura ao grupo ( $\beta = .284; p < .001$ ), a expectativa positiva de apoio social ( $\beta = -.225; p < .001$ ), e as variáveis de auto-atribuição da culpa perante situações de crítica externa, “culpa do próprio” ( $\beta = .215; p < .001$ ) e “ansiedade” ao *put-down* ( $\beta = .124; p = .027$ ). No quarto passo do modelo, após a adição da variável de auto-apresentação perfeccionista (PSPS) verificou-se que o modelo obtido não é significativo ( $F(1, 280) = .937; p = .334$ ) para a predição da depressão. Assim, o modelo final mostrou que, na amostra do sexo feminino, quando é introduzida a medida que avalia a dimensão social do perfeccionismo o modelo preditivo da depressão deixa de ser significativo.

**Quadro 5.1.10. Sumário do modelo dos 4 passos de regressão linear múltipla hierárquica com a vinculação social ao grupo, sensibilidade ao *put-down*, sensibilidade à rejeição e a auto-apresentação perfeccionista a predizer a depressão (DASS 42) para a amostra do sexo feminino**

Modelo	R	$R^2$	F	p
1	.500	.250	95.081	.000
2	.584	.341	19.519	.000
3	.615	.379	8.496	.000
4	.617	.381	.937	.334

V.D.- DASS 42 Depressão

**Quadro 5.1.11. Coeficientes para os 4 passos da equação de regressão múltipla hierárquica para a depressão (DASS 42) para a amostra do sexo feminino**

Modelo	preditores	$\beta$	t	p
1	Vinculação Grupo Insegura	.500	9.751	.000
2	Vinculação Grupo Insegura	.348	6.442	.000
	SPD Ansiedade	.106	1.964	.051
	SPD Culpa Próprio	.279	4.949	.000
3	Vinculação Grupo Insegura	.284	4.970	.000
	SPD Ansiedade	.124	2.219	.027
	SPD Culpa Próprio	.215	3.767	.000
	RSQ Preocupação Rejeição	-.026	-.472	.638
	RSQ Expectativa Apoio	-.225	-4.122	.000
4	Vinculação Grupo Insegura	.269	4.520	.000
	SPD Ansiedade	.109	1.884	.061
	SPD Culpa Próprio	.201	3.410	.000
	RSQ Preocupação Rejeição	-.027	-.492	.623
	RSQ Expectativa Apoio	-.221	-4.044	.000
	PSPS Auto-apresentação Perfeccionista	.058	.968	.334

Em suma, dos modelos finais para a predição da depressão sobressai o impacto diferencial da variável de auto-apresentação perfeccionista para a explicação da sintomatologia depressiva no sexo masculino e no sexo feminino.

#### **1.4.2. Estudos de regressão das variáveis de vinculação ao grupo social, sensibilidade interpessoal e auto-apresentação perfeccionista sobre a procura da magreza**

Com as análises apresentadas neste ponto pretendíamos explorar em que medida uma relação insegura ao grupo de pares, uma maior sensibilidade interpessoal e uma maior necessidade de adopção de uma apresentação social perfeccionista predizem significativamente a procura da magreza. Assim, foram realizadas análises de regressão linear múltipla hierárquica seguindo os mesmos procedimentos da análise anterior (para a predição da depressão). No entanto, e tomando em consideração os coeficientes de correlação apresentados entre as variáveis predictoras e a variável dependente, esta análise foi realizada unicamente no grupo do sexo feminino, uma vez que no grupo masculino não foi verificada uma associação significativa entre as variáveis de suporte social e as dimen-

sões que avaliam atitudes e comportamentos perturbados em relação à imagem corporal e ao padrão alimentar.

**Quadro 5.1.12. Sumário do modelo dos 4 passos de regressão linear múltipla hierárquica com a vinculação social ao grupo, sensibilidade ao put-down, sensibilidade à rejeição e a auto-apresentação perfeccionista a predizer a procura da magreza (EDI) para a amostra do sexo feminino**

Modelo	R	R <sup>2</sup>	F	p
1	.285	.081	25.113	.000
2	.382	.146	10.814	.000
3	.394	.155	1.469	.232
4	.409	.167	4.100	.044

V.D.- EDI Procura da Magreza

**Quadro 5.1.13. Coeficientes para os 4 passos da equação de regressão múltipla hierárquica para a procura da magreza (EDI) para a amostra do sexo feminino**

Modelo	preditores	$\beta$	t	p
1	Vinculação Grupo Insegura	.285	5.011	.000
2	Vinculação Grupo Insegura	.162	2.631	.009
	SPD Ansiedade	.191	3.099	.002
	SPD Culpa Próprio	.144	2.249	.025
3	Vinculação Grupo Insegura	.122	1.835	.068
	SPD Ansiedade	.188	2.883	.004
	SPD Culpa Próprio	.113	1.699	.090
	RSQ Preocupação Rejeição	.023	.354	.724
	RSQ Expectativa Apoio	-.104	-1.629	.104
4	Vinculação Grupo Insegura	.085	1.226	.221
	SPD Ansiedade	.152	2.226	.025
	SPD Culpa Próprio	.079	1.155	.249
	RSQ Preocupação Rejeição	.020	.313	.755
	RSQ Expectativa Apoio	-.095	-1.493	.137
	PSPS Auto-apresentação Perfeccionista	.142	2.025	.044



Para a amostra feminina, os resultados das análises de regressão mostraram que: no primeiro passo a vinculação insegura ao grupo (SGAS) produziu um modelo significativo ( $F(1, 285) = 25.113$ ;  $p < .001$ ), que contribuiu para 8.1% da variância da procura da magreza, com um  $\beta = .285$  ( $p < .001$ ); O segundo passo, quando introduzimos as dimensões de ansiedade e de auto-atribuição da culpa perante a crítica social (SPD), produziu igualmente um modelo significativo ( $R^2 = 14.6\%$ ;  $F(2, 283) = 10.814$ ;  $p < .001$ ), surgindo a dimensão de “ansiedade” do SPD como o melhor predictor ( $\beta = .191$ ;  $p = .002$ ), seguido por a vinculação insegura ao grupo (SGAS) ( $\beta = .162$ ;  $p = .009$ ), e finalmente a dimensão de “culpa do próprio” (SPD) ( $\beta = .144$ ;  $p = .025$ ); No terceiro passo, com após a introdução das duas dimensões da sensibilidade à rejeição, o modelo obtido não foi significativo ( $F(2, 281) = 1.469$ ;  $p = .232$ ); Finalmente, no quarto e último passo do modelo, após a introdução da auto-apresentação perfeccionista o modelo obtido mostrou-se significativo ( $F(1, 280) = 4.100$ ;  $p = .044$ ), contribuindo para 16.7% da variância da procura da magreza. Neste modelo final surgiram como preditores significativos a “ansiedade” perante a crítica ou *put-down* (SPD) com um  $\beta$  de .152 ( $p = .025$ ) e a “necessidade de se apresentar como perfeito” ( $\beta = .142$ ;  $p = .044$ ).

Em suma, o modelo final mostra que, para esta amostra do sexo feminino da população geral, o grau de ansiedade sentida perante a crítica externa e a percepção de uma apresentação perfeita como garante da aceitação social, são preditores significativos da procura da magreza, contribuindo para 16.7% da explicação desta variável.

### **1.5. Estudo do efeito de mediação da auto-apresentação perfeccionista na relação entre sensibilidade à crítica social e a procura da magreza**

Dado se ter verificado que a necessidade de parecer perfeito aos olhos dos outros e a ansiedade sentida perante situações de crítica social são preditores significativos da procura da magreza, para a amostra do sexo feminino, os estudos apresentados neste ponto visam explorar a existência de um efeito de mediação da auto-apresentação perfeccionista (PSPS), na relação entre a sensibilidade interpessoal e a psicopatologia alimentar

Para a realização dos estudos de mediação entre a “necessidade de parecer perfeito” na relação entre a sensibilidade ao *put-down* (avaliada pelo nível de ansiedade expressa em situações em que o sujeito é alvo de crítica social) e a procura da magreza, recorreu-se a análises de regressão linear simples.

O teste de análises do efeito mediador da auto-apresentação perfeccionista foi realizado após a regressão linear de acordo com o proposto por Baron e Kenny (1986). Segundo estes autores uma variável funciona como mediadora quando cumpre as seguintes condições: (1) a ansiedade perante o *put-down* (variável preditora) regride (*i.e.*, prediz) significativamente sobre a procura da magreza (variável dependente); (2) a ansiedade perante o *put-down* (variável preditora) regride significativamente sobre a “necessidade de parecer perfeito para os outros” (*i.e.*, sobre a variável mediadora); (3) a ansiedade perante o *put-down* (variável preditora) e a auto-apresentação perfeccionista (mediador) regridem significativamente sobre o resultado da procura da magreza. 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. O mesmo é dizer que se verifica a diminuição do efeito directo da ansiedade perante o *put-down* (ou crítica social) na procura da magreza após considerar o contributo do mediador (auto-apresentação perfeccionista). A significância do efeito indirecto da variável preditora nos resultados da procura da magreza, por via do mediador, foi ainda confirmada através do teste de *Sobel*.

**Quadro 5.1.14. Efeito de mediação da auto-apresentação perfeccionista na relação entre a ansiedade ao *put-down* e a procura da magreza, no sexo feminino**

	$\beta$	t	p	F	p	R <sup>2</sup> ajustado	$\Delta R^2$
SPD Ansied	.304	5.427	.000	29.457	.000	.089	
V.D.-Proc Magreza (EDI)							
SPD Ansied	.460	8.772	.000	76.950	.000	.209	
V.D.-Auto-ap. (PSPS)							
SPD Ansied	.196	3.162	.002	22.646	.000	.131	.137
PSPS Auto-ap	.236	3.822	.000				
V.D.-Proc Magreza (EDI)							

Para a amostra do sexo feminino ( $n = 292$ ) foi realizada uma análise de regressão com a dimensão de “ansiedade” (SPD), introduzida como variável independente, e a procura da magreza (EDI), considerada como variável dependente. O modelo obtido foi significativo ( $F(1, 287) = 29.457; p < .001$ ), contribuindo para 8.9% da variância da procura da magreza ( $\beta = .304; p < .001$ ). Uma nova análise foi realizada para examinar se a ansiedade perante o *put-down* social predizia a “necessidade de se apresentar como perfeito para os outros”. Os resultados desta análise permitiram constatar que o modelo foi, igualmente, significativo ( $F(1, 287) = 76.950; p < .001$ ), apresentando um  $\beta$  de .460 ( $p < .001$ ). Por fim uma análise de regressão foi realizada para determinar se o mediador proposto (auto-apresentação perfeccionista) predizia significativamente a procura da magreza. Foi introduzida a “ansiedade ao *put-down*” (SPD) e a auto-apresentação perfeccionista (PSPS) como variáveis independentes e a procura da magreza como variável dependente.

O modelo final foi significativo ( $F(2, 286) = 22.646; p < .001$ ), contribuindo para 13.7% da explicação da procura da magreza. Os resultados indicam que quando se acrescenta o mediador (PSPS) o  $\beta$  da variável preditora reduz para .196 ( $p = .002$ ). O efeito indirecto da ansiedade ao *put-down* na procura da magreza (através do efeito da auto-apresentação perfeccionista) foi confirmado através do teste de *Sobel* ( $z = 3.412; p < .001$ ).

Em síntese, os resultados obtidos permitiram-nos corroborar que a auto-apresentação perfeccionista medeia parcialmente a relação entre ansiedade perante a crítica social e procura da magreza.

### 1.6. Discussão e síntese dos resultados

Os resultados dos estudos apresentados parecem reforçar, tal como apontado por Baumeister e Leary (1995), que a “necessidade de pertença” e a “necessidade de afiliação e suporte social” são noções fundamentais para a compreensão da natureza humana e corroboram a perspectiva de que uma vinculação interpessoal segura ao grupo de pares, (*i.e.*, de uma vivência de proximidade e de dependência) como um aspecto fundamental para o bem-estar e saúde mental do indivíduo (*e.g.*, Gilbert & Irons, 2005).

Em relação ao estudo da comparação por géneros, verifica-se que embora não se tenham verificado diferenças significativas em termos da vinculação ao grupo social, as mulheres apresentam maior sensibilidade interpessoal, comparativamente com os homens. Mais concretamente, os dados do primeiro estudo mostram que as participantes do sexo feminino reportam níveis significativamente superiores de ansiedade ou transtorno e de “mais raiva” em situações em que são alvo de crítica, assim como mais auto e hetero-culpabilização pelo *put-down*. Por sua vez, relativamente à sensibilidade à rejeição, e embora as participantes do sexo feminino reportem valores médios superiores em termos da preocupação acerca da possibilidade de serem rejeitadas por outros, os dois grupos não se distinguem significativamente. Porém, inesperadamente, são também as participantes do sexo feminino que expressam expectativas de suporte mais positivas de apoio social, distinguindo-se significativamente dos valores médios apresentados pelo grupo do masculino. Estes dados parecem indicar que estas componentes da rejeição social avaliam componentes relacionados mas distintos, isto significa que mesmo quando os indivíduos percebem os outros como disponíveis ou apoiantes poderão experienciar uma forte activação emocional perante a possibilidade de rejeição.

No estudo comparativo dos resultados obtidos na Escala de Auto-apresentação Perfeccionista, os sujeitos do sexo masculino mostram uma maior necessidade de se apresentarem como perfeitos aos outros, em comparação com o sexo feminino.

Em suma, os dados supra-citados parecem suportar as hipóteses antecipadas e estão em consonância com a perspectiva de Gilbert, Irons e colaboradores (2006), segundo a qual as diferenças entre homens e mulheres, em termos de sensibilidade em relação às ameaças sociais podem ser atribuídas ao facto de as mulheres serem mais dependentes do seu grupo social, tornando-as assim mais sensíveis em relação à crítica social e à possibilidade de rejeição. Por sua vez, os homens parecem ser mais dependentes do seu estatuto social (Taylor *et al.*, 2000), explicando-se assim, uma maior necessidade de defender de forma assertiva a sua posição no grupo, nomeadamente através da utilização de estratégias que promovam uma auto-apresentação perfeccionista.

No estudo comparativo nos indicadores de psicopatologia geral não foram verificadas diferenças significativas na dimensão de depressão entre sujeitos do sexo masculino e do sexo feminino, embora estes se distingam nos indicadores de ansiedade (com o sexo masculino a apresentar valores médios superiores) e de *stress* (surgindo o sexo feminino, da nossa amostra, com pontuações médias superiores). Já nas dimensões específicas da psicopatologia alimentar, avaliadas pelo EDI, os dados obtidos estão de acordo com o esperado, com as mulheres a apresentarem pontuações médias mais

altas nas três dimensões estudadas. As diferenças entre os *scores* médios, obtidos pelos grupos, revelaram-se estatisticamente significativas nas subescalas de procura da magreza e de insatisfação corporal, mas não na dimensão de bulimia. Este último dado deve, no entanto ser lido com cautela, isto é, tendo em consideração as amostras em estudo (sujeitos da população geral), assim como as características desta subescala. Uma vez que esta medida avalia a frequência de episódios de sobrealimentação e a sensação de “empanturramento” após as refeições, é possível hipotetizar que embora não se registem diferenças significativas em relação à frequência dessas ingestões avaliadas como excessivas, entre os grupos do sexo masculino e feminino, a vivência e o impacto psicopatológico desses episódios poderão ser marcadamente diferentes.

Os resultados do estudo correlacional entre a Escala de Vinculação ao Grupo Social e as dimensões que avaliam a sensibilidade interpessoal evidenciam de forma clara a associação entre um vínculo inseguro ao grupo e a maior sensibilidade à crítica (ou *put-down*), assim como a uma maior disposição para prever de forma ansiosa as pistas de rejeição no comportamento dos outros. Estes dados mostram-se em consonância com os apresentados por estudos anteriores (Collins & Read, 1990; Irons & Gilbert, 2005), e sugerem que os indivíduos que percebem o grupo de pares como menos securizante e acolhedor tendem a apresentar uma hipersensibilidade interpessoal, isto é maior activação emocional perante a crítica externa e uma percepção exagerada de pistas sinalizadoras de potencial rejeição. Por contraste, revelam que os indivíduos que apresentam um sentimento de pertença ao grupo mais desenvolvido possuem crenças mais positivas acerca do mundo social, percebendo os outros como mais confiáveis, fidedignos e altruístas. Adicionalmente, importa destacar que as dimensões de auto-atribuição do *put-down* social (através de reacções de ansiedade e de estilos de auto-atribuição da culpa em situações em que o sujeito é alvo de crítica externa) mostram-se mais fortemente associados a uma vinculação insegura ao grupo, comparativamente com as dimensões de atribuição externa (*i.e.*, sentimentos de raiva/irritação e atribuição da culpa ao outro).

Neste conjunto das análises pudemos constatar que as diferenças entre os géneros são mais quantitativas do que qualitativas. O mesmo é dizer que, as associações apresentam o mesmo padrão, embora estas relações se mostrem mais expressivas no grupo do sexo feminino. A título de exemplo podemos referir a associação no par vinculação insegura ao grupo e a dimensão de “culpa do próprio” pelo *put-down* que assume um coeficiente de associação de magnitude moderada no grupo do sexo feminino ( $r = .43$ ), enquanto no grupo do sexo masculino a magnitude de correlação é baixa ( $r = .29$ ).

Por sua vez, os resultados do estudo de correlação, entre os valores obtidos na Escala de Auto-apresentação Perfeccionista e a medidas que avaliam a vinculação insegura ao grupo social e a sensibilidade interpessoal, mostram que um maior endosso na crença acerca da necessidade de uma auto-apresentação perfeccionista está significativamente relacionada com um estilo de vinculação inseguro ao grupo social e com a hipersensibilidade interpessoal (maior activação emocional perante a crítica externa, mais auto-culpabilização e maior disposição para prever e reagir a pistas de rejeição social). Em suma, estes resultados podem ser interpretados atendendo à perspectiva de Gilbert e

Procter (2006), segundo a qual os indivíduos ao sentirem como insegura a sua pertença ao grupo social tendem a focar a sua atenção maioritariamente no estatuto social e no poder que os outros têm, adoptando uma série de comportamentos que consideram mais seguros, como a auto-monitorização, auto-culpabilização e na procura constante de ir ao encontro das expectativas sociais. Assim, apresentar-se como perfeito para os outros, através da utilização de estratégias interpessoais que promovam a exibição de desempenhos ou atributos socialmente valorizados e a ocultação ou não revelação dos seus erros ou imperfeições, poderá ser entendida como uma estratégia para lidar com dificuldades interpessoais, ou seja, como uma tentativa de evitar ser alvo de crítica e de abandono social.

Paralelamente, este estudo acrescenta à literatura existente, mostrando que a relação entre a necessidade de se apresentar como perfeito e maior sensibilidade interpessoal é mais expressiva no grupo feminino. Nomeadamente, a associação entre a necessidade de se apresentar socialmente como perfeito e uma vinculação insegura ao grupo no sexo feminino apresenta uma magnitude moderada ( $r = .48$ ), enquanto no sexo masculino esta relação apresenta um valor de  $.24$ . Estes dados parecem indicar que embora para ambos os sexos a necessidade de parecer perfeito se relacione com uma maior insegurança em termos da vinculação ao seu grupo social, e com uma maior sensibilidade à crítica e à rejeição social, é no sexo feminino que esta relação assume um padrão mais evidente.

O estudo da relação entre as variáveis de suporte social e os indicadores de psicopatologia geral e alimentar permitiram confirmar as hipóteses antecipadas, e parecem constituir um importante contributo na compreensão da psicopatologia alimentar. De facto, os nossos dados permitem-nos concluir que, tanto no grupo masculino como no grupo do sexo feminino, um maior grau de insegurança nas relações interpessoais e um maior endosso na crença acerca da necessidade de se apresentar como perfeito para os outros se associa significativamente a sintomatologia depressiva, ansiosa e de *stress*, corroborando os dados apresentados em estudos anteriores (*e.g.*, Boyce & Mason, 1996; Davidson *et al.*, 1989; Gilbert & Miles, 2000; Irons & Gilbert, 2005; Sloman, 2000). Não obstante, os nossos resultados acrescentam que em relação às atitudes e comportamentos perturbados em relação à imagem corporal e à alimentação os dois grupos apresentam marcadas diferenças. Com efeito, a análise de correlação entre os indicadores de sensibilidade interpessoal, a necessidade de auto-apresentação perfeccionista e os indicadores de psicopatologia alimentar apresenta um padrão de associação distinto em função do género. Os resultados obtidos permitem-nos, assim, verificar que a vinculação insegura ao grupo de pares, maior auto-atribuição da culpa em situações de *put-down* social e maior sensibilidade à rejeição social se associam significativamente a uma maior insatisfação corporal e atitudes e comportamentos alimentares perturbados na amostra feminina, mas não apresentam uma relação significativa no grupo do sexo masculino. Estes dados constituem um contributo para a investigação existente, sublinhando que as variáveis de suporte social assumem uma expressão psicopatológica diferencial consoante o contexto social (grupo masculino vs. grupo feminino)

Perante estes resultados fomos explorar mais aprofundadamente o poder explicativo das variáveis de suporte social em estudo para a psicopatologia. Por outras palavras, através dos estudos de

regressão, pretendíamos compreender de um modo mais completo de que forma a (in)segurança do vínculo estabelecido entre o indivíduo e o seu grupo, uma maior sensibilidade à crítica e à rejeição social, assim como, uma maior necessidade de assumir uma imagem social de perfeição predizem a depressão e a procura da magreza (assumindo-se estas variáveis como indicadores de psicopatologia geral e alimentar, respectivamente).

Os nossos resultados evidenciaram como preditores significativos (contribuindo para cerca de 35% da variância) da depressão, no sexo masculino: a auto-culpabilização pelo *put-down*; a vinculação insegura ao grupo de pares; a necessidade de se apresentar como perfeito para os outros; e as expectativas de apoio social. No entanto, para o género feminino, e embora uma vinculação insegura ao grupo, uma maior auto-culpabilização pela crítica externa e menores expectativas de suporte ou apoio social se constituam igualmente como preditores significativos da sintomatologia depressiva (explicando 38% da variância), a auto-apresentação perfeccionista não se assume como um predictor significativo desta dimensão psicopatológica. Estes resultados evidenciaram que uma ligação segura com os outros é uma fonte de suporte emocional e conforto que proporciona um estado de segurança e tranquilidade ao sujeito, estando associada a bem-estar e saúde mental (Irons & Gilbert, 2005). Paralelamente, este estudo parece dar um contributo importante na compreensão do impacto diferencial que a dimensão social do traço de perfeccionismo assume na expressão psicopatológica em função do género. Com efeito, a auto-apresentação perfeccionista revelou-se como um predictor significativo da sintomatologia depressiva para o sexo masculino, mas não para o sexo feminino. Os dados obtidos na amostra do sexo feminino parecem apontar que a necessidade de se apresentar como perfeito para os outros é um factor importante para a explicação de outras expressões psicopatológicas para as mulheres. Assim, e dada a importância que a aparência física e o seu controlo assumem no género feminino, realizámos as mesmas análises de regressão considerando como variável critério a procura da magreza. Os resultados observados permitem concluir que a reacção emocional negativa (*i.e.*, maior ansiedade ou transtorno) a situações de *put-down* social e a auto-apresentação perfeccionista contribuem significativamente para a explicação de atitudes e comportamentos psicopatológicos de sobrevalorização da magreza, explicando 17% da variância.

Por fim, a análise do efeito de mediação da auto-apresentação perfeccionista na relação entre a ansiedade à crítica externa (*put-down*) e a procura da magreza, no sexo feminino, evidenciaram que esta estratégia de regulação das dificuldades interpessoais medeia parcialmente o efeito da reacção emocional sentida perante a crítica social na procura da magreza. Dito de outro modo, a leitura destes resultados sugere que a ansiedade ao *put-down* social não conduz necessariamente a patologia alimentar, mas que estratégias de regulação interpessoal, nomeadamente o esforço por se apresentarem como perfeitas socialmente, estão também envolvidas nesta relação. Sugerindo que para as mulheres a auto-apresentação perfeccionista se assume como uma necessidade de apresentar uma aparência física ideal ou perfeita, como forma de assegurar a sua pertença ao grupo. Deste modo as atitudes e comportamentos de sobrevalorização da magreza poderão ser entendidos como uma forma de contornar as dificuldades percebidas nas suas relações interpessoais, sendo a magreza um meio utilizado com vista a apresentar uma imagem socialmente valorizada, e uma forma de evitar o *put-down* e a rejeição social.

Conciliando os modelos teóricos de sensibilidade interpessoal (*e.g.*, Downey, Freitas *et al.*, 1998; Gilbert & Miles, 2000; Pietrzak *et al.*, 2005), com os dados das investigações no âmbito da patologia alimentar (Atlas, 2004; Ferreira *et al.*, 2011a; Gilbert *et al.*, 2005; Troop *et al.*, 2003; Wiseman *et al.*, 1992) e os dados obtidos neste estudo, podemos afirmar que para as mulheres com elevada sensibilidade interpessoal, a magreza parece surgir como uma estratégia de se apresentar como perfeito socialmente e como uma tentativa de corresponder às expectativas sociais, assegurando assim a aceitação e admiração por parte dos outros. Em suma, os nossos dados acrescentam à literatura um suporte empírico para as teses que afirmam que a aparência física “é a demonstração feminina de desejabilidade e de valor” (Brownmiller 1984; p. 50), ao demonstrarem a saliência da imagem corporal como domínio no qual as raparigas e mulheres jovens investem, especialmente quando vivem como inseguras as suas relações interpessoais.





## 2. Estudo do perfeccionismo e das estratégias de relação eu-eu auto-críticas e auto-tranquilizadora: O efeito mediador do eu-inadequado na relação entre auto-apresentação perfeccionista e psicopatologia

### 2.1. Objectivo e desenho do estudo

O perfeccionismo enquanto traço de personalidade associado à vulnerabilidade para múltiplas perturbações psicopatológicas (nomeadamente à depressão, ansiedade, obsessivo-compulsivas e ao comportamento alimentar) tem merecido amplo interesse por parte da comunidade científica (*e.g.*, Blatt, 1995; Flett *et al.*, 2003; Halmi *et al.*, 2000; Hewitt & Flett, 1991, 2002; Hewitt *et al.*, 1996; Joiner *et al.*, 1997; McGee *et al.*, 2005; Shafran & Mansell, 2001; Soenens *et al.*, 2005; Vohs *et al.*, 1999; Vohs *et al.*, 2001).

Embora não exista uma definição única e consensual, o perfeccionismo é geralmente conceptualizado como um traço, estável e duradouro (Hewitt & Flett, 1991), que assenta no estabelecimento de padrões pessoais de realização excessivamente exigentes e numa auto-avaliação rígida e crítica, em função dos desempenhos (Frost *et al.*, 1990). A evolução conceptual da “necessidade de ser perfeito” tem apontado para uma perspectiva multidimensional, que inclui componentes intrapessoais e interpessoais (Frost *et al.*, 1990; Hewitt & Flett, 1991; Terry-Short *et al.*, 1995). Hewitt e colaboradores (2003) discriminam, ainda, uma dimensão pública do perfeccionismo, a qual diz respeito à necessidade sentida pelo sujeito em se apresentar aos outros como perfeito (Hewitt & Flett, 2002; Hewitt *et al.*, 2003). Esta componente de auto-apresentação perfeccionista, embora relacionada com o perfeccionismo traço, pode ser distinguida deste conceito mais vasto na medida em que diz respeito ao investimento numa apresentação, de si e das suas acções como perfeitas, e em atitudes mais defensivas que implicam um esforço por minimizar a exibição social das suas imperfeições (pela ocultação e não-revelação das imperfeições ou fracassos). Assim, a “necessidade de ser perfeito” e a “necessidade de parecer perfeito aos olhos dos outros” são aspectos distintos mas complementares na compreensão do perfeccionismo (*e.g.*, Hewitt *et al.*, 2003).

Actualmente, considera-se que algumas dimensões do perfeccionismo apresentam um potencial mais patológico, enquanto outras têm sido apontadas como dimensões mais adaptativas, as quais podem assumir expressões socialmente valorizadas (Cockell *et al.*, 2002; Hamacheck, 1978; Terry-Short *et al.*, 1995; Vohs *et al.*, 1999; Vohs *et al.*, 2001). Os dados empíricos parecem apontar que as dimensões que estão mais relacionadas com reacções negativas face aos fracassos, e com a dúvida em relação às capacidades para a realização de determinadas tarefas (*i.e.*, dimensões associadas a auto-avaliações críticas), são mais relevantes para a predição de estilos mal-adaptativos, do que as dimensões que avaliam a preferência por padrões de desempenho exigentes e expectativas pessoais elevadas (*e.g.*, Cockell *et al.*, 2002; Halmi *et al.*, 2000; Soenens *et al.*, 2005; Vohs *et al.*, 1999; Vohs *et al.*, 2001).

Por outro lado, alguns autores têm enfatizado que a expressão comportamental do perfeccionismo pode estar fortemente dependente de variáveis contextuais (McGee *et al.*, 2005; Ruggiero *et al.*, 2003). O mesmo é dizer que, os sintomas particulares ou específicos que surgem da interacção do

traço de perfeccionismo com um *stressor* podem depender da natureza deste *stressor*. Por exemplo, variáveis de *stress* relacionadas com o desempenho num contexto de perfeccionismo podem originar sintomatologia depressiva, enquanto a insatisfação com a imagem corporal pode levar a um aumento da vulnerabilidade para a psicopatologia do comportamento alimentar (McGee *et al.*, 2005).

O auto-criticismo é um processo de regulação emocional mal-adaptativo, associado ao traço de perfeccionismo (Frost *et al.*, 1990; Dunkley *et al.*, 2006), que representa uma estratégia defensiva de evitamento de auto e hetero avaliações negativas face a situações de diminuição do estatuto social (Blatt, 1995; Gilbert, 2006a; Gilbert, Durrant, *et al.*, 2006). Esta forma de auto-regulação funciona como um sinal hostil interno, que actua como um sistema de auto-monitorização e de auto-condenação face às fraquezas ou falhas do *eu* (Gilbert & Irons, 2005). De acordo com Gilbert e colaboradores (2004) esta relação *eu-eu* pode assumir formas distintas: *eu-inadequado* (o qual se relaciona com sentimentos de derrota ou a percepção de inadequação do *self*) ou *eu-destestado* (associado a sentimentos de raiva, repulsa, aversão e ódio dirigidos ao *self*, com respostas mais destrutivas, persecutórias e agressivas, encerrando um potencial mais patogénico) (Gilbert *et al.*, 2004; Gilbert, Baldwin *et al.*, 2006).

Embora o perfeccionismo seja considerado como um aspecto central, tanto pelas perspectivas históricas como pelas mais contemporâneas, para a compreensão das Perturbações do Comportamento Alimentar (*e.g.*, Bruch, 1985; Fairburn *et al.*, 2003; Garner & Bemis, 1982; Slade, 1982), o conhecimento do seu papel no desenvolvimento destas patologias é ainda lacunar. Numa recente revisão dos estudos, Bardone-Conea *et al.* (2007) mostraram que os estudos de mediação entre o perfeccionismo e o comportamento alimentar perturbado são praticamente inexistentes na literatura. Paralelamente, o estilo de relação *eu-eu* crítico é sugerido como um importante factor para a compreensão das perturbações alimentares, na medida em que a sobrevalorização dos comportamentos de controlo associados à imagem corporal e ao peso podem ser vistos como formas de compensação de um padrão de auto-avaliação desfavorável (Dunkley & Grilo, 2007), no entanto esta relação está escassamente documentada.

Dado que a relevância das estratégias de regulação emocional mal-adaptativas para a conceptualização da psicopatologia alimentar não está suficientemente bem documentada, e atendendo, ainda, às limitações das análises de mediação do perfeccionismo neste domínio, o principal objectivo deste estudo foi investigar o poder de mediação de formas de regulação emocional auto-críticas na relação entre a necessidade de se apresentar como perfeito e a procura da magreza. Através de análises independentes por sexo, neste estudo procurámos, ainda, colmatar uma limitação na abordagem empírica do perfeccionismo, uma vez que os estudos sobre este tópico, tanto nas conceptualizações uni como multidimensional, têm privilegiado quase exclusivamente o sexo feminino. E por outro lado, iluminar sobre o processo através do qual este constructo pode assumir diferentes expressões psicopatológicas em função do género.

Na organização destes estudos procedemos numa primeira fase à exploração das diferenças entre os géneros nas variáveis em estudo, e posteriormente estudámos o padrão de associação das variáveis de perfeccionismo e de estratégias de relação *eu-eu* auto-críticas e auto-tranquilizadoras entre si e

face às variáveis da psicopatologia, em amostras independentes (sexo masculino vs sexo feminino). Para finalizar, procedemos à realização de estudos do efeito de mediação, por género, da forma *eu-inadequado* (do auto-criticismo) na relação entre a auto-apresentação perfeccionista e a sintomatologia psicopatológica, considerando a depressão e a procura da magreza, em estudos independentes, como variável dependente. Hipotetiza-se que a internalização de uma visão de si mesmo como inferior ou inadequado e a adopção de uma atitude dura, crítica e punitiva em situações em que o indivíduo é confrontado com falhas ou fracassos pessoais, assume um efeito mediador na relação entre a necessidade de apresentar uma imagem pública perfeita e a vulnerabilidade psicopatológica.

Para estes objectivos foi considerada uma amostra alargada da população geral ( $n = 817$ ), composta por 289 indivíduos do sexo masculino e por 528 sujeitos do sexo feminino. Os participantes apresentam idades que variam entre 13 e os 31 anos, com o grupo masculino a apresentar uma média de 19.11 ( $DP = 3.451$ ) e as participantes do sexo feminino de 19.13 ( $DP = 3.005$ ) anos de idade. Os anos de escolaridade variam entre 6 a 17 anos, tendo os sujeitos do sexo masculino uma média de 12.51 ( $DP = 2.638$ ) e os do sexo feminino 12.65 ( $DP = 2.278$ ). Da comparação dos grupos constata-se que os dois grupos não apresentam diferenças estatisticamente significativas em termos de idade ( $t_{(527.116)} = -.084$ ;  $p = .993$ ) nem nos anos de escolaridade ( $t_{(815)} = -.799$ ;  $p = .425$ ).

Neste estudo o protocolo de investigação foi constituído pelas seguintes escalas de auto-resposta: como medidas das dimensões do traço de perfeccionismo recorremos às subescalas do *Multidimensional Perfectionism Scale* (MPS; Frost *et al.*, 1990; Ferreira *et al.*, 2009b): (1) preocupação com o erro; (2) padrões de desempenho elevados; (3) percepção de elevadas expectativas parentais; (4) percepção de elevado criticismo parental (5) dúvidas acerca da qualidade do desempenho e (6) organização, ordem e precisão; Para a avaliação da dimensão interpessoal do perfeccionismo foi usada à Escala de Auto-Apresentação Perfeccionista (PSPS; Hewitt *et al.*, 2003; Ferreira *et al.*, 2009a), subescalas e total; Como medida de avaliação das formas de auto-criticismo e de auto-tranquilização utilizámos a Escala das Formas do Auto-criticismo e de Auto-tranquilização (FSCRS; Gilbert *et al.*, 2004; Castilho & Pinto-Gouveia, 2005). Finalmente, como medidas de psicopatologia utilizámos a Escala de Depressão, Ansiedade e *Stress* (DASS 42; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro *et al.*, 2004) e, de psicopatologia alimentar o Inventário de Perturbações Alimentares (EDI; Garner *et al.*, 1983; Machado *et al.*, 2001) A descrição destes instrumentos e das suas características psicométricas foi apresentada no Capítulo 3.

A análise preliminar dos dados para a avaliação do pressuposto da distribuição normal dos dados foi efectuada a partir do teste *Kolmogorov-Smirnov* e dos valores de *Skewness and Kurtosis*, na amostra do sexo masculino e na amostra do sexo feminino. Os resultados obtidos permitiram-nos concluir, de acordo com Kline (1998), que os dados das variáveis em estudo seguem uma distribuição normal nas duas amostras. Este pressuposto foi, ainda, corroborada através da inspecção ou verificação visual da distribuição das variáveis em estudo (Marôco, 2007; Tabachnick & Fidell, 2007).

A adequabilidade dos dados em estudo para análises de regressão foi, igualmente, examinada. As análises de *residuals scatter plots* mostrou que os resíduos se encontravam normalmente distribuídos, tinham linearidade e não apresentavam heteroscedasticidade. Também a independência dos

erros foi analisada e validada através da análise gráfica e dos valores de *Durbin-Watson*, com valores entre 1.753 e 2.058 (Field, 2004). Para além disso, não foram verificadas evidências da presença de multicolinearidade ou singularidade entre as variáveis, uma vez que os valores de *Variance Inflation Factor* (VIF) indicaram a ausência de problemas de estimação do  $\beta$  ( $VIF < 5$ ). Em suma, os procedimentos enunciados permitiram verificar que os dados em estudo são adequados para a realização de análises de regressão.

## **2.2. Estudo das dimensões do perfeccionismo, das estratégias auto-críticas e auto-tranquilizadoras e da sintomatologia psicopatológica em função do género**

Numa primeira fase deste estudo pretendíamos explorar diferenças entre géneros, com participantes do mesmo nível de desenvolvimento, nas variáveis relacionadas com as dimensões do perfeccionismo e de relação *eu-eu* (auto-crítica e auto-tranquilizadora) perante situações de fracasso ou falha, assim como nas variáveis da psicopatologia geral e do comportamento alimentar.

### **2.2.1. Estudo do perfeccionismo multidimensional, das estratégias de relação *eu-eu* perante situações de fracasso em função do género**

Os Quadros 5.2.1.e 5.2.2. apresentam as estatísticas descritivas e as comparações entre os grupos (amostras do sexo masculino e sexo feminino, da população geral) no que diz respeito às dimensões do traço de perfeccionismo (medidas pelos factores do MPS), da auto-apresentação perfeccionista (subescalas e total do PSPS), e nas formas de auto-criticismo e na estratégia de auto-tranquilização (medidas pelo FSRCs).

Como se pode ler pelo Quadro 5.2.1., os dois grupos diferenciam-se significativamente em todas as dimensões da MPS, excepto na dimensão de padrões de desempenho elevados. Sendo o grupo do sexo masculino aquele que apresenta pontuações significativamente mais altas, em todas estas dimensões, à excepção da subescala que avalia a organização, ordem e precisão. Nesta última subescala é o sexo feminino que apresenta pontuações médias significativamente mais altas.

No que diz respeito à comparação por género em relação às subescalas e total da Escala de Auto-apresentação Perfeccionista (PSPS), verificou-se que o grupo do sexo masculino apresenta médias significativamente mais altas em todas as dimensões, assim como no total da escala, excepto na dimensão de “ocultação das imperfeições” onde não se verificaram diferenças significativas entre os grupos.

**Quadro 5.2.1. Comparação da amostra do sexo masculino ( $n = 289$ ) e feminino ( $n = 528$ ) da população geral nas dimensões do traço de perfeccionismo e de auto-apresentação perfeccionista**

	Sexo masculino		Sexo feminino		t	p
	N=289		N=528			
	M	DP	M	DP		
<b>MPS</b>						
Preocupação Erro	23.97	5.86	22.07	6.29	3.332	.001
Padrões Desempenho	21.95	4.59	21.18	4.81	1.773	.077
Expectativas Parentais	14.47	3.76	13.60	4.14	2.394	.017
Criticismo Parental	9.95	2.87	8.41	3.13	5.467	.000
Dúvida Acção	11.75	2.54	10.90	2.96	3.372	.001
Organização	19.41	3.79	20.59	3.73	-3.373	.001
<b>PSPS</b>						
Auto-promoção Perfec.	41.53	9.38	39.06	10.19	2.682	.008
Ocultação Imperfeições	40.79	8.93	40.28	8.81	.624	.533
Não-revelação Imperf.	26.21	6.09	23.08	6.94	5.098	.000
Total	108.53	21.70	102.42	23.38	2.891	.004

Leg: MPS = Dimensões da Escala do Perfeccionismo Multidimensional: Preocupação com o erro, Padrões de desempenho elevados; Percepção de elevadas expectativas parentais; Percepção de elevado criticismo parental; Dúvidas acerca da qualidade do desempenho; Organização, ordem e precisão; PSPS = Dimensões da Escala de Auto-apresentação Perfeccionista: Auto-promoção perfeccionista; Ocultação das imperfeições; Não revelação das imperfeições; e Total da escala;

O Quadro 5.2.2. apresenta a estatística descritiva e a comparação entre os sexos no que diz respeito às formas do auto-criticismo e à estratégia de auto-tranquilização (FSRCS).

**Quadro 5.2.2. Comparação da amostra do sexo masculino ( $n = 289$ ) e feminino ( $n = 528$ ) da população geral nas formas do auto-criticismo e na estratégia de auto-tranquilização**

	Sexo masculino		Sexo feminino		t	p
	N=289		N=528			
	M	DP	M	DP		
<b>FSCRCS</b>						
Eu-inadequado	15.34	6.86	16.26	7.29	-1.742	.082
Eu-tranquilizador	20.86	5.95	19.05	5.96	4.119	.000
Eu-detestado	4.30	4.02	4.22	3.99	.278	.781

Leg: FSCRCS = Dimensões da Escala das Formas do Auto-criticismo e de Auto-tranquilização: *eu-inadequado*; *eu-tranquilizador*; e *eu-detestado*;

Pelas análises realizadas podemos verificar que os dois grupos não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre si no que respeita ao estilo de relação *eu-eu* auto-crítico, tanto nas formas *eu-inadequado* como *eu-detestado*. Contudo estes grupos distinguem-se quanto ao recurso a uma estratégia de *eu-tranquilizador*, em situações em que o sujeito é confrontado com as suas falhas ou imperfeições, na qual o sexo masculino regista *scores* médios significativamente mais elevados dos apresentados pelo sexo feminino.

### 2.2.2. Estudo dos indicadores de psicopatologia geral e alimentar em função do género

No Quadro 5.2.3. são apresentadas as comparações *t* para amostras independentes, por género, entre as médias dos factores do DASS 42 (depressão, ansiedade e stress) e do EDI (procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal).

Quadro 5.2.3. Comparação da amostra do sexo masculino (*n* = 289) e feminino (*n* = 528) da população geral nas medidas de psicopatologia geral e do comportamento alimentar

	Sexo masculino		Sexo feminino		t	p
	N=289		N=528			
	M	DP	M	DP		
DASS42						
Depressão	10.84	8.52	10.70	9.07	.219	.815
Ansiedade	9.99	7.60	9.49	7.73	.894	.372
Stress	13.66	7.25	15.39	8.03	-3.136	.002
EDI						
Procura Magreza	1.39	2.29	3.45	4.41	-8.772	.000
Bulimia	.78	1.56	1.15	2.15	-2.806	.005
Ins. Corporal	3.75	4.55	6.70	6.23	-8.502	.000

Leg: DASS 42 = Subescalas de Depressão, Ansiedade e Stress; EDI = Subescalas do Inventário de Perturbações Alimentares: Procura da Magreza, Bulimia e Insatisfação Corporal;

Pela comparação dos grupos nos indicadores de psicopatologia geral (DASS 42) é possível observar que, à excepção do factor *stress*, em que o grupo do sexo feminino apresenta resultados médios significativamente superiores, não existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros. No que diz respeito à procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal (EDI) observa-se, como seria de esperar, que o sexo feminino apresenta médias estatisticamente mais elevadas em todas estas subescalas.

### 2.3. Estudo da associação entre as dimensões do perfeccionismo, as estratégias auto-críticas e de auto-tranquilização e sintomatologia psicopatológica

#### 2.3.1. Padrão de associação entre a “necessidade de ser perfeito”, a “necessidade de parecer perfeito” e as estratégias de relação *eu-eu* perante situações de fracasso

Os estudos correlacionais, incluídos neste tópico, abordam a natureza da associação entre as dimensões do traço de perfeccionismo (MPS) e da auto-apresentação perfeccionista (PSPS) entre si, e com as formas do auto-criticismo e estratégias de auto-tranquilização (FSCRS). Em cada um dos quadros de correlações foram incluídas as correlações obtidas nas amostras do sexo masculino e do sexo feminino, de modo a possibilitar uma leitura comparativa entre os valores obtidos pelos dois grupos.

Como se pode ver no Quadro 5.2.4., e como esperado, as correlações obtidas entre as dimensões do perfeccionismo e as subescalas e o total da Escala da Auto-apresentação Perfeccionista são sempre positivas e significativas. A única exceção a este padrão foi registada no par “organização” (MPS) e “não revelação das falhas ou erros” (PSPS), nos dois grupos, o qual não mostra uma associação com significado estatístico. É possível verificar ainda que as relações entre as dimensões do perfeccionismo traço e de expressão interpessoal são da mesma ordem de grandeza nos dois grupos. De sublinhar que as associações mais fortes ocorrem entre os *scores* da dimensão “preocupação com o erro” e os componentes e total da medida de necessidade de parecer perfeito para os outros (com alfas entre .55 e .63 no grupo masculino, e entre .57 e .67 no grupo feminino).

**Quadro 5.2.4. Correlações entre as dimensões do traço de perfeccionismo e de auto-apresentação perfeccionista na amostra do sexo masculino ( $n = 289$ ) e feminino ( $n = 528$ ) da população geral**

	Sexo masculino				Sexo feminino			
	PSPS			Total	PSPS			Total
	Auto Promoç.	Ocult. Imperf.	Não Revelaç.		Auto Promoç.	Ocult. Imperf.	Não Revelaç.	
MPS								
Preocupação Erro	.55**	.56**	.58**	.63**	.61**	.57**	.64**	.67**
Padrões Desempenho	.47**	.30**	.27**	.40**	.51**	.37**	.31**	.45**
Expectativas Parentais	.38**	.31**	.32**	.38**	.31**	.25**	.19**	.28**
Criticismo Parental	.29**	.29**	.37**	.35**	.28**	.32**	.37**	.35**
Dúvida Acção	.31**	.40**	.42**	.42**	.40**	.33**	.40**	.42**
Organização	.31**	.17**	.07	.23**	.27**	.15*	.05	.19**

Leg: MPS = Dimensões da Escala do Perfeccionismo Multidimensional: Preocupação com o erro, Padrões de desempenho elevados; Percepção de elevadas expectativas parentais; Percepção de elevado criticismo parental; Dúvidas acerca da qualidade do desempenho; Organização, ordem e precisão; PSPS = Dimensões da Escala de Auto-apresentação Perfeccionista: Auto-promoção perfeccionista; Ocultação das imperfeições; Não revelação das imperfeições; e Total da escala;

Seguidamente, foram analisadas as correlações entre o estilo de relação *eu-eu* perante situações de fracasso avaliado pelo FSCRS (*eu-inadequado*, *eu-tranquilizador* e *eu-detestado*) e as dimensões da necessidade de “ser perfeito”(MPS) e de “parecer perfeito para os outros”(PSPS) nas duas amostras da população geral.

No Quadro 5.2.5. apresentam-se as correlações entre os factores do MPS e do FSCRS. As correlações encontradas apresentam o sentido esperado, registando-se, de uma forma geral, correlações positivas entre as formas *eu-inadequado* e *eu-detestado* e as dimensões do traço de perfeccionismo (MPS), e correlações negativas entre as estratégias de auto-tranquilização e aquelas. De destacar como excepção a este padrão, a associação entre o *eu-tranquilizador* e a subescala de “organização” do MPS, que assume um sinal positivo.

Paralelamente, devemos ainda salientar que na amostra do sexo masculino a subescala de “padrões de desempenho elevados” não se associa significativamente a nenhuma das subescalas do FSCRS (*i.e.*, não está significativamente associada nem às estratégias de relação *eu-eu* auto-críticas, nem a uma estratégia de relação *eu-eu* tranquilizadora). Também não foram observadas associações significativas neste grupo, entre a “percepção de elevadas expectativas parentais” e a forma do auto-criticismo *eu-detestado*, nem no par entre “organização” e a forma do *eu-inadequado* do FSCRS.

Na amostra do sexo feminino, de forma geral foi confirmada uma relação significativa entre as dimensões do traço de perfeccionismo e as formas de relação *eu-eu* auto-críticas e auto-tranquilizadoras. As únicas excepções verificadas foram registadas entre as dimensões “expectativas de parentais” e a forma *eu-tranquilizador* e a forma de *eu-detestado*, e ainda entre a dimensão “organização” e a forma *eu-inadequado* e *eu-tranquilizador*.

**Quadro 5.2.5. Correlações entre as dimensões do traço de perfeccionismo e as formas do auto-criticismo e a estratégia de auto-tranquilização na amostra do sexo masculino (n = 289) e feminino (n = 528) da população geral**

	Sexo masculino			Sexo feminino		
	FSCRS			FSCRS		
	Eu Inadequado	Eu Tranquiliz.	Eu Detestado	Eu Inadequado	Eu Tranquiliz.	Eu Detestado
MPS						
Preocupação Erro	.36**	-.33**	.33**	.57**	-.44**	.47**
Padrões Desempenho	.18*	.06	-.01	.37**	-.12*	.18**
Expectativas Parentais	.33**	-.18*	.10	.18**	-.11	.06
Criticismo Parental	.22**	-.33**	.28**	.38**	-.35**	.30**
Dúvida Acção	.43**	-.32**	.34**	.39**	-.36**	.31**
Organização	.06	.24**	-.19**	.03	.10	-.12*

Leg: MPS = Dimensões da Escala do Perfeccionismo Multidimensional: Preocupação com o erro, Padrões de desempenho elevados; Percepção de elevadas expectativas parentais; Percepção de elevado criticismo parental; Dúvidas acerca da qualidade do desempenho; Organização, ordem e precisão; FSCRS = Dimensões da Escala das Formas do Auto-criticismo e de Auto-tranquilização: *eu-inadequado*; *eu-tranquilizador*; e *eu-detestado*;



Em suma, em ambos os grupos as associações encontradas registam o mesmo sentido, embora no grupo feminino, estas assumam uma maior magnitude. Salienta-se a dimensão de “preocupação com o erro”, por apresentar maior expressão de associação com as estratégias de auto-crítica e auto-tranquilização, e a dimensão “organização e ordem”, por apresentar um padrão de relação com essas estratégias de relação *eu-eu* distinto das restantes dimensões do traço de perfeccionismo.

Como se pode verificar da análise do Quadro 5.2.6., registam-se correlações positivas e significativas entre um estilo de relação *eu-eu* auto-crítico (*eu-inadequado* e o *eu-detestado*) e a necessidade de se apresentar como perfeito aos outros (subescalas e total da Escala de Auto-apresentação Perfeccionista), e negativas com o *eu-tranquilizador*. As únicas exceções, a este padrão, foram observadas no grupo do sexo masculino, onde relação entre o *eu-tranquilizador* e o *eu-detestado* com a subescala de auto-promoção perfeccionista não atinge significância estatística. Embora se registre um padrão de associação idêntico de associação nos dois grupos, a amostra feminina apresenta associações de magnitude superior em todos os pares de variáveis em estudo.

**Quadro 5.2.6. Correlações entre as subescalas e total da Escala da Auto-apresentação Perfeccionista e as formas do auto-criticismo e a estratégia de auto-tranquilização na amostra do sexo masculino ( $n = 289$ ) e feminino ( $n = 528$ ) da população geral**

	Sexo masculino			Sexo feminino		
	FSCRS			FSCRS		
	Eu Inadequado	Eu Tranquiliz.	Eu Detestado	Eu Inadequado	Eu Tranquiliz.	Eu Detestado
PSPS						
Auto-promoção Perfec.	.24**	-.09	.12	.39**	-.25**	.30**
Ocultação Imperfeições	.32**	-.17*	.17*	.43**	-.32**	.34**
Não-revelação Imperf.	.32**	-.32**	.25**	.44**	-.46**	.47**
Total	.32**	-.20**	.19**	.46**	-.37**	.40**

Leg: PSPS = Dimensões da Escala de Auto-apresentação Perfeccionista: Auto-promoção perfeccionista; Ocultação das imperfeições; Não revelação das imperfeições; e Total da escala; FSCRS = Dimensões da Escala das Formas do Auto-criticismo e de Auto-tranquilização: *eu-inadequado*; *eu-tranquilizador*; e *eu-detestado*;

### 2.3.2. Padrão de associação entre as dimensões do perfeccionismo, as estratégias de relação *eu-eu* perante situações de fracasso e a psicopatologia geral

No sentido de compreendermos o padrão de associação entre as dimensões do traço perfeccionismo, da dimensão interpessoal do perfeccionismo (auto-apresentação perfeccionista) e do estilo de relação *eu-eu* (auto-críticas e auto-tranquilizadora) em situações em que o *self* é confrontado com o fracasso, com as variáveis da psicopatologia geral, realizámos correlações de *Pearson* em amostras independentes (por género).

O Quadro 5.2.7 apresenta as correlações entre as dimensões do MPS, as subescalas e o total do PSPS e as dimensões do DASS 42.

As correlações encontradas entre as dimensões do traço de perfeccionismo (MPS) e a sintomatologia psicopatológica (DASS 42), em geral nos dois grupos, são significativas e positivas, sobressaindo como exceção as associações encontradas entre: “padrões pessoais elevados” e a sintomatologia depressiva e ansiosa no sexo masculino; “expectativas parentais” e as medidas de depressão e ansiedade no sexo feminino; e a subescala de “organização” e todas as subescalas do DASS 42 (tanto no sexo masculino como feminino), que não registam um nível de significância estatístico. De salientar que as dimensões do traço de perfeccionismo mais associadas à sintomatologia psicopatológica são a “preocupação com o erro”, “criticismo parental” e a “dúvida acerca do desempenho”.

As associações encontradas entre as medidas de “necessidade de parecer perfeito” e as de sintomatologia depressiva, ansiosa e stress são significativas, positivas e de magnitude baixa a moderada, nos dois grupos em estudo (entre .23 e .39 para a amostra do sexo masculino e .24 e .41 na amostra do sexo feminino).

**Quadro 5.2.7. Correlações entre as dimensões do traço de perfeccionismo e de auto-apresentação perfeccionista e os indicadores de psicopatologia geral na amostra do sexo masculino (n = 289) e feminino (n = 528) da população geral**

	Sexo masculino			Sexo feminino		
	DASS 42			DASS 42		
	Depressão	Ansiedade	Stress	Depressão	Ansiedade	Stress
<b>MPS</b>						
Preocupação Erro	.39**	.39**	.34**	.46**	.35**	.31**
Padrões Desempenho	.10	.14	.22**	.22**	.23**	.26**
Expectativas Parentais	.26**	.23**	.27**	.10	.04	.17**
Criticismo Parental	.39**	.35**	.29**	.33**	.24**	.26**
Dúvida Acção	.39**	.34**	.27**	.39**	.24**	.26**
Organização	-.02	.01	.06	-.09	-.01	-.03
<b>PSPS</b>						
Auto-Promoção Perfec.	.25**	.31**	.23**	.27**	.26**	.24**
Ocultação Imperfeições	.29**	.27**	.24**	.30**	.27**	.25**
Não Revelação Imperf.	.33**	.39**	.34**	.41**	.32**	.26**
Total	.32**	.35**	.29**	.36**	.31**	.28**

Leg: MPS = Dimensões da Escala do Perfeccionismo Multidimensional: Preocupação com o erro, Padrões de desempenho elevados; Percepção de elevadas expectativas parentais; Percepção de elevado criticismo parental; Dúvidas acerca da qualidade do desempenho; Organização, ordem e precisão; PSPS = Dimensões da Escala de Auto-apresentação Perfeccionista: Auto-promoção perfeccionista; Ocultação das imperfeições; Não revelação das imperfeições; e Total da escala; DASS 42 = Subescalas de Depressão, Ansiedade e Stress;

No Quadro 5.2.8. são apresentadas as correlações entre as dimensões da Escala das Formas do Auto-criticismo e de Auto-tranquilização (FSCRS) e as dimensões de psicopatologia, medidas pelo DASS 42.

**Quadro 5.2.8. Correlações entre as formas do auto-criticismo e a estratégia de auto-tranquilização e os indicadores de psicopatologia geral na amostra do sexo masculino ( $n = 289$ ) e feminino ( $n = 528$ ) da população geral**

	Sexo masculino			Sexo feminino		
	DASS 42			DASS 42		
	Depressão	Ansiedade	Stress	Depressão	Ansiedade	Stress
FSCRS						
Eu Inadequado	.56**	.39**	.51**	.56**	.44**	.54**
Eu Tranquilizador	-.42**	-.24**	-.21**	-.47**	-.30**	-.31**
Eu Detestado	.58**	.48**	.46**	.66**	.54**	.49**

Leg: FSCRS = Dimensões da Escala das Formas do Auto-criticismo e de Auto-tranquilização: *eu-inadequado*; *eu-tranquilizador*; e *eu-detestado*; DASS 42 = Subescalas de Depressão, Ansiedade e Stress;

O padrão de associação entre as medidas da FSCRS e as dimensões do DASS 42 foi idêntico para os dois grupos. Registaram-se correlações positivas entre as dimensões *eu-inadequado* e *eu-detestado*, e correlações negativas entre o *eu-tranquilizador*, e as diferentes dimensões da psicopatologia. As associações mais fortes, em ambos os grupos, surgem entre as formas de auto-criticismo e de auto-tranquilização e a sintomatologia depressiva. De destacar que todas as correlações apresentam magnitudes moderadas (entre .39 e .58, e entre .44 e .66, no grupo masculino e feminino, respectivamente), excepto as verificadas entre *eu-tranquilizador* e as medidas de ansiedade e *stress*. Estes resultados reflectem, assim, uma relação significativa entre o estilo de relação *eu-eu* auto-crítico e auto-tranquilizador e a sintomatologia psicopatológica.

### 2.3.3. Padrão de associação entre as dimensões do perfeccionismo, as estratégias de relação *eu-eu* perante situações de fracasso e a psicopatologia alimentar

Este estudo pretendia verificar o padrão de associação das diferentes facetas do traço (MPS) e da dimensão interpessoal do perfeccionismo (PSPS), com subescalas do EDI. E posteriormente, explorar a relação entre estes indicadores de patologia alimentar e as formas do auto-criticismo e estratégias de auto-tranquilização, avaliadas pelo FSCRS.

Como esperado, o padrão de associação entre as dimensões do traço de perfeccionismo e os indicadores de patologia do comportamento alimentar apresentam um padrão de associação diferente por género (Quadro 5.2.9.).

De uma forma geral, na amostra do sexo masculino, os componentes do traço de perfeccionismo não se associam significativamente com as características centrais da patologia alimentar. As exceções surgem na relação entre a insatisfação corporal e “expectativas parentais”, “criticismo parental” e “dúvida na acção”. No entanto, embora significativas, as correlações revelam coeficientes de magnitude muito baixos. Verificam-se ainda como excepção ao padrão geral, a associação nos pares formados por “padrões elevados de desempenho” e insatisfação corporal, e “organização e ordem” e a subescala de bulimia, que assumem uma relação negativa.

Para o sexo feminino, os resultados mostram que o traço de perfeccionismo se encontra tendencialmente associado positiva e significativamente com a procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal. Não obstante, e ao contrário do que seria de esperar, as associações encontradas são todas de magnitudes muito baixas ou baixas. Podemos destacar que a subescala de organização não apresenta associações significativas com nenhuma das subescalas do EDI. Acresce que, neste grupo, as associações mais fortes se registam entre a dimensão “preocupação com o erro” e as três subescalas do EDI.

**Quadro 5.2.9. Correlações entre as dimensões do traço de perfeccionismo e de auto-apresentação perfeccionista e a sintomatologia da patologia alimentar na amostra do sexo masculino (n = 289) e feminino (n = 528) da população geral**

	Sexo masculino			Sexo feminino		
	Procura Magreza	EDI Bulimia	Insatisfação Corporal	Procura Magreza	EDI Bulimia	Insatisfação Corporal
<b>MPS</b>						
Preocupação Erro	.12	.07	.12	.29**	.16**	.36**
Padrões Desempenho	-.01	.02	-.14*	.16**	.14**	.17**
Expectativas Parentais	.06	.13	.14*	.07	-.01	.19**
Criticismo Parental	.19*	.08	.25**	.13*	.05	.25**
Dúvida Acção	.12	.12	.17*	.20**	.13*	.23**
Organização	-.06	-.19**	-.10	.03	-.07	-.01
<b>PSPS</b>						
Auto-Promoção Perfec.	-.01	.07	-.01	.33**	.22**	.27**
Ocultação Imperfeições	-.03	.10	.06	.29**	.23**	.33**
Não Revelação Imperf.	.07	.06	.05	.25**	.22**	.28**
Total	.00	.09	.03	.33**	.25**	.33**

Leg: MPS = Dimensões da Escala do Perfeccionismo Multidimensional: Preocupação com o erro, Padrões de desempenho elevados; Percepção de elevadas expectativas parentais; Percepção de elevado criticismo parental; Dúvidas acerca da qualidade do desempenho; Organização, ordem e precisão; PSPS = Dimensões da Escala de Auto-apresentação Perfeccionista: Auto-promoção perfeccionista; Ocultação das imperfeições; Não revelação das imperfeições; e Total da escala; EDI = Subescalas do Inventário de Perturbações Alimentares: Procura da Magreza, Bulimia e Insatisfação Corporal;

Ainda, através da análise do Quadro 5.2.9, podemos verificar que as associações encontradas entre a “necessidade de parecer perfeito para os outros” e o comportamento alimentar perturbado apresentam um padrão claramente distinto nos dois grupos.

No sexo masculino, os resultados obtidos evidenciam que nenhum dos pares de variáveis se correlaciona com significância estatística. Por outras palavras, para o sexo masculino a necessidade de se apresentar como perfeito para os outros não se associa à procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal. Em oposição, no sexo feminino, todas as associações encontradas apresentam um nível de significância estatístico, embora com magnitudes baixas (entre .22 e .33). Estes resultados mostram que na amostra do sexo feminino, mas não na amostra do sexo masculino, a necessidade de parecer perfeito correlaciona-se positivamente com uma maior insatisfação corporal e com mais atitudes e comportamentos alimentares perturbados.

Em relação às associações entre as formas do auto-criticismo e estratégias de auto-tranquilização e as dimensões da psicopatologia do comportamento alimentar (procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal) verificámos, igualmente diferenças entre o sexo masculino e o sexo feminino (cf. Quadro 5.2.10). Embora todas as associações encontradas apresentem o sentido esperado, e registem um nível de significância estatístico, nos dois grupos (excepto a associação entre *eu-tranquilizador* e as subescalas procura da magreza e bulimia para o sexo masculino), as associações registadas no sexo feminino são claramente mais expressivas comparativamente com as registadas no grupo masculino.

**Quadro 5.2.10. Correlações entre as formas do auto-criticismo e a estratégia de auto-tranquilização e a sintomatologia da patologia alimentar na amostra do sexo masculino ( $n = 289$ ) e feminino ( $n = 528$ ) da população geral**

	Sexo masculino			Sexo feminino		
	Procura Magreza	EDI Bulimia	Insatisfação Corporal	Procura Magreza	EDI Bulimia	Insatisfação Corporal
FSCRS						
Eu Inadequado	.22**	.20**	.22**	.37**	.25**	.40**
Eu Tranquilizador	-.13*	-.08	-.31**	-.25**	-.19**	-.39**
Eu Detestado	.38**	.15*	.32**	.36**	.31**	.39**

Leg: FSCRS = Dimensões da Escala das Formas do Auto-criticismo e de Auto-tranquilização: *eu-inadequado*; *eu-tranquilizador*; e *eu-detestado*; EDI = Subescalas do Inventário de Perturbações Alimentares: Procura da Magreza, Bulimia e Insatisfação Corporal;

#### 2.4. Estudo do efeito de mediação do auto-criticismo na relação entre “a necessidade de parecer perfeito” e a psicopatologia

Dados os resultados dos estudos anteriormente onde foi verificado que “a necessidade de parecer perfeito aos olhos dos outros” e a formas do auto-criticismo se associam a variáveis de vulnerabili-

dade para a psicopatologia, as análises apresentadas neste ponto visam explorar a existência de um efeito de mediação da forma do *eu-inadequado*, na relação entre a auto-apresentação perfeccionista e a psicopatologia geral (depressão) e alimentar (procura da magreza). Assim, neste ponto, pretendíamos, verificar se o poder preditivo da “necessidade de se apresentar como perfeito” na psicopatologia diminui quando mediado pela forma de relação *eu-eu* auto-crítica (*eu-inadequado*).

Para a realização dos estudos deste ponto, recorreu-se a análises de regressão linear simples e estudos de mediação, em análises independentes por género. Como os estudos de regressão se baseiam em análises correlacionais foram seleccionadas para variáveis critério a depressão (ponto 2.4.1) e a procura da magreza (ponto 2.4.2) por serem as dimensões de psicopatologia (geral e alimentar, respectivamente) que apresentavam associações mais fortes com a auto-apresentação perfeccionista (PSPS), estando igualmente associadas significativamente à forma *eu-inadequado* (FRSCS).

#### **2.4.1. O efeito mediador do *eu-inadequado* na relação entre “a necessidade de se apresentar como perfeito” e a depressão**

O teste de análises do efeito mediador da forma *eu-inadequado* do auto-criticismo foi realizado após a regressão linear de acordo com o proposto por Baron e Kenny (1986). Segundo estes autores uma variável funciona como mediadora quando cumpre as seguintes condições: (1) a auto-apresentação perfeccionista (variável preditora) regride significativamente sobre a depressão (variável dependente); (2) a auto-apresentação perfeccionista (variável preditora) regride significativamente sobre a forma de *eu-inadequado* do auto-criticismo (mediador); (3) a auto-apresentação perfeccionista (variável preditora) e a forma *eu-inadequado* (mediador) regridem significativamente sobre o resultado da depressão. 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. O mesmo é dizer, terá de se verificar a diminuição do efeito directo da auto-apresentação perfeccionista na depressão após considerar o contributo da forma *eu-inadequado* (mediador) para a variância.

Adicionalmente, confirmámos os resultados das análises de mediação através do teste *Sobel*, o qual se baseia em dados normativos e determina a significância do efeito indirecto da variável preditora nos resultados (*i.e.*, através do efeito da variável mediadora).

Os Quadros 5.2.11. e 5.2.12. apresentam as análises do efeito de mediação do *eu-inadequado* na relação entre a auto-apresentação perfeccionista e a sintomatologia depressiva, para a amostra do sexo masculino e para a amostra do sexo feminino, respectivamente.

**Quadro 5.2.11. Efeito de mediação do *eu-inadequado* na relação entre a auto-apresentação perfeccionista e a depressão no sexo masculino**

	$\beta$	t	p	F	p	$R^2$ ajustado	$\Delta R^2$
PSPS Auto-ap V.D.-Depressão(DASS42)	.318	4.685	.000	21.948	.000	.097	
FSCRS Eu-ind V.D.-Auto-ap. (PSPS)	.322	4.738	.000	22.448	.000	.099	
PSPS Auto-ap FSCRS Eu-ind V.D.-Depressão(DASS42)	.164	2.591	.010	43.014	.000	.301	.308

Para o sexo masculino, num primeiro passo, foi realizada uma análise de regressão com a auto-apresentação perfeccionista, a ser introduzida como variável independente, e a depressão como variável dependente. O modelo foi significativo ( $F(1, 195) = 21.948; p < .001$ ), contribuindo para 9.7% da variância da depressão ( $\beta = .318; p < .001$ ). Num segundo passo, uma nova análise foi realizada para examinar se a auto-apresentação perfeccionista predizia a forma do auto-criticismo, *eu-inadequado*. O modelo foi igualmente significativo ( $F(1, 194) = 22.448; p < .001$ ) com um  $\beta = .322$  ( $p < .001$ ). Finalmente, uma análise de regressão foi realizada para determinar se o mediador proposto (*eu-inadequado*) predizia significativamente a depressão. Foi introduzida a auto-apresentação perfeccionista e o *eu-inadequado* como variáveis independentes e a depressão como variável dependente. O modelo final foi significativo ( $F(2, 193) = 43.014; p < .001$ ), contribuindo para um acréscimo da variância da depressão, explicando 30.1%. Estes resultados indicam que quando se acrescenta o mediador o  $\beta$  da variável preditora reduz para .164 ( $p = .010$ ). O teste de *Sobel* foi, então, realizado para determinar a significância do efeito indirecto da auto-apresentação perfeccionista na depressão (através do efeito do *eu-inadequado*). Este efeito indirecto foi significativo ( $z = 3.940; p < .001$ ), o que indica que a forma do *eu-inadequado* do auto-criticismo medeia parcialmente a relação entre a auto-apresentação perfeccionista e a sintomatologia depressiva, no sexo masculino.

**Quadro 5.2.12. Efeito de mediação do *eu-inadequado* na relação entre a auto-apresentação perfeccionista e a depressão no sexo feminino**

	$\beta$	t	p	F	p	$R^2$ ajustado	$\Delta R^2$
PSPS Auto-ap V.D.-Depressão(DASS42)	.355	6.301	.000	39.709	.000	.123	
FSCRS Eu-ind V.D.-Auto-ap. (PSPS)	.463	8.686	.000	75.453	.000	.212	
PSPS Auto-ap FSCRS Eu-ind V.D.-Depressão(DASS42)	.118	2.118	.035	67.958	.000	.326	.331

No sexo feminino, foram utilizados procedimentos idênticos para verificar se a forma *eu-inadequado* apresenta um efeito mediador na relação entre a necessidade de se apresentar aos outros como perfeito (PSPS) e a depressão. Assim, numa primeira análise de regressão realizada para analisar se a auto-apresentação perfeccionista predizia significativamente a depressão, obtivemos um modelo significativo ( $F(1, 276) = 39.709$ ;  $p < .001$ ) com um  $\beta = .355$  ( $p < .001$ ), explicando 12.3% da variância. Seguidamente, foi também realizada a análise de regressão para determinar se a auto-apresentação perfeccionista predizia o *eu-inadequado* e o modelo foi, igualmente, significativo ( $F(1, 276) = 75.453$ ;  $p < .001$ ). Finalmente, realizámos uma análise para verificar se estas duas variáveis prediziam significativamente a depressão. O modelo final, igualmente, foi significativo ( $F(2, 275) = 67.958$ ;  $p < .001$ ), explicando 32.6% da variância da depressão. Os resultados mostram que quando o mediador é introduzido no modelo, o valor de  $\beta$  diminuiu para .118 ( $p = .035$ ). O teste de *Sobel* foi significativo ( $z = 5.190$ ;  $p < .001$ ), e tais resultados indicam que o *eu-inadequado* medeia parcialmente o efeito da auto-apresentação perfeccionista na depressão, para o sexo feminino.

#### 2.4.2. O efeito mediador do *eu-inadequado* na relação entre “a necessidade de se apresentar como perfeito” e a procura da magreza

Com o intuito de analisar o efeito mediador do *eu-inadequado* na relação entre a auto-apresentação perfeccionista (PSPS) e a procura da magreza (EDI), foram seguidos os mesmos procedimentos das análises anteriores. No entanto, nesta análise foi unicamente considerado o grupo do sexo feminino (Quadro 5.2.13), uma vez que através dos estudos correlacionais anteriormente apresentados, foi possível verificar que no grupo do sexo masculino a necessidade de se apresentar como perfeito para os outros não se associa significativamente à este indicador de psicopatologia alimentar.

**Quadro 5.2.13. Efeito de mediação do *eu-inadequado* na relação entre a auto-apresentação perfeccionista e a procura da magreza no sexo feminino**

	$\beta$	t	p	F	p	$R^2$ ajustado	$\Delta R^2$
PSPS Auto-ap	.330	5.805	.000	33.702	.000	.106	
V.D.-Proc Magreza (EDI)							
FSCRS Eu-ind	.463	8.686	.000	75.453	.000	.212	
V.D.-Auto-ap. (PSPS)							
PSPS Auto-ap	.215	3.437	.001	25.676	.000	.151	.157
FSCRS Eu-ind	.249	3.980	.000				
V.D.-Proc Magreza (EDI)							



No sexo feminino, foi realizada uma análise de regressão com a auto-apresentação perfeccionista (variável independente) e a procura da magreza, como variável dependente. O modelo obtido foi significativo ( $F(1, 276) = 33.702$ ;  $p < .001$ ), contribuindo para 10.6% da variância da procura da magreza ( $\beta = .330$ ;  $p < .001$ ). No segundo passo, a análise realizada para examinar se a auto-apresentação perfeccionista regredia significativamente sobre *eu-inadequado* permitiu verificar (como referido no ponto anterior) um modelo significativo ( $F(1, 276) = 74.453$ ;  $p < .001$ ). Por fim, numa nova análise foi introduzida a auto-apresentação perfeccionista e a forma *eu-inadequado*, como variáveis independentes, e a subescala procura da magreza do EDI, enquanto variável dependente. O modelo final foi significativo ( $F(2, 275) = 25.676$ ;  $p < .001$ ), contribuindo para 15.1% da variância da procura da magreza. Os dados apresentados no Quadro 5.2.13, permitem verificar que quando o mediador é introduzido no modelo assiste-se a uma diminuição do  $\beta$  da variável preditora ( $\beta = .215$ ;  $p = .001$ ). O teste de *Sobel* foi significativo ( $z = 3.3092$ ;  $p < .001$ ), o que indica que o *eu-inadequado* medeia parcialmente o efeito da auto-apresentação perfeccionista na procura da magreza, no grupo do sexo feminino.

## 2.5. Síntese e discussão dos resultados

Visto que a maior parte da investigação sobre o perfeccionismo tem sido conduzida em amostras femininas, o nosso estudo parece constituir-se um contributo significativo para a compreensão deste constructo, permitindo a comparação de amostras do sexo masculino e do sexo feminino, com um nível desenvolvimental idêntico. Por outro lado os nossos dados parecem confirmar a pertinência da perspectiva multidimensional do traço de perfeccionismo demonstrada em diferentes estudos (*e.g.*, Cockell *et al.*, 2002; Halmi *et al.*, 2000; Soenens *et al.*, 2005; Vohs *et al.*, 1999; Vohs *et al.*, 2001), mostrando que algumas dimensões deste constructo assumem um carácter mais patológico enquanto outras parecem apresentar um potencial mais adaptativo. Esta investigação vem ainda acrescentar ao conhecimento existente, iluminando o efeito mediador de uma atitude auto-crítica na relação entre a necessidade de se apresentar como perfeito aos outros e a vulnerabilidade à depressão, tanto no grupo do sexo masculino como do sexo feminino, e à procura da magreza apenas para a amostra do sexo feminino.

A leitura dos dados obtidos neste estudo obedece à sequência das análises apresentadas. Assim, o estudo comparativo permitiu verificar que o grupo masculino da nossa amostra apresenta valores médios significativamente superiores nas dimensões do traço perfeccionismo (com excepção da subescala de padrões de desempenho elevados, na qual não foram identificadas diferenças significativas entre géneros, e na subescala de organização, ordem e precisão, na qual o sexo feminino pontua significativamente mais alto). O grupo masculino distingue-se, ainda nas diferentes componentes da auto-apresentação perfeccionista (à excepção da dimensão de ocultação das imperfeições), apresentando uma maior necessidade de se apresentar como perfeito para os outros). Em relação às formas de auto-regulação em situações de fracasso (avaliadas pelo FSCRS), os dois grupos não se discriminam quanto ao uso de estratégias auto-críticas. No entanto, os indivíduos do sexo masculino apresentam pontuações médias significativamente superiores na subescala que avalia a estratégia

de auto-tranquilização. Estes resultados, estão de acordo com o esperado tendo por base os dados apresentados em investigações anteriores (Gilbert, 2000b; Gilbert *et al.*, 2004), e parecem traduzir que os rapazes e homens em estudo demonstraram uma disposição mais positiva, acolhedora e tolerante para si mesmo quando confrontados com erros ou falhas pessoais, comparativamente aos sujeitos do sexo feminino.

Em relação às variáveis de psicopatologia, os dois grupos do nosso estudo não se diferenciam estatisticamente nos indicadores do DASS 42, à excepção da subescala *stress*, na qual o sexo feminino pontua significativamente mais alto. Nas dimensões de psicopatologia alimentar, observámos que as participantes do sexo feminino apresentam resultados médios superiores nas três subescalas do EDI consideradas (procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal), sendo estes *scores* significativamente diferentes dos obtidos pelos sujeitos do sexo masculino, tal como esperado.

O segundo passo deste estudo, de natureza correlacional, teve como objectivo analisar as relações entre as dimensões do traço de perfeccionismo (MPS), as componentes de auto-apresentação perfeccionista (PSPS), estratégias auto-críticas e auto-tranquilizadoras de relação *eu-eu* em situações de fracasso ou falhas pessoais (FSCRS) e os indicadores de Psicopatologia geral (DASS 42) e do comportamento alimentar (EDI), no sexo masculino e no sexo feminino.

As associações positivas e significativas observadas entre as diferentes dimensões do traço de perfeccionismo e as subescalas e total da Escala de Auto-apresentação Perfeccionista nos dois grupos, permitem confirmar que a necessidade de ser perfeito e a necessidade de se apresentar como perfeito aos outros são constructos relacionados mas não sobreponíveis, tal como definido por Hewitt e colaboradores (2003). Os dados obtidos permitiram verificar que as relações mais fortes foram verificadas entre a dimensão “preocupação com os erros”, do MPS, e os componentes e total da Escala de Auto-apresentação Perfeccionista (PSPS), o que parece estar de acordo com a própria definição da dimensão interpessoal do traço de perfeccionismo. De facto, e de acordo com a abordagem de Hewitt *et al.* (2003), a auto-apresentação perfeccionista é a manifestação pública do traço de perfeccionismo, e assenta numa excessiva preocupação com os erros ou defeitos pessoais, conduzindo o indivíduo a um intenso investimento numa apresentação de si como perfeito para os outros, assim como em atitudes mais defensivas que procuram minimizar a exibição de características ou acções percepcionadas como imperfeições ou fracassos.

As análises de correlação entre as subescalas do perfeccionismo multidimensional e as estratégias de relação auto-críticas e auto-tranquilizadoras permitiram observar correlações positivas entre as dimensões do traço de perfeccionismo e as formas de auto-críticas, e negativas com a forma de auto-tranquilização, para ambos os géneros. Estes dados confirmam, assim, o auto-criticismo como uma estratégia de regulação emocional mal-adaptativa associado ao traço de perfeccionismo (Dunkley *et al.*, 2006; Frost *et al.*, 1990). Podemos destacar que são as subescalas “preocupação com o erro” e “dúvida na acção” que surgem como mais positivamente associadas com a forma *eu-inadequado* e *eu-detestado* do auto-criticismo, nos dois grupos. Por contraste, as subescalas de padrões de desempenho e organização, do MPS, assumem um padrão de associação com as formas de auto-criticismo diferenciado das restantes dimensões do instrumento de medida do traço de

perfeccionismo. Estes dados parecem corroborar trabalhos anteriores (Cockell *et al.*, 2002; Halmi *et al.*, 2000; Soenens *et al.*, 2005; Vohs *et al.*, 1999; Vohs *et al.*, 2001) mostrando que as dimensões que reflectem uma tendência para reagir e responder de forma negativa perante os fracassos e dúvidas acerca de capacidades para desempenhar com sucesso determinadas tarefas traduzem aspectos mal-adaptativos e auto-críticos, enquanto a preferência por padrões objectivos e exigentes de desempenho e a importância atribuída à organização, ordem e precisão reflectem um carácter mais adaptativo.

As associações verificadas entre as subescalas e o total da escala de auto-apresentação perfeccionista e as estratégias auto-críticas e de auto-tranquilização mostram um padrão de relação idêntico em ambos os sexos, embora o grupo do sexo feminino mostre magnitudes de associação sempre mais fortes. Esta análise permitiu demonstrar que a necessidade de se apresentar como perfeito para os outros se associa significativamente e positivamente a estratégias de relação *eu-eu* mais críticas e punitivas de, e negativamente as estratégias mais compassivas e auto-tranquilizadoras.

Os dados do estudo correlacional dos indicadores de psicopatologia geral (depressão, ansiedade e *stress*) e o traço de perfeccionismo, conceptualizado numa abordagem multidimensional, permitem-nos corroborar os resultados apontados por diferentes autores (*e.g.*, Blatt, 1995; Flett *et al.*, 2003; Halmi *et al.*, 2000; Hewitt, & Flett, 1991, 2001; Hewitt *et al.*, 1996; Shafran & Mansell, 2001; Soenens *et al.*, 2005), mostrando a associação entre o traço perfeccionismo e diferentes quadros psicopatológicos. Não obstante, e tal como defendido em diversas investigações (*e.g.*, Cockell *et al.*, 2002; Dunkley *et al.*, 2006; Safran & Mansell, 2001; Vohs *et al.*, 1999; Vohs, 2001), os dados deste estudo evidenciam que algumas das dimensões do perfeccionismo apresentam um potencial mais patológico, enquanto outras demonstram uma natureza mais adaptativa. Assim as dimensões mais associadas à sintomatologia psicopatológica são a “preocupação com o erro” e “dúvida acerca do desempenho”, em ambos os grupos, enquanto a dimensão “organização e ordem” não apresenta uma relação significativa com os marcadores de psicopatologia geral considerados. Em relação à subescala “padrões de desempenho elevados” destaca-se que no sexo masculino esta dimensão do perfeccionismo não se mostra associado nem à sintomatologia depressiva nem à ansiosa, correlacionando-se positivamente (embora com magnitude muito baixa) com o *stress*.

Idênticas análises, realizadas entre os resultados obtidos no DASS 42 e na PSPS, permitiram verificar que todas as componentes da escala que avalia a “necessidade de se apresentar perfeito para os outros” se associam positivamente à depressão, ansiedade e *stress*, com magnitude baixa a moderada, nos dois grupos em estudo (entre .23 e .39 para a amostra do sexo masculino e .24 e .41 na amostra do sexo feminino), corroborando os dados apresentados por Hewitt *et al.* (2003).

Como seria de esperar, de acordo com as perspectivas teóricas e dados empíricos (*e.g.*, Gilbert, 2000b; Gilbert, Baldwin *et al.*, 2006), as estratégias de relação *eu-eu* auto-críticas (*eu-inadequado* e *eu-detestado*) associam-se positivamente e com magnitudes expressivas (entre .39 e .58 na amostra do sexo masculino e entre .44 e .66 na amostra do sexo feminino) com a depressão, ansiedade e o *stress* (avaliada pelo DASS 42). Em contraste, o *eu-tranquilizador* (*i.e.*, a capacidade para recordar aspectos positivos do próprio e sucessos passados em situações em que o sujeito é confrontado com

insucesso ou fracasso pessoal), assim como uma atitude mais compassiva perante as suas falhas ou erros, mostra-se negativamente associado com estas dimensões psicopatológicas. Em suma os resultados reflectem uma relação significativa entre o estilo de relação *eu-eu* auto-crítico e auto-tranquilizador e a sintomatologia psicopatológica.

Especificamente em relação ao estudo da vulnerabilidade para as Perturbações do Comportamento Alimentar, as análises realizadas visaram investigar a natureza de associação entre as diferentes dimensões da “necessidade de ser perfeito” (perfeccionismo traço) e “a necessidade de se apresentar como perfeito” (dimensão pública do perfeccionismo) e três dimensões centrais da patologia alimentar (procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal), em análises independentes por género. Os dados evidenciaram um padrão de associação entre as dimensões do traço de perfeccionismo e os indicadores de patologia do comportamento alimentar diferenciado por género.

Verificaram-se, para o grupo feminino, correlações positivas e significativas entre todas as dimensões do perfeccionismo consideradas (à excepção da dimensão de organização e ordem) com sintomas alimentares disfuncionais (tanto restritivos como de ingestão alimentar compulsiva) mas também a um maior descontentamento com a imagem corporal. Enquanto, que no grupo do sexo masculino os componentes do traço de perfeccionismo não se associam significativamente com estas características centrais da patologia alimentar. Estes dados parecem confirmar, nas mulheres, o traço de perfeccionismo como um factor explicativo de atitudes e comportamentos, em relação ao corpo e à imagem corporal, disfuncionais (*e.g.*, Bruch, 1985; Cockell *et al.*, 2002; Fairburn *et al.*, 2003; Garner & Bemis, 1982; Slade, 1982), no entanto os coeficientes de alfa obtidos foram de baixa magnitude. Em suma, estes resultados parecem traduzir que o traço de perfeccionismo é, para as mulheres, um factor vulnerabilizador do desenvolvimento de Perturbação do Comportamento Alimentar, mas que provavelmente o seu impacto está dependente de outras variáveis, como por exemplo um *stressor* específico.

As associações encontradas entre a necessidade de parecer perfeito para os outros e o comportamento alimentar perturbado apresentam, igualmente, um padrão claramente distinto nos dois grupos em estudo. No sexo masculino, a necessidade de se apresentar como perfeito para os outros não se associa à procura da magreza, bulimia ou insatisfação corporal. No sexo feminino, por oposição, todas as associações encontradas apresentam um nível de significância estatístico, embora com magnitudes baixas (entre .22 e .33). Assim, constata-se que na amostra do sexo feminino a necessidade de parecer perfeito se correlaciona positivamente com uma maior sintomatologia psicopatológica do comportamento alimentar, confirmando a dimensão pública do perfeccionismo como um predictor significativo da patologia alimentar (Cockell *et al.*, 2002; Hewitt *et al.*, 1995; McGee *et al.*, 2005). Uma vez que este estudo corrobora a auto-apresentação perfeccionista enquanto medida explicativa da patologia alimentar, para a população feminina, e dado que esta escala é uma medida global que avalia a necessidade de apresentar uma apresentação pública ideal e de omitir ou encobrir as suas falhas ou imperfeições (*i.e.*, “Eu esforço-me para parecer perfeito(a) para os outros” e “Eu detesto cometer erros em público”), consideramos que seria pertinente desenvolver e validar uma medida de auto-apresentação perfeccionista em relação à imagem corporal. Assim, futuros

estudos com a utilização de uma medida específica da necessidade de apresentar uma aparência física de perfeição poderão atestar os resultados obtidos.

As análises correlacionais entre as estratégias de relação *eu-eu* auto-críticas e auto-tranquilizadoras e as dimensões do EDI, consideradas como indicadores de risco para as Perturbações do Comportamento Alimentar, evidenciaram igualmente relações com expressões distintas por género. Embora todas as associações apresentem o sentido esperado e registem níveis estatisticamente significativos (à excepção da relação entre *eu*-tranquilizador e as subescalas procura da magreza e bulimia para o sexo masculino), as associações verificadas no grupo do sexo feminino são sempre de uma magnitude claramente superior. Estes resultados parecem acrescentar à relação avançada por Dunkley & Grilo (2007) entre um estilo auto-crítico e que a sobrevalorização dos comportamentos de controlo associados à imagem corporal e ao peso, em populações do sexo feminino. No entanto, o estudo acerca do processo através do qual o perfeccionismo desempenha um papel decisivo na vulnerabilidade para a patologia alimentar é incompleto, considerando-se importante um maior esclarecimento acerca dos processos que medeiam este traço e expressão comportamental vulnerabilizadora de psicopatologia. Dado que os resultados obtidos neste estudo, tal como documentado por outros autores (e.g., Cockell *et al.*, 2002; Halmi *et al.*, 2000; Soenens *et al.*, 2005; Vohs *et al.*, 1999; Vohs *et al.*, 2001), confirmam que as dimensões do perfeccionismo com maior impacto na sintomatologia psicopatológica são aquelas que reflectem auto-avaliações críticas (i.e., reacções negativas face aos erros e fracassos e a dúvida em relação às competências pessoais) foram realizadas análises com vista a explorar em que medida a adopção de um discurso interno auto-crítico, enquanto estratégia de regulação emocional face a situações de fracasso, medeia relação entre a “necessidade de se apresentar como perfeito para os outros” e a psicopatologia.

Para a exploração do potencial efeito mediador da forma *eu*-inadequado, enquanto estratégia auto-crítica de relação *eu-eu*, na relação entre auto-apresentação perfeccionista e depressão foram realizadas análises de regressão linear independentes nas duas amostras em estudo (grupo do sexo masculino e feminino). Os resultados deste estudo evidenciaram que esta estratégia mal-adaptativa de regulação emocional medeia parcialmente o efeito da necessidade de se apresentar como perfeito para os outros na depressão.

Adicionalmente, pretendíamos também explorar o efeito mediador da forma *eu*-inadequado na relação entre a dimensão interpessoal do perfeccionismo e a procura da magreza. Este estudo foi unicamente realizado para a amostra do sexo feminino, dado as dimensões em estudo não se terem mostrado associadas no sexo masculino. Os resultados deste estudo evidenciaram que, no sexo feminino, o *eu*-inadequado medeia parcialmente a relação entre a necessidade de se apresentar como perfeito para os outros e o comportamento alimentar restritivo. O mesmo é dizer que a uma maior necessidade de apresentar um *self* público perfeito está associada a uma aumento de atitudes e comportamentos perturbados de sobrevalorização da magreza, através de diferenças em termos de um estilo de relação *eu-eu* mais auto-crítico.

Estes dados parecem corroborar a importância destas estratégias de crítica e hostilidade, enquanto processos mal-adaptativos de regulação emocional, para a explicação de diferentes expressões psi-

copatológicas. Sugerindo que parte do efeito da auto-apresentação perfeccionista na psicopatologia é explicada por um estilo de relação auto-crítico.

Em suma, este estudo fornece um contributo importante na compreensão do impacto diferencial das diferentes dimensões do traço de perfeccionismo em termos de ajustamento e na sua relação com a psicopatológica. Paralelamente, foi possível identificar um padrão de associação diferencial entre as diferentes dimensões do perfeccionismo e os sintomas de psicopatológicos, em função do género. De facto, verificámos que as dimensões mais auto-críticas e mal-adaptativas do traço de perfeccionismo e as dimensões da auto-apresentação perfeccionista se assumem como significativamente associados à sintomatologia depressiva, ansiosa e de stress para ambos os géneros. Mas que a associação entre estas dimensões do perfeccionismo e a psicopatologia alimentar é exclusiva do sexo feminino. Os nossos resultados permitiram, ainda, corroborar a saliência das estratégias auto-críticas na explicação da psicopatologia. E mais especificamente, o papel mediador da forma *eu-inadequado* na relação entre a necessidade de se apresentar socialmente como perfeito e a sintomatologia depressiva, para ambos os sexos.

Numa tentativa de colmatar a lacuna apontada por Bardone-Conea *et al.* (2007) foi, ainda realizado um estudo inovador acerca do efeito mediador desta estratégia de regulação emocional mal-adaptativa na relação entre a auto-apresentação perfeccionista e a procura da magreza. Os dados deste último estudo parecem-nos particularmente pertinentes, e evidenciam que a adopção de estratégias de regulação emocional caracterizadas por uma atitude dura, crítica e punitiva, quando as mulheres são confrontadas com falhas ou fracassos pessoais, assume um efeito mediador na relação entre a necessidade de apresentar uma imagem pública perfeita e o endosso em atitudes e comportamentos que traduzem uma sobrevalorização acerca da “necessidade de ser magra”.

### 3. Estudo da mentalidade de *ranking* social e da sua relação com psicopatologia: O efeito moderador do *striving* inseguro na relação entre a comparação social baseada na aparência física e a procura da magreza

#### 3.1. Objectivo e desenho do estudo

Tem-se assistido a um crescente interesse relativo ao modo como os comportamentos competitivos e a pressão para alcançar objectivos e ter sucesso podem actuar como factores de risco para a psicopatologia (Arrindel *et al.*, 2003; Burkle *et al.*, 1999; Wilkinson, 1996), sobretudo em populações jovens (Fombonne, 1999; Twenge *et al.*, 2010). Alguns autores sublinham que os níveis de psicopatologia registados nas sociedades competitivas são superiores, comparativamente aos verificados nas sociedades cuidadoras (*caring societies*; Arrindel *et al.*, 2003; Kasser & Ryan, 1996), sugerindo que os contextos competitivos sobre-estimulam uma mentalidade de *ranking* social, a qual, se associa a menor qualidade de vida e a pior saúde mental (Bellew *et al.*, 2006; Gilbert, 2005a; Gilbert *et al.*, 2007; Gilbert *et al.*, 2009; Trower & Gilbert, 1989).

De acordo com a Teoria das Mentalidades Sociais (*e.g.*, Gilbert, 2005a), abordada no Capítulo 2, a mentalidade de *ranking* social tem as suas raízes na preocupação com o poder dos outros e no medo de abandono, negligência ou rejeição social. Esta mentalidade, baseada no estatuto social, envolve a formação de relacionamentos interpessoais centrados na competição, actuando em situações nas quais o indivíduo se vê confrontado com a necessidade de competir por recursos, ou garantir uma posição hierárquica favorável no grupo (Gilbert, 1989, 2005a, 2005b; Leary, 1995). É, assim, possível considerar que os ambientes sociais hiper-competitivos, que caracterizam as sociedades ocidentais modernas, tornem os seus membros extremamente focados na natureza competitiva das suas relações sociais, activando uma mentalidade de *ranking* social que os torna altamente vulneráveis à comparação social, vergonha e a preocupações acerca da submissão e de inferioridade (Gilbert *et al.*, 2000; Gilbert *et al.*, 2007; Lasch, 1979). De facto, o aumento verificado nas taxas de várias formas de psicopatologia, nestas sociedades (Murray & Lopex, 1996), parece estar associado com a crescente ênfase na competitividade e na adopção de padrões objectivos de comportamento e de aparência (Twenge *et al.*, 2010), como forma de dirigir uma atenção social positiva para si, ou seja, como estratégia para evitar avaliações negativas e possível rejeição social (Gilbert, 1989, 1992, 2005a; Leary, 1995, 2001; Wilkinson, 1996).

De acordo com esta linha conceptual, Gilbert (1989, 2005a) salienta que as pessoas não estão obrigatoriamente orientadas para um objectivo de superioridade em relação aos outros, mas é sobretudo, o medo de inferioridade ou a percepção de indesejabilidade social que são mais ameaçadores. A estimulação destes medos, por sua vez, fortalece a pressão para ter sucesso de forma a garantir um estatuto social favorável, o qual assegurará a aceitação e a pertença ao grupo (Gilbert, 1989, 2005a; Gilbert *et al.*, 2007).

Paralelamente, a literatura tem demonstrado que as dinâmicas competitivas contextuais influenciam o grau e a expressão da psicopatologia, definindo padrões objectivos de aceitação ou rejeição (Arrindel *et al.*, 2003; Kasser, 2002; Wilkinson, 1996). Assim, o grupo social no qual o indivíduo se insere

estabelece padrões que definem em que domínios se deve competir de forma a garantir uma posição social securizante e melhor acesso a recursos sociais fundamentais (Barkow, 1980; Bellew *et al.*, 2006; Burkle *et al.*, 1999; Gilbert, 1997, 2002; McKinley, 1999).

No sentido de clarificar a natureza do comportamento competitivo como forma de regulação emocional, Gilbert e colaboradores (2007) diferenciam duas atitudes: o *striving* inseguro, definido como a pressão sentida e a necessidade de competir com os outros para evitar a inferioridade, o qual se encontra associado ao medo do fracasso, criticismo e rejeição social; e em oposição, o *non-striving* seguro, que diz respeito a “sentimentos de ser aceite pelos outros, independentemente de os seus desempenhos serem bem ou mal sucedidos” (Gilbert *et al.*, 2007, p. 235).

Existem evidências empíricas que suportam a associação entre a mentalidade de *ranking* social e psicopatologia (Gilbert *et al.*, 2007; Gilbert *et al.*, 2009). Além disso, dados apontam que as preocupações competitivas associadas à vivência de vergonha e ao medo da inferioridade são salientes para a compreensão dos comportamentos alimentares perturbados (Bellew *et al.*, 2006). No entanto, são ainda escassos os estudos que se focam na relação entre a pressão para competir e a vulnerabilidade para as Perturbações do Comportamento Alimentar, justificando-se assim o âmbito deste estudo. Assim, o nosso principal objectivo foi explorar o papel da pressão para competir, de forma a evitar a inferioridade, como um factor determinante na explicação da sobrevalorização da magreza e de atitudes e comportamentos que visam a perda de peso (*i.e.*, da procura da magreza enquanto factor central para a auto-avaliação). Adicionalmente, e procurando colmatar as lacunas existentes na literatura, foram desenhados diferentes subestudos com o intuito de clarificar o impacto negativo de uma mentalidade focada na comparação social, vergonha e na necessidade de competir na saúde mental, e a sua expressão diferenciada em função do género, numa amostra de adolescentes e jovens adultos da população geral.

O objectivo do primeiro estudo foi, assim, explorar a relação entre diferentes variáveis de *ranking* social e indicadores de psicopatologia geral e alimentar, numa amostra do sexo masculino e numa amostra do sexo feminino, uma vez que continua pouco claro o impacto diferencial destas variáveis de *ranking* em função do género e em diferentes condições psicopatológicas. Num primeiro ponto, foi examinada a associação entre a comparação social, vergonha e a necessidade de competir para evitar a inferioridade. Antecipa-se, de acordo com o modelo previamente exposto, uma relação positiva entre a percepção de inferioridade e a emoção de vergonha com os indicadores que avaliam a pressão para competir por uma posição social mais favorável. Num segundo tópico, explorámos a relação entre as variáveis de *ranking* social (comparação social, vergonha e a necessidade de competir para evitar a inferioridade) e a sintomatologia depressiva, ansiosa e de *stress*. E, finalmente, foram realizadas análises de associação entre estas variáveis de *ranking* social e três dimensões centrais da psicopatologia alimentar (procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal).

Após o estudo correlacional, e com o intuito de realizar estudos clarificadores dos padrões de associação específicos (por género), entre a percepção do estatuto social e ajustamento ao grupo, a vivência de vergonha, a crença acerca da necessidade de competir e a vulnerabilidade para a psicopatologia, recorreremos a análises de regressão múltipla hierárquica. Foram consideradas as variáveis



de *ranking* social como variáveis preditoras; a depressão e a procura da magreza, foram tidas como variáveis critério, em duas análises distintas. Espera-se corroborar a importância destas variáveis de *ranking* social para a explicação da depressão, tanto para o grupo do sexo masculino como para o grupo feminino, prevendo-se, contudo, diferenças claras entre géneros em relação à capacidade preditiva destas variáveis para a explicação da procura da magreza.

Este estudo procurou, ainda, analisar o contributo específico da comparação social através da aparência física e do *striving* inseguro para a explicação de atitudes que visam a procura da magreza, numa amostra da população feminina. E, finalmente, pretendeu-se testar o efeito moderador do *striving* inseguro na relação entre a comparação social através da aparência física e a procura da magreza. Espera-se que entre as mulheres que se percebem como inferiores, desvalorizadas ou menos aceites pelos outros, as que se sentem sob maior pressão para competir na vida, como forma de dirigirem uma atenção social positiva para si, e de evitarem a crítica e a rejeição social (Bellew *et al.*, 2006; Ferreira *et al.*, 2011a), apresentarão uma maior tendência para aderirem a comportamentos alimentares restritivos e patológicos (*i.e.*, procura da magreza).

Neste estudo foi utilizada uma amostra da população geral constituída por um total de 674 sujeitos, 245 do sexo masculino e 429 do sexo feminino. Os participantes apresentam idades que variam entre os 13 e os 34 anos, com os sujeitos do sexo masculino a apresentar uma média de idades de 19.28 ( $DP = 3.56$ ) e os do sexo feminino 19.24 ( $DP = 3.32$ ). Em relação aos anos de escolaridade, estes variam entre 7 e 17, com os participantes do sexo masculino a apresentarem uma média de 12.60 ( $DP = 2.66$ ) anos e os do sexo feminino de 12.60 ( $DP = 2.23$ ). Os grupos não revelam diferenças em relação à variável idade ( $t_{(479,118)} = .141$ ;  $p = .888$ ), nem nos anos de escolaridade ( $t_{(437,634)} = .002$ ;  $p = .999$ ).

Como medidas de avaliação foram utilizados os seguintes instrumentos de auto-resposta: Escala de Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade (SAIS; Gilbert *et al.*, 2007; Ferreira *et al.*, *in press*); a Escala de Comparação Social (SCRS; Allan & Gilbert, 1995; Gato, 2003); a Escala de Vergonha Interna (ISS; Cook, 2001; Matos *et al.*, *in press*) e a Escala de Vergonha Externa (OAS; Goss *et al.*, 1994; Matos *et al.*, 2011). Foi também utilizada, na amostra feminina, a Escala de Comparação Social através da Aparência Física (ECSAF; Ferreira *et al.*, 2011a). Como medidas de psicopatologia foram utilizadas as dimensões da Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS 42; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro *et al.*, 2004) e três subescalas do Inventário de Perturbações Alimentares (EDI; Garner *et al.*, 1983; Machado *et al.*, 2001). A descrição detalhada destes instrumentos pode ser consultada no Capítulo 3.

Nas análises preliminares para os estudos a avaliação do pressuposto da distribuição normal dos dados foi efectuada graficamente, a partir do teste *Kolmogorov-Smirnov* e dos valores de Assimetria e Curtose obtidos. Nas amostras do sexo masculino e do sexo feminino, os dados relativos à comparação social e à vergonha seguem uma distribuição normal. Assim como, na amostra do sexo masculino, os dados das duas dimensões da escala SAIS (*striving* inseguro e *non-striving* seguro) e os da dimensão de stress (DASS 42). A distribuição das restantes variáveis em estudo evidenciou uma distribuição enviesada da curva normal, no entanto a análise dos valores de *Skewness* (SK) e de *Kurtosis*

(Ku) obtidos (entre -.5 e .5) são considerados aceitáveis (Kline, 1998). A subescala de bulimia (EDI) na amostra do sexo feminino apresentou-se como a única exceção, com um valor de Ku de 8.790, o qual de acordo com Kline (1998) não representa um afastamento excessivo da distribuição normal. Adicionalmente, foi examinada a adequabilidade dos dados em estudo para realizar análises de regressão. As análises de *residuals scatter plots* mostrou que os resíduos se encontravam normalmente distribuídos, tinham linearidade e não apresentavam heteroscedasticidade. Também a independência dos erros foi analisada e validada através da análise gráfica e dos valores de *Durbin-Watson*, com valores entre 1.984 e 1.992 (Field, 2004). Não foram, ainda, verificadas evidências da presença de multicolinearidade ou singularidade entre as variáveis, uma vez que os valores de *Variance Inflation Factor* (VIF) indicaram a ausência de problemas de estimação do  $\beta$  (VIF < 5). Em suma, os procedimentos enunciados permitiram confirmar a adequabilidade dos dados em estudo para a realização de análises de regressão.

### **3.2. Estudo da associação entre as variáveis de ranking social e da psicopatologia**

Para estudar a associação entre a percepção de ranking social, “a necessidade de competir para evitar a inferioridade” e a psicopatologia (geral e alimentar) foram realizadas análises de correlação de *Pearson*, independentes para as amostras do sexo masculino e feminino. Espera-se que comparações sociais desfavoráveis, maior vivência de vergonha externa e interna e a necessidade de competir para evitar a inferioridade se associem a pior saúde mental, em ambos os sexos. Não obstante, antecipa-se a existência de um padrão de relação diferenciado por gênero entre estas dimensões e as medidas de psicopatologia alimentar (atitudes e comportamentos alimentares perturbados).

#### **3.2.1. Padrão de associação entre as variáveis de comparação social, vergonha e a necessidade de competir para evitar a inferioridade**

Os estudos deste tópico exploram a natureza da associação entre as variáveis de comparação social e de vergonha (externa e interna) e a necessidade de competir para evitar a inferioridade (considerando as dimensões de *striving* inseguro e de *non-striving* seguro), nas amostras do sexo masculino e do sexo feminino.

Os resultados das análises realizadas para o sexo masculino, apresentados no Quadro 5.3.1., mostram o sentido de associação esperado. A dimensão *striving* inseguro surge positivamente associada com as medidas de vergonha (OAS e ISS), enquanto a dimensão que avalia a não necessidade de competir (*non-striving* seguro) está associada a comparações sociais mais favoráveis e a menor sentimento de vergonha externa (OAS). Embora esta dimensão positiva da SAIS não assuma uma relação significativa com a vergonha interna (ISS), este dado não pode ser lido sem reservas dado o *n* reduzido desta amostra específica. É, ainda, interessante sublinhar que nesta amostra particular a dimensão de *striving* inseguro não apresenta correlação significativa com a comparação social (SCRS).

**Quadro 5.3.1 Correlações entre as variáveis de comparação social, vergonha externa e interna e as subescalas do *striving* para evitar a inferioridade (SAIS), na amostra do sexo masculino ( $n = 245$ ) da população geral**

	População Normal Sexo masculino		
	SCRS	OAS	ISS*
SAIS			
<i>Striving</i> Inseguro	-.07	.38**	.28*
<i>Non-Striving</i> Seguro	.28**	-.39**	-.18

Leg: SCRS = Escala de Comparação Social; AOS = Escala de Vergonha Externa; ISS = Escala de Vergonha Interna; SAIS = Dimensões da Escala de Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade: *Striving* Inseguro e *Non-Striving* Seguro; [ISS\*  $n = 77$ ]

No sexo feminino os coeficientes de correlação (Quadro 5.3.2.) mostram um padrão idêntico ao encontrado no grupo masculino, com a dimensão negativa da escala SAIS (*striving* inseguro) a correlacionar-se positivamente com as medidas de vergonha. No entanto, é de salientar que nesta amostra a “necessidade de competir” surge, também, negativa e significativamente associada com as medidas de comparação social, quer quando avaliada por uma medida global (SCRS), quer quando a comparação social é baseada na aparência física (ECSAF com pares e com modelos). Pelo contrário, o *non-striving* seguro apresenta-se positivamente correlacionado com uma comparação social favorável e negativamente associado às medidas de vergonha externa e interna ( $r = -.47$  e  $-.38$ , respectivamente).

**Quadro 5.3.2. Correlações entre as variáveis de comparação social, vergonha externa e interna e as subescalas do *striving* para evitar a inferioridade (SAIS), na amostra do sexo feminino ( $n = 429$ ) da população geral**

	População Normal Sexo feminino				ISS*
	SCRS	ECSAF pares	ECSAF modelos	OAS	
SAIS					
<i>Striving</i> Inseguro	-.15**	-.14**	-.19**	.46**	.41**
<i>Non-Striving</i> Seguro	.42**	.39**	.31**	-.47**	-.38**

Leg: SCRS = Escala de Comparação Social; ECSAF = Escala de Comparação Social através da Aparência Física: com pares e com modelos; OAS = Escala de Vergonha Externa; ISS = Escala de Vergonha Interna; SAIS = Dimensões da Escala de Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade: *Striving* Inseguro e *Non-Striving* Seguro; [ISS\*  $n = 352$ ]

### 3.2.2. Padrão de associação entre as variáveis de comparação social, vergonha, necessidade de competir para evitar a inferioridade e a psicopatologia geral

As análises incluídas neste ponto pretendem estudar a natureza das associações entre as variáveis de uma mentalidade de *ranking* e a sintomatologia psicopatológica geral (DASS 42), para o grupo de participantes do sexo masculino e do sexo feminino.

De acordo com o esperado, os resultados obtidos neste estudo (Quadro 5.3.3) evidenciam associações significativas e negativas entre as dimensões de comparação social e as de psicopatologia geral (depressão, ansiedade e *stress*). Podemos verificar que os dois grupos apresentam o mesmo padrão de associação entre estas variáveis, com uma magnitude que varia de baixa a moderada. Regista-se, ainda, o mesmo padrão de associação, no caso do sexo feminino, com a Escala de Comparação Social através da Aparência Física (ECSAF pares e modelos). Pelo contrário, as associações entre as dimensões de vergonha e psicopatologia geral apresentam-se significativas, positivas e com uma magnitude moderada a alta, para ambos os sexos.

**Quadro 5.3.3. Correlações entre as variáveis de comparação social, vergonha externa e interna, *striving inseguro* e *non-striving seguro* e as dimensões de psicopatologia geral, na amostra do sexo masculino ( $n = 245$ ) e feminino ( $n = 429$ ) da população geral**

	Sexo masculino			Sexo feminino		
	Depressão	DASS 42 Ansiedade	Stress	Depressão	DASS 42 Ansiedade	Stress
SCRS Total	-.30**	-.16**	-.14*	-.37**	-.18**	-.27**
ECSAF						
ECSAF pares	-	-	-	-.38**	-.27**	-.30**
ECSAF modelos	-	-	-	-.33**	-.22**	-.27**
OAS Total	.61**	.55**	.50**	.59**	.43**	.43**
ISS*	.80**	.70**	.66**	.75**	.59**	.60**
SAIS						
<i>Striving Inseguro</i>	.26**	.21**	.25**	.28**	.22**	.26**
<i>Non-Striving Seguro</i>	-.29**	-.25**	-.21**	-.28**	-.17**	-.27**

Leg: SCRS = Escala de Comparação Social; ECSAF = Escala de Comparação Social através da Aparência Física: com pares e com modelos; OAS= Escala de Vergonha Externa; ISS = Escala de Vergonha Interna; SAIS = Dimensões da Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade: *Striving Inseguro* e *Non-Striving Seguro*; DASS 42 = Subescalas de Depressão, Ansiedade e *Stress*;

No que diz respeito ao estudo das associações entre as dimensões da SAIS e as dimensões da psicopatologia geral encontra-se, igualmente, um padrão idêntico nas duas amostras em estudo. Assim, e como antecipado nas hipóteses deste estudo, verificam-se associações positivas significativas entre o *striving inseguro* e a sintomatologia depressiva, ansiosa e de *stress*, embora com magnitudes de

correlação baixas, nos dois grupos. Enquanto, a dimensão do *non-striving seguro*, definida como o sentimento de aceitação pelos outros quer se falhe ou se tenha sucesso e como a percepção de não ter de competir para garantir a sua posição no grupo, apresenta em ambos os grupos, correlações significativas e negativas com estas dimensões de psicopatologia.

### 3.2.3. Padrão de associação entre as variáveis de comparação social, vergonha, necessidade de competir para evitar a inferioridade e a psicopatologia alimentar

Cumprindo os objectivos dos estudos apresentados no ponto anterior, os estudos incluídos neste tópico visam analisar as associações específicas destas dimensões que definem a mentalidade de *ranking* social com a psicopatologia do comportamento alimentar, nos dois grupos em estudo.

No que diz respeito às associações entre a Escala de Comparação Social e as dimensões de psicopatologia alimentar podemos verificar um padrão diferenciado por géneros, conforme se pode observar pela leitura do Quadro 5.3.4.

**Quadro 5.3.4. Correlações entre as variáveis de comparação social, vergonha externa e interna, *striving* inseguro e *non-striving* seguro e as dimensões de psicopatologia alimentar (EDI), na amostra do sexo masculino ( $n = 245$ ) e feminino ( $n = 429$ ) da população geral**

	Sexo masculino			Sexo feminino		
	Procura Magreza	EDI Bulimia	Insatisfação Corporal	Procura Magreza	EDI Bulimia	Insatisfação Corporal
SCRS Total	-.07	.00	-.29**	-.18**	-.16**	-.31**
ECSAF						
ECSAF pares	-	-	-	-.31**	-.24**	-.47**
ECSAF modelos	-	-	-	-.41**	-.26**	-.47**
OAS Total	.25**	.14*	.27**	.30**	.29**	.37**
ISS	.24**	.27*	.22	.32**	.27**	.37**
SAIS						
<i>Striving</i> Inseguro	.10	.07	.10	.27**	.25**	.22**
<i>Non-Striving</i> Seguro	-.09	-.10	-.22**	-.14**	-.17**	-.23**

Leg: SCRS = Escala de Comparação Social; ECSAF = Escala de Comparação Social através da Aparência Física: com pares e com modelos; OAS = Escala de Vergonha Externa; ISS = Escala de Vergonha Interna; SAIS = Dimensões da Escala de Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade: *Striving* Inseguro e *Non-Striving* Seguro; EDI = Subescalas do Inventário de Perturbações Alimentares: Procura da Magreza, Bulimia e Insatisfação Corporal;

No caso do sexo masculino observa-se um padrão associativo não significativo entre a Escala de Comparação Social (SCRS) e as dimensões que traduzem atitudes e comportamentos alimentares perturbados, correlacionando-se negativa e significativamente apenas com a subescala de insatisfação corporal (EDI). Assim, neste grupo observou-se que uma percepção de indesejabilidade social (pontuações mais baixas na SCRS) se associa a maior insatisfação corporal, mas não apresenta correlações significativas com comportamentos de restrição alimentar (*i.e.*, de procura da magreza), nem com comportamentos de ingestão compulsiva (*i.e.*, bulimia). Contrariamente, no sexo feminino, comparações sociais desfavoráveis (quer quando se referem a uma medida de comparação global, quer quando esta é baseada na aparência física), associam-se significativamente a pontuações mais altas nas subescalas de procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal.

No que se refere ao padrão de associação entre as medidas de vergonha (OAS e ISS) e as dimensões centrais de patologia alimentar, os dois grupos apresentam um padrão de associação idêntico, embora os coeficientes de correlação se mostrem de maior magnitude na amostra da população feminina. A única exceção foi verificada no par entre a dimensão de vergonha interna (ISS) e de insatisfação corporal no sexo masculino, que não apresenta uma correlação significativa. Contudo, este resultado deve ser lido com reserva, como acima referido, uma vez que o *n* para esta escala específica é limitado (*n* = 77).

Finalmente, o estudo de associação entre as dimensões da SAIS, *striving* inseguro e *non-striving* seguro, e as três subescalas do EDI, para os dois grupos permitiu verificar um padrão claramente diferenciado nos dois grupos em análise, corroborando as nossas expectativas. Mais concretamente, enquanto na amostra do sexo feminino a necessidade de competir para evitar a inferioridade se relaciona positiva e significativamente com atitudes e comportamentos alimentares perturbados (*i.e.*, procura da magreza e bulimia) e com maior grau de insatisfação corporal, no sexo masculino o sentir-se sob pressão para competir como forma de assegurar uma posição social favorável não se associa significativamente a nenhuma das dimensões centrais definidoras do comportamento alimentar perturbado. Uma associação diferenciada por género foi, também, verificada entre a dimensão de *non-striving* seguro e as subescalas do EDI. Mais concretamente, enquanto na amostra do sexo feminino, o sentimento de ser aceite pelos outros independentemente do desempenho está correlacionado negativa e significativamente com estas subescalas do EDI, no sexo masculino a dimensão positiva da SAIS apenas se correlaciona significativamente com a subescala de insatisfação corporal.

### 3.3. Estudos de regressão das variáveis de *ranking* social sobre a psicopatologia

As análises apresentadas neste ponto tem como intuito compreender de forma mais aprofundada os resultados dos estudos correlacionais. O mesmo é dizer que, pretendíamos demonstrar através de uma medida estatística a pertinência das variáveis de *ranking* social enquanto predictoras da psicopatologia geral e alimentar, mais concretamente para a explicação da depressão e da procura da magreza. Em todos os estudos de regressão, apresentados neste ponto, foram realizadas análises

independentes por género, tendo em consideração os coeficientes de correlação obtidos no ponto anterior.

### 3.3.1. Estudo das variáveis de mentalidade de *ranking* social como predictoras da depressão

O objectivo específico deste estudo foi o de analisar a contribuição das variáveis de mentalidade de *ranking* social, concretamente a percepção de um estatuto social e de ajustamento ao grupo (SCRS), a vivência de vergonha (OAS e ISS) e a utilização da competição como estratégia para evitar a inferioridade (subescala *striving* inseguro do SAIS), na predição da depressão (DASS 42; variável dependente).

**Quadro 5.3.5. Sumário do modelo dos 3 passos de regressão linear múltipla hierárquica com a comparação social, *striving* inseguro e vergonha externa e interna a predizer a depressão (DASS 42) para a amostra do sexo masculino**

Modelo	R	R <sup>2</sup>	F	p
1	.268	.072	5.784	.019
2	.371	.137	5.891	.004
3	.821	.674	37.206	.000

V.D.- DASS 42 Depressão

**Quadro 5.3.6. Coeficientes para os 3 passos da equação de regressão múltipla hierárquica para a depressão (DASS 42) para a amostra do sexo masculino**

Modelo	predictores	$\beta$	t	p
1	SCRS	-.268	-2.405	.019
2	SCRS	-.242	-2.234	.029
	<i>Striving</i> Inseguro	.258	2.375	.020
3	SCRS	.060	.804	.424
	<i>Striving</i> Inseguro	.017	.237	.813
	OAS	.230	2.299	.024
	ISS	.660	7.012	.000

Leg: SCRS = Escala de Comparação Social; *Striving* Inseguro = Subescala da Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade; OAS = Escala de Vergonha Externa; ISS = Escala de Vergonha Interna;

As análises efectuadas para o sexo masculino permitiram (Quadro 5.3.5. e 5.3.6.) verificar que, no primeiro passo, a comparação social (SCRS) produziu um modelo significativo que contribuiu 7.2% para a variância da predição da depressão ( $F(1, 75) = 5.784$ ;  $p = .019$ ). Quando introduzimos o *stri-*

ving inseguro (SAIS) a percentagem de variância explicada aumentou para 13.7% ( $F(2, 74) = 5.891$ ;  $p = .004$ ), sendo o melhor preditor o *striving* inseguro ( $\beta = .258$ ;  $p = .020$ ), seguido da comparação social ( $\beta = -.242$ ;  $p = .029$ ). No terceiro passo, com a introdução das dimensões de vergonha (OAS e ISS), assiste-se a um aumento da variância da depressão explicada para 67.4% ( $F(4, 72) = 37.206$ ;  $p < .001$ ). No modelo final, os únicos factores que surgem como preditores significativos da depressão são as medidas de vergonha interna ( $\beta = .660$ ;  $p < .001$ ) e externa ( $\beta = .230$ ;  $p = .024$ ).

As mesmas análises foram realizadas na amostra do sexo feminino, estando os resultados apresentados nos Quadros 5.3.7. e 5.3.8.

**Quadro 5.3.7. Sumário do modelo dos 3 passos de regressão linear múltipla hierárquica com a comparação social, *striving* inseguro e vergonha externa e interna a predizer a depressão (DASS 42) para a amostra do sexo feminino**

Modelo	R	R <sup>2</sup>	F	p
1	.350	.122	48.624	.000
2	.422	.178	37.781	.000
3	.756	.571	115.240	.000

V.D.- DASS 42 Depressão

**Quadro 5.3.8. Coeficientes para os 3 passos da equação de regressão múltipla hierárquica para a depressão (DASS 42) para a amostra do sexo feminino**

Modelo	preditores	$\beta$	t	p
1	SCRS	-.350	-6.973	.000
2	SCRS	-.319	-6.514	.000
	<i>Striving</i> Inseguro	.239	4.875	.000
3	SCRS	.046	1.115	.266
	<i>Striving</i> Inseguro	-.054	-1.340	.181
	OAS	.109	2.030	.043
	ISS	.717	13.244	.000

Leg: SCRS = Escala de Comparação Social; *Striving* Inseguro = Subescala da Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade; OAS = Escala de Vergonha Externa; ISS = Escala de Vergonha Interna;

Os dados no grupo do sexo feminino mostram que no primeiro passo, a comparação social (SCRS) produz um modelo significativo explicativo de 12.2% da depressão ( $F(1, 349) = 48.624$ ;  $p < .001$ ). Quando introduzimos o *striving* inseguro verifica-se um aumento do R<sup>2</sup> para 17.8% ( $F(2, 348) = 37.781$ ;  $p < .001$ ), sendo a comparação social o melhor preditor ( $\beta = -.319$ ;  $p < .001$ ), seguido pelo *striving* inseguro ( $\beta = .239$ ;  $p < .001$ ). O terceiro bloco contribui para 57.1% da variância da depressão



( $F(4, 346) = 115.240$ ;  $p < .001$ ). Neste modelo surgem como únicos preditores significativos, de um maior para o menor contributo, a vergonha interna ( $\beta = .717$ ;  $p < .001$ ) e a vergonha externa ( $\beta = .109$ ;  $p = .043$ ).

### 3.3.2. Estudo das variáveis de mentalidade de *ranking* social como predictoras da procura da magreza

Os estudos apresentados neste ponto têm como propósito verificar qual o contributo específico da necessidade de competição para evitar a inferioridade na predição da procura da magreza, no contexto de outras variáveis de *ranking* social.

Pretendíamos seguir os mesmos procedimentos estatísticos explanados no ponto anterior, *ou seja*, assumir as variáveis associadas a uma mentalidade de *ranking* social como variáveis predictoras e a procura da magreza como variável dependente, em análises de regressão múltipla hierárquica independentes por género. No entanto, no caso da amostra do sexo masculino, não foi realizada a análise da contribuição de todas as variáveis em estudo associadas à mentalidade de *ranking*, uma vez as análises de correlação realizadas anteriormente permitiram verificar que, nesta amostra, a comparação social (avaliada pela SCRS) e a necessidade de competir para evitar a inferioridade (*striving* inseguro; SAIS) não se associam significativamente com a procura da magreza (EDI). Optou-se, assim, por analisar em que medida as variáveis de vergonha externa e interna (*i.e.*, as únicas dimensões em estudo que se mostraram significativamente associadas à variável dependente) são predictoras da procura da magreza.

Os resultados da análise de regressão mostraram que no sexo masculino, as variáveis de vergonha externa (OAS) e de vergonha interna (ISS) não produzem um modelo significativo ( $F(2, 75) = 2.762$ ;  $p = .069$ ) para a explicação da procura da magreza, conforme se pode observar no Quadro 5.3.9.

**Quadro 5.3.9. Sumário e coeficientes do modelo de regressão múltipla da vergonha externa e vergonha interna a predizer a procura da magreza (EDI) para a amostra do sexo masculino**

	R	R <sup>2</sup>	F	β	t	p
Modelo Global	.251	.063	2.762			.069
OAS				.085	.560	.577
ISS				.183	1.208	.231

V.D.- EDI Procura da Magreza

Para a exploração da importância da mentalidade de *ranking* social para a compreensão da procura da magreza na amostra do sexo feminino, foram seguidos os mesmos procedimentos estatísticos utilizados na explicação desta mentalidade para a explicação da depressão, e explanados no ponto anterior deste estudo.

**Quadro 5.3.10. Sumário do modelo dos 3 passos de regressão linear múltipla hierárquica com a comparação social, *striving* inseguro e vergonha externa e interna a predizer a procura da magreza (EDI) para a amostra do sexo feminino**

Modelo	R	R <sup>2</sup>	F	p
1	.199	.040	14.378	.000
2	.319	.102	19.717	.000
3	.361	.130	12.935	.000

V.D.- EDI Procura da magreza

**Quadro 5.3.11. Coeficientes para os 3 passos da equação de regressão múltipla hierárquica para a procura da magreza (EDI) para a amostra do sexo feminino**

Modelo	preditores	$\beta$	t	p
1	SCRS	-.199	-3.792	.000
2	SCRS	-.167	-3.255	.001
	<i>Striving</i> Inseguro	.251	4.910	.000
3	SCRS	-.066	-1.124	.262
	<i>Striving</i> Inseguro	.168	2.951	.003
	OAS	.070	.915	.361
	ISS	.162	2.101	.036

Leg: SCRS = Escala de Comparação Social; *Striving* Inseguro = Subescala da Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade; OAS = Escala de Vergonha Externa; ISS = Escala de Vergonha Interna.

No caso do sexo feminino, no primeiro passo, a comparação social foi um preditor significativo da procura da magreza contribuindo para 4% da variância ( $F(1, 349) = 14.378; p < .001$ ), com um  $\beta = -.199$ . No segundo passo, quando é introduzido o *striving* inseguro, assiste-se a um aumento do contributo da variância explicada para 10.2% ( $F(2, 348) = 19.717; p < .001$ ), sendo o *striving* inseguro o principal preditor ( $\beta = .251; p < .001$ ), seguindo-se a comparação social ( $\beta = -.167; p < .001$ ). No terceiro bloco, após a introdução das variáveis de vergonha externa e interna, foi produzido um modelo significativo ( $F(4, 346) = 12.935; p < .001$ ), que contribuiu para 13% da variância da procura da magreza (cf. Quadro 5.3.10 e 5.3.11).

O modelo final mostrou que, na amostra do sexo feminino, para a procura da magreza, surgem como preditores significativos, de um maior para um menor contributo, o *striving* inseguro com um  $\beta = .168$  ( $p = .003$ ) e a vergonha interna, com um  $\beta = .162$  ( $p = .036$ ).

Em síntese, as análises estatísticas realizadas para a explicação da procura da magreza no sexo masculino permitem verificar que nenhuma das variáveis de *ranking* social, consideradas neste estudo, é preditora significativa de atitudes e comportamentos de alimentares de sobrevalorização da magreza. Pelo contrário, as análises de regressão realizadas no sexo feminino mostram que estas variáveis são relevantes na explicação deste tipo de comportamento alimentar perturbado. De facto, no modelo final para o sexo feminino encontraram-se como preditores significativos a necessidade de competição para evitar a inferioridade e o sentimento de vergonha interna. No entanto, e inesperadamente, a dimensão da comparação social não surgiu como preditora significativa. Assim, em análises subsequentes pretendíamos verificar, nesta amostra específica, se quando a aparência física é assumida como dimensão central para a atribuição de *ranking* social, (através da medida de comparação social através da aparência física) esta teria um contributo significativo na predição desta dimensão da psicopatologia do comportamento alimentar.

### 3.4. Estudos do contributo da comparação social através da aparência física e na predição da procura da magreza.

Para a avaliação da contribuição da necessidade de competir para evitar a inferioridade e da percepção de um estatuto social desfavorável, tendo como referência a aparência física, na explicação da procura da magreza foi realizada uma análise de regressão linear múltipla hierárquica. Nesta análise, de modo a controlar o efeito da depressão, esta variável foi introduzida num primeiro passo. Num segundo passo foi adicionado a dimensão *striving* inseguro (SAIS) e no terceiro passo, as duas dimensões da escala ECSAF: *comparação com pares* e *com modelos*.

**Quadro 5.3.12. Sumário do modelo dos 3 passos de regressão linear múltipla hierárquica com o *striving* inseguro e a comparação social através da aparência física a predizer a procura da magreza, quando controlada a depressão, para a amostra do sexo feminino**

Modelo	R	R <sup>2</sup>	F	p
1	.258	.065	30.510	.000
2	.327	.103	19.290	.000
3	.459	.203	27.872	.000

V.D.- EDI Procura da magreza

**Quadro 5.3.13. Coeficientes para os 3 passos da equação de regressão linear múltipla hierárquica para a procura da magreza (EDI) para a amostra do sexo feminino**

Modelo	preditores	$\beta$	t	p
1	Depressão	.258	5.524	.000
2	Depressão	.200	4.199	.000
	<i>Striving</i> Inseguro	.209	4.392	.000
3	Depressão	.099	2.054	.041
	<i>Striving</i> Inseguro	.172	3.810	.000
	ECSAF pares	.006	.085	.932
	ECSAF modelos	-.347	-5.364	.000

Leg: Depressão = Subescala da DASS 42; *Striving* Inseguro = Subescala da Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade; ECSAF = Escala de Comparação Social através da Aparência Física: com pares e com modelos;

No primeiro momento, a depressão produziu um modelo significativo ( $R^2 = .065$ ;  $F(1, 427) = 30.510$ ;  $p < .001$ ). No segundo passo, quando introduzimos o *striving* inseguro, foi obtido um modelo significativo ( $F(2, 426) = 19.290$ ;  $p < .001$ ) que explica 10.3% da procura da magreza, surgindo a dimensão do SAIS (*striving* inseguro) como o melhor preditor com  $\beta = .209$  ( $p < .001$ ). No terceiro passo, após terem sido adicionadas as duas subescalas da comparação social através da aparência física (ECSAF: *comparação com pares* e *comparação com modelos*) foi produzido um modelo significativo ( $F(4, 424) = 27.872$ ;  $p < .001$ ) e assiste-se a um aumento para 20.3% da variância explicada.

No modelo final, verifica-se que, com exceção da comparação social através da aparência física com pares, todas as variáveis contribuem significativamente para a explicação da variância da procura da magreza. Assim, quando controlada a depressão, a comparação social através aparência física com modelos ( $\beta = -.347$ ;  $p < .001$ ) surge como o melhor preditor da procura da magreza, seguida do *striving* inseguro ( $\beta = .172$ ;  $p < .001$ ). Acresce referir que o  $\beta$  da depressão, embora significativo diminui para .099 ( $p = .041$ ;  $Sr = .089$ ).

### 3.5. Estudo do efeito de moderação do *striving* inseguro na relação entre a comparação social através da aparência física e a procura da magreza

Tendo em consideração os resultados anteriores, os quais demonstraram a importância da necessidade de competir para evitar a inferioridade na explicação das dificuldades alimentares em adolescentes e mulheres jovens, o presente estudo pretende explorar o impacto do *striving* inseguro na relação entre a percepção de inferioridade, baseada na comparação social através da aparência física com grupos distais (e.g., modelos profissionais) e a procura da magreza.

Os efeitos de moderação (interacção) permitem verificar se factores específicos são capazes de reduzir, ou aumentar, quer a magnitude quer a direcção do efeito de uma variável preditora na variável de resposta. De um ponto de vista estatístico, uma variável diz-se moderadora se afecta (quer em magnitude quer em sinal) a correlação entre variável dependente e a variável independente. O mesmo é dizer, se o efeito da variável independente sobre a variável dependente é influenciado pelo nível da variável moderadora (Marôco, 2010). Assim, e de modo a analisar o efeito de moderação do *striving* inseguro na relação entre a comparação social através da aparência física (com modelos) e a procura da magreza realizámos uma análise de regressão múltipla hierárquica considerando a interacção de um preditor contínuo (Cohen, Cohen, West & Aiken, 2003). Neste procedimento, e de modo a reduzir o erro associado à multicolineariedade recorreremos a um procedimento estandardizado centrando os valores dos dois preditores (comparação social através da aparência física e *striving* inseguro) e obtendo depois o produto da interacção através da multiplicação das duas variáveis criadas (Aiken & West, 1991).

Os resultados da análise de regressão múltipla hierárquica para o estudo de efeito de moderação do *striving* inseguro são apresentados nos Quadros 5.3.14 e 5.3.15.

Foi possível verificar que os três passos do modelo são estatisticamente significativos. No primeiro passo foi introduzida a comparação social através da aparência física com modelos (ECSAF) com predictor, e no segundo passo foi incluído o *striving* inseguro também como variável preditora. Em ambos os passos, as variáveis predictoras produziram modelos estatisticamente significativos. No terceiro passo, quando foi introduzida a interacção das duas variáveis, verificou-se, igualmente, um modelo significativo ( $F(1, 425) = 8.94; p = .003$ ), tendo-se obtido um  $R^2$  de .214. O modelo final permite observar que a comparação social com modelos ( $\beta = -.365; p < .001$ ), o *striving* inseguro ( $\beta = .180; p < .001$ ), e a interacção dos dois termos ( $\beta = -.129; p = .003$ ) predizerem significativamente a procura da magreza. Assim, foi possível verificar uma interacção significativa entre a comparação social através da aparência física (com modelos ou outras celebridades) e o *striving* inseguro na predição da procura da magreza.

**Quadro 5.3.14. Sumário do modelo dos 3 passos da regressão linear múltipla hierárquica com a comparação social através da aparência física com modelos a predizer a procura da magreza com o *striving* inseguro como moderador para a amostra do sexo feminino**

Modelo	R	R <sup>2</sup>	F	p
1	.408	.164	85.151	.000
2	.450	.199	19.482	.000
3	.468	.214	8.943	.003

V.D.- EDI Procura da magreza

**Quadro 5.3.15. Coeficientes para os 3 passos da equação de regressão múltipla hierárquica, para o estudo do efeito moderador do *striving* inseguro na relação entre comparação social através da aparência física (com modelos) e procura da magreza, na amostra do sexo feminino**

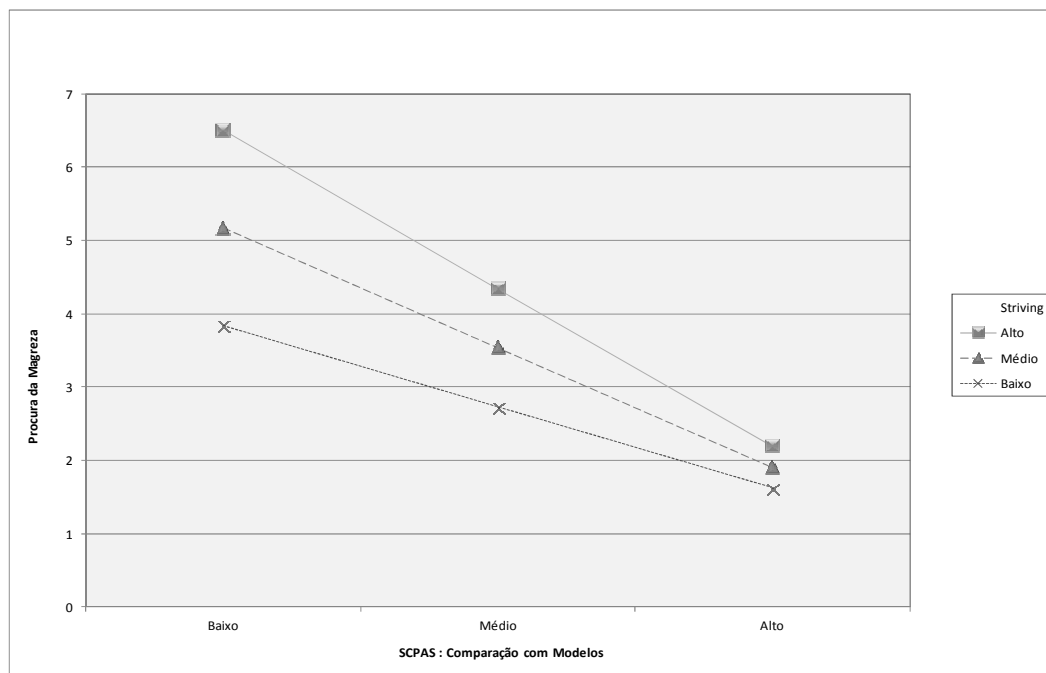
Modelo	preditores	$\beta$	t	p
1	ECSAF modelos	-.408	-9.228	.000
2	ECSAF modelos	-.371	-8.416	.000
	<i>Striving</i> Inseguro	.194	4.414	.000
3	ECSAF modelos	-.365	-8.354	.000
	<i>Striving</i> Inseguro	.180	4.086	.000
	<i>ECSAF modelos X Striving</i> Inseguro	-.129	2.990	.003

Leg: ECSAF modelos = Escala da Comparação Social através da Aparência Física: comparação com modelos; *Striving* Inseguro = Subescala da Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade; ECSAF modelos X *Striving* Inseguro = interação entre os dois termos;

De modo a melhor compreender a relação entre a comparação social através da aparência física (*comparação com modelos*) e a procura da magreza na presença de diferentes níveis de *striving* inseguro, foi criado um gráfico (Figura 5.3.1), considerando uma curva para cada um dos três níveis de *striving* inseguro (alto, médio e baixo). Este procedimento é recomendado para clarificar esta relação e pode ser realizado com variáveis centradas ou não centradas (Aiken & West, 1991; Cohen *et al.*, 2003). Optámos por usar as variáveis centradas para haver uma aproximação aos valores reais dos sujeitos. Para proceder a esta representação gráfica, e dada a ausência de pontos de corte teóricos, foram seguidas as recomendações de Cohen e colaboradores (2003), tendo sido criadas três curvas tomando em consideração os seguintes valores da variável de *striving* inseguro: um desvio-padrão abaixo da média, a média, e um desvio-padrão acima da média.

A Figura 5.3.1. permite observar graficamente o efeito de moderação, mostrando que o efeito da comparação social através da aparência física sobre a procura da magreza depende dos níveis de “necessidade de competir para evitar a inferioridade” percebidos. Assim, as participantes que sentem maior pressão para competir (*i.e.*, que apresentam alto nível de *striving* inseguro) e que se percebem numa posição desfavorável no seu grupo social (valores mais baixos na Escala de Comparação Social através da Aparência Física com modelos) demonstram valores superiores na procura da magreza. Verifica-se, ainda, que as mulheres com níveis baixos ou médios de *striving* inseguro, mesmo quando apresentam uma comparação social baseada na aparência física desfavorável demonstram uma associação baixa e moderada (respectivamente) com a procura da magreza.

**Figura 5.3.1.** Gráfico do efeito de moderação do *striving* inseguro (SAIS) na relação entre comparação social através da aparência física (ECSAF modelos) e procura da magreza (EDI)



Em suma, estes dados parecem mostrar que para as mulheres a associação entre a necessidade de competir, como forma de assegurar uma posição segura no seu grupo social, e a percepção de inferioridade ou indesejabilidade social (a qual deriva de comparações sociais baseadas na aparência física em relação a um padrão ideal de beleza), assume um papel relevante na compreensão da sobrevalorização da magreza e de atitudes e comportamentos de restrição alimentar, para as mulheres.

### 3.6. Síntese e discussão dos resultados

Em termos gerais, os dados deste estudo parecem dar suporte ao modelo teórico acerca da natureza da mentalidade de *ranking* social (Gilbert, 1989, 2005a), confirmando a associação entre a necessidade de competir, crenças pessoais de inferioridade e a percepção de que os outros vêem o indivíduo como pouco atraente (Gilbert *et al.*, 2007; Lasch, 1979). Os resultados obtidos permitiram-nos, ainda, corroborar a pertinência das variáveis de *ranking* social como importantes preditores da psicopatologia (Bellew *et al.*, 2006; Gilbert, *et al.*, 2007; Gilbert *et al.*, 2009). Adicionalmente, os estudos realizados para a explicação da depressão e da procura da magreza acrescentam à literatura existente demonstrando empiricamente que as dinâmicas contextuais específicas dos grupos sociais (*e.g.*, por género) se reflectem em diferentes expressões psicopatológicas (Arrindel *et al.*, 2003; Bellew *et al.*, 2006; Buote *et al.*, 2011; Kasser, 2002; Wilkinson, 1996).

O primeiro estudo põe em evidência uma associação positiva e significativa entre o *striving* inseguro (definido como o comportamento competitivo enquanto estratégia interpessoal para evitar o criticismo e a rejeição social) com uma maior vivência de vergonha, em ambos os sexos. No entanto na amostra do sexo masculino, e contrariamente ao observado no grupo feminino, a necessidade de competir não se associa significativamente à dimensão de comparação social. Este resultado assume-se como particularmente interessante, parecendo indicar que os rapazes (ou jovens adultos) se sentem sob pressão para competir independentemente da forma como se percebem em termos de *ranking* social (*i.e.*, quer se percepcionem com um alto ou baixo estatuto na hierarquia social). Para a explicação deste resultado podemos hipotetizar que a necessidade de competição e ter sucesso pode ser influenciada por normas e expectativas sociais associadas ao género masculino, e que não surge exclusivamente quando o indivíduo se sente numa posição social ameaçadora. Este estudo permitiu, ainda, verificar que o *non-striving* seguro (definido como o sentimento de ser aceite e valorizado pelos outros independentemente dos sujeitos serem bem ou mal sucedidos nos seus desempenhos) se associa a uma percepção de estatuto social mais favorável e a menores expectativas de vergonha interna e externa, tanto no grupo do sexo masculino como do sexo feminino.

Em relação ao estudo da associação entre as variáveis definidoras de uma mentalidade de *ranking* social e os indicadores de psicopatologia geral e alimentar, os dados observados vão, igualmente, ao encontro das hipóteses previamente formuladas. Especificamente, as análises efectuadas demonstram uma associação significativa entre a sintomatologia depressiva, ansiosa e de *stress* e uma comparação social desfavorável, maior vivência de vergonha e a necessidade de competir como forma de garantir uma posição social segura. Os dados deste estudo acrescentam aos resultados obtidos por Bellew *et al* (2006), e mostram que a percepção de aceitação social como independente do desempenho do indivíduo (quer este seja bem ou mal sucedido) está associada a menor sintomatologia psicopatológica em ambos os géneros. Ao passo que, a percepção de uma posição social ameaçadora e a percepção da necessidade de competição (como forma de evitar a inferioridade) está positivamente relacionado com as variáveis de psicopatologia.

Em síntese, os dados supracitados, corroboram conclusões de investigações anteriores (*e.g.*, Gilbert *et al.*, 2007; Gilbert *et al.*, 2009), ao demonstrarem uma associação entre uma mentalidade focada no *ranking* social e pior saúde mental. Para além disso, o presente estudo constitui um contributo para a literatura existente dado que os resultados da análise correlacional entre a Escala de Comparação Social (SCRS) e as medidas de atitudes e comportamentos alimentares perturbados (subescalas do EDI) evidenciaram um padrão de associação distinto entre géneros. Assim, na nossa amostra do sexo feminino, comparações sociais desfavoráveis (quer quando avaliadas através de uma medida global, quer quando esta comparação é baseada na aparência física) associam-se, de forma positiva e significativa, a atitudes e comportamentos alimentares perturbados e a maior insatisfação corporal. Em contraste, no sexo masculino, embora uma comparação social desfavorável se associe a maior insatisfação corporal, não apresenta relação significativa com a procura da magreza nem com a bulimia. Estes dados tornam claro que para as mulheres, mas não para os homens, a percepção de indesejabilidade enquanto agente social está associada a uma maior preocupação com a imagem



corporal, assim como a atitudes e comportamentos alimentares perturbados, quer do tipo restritivo (procura da magreza) quer do tipo de ingestão alimentar compulsiva (bulimia).

No que se refere à relação entre as dimensões de vergonha (externa e interna) e os indicadores de vulnerabilidade para a patologia alimentar (subescalas do EDI), registam-se associações entre a vivência do *self* como pouco atraente e maior insatisfação em relação à imagem corporal e mais comportamentos alimentares perturbados, nos dois grupos em análise.

As análises correlacionais, por género, entre as duas dimensões da Escala de Necessidade de Competição para Evitar a Inferioridade (SAIS) e as subescalas do Inventário de Perturbações Alimentares (EDI) evidenciaram resultados particularmente interessantes. Assim, na amostra do sexo feminino, o *striving* inseguro relaciona-se positiva e significativamente com atitudes e comportamentos alimentares perturbados (procura da magreza e bulimia) e com maior grau de insatisfação corporal. No entanto, no sexo masculino e à semelhança do descrito para a comparação social, o sentir-se sob pressão para competir como forma de assegurar uma posição social favorável (*striving* inseguro) não se associa significativamente com nenhuma das dimensões definidoras da patologia alimentar. Adicionalmente, verificou-se que o sentimento de ser aceite pelos outros independentemente do desempenho (*non-striving* seguro) está associado negativa e significativamente aos indicadores de patologia alimentar na amostra do sexo feminino, sendo que na amostra do sexo masculino esta dimensão, que avalia a não necessidade de competição, apenas se correlaciona significativamente com uma menor insatisfação com a imagem corporal.

De forma a compreender mais aprofundadamente a relação entre as dimensões de *ranking* social e a vulnerabilidade para a psicopatologia foram realizadas análises de regressão. Os dados destas análises para a predição da depressão demonstraram que a vergonha (*i.e.*, a percepção do próprio *self* como inferior ou inadequado e a crença de que os outros vêem o sujeito como pouco atraente) desempenha um papel chave na explicação desta dimensão psicopatológica, contribuindo para 67.4% e 57.1% da variância da depressão, para o grupo masculino e feminino, respectivamente. Paralelamente, as análises realizadas para a explicação da procura da magreza evidenciaram dados pertinentes, expectáveis e de acordo com o previamente hipotetizado. Nenhuma das variáveis de *ranking* social em estudo (comparação social, vergonha e *striving*) são preditoras significativas do comportamento alimentar restritivo perturbado no sexo masculino. No entanto, no grupo do sexo feminino, estas variáveis produziram um modelo significativo, observando-se que o *striving* inseguro e a vergonha interna são variáveis preditoras relevantes que explicam 13% da procura da magreza.

Os dados referidos parecem constituir um importante contributo empírico para o modelo evolucionário, apoiando a perspectiva de que as dinâmicas competitivas contextuais podem influenciar quer o nível quer as formas de psicopatologia, e que especificamente para as mulheres a valorização da aparência física enquanto domínio auto-avaliativo central (Arrindel *et al.*, 2003; Bellew *et al.*, 2006; Buote, *et al.*, 2011; Ferreira *et al.*, 2011a; Kasser, 2002; Wilkinson, 1996) aumenta a vulnerabilidade para a psicopatologia alimentar.

A comparação social através da aparência física (*i.e.*, a aparência física como uma dimensão central na avaliação da hierarquia social e ajustamento ao grupo) foi já apontada como uma variável preponderante para a compreensão da relação insatisfação com o peso corporal e os comportamentos de dieta (Ferreira *et al.*, 2011a). Por outro lado, foi confirmado pelo presente estudo a importância do *striving* inseguro como variável relevante para a explicação do comportamento alimentar perturbado nas mulheres, tal como sugerido por investigações anteriores (Bellew *et al.*, 2006). Assim, e de acordo com o objectivo central que presidiu este estudo, foi realizada uma análise para testar o impacto da pressão para competir para assegurar uma posição social segura no grupo e a comparação social baseada na aparência física para a explicação da procura da magreza, quando controlado o efeito da depressão. Os resultados da análise realizada mostraram que estas variáveis produzem um modelo significativo, que contribui para 20.3% da explicação da procura da magreza, emergindo a comparação social através da aparência física com modelos o melhor preditor, seguida do *striving* inseguro.

Finalmente, foi testada a existência de uma interacção significativa entre um estatuto social desfavorável, definido através da comparação social baseada na aparência física, e a necessidade de competir de forma a assegurar uma posição social segura no grupo (*i.e.*, *striving* inseguro) para a compreensão da sobrevalorização da magreza e da adesão a comportamentos alimentares restritivos perturbados. Os dados obtidos sugerem que as mulheres que se sentem mais pressionadas para competir, como forma de garantir o seu lugar no grupo, e que simultaneamente se percebem como inferiores aos outros quando se comparam fisicamente com modelos que representam um padrão de beleza ideal, apresentam uma maior tendência para desenvolverem preocupações excessivas com o corpo e a alimentação, sobrevalorizando a importância acerca da importância da magreza para serem valorizadas pelos outros. Adicionalmente, aquelas mulheres que sentem uma menor pressão para competir mostram uma menor tendência para desenvolverem preocupações com a imagem corporal, mesmo quando se percebem numa posição desfavorável quando se comparam socialmente com alvos distais e ascendentes.

A leitura destes resultados parece suportar a ideia de que para as mulheres a centralidade atribuída a uma aparência física magra e aos comportamentos de dieta pode emergir como uma estratégia para competirem por uma posição segura no grupo, numa sociedade que define, imagem corporal como uma dimensão central de avaliação da sua atractividade social (*e.g.*, Ferreira *et al.*, 2011a).

Uma vez que este é o primeiro estudo que analisa o efeito moderador do *striving* inseguro para a compreensão de atitudes e comportamentos alimentares perturbados, torna-se necessário que futuros estudos confirmem os resultados obtidos. Na verdade, as nossas hipóteses deveriam ser testadas em amostras de diferentes contextos culturais, (por exemplo, em culturas que não sobrevalorizem a magreza enquanto característica de atractividade feminina). Outra limitação à generalização destes dados está relacionada com as características das amostras utilizadas no nosso estudo pois, embora a amostra de adolescentes e jovens adultos seja adequada para os objectivos propostos (suportada por uma alta percentagem de processos de patologia alimentar ocorrerem nesta fase de desenvolvimento), os resultados obtidos poderão não retratar outros grupos etários.

As análises realizadas, e os resultados obtidos parecem constituir um importante contributo para a conceptualização de atitudes e comportamentos disfuncionais em relação à imagem corporal e à alimentação, demonstrando que a interação entre a necessidade de competir para evitar a inferioridade e a percepção de estar numa posição social ameaçadora, com base na aparência física, é significativa na explicação da adesão a crenças acerca da importância de ser magra e a comportamentos de restrição alimentar. Adicionalmente, as diferenças verificadas na amostra da população masculina e na amostra feminina apoiam as teses que enfatizam as variáveis contextuais como centrais para a explicação da psicopatologia alimentar.

Em síntese, este estudo parece adicionar ao conhecimento existente relevantes conclusões ao demonstrar empiricamente que numa sociedade em que a magreza é vista como uma característica especialmente valorizada, as mulheres que esperam que uma aparência física mais delgada e mais próxima a um padrão ideal de atractividade conduza a um aumento do seu estatuto e da sua aceitação no grupo social tornam-se mais vulneráveis ao desenvolvimento de patologia alimentar, considerando-se, nesta perspectiva, a dieta como um comportamento competitivo cuja função será garantir a aceitação, admiração e a popularidade no grupo social.



## **Capítulo 6**

**Estudos das estratégias de regulação emocional adaptativas na conceptualização das Perturbações do Comportamento Alimentar**



## Capítulo 6

### Estudos das estratégias de regulação emocional adaptativas na conceptualização das Perturbações do Comportamento Alimentar

1. Estudo da importância da auto-compassão como estratégia de regulação emocional adaptativa: O efeito mediador das qualidades auto-compassivas na relação entre vergonha e insatisfação corporal na procura da magreza
2. Estudo da flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal: o efeito moderador da aceitação no impacto da insatisfação corporal no comportamento alimentar perturbado





## Capítulo 6

### Estudos das estratégias de regulação emocional adaptativas na conceptualização das Perturbações do Comportamento Alimentar

#### Introdução

Os tratamentos mais utilizados e investigados para as perturbações associadas à imagem corporal e ao comportamento alimentar têm sido baseados nos Modelos Cognitivo-Comportamentais. No entanto, e visto que muitos destes doentes mostram uma resposta incompleta ao tratamento, novas abordagens terapêuticas, baseadas no Modelo Cognitivo-Comportamental de 3ª geração, têm sido desenvolvidas (*e.g.*, Goss & Allan, 2010; Kristeller, Baer, & Quillian-Wolever, 2006; Sandoz *et al.*, 2010).

De acordo com Hayes (2004), as Terapias Cognitivo-Comportamentais de 3ª geração são particularmente sensíveis ao contexto e às funções do fenómeno psicopatológico. Assim, o foco desta nova geração de terapias é a alteração do contexto e da função do fenómeno interno, mais do que a mudança directa do acontecimento (Hayes *et al.*, 2006). Por outras palavras, embora este tipo de abordagens carregue a tradição das terapias comportamentais, discrimina-se das abordagens clássicas: (1) pelo abandono do uso de estratégias que visam a mudança do conteúdo, frequência e/ou forma das experiências internas; (2) pela adopção de premissas contextualísticas; (3) pela ênfase atribuída às estratégias experienciais e indirectas; e (4) através de uma considerável amplificação do foco de mudança (Hayes, 2004).

Apesar destes modelos, baseados em estratégias auto-compassivas, de flexibilidade psicológica e no *mindfulness*, emergirem como teoricamente consistentes com a fenomenologia associada às Perturbações do Comportamento Alimentar, os estudos empíricos que suportam estas intervenções psicoterapêuticas (no âmbito da patologia alimentar) são ainda limitados. Na verdade, e embora os dados existentes se revelem muito promissores, até à data a investigação que apoia as intervenções de 3ª geração nestes doentes (*e.g.*, Berman, Boutelle, & Crow, 2009; Goss & Allan, 2010; Heffner, Sperry, Eifert, & Detweiler, 2002; Salbach-Andrae, Bohnekamp, Pfeiffer, Lehmkuhl, & Miller, 2008) apresen-

ta dados preliminares (*i.e.*, baseados em estudos de caso ou amostras não clínicas). Torna-se, por isso, necessário um maior investimento em estudos com base em amostras clínicas que determine a relevância destas estratégias de regulação emocional positivas (*e.g.*, auto-compassivas ou de flexibilidade psicológica) neste processo psicopatológico específico. Assim, os estudos apresentados neste capítulo, com base em amostras de doentes com diagnóstico de perturbação alimentar vs amostras da comunidade, pretendem clarificar o potencial destes processos para a compreensão do efeito protector destas variáveis na sobrevalorização da magreza. E em última análise, procurámos dar um contributo, em termos de suporte empírico, às terapias contextuais, mais especificamente à integração do treino da auto-compassão e de uma componente de ACT nos protocolos terapêuticos para as Perturbações do Comportamento Alimentar.

## 1. Estudo da importância da auto-compaixão como estratégia de regulação emocional adaptativa: o efeito mediador das qualidades auto-compassivas na relação entre vergonha e insatisfação corporal na procura da magreza

### 1.1. Objectivo e desenho do estudo

Nas sociedades ocidentais modernas as mulheres são “bombardeadas” com mensagens que promovem a magreza como sinónimo de ideal de beleza feminino (Buote *et al.*, 2011). A ubiquidade e saliência das mensagens que enfatizam e valorizam uma aparência física magra e, também, um padrão alimentar restritivo (Garner *et al.*, 1980; Stice *et al.*, 1994), assim como a associação da magreza feminina a características de personalidade desejáveis, ao sucesso, poder e à felicidade, encontram-se bem documentadas (*e.g.*, Kanazawa & Kovar, 2004; Strahan *et al.*, 2006; Webster & Driskell, 1983). Simultaneamente, vivemos numa cultura que ataca, critica, culpa e ostraciza frequentemente aqueles que não se apresentam ou não se comportam de acordo com as normas sociais valorizadas. Por exemplo, as mulheres com excesso de peso são frequentemente alvo de crítica e estigmatização (Puhl & Brownell, 2002, 2003; Puhl & Heuer, 2009; Puhl *et al.*, 2008). Assim, numa tentativa de corresponder aos padrões socioculturais de beleza em vigor, como uma estratégia para assegurar uma posição social favorável (Ferreira *et al.*, 2011a; Gilbert *et al.*, 1995; Troop *et al.*, 2003) e para competir por vantagens ou reforços sociais (Burkle *et al.*, 1999; Gatward, 2007), as mulheres tendem a esforçar-se para controlar a sua aparência física, especialmente através de comportamentos de dieta (Wiseman *et al.*, 1992).

A relação entre insatisfação corporal e psicopatologia alimentar tem sido amplamente investigada. De uma forma geral, a insatisfação corporal deriva da discrepância entre a percepção da imagem corporal real e a imagem corporal ideal. Quando mediada pelo aumento da restrição alimentar e, também pelo afecto negativo, a insatisfação com a aparência física surge como um importante factor de risco para o desenvolvimento e manutenção das Perturbações do Comportamento Alimentar (*e.g.*, Stice & Shaw, 1994).

A insatisfação com a imagem corporal está frequentemente associada com uma percepção de inferioridade e de inadequação. Esta auto-avaliativa negativa, relacionada com o *eu* enquanto objecto social, deriva dos pensamentos e sentimentos acerca da forma com existimos na mente dos outros, isto é, enquanto agente social pouco atraente e vulnerável à rejeição e ao ataque dos outros (Gilbert, 1998, 2007a; Gilbert & McGuire, 1998; Lewis, 1992; Keltner & Harker, 1998; Nathanson, 1992; Tangney & Fischer, 1995). Conceptualizada como vergonha externa (Gilbert 1997, 1998), esta experiência leva a uma percepção do mundo social como inseguro e ameaçador e pode ser internalizada. A vergonha interna, na qual o foco de atenção, sentimentos e da avaliação negativa do *self* são auto-dirigidos, associa-se a auto-desvalorização e a auto-criticismo (Gilbert & Procter, 2006). Em síntese, o afecto negativo da vergonha deriva da percepção de que certas características da personalidade (*e.g.*, ser menos inteligente), atributos (*e.g.*, forma corporal), ou comportamentos (*e.g.*, comportamentos de ingestão alimentar compulsiva) são pouco atraentes, e tornam o sujeito alvo de crítica ou

rejeição por parte dos outros elementos do seu grupo (Gilbert, 2000a), desencadeando um conjunto de estratégias defensivas (e.g., Gilbert, 1998).

Os comportamentos de excessivo controlo da alimentação e da imagem corporal podem ser compreendidos como o resultado de experiências de vergonha (Goss & Gilbert, 2002). De facto, a relação entre vergonha e o comportamento alimentar perturbado é um tema recorrente na literatura no âmbito da patologia alimentar, tanto em amostras de comunidade (e.g., Gee & Troop, 2003; Murray *et al.*, 2000; Sanftner *et al.*, 1995), como em amostras de doentes com história de patologia alimentar (e.g., Andrews, 1997; Burney & Irwin, 2000; Cooper *et al.*, 1998; Gee & Troop, 2003; Grabhorn *et al.*, 2006; Swan & Andrews, 2003; Troop *et al.*, 2008; Troop *et al.*, 2006). Goss e Gilbert (2002) elaboraram um modelo que foca o papel da vergonha no desenvolvimento e na manutenção dos pensamentos e comportamentos centrais à patologia do comportamento alimentar (*cf.* Capítulo 2). De acordo com este modelo a interacção de diversos factores precoces (e.g., predisposição genética, características de personalidade, estilos de vinculação) com factores contextuais (e.g., a intensificação da valorização de uma aparência física magra) explicam um aumento de diversas formas de vergonha externa e uma acentuada sensibilidade interpessoal, influenciando, igualmente, a auto-percepção e uma vivência de vergonha interna. Neste sentido, aqueles que são mais sensíveis à crítica, ao controlo ou à rejeição por parte dos outros, e que se percebem numa posição social mais desfavorável tendem a evitar estas ameaças sociais, esforçando-se continuamente para se aproximarem de um ideal de magreza socialmente valorizado, através do controlo da alimentação e de procura da magreza (Goss & Allan, 2009, 2010; Goss & Gilbert, 2002).

Simultaneamente, recentes avanços teóricos e empíricos sublinham a importância do desenvolvimento ou da promoção das atitudes auto-compassivas, em oposição a um estilo hostil e auto-crítico (*i.e.*, Terapia Focada na Compaixão), em indivíduos com elevada vivência de vergonha (Gilbert, 2000b, 2010a, 2010b; Gilbert & Irons, 2005), nomeadamente em doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar (Goss & Allan, 2010). De acordo com a Teoria das Mentalidades Sociais (Gilbert, 1989, 2000b, 2005a), esta qualidade da mente é capaz de desactivar o Sistema de Ameaça/Defesa (associado a sentimentos de insegurança, inadequação e com o sistema límbico) e, por outro lado, promove a activação do Sistema de Tranquilização/Cuidados e Segurança (associado a sentimentos de segurança, cuidado e calma, e ao sistema de oxitocina e opiáceos) (e.g., Gilbert, 1989, 2005a). A auto-compassão integra, assim, qualidades de auto-tranquilização, as quais permitem uma regulação emocional adaptativa e estratégias de *coping* eficazes e adaptativas para lidar com contextos complexos (Gilbert, 1989, 2005a, 2010a, 2010b; Neely *et al.*, 2009; Neff, 2003b, 2004; Neff *et al.*, 2005; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007).

De acordo com Neff (2003a) a auto-compassão pode ser definida através de três componentes básicos, distintos mas que se gerem mutuamente: o calor/compreensão, a condição humana, e o *mindfulness* (*cf.* Capítulo 2). Enquanto estratégia emocional adaptativa, a auto-compassão tem sido demonstrada como fortemente associada a saúde psicológica e bem-estar (Neff, 2003a, 2003b, 2009; Neff *et al.*, 2005; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007; Neff & Vonk, 2009), uma vez que permite uma observação equilibrada e a aceitação das experiências internas de

uma forma amável e compreensiva e como fazendo parte da experiência humana maior, assim como a adopção de acções efectivas com o objectivo de alterar o *self* ou o contexto (Folkman & Moskowitz, 2000; Isen, 2000; Neff 2003b). Assim, uma atitude auto-compassiva não significa que as falhas, inadequações ou imperfeições sejam ignoradas, antes, esta atitude implica uma motivação para a mudança, quando esta é necessária e possível, e para a correcção de padrões de comportamento mal-adaptativos com vista ao bem-estar (Neff, 2003a, 2003b, 2004, 2009; Leary *et al.*, 2007; Magnus, Kowalski, & McHugh, 2010).

Uma atitude compassiva em relação ao corpo ou aparência física parece aumentar o sentimento de conexão, possibilitando o reconhecimento das falhas ou imperfeições associadas com a aparência física como fazendo parte da experiência humana (Berry, Kowalski, Ferguson, & McHugh, 2010; Neff, 2003a). De acordo com Berry e colaboradores (2010), a capacidade de ser caloroso, *mindful*, e de reconhecer as experiências negativas relacionadas com o corpo como sendo partilhadas, parece possibilitar o respeito e uma atitude de aceitação relativamente às experiências internas associadas à imagem corporal, mesmo que desagradáveis, em oposição a uma atitude altamente auto-crítica e de evitamento.

Embora recentemente tenham emergido dados que sugerem a relevância da promoção das qualidades auto-compassivas no âmbito da patologia associada à imagem corporal e ao comportamento alimentar (Adams & Leary, 2007; Goss & Allan, 2010), a pesquisa nesta área é ainda muito escassa. Assim, este estudo teve como principal objectivo clarificar a importância das qualidades auto-compassivas para a compreensão destas perturbações. Mais especificamente, pretendeu contribuir para a compreensão do papel da auto-compaixão para a explicação de atitudes e comportamentos de valorização da magreza. Neste sentido, analisamos o padrão de associação entre as qualidades auto-compassivas, vergonha externa, sintomatologia psicopatológica geral e do comportamento alimentar numa amostra de mulheres sem patologia alimentar (da população geral) e numa amostra de doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar, uma vez que não existem estudos que comparem a relação destas variáveis em amostras com e sem psicopatologia alimentar. É esperado que as qualidades auto-compassivas se correlacionem negativamente com a vergonha externa, a sintomatologia depressiva, ansiosa e de *stress*, e com atitudes e comportamentos centrais à patologia alimentar (*i.e.*, insatisfação corporal, procura da magreza e bulimia). Além disso, espera-se que estas relações assumam uma maior magnitude na amostra clínica (com pacientes com Perturbações do Comportamento Alimentar), comparativamente com a amostra da população geral.

Se bem que alguns autores sustentem a pertinência do desenvolvimento das qualidades auto-compassivas em doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar (Goss & Allan, 2010), e embora seja consensual que a vergonha externa (Gee & Troop, 2003; Swan & Andrews, 2003) e a insatisfação corporal (Stice & Shaw, 1994) são preditores significativos da patologia alimentar, até à data não existem dados empíricos acerca do efeito mediador da auto-compaixão na relação entre sentir-se envergonhado e insatisfeito com a imagem corporal e a adesão a comportamentos patológicos que visam a perda de peso. Assim, foi ainda nosso objectivo contribuir para o conhecimento

acerca da pertinência desta estratégia de regulação emocional adaptativa na relação entre estas variáveis (vergonha externa e insatisfação corporal) e a procura da magreza.

Para a prossecução destes objectivos foram utilizadas duas amostras de indivíduos do sexo feminino (com e sem Perturbação do Comportamento Alimentar) com idênticas características sócio-demográficas: o grupo da população clínica foi constituído por 102 doentes diagnosticadas com Perturbação do Comportamento Alimentar [33 (32.4%) com Anorexia Nervosa, 31 (30.4%) com Bulimia Nervosa e 38 (37.2%) com Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação]. O Índice de Massa Corporal (IMC) desta amostra varia entre 13.32 e 47.33, apresentando uma média de 21.15 ( $DP = 6.93$ ). Este grupo apresenta uma média de 23.62 ( $DP = 7.42$ ) anos de idade e de 12.49 ( $DP = 3.01$ ) anos de escolaridade, sendo 57 (55.9%) das doentes estudantes e 83 (81.4%) solteiras. A amostra da população geral foi composta por 123 participantes do sexo feminino. A média de idade das participantes da amostra geral é de 23.54 anos ( $DP = 6.89$ ), e em relação aos anos de escolaridade é de 12.63 ( $DP = 2.55$ ). O IMC médio apresentado por este grupo é de 21.95 ( $DP = 3.19$ ). As duas amostras em estudo não apresentam diferenças estatisticamente significativas a nível de tais variáveis demográficas: idade ( $t_{(223)} = -.085$ ;  $p = .932$ ); anos de escolaridade ( $t_{(198,534)} = .361$ ;  $p = .719$ ); e em relação ao IMC médio ( $t_{(136,200)} = -1.063$ ;  $p = .289$ ).

Os instrumentos de auto-resposta utilizados neste estudo foram: a Escala de Auto-Compaixão (SCS; Neff, 2003a; Castilho & Pinto-Gouveia, *in press*); a Escala de Vergonha Externa (OAS; Goss *et al.*, 1994; Matos *et al.*, 2011); a Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS42; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro *et al.*, 2004); e o Inventário das Perturbações Alimentares (Garner *et al.*, 1983; Machado *et al.*, 2001). Foi ainda utilizado, para o diagnóstico da amostra clínica, a Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do Comportamento Alimentar (EDE 16.0D; Fairburn *et al.*, 2008; Ferreira *et al.*, 2010). A descrição de todas as medidas e das suas características psicométricas foram apresentadas de forma detalhada no Capítulo 3.

As análises preliminares dos dados consistiram na avaliação da normalidade das variáveis através do teste *Kolmogorov-Smirnov*. Para além disso, analisámos também os valores de *Skewness and Kurtosis* obtidos. Verificou-se que a distribuição das pontuações das variáveis em estudo estava enviesada da curva normal, à excepção dos valores do OAS na população clínica. Contudo, os valores de *Skewness and Kurtosis* das restantes variáveis nos dois grupos variaram entre  $-.694$  e  $3,535$  (na amostra da população geral) e entre  $-1.177$  e  $.803$  (na amostra da população clínica), indicando, de acordo com Kline (1998), que não representam um enviesamento sério ou comprometedor. Por outro lado, também a verificação visual da distribuição destas variáveis providenciou suporte para a não consideração desta questão (Marôco, 2007; Tabachnick & Fidell, 2007).

Foi também realizado uma série de testes com o objectivo de examinar a adequabilidade dos dados para análises de regressão. As análises de *residuals scatter plots* mostraram que os resíduos se encontravam normalmente distribuídos, tinham linearidade e homocidade. Também a independência dos erros foi analisada e validada através da análise gráfica e dos valores de *Durbin-Watson*: na amostra não-clínica os valores encontrados situaram-se entre 1.859 e 2.088, e na amostra clínica entre 1.849 e 2.175 (Field, 2004). Para além disso, não foram verificaram evidências da presença de

multicolinearidade ou singularidade entre as variáveis, uma vez que os valores de *Variance Inflation Factor* (VIF) indicaram a ausência de problemas de estimação do  $\beta$  ( $VIF < 5$ ). Estes procedimentos permitiram verificar que os dados são adequados para a realização de análises de regressão.

### 1.2. Estudo comparativo entre população geral e doentes com Perturbação Alimentar nas dimensões de auto-compaixão e auto-julgamento crítico e nas medidas de vergonha externa e de psicopatologia geral e do comportamento alimentar

O estudo aqui apresentado pretende testar a hipótese que as doentes com Perturbação Alimentar apresentam níveis inferiores de auto-compaixão (definida pelo índice compósito das componentes de calor/compreensão, condição humana e *mindfulness*; SCS), comparativamente aos registados numa amostra da população geral feminina. Por outro lado, espera-se que estas doentes apresentem níveis superiores de auto-crítica, isolamento e sobre-identificação (*i.e.*, auto-julgamento crítico; SCS). Adicionalmente, foram testadas as diferenças entre as duas amostras nas variáveis: vergonha externa (OAS); depressão, ansiedade e *stress* (DASS 42); e procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal (EDI).

Para a realização destes estudos comparativos recorreremos a testes t de *Student* para amostras independentes, tendo em consideração a homogeneidade da variância em cada uma das comparações realizadas.

**Quadro 6.1.1. Comparação dos grupos da população geral ( $n = 123$ ) e clínico com Perturbação do Comportamento Alimentar ( $n = 102$ ) nas medidas em estudo (OAS, DASS 42, EDI e SCS)**

	População geral n = 123		População clínica n = 102		t	p
	M	DP	M	DP		
OAS total	22.46	9.36	37.25	14.01	-9.103	.000
DASS42						
Depressão	6.54	6.33	20.83	12.66	-10.012	.000
Ansiedade	5.69	5.41	13.75	11.04	-6.510	.000
Stress	12.46	7.56	23.36	10.89	-8.085	.000
EDI						
Procura Magreza	2.34	3.30	12.03	5.74	-15.102	.000
Bulimia	1.07	1.69	4.47	5.66	-5.860	.000
Ins. Corporal	5.50	6.30	15.59	7.95	-10.400	.000
SCS						
Auto Compaixão	40.51	7.46	30.31	8.78	9.281	.000
Auto Julgamento	36.20	8.48	48.83	8.71	-10.996	.000

Leg: OAS total = Escala de Vergonha Externa; DASS 42 = Subescalas de Depressão, Ansiedade e Stress; EDI = Subescalas do Inventário de Perturbações Alimentares: Procura da Magreza, Bulimia e Insatisfação Corporal; SCS = Dimensões da Escala de Auto-Compaixão: auto-compaixão e auto-julgamento crítico;

Como se pode ler no Quadro 6.1.1., a amostra não-clínica e a amostra de pacientes com Perturbação do Comportamento Alimentar diferenciam-se significativamente ( $p < .001$ ) em todas as variáveis em estudo. Mais especificamente, a amostra clínica apresenta valores médios significativamente mais baixos na dimensão de auto-compassão (SCS), comparativamente com os obtidos pelas mulheres da população geral ( $M = 30.31$  vs  $M = 40.51$ ). Simultaneamente, as doentes pontuam significativamente mais alto nas medidas de auto-julgamento crítico (SCS). Os resultados obtidos permitiram, ainda, confirmar que, como seria de esperar, o grupo clínico apresenta pontuações médias significativamente mais altas no total da escala de vergonha externa (OAS), em todos os indicadores de psicopatologia geral (*i.e.*, nas subescalas da DASS 42) e nas dimensões do Inventário de Perturbações Alimentares (*i.e.*, subescalas do EDI).

### 1.3. Estudo da associação entre a auto-compassão e auto-julgamento crítico e as variáveis de vergonha externa e de psicopatologia

As relações entre as variáveis em estudo foram realizadas através de análises de correlação de *Pearson* produto-momento, na amostra não-clínica e na amostra de doentes com Perturbações do Comportamento Alimentar.

Os Quadros 6.1.2, 6.1.3 e 6.1.4., apresentam as associações entre as duas dimensões da Escala de Auto-compassão (SCS): auto-compassão e de auto-julgamento crítico, as variáveis de vergonha externa (OAS), de psicopatologia geral (subescalas da DASS 42) e os indicadores de psicopatologia Alimentar (subescalas do EDI: procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal).

**Quadro 6.1.2. Correlações entre as dimensões de auto-compassão e de auto-julgamento crítico e vergonha externa na amostra da população geral ( $n = 123$ ) e na amostra clínica ( $n = 102$ )**

		OAS total
Auto-compassão	pop. geral ( $n=123$ )	-.36**
	pop. clínica ( $n=102$ )	-.54**
Auto-julgamento	pop. geral ( $n=123$ )	.61**
	pop. clínica ( $n=102$ )	.55**

Leg: Auto-compassão e Auto-julgamento = Dimensões da Escala de Auto-Compassão (SCS); OAS total = Escala de Vergonha Externa

Como se pode verificar na leitura do Quadro 6.1.2., as correlações encontradas entre as dimensões de auto-compassão e de auto-julgamento crítico e o total da Escala de Vergonha Externa, na amostra da população geral e na amostra clínica, são sempre significativas e no sentido esperado. Os resultados mostram que a dimensão de auto-compassão se associa negativa e significativamente à vergonha externa ( $r = -.36$  na amostra geral e de  $-.54$  na amostra clínica), enquanto a dimensão de auto-



juízo crítico se associa positivamente e com magnitudes moderadas ( $r = .61$  e  $.55$ , nas amostras não-clínica e clínica, respectivamente). Dito de outro modo, e de acordo com a hipótese previamente definida uma relação *eu-eu* compassiva associa-se a menor vivência de vergonha externa. Em oposição uma relação com o *self* de avaliação crítica, isolamento e sobre-identificação com a experiência interna associa-se a uma maior percepção de uma vivência negativa na mente dos outros.

Em relação às associações entre os índices da Escala de Auto-compassão (SCS) e a sintomatologia depressiva, ansiosa e *stress* (DASS 42), como podemos verificar pela leitura do Quadro 6.1.3., as magnitudes verificadas são sempre significativas, moderadas e no sentido esperado.

**Quadro 6.1.3. Correlações entre as dimensões de auto-compassão e de auto-juízo crítico e os indicadores de psicopatologia geral na amostra da população geral ( $n = 123$ ) e na amostra clínica ( $n = 102$ )**

SCS		DASS 42		
		Depressão	Ansiedade	Stress
Auto-compassão	pop. geral ( $n=123$ )	-.51**	-.55**	-.48**
	pop. clínica ( $n=102$ )	-.57**	-.39**	-.56**
Auto-juízo crítico	pop. geral ( $n=123$ )	.41**	.22*	.41**
	pop. clínica ( $n=102$ )	.56**	.44**	.57**

Leg: SCS = Dimensões da Escala de Auto-Compassão: auto-compassão e auto-juízo crítico; DASS 42 = Subescalas de Depressão, Ansiedade e Stress;

Estes resultados permitem verificar que as pontuações na dimensão de auto-compassão se associam, em ambas as amostras, significativamente e negativamente à sintomatologia depressiva, ansiosa e de *stress*. Por outro lado, a dimensão de auto-juízo crítico apresenta associações positivas, e de magnitude moderada, com todos os indicadores de psicopatologia geral em estudo, com exceção da associação entre esta dimensão e a subescala de ansiedade, na população geral, que apresenta uma correlação de  $.22$ .

No que diz respeito ao padrão de associação entre os índices da auto-compassão e as três subescalas do EDI consideradas como indicadores da patologia do comportamento alimentar, como é possível observar no Quadro 6.1.4, verificou-se o mesmo sentido de associação (embora com magnitudes de correlação menos expressivas das verificadas em relação aos indicadores de psicopatologia geral). É ainda, de salientar que as correlações são de magnitude mais expressiva na amostra clínica, comparativamente com as registadas na amostra de mulheres da população geral. A dimensão de auto-compassão (SCS) associa-se negativamente e de forma significativa, (com  $r$  entre  $-.21$  e  $-.34$ , na amostra da população geral e entre  $-.34$  e  $-.47$  na amostra clínica), enquanto a dimensão de auto-juízo crítico assume uma relação positiva com estas subescalas.

**Quadro 6.1.4. Correlações entre as dimensões de auto-compassão e de auto-julgamento crítico e os indicadores de psicopatologia alimentar na amostra da população geral (n = 123) e na amostra clínica (n = 102)**

SCS		EDI		
		Procura Magreza	Bulimia	Insatisfação Corporal
Auto-compassão	pop. geral (n=123)	-.32**	-.21**	-.34**
	pop. clínica (n=102)	-.47**	-.34**	-.42**
Auto-julgamento	pop. geral (n=123)	.35**	.26**	.30**
	pop. clínica (n=102)	.42**	.31**	.37**

Leg: SCS = Dimensões da Escala de Auto-Compaixão: auto-compassão e auto-julgamento crítico; EDI = Subescalas do Inventário de Perturbações Alimentares: Procura da Magreza, Bulimia e Insatisfação Corporal;

Em suma, a análise de correlação entre a dimensão de auto-compassão e as subescalas do Inventário de Perturbações Alimentares, permite verificar que um estilo compassivo de relacionamento com o *self* surge negativamente associada aos indicadores de psicopatologia alimentar, nomeadamente à vivência de maior insatisfação com a imagem corporal e ao envolvimento em comportamentos alimentares perturbados, quer restritivos quer de descontrolo alimentar.

Estes dados parecem traduzir que, para as mulheres, maiores capacidades auto-compassivas possibilitam a adoção de uma atitude de aceitação e de compaixão perante as imperfeições percebidas em termos da aparência física, sem se sobre-identificar com elas, permitindo perceber a “não perfeição” como parte da condição humana, promovendo, assim, uma postura mais amável para consigo mesma e a adoção de atitudes mais adaptativas.

#### **1.4. Estudos de regressão das variáveis de vergonha externa, auto-compassão, auto-julgamento crítico e insatisfação corporal sobre a procura da magreza**

As análises apresentadas neste ponto têm como intuito compreender de forma mais aprofundada os resultados obtidos nos estudos correlacionais. O mesmo é dizer que, pretendíamos demonstrar através de uma medida estatística a pertinência da auto-compassão enquanto preditora da psicopatologia da procura da magreza, considerada esta como característica central, e principal factor, de vulnerabilidade e de manutenção da patologia alimentar.

Neste ponto, foram realizadas análises de regressão linear múltipla hierárquica independentes para as duas amostras em estudo, de modo a identificar padrões de associação específicos entre estas variáveis, em amostra clínica e não-clínica. Nestas análises de predição da procura da magreza (EDI; variável dependente), foram consideradas como predictoras as seguintes variáveis: vergonha externa (OAS), auto-compassão e auto-julgamento crítico (SCS) e a insatisfação corporal (EDI). A ordem de

entrada das variáveis independentes (ou preditoras) no modelo foi definida a partir das magnitudes de correlação obtidas entre estas e a variável dependente.

Os resultados das análises efectuadas para a amostra da população geral ( $n = 123$ ) são apresentados nos Quadros 6.1.5 e 6.1.6.

**Quadro 6.1.5. Sumário do modelo dos 3 passos de regressão linear múltipla hierárquica com a vergonha externa, auto-compassão, auto-julgamento crítico e insatisfação corporal a prever a procura da magreza (EDI) na amostra da população geral**

Modelo	R	R <sup>2</sup>	F	p
1	.420	.170	25.923	.000
2	.467	.199	3.205	.044
3	.654	.408	43.131	.000

V.D.- EDI Procura da magreza

**Quadro 6.1.6. Coeficientes para os 3 passos da equação de regressão múltipla hierárquica para a procura da magreza (EDI) na amostra da população geral**

Modelo	preditores	$\beta$	t	p
1	OAS	.420	5.091	.000
2	OAS	.288	2.774	.006
	Auto-compassão	-.180	-2.042	.043
3	Auto-julgamento Crítico	.112	1.082	.282
	OAS	.142	1.541	.126
	Auto-compassão	-.064	-.820	.414
	Auto-julgamento Crítico	.091	1.021	.309
	Insatisfação Corporal	.512	6.567	.000

Para a amostra não-clínica, os resultados das análises de regressão mostraram que no primeiro passo a vergonha externa (OAS) produziu um modelo significativo ( $F(1, 121) = 25.923$ ;  $p < .001$ ), que contribuiu para 17.0% da variância da procura da magreza, com um  $\beta = .420$  ( $p < .001$ ). O segundo passo, quando introduzimos as dimensões de auto-compassão e de auto-julgamento crítico (SCS), produziu igualmente um modelo significativo ( $R^2 = 19.9\%$ ;  $F(2, 119) = 3.205$ ;  $p = .044$ ), surgindo a vergonha externa ( $\beta = .288$ ;  $p = .006$ ) e a auto-compassão ( $\beta = -.180$ ;  $p = .043$ ) como preditores signi-

ficativos. No terceiro passo, após a introdução da insatisfação corporal (EDI), obtivemos um modelo significativo ( $R^2 = 40.8\%$ ;  $F(1, 118) = 43.131$ ;  $p < .001$ ), os resultados mostraram que a variável insatisfação corporal surge como a única preditora significativa ( $\beta = .512$ ;  $p < .001$ ).

Nos Quadros 6.1.7. e 6.1.8. são apresentados os resultados das mesmas análises na amostra de doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar ( $n = 102$ ).

**Quadro 6.1.7. Sumário do modelo dos 3 passos de regressão linear múltipla hierárquica com a vergonha externa, auto-compaixão, auto-julgamento crítico e insatisfação corporal a predizer a procura da magreza (EDI) na amostra de doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar**

Modelo	R	$R^2$	F	p
1	.327	.098	11.998	.001
2	.501	.228	9.433	.000
3	.590	.321	14.352	.000

V.D.- EDI Procura da magreza

**Quadro 6.1.8. Coeficientes para os 3 passos da equação de regressão múltipla hierárquica para a procura da magreza (EDI) na amostra de doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar**

Modelo	preditores	$\beta$	t	p
1	OAS	.327	3.464	.001
2	OAS	.040	.359	.720
	Auto-compaixão	-.328	-2.851	.005
	Auto-julgamento Crítico	.202	1.751	.083
3	OAS	-.116	-1.042	.300
	Auto-compaixão	-.267	-2.445	.016
	Auto-julgamento Crítico	.184	1.705	.091
	Insatisfação Corporal	.373	3.788	.000

As análises na amostra clínica mostram que no primeiro passo, a vergonha externa produz um modelo significativo explicativo de 9.8% da procura da magreza ( $F(1, 100) = 11.998$ ;  $p = .001$ ), com um  $\beta = .327$  ( $p = .001$ ). Quando introduzimos as dimensões de auto-compaixão e auto-julgamento crítico, num segundo passo, verifica-se um aumento do  $R^2$  para 22.8% ( $F(2, 98) = 9.433$ ;  $p < .001$ ), emergindo a auto-compaixão como único preditor significativo da procura da magreza ( $\beta = -.328$ ;  $p = .005$ ). No terceiro bloco, após termos introduzimos a insatisfação corporal, foi obtido um modelo igualmente

significativo ( $F(1, 97) = 14.352$ ;  $p < .001$ ) contribuindo para 32.1% da variância da variável dependente. A análise dos resultados deste modelo final permite verificar que, nesta amostra específica, para além da insatisfação corporal, que surge como o melhor preditor ( $\beta = .373$ ;  $p < .001$ ), a auto-compaixão emerge também como preditor significativo da procura da magreza ( $\beta = -.267$ ;  $p = .016$ ).

Em suma, os modelos finais indicam que na amostra sem patologia alimentar (população geral) a insatisfação corporal é a única preditora significativa, contribuindo para 40.8%, da procura da magreza. Por sua vez, na amostra da população clínica, para além da insatisfação corporal, a dimensão de auto-compaixão contribui (negativamente) de forma significativa para a explicação (32.1%) da procura da magreza.

### 1.5. Estudo do efeito mediador da auto-compaixão

Para melhor compreender o papel da auto-compaixão como possível mediador da relação entre (1) vergonha externa e procura da magreza e entre (2) insatisfação corporal e procura da magreza foram conduzidas análises de mediação nas duas amostras em estudo.

Os testes do efeito mediador da auto-compaixão foram realizados após as análises de regressão linear de acordo com o proposto por Baron e Kenny (1986). Segundo estes autores, a variável proposta (auto-compaixão) funciona como mediadora quando cumpre as seguintes condições: (i) a variável preditora (*i.e.*, a vergonha externa, na primeira análise; e a insatisfação corporal, na segunda análise) regride significativamente sobre a procura da magreza (variável dependente); (ii) a variável preditora (vergonha externa e insatisfação corporal) regride significativamente sobre a auto-compaixão (mediador); (iii) a variável preditora e o mediador predizem significativamente o resultado da procura da magreza. 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. Adicionalmente, confirmámos os resultados das análises de mediação através do teste *Sobel*, o qual determina a significância do efeito indirecto da variável preditora na variável dependente.

#### 1.5.1. O efeito mediador da auto-compaixão na relação entre vergonha externa e procura da magreza

Os Quadros 6.1.9. e 6.1.10. apresentam as análises do efeito de mediação da auto-compaixão (índice compósito das três subescalas positivas da SCS) na relação entre a vergonha externa (OAS) e a procura da magreza (EDI), para a amostra de mulheres da população geral ( $n = 123$ ) e para a amostra de doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar ( $n = 102$ ), respectivamente.

**Quadro 6.1.9. Efeito de mediação da auto-compassão na relação entre a vergonha externa e a procura da magreza na amostra da população geral**

	$\beta$	t	p	F	p	$R^2$ ajustado	$\Delta R^2$
Vergonha Externa	.420	5.091	.000	25.923	.000	.170	
V.D.-Proc Magreza (EDI)							
Vergonha Externa	-.357	-4.207	.000	17.697	.000	.120	
V.D.-Auto-compassão (SCS)							
Vergonha Externa	.339	4.021	.000	16.031	.000	.198	.211
Auto-Compaixão	-.199	-2.288	.024				
V.D.-Proc Magreza (EDI)							

Para a amostra da população geral (Quadro 6.1.9), foi realizada uma análise de regressão com a vergonha externa (OAS), introduzida como variável independente, e a procura da magreza (EDI) como variável dependente. O modelo foi significativo ( $F(1, 121) = 25.923$ ;  $p < .001$ ), contribuindo para 17.0% da variância da procura da magreza ( $\beta = .420$ ;  $p < .001$ ). Adicionalmente, uma nova análise foi realizada para examinar se a vergonha externa predizia a auto-compassão (SCS). Este modelo foi igualmente significativo ( $F(1, 121) = 17.697$ ;  $p < .001$ ) com um  $\beta = -.357$  ( $p < .001$ ). Finalmente, uma análise de regressão foi realizada para determinar se o mediador proposto (auto-compassão) predizia significativamente a procura da magreza. Foi introduzida a vergonha externa e a auto-compassão como variáveis independentes e a procura da magreza como variável dependente. O modelo final foi significativo ( $F(2, 120) = 16.031$ ;  $p < .001$ ), contribuindo para 19.8% da variância da procura da magreza. Estes resultados indicam que quando se acrescenta o mediador o  $\beta$  da variável preditora reduz para .339 ( $p < .001$ ). O efeito indirecto da vergonha externa na procura da magreza (através do efeito da auto-compassão) foi examinado pelo teste de Sobel, o qual indicou que a auto-compassão medeia parcialmente a relação entre a vergonha externa e a procura da magreza. Este efeito indirecto foi significativo ( $z = 2.027$ ;  $p = .043$ ).

**Quadro 6.1.10. Efeito de mediação da auto-compassão na relação entre a vergonha externa e a procura da magreza na amostra de doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar**

	$\beta$	t	p	F	p	$R^2$ ajustado	$\Delta R^2$
Vergonha Externa	.327	3.464	.001	11.998	.001	.098	
V.D.-Proc Magreza (EDI)							
Vergonha Externa	-.542	-6.456	.000	41.686	.000	.287	
V.D.-Auto-compassão (SCS)							
Vergonha Externa	.103	.980	.330	14.607	.000	.212	.228
Auto-Compaixão	-.414	-3.934	.000				
V.D.-Proc Magreza (EDI)							

Para a amostra clínica (Quadro 6.1.10.), e numa primeira análise o modelo de regressão da vergonha externa sobre a procura da magreza foi significativo ( $F(1, 100) = 11.998; p = .001$ ), com um  $\beta = .327$  ( $p = .001$ ), explicando 9.8% da variância. Seguidamente, na análise de regressão para determinar se a vergonha externa predizia a auto-compaixão, foi obtido um modelo também significativo ( $F(1, 100) = 41.686; p < .001$ ), com um  $\beta = -.542$  ( $p < .001$ ). Finalmente, realizámos uma análise para verificar se estas duas variáveis prediziam significativamente a procura da magreza. O modelo final foi, igualmente, significativo ( $F(2, 99) = 14.607; p < .001$ ), contribuindo para 21.2% da variância da procura da magreza. Os resultados mostram que quando o mediador é introduzido no modelo, o valor de  $\beta$  deixa de ser significativo ( $p = .330$ ).

O efeito indirecto da vergonha externa na procura da magreza (através do efeito da auto-compaixão) foi ainda confirmado pelo teste de *Sobel*, o qual indicou que, nesta amostra clínica, a auto-compaixão media totalmente a relação entre a vergonha externa e a procura da magreza ( $z = 3.34; p = .001$ ).

### 1.5.2. O efeito mediador da auto-compaixão na relação entre insatisfação corporal e procura da magreza

Este estudo pretendeu explorar se a auto-compaixão (enquanto estratégia de regulação emocional adaptativa face a eventos internos negativos) desempenha uma função mediadora na relação entre uma vivência de insatisfação com a imagem corporal actual e o comportamento alimentar restritivo, nas duas amostras. A realização deste estudo respeitou procedimentos estatísticos idênticos aos utilizados nas análises do efeito de mediação realizadas no ponto anterior, isto é, os procedimentos de Baron & Kenny (1986).

Nos Quadros 6.1.11. e 6.1.12. são apresentadas as análises do efeito de mediação da auto-compaixão na relação entre a insatisfação corporal e a procura da magreza, para a amostra geral ( $n = 123$ ) e para a amostra clínica ( $n = 102$ ), respectivamente.

**Quadro 6.1.11. Efeito de mediação da auto-compaixão na relação entre a insatisfação corporal e a procura da magreza na amostra da população geral**

	$\beta$	t	p	F	p	$R^2$ ajustado	$\Delta R^2$
Insatisfação Corporal V.D.-Proc Magreza (EDI)	.616	8.611	.000	74.140	.000	.375	
Insatisfação Corporal V.D.-Auto-compaixão (SCS)	-.344	-4.034	.000	16.269	.000	.111	
Insatisfação Corporal Auto-Compaixão V.D.-Proc Magreza (EDI)	.573 -.126	7.570 -1.665	.000 .098	39.004	.000	.384	.394

Para a amostra da população não clínica (cf. Quadro 6.1.11.) num primeiro passo, foi realizada uma análise de regressão com a insatisfação corporal como variável independente e a procura da magreza como variável dependente, tendo sido obtido um modelo significativo ( $F(1, 121) = 74.140$ ;  $p < .001$ ), explicativo de 37.5% da variância da procura da magreza ( $\beta = .616$ ;  $p < .001$ ). Uma nova análise foi realizada para examinar se a insatisfação corporal predizia a auto-compaixão. O modelo foi igualmente significativo ( $F(1, 121) = 16.269$ ;  $p < .001$ ) com um  $\beta = -.344$  ( $p < .001$ ). Finalmente, uma análise de regressão foi realizada para determinar se o mediador proposto (auto-compaixão) predizia significativamente a procura da magreza. A insatisfação corporal e a auto-compaixão foram introduzidas como variáveis independentes e a procura da magreza como variável dependente. O modelo final foi significativo ( $F(2, 120) = 39.004$ ;  $p < .001$ ), contribuindo para 38.4% da variância da procura da magreza. Contudo, os resultados obtidos indicam que o mediador proposto não é significativo ( $p = .098$ ).

Finalmente, os resultados anteriormente referidos foram confirmados através do teste de *Sobel*, o qual se mostrou não significativo ( $z = -1.655$ ;  $p = .099$ ), indicando que a auto-compaixão não medeia significativamente, na amostra da população geral, a relação entre insatisfação corporal e a procura da magreza.

**Quadro 6.1.12. Efeito de mediação da auto-compaixão na relação entre a insatisfação corporal e a procura da magreza na amostra de doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar**

	$\beta$	t	p	F	p	$R^2$ ajustado	$\Delta R^2$
Insatisfação Corporal V.D.-Proc Magreza (EDI)	.491	5.642	.000	31.830	.000	.234	
Insatisfação Corporal V.D.-Auto-compaixão (SCS)	-.418	-4.596	.000	21.120	.000	.166	
Insatisfação Corporal Auto-Compaixão V.D.-Proc Magreza (EDI)	.358 -.320	3.939 -3.525	.000 .000	23.944	.000	.312	.326

Na amostra de doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar ( $n = 102$ ), na análise de regressão realizada para analisar se insatisfação corporal predizia significativamente a procura da magreza, obtivemos um modelo significativo ( $F(1, 100) = 31.830$ ;  $p < .001$ ) com um  $\beta = .491$  ( $p < .001$ ), explicando 23.4% da variância da procura da magreza (Quadro 6.2.12.). Em seguida, foi também realizada a análise de regressão para determinar se a insatisfação corporal regredia significativamente sobre a auto-compaixão, tendo sido obtido um modelo significativo ( $F(1, 100) = 21.120$ ;  $p < .001$ ), com um  $\beta = -.418$  ( $p < .001$ ). Finalmente, realizámos uma análise para verificar se estas duas variáveis prediziam significativamente a procura da magreza. O modelo final foi, igualmente, significativo ( $F(2, 99) = 23.944$ ;  $p < .001$ ), contribuindo para 31.2% da procura da magreza.



Os resultados mostram que quando o mediador é introduzido no modelo, o valor de  $\beta$  diminuiu para .358 ( $p < .001$ ). O efeito indirecto da insatisfação corporal na procura da magreza, através do efeito da auto-compaixão, foi examinado através do teste de *Sobel*, o qual se revelou significativo ( $z = -2.625$ ;  $p = .009$ ), indicando que a auto-compaixão medeia parcialmente o efeito da insatisfação corporal na procura da magreza, na amostra de doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar.

De forma a clarificar estes resultados, procedemos à realização de análises de regressão controlando o efeito da depressão. Assim, a variável depressão (medida pela subescala da DASS 42) foi incluída como covariante e os resultados obtidos mostram que, atendendo aos valores de Beta e às correlações semi-parciais: na amostra não-clínica, na primeira análise, quando a depressão é controlada, ( $F(3, 85) = 19.721$ ;  $p < .001$ ) a insatisfação corporal é o único preditor global da procura da magreza, com um  $\beta = .439$  ( $p < .001$ ;  $Sr = .380$ ); surgindo a depressão ( $\beta = .187$ ;  $p = .070$ ;  $Sr = .153$ ) e a auto-compaixão ( $\beta = -.153$ ;  $p = .130$ ;  $Sr = -.127$ ) como preditores não significativos. Na amostra clínica, a mesma análise quando a depressão é controlada ( $F(3, 97) = 17.103$ ;  $p < .001$ ), revela a insatisfação corporal ( $\beta = .298$ ;  $p = .003$ ;  $Sr = .249$ ) como o melhor preditor global da procura da magreza, seguida pela auto-compaixão ( $\beta = -.253$ ;  $p = .014$ ;  $Sr = .206$ ), verificando-se que a depressão ( $\beta = .168$ ;  $p = .124$ ;  $Sr = .128$ ) não se assume como preditor significativo.

## 1.6. Síntese e discussão dos resultados

Surgem crescentes evidências clínicas e empíricas que mostram a auto-compaixão como um aspecto crucial na compreensão da saúde psicológica e do bem-estar (Neff, 2003a; 2003b, 2009). Múltiplos estudos têm, igualmente, focado a importância da auto-compaixão como estratégia de regulação emocional, pela neutralização de padrões emocionais negativos e promoção de sentimentos positivos (Neff, 2003a, Neff *et al.*, 2005; Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007; Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007). No entanto, a investigação no âmbito da relação entre esta estratégia de regulação emocional adaptativa e o comportamento alimentar perturbado é ainda muito limitada. Assim, o desenho deste estudo pretendeu colmatar algumas das lacunas evidenciadas pela revisão da literatura, e contribuir para a clarificação da importância de uma atitude de compaixão auto-dirigida no âmbito da psicopatologia alimentar. Neste sentido, foi explorada a potencial relação entre esta atitude e aspectos centrais à Perturbação do Comportamento Alimentar, como a vergonha externa, a insatisfação corporal e a adesão a atitudes e comportamentos alimentares perturbados, em mulheres com e sem psicopatologia alimentar. Mais especificamente, os objectivos que presidiram a este estudo foram: o estudo das relações entre a auto-compaixão, a vergonha externa, a insatisfação corporal, os comportamentos alimentares perturbados (*i.e.*, procura da magreza e bulimia) e, ainda, com indicadores de sintomatologia psicopatológica geral (*i.e.*, depressão, ansiedade e *stress*). Adicionalmente, foi examinado o efeito mediador da auto-compaixão na relação entre duas variáveis nucleares da patologia alimentar (vergonha e insatisfação corporal) e a procura da magreza.

Previamente, à prossecução destes objectivos, foram testadas as diferenças a nível das atitudes auto-compassivas de relação *eu-eu* e de atitudes de auto-julgamento crítico entre duas amostras de mulheres, sem e com Perturbação do Comportamento Alimentar (*i.e.*, entre 123 mulheres da população geral e 102 doentes com diagnóstico clínico de Anorexia, Bulimia Nervosa ou Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação). Os resultados dos testes *t* de *Student* permitiram confirmar que as mulheres com um diagnóstico de Perturbação do Comportamento Alimentar obtiveram resultados significativamente mais baixos na dimensão de auto-compassão, medida pelo índice compósito constituído pelas componentes de calor/compreensão, condição humana e *mindfulness* da Escala de Auto-Compassão (SCS), comparativamente aos registados na amostra da população geral feminina. Verificou-se, ainda, e tal como esperado, que estas doentes apresentam níveis superiores de auto-crítica, isolamento e sobre-identificação com a experiência interna.

Os resultados obtidos nos estudos de correlação nas duas amostras em estudo confirmaram as hipóteses antecipadas, e evidenciaram que a auto-compassão se associa negativamente à experiência de vergonha externa. Estes resultados estão de acordo com os dados teóricos e empíricos (*e.g.*, Leary *et al.*, 2007; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007), que revelam que a auto-compassão actua como moderadora das reacções a eventos negativos (*e.g.* fracasso, rejeição e embaraço) e detém capacidades protectoras face a situações passíveis de evocar sentimentos de vergonha. Os dados de associação entre o relacionamento *eu-eu* compassivo e depressão, ansiedade e *stress* obtidos no nosso estudo são, também, coerentes com as evidências empíricas de uma relação negativa entre a auto-compassão e os indicadores de psicopatologia (*e.g.*, Neff, 2003a). Pelo contrário, um relacionamento com o *self* pautado por uma atitude demasiado dura e auto-crítica, e por uma sobre-identificação com os seus pensamentos e sentimentos negativos assumindo as próprias experiências como algo isolado do resto do mundo, mostrou-se associado a maior vivência de vergonha externa e a níveis superiores de sintomatologia psicopatológica. Em síntese, os resultados observados corroboram estudos prévios (Neff, 2003a; 2003b; 2009; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007; Neff, & Rude, & Kirkpatrick, 2007) e demonstram a centralidade da auto-compassão (*i.e.*, de uma atitude calorosa e amável pelos aspectos aversivos do *self*) no funcionamento psicológico adaptativo e numa maior saúde psicológica.

No âmbito da relação entre as atitudes auto-compassivas, de auto-julgamento crítico e os indicadores de comportamento alimentar perturbado, os dados deste estudo parecem ser particularmente relevantes. Especificamente, no que diz respeito aos estudos de correlação entre a medida de auto-compassão e as subescalas do Inventário de Perturbações Alimentares (procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal), os nossos resultados revelam a existência de associações negativas e significativas entre estas dimensões. Constatámos que níveis superiores de auto-compassão se associam a menor insatisfação com a imagem corporal, a menor adesão a comportamentos alimentares restritivos que visam a procura de magreza, e também a menor vivência de descontrolo no padrão alimentar. Em oposição, os dados deste estudo mostram que, um estilo de relação com o *self* caracterizado pelo auto-julgamento crítico se associa positiva e significativamente a um maior endosso em atitudes e comportamentos perturbados em relação à imagem corporal e à alimentação. Tais resultados vão ao encontro das expectativas que orientaram este estudo e estão em consonância com o defen-

dido por Neff (2004), comprovando que a capacidade auto-compassiva de manter uma consciência equilibrada e aceitadora dos fenómenos internos se revela bastante útil em domínios, como o da aparência física, onde o auto-aperfeiçoamento é difícil de atingir.

Em suma, estes dados parecem traduzir que as mulheres que são capazes de dirigir calor e amabilidade para si mesmas, de entender que as próprias vivências se enquadram numa experiência humana maior e de possuir uma consciência equilibrada dos pensamentos e sentimentos dolorosos, apresentam uma menor vulnerabilidade à patologia do comportamento alimentar. O mesmo é dizer que, as mulheres que se mostram capazes de aceitar o seu peso e a sua imagem corporal, mesmo quando esta se distingue daquela que idealmente lhes agradaria, tendem a aderir menos a comportamentos alimentares perturbados (restritivos ou de ingestão compulsiva). Assim, uma relação *eu-eu* auto-compassiva, embora a observação e avaliação das imperfeições ou limitações pessoais continue a existir, o indivíduo torna-se capaz de manter uma apreciação positiva de si mesmo (Leary *et al.*, 2007) e de adoptar atitudes e comportamentos mais adaptativos e geradores de bem-estar. Pelo contrário, as mulheres que apresentam uma atitude crítica perante as suas inadequações ou falhas, que se sobre-identificam com os seus pensamentos e estados emocionais, e que se envolvem em sentimentos de isolamento apresentam maiores níveis de sofrimento (Berry *et al.*, 2010; Engel-Maddox, 2005; Magnus *et al.*, 2010), tornando-se mais vulneráveis ao desenvolvimento de um comportamento alimentar perturbado.

Embora, como anteriormente referido, poucos estudos se tenham focado na relação entre auto-compassão e patologia alimentar, os resultados obtidos nos estudos correlacionais apresentados, assim como os dados existentes na literatura sugerem a importância da promoção de atitudes auto-compassivas em pacientes com Perturbação do Comportamento Alimentar (Adams & Leary, 2007; Goss & Allan, 2010). No entanto, permanecia por estudar a auto-compassão enquanto factor mediador da relação entre sentir-se envergonhado e estar insatisfeito com a imagem corporal, e a adesão a comportamentos alimentares restritivos que visem a magreza. Assim, o objectivo central deste estudo foi explorar o efeito mediador da auto-compassão nas relações entre vergonha externa e insatisfação corporal e a procura da magreza, dado que esta última (definida como a sobrevalorização da dieta, peso e de uma imagem corporal de magreza e o medo intenso de aumentar de peso) é sublinhada na literatura como uma característica central, e principal factor, de vulnerabilidade e de manutenção nas Perturbações do Comportamento Alimentar, quer do tipo restritivo quer do tipo de ingestão compulsiva (Fairburn, 2008).

Para a exploração do potencial efeito mediador da auto-compassão na relação entre vergonha externa e procura da magreza foram realizadas análises de regressão linear independentes nas amostras em estudo (mulheres sem e com Perturbação do Comportamento Alimentar). Na amostra de mulheres da população geral, os nossos resultados evidenciaram que esta estratégia de regulação emocional medeia parcialmente o efeito da vergonha externa na procura da magreza. Por sua vez, a mesma análise realizada na amostra clínica evidenciou que a auto-compassão medeia totalmente esta relação. Esta análise de mediação mostrou que a percepção de que os outros nos vêem como inferiores e inadequados está associada a uma maior tendência para a procura da magreza, através

da diminuição de uma atitude de bondade e de compreensão para com próprio sofrimento. Dito de outro modo, a leitura destes resultados sugere que a vergonha externa não leva necessariamente a sobreavaliação de atitudes e comportamentos de sobrevalorização da magreza, mas que mecanismos de regulação emocional, como por exemplo auto-compaixão, estão envolvidos nesta relação. Estes dados estão em consonância com os encontrados por Neff & Vonk (2009), revelando a importância da auto-compaixão face a sentimentos de inadequação e inferioridade.

Adicionalmente, foi examinado o efeito de mediação da auto-compaixão na relação entre a insatisfação corporal e a procura da magreza. Os resultados deste estudo evidenciaram que a auto-compaixão não medeia significativamente o efeito da insatisfação corporal na procura da magreza, na amostra não-clínica. Isto significa que, quando os valores de insatisfação corporal e de procura da magreza são normativos (*i.e.*, não implicam invalidação ou sofrimento clinicamente significativo) a relação entre estas variáveis parece ser directa, ou seja, uma maior insatisfação corporal prediz uma maior procura da magreza. No entanto, na amostra clínica, a auto-compaixão medeia parcialmente a relação entre uma vivência de insatisfação corporal e o comportamento alimentar restritivo (procura da magreza).

Os resultados mostram que a insatisfação corporal tem um efeito directo na procura da magreza (e que a auto-compaixão não surge como um mediador significativo) na amostra não clínica, mas na amostra de doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar, uma maior insatisfação com a imagem corporal está associada a uma aumento de atitudes e comportamentos perturbados de sobrevalorização da magreza, através de uma diminuição, ou da ausência, de uma atitude de auto-compaixão. A discrepância registada entre os resultados da amostra não-clínica e da amostra clínica, embora não esperada, está de acordo com pressupostos teóricos que defendem que uma atitude auto-compassiva (*i.e.*, uma atitude calorosa, *mindful* e de conexão) se torna particularmente útil quando o indivíduo é confrontado com circunstância de vida mais difíceis ou geradoras de maior sofrimento (*e.g.*, Gilbert, 1989, 2005a, 2010a, 2010b; Neely *et al.*, 2009; Neff *et al.*, 2005; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007). Assim, estes dados parecem confirmar que a auto-compaixão, enquanto estratégia de regulação emocional, assume uma maior relevância quando uma experiência interna negativa (*e.g.* insatisfação corporal) provoca um intenso mal-estar ou quando esta experiência assume um carácter patológico significativo, como acontece nas mulheres que sofrem uma Perturbação do Comportamento Alimentar.

Estes resultados parecem dar suporte ao Treino da Mente Compassiva, enquanto componente relevante nas intervenções para as Perturbações do Comportamento Alimentar, enfatizando o papel de uma atitude de bondade e compreensão na relação *eu-eu*, como determinante na adopção de acções mais adaptativas e promotoras do bem-estar, para lidar com experiências de vergonha e de insatisfação corporal. Mais especificamente, os dados apresentados parecem suportar que o desenvolvimento de uma mente mais auto-compassiva poderá ser particularmente útil para as doentes que apresentam patologia alimentar.

## 2. Estudo da flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal: o efeito moderador da aceitação da imagem corporal no impacto da insatisfação corporal no comportamento alimentar perturbado

### 2.1. Objectivo e desenho do estudo

Actualmente a imagem corporal é conceptualizada, não como um traço estável, mas sim como uma variável estado influenciada por variáveis contextuais (Yamamiya *et al.*, 2005). O mesmo é dizer que, o sujeito aprende a avaliar a sua aparência física através da interacção com o ambiente, pelo que a auto-imagem é desenvolvida e reavaliada ao longo da vida. Esta experiência individual do *self* físico (Cash, 2004) é um importante aspecto da auto-conceptualização, tanto no que diz respeito ao desenvolvimento individual como para a definição da qualidade de vida (*e.g.*, Cash, 2004; Fisher & Cleveland, 1958), especialmente nas mulheres, para as quais, constitui uma dimensão avaliativa central (Ferreira *et al.*, 2011a).

O constructo de imagem corporal tem sido alvo de um particular investimento teórico e empírico, nomeadamente no que concerne ao seu impacto no processo psicopatológico que caracteriza as Perturbações do Comportamento Alimentar. Neste campo, a investigação tem demonstrado a insatisfação corporal (*i.e.*, uma avaliação negativa do corpo ou de partes do mesmo; Stice & Shaw, 2002), como um importante factor de risco para as Perturbações Alimentares, mediado pelo aumento do comportamento de dieta e do afecto negativo (*e.g.*, Higgins, 1987; Stice & Shaw, 2002). Nesta leitura, a dieta alimentar restritiva surge como uma consequência da insatisfação com a imagem ou aparência física, devido à crença amplamente difundida de que esta é uma estratégia eficaz de controlo do peso e da forma corporal (Butryn & Wadden, 2005). Por sua vez, este padrão intencional e prolongado de restrição alimentar é considerado como o principal precipitante da patologia alimentar (Stice, 2001).

As perspectivas cognitivo-comportamentais clássicas da imagem corporal, e do seu impacto negativo no ajustamento social e na qualidade de vida, têm focado a sua intervenção na análise do conteúdo perturbador das avaliações negativas e na centralidade atribuída à aparência física. O principal objectivo destas estratégias é a alteração das auto-avaliações negativas, no âmbito da imagem corporal, por pensamentos e emoções mais positivos ou precisos, que permitam uma mudança efectiva do comportamento (Cash, 1997; Rosen, 1997). No entanto, os resultados menos satisfatórios destas intervenções e o facto do sobre-investimento na imagem corporal e a sua indevida influência na auto-avaliação serem importantes factores de recaídas nas Perturbações do Comportamento Alimentar (Fairburn, Jones, *et al.*, 1993; McFarlane *et al.*, 2008) contribuíram para o desenvolvimento de novas perspectivas (*e.g.*, Heffner *et al.*, 2002; Kristeller & Hallett, 1999; Sandoz *et al.*, 2010).

A *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Hayes *et al.*, 1999) é uma das intervenções terapêuticas mais representativas, e com maior suporte empírico, das denominadas Terapias Comportamentais de 3ª Geração (Ruiz, 2010). O modelo desta terapia contextual e funcional conceptualiza os problemas e o sofrimento psicológico predominantemente como problemas de inflexibilidade psicológica, derivados de processos como a fusão cognitiva e o evitamento experiencial (Hayes, 2004; Hayes,

Strosahl, Wilson, *et al.*, 2004). De acordo com esta abordagem, os problemas do indivíduo não são explicados pelo conteúdo negativo ou desagradável dos seus pensamentos, mas sim pela relação que este estabelece com as suas experiências privadas (Páez-Blarrina *et al.*, 2006). O mesmo é dizer que, o sofrimento humano deriva não dos pensamentos *per se* mas da adesão rígida e da luta para controlar (em termos de intensidade, frequência e valência) ou eliminar essas cognições negativas.

Segundo Hayes e colaboradores (1996, p. 1154), “o evitamento experiencial é o fenómeno que ocorre quando o sujeito se mostra indisponível para permanecer em contacto com experiências privadas particulares (*e.g.*, sensações corporais, emoções, pensamentos, memórias ou predisposições comportamentais) e encerra acções para alterar a forma ou frequência dessas experiências ou o contexto que as determinam”. Embora o efeito imediato do evitamento experiencial seja aparentemente positivo, através da redução do acontecimento evitado, as tentativas ou os esforços para suprimir ou eliminar esses acontecimentos desencadeiam, na maior parte das vezes, um aumento da sua frequência e intensidade (Hayes, Strosahl, Wilson, *et al.*, 2004). A relevância do evitamento experiencial na explicação do sofrimento psicológico tem sido suportada por um crescente número de estudos (*e.g.*, Hayes *et al.*, 1999), surgindo como um processo altamente correlacionado com medidas de psicopatologia geral (Hayes, Strosahl, Wilson, *et al.*, 2004), nomeadamente de ansiedade e depressão (*e.g.*, Marx & Sloan, 2005; Roemer *et al.*, 2005; Ruiz, 2010; Tull *et al.*, 2004). Adicionalmente, a adopção de comportamentos que visam a regulação dessas experiências internas indesejáveis tendem a tornar-se altamente resistentes à mudança (Gross, 2002). O objectivo central da ACT é, então, a redução do evitamento experiencial e o desenvolvimento da flexibilidade psicológica, assim como o trabalho de uma noção de compromisso em estratégias de mudança do comportamento, que permitam ao indivíduo ter uma vida saudável, valorizada e com significado (Heffner *et al.*, 2002; Orsillo & Batten, 2002; Páez-Blarrina *et al.*, 2006).

A noção de inflexibilidade psicológica aplicada à imagem corporal pode ser compreendida como um conceito vasto que compreende tanto os padrões cognitivos rígidos (*i.e.*, controlo), como padrões comportamentais rígidos (*i.e.*, evitamento) que parecem ser disruptivos para a vida do indivíduo. Assim, este constructo define uma incapacidade de endossar comportamentos flexíveis aquando na presença de pensamentos, sentimentos ou sensações corporais indesejáveis (*e.g.*, “Antes de planear algo importante na minha vida tenho de me sentir melhor com o meu corpo” ou “ Para poder resolver coisas importantes na minha vida é essencial que perca peso”; Sandoz & Wilson, 2006; Sandoz *et al.*, 2010; Sandoz *et al.*, *in press*). Neste sentido, a ACT não visa eliminar pensamentos ou percepções negativas em relação à imagem corporal, mas antes trabalhar uma atitude de aceitação face às experiências privadas, isto é uma atitude consciente de não julgamento e de disposição para experienciar os pensamentos, sentimentos e as sensações corporais tal como ocorrem, e a redução do evitamento experiencial (Follette *et al.*, 2004; Hayes, Strosahl, Wilson, *et al.*, 2004), com vista a uma vivência pessoal de acordo com os seus valores (Heffner *et al.*, 2002; Orsillo & Batten, 2002).

Sendo a “aceitação da imagem corporal” um constructo destacado como um importante foco de intervenção, em recentes e promissores programas de tratamento para a patologia alimentar (Heffner *et al.*, 2002; Sandoz *et al.*, 2010), este estudo foi dedicado à exploração desta dimensão especifi-

ca de flexibilidade psicológica e do seu impacto enquanto estratégia de regulação emocional protetora do desenvolvimento de um padrão alimentar perturbado.

O plano dos estudos realizados pretendia: (1) verificar a existência de diferenças significativas, entre um grupo de doentes com Perturbações do Comportamento Alimentar e um grupo de mulheres da população geral, em termos de flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal; (2) analisar a relação entre a capacidade de aceitação da imagem corporal e as variáveis de ajustamento social (comparação social, vergonha externa e interna), as dimensões de psicopatologia (depressão, ansiedade e *stress*) e com os indicadores de patologia do comportamento alimentar; E, finalmente, (3) explorar se a flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal desempenha uma função amortecedora do efeito da insatisfação corporal (entendida como a discrepância entre a imagem corporal real e a imagem percebida como ideal ou desejada pelos sujeitos) nos comportamentos alimentares restritivos e patológicos (*i.e.*, na procura da magreza).

Estes estudos foram realizados em duas amostras de indivíduos do sexo feminino. A amostra da população clínica é constituída por 46 doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar [35.6% com diagnóstico de Anorexia Nervosa, 37.8% com Bulimia Nervosa e 26.6% com Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (APA, 1994)]. As doentes, da amostra deste estudo, apresentam uma idade média de 24.70 ( $DP = 8.03$ ) anos de idade e 11.98 ( $DP = 2.96$ ) anos de escolaridade, e relativamente ao Índice de Massa Corporal, a média é de 22.81 ( $DP = 8.66$ ). A amostra da população geral é formada por 569 adolescentes e mulheres, com idades que variam entre os 13 e os 50 anos ( $M = 20.40$ ;  $DP = 8.27$ ) e que apresentam entre 6 a 22 anos de escolaridade ( $M = 12.50$ ;  $DP = 2.45$ ). A maioria dos sujeitos desta amostra é solteira (93.0%) e estudante (90.2%).

Os instrumentos de auto-resposta utilizados neste estudo foram: a Escala de Aceitação e Acção da Imagem Corporal (BI-AAQ; Sandoz *et al.*, *in press*; Ferreira *et al.*, 2011b); a Escala de Comparação Social (SCRS; Allan & Gilbert, 1995; Gato, 2003); a Escala de Comparação Social através da Aparência Física (ECSAF; Ferreira *et al.*, 2011a); a Escala de Vergonha Externa (OAS; Goss *et al.*, 1994; Matos *et al.*, 2011); a Escala de Vergonha Interna (ISS; Cook, 2001; Matos *et al.*, *in press*); a Escala de Depressão, Ansiedade e *Stress* (DASS 42; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro *et al.*, 2004); o Questionário de Silhuetas Femininas (FRS; Thompson & Altabe, 1991; Ferreira, 2003); e o Inventário das Perturbações Alimentares (EDI; Garner *et al.*, 1983; Machado *et al.*, 2001). Foi ainda utilizado, para a confirmação do diagnóstico da amostra clínica, a Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do Comportamento Alimentar (EDE 16.0D; Fairburn *et al.*, 2008; Ferreira *et al.*, 2010). A descrição de todas as medidas e das suas características psicométricas foi apresentada de forma detalhada no Capítulo 3.

A avaliação do pressuposto da distribuição normal dos dados foi efectuada graficamente, a partir do teste *Kolmogorov-Smirnov* e dos valores de *Skewness and Kurtosis* obtidos. A inspecção visual da distribuição evidenciou que a amostra total não cria uma distribuição bimodal. Para além disso, e embora o teste *Kolmogorov-Smirnov* tenha evidenciado uma distribuição enviesada da curva normal, os valores de *Skewness* (*Sk*) variaram entre -0.74 e 1.47, e os de *Kurtosis* (*Ku*) entre -0.353 e 3.46. De

acordo com Kline (1998), estes valores são aceitáveis e indicam que não há um afastamento excessivo da distribuição normal.

Adicionalmente foi examinada a adequabilidade dos dados do para análises de regressão. As análises de *residuals scatter plots* mostraram que os resíduos se encontravam normalmente distribuídos, tinham linearidade e não apresentavam heteroscedasticidade. Também a independência dos erros foi analisada e validada através da análise gráfica e dos valores de *Durbin-Watson*, com valores entre 1.963 e 1.991 (Field, 2004). Não foram, ainda, verificadas evidências da presença de multicolinearidade ou singularidade entre as variáveis, uma vez que os valores de *Variance Inflation Factor (VIF)* indicaram a ausência de problemas de estimação do  $\beta$  ( $VIF < 5$ ). Em suma, os procedimentos enunciados permitiram confirmar a adequabilidade dos dados em estudo para a realização de análises de regressão.

## **2.2. Estudo comparativo da aceitação da imagem corporal entre população geral e doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar**

O estudo aqui apresentado pretende testar a hipótese que as doentes com uma Perturbação do Comportamento Alimentar apresentam menor aceitação, e flexibilidade psicológica, no domínio da imagem corporal, quando comparadas com uma amostra feminina da população geral.

Para este estudo comparativo foi constituída uma amostra de 51 mulheres pertencentes à população normal, com uma média de 24.08 ( $DP = 8.06$ ) anos de idade e de 12.29 ( $DP = 3.41$ ) anos de escolaridade. Como descrito anteriormente, as participantes da população clínica apresentam uma média de 24.70 ( $DP = 8.03$ ) anos de idade e 11.98 ( $DP = 2.96$ ) anos de escolaridade. Os dois grupos não se distinguem significativamente quanto à variável idade ( $t_{(95)} = .377$ ;  $p = .707$ ); anos de escolaridade ( $t_{(95)} = .484$ ;  $p = .629$ ), nem quanto ao I.M.C ( $t_{(95)} = .856$ ;  $p = .394$ ).

Previamente à análise da variável aceitação da imagem corporal, foram realizados estudos comparativos entre o grupo normal e clínico nas variáveis de ajustamento social, de psicopatologia geral e psicopatologia específica associada à patologia alimentar.

Como se pode observar nos Quadros 6.2.1, 6.2.2. e 6.2.3., e como seria de esperar, a amostra de doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar diferencia-se significativamente ( $p < .001$ ) do grupo de controlo da população geral nas variáveis de ajustamento social, vergonha e em todos os indicadores de psicopatologia (geral e alimentar) considerados neste estudo.



**Quadro 6.2.1. Comparação das amostras de controlo ( $n = 51$ ) e de doentes com Perturbação de Comportamento Alimentar ( $n = 46$ ) nas medidas de *ranking* social (SCRS, ECSAF, OAS e ISS)**

	População geral $n = 51$		População clínica $n = 46$		t	p
	M	DP	M	DP		
SCRS	67.61	13.83	49.37	18.14	-5.523	.000
ECSAF pares	63.31	14.62	39.87	17.30	-7.195	.000
ECSAF modelos	57.18	15.23	31.56	17.14	-7.756	.000
OAS	23.31	11.59	37.43	15.45	5.049	.000
ISS	37.36	21.20	62.09	20.05	5.858	.000

Leg: SCRS = Escala de Comparação Social; ECSAF = Escala de Comparação Social através da Aparência Física: com pares e com modelos; OAS = Escala de Vergonha Externa; ISS = Escala de Vergonha Interna

**Quadro 6.2.2. Comparação das amostras de controlo ( $n = 51$ ) e de doentes com Perturbação de Comportamento Alimentar ( $n = 46$ ) nos indicadores de psicopatologia geral (DASS 42)**

	População geral $n = 51$		População clínica $n = 46$		t	p
	M	DP	M	DP		
DASS 42						
Depressão	10.67	9.43	20.44	13.66	4.120	.000
Ansiedade	8.00	7.76	13.42	11.24	2.777	.007
Stress	14.27	9.05	23.00	11.26	4.206	.000

Leg: DASS42 = Subescalas de Depressão, Ansiedade e de Stress;

As doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar apresentam valores significativamente mais baixos nas medidas de *ranking* ou ajustamento social (Quadro 6.2.1.), quer na medida de comparação social global (SCRS), quer quando considerada uma medida de avaliação do *ranking* social através da aparência física (ECSAF). Simultaneamente, este grupo clínico mostra pontuações significativamente mais altas, em comparação com o grupo da população geral, nas medidas de vergonha (OAS e ISS) e nas dimensões de depressão, ansiedade e *stress* da DASS 42 (Quadro 6.2.2.).

Como era expectável, o grupo clínico pontua também claramente mais alto em todos os indicadores de insatisfação corporal, quer medida pelo Questionário de Silhuetas (FRS), quer pela subescala de insatisfação corporal do Inventário das Perturbações Alimentares (EDI), e ainda nos indicadores de

comportamento alimentar perturbado (avaliado através das subescalas de procura da magreza e bulimia) (Quadro 6.2.3).

**Quadro 6.2.3. Comparação das amostras de controlo ( $n = 51$ ) e de doentes com Perturbação de Comportamento Alimentar ( $n = 46$ ) nos indicadores associados à patologia alimentar (subescalas do EDI e FRS)**

	População geral n = 51		População clínica n = 46		t	p
	M	DP	M	DP		
EDI						
Procura Magreza	1.31	2.35	11.57	5.54	12.074	.000
Bulimia	.88	1.51	5.11	5.79	5.027	.000
Insatisfação Corporal	4.49	4.59	16.11	8.00	8.882	.000
FRS						
Imagem real vs ideal	.57	.90	1.61	2.02	3.335	.001

Leg: EDI = Subescalas do Inventário de Perturbações Alimentares: Procura da Magreza, Bulimia e Insatisfação Corporal; FRS = Questionário de Silhuetas Femininas: Discrepância entre imagem corporal real (actual) e imagem corporal ideal (desejada)

Para a comparação da capacidade de aceitação da imagem corporal entre população geral e clínica foi realizado um novo teste *t* de *Student* para amostras independentes.

**Quadro 6.2.4. Comparação das amostras de controlo ( $n = 51$ ) e de doentes com Perturbação de Comportamento Alimentar ( $n = 46$ ) na medida de aceitação da imagem corporal (BI-AAQ)**

	População geral n = 51		População clínica n = 46		t	p
	M	DP	M	DP		
<b>BI-AAQ total</b>	67.39	12.04	31.43	11.79	-14.835	.000

Leg: BI-AAQ = Escala de Aceitação e Acção da Imagem Corporal;

O Quadro 6.2.4. apresenta a comparação das pontuações médias no questionário BI-AAQ obtidas pelo grupo de controlo e pelo grupo da população clínica. Os resultados obtidos permitem-nos confirmar a hipótese de que os dois grupos se diferenciam significativamente ( $p < .001$ ), verificando-se que as mulheres que sofrem de uma Perturbação do Comportamento Alimentar apresentam valores médios de aceitação, e flexibilidade psicológica, no domínio da imagem corporal ( $M = 31.43$ ;  $DP =$

11.79) claramente mais baixos dos registados pelas mulheres da população geral ( $M = 67.39$ ;  $DP = 12.04$ ).

### 2.3. Estudo da associação entre a aceitação da imagem corporal e as variáveis de *ranking* social e da psicopatologia

Para o estudo da associação entre a capacidade de aceitação da imagem corporal e a vulnerabilidade à psicopatologia foram realizados estudos correlacionais entre as pontuações obtidas na medida de aceitação da imagem corporal (BI-AAQ) e nas medidas de ajustamento social (*e.g.*, comparação social e vergonha) e as variáveis de psicopatologia geral e de psicopatologia do comportamento alimentar, na amostra feminina da população geral ( $n = 569$ ) e na amostra de doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar ( $n = 46$ ).

Os valores das análises de correlação de *Pearson*, realizadas nas duas amostras, entre os valores obtidos no BI-AAQ e nas medidas de *ranking* social consideradas neste estudo (*i.e.*, comparação social, comparação social através da aparência físicas e vergonha externa e interna) são apresentados no Quadro 6.2.5.

**Quadro 6.2.5. Correlações entre as medidas de aceitação da imagem corporal (BI-AAQ) e das variáveis de *ranking* social, na amostra da população geral ( $n = 569$ ) e na amostra clínica ( $n = 46$ )**

		SCRS	ECSAF pares	ECSAF mdelos	OAS	ISS
BI-AAQ total	pop. geral (n=569)	.27**	.40**	.45**	-.47**	-.56**
	pop. clínica (n=46)	.24**	.37**	.27**	-.42**	-.51**

Leg: BI-AAQ = Escala de Aceitação e Acção da Imagem Corporal; SCRS = Escala de Comparação Social; ECSAF = Escala de Comparação Social através da Aparência Física: com pares e com modelos; OAS = Escala de Vergonha Externa; ISS = Escala de Vergonha Interna;

Os dados desta análise permitem verificar que, tanto na amostra não-clínica como na amostra clínica, a aceitação da imagem corporal (BI-AAQ) se associa de forma significativa a todas as variáveis de *ranking* social em estudo. Observa-se uma relação positiva e significativa entre a flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal e comparações sociais favoráveis, quer quando se utiliza uma medida global de hierarquia e ajustamento ao grupo (SCRS), quer quando é usada uma medida de *ranking* social baseada na aparência física (através da comparação com pares e com modelos; ECSAF). Foi, igualmente, possível verificar que a capacidade de aceitação da imagem corporal se associa de forma negativa, e com magnitudes moderadas, a sentimentos de vergonha, externa (OAS) e interna (ISS).

No Quadro 6.2.6. são apresentados os resultados da análise de correlação entre as pontuações obtidas no BI-AAQ e no DASS 42, mais concretamente da natureza de relação entre a flexibilidade psico-

lógica no domínio da imagem corporal e indicadores de sintomatologia depressiva, ansiosa e de stress.

**Quadro 6.2.6. Correlações entre as medidas de aceitação da imagem corporal e das variáveis de psicopatologia (DASS 42), na amostra da população geral (n = 569) e na amostra clínica (n = 46)**

		DASS 42		
		Depressão	Ansiedade	Stress
BI-AAQ total	pop. geral (n=569)	-.49**	-.44**	-.41**
	pop. clínica (n=46)	-.45**	-.35**	-.41**

Leg: BI-AAQ = Escala de Aceitação e Acção da Imagem Corporal; DASS42 = Subescalas de Depressão, Ansiedade e de Stress;

Os resultados das correlações de *Pearson* observados permitem verificar que uma maior flexibilidade e capacidade de aceitação da imagem corporal se associa negativamente aos sintomas de *stress*, ansiedade e depressão, com uma magnitude moderada que varia entre -.41 e -.49 na amostra da população geral, e entre -.35 e -.45 na amostra clínica.

Finalmente, foi examinada a associação entre a aceitação da imagem corporal e as variáveis centrais à patologia do comportamento alimentar.

**Quadro 6.2.7. Correlações entre as medidas de aceitação da imagem corporal (BI-AAQ) e de psicopatologia alimentar (EDI e FRS) na amostra da população geral (n = 569) e clínica (n = 46)**

		EDI		FRS
		Procura Magreza	Bulimia	Insatisfação Corporal
		Imagem corporal real vs ideal		
BI-AAQ total	pop. geral (n=569)	-.67**	-.27**	-.58**
	pop. clínica (n=46)	-.50**	-.37**	-.42**

Leg: BI-AAQ = Escala de Aceitação e Acção da Imagem Corporal; EDI = Subescalas do Inventário de Perturbações Alimentares: Procura da Magreza, Bulimia e Insatisfação Corporal; FRS = Questionário de Silhuetas Femininas: Discrepância entre imagem corporal real (actual) e imagem corporal ideal (desejada)

Os resultados das correlações de *Pearson* entre os *scores* obtidos na procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal (avaliadas pelas subescalas do EDI), na percepção da discrepância entre a imagem corporal real e a imagem corporal ideal ou desejada (medida pelo FRS) e os resultados obtidos no BI-AAQ são apresentados no Quadro 6.2.7. Conforme é possível observar, nas duas amostras a capacidade de aceitação da imagem corporal associa-se de forma negativa e significativa com todas

subescalas do EDI consideradas, assim com o indicador de discrepância entre a imagem corporal real e a imagem corporal desejada (FSR). Podemos salientar a associação encontrada entre o par “aceitação da imagem corporal” e a subescala procura da magreza (de  $-.67$  e de  $-.50$ , na população geral e na amostra de doentes, respectivamente).

#### **2.4. Estudo do efeito de moderação da aceitação da imagem corporal na relação entre insatisfação com a imagem corporal e a procura da magreza**

A estratégia analítica utilizada para a investigação da importância da aceitação da imagem corporal na conceptualização das Perturbações do Comportamento Alimentar baseou-se numa série de análises de regressão múltipla hierárquica, para a predição do endosso em comportamentos de dieta ou de restrição alimentar (compreendidos como comportamentos sintomáticos centrais à patologia alimentar).

Dado que os comportamentos alimentares perturbados se encontram distribuídos num *continuum* de gravidade, desde peculiaridades do padrão alimentar comuns na população geral até a casos com significado clínico em doentes com Perturbação Alimentar, a amostra deste estudo foi composta tanto por mulheres da amostra da população geral ( $n = 569$ ), como por mulheres com diagnóstico de uma Perturbação do Comportamento Alimentar ( $n = 46$ ).

De modo a analisar o efeito de moderação da aceitação da imagem corporal na relação entre a insatisfação com a imagem corporal (aqui considerada como discrepância entre a imagem corporal real e a imagem corporal ideal) e a procura da magreza realizámos uma análise de regressão múltipla hierárquica considerando a interacção de um preditor contínuo (Cohen *et al.*, 2003). Com o objectivo de reduzir o erro associado à multicolinearidade seguimos o procedimento recomendado e descrito anteriormente neste trabalho (Aiken & West, 1991; Cohen *et al.*, 2003). Assim, os valores das variáveis predictoras foram centrados e calculado o produto da sua interacção.

Através das análises realizadas na amostra total ( $N = 615$ ) foi possível verificar que os três passos do modelo são estatisticamente significativos (Quadro 6.2.8.). No primeiro bloco foi inserida a discrepância entre a imagem corporal real e a imagem corporal ideal (FRS) e no segundo bloco a aceitação da imagem corporal (BI-AAQ), como variáveis predictoras. Em ambos os passos estas variáveis produziram modelos estatisticamente significativos. No terceiro bloco foi introduzida a interacção entre as variáveis predictoras, obtendo-se um  $R^2$  de  $.770$  ( $F(3, 611) = 19.404$ ;  $p < .001$ ). Deste modo, verificou-se uma interacção significativa entre a aceitação da imagem corporal e a discrepância entre a imagem corporal real vs ideal na predição da procura da magreza.

A partir da análise dos coeficientes de regressão (Quadro 6.2.9.) é, igualmente, possível verificar que quer a discrepância entre a imagem corporal real vs ideal, quer a aceitação da imagem corporal são preditores estatisticamente significativos em todos os blocos do modelo. Na interacção entre ambas as medidas constatou-se a existência de um efeito moderador da aceitação da imagem corporal na relação entre discrepância entre a imagem real vs ideal e procura da magreza ( $\beta = -.130$ ;  $p < .001$ ).

Assim, foi possível verificar uma interacção significativa entre a aceitação da imagem corporal e a insatisfação com a imagem corporal na predição de atitudes e comportamentos alimentares perturbados, de sobrevalorização e sobre-investimento na magreza.

**Quadro 6.2.8. Sumário do modelo dos 3 passos da regressão múltipla hierárquica com o insatisfação com a imagem corporal (FRS) a predizer a procura da magreza (EDI) com a aceitação da imagem corporal como moderador, numa amostra do sexo feminino**

Modelo	R	R <sup>2</sup>	F	p
1	.482	.232	185.081	.000
2	.581	.762	508.929	.000
3	.594	.770	19.404	.000

V.D.-Procura da Magreza (EDI)

**Quadro 6.2.9. Coeficientes de regressão para os 3 passos da equação de regressão múltipla hierárquica, para o estudo do efeito do efeito moderador da aceitação da imagem corporal na relação entre insatisfação com a imagem corporal (FRS) e procura da magreza (EDI), numa amostra do sexo feminino**

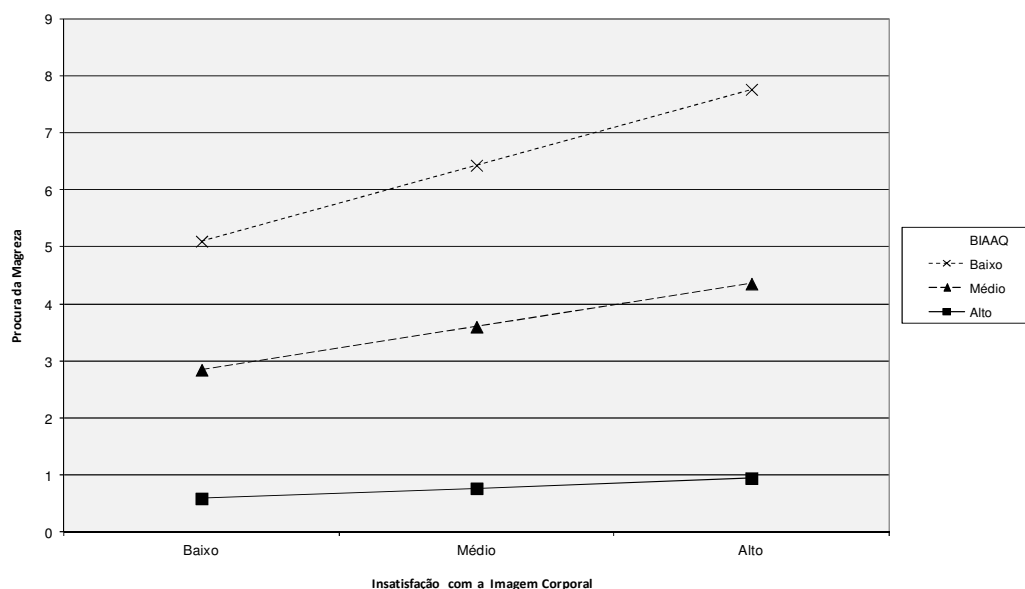
Modelo	preditores	$\beta$	t	p
1	Discrepância Imagem real vs ideal (FRS)	.482	13.604	.000
2	Discrepância Imagem real vs ideal (FRS)	.198	6.822	.000
	BI-AAQ total	-.655	-22.559	.000
3	Discrepância Imagem real vs ideal (FRS)	.147	4.740	.000
	BI-AAQ total	-.636	-21.977	.000
	Discrepância Imagem X BI-AAQ	-.130	-4.405	.000

Leg: Discrepância Imagem real vs ideal = Discrepância entre imagem corporal real (actual) e imagem corporal ideal (desejada) do FRS; BI-AAQ = Escala de Aceitação e Acção da Imagem Corporal; Discrepância Imagem X BI-AAQ = Termos da interacção;

Com o propósito de melhor compreender a relação entre insatisfação com a imagem corporal (*i.e.*, entre a discrepância entre a imagem corporal real e ideal; FRS) e a procura da magreza na presença de diferentes níveis de aceitação da imagem corporal, foi construído um gráfico considerando uma curva para cada um dos três níveis de aceitação da imagem corporal (baixa, médio e elevada). Este procedimento é recomendado para evidenciar esta relação podendo ser feito com variáveis centradas ou descentradas (Aiken & West, 1991; Cohen *et al.*, 2003). Foi tomada a decisão de usar as variáveis centradas. Para proceder a esta representação, e dada a ausência de pontos de corte teóricos, foram construídas as três curvas tendo em consideração os seguintes valores da variável do BI-AAQ no eixo de X: um desvio-padrão abaixo da média, a média, e um desvio-padrão acima da média, tal como recomendado por Cohen e colaboradores (2003).

Pela leitura da Figura 6.2.1., é possível observar que os sujeitos com baixo nível de aceitação da imagem corporal demonstram uma relação positiva e elevada com a procura da magreza comparativamente com as mulheres que têm valores médios e elevados no questionário de aceitação da imagem corporal (BI-AAQ). Nestes dois últimos casos, a relação verificada é menos significativa, o mesmo é dizer que, as mulheres com altos níveis de aceitação da imagem corporal e altos níveis de insatisfação com a imagem corporal demonstram apenas uma associação baixa a moderada com a procura da magreza.

**Figura 6.2.1. Gráfico do efeito moderador da aceitação da imagem corporal (BI-AAQ) na relação entre a insatisfação com a imagem corporal (real vs ideal; FRS) e a procura da magreza (EDI)**



Estes resultados permitem afirmar que a flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal modera o impacto da insatisfação corporal (avaliada pela discrepância entre a imagem corporal actual e a imagem corporal percebida como ideal) no endosso em atitudes e comportamentos de procura da magreza.

## 2.5. Síntese e discussão dos resultados

A aceitação da imagem corporal envolve flexibilidade psicológica associada à imagem corporal, a qual pode ser definida como uma abertura a experienciar percepções, sensações, pensamentos, crenças e sentimentos em relação ao corpo tal como ocorrem, sem procurar mudar a sua intensidade, frequência ou forma (e.g., Hayes *et al.*, 1996). A relevância terapêutica da aceitação da imagem corporal no âmbito da patologia alimentar tem sido destacada como um importante foco nas intervenções terapêuticas mais recentes para as perturbações alimentares, as quais incluem por exemplo *mindful* da experiência com a imagem corporal como um passo fundamental, enquanto se adoptam acções efectivas noutros domínios da vida do indivíduo pelas terapias baseadas na aceitação e no compromisso (e.g., ACT; Sandoz *et al.*, 2010).

A maioria dos doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar descreve as suas experiências internas, associadas à imagem corporal, como intoleráveis e adoptam com frequência acções ou comportamentos de evitamento, ou tentativas de controlo da frequência, intensidade ou valência desses acontecimentos privados (Sandoz *et al.*, 2010). De um ponto de vista ACT, a invalidação verificada em doentes com psicopatologia alimentar, ou com outras perturbações associadas com a insatisfação corporal, é reduzida através da construção de flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal (Sandoz *et al.*, 2010). A aplicação destes modelos terapêuticos no âmbito da patologia alimentar, têm apresentado resultados positivos e muito promissores (e.g., Heffner *et al.*, 2002; Kristeller & Hallett, 1999; Sandoz *et al.*, 2010). No entanto é, ainda, muito limitado o conhecimento acerca do papel que os processos de inflexibilidade (vs. flexibilidade) psicológica e de evitamento (vs. aceitação) da imagem corporal desempenham no desenvolvimento e manutenção das Perturbações do Comportamento Alimentar, assim como enquanto factores de pior prognóstico ou responsáveis por recaídas.

Este estudo pretendia dar um contributo para o conhecimento do papel da flexibilidade psicológica no domínio específico da imagem corporal. Mais concretamente, o principal objectivo deste estudo foi explorar o efeito moderador da aceitação da imagem corporal na relação, bem documentada, entre a insatisfação com a imagem corporal e a procura da magreza (e.g. Higgins, 1987; Stice, 2001). O mesmo é dizer que, pretendíamos testar se a capacidade para permanecer com percepções, pensamentos, crenças e sentimentos associados à imagem corporal, sem tentar alterar ou evitar estas experiências privadas sobre o corpo, mesmo quando estas são desconfortáveis ou indesejáveis, influencia a relação entre a vivência de insatisfação corporal e o endosso em comportamentos de dieta.

Numa primeira análise testámos a hipótese de que as mulheres sem e com patologia do comportamento alimentar (amostra da população geral e amostra de doentes com diagnóstico de Perturbação do Comportamento Alimentar) se diferenciam significativamente nos resultados obtidos na Escala de Aceitação e Acção da Imagem Corporal (BI-AAQ). Os resultados obtidos permitiram verificar que as mulheres que sofrem de uma Perturbação do Comportamento Alimentar apresentam valores médios de aceitação e flexibilidade psicológica no domínio da imagem corporal claramente mais baixos dos registados pelas mulheres da população geral ( $M = 31.43$  vs  $M = 67.39$ ). Estes dados são



consistentes com as observações clínicas e com o modelo teórico (Sandoz *et al.*, 2010), confirmando que os indivíduos que sofrem de Perturbação do Comportamento Alimentar apresentam altos níveis de evitamento experiencial, e uma menor disposição para experienciar os acontecimentos internos associados à imagem corporal tal como ocorrem, comparativamente com as mulheres sem patologia alimentar.

As análises de correlação realizadas, na amostra feminina da população geral e na amostra clínica, entre a medida de aceitação da imagem corporal (BI-AAQ) e as medidas de ajustamento ou *ranking* social e de psicopatologia mostraram associações significativas e com a mesma direcção em ambas as amostras consideradas. Os dados deste estudo permitem mostrar uma relação positiva e significativa entre uma maior flexibilidade psicológica no domínio específico da imagem corporal e uma comparação social favorável, tanto quando é avaliada em termos globais (SCRS), como quando se refere a uma comparação social baseada na aparência física (ECSAF). Adicionalmente, verificou-se uma associação negativa significativa entre a capacidade de aceitação dos pensamentos, emoções e percepções em relação à imagem corporal e a vivência de vergonha externa (OAS) e interna (ISS).

Estudos, realizados em amostras clínicas e não-clínicas, têm mostrado que o evitamento experiencial surge como altamente correlacionado com as medidas de psicopatologia geral (*e.g.* Hayes *et al.*, 1999; Hayes, Strosahl, Wilson, *et al.*, 2004; Hayes *et al.*, 2006) e com medidas específicas de ansiedade e depressão (*e.g.* Marx & Sloan, 2005; Roemer *et al.*, 2005; Tull *et al.*, 2004). Os resultados das correlações de *Pearson* obtidos neste estudo entre a medida de aceitação e acção da imagem corporal (BI-AAQ) e de psicopatologia geral (DASS 42) corroboraram a associação entre evitamento experiencial e psicopatologia, demonstrando que uma maior flexibilidade psicológica no domínio específico da Imagem Corporal se associa negativamente aos sintomas de *stress*, ansiedade e depressão, com uma magnitude moderada, tanto na amostra da população geral como na amostra de doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar.

Através da análise correlacional, nas duas amostras, entre a medida de BI-AAQ e as três principais subescalas do Inventário para as Perturbações Alimentares (EDI) e com o indicador de discrepância entre a imagem corporal real vs imagem corporal desejada (FRS) foi, igualmente, possível confirmar a associação negativa e significativa entre a capacidade de aceitação da imagem corporal e as características centrais da patologia alimentar, salientando-se a associação encontrada entre o par aceitação da imagem corporal e a subescala procura da magreza. Estes dados encontram-se, igualmente, de acordo com o esperado e em consonância com os dados da literatura (Sandoz *et al.*, *in press*). De facto, os nossos resultados reforçam que uma atitude de aceitação face às experiências privadas, isto é, uma atitude consciente de não julgamento e de disposição para experienciar os pensamentos, sentimentos e as sensações corporais, tal como ocorrem, se associa positivamente à qualidade de vida e negativamente a vivência de vergonha e sintomas de psicopatologia (*e.g.*, Hayes *et al.*, 2006), demonstrando que a flexibilidade psicológica no domínio da imagem corporal se associa moderada e negativamente a sintomatologia depressiva, ansiosa e de *stress* e, especialmente tal como referido por Sandoz e colaboradores (2010), a indicadores de insatisfação com a imagem corporal e de comportamento alimentar perturbado.

De acordo com Sandoz *et al* (*in press*), e com base nos resultados deste estudo, a Aceitação em relação à imagem corporal é um predictor significativo de atitudes e comportamentos patológicos em relação à alimentação. Assim, hipotetizamos que esta flexibilidade psicológica no domínio da imagem ou aparência física tem um efeito moderador significativo na relação entre a discrepância entre a imagem corporal actual e ideal (ou desejada) e a procura da magreza (*i.e.*, sobrevalorização do peso, comportamento alimentar restritivo e da magreza, e um medo intenso de ganhar peso). Com o intuito de testar essa hipótese foi realizada uma análise de regressão múltipla hierárquica. A partir dos resultados obtidos foi possível verificar que quer a discrepância entre a imagem corporal real vs ideal, quer a aceitação da imagem corporal são preditores estatisticamente significativos da procura da magreza.

Adicionalmente, os dados permitiram-nos confirmar que uma atitude consciente de não-julgamento e a disposição para experienciar os pensamentos, sentimentos e sensações corporais tal como ocorrem diminui o efeito da insatisfação que se tem com o corpo actual na adopção de atitudes e comportamentos de sobrevalorização da magreza. Tal sugere que para mulheres que percebem níveis idênticos de insatisfação com o próprio corpo, aquelas que apresentam uma menor capacidade de permanecer em contacto e de aceitar a corrente de eventos internos, tendem a endossar mais a importância de serem magras como um aspecto central na sua auto-avaliação, e a adoptar um comportamento alimentar restritivo e patológico.

Em suma os nossos dados parecem reflectir uma associação entre o comportamento alimentar perturbado e a rigidez ou inflexibilidade em relação às vivências internas associadas com a imagem corporal, sugerindo que o desenvolvimento de uma maior capacidade de aceitação das vivências internas associadas à imagem corporal é um factor amortecedor do efeito da insatisfação corporal nos comportamentos alimentares perturbados. Consideramos que estes dados acrescentam à literatura existente, na medida em que dão um suporte empírico às intervenções baseadas em estratégias *mindfulness* e de aceitação, para a prevenção ou redução de padrões disfuncionais em relação à imagem corporal e ao comportamento alimentar (*e.g.*, Heffner *et al.*, 2002; Kristeller & Hallett, 1999; Sandoz *et al.*, 2010), demonstrando a flexibilidade psicológica como uma estratégia de regulação emocional efectiva e protectora face à adopção de atitudes e comportamentos alimentares perturbados. Isto é, os dados obtidos clarificam a pertinência da integração de um componente ACT nos protocolos terapêuticos para os doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar.

## Capítulo 7

Modelo integrativo da mentalidade de *ranking* social e das estratégias de regulação emocional na explicação da patologia alimentar



## Capítulo 7

### Modelo integrativo da mentalidade de *ranking* social e das estratégias de regulação emocional na explicação da psicopatologia alimentar

#### 1.1. Objectivo e desenho do estudo

Os seres humanos, enquanto espécie altamente dependente da aceitação, apoio e cooperação dos seus pares (Baumeister & Leary, 1995), evoluíram no sentido da satisfação de determinados objectivos biossociais (*e.g.*, solicitar e prestar cuidados, ser escolhido, formar alianças e competir por recursos; Gilbert, 1998, 2000b, 2005a, 2005b, 2010b). Como tal, desenvolveram competências específicas, que funcionam através de sistemas neuronais especializados, que os guiam na criação e regulação das suas relações com os outros (Teoria das Mentalidades Sociais; Gilbert, 1989, 2000b, 2005b; 2010b). Estas estratégias ou competências que emergiram para a regulação das interacções sociais podem, igualmente, ser recrutadas para o mundo interno, na regulação da relação *eu-eu* (Baldwin, 1992; Gilbert, 2000b; Gilbert, Baldwin, *et al.*, 2006; Gilbert *et al.*, 2004).

O comportamento competitivo é, em grande parte, explicado pela necessidade de demonstração da atractividade social e pelo medo de uma avaliação negativa por parte dos outros (Barkow, 1980; Gilbert, 1989, 1992, 1997, 2000b), uma vez que ao longo da evolução aqueles que eram vistos como mais atraentes terão sido escolhidos, em detrimento dos menos atraentes, e teriam acesso a importantes reforços sociais (Allan & Gilbert, 1995). Assim, de acordo com este modelo, a mentalidade de *ranking* social emergiu como estratégia evolutiva fundamental, activada para garantir ser “escolhido” por outros para determinados papéis (*e.g.* aliado, parceiro sexual ou líder; Gilbert, 1998; 2005a).

Nos indivíduos em que a mentalidade de *ranking* social se torna a mentalidade de organização dominante no processamento *eu-eu* e *eu-outros*, os seus modelos internos em relação ao *self* e às suas relações sociais são definidos com base em dimensões de poder, controlo e competitividade (Gilbert, 1989; 2005b, 2007b; Leary, 1995). Estudos demonstram que uma sobre-estimulação de uma mentalidade *ranking* social se associa a maior vulnerabilidade para um vasto leque de condições psicopatológicas (Bellew *et al.*, 2006; Gilbert, 1992, 2005a, Gilbert *et al.*, 2007, Gilbert *et al.*,

2009), explicada por uma intensa e constante necessidade de alcançar metas/objectivos e uma procura incessante de aprovação/reconhecimento social, a qual origina um foco em termos da comparação social e, conseqüentemente, uma percepção do *eu* como um agente social inferior, uma vivência de existir negativamente na mente dos outros, relativamente aos quais se deve submeter, e, ainda, processos de julgamento auto-críticos (Gilbert, 1989, 2005a, 2010b).

A investigação tem mostrado que lidar com uma vivência de um *eu*-inadequado, inferior ou com defeitos (*e.g.*, como uma aparência física discrepante daquela que é considerada como ideal) de um modo auto-julgador e auto-depreciativo associa-se a vários indicadores de psicopatologia (Blatt & Zuroff, 1992; Dunkley *et al.*, 2003; Gilbert *et al.*, 2001).

Em oposição a uma mentalidade de *ranking* social, conceptualiza-se a existência de uma mentalidade de prestação de cuidados, a qual envolve motivos e comportamentos de cuidar, interesse e simpatia, e competências de processamento de informação especializadas para analisar e responder às necessidades dos outros (Gilbert, 2005b, 2010b). O uso destas competências no cuidado ao *eu* designa-se por auto-compaixão. Esta atitude auto-compassiva, calorosa e de aceitação, caracterizada por uma preocupação genuína com o próprio, sensibilidade, simpatia e tolerância ao sofrimento (*e.g.*, Gilbert, 2005b; Gilbert & Procter, 2006), tem sido evidenciada como estando fortemente associada a saúde psicológica e bem-estar (Neff, 2003a, 2003b, 2009; Neff *et al.*, 2005; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007; Neff & Vonk, 2009). Além disso, a auto-compaixão tem sido, igualmente, definida como uma estratégia de regulação emocional adaptativa em situações de “ameaça ao *self*” (*e.g.*, Neff, 2004).

Numa perspectiva evolucionária a vivência do corpo, é uma experiência contextualizada, que deriva da interacção de um conjunto complexo de processos e sistemas de valores que definem o que é atraente e aceitável numa determinada ecologia (Gilbert, 2002). Inúmeros estudos têm documentado que o padrão ideal de beleza e de atractividade feminino, nas sociedades ocidentais modernas, assenta numa figura excessivamente magra (*e.g.*, Garner *et al.*, 1980; Sypeck *et al.*, 2006; Wiseman *et al.*, 1992). Por outro lado, a imputação de determinados atributos e características positivas de personalidade a uma imagem corporal magra está profundamente interiorizada na nossa cultura (Pinto-Gouveia, 2000; Strahan *et al.*, 2006), tornando a aparência física um elemento central para a auto-avaliação das mulheres enquanto agentes sociais (Burkle *et al.*, 1999; Ferreira *et al.*, 2011a; Gatward, 2007; Gilbert, 2002; Goss & Gilbert, 2002). Assim, para as mulheres a percepção de que a sua imagem corporal real difere significativamente de uma imagem corporal socialmente considerado como atraente tende a promover uma vivência de inferioridade ou inadequação (a qual faz parte do fenómeno de vergonha; Ferreira *et al.*, 2011a), para além de elevados níveis de insatisfação corporal (*e.g.*, Blowers *et al.*, 2003; Ferreira, 2003).

Por sua vez, esta insatisfação corporal pode preceder a comportamentos alimentares perturbados (*e.g.*, Anton *et al.*, 2000; Graber *et al.*, 1994; Higgins, 1987; Polivy & Herman, 1985; Stice, & Shaw, 2002; Wertheim *et al.*, 2001; Wiseman *et al.*, 1992), com vista ao controlo do peso e da aparência e à aproximação daquilo que é socialmente valorizado. No entanto, a relação entre a insatisfação com a imagem corporal e a vulnerabilidade ao desenvolvimento de atitudes de sobrevalorização e de

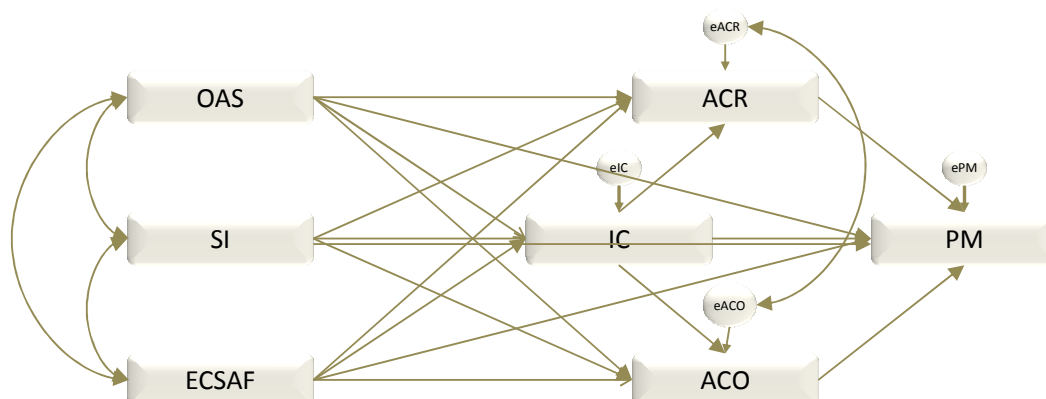
sobre-investimento na procura de magreza não é linear, havendo evidências de que uma interação complexa de factores intervêm nesta relação.

De facto, num contexto social em que o corpo magro é uma característica de estatuto social especialmente valorizada, para alguém que percepciona o mundo como um lugar inseguro e fonte de ameaça, e os outros como não cuidadores e não confiáveis, a procura da magreza tende a tornar-se uma forma de aumentar o seu estatuto social e assegurar a sua pertença no seu grupo (Atlas, 2004), ou seja, como forma de evitar a rejeição e de ganhar a admiração e aprovação dos outros. Assim, é possível hipotetizar que as atitudes alimentares perturbadas resultam de estratégias mal-adaptativas concebidas para assegurar uma posição social favorável. Em última análise, e de acordo com a leitura proposta no Capítulo 2, numa tentativa de corresponder aos padrões socioculturais de beleza em vigor, e para competir por vantagens ou reforços sociais, estas mulheres recorrem a estratégias de controlo do corpo, o qual se torna num instrumento de *ranking* social (Ferreira *et al.*, 2011a). Isto significa que, a procura da magreza é não apenas a resposta a uma vivência de uma imagem corporal não ideal, podendo reflectir a procura de aceitação e valorização por parte dos outros e um meio para contornar as dificuldades na sua vivência social.

Este estudo pretendeu, assim, testar esta conceptualização e estender a investigação que suporta a associação entre a mentalidade de *ranking* social e psicopatologia (Gilbert *et al.*, 2007; Gilbert *et al.*, 2009). Com efeito, da pesquisa realizada, não foram encontrados estudos que explorem de uma forma sistemática e integradora a associação entre estas variáveis (vergonha externa, *striving* inseguro e comparação social através da aparência física) e a psicopatologia alimentar.

Adicionalmente, este estudo visou clarificar as vias através das quais os diferentes componentes da mentalidade baseada no *ranking* e na competição aumentam a insatisfação corporal e a sobrevalorização e sobre-investimento na procura da magreza. Tendo por base a abordagem teórica deste trabalho, esperamos que as estratégias de regulação emocional desempenhem um papel preponderante nesta relação. Hipotetizamos que as mulheres que se percepcionam como inferiores, em comparação com os seus competidores (*e.g.*, sentindo-se pouco atraentes ou desvalorizadas quando se comparam fisicamente com os outros), que acreditam existir negativamente na mente dos outros (vergonha externa), e que se sentem sob pressão para competir como forma de evitar as consequências de uma posição social desfavorável (*striving*), apresentam maiores níveis de insatisfação corporal e maior tendência para endossarem comportamentos que visam controlar a imagem corporal e perder peso, via a qualidade dos processos adoptados para regular o afecto negativo. Assim, a capacidade de dirigir bondade e compreensão para si (auto-compaixão), mesmo quando percepcionam a sua imagem corporal como discrepante daquela que consideram ideal poderá amortecer o efeito destes componentes da mentalidade de *ranking* na psicopatologia alimentar. Em contraste, esperamos que o criticismo dirigido a um *eu* visto como inadequado aumente o impacto de um estilo da relação *eu-eu* e *eu-outro* baseado na comparação social, vergonha e competição na adopção de comportamentos que traduzem a “necessidade de ser magra”.

Figura 7.1. Modelo saturado



Uma vez que as características nucleares da psicopatologia alimentar se encontram distribuídas num *continuum* de gravidade, desde preocupações “normativas” em relação à imagem corporal e à alimentação até sintomas com gravidade clínica, a amostra deste estudo integrou mulheres da população geral e doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar. Assim, a amostra ficou constituída por um total de 225 mulheres (102 doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar e 123 da população geral), com idades compreendidas entre 13 e 47 anos. A média de idade das doentes é de 23.62 ( $DP = 7.42$ ) anos, e em relação aos anos de escolaridade é de 12.49 ( $DP = 3.01$ ). As participantes da população geral apresentam uma média de idade de 23.54 ( $DP = 6.89$ ) e de 12.63 ( $DP = 2.55$ ) anos de escolaridade. Os dois grupos não apresentam diferenças estatisticamente significativas em termos da idade ( $t_{(208,722)} = -.084$ ;  $p = .933$ ), anos de escolaridade ( $t_{(223)} = .366$ ;  $p = .715$ ), nem em relação ao IMC médio ( $t_{(223)} = -1.130$ ;  $p = .260$ ).

A distribuição dos dados uni e multivariada foi avaliada através dos valores de Achatamento e Curtose, os quais indicaram a não existência de uma violação severa da normalidade da distribuição ( $|Sk| < 3$  e  $|Ku| < 8-10$ ; Kline, 2005).

O protocolo de investigação para este estudo foi constituído pelos seguintes instrumentos: a Escala de Vergonha Externa (OAS; Goss *et al.*, 1994; Matos *et al.*, 2011); a dimensão de *striving* inseguro da Escala de Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade (SAIS; Gilbert *et al.*, 2007; Ferreira *et al.*, *in press*); a Escala de Comparação Social através da Aparência Física (ECSAF; Ferreira *et al.*, 2011a); a dimensão *eu-inadequado* da Escala das Formas de Auto-criticismo e de Auto-tranquilização (FSCRS; Gilbert *et al.*, 2004; Castilho & Pinto-Gouveia, 2005); o índice positivo da Escala de Auto-Compaixão (SCS; Neff, 2003a; Castilho & Pinto-Gouveia, *in press*); e as subescalas insatisfação corporal e de procura da magreza do Inventário das Perturbações Alimentares (Garner *et al.*, 1983; Machado *et al.*, 2001). Para o diagnóstico da amostra clínica, foi utilizada a Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do Comportamento Alimentar (EDE 16.0D; Fairburn *et al.*, 2008; Ferreira



*et al.*, 2010). A descrição de todas as medidas e das suas características psicométricas foi apresentada de forma detalhada no Capítulo 3.

Com vista a testar as hipóteses enunciadas foram realizadas análises estatísticas através do PASW (v.18 SPSS; Chicago Inc.) e análises das equações estruturais através do *software* AMOS (v.18, SPSS Inc. Chicago, IL.). Num primeiro momento foram efectuadas análises de coeficientes de correlação de *Pearson* para verificar a associação entre a comparação social através da aparência física (com modelos), vergonha externa, *striving* inseguro, auto-criticismo (*eu*-inadequado), auto-compaixão, insatisfação corporal e procura da magreza. Num segundo momento, foi realizado um estudo de mediação para testar se a insatisfação corporal e processos de regulação emocional adaptativos e mal-adaptativos (i.e., auto-compaixão e auto-criticismo; variáveis mediadoras), mediavam a relação entre comparação social através da aparência física (com modelos), vergonha externa, *striving* inseguro (variáveis independentes ou exógenas) e a procura da magreza (variável dependente ou endógena). Os efeitos de mediação acima descritos foram testados através de uma *path analysis*. Esta é uma aplicação particular da análise de equações estruturais, para inferir causalidade teoricamente esperada, reconhecida como apropriada para estudar relações estruturais e efeitos directos e indirectos entre variáveis manifestas e endógenas (Marôco, 2010).

O método de *Maximum Likelihood* foi utilizado para avaliar a significância dos coeficientes de regressão e para examinar o ajustamento do modelo. Uma série de medidas de ajustamento foram usadas para testar a adequabilidade do modelo: Qui-quadrado ( $\chi^2$ ), Qui-quadrado normativo (CMIN/DF), Tucker Lewis Index (TLI), Comparative Fit Index (CFI), Normative Fit Index (NFI), Root-Mean Square Error of Approximation (RMSEA), com um intervalo de confiança de 95%. A significância dos efeitos directos, indirectos e totais foi avaliada através de testes de Qui-quadrado (Marôco, 2010), e através do método de reamostragem *Bootstrap*, considerado como um dos procedimentos mais fiáveis e poderosos para testar efeitos de mediação. Neste procedimento utilizaram-se 1000 amostras *Bootstrap* e um intervalo de confiança de 95%. De acordo com as assumpções do método de *Bootstrap* consideraram-se como significativamente diferentes de zero ( $p < .05$ ), os efeitos nos quais o zero não se encontrava entre o limite inferior e superior do intervalo de confiança corrigido a 95% (Kline, 2005).

## **1.2. Estudo da associação entre mentalidade de *ranking* social, processos de regulação emocional e os indicadores de psicopatologia alimentar**

Para a confirmação das relações entre os diferentes componentes de mentalidade de *ranking* social, as estratégias de regulação emocional (adaptativas e mal-adaptativas), e as características centrais da psicopatologia alimentar (insatisfação corporal e procura da magreza) foram realizadas correlações produto-momento de *Pearson*.

**Quadro 7.1.1. Correlações entre as dimensões de *ranking* social (comparação social através da aparência física, vergonha externa e *striving* inseguro), processos de regulação emocional (auto-criticismo e auto-compaixão) e indicadores de patologia alimentar (insatisfação corporal e procura da magreza) na amostra do sexo feminino ( $n = 225$ )**

	ECSAF	OAS	SI	ACR	ACO	IC	PM
ECSAF	1						
OAS	-.66**	1					
SI	-.48**	.68**	1				
ACR	-.66**	.72**	.57**	1			
ACO	.56**	-.62**	-.45**	-.71**	1		
IC	-.66**	.64**	.49**	.63**	-.57**	1	
PM	-.62**	.60**	.44**	.68**	-.63**	.72**	1

Leg: ECSAF = Escala de Comparação Social através da Aparência Física; OAS = Escala de Vergonha Externa; SI = *Striving* Inseguro (SAIS); ACR = Auto-criticismo (subescala *eu-inadequado* da FSCRS); ACO = Auto-compaixão (índice positivo da SCS); IC = Insatisfação Corporal e PM = Procura da Magreza (subescalas do EDI); \*\*= $p < .01$

Como é possível observar pelo Quadro 7.1.1., os resultados corroboraram as relações esperadas. De facto, uma comparação social através da aparência física (ECSAF) favorável apresenta-se negativa e moderadamente associada a vergonha externa (OAS) ( $r = -.66$ ) e à necessidade de competir para evitar a inferioridade (SI) ( $r = -.48$ ). Por sua vez, a vergonha externa e o *striving* inseguro apresentam-se positiva e altamente correlacionados entre si ( $r = .68$ ). A mesma análise permite ainda verificar que uma comparação social desfavorável, maior vergonha externa e maior necessidade de competir para evitar a inferioridade se associam fortemente a maior auto-criticismo (ACR) e a uma menor capacidade de ser compassivo com o próprio (ACO). As mesmas variáveis de *ranking* social apresentam uma magnitude de correlação moderada com a insatisfação corporal e com a procura de magreza. Por sua vez, o auto-criticismo apresenta uma correlação positiva (de moderada a alta) com a insatisfação corporal e com a procura da magreza, e pelo contrário, a auto-compaixão associa-se negativamente com estas dimensões de patologia alimentar. Verifica-se, ainda, que tais processos de regulação emocional se associam negativamente entre si ( $r = -.71$ ). Finalmente, como esperado, uma elevada insatisfação corporal está positiva e altamente associada a procura da magreza ( $r = .72$ ).

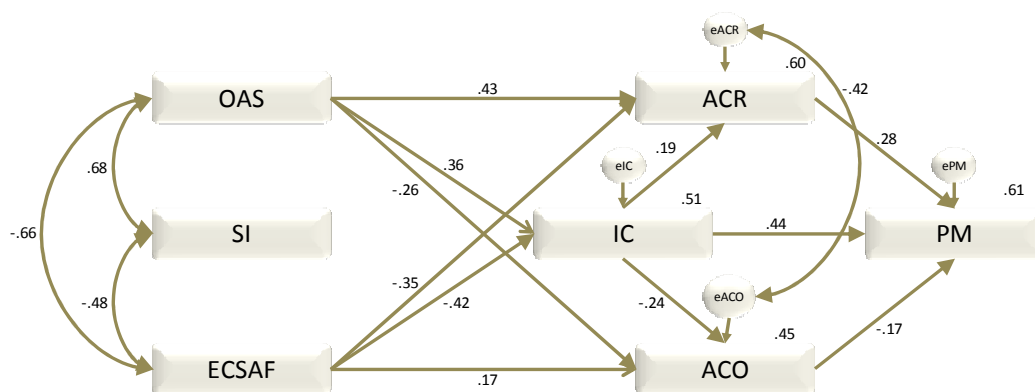
### 1.3. Path analysis

O modelo teórico foi testado através de um modelo completo ou saturado (*i.e.*, com zero graus de liberdade), o qual continha 39 parâmetros. Dado que os modelos saturados produzem um modelo de ajustamento perfeito aos dados, os índices de ajustamento não foram examinados nem serão reportados neste estudo.

O modelo inicial (Figura 7.1.) explica 62% da variância da procura da magreza. Neste, as seguintes trajectórias não foram significativas: o efeito directo do *striving* inseguro na insatisfação corporal ( $b_{SI} = .047$ ;  $SE_b = .040$ ;  $Z = 1.172$ ;  $p = .241$ ;  $\beta = .075$ ), na auto-compaixão ( $b_{SI} = -.019$ ;  $SE_b = .047$ ;  $Z = -.408$ ;  $p = .683$ ;  $\beta = -.028$ ), e no auto-criticismo ( $b_{SI} = .070$ ;  $SE_b = .039$ ;  $Z = 1.789$ ;  $p = .074$ ;  $\beta = .104$ ); o efeito directo da vergonha externa na procura da magreza ( $b_{OAS} = .006$ ;  $SE_b = .035$ ;  $Z = .162$ ;  $p = .871$ ;  $\beta = .012$ ); o efeito directo da comparação social através da aparência física na procura da magreza ( $b_{ECSAF} = -.029$ ;  $SE_b = .020$ ;  $Z = -1.440$ ;  $p = .150$ ;  $\beta = -.090$ ); e o efeito directo do *striving* inseguro na procura da magreza ( $b_{SI} = -.016$ ;  $SE_b = .028$ ;  $Z = -.585$ ;  $p = .559$ ;  $\beta = -.033$ ). Atendendo a estes resultados, estas trajectórias foram eliminadas e o modelo foi reajustado (Figura 7.2.).

O novo modelo apresentou um ajustamento muito bom, com um Qui-quadrado não significativo [ $\chi^2_{(6)} = 7.164$ ;  $p = .306$ ]. Para além desta medida foram utilizados diferentes índices de ajustamento, reconhecidos e recomendados, para a avaliação da qualidade do ajustamento do modelo (Kline, 2005), através dos quais se comprovou um excelente ajustamento deste modelo (CMIN/DF = 1.194; CFI = .999; TLI = .996; NFI = .993; RMSEA = .029).

Figura 7.2. Modelo reajustado



Leg: OAS = Escala de Vergonha Externa; SI = *Striving* Inseguro (SAIS); ECSAF = Escala de Comparação Social através da Aparência Física; ACR = Auto-criticismo (subescala *eu*-inadequado da FSCRS); ACO = Auto-compaixão (índice positivo da SCS); IC = Insatisfação Corporal e PM = Procura da Magreza (subescalas do EDI); \*\*=  $p < .01$

Na Figura 7.2. é apresentado o modelo aninhado com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão e o  $R^2$  da auto-compaixão, auto-criticismo, insatisfação corporal e procura da magreza.

Como se pode observar, o modelo ajustado explica 61% da variabilidade da procura da magreza, tendo-se verificado que todas as trajectórias são estatisticamente significativas. Simultaneamente, 51% da variância da insatisfação corporal é explicada pelas variáveis de ranking social (vergonha

externa, *striving* inseguro e comparação social através da aparência física), assim como para 60% da variância do auto-criticismo e 45% da variância da auto-compaixão.

A vergonha externa prediz o auto-criticismo com um efeito de .43 ( $b_{OAS} = .292$ ;  $SE_b = .041$ ;  $Z = 7.206$ ;  $p < .001$ ), e a auto-compaixão, com um efeito de -.26 ( $b_{OAS} = -.244$ ;  $SE_b = .049$ ;  $Z = -4.999$ ;  $p < .001$ ). Também a comparação social teve um efeito directo no auto-criticismo de -.35 ( $b_{ECSAF} = -.116$ ;  $SE_b = .028$ ;  $Z = -4.133$ ;  $p < .001$ ), e na auto-compaixão de .17 ( $b_{ECSAF} = .080$ ;  $SE_b = .034$ ;  $Z = 2.384$ ;  $p = .017$ ). Para além disso, verificou-se que a insatisfação corporal prediz directamente estas estratégias de regulação emocional, mais especificamente o auto-criticismo, com um efeito de .19 ( $b_{IC} = .199$ ;  $SE_b = .065$ ;  $Z = 3.078$ ;  $p = .002$ ), e a auto-compaixão com um efeito de -.24 ( $b_{IC} = -.259$ ;  $SE_b = .078$ ;  $Z = 3.336$ ;  $p < .001$ ).

Observa-se que a insatisfação corporal tem um efeito directo na procura da magreza de .44 ( $b_{IC} = .340$ ;  $SE_b = .042$ ;  $Z = 8.094$ ;  $p < .001$ ). Igualmente, as estratégias de regulação emocional apresentam um efeito directo na procura da magreza, revelando o auto-criticismo um efeito de .28 ( $b_{ACR} = .198$ ;  $SE_b = .046$ ;  $Z = 4.322$ ;  $p < .001$ ) e a auto-compaixão de -.17 ( $b_{ACO} = -.120$ ;  $SE_b = .042$ ;  $Z = -2.833$ ;  $p = .005$ ).

A análise dos efeitos indirectos revelou que uma comparação social favorável prediz menor procura da magreza através da presença de níveis superiores de auto-compaixão ( $b_{ECSAF} = -.328$ , 95%; CI = .029 a .153) e, em oposição, via níveis inferiores de auto-criticismo ( $b_{ECSAF} = -.328$ , 95%; CI = -.145 a -.032). Pelo contrário, níveis superiores de vergonha externa predizem maior procura da magreza através do seu efeito em níveis inferiores de auto-compaixão ( $b_{OAS} = .372$ , 95%; CI = -.170 a -.031) e níveis superiores de auto-criticismo ( $b_{OAS} = .372$ , 95%; CI = .030 a .140).

#### 1.4. Síntese e discussão dos resultados

Neste estudo final testámos a adequabilidade e o poder preditivo de um modelo teórico que desenvolvemos para a compreensão psicopatologia do comportamento alimentar. Este novo modelo foi desenhado com base na perspectiva evolucionária, mais especificamente na Teoria das Mentalidades Sociais de Gilbert (1989, 1998, 2002, 2005b, 2010b), e na investigação na área da patologia alimentar, mais concretamente nos resultados dos diversos estudos empíricos realizados no âmbito do nosso projecto e apresentados nos Capítulos 5 e 6.

De acordo com uma abordagem evolucionária, as Mentalidades Sociais guiam as relações *eu-eu* e *eu-outro* (Baldwin, 1992; Gilbert, 2000b; Gilbert, Baldwin *et al.*, 2006; Gilbert *et al.*, 2004). Segundo esta conceptualização, a mentalidade de *ranking* social actua em situações nas quais o sujeito se vê confrontado com a necessidade de competir por recursos, de aumentar ou manter o seu estatuto ou, pelo contrário, de se acomodar ou subordinar àqueles que possuem um *ranking* mais elevado (Gilbert, 1989, 2005a; Gilbert *et al.*, 1995). Esta mentalidade emergiu enquanto necessidade evolutiva fundamental para a sobrevivência e desenvolvimento da espécie humana, em resposta à necessida-

de de ser escolhido pelos outros para determinados papéis (Gilbert, 2005a; Gilbert *et al.*, 1995). Embora este estilo de organização de relação, interna e social, seja uma forma adaptativa para lidar com contextos sociais específicos, a sua sobre-estimulação está associada a sentimentos de derrota, inferioridade, subordinação, humilhação, vergonha e a uma maior sensibilidade à crítica e à rejeição social, aumentando a vulnerabilidade ao desenvolvimento (através da ativação do Sistema de Defesa/Ameaça) de um vasto leque de sintomas psicopatológicos (*e.g.*, Bellew *et al.*, 2006; Gilbert, 1992, 2005a; Gilbert, *et al.*, 2007; Gilbert *et al.*, 2009; Trower & Gilbert, 1989).

Diferentes autores têm sugerido que a adopção de comportamentos alimentares perturbados (*e.g.*, de dieta) pode representar uma estratégia de competição por uma posição social segura (Bellew *et al.*, 2007; Burkle *et al.*, 1999; Ferreira *et al.*, 2011a; Gatward, 2007). Paralelamente, diversos estudos têm demonstrado o papel dos processos de comparação social (Buote *et al.*, 2011; Goss & Gilbert, 2002; Strahan *et al.*, 2008; Yamamiya *et al.*, 2005; Ferreira *et al.*, 2011a) e sentimentos de inferioridade e de vergonha (Cooper *et al.*, 1998; Gee & Troop, 2003; Gilbert 2002; Grabhorn *et al.*, 2006; Murray *et al.*, 2000; Sanftner *et al.*, 1995; Swan & Andrews, 2003) como importantes aspectos na vulnerabilidade e manutenção da psicopatologia alimentar.

Contudo, até à data não existe investigação sistemática que integre os diferentes constructos da mentalidade de *ranking* (nomeadamente comparação social, vergonha e *striving* para evitar a inferioridade), nem que clarifique os processos através dos quais estas variáveis operam. Para além disso, embora estejam bem documentadas as propriedades protectoras de uma relação *eu-eu* baseada na compaixão (Gilbert, 1989, 2005b, 2010b; Neely *et al.*, 2009; Neff, 2003b, 2004; Neff *et al.*, 2005; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007), assim como, do efeito pervasivo do auto-criticismo no bem-estar e na saúde mental (Dunkley & Grilo, 2007; Gilbert, 2000b; Gilbert, Baldwin, *et al.*, 2006), permanece por esclarecer o papel destas estratégias de regulação emocional, como mediadoras, na vulnerabilidade para as Perturbações do Comportamento Alimentar.

Neste sentido, foi proposto um modelo explicativo da relação entre mentalidade de *ranking* social e as principais características da psicopatologia alimentar (insatisfação corporal e procura da magreza), que integrou estratégias de regulação emocional adaptativas e mal-adaptativas como mediadoras. Procurámos, assim, testar a hipótese de que a relação entre uma mentalidade focada no estatuto social e as atitudes e comportamentos perturbados em relação à imagem corporal e à alimentação é mediada pela auto-compaixão e pelo auto-criticismo.

Em primeiro lugar, os estudos correlacionais confirmam que a percepção de inferioridade em comparação com os outros está associada à experiência de vergonha externa e a sentir-se sob pressão para competir, como forma de evitar as consequências de um *ranking* social desfavorável (*striving* inseguro). Estes dados estão em consonância com investigações prévias de Gilbert e colaboradores (2007), os quais reportam resultados similares, e acrescentam uma perspectiva integradora da mentalidade de *ranking* focada na comparação/competição. Por outro lado, foi observado que estes componentes da mentalidade de *ranking* social estão, como previamente documentado (*e.g.*, Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007; Gilbert *et al.*, 2010), associados a maiores níveis de auto-criticismo e a menores níveis de auto-compaixão. Adicionalmente, demonstrámos a associação entre uma menta-

lidade competitiva e *scores* mais altos de insatisfação corporal e de procura da magreza, ampliando o estudo de Bellew *et al.* (2006), o qual revela uma relação significativa entre da preocupação (ou ansiedade) em relação à imagem corporal e à alimentação com a percepção de um *ranking* desfavorável e a necessidade de competir.

Evidenciámos que uma relação interna auto-crítica, quando o sujeito enfrenta situações de fracasso pessoal, está positivamente associada a sentimentos de insatisfação com a imagem corporal e com atitudes e comportamentos patológicos de procura da magreza. Em contraste, estes dados revelam que uma relação *eu-eu* baseada na bondade e compreensão associa-se a menores níveis destes aspectos psicopatológicos, em relação à imagem corporal e ao comportamento alimentar, suportando assim empiricamente a importância da auto-compaixão na conceptualização e no tratamento das Perturbações do Comportamento Alimentar.

O modelo testado mostrou-se adequado, explicando 61% da variabilidade da procura da magreza, o que permitiu comprovar que a mentalidade de *ranking* social desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de atitudes disfuncionais em relação ao corpo e à alimentação, e demonstrar, ainda, os processos de regulação emocional como preponderantes na conceptualização da psicopatologia do comportamento alimentar.

De facto, os resultados obtidos na *path* análise confirmam uma forte relação entre vergonha externa, a necessidade de competir para evitar a inferioridade e a percepção de uma posição social desfavorável (*e.g.*, Bellew *et al.*, 2006; Gilbert, 1992, 2005a; Gilbert *et al.*, 2007), nomeadamente quando a posição no seu grupo social é baseada na aparência física (*e.g.*, quando a mulher se sente inferior ou desvalorizada como um agente social quando se compara fisicamente com alvos ascendentes que representam o ideal de beleza socialmente valorizado; Ferreira *et al.*, 2011a). Simultaneamente, os nossos resultados revelaram que a percepção de inferioridade e de que os outros o vêem como pouco atraente ou inadequado predizem significativamente uma maior insatisfação corporal. Por seu turno, e corroborando dados de diferentes estudos anteriores (*e.g.*, Anton *et al.*, 2000; Graber *et al.*, 1994; Higgins, 1987; Polivy & Herman, 1985; Stice, & Shaw, 2002; Wertheim *et al.*, 2001; Wiseman *et al.*, 1992), verificámos que a insatisfação corporal tem um efeito directo na explicação da sobrevalorização de atitudes e comportamentos de procura da magreza.

O contributo central deste estudo relaciona-se com a clarificação das vias através das quais a mentalidade de *ranking* social e competitividade, assim como a insatisfação corporal predizem a procura da magreza (*i.e.*, sobrevalorização da dieta, peso e de uma imagem corporal de magreza e medo intenso de aumentar de peso), a qual é sublinhada na literatura como uma característica central Perturbações do Comportamento Alimentar, e como seu principal factor de vulnerabilidade e de manutenção, quer do tipo restritivo quer do tipo de ingestão compulsiva (Fairburn, 2008; Garner & Garfinkel, 1997). De facto, os resultados obtidos confirmam as hipóteses avançadas acerca da relevância dos processos de regulação emocional na relação entre uma mentalidade focada na comparação social, vergonha e *striving* e a procura da magreza. Assim, verificou-se que a relação entre níveis superiores de vergonha externa e maior procura da magreza é mediada por níveis elevados de auto-criticismo e por níveis inferiores de auto-compaixão. Pelo contrário, encontrou-se que comparações

sociais baseadas na aparência física desfavoráveis predizem uma maior procura da magreza, através de um discurso interno auto-crítico e punitivo e da escassez de uma relação *eu-eu* calorosa e amável.

Embora a necessidade de competir para evitar a inferioridade, contrariamente ao esperado, não se tenha mostrado um preditor significativo nas análises efectuadas, esta variável apresenta-se altamente correlacionada com as outras dimensões de *ranking* social, sendo portanto plausível considerar que o seu efeito é transportado nas trajetórias destas medidas. Com efeito, à luz do Modelo Evolucionário, é esperado que a percepção de que se possui determinadas características pessoais ou comportamentos que são avaliados como indesejáveis e não atraentes pelos outros, e que uma percepção de inferioridade que deriva de comparações sociais baseadas na aparência física se associem à crença acerca de que é necessário competir com os outros para evitar a inferioridade. Por outro lado, estas estratégias de relação *eu-eu* e *eu-outro* baseadas na competição sustentam um processamento em termos de inferioridade/necessidade de competição, o qual se reflecte no endosso de atitudes e comportamentos de controlo corporal e da alimentação.

Os dados obtidos sugerem, assim, que a centralidade da “necessidade de ser magra” e dos comportamentos de restrição alimentar surgem como resultado de uma regulação emocional mal-adaptativa (mais auto-crítica e menos amável e compreensiva com o *eu*), num contexto de uma mentalidade focada no *ranking* social. Em suma, considerando que a necessidade de ser atraente e de provocar sentimentos positivos na mente dos outros representa uma questão de sobrevivência, a percepção de perda de atractividade pode constituir uma importante ameaça, perante a qual o indivíduo reage activando um conjunto de comportamentos defensivos básicos, edificados no decorrer de uma resposta de vergonha (Gilbert, 1989, 1998, 2002, 2005a). Assim, os dados obtidos nestes estudos sugerem que as mulheres que vivenciam níveis superiores de vergonha poderão sentir-se sob pressão para competir para se demonstrarem como agentes sociais desejáveis, e evitarem a inferioridade, a negligência e a rejeição dos outros. Assim, o controlo do peso, das formas corporais e do comportamento alimentar (e.g., procura da magreza) podem emergir como estratégias para assegurar a aceitação social e uma forma de competir por uma posição social mais segura no seu grupo.

A interpretação destes resultados deve ter em conta algumas questões metodológicas. Em primeiro lugar, um constrangimento desta investigação diz respeito ao seu desenho transversal. Futuras investigações deverão replicar estas análises testando as relações causalidade num estudo longitudinal. Paralelamente, a utilização de medidas de auto-resposta poderá ser também uma limitação a apontar neste estudo. Adicionalmente, uma vez que o modelo testado neste estudo é novo e complexo, futuros estudos devem testar a sua adequação e plausibilidade em diferentes amostras independentes. Seria, igualmente, pertinente que novas investigações incorporassem ao modelo novas variáveis, como por exemplo: de *ranking* (e.g., submissão); variáveis mediadoras da relação entre a mentalidade de *ranking* e a procura da magreza (e.g., o estilo de vinculação ao grupo social ou internalização dos valores associados à magreza e à atractividade feminina); ou, ainda, outras estratégias

de regulação emocional (*e.g.*, ruminação ou evitamento experiencial), as quais poderão aumentar a capacidade preditiva do modelo.

Como conclusão, este estudo parece-nos representar um contributo inovador e significativo para a conceptualização das Perturbações do Comportamento Alimentar. Por outro lado, os dados apresentados parecem dar um importante suporte empírico para a utilização de novas estratégias terapêuticas, baseadas na auto-compaixão, em doentes com patologia do comportamento alimentar (Compassion Focused Therapy for Eating Disorders; Goss & Allan, 2010). Com efeito, o modelo teórico proposto e testado, o qual integra diferentes componentes da mentalidade de *ranking* social e estratégias de regulação emocional, revelou-se adequado na explicação das características nucleares da psicopatologia alimentar e parece constituir-se como um importante contributo para a clarificação do complexo processo que caracteriza estas perturbações.



## Capítulo 8

Conclusões e discussão dos resultados



## Capítulo 8

### Conclusões e discussão dos resultados

O objectivo que presidiu as análises realizadas neste projecto de investigação foi o de construir um modelo compreensivo das Perturbações do Comportamento Alimentar, tendo por base o modelo evolucionário, mais especificamente, a Teoria das Mentalidades Sociais (Gilbert, 1989, 2000b, 2005a). Pois, embora esta abordagem surja como teoricamente adequada à fenomenologia destas perturbações, até hoje não existia investigação que fornecesse um modelo explicativo acerca do impacto das variáveis de *ranking* social e dos processos de regulação emocional, nem da forma como estas variáveis interagem entre si, na predição de atitudes e comportamentos alimentares perturbados.

A nossa investigação evoluiu através da progressão de diferentes estudos. Após os estudos preliminares, que consistiram na validação de alguns instrumentos de medida considerados como fundamentais a esta investigação, foram realizados estudos com base em amostras distintas que pretenderam testar as hipóteses teóricas delineadas. Assim, começámos por analisar o contributo de conjuntos específicos de variáveis, que se assumem como pertinentes para a explicação da psicopatologia, mas que surgem na literatura como escassamente estudadas no âmbito da psicopatologia alimentar. E, numa fase posterior, a partir dos dados obtidos nos diferentes estudos, foi desenhado e testado um modelo integrativo baseado numa mentalidade de organização da relação interna e social focada na comparação social, vergonha e competição, e em estratégias de regulação emocional (adaptativas e mal-adaptativas) para a explicação da procura da magreza. A opção da procura da magreza como variável dependente é justificada pelo facto desta ser sublinhada na literatura como a característica central das Perturbações do Comportamento Alimentar, e como seu principal factor de vulnerabilidade e de manutenção, quer do tipo restritivo quer do tipo de ingestão compulsiva.

Durante os diferentes estudos apresentados ao longo da parte empírica, os resultados encontrados foram apresentados e discutidos com apoio na pesquisa bibliográfica realizada, tendo sido apresentadas as nossas conclusões no final de cada estudo. Assim, neste capítulo faremos apenas uma síntese integrativa dessas conclusões.

O primeiro conjunto de estudos realizados inclui o desenvolvimento e validação de uma nova Escala de Comparação Social através da Aparência Física (ECSAF). Esta é uma medida que estima de que forma o indivíduo se avalia enquanto agente social (em termos de estatuto social e de ajustamento face ao seu grupo) tendo como referência a sua aparência física. Foi, ainda, realizada a adaptação e validação para a população portuguesa de duas medidas de auto-resposta, a Escala da Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade (SAIS) e a Escala de Aceitação e Acção da Imagem Corporal (BI-AAQ), consideradas como pertinentes no âmbito da psicopatologia alimentar. Para além disso foram realizadas análises, na população clínica e na população geral portuguesa, da última versão da Entrevista Clínica Estruturada para a Avaliação das Perturbações do Comportamento Alimentar (EDE 16.OD) com o propósito de fornecer dados normativos a partir dos quais devem ser lidos os resultados desta entrevista clínica, e de identificar pontos de corte que permitissem uma discriminação entre doentes com uma perturbação do comportamento alimentar e sujeitos da população geral (*i.e.*, sem psicopatologia). Dado que a EDE é considerada como o instrumento de ouro para a avaliação das características centrais e para o diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar, este estudo pretendeu colmatar uma grave lacuna na aplicação desta entrevista na população portuguesa. Em termos gerais, estes estudos permitiram a validação destes instrumentos de medida, tendo os resultados encontrados revelado que as escalas e a entrevista clínica, aqui apresentadas, são medidas válidas para a discriminação de amostras clínicas com Perturbações Alimentares e amostras não clínicas. Assim, as análises realizadas possibilitaram, por um lado, validar estas ferramentas para posteriores análises neste projecto. Por outro lado, constituem um relevante contributo para a prática clínica, ao possibilitarem instrumentos úteis e fidedignos para a avaliação e caracterização clínica destes casos, e para a investigação, fornecendo medidas validadas para o estudo de importantes constructos na área da psicopatologia alimentar.

O segundo conjunto de dados, obtidos a partir de amplas amostras de adolescentes e jovens adultos do sexo masculino e do sexo feminino da população geral, procuraram, compreender o impacto diferencial das variáveis de suporte social e de mentalidade de *ranking* social numa vulnerabilidade psicopatológica em função de contextos sociais específicos.

A Perspectiva Evolucionária tem sublinhado a necessidade de afiliação e segurança para a compreensão do comportamento humano, conceptualizando as perturbações psicopatológicas enquanto o resultado de processos mal-adaptativos de regulação destas necessidades humanas fundamentais, numa determinada ecologia. Em termos gerais, os dados deste conjunto de estudos permitem-nos concluir que as diferentes variáveis de sensibilidade interpessoal, de perfeccionismo e de *striving* assumem um impacto diferencial na sintomatologia psicopatológica nos dois sexos. Assim, nestes estudos foi possível identificar que a insegurança em termos de vínculo social, uma maior sensibilidade interpessoal e que as estratégias associadas ao Sistema de *drive* se associam a uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos patológicos em relação à imagem corporal e comportamento alimentar para o sexo feminino, mas não para o sexo masculino.

Com efeito, os resultados obtidos parecem traduzir que num contexto social em que o corpo magro é uma característica de estatuto social especialmente valorizada para as mulheres, as jovens que

apresentam elevada sensibilidade interpessoal, maior necessidade de se apresentarem como perfeitas e que assumem uma atitude auto-crítica, tendem a utilizar a procura da magreza como uma estratégia que visa aumentar o seu estatuto social (*i.e.*, de ganhar a admiração e aprovação dos outros) e assegurar a sua pertença no seu grupo. Paralelamente, o estudo da mentalidade de *ranking* permitiu corroborar as nossas expectativas acerca da restrição alimentar entendida como um comportamento de *striving* (ou de competição) através do qual as mulheres, que se percebem como inferiores com base na sua aparência, procuram sentir-se mais seguras na relação com o *self* e com os outros.

Um terceiro conjunto de estudos debruçou-se sobre o impacto de duas estratégias de regulação emocional adaptativas, a auto-compaixão e a flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal, na diminuição da adopção de atitudes e comportamentos perturbados de procura da magreza.

O estudo destes processos de regulação emocional no contexto do comportamento alimentar perturbado parece-nos constituir um contributo significativo, pois, embora surjam como promissoras novas abordagens terapêuticas para as perturbações associadas à imagem corporal e à alimentação, que integram o desenvolvimento destas estratégias, até à data não existem estudos com amostras clínicas que documentem a sua pertinência. De facto, a demonstração da relevância destas estratégias de regulação emocional para as Perturbações do Comportamento Alimentar carecia de suporte empírico.

Os resultados obtidos parecem acrescentar à literatura existente dados relevantes. Por um lado, o estudo da auto-compaixão permitiu verificar que as mulheres que são capazes de dirigir calor e amabilidade para si mesmas, de entender que as próprias vivências se enquadram numa experiência humana maior e de possuir uma consciência equilibrada dos pensamentos e sentimentos dolorosos, apresentam uma menor vulnerabilidade à patologia do comportamento alimentar. Estes resultados parecem-nos assim comprovar que a auto-compaixão enquanto estratégia de regulação emocional se revela bastante útil em domínios, como o da aparência física, onde o auto-aperfeiçoamento é difícil de atingir, assumindo ainda uma maior relevância quando a experiência interna negativa (*e.g.*, insatisfação corporal) assume um carácter patológico significativo.

O estudo da aceitação psicológica em relação à imagem corporal permitiram-nos confirmar uma associação entre o comportamento alimentar perturbado e uma maior rigidez ou inflexibilidade em relação às vivências internas associadas com a imagem corporal. Concomitantemente, as análises realizadas demonstraram que uma atitude consciente de não-julgamento e a disposição para experienciar os pensamentos, sentimentos e sensações corporais, numa atitude consciente de não-julgamento, é amortecedora do efeito da insatisfação corporal na adopção de atitudes e comportamentos de sobrevalorização da magreza.

Em suma, os nossos dados vêm demonstrar a auto-compaixão e a flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal como variáveis protectoras da psicopatologia alimentar, face à experiência interna dolorosa (*e.g.*, vergonha e insatisfação corporal), e em última análise parecem traduzir um

forte argumento para a integração de estratégias terapêuticas que visem o desenvolvimento destas competências em doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar.

O último estudo foi realizado a partir dos dados obtidos nos estudos anteriores e da sua leitura, e constitui a parte mais inovadora da investigação realizada no âmbito deste projecto. Consideramos que este estudo representa o ponto-chave deste projecto de investigação, uma vez que apresenta e testa um modelo holístico, que integra diferentes variáveis de mentalidade de *ranking* social, assim como, duas estratégias de regulação do afecto negativo na explicação das características centrais a todas as Perturbações do Comportamento Alimentar (*i.e.*, insatisfação corporal e procura da magreza). Com efeito, o modelo testado mostrou-se adequado, explicando 61% da variabilidade da procura da magreza, o que permitiu comprovar que a mentalidade de *ranking* social desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de atitudes disfuncionais em relação ao corpo e à alimentação, e demonstrar, ainda, os processos de regulação emocional como preponderantes na conceptualização da psicopatologia do comportamento alimentar.

A leitura deste modelo permite-nos afirmar que quando a mulher atribui a sua vivência social como inferior e desvalorizada à sua imagem corporal, e percebe que os outros a vêem como indesejável e não atraente, sente uma maior pressão para competir, de forma a evitar a inferioridade e, em última análise, de garantir a sua pertença ao grupo. Por sua vez, esta mentalidade focada na comparação social, vergonha e no *striving* mostrou prever maiores níveis de insatisfação com a sua imagem corporal. A qual, e tal como seria de esperar, revelou um efeito directo na explicação da sobrevalorização de atitudes e comportamentos de procura da magreza. Adicionalmente, este modelo demonstra a relevância dos processos de regulação emocional na relação entre uma mentalidade de *ranking* social e a procura da magreza. Assim, verificou-se que a relação entre níveis superiores de vergonha externa e uma comparação social desfavorável (os quais se associam a uma elevada pressão para competir no mundo social como forma de evitar a inferioridade) e uma maior procura da magreza é mediada por níveis elevados de auto-criticismo e por níveis inferiores de auto-compaixão.

Os dados obtidos sugerem, assim, que a centralidade da “necessidade de ser magra” e dos comportamentos de restrição alimentar surgem como resultado de uma regulação emocional mal-adaptativa (mais auto-crítica e menos amável e compreensiva com o *eu*), num contexto de uma mentalidade focada no *ranking* social.

A interpretação dos resultados dos estudos apresentados deve ter em conta algumas questões metodológicas. Em primeiro lugar, um constrangimento desta investigação diz respeito ao seu desenho transversal que impede retirar conclusões em termos de causalidade. Paralelamente, a utilização de medidas de auto-resposta poderá ser também uma limitação a apontar aos nossos estudos. Adicionalmente, e uma vez que o conjunto de variáveis e os modelos nestes estudos foram pela primeira vez testados, futuros estudos devem testar a validade dos resultados obtidos e as respectivas conclusões, através da sua replicação em diferentes amostras independentes.

Em termos de síntese final, os nossos resultados permitem-nos concluir que o comportamento alimentar restritivo, ou a procura da magreza, poderá ser compreendido como uma estratégia mal-

adaptativa de competir pela aceitação dos outros. Dito de outro modo, sendo a necessidade de ser atraente e de provocar sentimentos positivos na mente dos outros uma questão fundamental, num contexto social que sobrevaloriza uma aparência física magra, o corpo pode tornar-se num instrumento de *ranking* social.

A partir da investigação realizada acreditamos poder retirar importantes considerações para a conceptualização e para o tratamento das Perturbações do Comportamento Alimentar. Esta conceptualização da psicopatologia alimentar associada a uma mentalidade de *ranking* social poderá facultar uma compreensão para o facto da preocupação com a imagem corporal, das formas patológicas de restrição alimentar, assim como, de outros comportamentos extremos de controlo do peso e da aparência física, nas mulheres, terem aumentado drasticamente nas últimas décadas nas sociedades ocidentais. Com efeito, a intensificação da competição nestes contextos e a saliência da aparência, em termos de imagem corporal no sexo feminino, para a determinação do estatuto social parecem responder ao aumento do investimento neste domínio.

Simultaneamente, uma leitura das Perturbações do Comportamento Alimentar através de uma mentalidade de organização da relação *eu-eu* e *eu-outro* baseada no *ranking* social poderá, ainda, ajudar a explicar o facto de a restrição alimentar e a perda de peso nunca ser suficiente para estes doentes. De facto, com base na Teoria das Mentalidades Sociais, podemos considerar que o controlo alimentar representa uma estratégia de *Drive*, a qual nunca permite a tranquilização e a segurança que estas jovens procuram. Por um lado, a resistência a diminuir o controlo sobre o corpo e sobre a alimentação, mesmo quando este é causa de um profundo sofrimento, poderá estar associada ao enfoque destes doentes no *ranking*, estando o controlo do peso associado à vivência de superioridade e de orgulho interno. Concomitantemente, estes dados poderão ter implicações clínicas relevantes, sugerindo como pertinente a integração nos protocolos terapêuticos de estratégias que se foquem naquelas que se demonstraram como características centrais para a explicação da insatisfação corporal e de procura da magreza, isto é, na vergonha, comparação social, e, associada a estas, a necessidade de competição. Assim, as intervenções com doentes com psicopatologia alimentar devem privilegiar o desenvolvimento do Sistema de Tranquilização, cuidado e segurança, nomeadamente através do aperfeiçoamento dos processos de regulação emocional, que permitam a estes sujeitos a adopção de atitudes e comportamentos mais adaptativos aquando da vivência de experiências associadas ao afecto negativo, tais como a utilização de estratégias terapêuticas baseadas na auto-compassão. Acreditamos que estes desenvolvimentos aos protocolos de tratamento cognitivo-comportamentais poderão reflectir uma melhoria nas taxas de sucesso terapêutico e, sobretudo, contribuir para uma redução do número de recaídas.

Porém, estas considerações necessitam de ser testadas empiricamente. De facto, se esta investigação contribui para alguns progressos em termos da compreensão das Perturbações do Comportamento Alimentar, abre também um conjunto de novas questões. Na verdade, este modelo não poderá ser compreendido como um modelo final, é antes um ponto de partida para futuras investigações.





## Bibliografia



## Bibliografia

### A

- Abed, R. T. (1998). The sexual competition hypothesis for eating disorders. *The British Journal of Medical Psychology*, 71(4), 525–547. doi:10.1111/j.2044-8341.1998.tb01007.x
- Abraham, S. F., Pettigrew, B., Boyd, C., & Russell, J. (2006). Predictors of functional and exercise amenorrhoea among eating and exercise disordered patients. *Human Reproduction*, 21(1), 257–261. doi:10.1093/humrep/dei294
- Abraham, S. F., Pettigrew, B., Boyd, C., Russell, J., & Taylor, A. (2005). Usefulness of amenorrhoea in the diagnoses of eating disorder patients. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 26(3), 211–215. doi:10.1080/01674820500064997
- Adams, C. E., & Leary, M. R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 1120–1144. doi:10.1521/jscp.2007.26.10.1120
- Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57(5), 459–466. doi:10.1001/archpsyc.57.5.459
- Aiken, L., & West, S. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford, UK: Erlbaum.
- Albani, F. (2005). *Thinness matters: The impact of magazine advertising on the contemporary beauty ideal* (Unpublished master's thesis). Faculty of Miami - Miami University, Oxford, Ohio.
- Allan, S., & Gilbert, P. (1995). A Social Comparison Scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 19(3), 293–299. doi:10.1016/0191-8869(95)00086-L
- Allan, S., & Gilbert, P. (1997). Submissive behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 36(4), 467–488. doi:10.1111/j.2044-8260.1997.tb01255.x
- Altabe, M., & Thompson, J. K. (1993). Body image changes during early adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 13(3), 323–328. doi:10.1002/1098-108X(199304)13:3<323::AID-EAT2260130311>3.0.CO;2-#
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing* (6th ed.). New York: Mc Millan.
- Anderluh, M., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., Collier, D., & Treasure, J. (2009). Lifetime course of eating disorders: Design and validity testing of a new strategy to define the eating disorders phenotype. *Psychological Medicine*, *39*(1), 105–114. doi:10.1017/S0033291708003292
- Andersen, A. E. (1985). *Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia*. London: Edward Arnold.
- Andersen, A. E., Bowers, W. A., & Watson, T. A. (2001). A slimming program for eating disorders not otherwise specified: Reconceptualizing a confusing, residual diagnostic category. *Psychiatric Clinic North American*, *24*(2), 271–280. doi:10.1016/S0193-953X(05)70223-9
- Anderson-Fye, E. P., & Becker, A. E. (2004). Sociocultural aspects of eating disorders. In J. K. Thompson (Ed.), *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 565–589). New Jersey: Wiley & Sons.
- Andrews, B. (1997). Bodily shame in relation to abuse in childhood and bulimia: A preliminary investigation. *British Journal of Clinical Psychology*, *36*(1), 41–49. doi:10.1111/j.2044-8260.1997.tb01229.x
- Anton, S. D., Perri, M. G., & Riley, J. R. (2000). Discrepancy between actual and ideal body images: Impact on eating and exercise behaviors. *Eating Behaviors*, *1*(2), 153–160. doi:10.1016/S1471-0153(00)00015-5
- Arrindell, W. A., Steptoe, A., & Wardle, J. (2003). Higher levels of depression in masculine than in feminine nations. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 809–817. doi:10.1016/S0005-7967(02)00185-7
- Atlas, J. G. (2004). Interpersonal sensitivity, eating disorder symptoms, and eating/thinness expectancies. *Current Psychology*, *22*(4), 368–378. doi:10.1007/s12144-004-1041-y
- Attia, E., & Roberto, C. A. (2009). Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, *42*(7), 581–589. doi:10.1002/eat.20720
- Attie, I., & Brooks-Gunn, J. (1995). The development of eating regulation across the life span. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology, Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 332–368). Oxford: John Wiley & Sons, Inc.

## B

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 125–143. doi:10.1093/clipsy.bpg015
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, *13*(1), 27–45. doi:10.1177/1073191105283504
- Bailey, K. G. (2000). Evolution, kinship and psychotherapy: Promoting psychological health through human relationships. In P. Gilbert & K.G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 42–67). Hove: Brunner-Routledge.
- Baker, L. R., & McNulty, J. K. (2011). Self-compassion and relationship maintenance: The moderating roles of conscientiousness and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, *100*(5), 853–873. doi:10.1037/a0021884
- Baldwin, M. W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, *112*(3), 461–484. doi: 10.1037//0033-2909.112.3.461
- Baldwin, M.W. (Ed.). (2005). *Interpersonal Cognition*. New York: Guilford Press.
- Baptista, F., Sampaio, D., Carmo, I., Reis, D., & Galvão-Teles, A. (1996). The prevalence of disturbances of eating behaviour in a portuguese female university population. *European Eating Disorders Review*, *4*(4), 260–270. doi: 10.1002/(SICI)1099-0968(199612)4:4<260::AID-ERV144>3.0.CO;2-4
- Bardone-Conea, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik C. M., Mitchell J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, *27*(3), 384–405. doi:10.1016/j.cpr.2006.12.005

- Barkow, J. H. (1980). Prestige and self-esteem: A biosocial interpretation. In D. R. Omark, D. R. Strayer, & J. Freedman (Eds.), *Dominance relations: An ethological view of social conflict and social interaction* (pp. 319–332). New York: Garland STPM Press.
- Baron, M., & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(6), 1173–1182. doi:10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Barry, D. T., Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2002). Gender differences in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *31*(1), 63–70. doi:10.1002/eat.1112
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, *7*(2), 147–178. doi:10.1177/0265407590072001
- Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *17*(2), 147–152. doi:10.1002/1098-108X(199503)17:2<147::AID-EAT2260170207>3.0.CO;2-X
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., & Vohs, K. D. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, *5*(4), 323–370. doi: 10.1037/1089-2680.5.4.323
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, *117*(3), 497–529. doi:10.1037/0033-2909.117.3.497
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of Depression: Old controversies and new approaches* (pp. 263–290). New York: Raven Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beglin, S. J. (1990). *Eating disorders in young adult women* (Unpublished doctoral dissertation). University of Oxford, Oxford.
- Beglin, S. J., & Fairburn, C. G. (1992). What is meant by the term "binge"? *American Journal of Psychiatry*, *149*(1), 123–124. Retrieved from <http://ajp.psychiatryonline.org/journal.aspx?journalid=13>
- Bellew, R., Gilbert, P., Mills, A., McEwan, K., & Gale, C. (2006). Eating attitudes and striving to avoid inferiority. *Eating Disorders*, *14*, 313–322. doi:10.1080/10640260600796242.
- Berg, K., Peterson, C. B., & Crow, S. J. (2008). *Psychometric properties of the Eating Disorder Examination and the Eating Disorder Examination - Questionnaire* (Unpublished manuscript).
- Berman, M. I., Boutelle, K. N., & Crow, S. J. (2009). A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *17*(6), 426–434. doi:10.1002/erv.962
- Berry, K. A., Kowalski, K. C., Ferguson, L. J., & McHugh, T. L. F. (2010). An empirical phenomenology of young adult women exercisers' body self-compassion. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, *2*, 293–312. doi:10.1080/19398441.2010.517035
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230–241. doi:10.1093/clipsy.bph077
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, *50*(12), 1003–1020. doi:10.1037/0003-066X.50.12.1003
- Blatt, S., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *50*(1), 113–124. doi:10.1037/0022-006X.50.1.113
- Blatt, S., & Zurof, D. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition. Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, *12*(5), 527–562. doi:10.1016/0272-7358(92)90070-O
- Blowers, L. C., Loxton, N. J., Grady-Flessner, M., Occhipinti, S., & Dawe, S. (2003). The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. *Eating Behaviors*, *4*(3), 229–244. doi:10.1016/S1471-0153(03)00018-7
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, *88*, 1057–1067. doi:10.1037/0021-9010.88.6.1057

- Boomsma, A. (2000). Reporting analyses of covariance structures. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 7(3), 461-483. doi:10.1207/S15328007SEM0703\_6
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678. doi:10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x
- Boyce, P., & Mason, C. (1996). An overview of depression-prone personality traits and the role of interpersonal sensitivity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(1), 90-103. doi:10.3109/00048679609076076
- Brewin, C. R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44(6), 765-784. doi:10.1016/j.brat.2006.02.005
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Broucek, F. J. (1991). *Shame and the self*. New York: Guilford Press.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 242-248. doi:10.1093/clipsy.bph078
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park: Sage.
- Brownmiller, S. (1984). *Femininity*. New York: Simon & Schuster.
- Bruce, B., & Agras, W. S. (1992). Binge eating in females: A population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 12(4), 365-373. doi:10.1002/1098-108X(199212)12:4<365::AID-EAT2260120404>3.0.CO;2-M
- Bruch, H. (1970). *Eating disorders: Obesity and anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1985). Four decades of eating disorders. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 7-18). New York: Guilford Press.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J., & Pickering, A. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(11), 704-707. doi:10.1097/00005053-199711000-00009
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (2000). An empirical study of the classification of eating disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 157(5), 886-895. doi:10.1176/appi.ajp.157.6.886
- Bulik, C. M., Von Holle, A., Hammer, R., Knoph Berg, C., Torgersen, L., Magnus, P., ... Reichborn-Kjennerud, T. (2007). Patterns of remission, continuation, and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian mother and child cohort study (MoBa). *Psychological Medicine*, 37(8), 1109-111837. doi:10.1017/S0033291707000724
- Bunnell, D. W., Shenker, I. R., Nussbaum, M. P., Jacobson, M. S., & Cooper, P. (1990). Subclinical versus formal eating disorders: Differentiating psychological features. *International Journal of Eating Disorders*, 9(3), 357-362. doi:10.1002/1098-108X(199005)9:3<357::AID-EAT2260090313>3.0.CO;2-Z
- Buote, V. M., Wilson, A. E., Strahan, E. J., Gazzola, S. B., & Papps, F. (2011). Setting the bar: Divergent sociocultural norms for women's and men's ideal appearance in real-world contexts. *Body Image*, 8, 322-334. doi:10.1016/j.bodyim.2011.06.002.
- Burkle, M. A., Ryckman, R. M., Gold, J. A., Thornton, B., & Audesse, R. J. (1999). Forms of competitive attitude and achievement orientation in relation to disordered eating. *Sex Roles*, 40(11-12), 853-870. doi:10.1023/A:1018873005147
- Burney, J., & Irwin, H. J. (2000). Shame and guilt in women with eating-disorder symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 51-61. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(200001)56:1<51::AID-JCLP5>3.0.CO;2-W
- Butow, P. N., Beumont, P. J. V., & Touyz, S. W. (1993). Cognitive processes in dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(3), 319-329. doi:10.1002/1098-108X(199311)

- Butryn, M. L., & Wadden, T. A. (2005). Treatment of overweight in children and adolescents: Does dieting increase the risk of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, *37*(4), 285–293. doi:10.1002/eat.20098
- Buunk, A. P., & Gibbons, F. X. (2007). Social comparison: The end of a theory and the emergence of a field. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *102*(1), 3–21. doi:10.1016/j.obhdp.2006.09.007.
- Buunk, B. P., & Mussweiler, T. (2001). New directions in social comparison research. *European Journal of Social Psychology*, *31*(5), 467–475. doi:10.1002/ejsp.77
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd ed.). New York: Routledge.

## C

- Cachelin, F. M., & Maher, B. A. (1998). Is amenorrhea a critical criterion for anorexia nervosa? *Journal of Psychosomatic Research*, *44*(3–4), 435–440. doi:10.1016/S0022-3999(97)00268-7
- Cacioppo, J. T., Berston, G. G., Sheridan, J. F., & McClintock, M. K. (2000). Multilevel integrative analysis of human behaviour: Social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches. *Psychological Bulletin*, *126*(6), 829–843. doi: 10.1037/0033-2909.126.6.829
- Carmo, I. (2001). *Doenças do comportamento alimentar*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Carmo, I., Reis, D., Varandas, P., Bouça, D., Santo, D. P., Neves, A., ... Galvão-Teles, A. (1996). Prevalence of anorexia nervosa: A portuguese population study. *European Eating Disorders Review*, *4*(3), 157–170. doi:10.1002/(SICI)1099-0968(199609)4:3<157::AID-ERV126>3.0.CO;2-3
- Carter, C. S. (1998). Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology*, *23*(8), 779–818. doi:10.1016/S0306-4530(98)00055-9
- Cash, T. F. (1997). The emergence of negative body images. In E. Blechman & K. Brownell (Eds.), *Behavioral medicine for women: A comprehensive handbook* (pp. 386–391). New York: Guilford.
- Cash, T. F. (2004). Body image: past, present and future. *Body Image*, *1*, 1–5. doi:10.1016/S1740-1445(03)00011-1
- Cash, T. F., Cash, D. W., & Butters, J. W. (1983). Mirror, mirror, on the wall...?: Contrast effects and self-evaluations of physical attractiveness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *9*(3), 351–358. doi:10.1177/0146167283093004
- Cash, T. F., Thériault, J., & Annis, N. M. (2004). Body image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *23*(1), 89–103. doi:10.1521/jscp.23.1.89.26987
- Casper, R. C. (1982). Treatment principles in anorexia nervosa. *Adolescent Psychiatry*, *10*, 431–454.
- Casper, R. C., Eckert, E. D., Halmi, K. A., Goldberg, S. C., & Davis, J. M. (1980). Bulimia: Its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *37*(9), 1030–1035. Retrieved from <http://archpsyc.ama-assn.org/>
- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2006). Gene–environment interactions in psychiatry: Joining forces with neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, *7*(7), 583–590. doi:10.1038/nrn1925
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2005). *Estudo da validação da versão portuguesa da Forms of Self Criticizing and Reassuring Scale*. Manuscrito em preparação
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (in press). Auto-compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala de Auto-compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psicologica*.
- Cattarin, J. A., Thompson, J. K., Thomas, C., & Williams, R. (2000). Body image, mood, and televised images of attractiveness: The role of social comparison. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *19*(2), 220–239. doi:10.1521/jscp.2000.19.2.220
- Clinton, D. N., & Glant, R. (1992). The eating disorders spectrum of DSM-III-R. Clinical features and psychosocial concomitants of 86 consecutive cases from a Swedish urban catchment area. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *180*(4), 244–250. doi:10.1097/00005053-199204000-00006

- Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E. M., Flett, G. L., & Remick, R. A. (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research, 26*(6), 745–758. doi:10.1023/A:1021237416366
- Cohen, D. (2001). Cultural variation: Considerations and implications. *Psychological Bulletin, 127*(4), 451–471. doi:10.1037/0033-2909.127.4.451
- Cohen, J., Cohen, P., West, S., & Aiken, L. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioural sciences* (3th ed.). Mahawah, Nj: Lawrence Erlbaum Associates.
- Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*(4), 810–832. doi:10.1037/0022-3514.71.4.810
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(4), 644–663. doi:10.1037/0022-3514.58.4.644
- Cook, D. R. (1994). *Internalized Shame Scale: Professional manual*. Menomonie, WI: Channel Press.
- Cook, D. R. (2001). *Internalized Shame Scale: Technical manual*. North Towanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.
- Cooper, J. M., Todd, G., & Wells, A. (1998). Content, origins, and consequences of dysfunctional beliefs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 12*, 213–230. Retrieved from <http://www.springerpub.com/product/08898391>
- Cooper, Z., Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1989). The validity of the Eating Disorder Examination and its subscales. *British Journal of Psychiatry, 154*(6), 807–812. doi:10.1192/bjp.154.6.807
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The Eating Disorder Examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 6*(1), 1–8. doi:10.1002/1098-108X(198701)6:1<1::AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2003). Refining the definition of binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 34*(S1), S89–S95. doi:10.1002/eat.10208
- Cooper, Z., & Shafran, R. (2008). Cognitive behaviour therapy for eating disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*(6), 713-722. doi:10.1017/S1352465808004736
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2011a). Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: Using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to identify patients' subgroups. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 18*(4), 292–302. doi:10.1002/cpp.718
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2011b). The mediation effect of experiential avoidance between coping and psychopathology in chronic pain. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 18*(1), 34–47. doi:10.1002/cpp.699
- Cowen, P. J., & Smith, K. A. (1999). Serotonin, dieting and bulimia nervosa. In G. Huether, W. Kochen, T. J. Simat, & H. Steinhart (Eds.), *Tryptophan, serotonin and melatonin: Basic aspects and applications. Advances in experimental medicine and biology* (Vol. 467) (pp. 101-104). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Crisp, A. H. (1980). *Anorexia nervosa: Let me be*. London: Academic Press.
- Crisp, A. H. (1997). Anorexia nervosa as flight from growth: Assessment and treatment based on model. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed.), (pp. 248-277). New York: Guilford Press.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika, 16*(3), 297-334. doi:10.1007/BF02310555
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing* (5th ed.). New York: Harper Collins Pubs.
- Crow, S. J., Agras, W. S., Halmi, K., Mitchell, J. E., & Kraemer, H. C. (2002). Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: A multicenter study. *International Journal of Eating Disorders, 32*(3), 309–318. doi:10.1002/eat.10088
- Crowther, J. H., & Sherwood, N. E. (1997). Assessment. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd. ed.), (pp. 34-49). New York/London: Guilford Press.

---

## D



- Daege, A., Robinson, P., Lawson, M., Turpin, J.A., Gregory, B., & Tobias, J. D. (2002). Psychologic and physiologic effects of dieting in adolescents. *Southern Medical Journal*, *95*(9), 1032-1041.
- Dalai Lama (1995). *The power of compassion*. New Delhi: Harper Collins.
- Dalai Lama (2001). *An open heart: Practicing compassion in everyday life*. Boston: Little Brown & Company.
- Davison, K., Markey, C., & Birch, L. (2000). Etiology of body dissatisfaction and weight concerns among 5-year-old girls. *Appetite*, *35*, 143-151. doi:10.1006/appe.2000.0349
- Davidson, J., Zisook, S., Giller, E., & Helms, M. (1989). Symptoms of interpersonal sensitivity in depression. *Comprehensive Psychiatry*, *30*(5), 357-368. doi:10.1016/0010-440X(89)90001-1
- Deaver, C. M., Miltenberger, R. G., Smyth, J., Meidinger, A., & Crosby, R. (2003). An evaluation of affect and binge eating. *Behavior Modification*, *27*(4), 578-599. doi:10.1177/0145445503255571
- Deeks, A. A., & McCabe, M. P. (2001). Menopausal stage and age perceptions of body image. *Psychology and Health*, *16*, 367-379. doi:10.1080/08870440108405513
- Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral and Brain Sciences*, *28*(3), 313-350. doi:10.1017/S0140525X05000063
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development. Theory and applications*. London: Sage Publications.
- Devlin, M. J., Goldfein, J. A., & Dobrow, I. (2003). What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology. *International Journal of Eating Disorders*, *34*(S1), S2-S18. doi:10.1002/eat.10201
- de Zwaan, M., Nutzinger, D. O., & Schoenbeck, G. (1992). Binge eating in overweight women. *Comprehensive Psychiatry*, *33*(4), 256-261. doi:10.1016/0010-440X(92)90050-Z
- Dingemans, A. E., Spinhoven, Ph., & Van Furth, E. F. (2006). Maladaptive core beliefs and eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, *7*(3), 258-265. doi:10.1016/j.eatbeh.2005.09.007
- Dinis, A., Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2008). *A versão portuguesa da Escala de Vinculação ao Grupo Social*. Manuscrito em preparação.
- Dittmar, H., Halliwell, E., & Stirling, E. (2009). Understanding the impact of thin media models on women's body-focused affect: The roles of thin-ideal internalization and weight-related self-discrepancy activation in experimental exposure effects. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *28*(1), 43-72. doi:10.1521/jscp.2009.28.1.43
- Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. São Paulo: Árica.
- Dohnt, H. K., & Tiggemann, M. (2005). Peer influences on body dissatisfaction and dieting awareness in young girls. *British Journal of Developmental Psychology*, *23*, 103-116. doi:10.1348/026151004X20658
- Downey, G., & Feldman, S. I. (1996). The implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*(6), 1327-1343. doi:10.1037/0022-3514.70.6.1327
- Downey, G., Freitas, A. L., Michaelis, B., & Khouri, H. (1998). The self-fulfilling prophecy in close relationships: Rejection sensitivity and rejection by romantic partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*(2), 545-560. doi:10.1037/0022-3514.75.2.545
- Downey, G., Lebolt, A., Rincón, C., & Freitas, A. L. (1998). Rejection sensitivity and children's interpersonal difficulties. *Child Development*, *69*(4), 1074-1091. doi:10.1111/j.1467-8624.1998.tb06161.x
- Driscoll, R. (1989). Self-condemnation: A comprehensive framework for assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *26*(1), 104-111. doi:10.1037/h0085394
- Dunkley, D. M., & Grilo, C. M. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(1), 139-149. doi:10.1016/j.brat.2006.01.017
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(1), 234-252. doi:10.1037/0022-3514.84.1.234
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2006). Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment. *Personality and Individual Differences*, *40*(4), 665-676. doi:10.1016/j.paid.2005.08.008

Dykman, B. M. (1998). Integrating cognitive and motivational factors in depression: Initial tests of a goal orientation approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(1), 139–158. doi:10.1037/0022-3514.74.1.139

## E

Eckert, E. D., Halmi, K. A., Marchi, P., Grove, W., & Crosby, R. (1995). Ten-year follow-up of anorexia nervosa: Clinical course and outcome. *Psychological Medicine, 25*(1), 143–156. doi:10.1017/S0033291700028166

Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H., & Herzog, D. B. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for DSM-V. *American Journal of Psychiatry, 165*(2), 245–250. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07060951

Eddy, K. T., Keel, P. K., Dorer, D. J., Delinsky, S. S., Franko, D. L., & Herzog, D. B. (2002). Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders, 31*(2), 191–201. doi:10.1002/eat.10016

Engeln-Maddox, R. (2005). Cognitive responses to idealized media images of women: The relationship of social comparison and critical processing to body image disturbance in college women. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*, 1036–1060. doi:10.1521/jscp.2005.24.8.1114.

## F

Fairburn, C. G. (1997). Eating disorders. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 209–241). Oxford: Oxford University Press

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1990). Studies of epidemiology of bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry, 147*(4), 401–408. Retrieved from <http://ajp.psychiatryonline.org/journal.aspx?journalid=13>

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders, 16*(4), 363–370. doi:10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-#

Fairburn, C. G., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy, 43*(6), 691–701. doi:10.1016/j.brat.2004.06.011

Fairburn, C. G. & Cooper, P. J. (1989). Eating disorders. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 277–314). Oxford: Oxford University Press.

Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: nature assessment and treatment* (12th ed.), (pp. 317–360). New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2007). Thinking afresh about the classification of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 40*(S3), S107–S110. doi:10.1002/eat.20460

Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy, 49*(6-7), 373–378. doi:10.1016/j.brat.2011.03.005

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Palmer, R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy, 45*(8), 1705–1715. doi:10.1016/j.brat.2007.01.010

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & O'Connor, M. E. (2008). Eating Disorder Examination (Edition 16.0D). In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 265–308). New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Hawker, D. M., Wales, J. A., & Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioural therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry, 166*, 311–319. doi:10.1176/appi.ajp.2008.08040608

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry, 57*(7), 659–665. doi:10.1001/archpsyc.57.7.659

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Safran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*(5), 509–528. doi:10.1016/S0005-7967(02)00088-8

- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407–416. doi:10.1016/S0140-6736(03)12378-1
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & O'Connor, M. E. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419–428. Retrieved from <http://archpsyc.ama-assn.org/>
- Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S. L., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Peveler, R. C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52(4), 304–312.
- Fairburn, C. G., & Walsh, B. T. (2002). Atypical eating disorders (eating disorder not otherwise specified). In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed.), (pp. 171–177). New York: Guilford Press
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., & Hay, P. J. (1993). The classification of recurrent overeating: The “binge eating disorder” proposal. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 155–159. doi:10.1002/1098-108X(199303)13:2<155::AID-EAT2260130203>3.0.CO;2-T
- Fallon, A. E. (1990). Culture in the mirror: Sociocultural determinants of body image. In T.F. Cash & T. Purzinsky (Eds.), *Body Images: Development, deviance and change* (pp 80–109). New York: Guilford.
- Favaro, A., Ferrara, S., & Santonastaso, P. (2003). The spectrum of eating disorders in young women: A prevalence study in a general population sample. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 701–708. doi:10.1097/01.PSY.0000073871.67679.D8
- Favazza, A. R., DeRosear, L., & Conterio, K. (1989). Self-mutilation and eating disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(4) 352–361. doi:10.1111/j.1943-278X.1989.tb00566.x
- Feingold, A. (1992). Good-looking people are not what we think. *Psychological Bulletin*, 111(2), 304–341. doi:10.1037/0033-2909.111.2.304.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., & Spira, A. P. (2003). Emotional avoidance: An experimental test of individual differences and response suppression during biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*, 41(4), 403–411. doi:10.1016/S0005-7967(02)00020-7
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human relations*, 7, 117–140. doi:10.1177/001872675400700202.
- 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* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2006). *Estudos de validação da versão reduzida da Escala de Sensibilidade à Rejeição Social*. Manuscrito em preparação.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2009a). *A necessidade de se apresentar como perfeito para os outros: Dados psicométricos da versão portuguesa da Escala de Auto-apresentação Perfeccionista*. Manuscrito em preparação.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2009b). *O traço de perfeccionismo: Dados psicométricos da versão portuguesa do Multidimensional Perfectionism Scale*. Manuscrito em preparação.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2010). *Dados psicométricos da versão portuguesa da Eating Disorder Examination 16.0D*. Manuscrito em preparação.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (in press). Estudos de validação da Escala da Necessidade de Competir para Evitar a Inferioridade. *Psychologica*.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2011a). Physical appearance as a measure of social ranking: The role of a new scale to understand the relationship between weight and dieting. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Advance online publication. doi:10.1002/cpp.769
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2011b). 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. Retrieved from <http://www.ijpsy.com/>
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2011c). *Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders' conceptualization and treatment*. Manuscrito submetido para publicação.

- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2011d). *Drive for thinness: Striving for a higher place in the female world*. Manuscrito submetido para publicação.
- Fichter, M. M., Herpertz, S., Quadflieg, N., & Herpertz-Dahlmann, B. (1998). Structured interview for anorexic and bulimic disorders for DSM-IV and ICD-10: Updated (third) revision. *International Journal of Eating Disorders, 24*(3) 227–249. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199811)24:3<227::AID-EAT1>3.0.CO;2-O
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (1997). Six-year course of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 22*(4), 361–384. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199712)22:4<361::AID-EAT2>3.0.CO;2-K
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (1999). Six-Year course and outcome of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 26*(4), 359–385. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199912)26:4<359::AID-EAT2>3.0.CO;2-7
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2006). Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 39*(2), 87–100. doi:10.1002/eat.20215
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2008). Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: Relevance for nosology and diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders, 41*(7), 577–586. doi:10.1002/eat.20539
- Field, A. (2004). *Discovering statistics using SPSS* (3th ed.). London: Sage Publications.
- Fisher, S., & Cleveland, S. E. (1958). *Body image and personality*. New York: Dover Publication.
- Fisher, E., Dunn, M., & Thompson, J. K. (2002). Social comparison and body image: An investigation of body comparison processes using multidimensional scaling. *Journal of Social and Clinical Psychology, 21*, 566–579. doi:10.1521/jscp.21.5.566.22618
- Fischer, K. W., & Tangney, J. P. (1995). Self-conscious emotions and affect revolution: Framework and overview. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride* (pp. 3–22). New York: Guilford Press.
- Flett, G. L., Besser, A., Davis, R. A., & Hewitt, P. L. (2003). Dimensions of perfectionism, unconditional self-acceptance, and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy, 21*(2), 119–138. doi:10.1023/A:1025051431957
- Follette, V. M., Palm, K. M., & Rasmussen Hall, M. L. (2004). Acceptance, mindfulness, and trauma. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioural tradition* (pp. 192–208). New York: Guilford Press.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current Directions in Psychological Science, 9*(4), 115–118. doi:10.1111/1467-8721.00073
- Fombonne, E. (1999). Time trends in affective disorders. In P. Cohen, C. Slomkowski, & L. Robins (Eds.), *Historical and geographical influences on psychopathology* (pp. 115–140). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Forsyth, J. P., Parker, J. D., & Finlay, C. G. (2003). Anxiety sensitivity, controllability, and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substance abusing veterans. *Addictive Behaviors, 28*(5), 851–870. doi:10.1016/S0306-4603(02)00216-2
- Frost, R. O., Marten, P. A., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*(5), 449–468. doi:10.1007/BF01172967

## G

- Gardner, R. J., & Wilson, D. R. (2004). Sociophysiology and evolutionary aspects of psychiatry. In J. Panksepp (Ed.), *Textbook of biological psychiatry* (pp. 597–625). NJ: John Wiley & Sons, Inc. doi:10.1002/0471468975.ch20
- Garfinkel, P. E. (2002). Classification and diagnosis of eating disorders. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed.) (pp. 155–161). New York: Guilford Press.
- Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner Mazel.
- Garfinkel, P. E., Kennedy, S. H., Sidney, H., & Kaplan, A. S. (1995). Views on classification and diagnosis of eating disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie, 40*(8), 445–456. Retrieved from <http://publications.cpa-apc.org/browse/sections/0>

- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D. S., Kennedy, S., ... Woodside, D. B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *The American Journal of Psychiatry*, *152*(7), 1052–1058. Retrieved from <http://publications.cpa-apc.org/browse/sections/0>
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D., Kennedy, S., ... Woodside, D.B. (1996a). Purging and nonpurging forms of bulimia nervosa in a community sample. *International Journal of Eating Disorders*, *20*(3), 231–238. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199611)20:3<231::AID-EAT2>3.0.CO;2-P
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D., Kennedy, S., ... Woodside, D. B. (1996b). Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Evidence from a Canadian community sample. *The British Journal of Psychiatry* *168*(4), 500–506 doi:10.1192/bjp.168.4.500
- Garfinkel, P. E., Moldofsky, H., & Garner, P. E. (1980). The heterogeneity of anorexia nervosa: Bulimia as a distinct subgroup. *Archives of General Psychiatry*, *37*(9), 1036–1040. Retrieved from <http://archpsyc.ama-assn.org/>
- Garner, D. M. (1995). Assessment of eating disorder psychopathology. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity* (pp. 117–121). New York: Guilford Press.
- Garner, D. M. (1997). Psychoeducational principles in treatment. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 145–177). New York: Guilford Press.
- Garner, D. M. (2002). Measurement of eating disorder psychopathology. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed.), (pp. 141–146). New York: The Guilford Press.
- Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, *6*(2), 123–150. doi:10.1007/BF01183887
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, *10*(4), 647–656. doi:10.1017/S0033291700054945
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in woman. *Psychological Reports*, *47*(2), 483–491. doi:10.2466/pr0.1980.47.2.483
- Garner, D. M., Garner, M. V., & Rosen, L. W. (1993). Anorexia nervosa “restricters” who purge: Implications for subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *13*(2), 171–185. doi:10.1002/1098-108X(199303)13:2<171::AID-EAT2260130205>3.0.CO;2-L
- Garner, D., Olmsted, M., & Polivy, J. (1983). Development and validation of multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, *2*, 15–34. doi:10.1002/1098-108X(198321)
- Garner, D., Vitousek, K., & Pike, K. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed.), (pp. 94–144). New York: Guilford Press.
- Gato, J. (2003). *Evolução e ansiedade social* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Gatward, N. (2007). Anorexia nervosa: An evolutionary puzzle. *European Eating Disorders Review*, *15*, 1–12. doi:10.1002/erv.718.
- Gee, A., & Troop, N. N. (2003). Shame, depressive symptoms and eating weight and shape concerns in a nonclinical sample. *Eating and Weight Disorders*, *8*, 72–75. Retrieved from <http://www.kurtis.it/ewd/en/>
- Gerhardt, S. (2004). *Why love matters. How affection shapes a baby's brain*. London: Brunner-Routledge.
- Germer, C. K. (2005). Mindfulness: What is it? What does it matter? In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P.R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 3–27). New York: Guilford Press.
- Gibbons, F. X., Benbow, C. P., & Gerrad, M. (1994). From top dog to bottom half: Socialcomparison strategies in response to poor performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*(4), 638–652. doi:10.1037/0022-3514.67.4.638
- Gibbons, F. X., & Buunk, B. P. (1999). Individual differences in social comparison: Development of a scale of social comparison orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *76*(1), 129–142. doi:10.1037/0022-3514.76.1.129
- Gibbons, F. X., & McCoy, S. B. (1991). Self-esteem, similarity, and reactions to active versus passive downward comparison. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*(3), 414–424. doi:10.1037/0022-3514.60.3.414
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. London/New York: Guilford Press

- Gilbert, P. (1992). *Depression: The evolution of powerlessness*. Hove: Guilford/Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (1993). Defence and safety: Their function in social behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 32(2), 131–153. doi:10.1111/j.2044-8260.1993.tb01039.x
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70(2), 113–147. doi:10.1111/j.2044-8341.1997.tb01893.x
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 3–38). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2000a). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7(3), 174–189. doi:10.1002/1099-0879(200007)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U
- Gilbert, P. (2000b). Social mentalities: Internal 'social' conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert, & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the Couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 118–150). Hove: Psychology Press.
- Gilbert, P. (2001). Evolutionary approaches to psychopathology: The role of natural defences. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(1), 17–27. doi:10.1046/j.1440-1614.2001.00856.x
- Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualisation and overview with treatment implications. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualisation, research and treatment* (pp. 3–54). New York: Brunner Routledge.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and differences in shame and guilt. *Social Research: An International Quarterly of the Social Sciences*, 70 (4), 1205-1230. Retrieved from <http://socialresearch.metapress.com/app/home/journal.asp?referrer=parent&backto=homemainpublications,1,1;>
- Gilbert, P. (2004). Depression: A biopsychosocial, integrative and evolutionary approach. In M. Power (Ed.), *Mood disorders: A handbook of science and practice* (pp. 99–142). Chichester: Wiley.
- Gilbert, P. (2005a). Social mentalities: A biopsychosocial and evolutionary reflection on social relationships. In M. W. Baldwin (Ed.), *Interpersonal cognition* (pp. 299–335). New York: Guilford.
- Gilbert, P. (2005b). Compassion and cruelty: A biopsychological approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9–74). London: Routledge.
- Gilbert, P. (2006a). Evolution and depression: Issues and implications. *Psychological Medicine*, 36, 287–297. doi:10.1017/S0033291705006112
- Gilbert, P. (2006b). Old and new ideas on the evolution of mind and psychotherapy. *Clinical Neuropsychiatry*, 3(2), 139–153. Retrieved from <http://www.clinicalneuropsychiatry.org/>
- Gilbert, P. (2007a). Evolved minds and compassion in the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioural psychotherapies* (pp. 106–142). London: Routledge.
- Gilbert, P. (2007b). *Psychotherapy and counselling for depression* (3rd ed.). London: Sage Publications, Ltd.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199–208. doi:10.1192/apt.bp.107.005264
- Gilbert, P. (2010a). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97–112. doi:10.1521/ijct.2010.3.2.97
- Gilbert, P. (2010b). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. London: Routledge.
- Gilbert, P., & Andrews, B. (1998) (Eds.). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture*. New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P., Bailey, K. G., & McGuire, M. T. (2000). Evolutionary psychotherapy: Principles and outline. In P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 3–27). Hove: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 183–200. doi:10.1891/088983906780639817

- Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., ... Miles, J. N. V. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine*, *31*(6), 1117–1127. doi:10.1017/S0033291701004093
- Gilbert, P., Broomhead, C., Irons, C., McEwan, K., Bellew, R., Mills, A., ... Knibb, R. (2007). Development of a striving to avoid inferiority scale. *British Journal of Social Psychology*, *46*, 633–648. doi:10.1348/014466606X157789.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, *43*(1), 31–50. doi:10.1348/014466504772812959
- Gilbert, P., Durrant, R., & McEwan, K. (2006). Investigating relationships between perfectionism, forms and functions of self-criticism, and sensitivity to put-down. *Personality and Individual Differences*, *41*(7), 1299–1308. doi:10.1016/j.paid.2006.05.004
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263–325). London: Routledge.
- Gilbert, P., Irons, C., Olsen, K., Gilbert, J., & McEwan, K. (2006). Interpersonal sensitivities: Their links to mood, anger and gender. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *79*(1), 37–51. doi:10.1348/147608305X43856
- Gilbert, P., & Mayhew, S. L. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: A case series report. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *15*, 113–138. doi:10.1002/cpp.566
- Gilbert, P., McEwan, K., Bellow, R., Mills, A., & Gale, C. (2009). The dark side of competition: How competitive behavior and striving to avoid inferiority are linked to depression, anxiety, stress and self-harm. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *88*, 123–136. doi:10.1348/147608308X379806.
- Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Bhundia, R., Christie, R., Broomhead, C., & Rockliff, H. (2010). Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology*, *49*(4), 563–576. doi:10.1348/014466509X479771
- Gilbert, P., & McGuire, M. (1998). Shame, social roles and status: The psychobiological continuum from monkey to human. In P. Gilbert, & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 99–125). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P., & Miles, J. N. V. (2000). Sensitivity to social put-down: It's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, *29*(4), 757–774. doi:10.1016/S0191-8869(99)00230-5
- Gilbert, P., Price, J., & Allan, S. (1995). Social comparison, social attractiveness and evolution: How might they be related? *New Ideas in Psychology*, *13*, 149–165. doi:10.1016/0732-118X(95)00002-X.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *13*(6), 353–379. doi:10.1002/cpp.507
- Gilbert, S. C., & Thompson, J. K. (2002). Body shame in childhood and adolescence. Relations to general psychological functioning and eating disorders. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualisation, research and treatment* (pp. 3–54). New York: Brunner Routledge.
- Godart, N., Berthoz, S., Rein, Z., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J. L., ... Curt, F. (2006). Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia nervosa and bulimia? *International Journal of Eating Disorders*, *39*(8), 772–778. doi:10.1002/eat.20274
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge-eating severity among obese persons. *Addictive Behaviours*, *7*(1), 47–55. doi:10.1016/0306-4603(82)90024-7
- Goss, K., & Allan, S. (2009). Shame, pride and eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *16*, 303–316. doi:10.1002/cpp.627
- Goss, K., & Allan, S. (2010). Compassion Focused Therapy for eating disorders. *International Journal of Cognitive Therapy*, *3*(2), 141–158. doi:10.1521/ijct.2010.3.2.141
- Goss, K., & Gilbert, P. (2002). Eating disorders, shame and pride: A cognitive-behavioural functional analysis. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualisation, research and treatment* (pp. 219–255). New York: Brunner Routledge.

- Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measure: The Other as Shamer Scale. *Personality and Individual Differences*, 17, 713–717. doi:10.1016/0732-118X(95)00002-X
- Grabe, S., Ward, L. M., & Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 134(3), 460–476. doi:10.1037/0033-2909.134.3.460
- Graber, J. A., Brooks-Gunn, J., Paikoff, R. L., & Warren, M. P., (1994). Prediction of eating problems: An 8-year study of adolescent girls. *Developmental Psychology*, 30(6), 823–834. doi:10.1037/0012-1649.30.6.823.
- Grabhorn, R., Stenner, H., Stangier, U., & Kaufhold, J. (2006). Social anxiety in anorexia and bulimia nervosa: The mediating role of shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 12–19. doi:10.1002/cpp.463
- Grave, D. R., Calugi, S., & Marchesini, G. (2008). Is amenorrhea a clinically useful criterion for the diagnosis of anorexia nervosa? *Behaviour Research and Therapy*, 46(12), 1290–1294. doi:10.1016/j.brat.2008.08.007
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress* (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Greenberg L., Elliott, R., Foerster, K., (1990). Experiential processes in the psychotherapeutic treatment of depression. In D. McCann & N. Endler (Eds.), *Depression: New directions in research theory and practice* (pp. 157–185). Toronto: Wall & Thompson.
- Greenberg, R. S., Daniels, S. R., Flanders, W. D., Eley, J. W., & Boring, J. R. (2001). *Medical Epidemiology*. London: McGraw-Hill.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Lozano-Blanco, C., & Barry, D. T. (2004). Reliability of the Eating Disorder Examination in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 80–85. doi:10.1002/eat.10238
- Groesz, L. M., Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 1–16. doi:10.1002/eat.10005
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. doi:10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281–291. doi:10.1017/S0048577201393198
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348

## H

- Hall, A., & Hay, P. J. (1991). Eating disorder patient referrals form a population region 1977-1986. *Psychological Medicine*, 21(3), 697–701. doi: 10.1017/S0033291700022339
- Halliwel, E., & Dittmar, H. (2004). Does size matter? The impact of model's body size on women's body-focused anxiety and advertising effectiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(1), 104–122. doi:10.1521/jscp.23.1.104.26989.
- Halmi, K. A. (2002). Physiology of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In C. G. Fairburn, & K. D. Brownell (Eds.), *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed.), (pp. 267–271). New York: Guilford Press.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., ... Kaye, W. H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1799–1805. doi:10.1176/appi.ajp.157.11.1799
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27–33.
- Hanh, T. N. (1976). *The miracle of mindfulness: An introduction to the practice of meditation*. Boston, MA: Beacon.
- Harder, D. W., & Greenwald, D. F. (2000). The psychotherapy of shame-related pathology from an evolutionary perspective. In P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 304–329). Hove: Brunner-Routledge.
- Harlow, H. F., & Mears, C. (1979). *The human model: primate perspectives*. New York: Halsted Press.



- Hartlage, S., Arduino, K., & Alloy, L. B. (1998). Depressive personality characteristics: State dependent concomitants of depressive disorder and traits independent of current depression. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(2), 349–354. doi:10.1037/0021-843X.107.2.349
- Hazan, C., & Zeifman, D. (1999). Pair-bonds as attachments: Evaluating the evidence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment theory and research* (pp. 336–354). New York: Guilford.
- Hay, P., & Fairburn, C. (1998). The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 23*(1), 7–15. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199801)23:1<7::AID-EAT2>3.0.CO;2-Q
- Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 13–32). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1–29). New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour, Research and Therapy, 44*, 1–25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 3–21). New York: Springer.
- 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*(4), 553–578. Retrieved from <http://opensiuc.lib.siu.edu/tpr/>
- 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
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin, 110*(1), 86–108. doi:10.1037/0033-2909.110.1.86
- Heatherton, T. F., & Polivy, J. (1992). Chronic dieting and eating disorders: A spiral model. In J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfold, & M. A. Parris (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context* (pp. 133–155). Washington DC: Hemisphere.
- 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*(3), 232–236. doi:10.1016/S1077-7229(02)80053-0
- Heinberg, L. H., & Thompson, J. K. (1995). Body image and televised images of thinness and attractiveness: A controlled laboratory investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology, 14*, 325–338. doi:10.1521/jscp.1995.14.4.325
- Herscovici, C. R., & Bay, L. (1997). *Anorexia nervosa e bulimia: Ameaças a autonomia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Herzog, W., Deter, H. C., Fiehn, W., & Petzold, E. (1997). Medical findings and predictors of long-term physical outcome in anorexia nervosa: A prospective 12-year follow-up study. *Psychological Medicine, 27*(2), 269–279. doi:10.1017/S0033291796004394
- Herzog, D. B., Field, A. E., Keller, M. B., West, J. C., Robbins, W. M., Staley, J., & Colditz, G. A. (1996). Subtyping eating disorders: Is it justified? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(7), 928–936. doi:10.1097/00004583-199607000-00020
- Herzog, D. B., Hopkins, J. D., & Burns, C. D. (1993). A follow-up study of 33 subdiagnostic eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders, 14*(3), 261–267. doi:10.1002/1098-108X(199311)14:3<261::AID-EAT2260140304>3.0.CO;2-N

- Herzog, D. B., Norman, D. K., Rigotti, N. A., & PePOSE, M. (1986). Frequency of bulimic behaviors and associated social maladjustment in female graduate students. *Journal of Psychiatric Research*, 20(4), 355–361. doi:10.1016/0022-3956(86)90038-5
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456–470. doi:10.1037/0022-3514.60.3.456
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2002). Perfectionism and stress processes in psychopathology. In G. L. Flett, & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 255–284). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18(4), 317–326. doi:10.1002/1098-108X(199512)18:4<317::AID-EAT2260180404>3.0.CO;2-2
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 276–280. doi:10.1037/0021-843X.105.2.276
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Habke, M., Parkin, M., Lam, R. W., ... Stein, M.B. (2003). The interpersonal expression of perfection: Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(6), 1303–1325. doi:10.1037/0022-3514.84.6.1303
- Higgins, T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319–340. doi:10.1037/0033-295X.94.3.319
- Hinrichsen, H., Wright, F., Waller, G., & Meyer, C. (2003). Social anxiety and coping strategies in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 4(2), 117–126. doi:10.1016/S1471-0153(03)00016-3
- Hoek, H. W. (1991). The incidence and prevalence of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in primary care. *Psychological Medicine*, 21(2), 455–460. doi:10.1017/S0033291700020560
- Hoek, H. W. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5(1), 61–74. doi:10.3109/09540269309028295
- Hoek, H. W. (2002). The distribution of eating disorders. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (2nd ed.) (pp. 233–237). New York/ London: The Guilford Press.
- Hoek, H. W., Bartelds, A. I., Bosveld, J. J., van der Graaf, Y., Limpens, V. E., Maiwald, M., & Spaaij, C. J. (1995). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1272–1278. Retrieved from <http://ajp.psychiatryonline.org/journal.aspx?journalid=13>
- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383–396. doi:10.1002/eat.10222
- Hoek H. W., van Hoeken D., Bartelds A. I. M. (2000, November) *No increase in the incidence of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in the nineties*. Paper presented at the Annual Meeting of the Eating Disorders Research Society, Prien am Chiemsee, 9–12.
- Hofer, M. A. (1984). Relationships as regulators: A psychobiologic perspective on bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 46(3), 183–197. Retrieved from <http://www.psychosomaticmedicine.org/>
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1993). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In S. L. Garfield, & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed.) (pp. 428–466). New York: Wiley.
- Holm-Denoma, J. M., Otamendi, A., & Joiner, T. E., Jr. (2008). On self-criticism as interpersonally maladaptive. In E. C. Chang (Ed.), *Self-criticism and self-enhancement: Theory, research, and clinical implications* (pp. 73–86). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hooper, M. S. H., & Garner, D. M. (1986). Application of the eating disorders inventory to a sample of black, white, and mixed race schoolgirls in Zimbabwe. *International Journal of Eating Disorders*, 5(1), 161–168. doi:10.1002/1098-108X(198601)5:1<161::AID-EAT2260050117>3.0.CO;2-G
- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression*. Wiley: New York.
- Hsu, L. K. G. (1996). Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North American*, 19(4), 681–700

- Hudson, J. I., Pope, H. G. Jr., Wurtman, J., Yurgelun-Todd, D., Mark, S., & Rosenthal, N. E. (1988). Bulimia in obese individuals: Relationship to normal weight bulimia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(3), 144–152. doi:10.1097/00005053-198803000-00002
- Huline-Dickens, S. (2000). Anorexia nervosa: Some connections with the religious attitude. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 67–76. doi:10.1348/000711200160309
- Huon, G. F., Piira, T., Hayne, A., & Strong, K. G. (2002). Assessing body and eating peer-focused comparisons: The dieting peer competitiveness (DPC) scale. *European Eating Disorders Review*, 10(6), 428–446. doi:10.1002/erv.439

## I

- Irons, C., & Gilbert, P. (2005). Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: The role of the attachment and social rank systems. *Journal of Adolescence*, 28(3), 325–341. doi:10.1016/j.adolescence.2004.07.004
- Irons, C., Gilbert, P., Baldwin, M., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Parental recall, attachment relating and self-attacking/self-reassurance: Their relationship with depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 297–308. doi:10.1348/014466505X68230
- Irving, L. (1990). Mirror images: Effects of the standard of beauty on the self-and body-esteem of women exhibiting varying levels of bulimic symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(2), 230–242. doi:10.1521/jscp.1990.9.2.230
- Isen, A. M. (2000). Some perspectives on positive affect and self-regulation. *Psychological Inquiry*, 11, 184–188. Retrieved from <http://www.tandf.co.uk/journals/journal.asp?issn=1047-840X&linktype=44>
- Iskender, M. (2009). The relationship between self-compassion, self efficacy, and control belief about learning in Turkish university students. *Social Behavior and Personality*, 37(5), 711–720. doi:10.2224/sbp.2009.37.5.711

## J

- Jansen, A. (2001). Towards effective treatment of eating disorders: Nothing is as practical as a good theory. *Behaviour Research and Therapy*, 39(9), 1007–1022. doi:10.1016/S0005-7967(01)00010-9
- Johnson-Sabine, E., Wood, K., Patton, G., Mann, A., & Wakeling, A. (1988). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls – A prospective epidemiological study: Factors associated with abnormal response on screening questionnaires. *Psychological Medicine*, 18(3), 615–622. doi:10.1017/S0033291700008291
- Joiner, T. E. Jr., Heatherton, T. F., Rudd, M. D., & Schmidt, N. B. (1997). Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: Two studies testing a diathesis-stress model. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 145–153. doi:10.1037/0021-843X.106.1.145
- Jones, D. C. (2001). Social comparison and body image: Attractiveness comparisons to models and peers among adolescent girls and boys. *Sex Roles*, 45 (9/10), 645–664. doi:10.1023/A:1014815725852.

## K

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. doi:10.1093/clipsy.bpg016
- Kanazawa, S., & Kovar, L. J. (2004). Why beautiful people are more intelligent. *Intelligence*, 32, 227–243. doi:10.1016/j.intell.2004.03.003.
- Karekla, M., Forsyth, J. P., & Kelly, M. M. (2004). Emotional avoidance and panicogenic responding to a biological challenge procedure. *Behavior Therapy*, 35(4), 725–746. doi:10.1016/S0005-7894(04)80017-0
- Kasser, T. (2002). *The high price of materialism*. Massachusetts: MIT Press.
- Kasser, T., & Ryan, R. M. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(3), 280–287. doi:10.1177/0146167296223006

- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(9), 1301–1320. doi:10.1016/j.brat.2005.10.003
- Kaufman, G. (1989). *The psychology of shame*. New York: Springer.
- Kaye, W., Gendall, K., & Strober, M. (1998). Serotonin neuronal function and selective serotonin reuptake inhibitor treatment in anorexia and bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, *44*(9), 825–838. doi:10.1016/S0006-3223(98)00195-4
- Keefe, P. H., Wyshogrod, D., Weinberger, E., & Agras, W. S. (1984). Binge eating and outcome of behavioral treatment of obesity: A preliminary report. *Behaviour Research and Therapy*, *22*(3), 319–321. doi:10.1016/0005-7967(84)90012-3
- Keel, P.K., Fichter, M., Quadflieg, N., Bulik, C. M., Baxter, M. G., Thornton, L., ... Kaye, W. H. (2004). Application of a latent class analysis to empirically define eating disorder phenotypes. *Archives of General Psychiatry*, *61*(2), 192–200. doi:10.1001/archpsyc.61.2.192
- Keel, P. K., & Mitchell, J. E. (1997). Outcome in Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *154*(3), 313–321.
- Keltner, D., & Harker, L. A. (1998). The forms and functions of the nonverbal display of shame. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture*, (pp. 78–98). Oxford, England: Oxford University-Press.
- Kemper, T. D. (1990). *Social structure and testosterone: Explorations of the socio-bio-social chain*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Linna, M. S., Raevuori, A., Sihvola, E., Bulik, C. M., ... Kaprio, J. (2009). Incidence and outcomes of bulimia nervosa: A nationwide population-based study. *Psychological Medicine*, *39*(5), 823–831. doi:10.1017/S0033291708003942
- Keski-Rahkonen, A., Sihvola, E., Raevuori, A., Kaukoranta, J., Bulik, C. M., Hoek, H. W., ... Kaprio, J. (2006). Reliability of self-reported eating disorders: Optimizing population screening. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(8), 754–762. doi:10.1002/eat.20277
- Keys, A., Brozek, K., Henschel, A., Mickelson, O., & Taylor, H. L. (1950). *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Kirsch, P., Esslinger, C., Chen, Q., Mier, D., Lis, S., Siddhanti, S., ... Meyer-Lindenberg, A. (2005). Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. *Journal of Neuroscience*, *25*(49), 11489–11493. doi:10.1523/JNEUROSCI.3984-05.2005
- Kline, R. (1998). *Principles and Practice of Structural Equation Modelling*. New York: The Guilford Press.
- Kristeller, J. L., Baer, R. A., Quillian-Wolever, R. (2006). Mindfulness-based approaches to eating disorders. In R. A. Baer (Ed), *Mindfulness-Based Treatment Approaches: A Clinician's guide to evidence base and applications* (pp. 75–91). San Diego, CA: Academic Press.
- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, *4*(3), 357–363. doi:10.1177/135910539900400305
- Krones, P. G., Stice, E., Batres, C., & Orjada, K. (2005). In vivo social comparison to a thin-ideal peers promotes body dissatisfaction: A randomized experiment. *International Journal of Eating Disorders*, *38*(2), 134–142. doi:10/1002/eat.20171
- Krug, I., Casasnovas, C., Granero, R., Martinez, C., Jiménez-Murcia, S., Bulik, C., & Fernández-Aranda, F., (2008). Comparison study of full and subthreshold bulimia nervosa: Personality, clinical characteristics, and short-term response to therapy. *Psychotherapy Research*, *18*(1), 37–47. doi:10.1080/10503300701320652
- Kruglanski, A. W., & Maysseless, O. (1990). Classic and current social comparison research: Expanding the perspective. *Psychological Bulletin*, *108*(2), 195–208. doi:10.1037/0033-2909.108.2.195
- Krzanowski, W. J., & Hand, D. J. (2009). *ROC Curves for Continuous Data*. Boca Raton, Florida: CRC Press.
- Kutlesic, V., Williamson, D. A., Gleaves, D. H., Barbin, J. M., & Murphy-Eberenz, K. P. (1998). The Interview for the diagnosis of Eating Disorders—IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, *10*(1), 41–48. doi:10.1037/1040-3590.10.1.41

- Laessle, R. G., Wittchen, H. U., Fichter, M. M., & Pirke, K. M. (1989). The significance of subgroups of bulimia and anorexia nervosa: Lifetime frequency of psychiatric disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 8(5), 569–574. doi:10.1002/1098-108X(198909)8:5<569::AID-EAT2260080508>3.0.CO;2-0
- Larkin, J. C., & Pines, H. A. (1979). No fat persons need to apply: Experimental studies on the overweight stereotype and hiring preference. *Sociology of Work and Occupations*, 6, 312–327. doi: 10.1177/073088847900600303
- Lasch, C. (1979). *The culture of narcissism: American life in an age of diminishing expectations*. New York: Norton.
- Laursen, B. (1996). Closeness and conflict in adolescent peer relationships: Interdependence with friends and romantic partners. In W. M. Bukowski, A. F. Newcomb, & W. W. Hartup (Eds.), *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence* (pp. 186–210). New York: Cambridge University Press.
- Leahy, R. L. (2005). A social-cognitive model of validation. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 195–217). London: Brunner-Routledge.
- Leary, M. R. (1995). *Self-presentation: Impression-management and interpersonal behavior*. Madison, WI: Brown & Benchmark's.
- Leary, M. R. (2001). Towards a conceptualisation of interpersonal rejection. In M. Leary (Ed.), *Interpersonal rejection* (pp. 3–20). New York, NY: Oxford University Press.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts A., & Hancock, J. (2007). Self compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887–904. doi:10.1037/0022-3514.92.5.887
- LeDoux, J. E. (1991). Emotion and the limbic system concept. *Concepts Neuroscience*, 2, 169–99.
- LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23(1), 155–184. doi:10.1146/annurev.neuro.23.1.155
- Lehman, A. K., & Rodin, J. (1989). Styles of self-nurturance and disordered eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 117–122. doi:10.1037/0022-006X.57.1.117
- Le Grange, D., Binford, R. B., Peterson, C. B., Crow, S. J., Crosby, R. D., Klein, M. H., ... Wonderlich, S. A. (2006). DSM-IV threshold versus subthreshold bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(6), 462–467. doi:10.1002/eat.20304
- Levy, S., Ayduk, O., & Downey, G. (2001). The role of rejection sensitivity in people's relationships with significant others and valued social groups. In M. Leary (Ed.), *Interpersonal rejection* (pp. 251–289). Oxford:Oxford University Press.
- Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York: The Free Press.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Liotti, G., & Gilbert, P. (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 9–25. doi:10.1348/147608310X520094
- Lopes, B., & Pinto-Gouveia, J. (2005). *A versão portuguesa da escala de sensibilidade ao put-down*. Manuscrito em preparação.
- Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation.
- Low, K. G., Charanasomboon, S., Brown, C., Hiltunen, G., Long, K., Reinhalter, K., & Jones, H. (2003). Internalization of the thin ideal, weight and body image concerns. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 31(1), 81–89. doi:10.2224/sbp.2003.31.1.81
- Lowe, M. R. (1993). The effects of dieting on eating behavior: A three-factor model. *Psychological Bulletin*, 114(1), 100–121. doi:10.1037/0033-2909.114.1.100
- Lucas, A. R., Crowson, C. S., O'Fallon, W. M., & Melton, L. J. (1999). The ups and downs of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26(4), 397–405. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199912)26:4<397::AID-EAT5>3.0.CO;2-0

## M

- Machado, P. 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(1), 43-52. doi:10.1002/erv.359
- Machado, P. P., Machado, B., Gonçalves, S., Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 212-217. doi:10.1002/eat.20358
- MacLean, P. (1985). Brain evolution relating to family, play and the separation call. *Archives of General Psychiatry*, 42(4), 405-417. Retrieved from <http://archpsyc.ama-assn.org/>
- Magnus, C. M. R., Kowalski, K. C., & McHugh, T. L. F. (2010). The role of self-compassion in women's self-determined motives to exercise and exercise-related outcomes. *Self and Identity*, 9, 363-382. doi:10.1080/15298860903135073
- Major, B., Testa, M., & Bylsma, W. H. (1991). Response to upward and downward comparisons: The impact of esteem relevance and perceived control. In J. Suls & T.A. Wills (Eds.), *Social comparison: Contemporary theory and research* (pp. 237-260). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Mandy, K. J., Orcutt, H. K., Bardeen, J. R., & Varkovitzky, R. L. (2011). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as prospective predictors of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(3), 617-627. doi:10.1037/a0023927
- Mangweth-Matzek, B., Rupp, C. I., Hausmann, A., Assmayr, K., Mariacher, E., Kemmler, G., ... Biebl, W. (2006). Never too old for eating disorders or body dissatisfaction: A community study of elderly women. *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 583-586. doi:10.1002/eat.20327
- Marcus, M. D., Wing, R. R., Ewing, L., Kern, E., Gooding, W., & McDermott, M. (1990). Psychiatric disorders among obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 9(1), 69-77. doi:10.1002/1098-108X(199001)9:1<69::AID-EAT2260090108>3.0.CO;2-K
- Marcus, M. D., Wing, R. R., & Hopkins, J. (1988). Obese binge eaters: Affect, cognitions, and response to behavioral weight control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 433-439. doi:10.1037/0022-006X.56.3.433
- Marcus, M. D., Wing, R. R., & Lamparski, D. M. (1985). Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addictive Behaviors*, 10(2), 163-168. doi:10.1016/0306-4603(85)90022-X
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety and their disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In P. O. Davidson & S. M. Davidson (Eds.), *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles* (pp. 410-452). New York: Brunner/Mazel
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística. Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marôco, J. (2010). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software & Aplicações*. Lisboa: Report Number.
- Martin, C. K., Williamson, D. A., & Thaw, J. M. (2000). Criterion validity of the multiaxial assessment of eating disorders symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 28(3), 303-310. doi:10.1002/1098-108X(200011)28:3<303::AID-EAT7>3.0.CO;2-I
- Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour Research and Therapy*, 43(5), 569-583. doi:10.1016/j.brat.2004.04.004
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(4), 299-312. doi:10.1002/cpp.659
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2011). *Other as Shamer. Versão portuguesa e propriedades psicométricas de uma medida de vergonha externa*. Manuscrito submetido para publicação.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (in press). When I don't like myself: Study of the psychometric properties of the Portuguese version of the Internalized Shame Scale. *Spanish Journal of Psychology*.
- Mazur, A. (1986). U.S. trends in feminine beauty and overadaptation. *The Journal of Sex Research*, 22(3), 281-303. doi:10.1080/00224498609551309
- McClelland, D. C. (1965). Achievement and entrepreneurship: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1(4), 389-392. doi:10.1037/h0021956

- McClelland, D. C., Alexander, C., & Marks, E. (1982). The need for power, stress, immune function, and illness among male prisoners. *Journal of Abnormal Psychology, 91*(1), 61–70. doi:10.1037/0021-843X.91.1.61
- McDonald, R. P., & Ho, M-H.R. (2002). Principles and practice in reporting structural equation analyses. *Psychological Methods, 7*(1), 64–82. doi:10.1037/1082-989X.7.1.64
- McFarlane, T., Olmsted, M. P., & Trottier, K. (2008). Timing and prediction of relapse in a transdiagnostic eating disorder sample. *International Journal of Eating Disorders, 41*, 587–593. doi:10.1002/eat.20550
- McGee, B. J., Hewitt, P. L., Sherry, S. B., Parkin, M., & Flett, G. L. (2005). Perfectionistic self-presentation, body image, and eating disorder symptoms. *Body Image, 2*(1), 29–40. doi:10.1016/j.bodyim.2005.01.002
- McKinley, N. M. (1999). Women and objectified body consciousness: Mothers' and daughters' body experience in cultural, developmental and familial context. *Developmental Psychology, 35*, 760–769. doi:10.1037/0012-1649.35.3.760
- McKinley, N. M., & Hyde, J. S. (1996). The Objectified Body Consciousness Scale: Development and validation. *Psychology of Women Quarterly, 20*, 181–215. doi:10.1111/j.1471-6402.1996.tb00467.x
- McKinley, N. M., & Randa, L. A. (2005). Adult attachment and body satisfaction: An exploration of general and specific relationship differences. *Body Image, 2*(3), 209–218. doi:10.1016/j.bodyim.2005.04.003
- McLachlan, J., Zimmer-Gembeck, M. J., & McGregor, L. (2010). Rejection sensitivity in childhood and early adolescence: Peer rejection and protective effects of parents and friends. *Journal of Relationships Research, 1*, 31–40. doi:10.1375/jrr.1.1.31
- McLaren, L., Gauvin, L., & White, D. (2001). The role of perfectionism and excessive commitment to exercise in explaining dietary restraint: Replication and extension. *International Journal of Eating Disorders, 29*(3), 307–313. doi:10.1002/eat.1023
- Meyer, C., Waller, G., & Waters, A. (1998). Emotional states and bulimic psychopathology. In H. W. Hoek, J. L. Treasure, & M. A. Katzman (Eds.), *Neurobiology in the treatment of eating disorders* (pp. 271–287). Chichester: Wiley.
- Miller, K. K., Grinspoon, S., Gleysteen, S., Grieco, K. A., Ciampa, J., Breu, J., ... Klibanski, A. (2004). Preservation of Neuroendocrine Control of Reproductive Function Despite Severe Undernutrition. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolic, 89*(9), 4434–4438. doi:10.1210/jc.2004-0720
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U., & Fairburn, C. G. (2005). Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *The British Journal of Psychiatry, 187*(6), 573–578. doi:10.1192/bjp.187.6.573
- Mitchell, J. E., & Gillum, R. (1980). Weight-dependent arrhythmia in a patient with Anorexia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry, 137*(3), 377–378.
- Mitchell, J. E., Pyle, R. L., Hatsukami, D., & Eckert, E. D. (1986). What are atypical eating disorders? *Psychosomatics, 27*(1), 21–28. doi: 10.1016/S0033-3182(86)72739-4,
- Mond, J., Hay, P., Rodgers, B., Owen, C., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). Use of extreme weight control behaviors with and without binge eating in a community sample: Implications for the classification of bulimic-type eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 39*(4), 294–302. doi:10.1002/eat.20265
- Moura, E. (2005). *Anorexia Mental: 1947-2005*. Lisboa: NDCA- Núcleo das Doenças do Comportamento Alimentar.
- Murray, C., & Lopex, A. D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases. Injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard University Press.
- Murray, C., Waller, G., & Legg, C. (2000). Family dysfunction and bulimic psychopathology: The mediating role of shame. *International Journal of Eating Disorders, 28*, 84–89. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(200007)
- Myers, T. A., & Crowther, J. H. (2009). Social comparison as a predictor of body dissatisfaction. A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(4), 683–698. doi:10.1037/a0016763.

## N

- Nathanson, D. L. (1992). The Development of shame and pride. In D. L. Nathanson (Ed.), *Shame and Pride: Affect sex and the Birth of the self* (pp. 151–214). Norton Paperbacks: New York.
- Nathanson, D. L. (1994). *Shame and Pride: Affect sex and the birth of the self*. New York: Norton paperbacks.

- Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S. S., Roberts, R., & Chen, Y.-J. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion, 33*(1), 88–97. doi:10.1007/s11031-008-9119-8
- Neff, K. D. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*, 223–250. doi:10.1080/15298860390209035
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity, 2*, 85–102. doi:10.1080/15298860309032
- Neff, K. D. (2004). Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the Human Sciences, 9*, 27–37. Retrieved from <http://sites.google.com/site/constructingworlds/journal>
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development, 52*, 211–214. doi:10.1159/000215071
- Neff, K. D. (2011). Self-Compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass, 5*, 1–12. doi:10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x
- Neff, K. D., Hsieh, Y., & Dejithirat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity, 4*(3), 263–287. doi:10.1080/13576500444000317
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality, 41*(1), 139–154. doi:10.1016/j.jrp.2006.03.004
- Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K., & Hsieh, Y. P. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 39*(3), 267–285. doi:10.1177/0022022108314544
- Neff, K. D., & Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality, 41*(4), 908–916. doi:10.1016/j.jrp.2006.08.002
- Neff, K. D. & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality, 77*(1), 23–50. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x
- Nesse, R. M. (2000). Is depression an adaptation? *Archives of General Psychiatry, 57*(1), 14–20. doi:10.1001/archpsyc.57.1.14
- Nobakht, M., & Dezhkam, M. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. *International Journal of Eating Disorders, 28*(3), 265–271. doi:10.1002/1098-108X(200011)28:3<265::AID-EAT3>3.0.CO;2-L
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: Mc Graw-Hill.

## O

- O'Brien, K., Caputi, P., Minto, R., Peoples, G., Hooper, C., Kell, S., & Sawley, E. (2009). Upward and downward physical appearance comparisons. Development of scales and examination of predictive qualities. *Body Image, 6*(3), 201–206. doi:10.1016/j.bodyim.2009.03.003.
- Orsillo, S. M., & Batten, S. V. (2002). ACT as treatment of a disorder of excessive control: Anorexia. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*(3), 253–259. doi:10.1016/S1077-7229(02)80057-8
- Osgood, C. E., Suci, G. J., & Tannenbaum, P. H. (1957). *The measurement of meaning*. Urbana: University of Illinois Press.
- Owens, R. G., & Slade, P. D. (2008). So perfect it's positively harmful? Reflections on the adaptiveness and maladaptiveness of positive and negative perfectionism. *Behavior Modification, 32*(6), 928–937. doi:10.1177/0145445508319667

## P

- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S., & Luciano-Soriano, C. (2006). ACT y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 6*(1), 1–20. Retrieved from <http://www.ijpsy.com/>
- 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. *Psicologica, 36*, 235–246.
- Palla, B., & Litt, I.F. (1988). Medical complications of eating disorders in adolescents. *Pediatrics, 81*(5), 613–623.



- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience*. New York: Oxford University Press.
- Panksepp, J., Nelson, E., & Bekkedal, M. (1997). Brain systems for the mediation of social separation-distress and social-reward. Evolutionary antecedents and neuropeptide intermediaries. In C. S. Carter, I. Lederhendler, & B. Kirkpatrick (Eds.), *The integrative neurobiology of affiliation* (pp. 78–100). New York: New York Academy of Sciences.
- Park, L. E., Crocker, J., & Mickelson, K. D. (2004). Attachment styles and contingencies of self-worth. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(10), 1243–1254. doi:10.1177/0146167204264000
- Parry-Jones, B., & Parry-Jones, W. L. (1991). Bulimia: An archival review of its history in psychosomatic medicine. *International Journal of Eating Disorders*, 10(2), 129–143. doi:10.1002/1098-108X(199103)10:2<129::AID-EAT2260100202>3.0.CO;2-I
- Patton, G. C. (1988). Mortality in eating disorders. *Psychological Medicine*, 18(4), 947–951. doi:10.1017/S0033291700009879
- Patton, G. C., Carlin, J. B., Shao, Q., Hibbert, M. E., Rosier, M., Selzer, R., & Bowes, G. (1997). Adolescent Dieting: Healthy Weight Control or Borderline Eating Disorder? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(3), 299–306. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01514.x
- Peat, C., Mitchell, J. E., Hoek, H. W., & Wonderlich, S. A. (2009). Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 590–594. doi:10.1002/eat.20717
- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits”. *Infant Mental Health Journal*, 16(3), 271–291. doi:10.1002/1097-0355(199524)16:4<271::AID-IMHJ2280160404>3.0.CO;2-B
- Pietrzak, J., Downey, G. & Ayduk, O. (2005). Rejection sensitivity as an interpersonal vulnerability. In M.W. Baldwin (Ed.). *Interpersonal cognition* (pp. 62–84). New York: Guilford Publications.
- Pincus, H. A., Davis, W. W., & McQueen, L. E. (1999). “Subthreshold” mental disorders: a review and synthesis of studies on minor depression and other “brand names”. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 288–296. doi:10.1192/bjp.174.4.288
- Pinheiro, A. P., Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Machado, P. P. (2008). An empirical study of the typology of bulimic symptoms in young portuguese women. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 251–258. doi: 10.1002/eat.20497
- Pinto-Gouveia, J. (2000). Factores etiológicos e desenvolvimentais nos distúrbios alimentares. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 263–314). Coimbra: Quarteto Editora.
- Pliner, P., & Haddock, G. (1996). Perfectionism in weight-concerned and unconcerned women: An experimental approach. *International Journal of Eating Disorders*, 19(4), 381–389. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199605)19:4<381::AID-EAT5>3.0.CO;2-H
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, 40(2), 193–201. doi:10.1037/0003-066X.40.2.193
- Pomeroy, C., & Mitchell, J.E. (2002). Medical complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In C. G. Fairburn, & K. D. Brownell (Eds.), *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed.), (pp. 278–285). New York: Guilford Press.
- Prather, R. C., & Williamson, D. A. (1988). Psychopathology associated with bulimia, binge eating, and obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 7(2), 177–184. doi:10.1002/1098-108X(198803)7:2<177::AID-EAT2260070204>3.0.CO;2-1
- Price, J. S. (1988). Alternative channels for negotiating asymmetry in social relationships. In M. R. A. Chance (Ed.), *Social fabrics of the mind* (pp. 157-196). Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Price, J. S., Sloman, R., Gardner, R., Gilbert, P., & Rhode, P. (1994). The social competition hypothesis of depression. *The British Journal of Psychiatry*, 164(3), 309–315. doi:10.1192/bjp.164.3.309
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2002). Stigma, discrimination, and obesity. In C. G. Fairburn, & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: Toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4, 213–227. doi:10.1046/j.1467-789X.2003.00122.x

- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5), 941–964. doi:10.1038/oby.2008.636
- Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. A., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2008). Weight stigmatization and bias reduction: Perspectives of overweight and obese adults. *Health Education Research*, 23(2), 347–358. doi:10.1093/her/cym052

## R

- Ramacciotti, C. E., Dell'Osso, L., Paoli, R. A., Ciapparelli, A., Coli, E., Kaplan, A. S., & Garfinkel, P. E. (2002). Characteristics of eating disorder patients without a drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 32(2), 206–212. doi:10.1002/eat.10067
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8(5), 787–804. doi:10.1016/S0005-7894(77)80150-0
- Retzinger, S. (1991). *Violent emotions: Shame and rage in marital quarrels*. New York: Sage.
- Ricca V., Mannucci E., Mezzani B., Di Bernardo M., Zucchi T., Paionni A., ... Faravelli C. (2001). Psychopathological and clinical features of outpatients with an eating disorder not otherwise specified. *Eating and Weight Disorders*, 6(3), 157–165.
- Rice, K. G. (1990). Attachment in adolescence: A narrative and meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, 19(5), 511–538. doi:10.1007/BF01537478
- Rice, K. G., Lopez, F. G., & Vergara, D. (2005). Parental/social influences on perfectionism and adult attachment orientations. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 580–605. doi:10.1521/jscp.2005.24.4.580
- Roberto, C. A., Steinglass, J., Mayer, L. E., Attia, E., & Walsh, B. T. (2008). The clinical significance of amenorrhea as a diagnostic criterion for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(6), 559–563. doi:10.1002/eat.20534
- Rockert, W., Kaplan, A. S., & Olmsted, M. P. (2007). Eating disorder not otherwise specified: The view from a tertiary care treatment center. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3), S99–S103. doi:10.1002/eat.20482
- Rodin, F., Silberstein, L., & Striegel-Moore, R. (1985). Women and weight: A normative discontent. In Sonderegger T. B. (Ed), *Psychology and Gender: Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 267–307). Lincoln, NE; University of Nebraska Press.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 54–68. doi:10.1093/clipsy.9.1.54
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 71–88. doi:10.1007/s10608-005-1650-2
- Rooney, B., McClelland, L., Crisp, A. H., & Sedgwick, P. M. (1995). The incidence and prevalence of anorexia nervosa in three suburban health districts in South West London, U.K. *International Journal of Eating Disorders*, 18(4), 299–307. doi:10.1002/1098-108X(199512)18:4<299::AID-EAT2260180402>3.0.CO;2-K
- Rosen, J. B., & Schulkin, J. (1998) From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review*, 105(2), 325–350. doi:10.1037/0033-295X.105.2.325
- Rosen, J. C. (1997). Cognitive behavioral body image therapy. In D. M. Garner & P. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 188–204). New York: Guilford Press.
- Rosen, J. C., & Srebnik, D. (1990). The assessment of eating disorders. In P. McReynolds, J. C. Rosen, & G.J. Chelune (Eds.), *Advances in psychological assessment* (Vol. 7, pp. 229–259). New York: Plenum.
- Rosen, J. C., Vara, L., Wendt, S., & Leitenberg, H. (1990). Validity studies of the eating disorder examination. *International Journal of Eating Disorders*, 9(5), 519–528. doi:10.1002/1098-108X(199009)9:5<519::AID-EAT2260090507>3.0.CO;2-K
- Rothenberg, A. (1986). Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 49(1), 45–53. Retrieved from [http://www.guilford.com/cgi-bin/cartscript.cgi?page=pr/jnps.htm&dir=periodicals/per\\_psych&cart\\_id=708610.32653](http://www.guilford.com/cgi-bin/cartscript.cgi?page=pr/jnps.htm&dir=periodicals/per_psych&cart_id=708610.32653)

- Ruggiero, G. M., Levi, D., Ciuna, A., & Sassaroli, S. (2003). Stress situation reveals an association between perfectionism and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, *34*(2), 220–226. doi:10.1002/eat.10191
- Ruiz, F. R. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *10*(1), 125–162. Retrieved from <http://www.ijpsy.com/>
- Russell, G. F. M. (1979) Bulimia Nervosa: an ominous variant of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, *9*(3), 429–448. doi:10.1017/S0033291700031974
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. In S. Fiske (Ed.), *Annual Review of Psychology* (Vol. 52, pp. 141–166). Palo Alto, CA: Annual Reviews/ Inc.

## S

- Salbach-Andrae, H., Bohnkamp, I., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Miller, A. L. (2008). Dialectical Behavior Therapy of anorexia and bulimia nervosa among adolescents: A case series. *Cognitive and Behavioral Practice*, *15*(4), 415–425. doi:10.1016/j.cbpra.2008.04.001
- Sandoz, E. K. & Wilson, K. G. (2006, July). Body Image Acceptance Questionnaire: Embracing 'Normative Discontent'. Paper presented at the Association for Contextual Behavioral Science ACT/RFT World Conference, London, England.
- 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 Publications.
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., & Merwin, R. M. (in press). *Assessment of Body Image Flexibility: The Body Image - Acceptance and Action Questionnaire*. Manuscript for publication.
- 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. doi:10.1521/jscp.1995.14.4.315
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Test of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research - Online*, *8*(2), 23–74. Retrieved from <http://www.mpr-online.de>
- Schmidt, U., Lee, S., Perkins, S., Eisler, I., Treasure, J., Beecham, J., ... Yi, I. (2008). Do adolescents with eating disorder not otherwise specified or full-syndrome bulimia nervosa differ in clinical severity, comorbidity, risk factors, treatment outcome or cost?. *International Journal of Eating Disorders*, *41*(6), 498–504. doi:10.1002/eat.20533
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, *22*(1–2), 201–269. doi:10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9
- Schur, E. A., Sanders, M., & Steiner, H. (2000). Body dissatisfaction and dieting in young children. *International Journal of Eating Disorders*, *27*, 74–82. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(200001)27:1<74::AID-EAT8>3.0.CO;2-K
- Segall, S. R. (2005). Mindfulness and self-development in psychotherapy. *Journal of Transpersonal Psychology*, *37*(2), 143–163. Retrieved from <http://www.atpweb.org/journal.aspx>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(7), 773–791. doi:10.1016/S0005-7967(01)00059-6
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, *21*(6), 879–906. doi:10.1016/S0272-7358(00)00072-6
- Shapiro, S. L., & Schwartz, G. E. (2000). Intentional systemic mindfulness: An integrative model for self-regulation and health. *Advances in Mind-Body Medicine*, *16*(2), 128–134. doi:10.1054/ambm.1999.0118
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, *21*(6), 581–599. doi: 10.1023/A:1018700829825

- Sharp, C. W., & Freeman, C. P. (1993). The medical complications of anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 162(4), 452–462. doi:10.1192/bjp.162.4.452
- Sharpe, T. M., Killen, J. D., Bryson, S. W., Shisslak, C. M., Estes, L. S., Gray, N., ... Taylor, C. B. (1998). Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 23(1), 39–44. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199801)23:1<39::AID-EAT5>3.0.CO;2-2.
- Shaver, P. R., Collins, N., & Clark, K. L. (1996). Attachment styles and internal working models of self and relationship partners. In G. J. O. Fletcher, & J. Fitness (Eds.), *Knowledge structures in close relationships: A social psychological approach* (pp. 25–61). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Siegel, I. (2010). Does body weight dissatisfaction change with age? A cross-sectional analysis of American women. *The New School Psychology Bulletin*, 7(1), 42–50. Retrieved from <http://www.nspb.net/index.php/nspb>
- Silberstein, L. R., Mishkind, M. E., Striegel-Moore, R. H., Timko, C., & Rodin, J. (1989). Men and their bodies: a comparison of homosexual and heterosexual men. *Psychosomatic Medicine*, 51(3), 337–346. Retrieved from <http://www.psychosomaticmedicine.org/>
- Silberstein, L. R., Striegel-Moore, R. H., Timko, C., & Rodin, J. (1988). Behavioral and psychological implications of body dissatisfaction: Do men and women differ? *Sex Roles*, 19(3-4), 219–232. doi:10.1007/BF00290156
- Singh, D. (1993). Adaptive significance of female physical attractiveness: Role of waist-to-hip ratio. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 293–307. doi:10.1037/0022-3514.65.2.293.
- Skarderud, F. (2007). Shame and pride in anorexia nervosa: a qualitative descriptive study. *European Eating Disorders Review*, 15(2), 81–97. doi: 10.1002/erv.774
- Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21(3), 167–179. doi:10.1111/j.2044-8260.1982.tb00549.x
- Slovan, L. (2000). The syndrome of rejection sensitivity: An evolutionary perspective. In P. Gilbert, & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychology* (pp. 257–275). New York: Oxford University Press.
- Smith, D. E., Marcus, M. D., & Eldredge, K. L. (1994). Binge eating syndromes: A review of assessment and treatment with an emphasis on clinical application. *Behavior Therapy*, 25(4), 635–658. doi:10.1016/S0005-7894(05)80202-3
- Smith, E. R., Murphy, J., & Coats, S. (1999). Attachment to groups: Theory and management. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(1), 94–110. doi:10.1037/0022-3514.77.1.94
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Luyten, P., Duriez, B., & Goossens, L. (2005). Maladaptive perfectionistic self-representations: The mediational link between psychological control and adjustment. *Personality and Individual Differences*, 38(2), 487–498. doi:10.1016/j.paid.2004.05.008
- Södersten, P., Bergh, C., & Zandian, M. (2006). Understanding eating disorders. *Hormones and Behavior*, 50(4), 572–578. doi:10.1016/j.yhbeh.2006.06.030
- Sorlie, P., Gordon, T., & Kannel, W. B. (1980). Body build and mortality: The framingham study. *The Journal of the American Medical Association*, 243(18), 1828–1831. doi:10.1001/jama.1980.03300440030021
- Soundy, T. J., Lucas, A. R., Suman, V. J., & Melton, L. J. (1995). Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota from 1980s to 1990. *Psychological Medicine* 25(5), 1065–1071. doi:10.1017/S0033291700037557
- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., ... Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 191–203. doi:10.1002/1098-108X(199204)11:3<191::AID-EAT2260110302>3.0.CO;2-S
- Spitzer, R. L., Stunkard, A., Yanovski, S., Marcus, M. D., Wadden, T., Wing, R., ... Hasin, D. (1993). Binge eating disorder should be included in DSM-IV: A reply to Fairburn et al.'s "The classification of recurrent overeating: The binge eating disorder proposal". *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 161–169. doi:10.1002/1098-108X(199303)13:2<161::AID-EAT2260130204>3.0.CO;2-R
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A., ... Horne, R. L. (1993). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 137–153. doi:10.1002/1098-108X(199303)13:2<137::AID-EAT2260130202>3.0.CO;2-#

- Spoor, S. T., Stice, E., Burton, E., & Bohon, C. (2007). Relations of bulimic symptom frequency and intensity to psychosocial impairment and health care utilization: Results from a community-recruited sample. *International Journal of Eating Disorders, 40*(6), 505–514. doi:10.1002/eat.20410
- Srinivasagam, N. M., Kaye, W. H., Plotnicov, K. H., Greeno, C., Weltzin, T. E., & Rao, R. (1995). Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 152*(11), 1630–1634. Retrieved from <http://ajp.psychiatryonline.org/journal.aspx?journalid=13>
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American Journal of Psychiatry, 159*(8), 1284–1293. doi:10.1176/appi.ajp.159.8.1284
- Stice, E. (2001). Risk factors for eating pathology: Recent advances and future directions. In R. H. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* (pp. 51–73). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stice, E. & Fairburn, C. G. (2003). Dietary and dietary-depressive subtypes of bulimia nervosa show differential symptom presentation, social impairment, comorbidity and course of illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(6), 1090–1094. doi:10.1037/0022-006X.71.6.1090
- Stice, E., Mazotti, L., Weibel, D., & Agras, W. S. (2000). Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders, 27*(2), 206–217. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(200003)27:2<206::AID-EAT9>3.0.CO;2-D
- Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H. E., & Stein, R. I. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(4), 836–840. doi:10.1037/0021-843X.103.4.836
- Stice, E., & Shaw, H. E. (1994). Adverse effects of the media portrayed thin-ideal on women and linkages to bulimic symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology, 13*(3), 288–308. doi:10.1521/jscp.1994.13.3.288
- Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research, 53*(5), 985–993. doi:10.1016/S0022-3999(02)00488-9
- Story, M., Rosenwinkel, K., Himes, J. H., Resnick, M., Harris, L. J., Blum, R. W. (1991). Demographic and risk factors associated with chronic dieting in adolescents. *American Journal of Diseases of Children, 145*(9), 994–998. Retrieved from <http://jama.ama-assn.org/content/304/21/2420.short>
- 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. doi:10.1016/j.bodyim.2006.07.004.
- Striegel-Moore, R. H., Cachelin, F. M., Dohm, F. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2001). Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *International Journal of Eating Disorders, 29*(2), 157–165. doi:10.1002/1098-108X(200103)29:2<157::AID-EAT1005>3.0.CO;2-8
- Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Kraemer, H. C., Taylor, C. B., Daniels, S., Crawford, P. B., & Schreiber, G. B. (2003). Eating disorders in white and black women. *The American Journal of Psychiatry, 160*(7), 1326–1331. doi:10.1176/appi.ajp.160.7.1326
- Strober, M. (1980). A comparative analysis of personality organization in juvenile anorexia nervosa. *Journal of Youth and Adolescence, 10*(4), 285–295. doi:10.1007/BF02088992
- Strober, M. (1986). Anorexia nervosa: History and psychological concepts. In K. D. Brownell & J. P. Foreyt (Eds.), *Handbook of Eating Disorders: Physiology, Psychology and Treatment of Obesity, Anorexia and Bulimia* (pp. 231–246). New York, Basic Books.
- Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1999). Atypical anorexia nervosa: Separation from typical cases in course and outcome in a long-term prospective study. *International Journal of Eating Disorders, 25*(2), 135–142. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2<135::AID-EAT2>3.0.CO;2-1
- Stunkard, A. J. (1993). A history of binge eating. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: nature, assessment and treatment* (pp. 15–34). New York: Guilford Press.
- Sullivan, P. F., Bulik, C. M., & Kendler, K.S. (1998). The epidemiology and classification of bulimia nervosa. *Psychological Medicine, 28*(3), 599–610. doi: 10.1017/S0033291798006576

- Sypeck, M. F., Gray, J. J., Etu, S. F., Ahrens, A. H., Mosimann, J. E., & Wiseman, C. V. (2006). Cultural representations of thinness in women, redux: Playboy magazine's depictions of beauty from 1979 to 1999. *Body Image, 3*(3), 229–235. doi:10.1016/j.bodyim.2006.07.001
- Swan, S., & Andrews, B. (2003). The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment. *British Journal of Clinical Psychology, 42*(4), 367–378. doi:10.1348/014466503322528919
- Szmukler, G.I. (1985). The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Psychiatric Research, 19*(2-3), 143–153. doi:10.1016/0022-3956(85)90010-X

## T

- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston, MA: Pearson Education, Inc.
- Tangney, J. P. (1993). Shame and guilt. In C.G. Costello (Ed.), *Symptoms of depression* (pp. 161–180). New York: Wiley.
- Tangney J. P., & Fischer K. W. (Eds.). (1995). *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride*. New York: Guilford Press.
- Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A., & Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review, 107*(3), 411–429. doi:10.1037/0033-295X.107.3.411
- Teasdale, J. D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research & Therapy, 37*(S1), S53–S77. doi:10.1016/S0005-7967(99)00050-9
- Teasdale, J. D., Segal, Z., Mark, J., & Williams, G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy, 33*(1), 25–39. doi:10.1016/0005-7967(94)E0011-7
- Teasdale, J. D., Segal, Z., Williams, J., Mark G., Ridgeway, V., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 615–623. doi: 10.1037/0022-006X.68.4.615
- Telch, C. F., & Agras, W. S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related?. *International Journal of Eating Disorders, 15*(1), 53–61. doi:10.1002/1098-108X(199401)15:1<53::AID-EAT2260150107>3.0.CO;2-0
- Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences, 18*(5), 663–668. doi:10.1016/0191-8869(94)00192-U
- Thaw, J. M., Williamson, D. A., & Martin, C. K. (2001). Impact of altering DSM-IV criteria for anorexia and bulimia nervosa on the base rates of eating disorder diagnoses. *Eating and Weight Disorders, 6*(3), 121-129. Retrieved from <http://www.kurtis.it/ewd/it/>
- Theander, S. (1970). Anorexia nervosa. A psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica (Suppl.)*, 214, 1–194. Retrieved from <http://www.wiley.com/bw/journal.asp?ref=0001-690x>
- Theander, S. (1992). Chronicity in anorexia nervosa: Results from the Swedish long-term study. In W. Herzog, H., Deter, & W. Vandereyken (Eds.), *The course of Eating Disorders* (pp. 214–227). New York: Springer-Verlag.
- Thompson, A., & Kent, G. (2001). Adjusting to disfigurement: Processes involved in dealing with being visibly different. *Clinical Psychology Review, 21*(5), 663–682. doi:10.1016/S0272-7358(00)00056-8
- Thompson, J. K. (1990). Body image disturbance: Overview of the problem. In J. K. Thompson (Ed.), *Body image disturbance: Assessment and treatment* (pp. 1–7). Elmsford, New York: Pergamon Press.
- 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*(5), 615–619. doi:10.1002/1098-108X(199109)10:5<615::AID-EAT2260100514>3.0.CO;2-K
- Thompson, J. K., Coovert, M. D., & Stormer, S. M., (1999). Body image, social comparison and eating disturbance: A covariance structure modelling investigation. *International Journal of Eating Disorders, 26*, 43–51. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199907)

- Thompson, J., & Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science*, *10*, 181–183. doi:10.1111/1467-8721.00144
- Tiggemann, M., & Lynch, J. E. (2001). Body image across the life span in adult women: The role of self-objectification. *Developmental Psychology*, *37*(2), 243–253. doi:10.1037/0012-1649.37.2.243
- Tiggemann, M., & McGill, B. (2004). The role of social comparison in the effect of magazine advertisements on women's mood and body dissatisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *23*(1), 23–44. doi:10.1521/jscp.23.1.23.26991.
- Tiggemann, M., Polivy, J., & Hargreaves, D. (2009). The processing of thin ideals in fashion magazines: A source of social comparison or fantasy? *Journal of Social and Clinical Psychology*, *28*, 73–93. doi:10.1521/jscp.2009.28.1.73
- Tobin, D. L., Griffing, A., & Griffing, S. (1997). An examination of subtype criteria for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *22*(2), 179–186. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2<179::AID-EAT10>3.0.CO;2-X
- Tomkins, S. S. (1987). Shame. In D.L. Nathanson (Ed.), *The many faces of shame* (pp. 133–161). New York: Guilford Press.
- Toner, B. B., Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. (1987). Measurement of psychometric features and their relationship to clinical outcome in the longterm course of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *6*(1), 17–27. doi: 10.1002/1098-108X(198701)6:1<17::AID-EAT2260060104>3.0.CO;2-A
- Troisi, A., Di Lorenzo, G., Alcini, S., Nanni, R. C., Di Pasquale, C., & Siracusano, A. (2006). Body dissatisfaction in women with eating disorders: Relationship to early separation anxiety and insecure attachment. *Psychosomatic Medicine*, *68*(3), 449–453. doi:10.1097/01.psy.0000204923.09390.5b
- Troop, N. A., Allan, S., Serpell, L., & Treasure J. L., (2008). Shame in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *16*(6), 480–488. doi:10. 1002/erv.858.
- Troop, N. A., Allan, S., Treasure, J. L., & Katzman, M. (2003). Social comparison and submissive behavior in eating disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *76*, 237–249. doi:10.1348/147608303322362479.
- Troop, N. A., Sottrilli, S., Serpell, L., & Treasure, J. L. (2006). Establishing a useful distinction between current and anticipated bodily shame in eating disorders. *Eating and Weight disorders*, *11*, 83–90. Retrieved from <http://www.kurtis.it/ewd/it/>
- Trower, P., & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, *9*(1), 19–35. doi:10.1016/0272-7358(89)90044-5
- Tull, M. T., Gratz, K. L., Salters, K., & Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *192*(11), 754–761. doi:10.1097/01.nmd.0000144694.30121.89
- Turnbull, S., Ward, A., Treasure, J., Jick, H., & Derby, L. (1996). The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the General Practice Research Database. *British Journal of Psychiatry*, *169*(6), 705–712. doi:10.1192/bjp.169.6.705
- Turner, H., & Bryant-Waugh, R. (2004). Eating disorder not otherwise specified (EDNOS): Profiles of clients presenting at a community eating disorder service. *European Eating Disorders Review*, *12*(1), 18–26. doi: 10.1002/erv.552
- Twenge, J. M., Gentile, B., DeWall, C. N., Ma, D., Lacefield, K., Schurtz, D. R., (2010). Birth cohort increases in psychopathology among young Americans, 1938–2007: A cross-temporal meta-analysis of the MMPI. *Clinical Psychology Review*, *30*, 145–154. doi:10.1016/j.cpr.2009.10.005

## U

- Uvåns-Morberg, K. (1998). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology*, *23*(8), 819–835. doi:10.1016/S0306-4530(98)00056-0

## V

- Vandereycken, W. (2002). History of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive handbook*. (pp. 151–154). New York: Guilford Press.

- Vandereycken, W., & Hoek, H. W. (1993). Are eating disorders culture-bound syndromes? In K. A. Halmi (Ed.), *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa* (pp. 19–36). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- van Hoeken, D., Seidell, J. C., & Hoek, H. W. (2003). Epidemiology. In J. L. Treasure, U. Schmidt, & E. F. van Furth (Eds.), *Handbook of Eating Disorders* (2nd ed.) (pp. 11–34). Chichester: Wiley
- van Hoeken, D., Veling, W., Sinke, S., Mitchell, J. E., & Hoek, H. W. (2009). The validity and utility of subtyping bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 595–602. doi:10.1002/eat.20724
- Vohs, K. D., Bardone, A. M., Joiner, T. E., Jr., & Abramson, L. Y. (1999). Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: A model of bulimic symptom development. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 695–700. doi:10.1037/0021-843X.108.4.695
- Vohs, K. D., Voelz, Z. R., Pettit, J. W., Bardone, A. M., Katz, J., Abramson, L. Y., ... Joiner, T. E. (2001). Perfectionism, body dissatisfaction, and self-esteem: An interactive model of bulimic symptom development. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(4), 476–497. doi:10.1521/jscp.20.4.476.22397

## W

- Wade, T. D., Bergin, J. L., Tiggemann, M., Bulik, C. M., & Fairburn, C. G. (2006). Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 121–128. doi:10.1111/j.1440-1614.2006.01758.x
- Wade, T. J., Loyden, J., Renninger, L., & Tobey, L. (2003). Weight halo effects: Individual differences in personality evaluations as a function of weight? *Personality and Individual Differences*, 34(2), 263–268. doi:10.1016/S0191-8869(02)00042-9.
- Wadden, T. A., Brownell, K. D., & Foster, G. D. (2002). Obesity: Responding to the global epidemic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 510–525 doi:10.1037/0022-006X.70.3.510
- Wadden, T. A., Foster, G. D., Letizia, A., & Wilk, J. E. (1993). Metabolic, anthropometric, and psychological characteristics of obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 14(1), 17–25. doi:10.1002/1098-108X(199307)14:1<17::AID-EAT2260140103>3.0.CO;2-L
- Waller, G. (1993). Why do we diagnose different types of eating disorder? Arguments for a change in research and clinical practice. *European Eating Disorders Review*, 1(2), 74–89. doi:10.1002/erv.2400010203
- Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Mickley, D., Sysko, R., Parides, M. K. (2004). Treatment of bulimia nervosa in a primary care setting. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 556–561. doi:10.1176/appi.ajp.161.3.556
- Walsh, B. T., & Garner, D. M. (1997). Diagnostic issues. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 25–33). New York: Guilford Press.
- Wang, S. (2005). A conceptual framework for integrating research related to the physiology of compassion and the wisdom of Buddhist teachings. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 75–120). London: Brunner-Routledge.
- Ward, A., Ramsay, R., & Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73(1), 35–51. doi:10.1348/000711200160282
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 74(4), 497–505. doi:10.1348/000711201161145
- Watson, T. L., & Andersen, A. E. (2003). A critical examination of the amenorrhea and weight criteria for diagnosing anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 175–182. doi:10.1034/j.1600-0447.2003.00201.x
- Webster J., & Driskell, J. E. (1983). Beauty as status. *American Journal of Sociology*, 89(1), 140–165. doi: 10.1086/227836
- Webster, J., & Tiggemann, M. (2003). The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: The role of cognitive control. *Journal of Genetic Psychology*, 164, 241–251. doi:10.1080/00221320309597980
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101(1), 34–52. doi:10.1037/0033-295X.101.1.34



- Wertheim, E. H., Koerner, J., & Paxton, S. J. (2001). Longitudinal predictors of restrictive eating and bulimic tendencies in three different age groups of adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(1), 69–81. doi:10.1023/A:1005224921891
- Whelton, W. J., & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1583–1595. doi:10.1016/j.paid.2004.09.024
- Whitehouse, A. M., Cooper, P. J., Vize, C. V., Hill, C., & Vogel, L. (1992). Prevalence of eating disorders in three Cambridge general practices: Hidden and conspicuous morbidity. *British Journal of General Practice*, 42(355), 57–60. Retrieved from <http://www.rcgp.org.uk/brjgenpract.aspx>
- Wilfley, D. E., Bishop, M. E., Wilson, G. T., & Agras, W. S. (2007). Classification of eating disorders: Toward DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3), S123–S129. doi:10.1002/eat.20436
- Wilfley, D. E., Schreiber, G. B., Pike, K. M., Striegel-Moore, R. H., Wright, D. J., & Rodin, J. (1996). Eating disturbance and body image: A comparison of a community sample of adult black and white women. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 377–387. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199612)20:4<377::AID-EAT5>3.0.CO;2-K
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*. London: Routledge.
- Wilkinson, L., & Task of Force on Statistical Inference - APA (1999). Statistical Methods in Psychology Journals: Guidelines and explanations. *American Psychologist*, 54(8), 594–604. doi:10.1037//0003-066X.54.8.594
- Williams, G. J., Power, K. G., Millar, H. R., Freeman, C. P., Yellowlees, A., Dowds, T., ... & Jackson, M. A. (1993). Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem and self-directed hostility. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 27–32. doi:10.1002/1098-108X(199307)
- Wills, T. A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90, 245–271. doi:10.1037/0033-2909.90.2.245
- Wilson, G. T. (1993). Assessment of binge eating. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 227–249). New York: Guilford Press.
- Wilson, G. T. (2002). The controversy over dieting. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed.) (pp. 93–97). New York: Guilford Press.
- Wilson, G. T., & Eldredge, K. L. (1991). Frequency of binge eating in bulimic patients: Diagnostic validity. *International Journal of Eating Disorders*, 10(5), 557–561. doi:10.1002/1098-108X(199109)10:5<557::AID-EAT2260100508>3.0.CO;2-X
- Wilson, G. T., Nonas, C. A., & Rosenblum, G. D. (1993). Assessment of binge eating in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 13(1), 25–33. doi:10.1002/1098-108X(199301)13:1<25::AID-EAT2260130104>3.0.CO;2-T
- Wilson, G. T., & Smith, D. (1989). Assessment of bulimia nervosa: An evaluation of the eating disorders examination. *International Journal of Eating Disorders*, 8(2), 173–179. doi:10.1002/1098-108X(198903)8:2<173::AID-EAT2260080206>3.0.CO;2-V
- Wilson, G. T., & Walsh, B. T. (1991). Eating disorders in the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 362–365. doi:10.1037/0021-843X.100.3.362
- Wiseman, C. V., Gray, J. J., Mosimann, J. E., & Ahrens, A. H. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 85–89. doi:10.1002/1098-108X(199201)
- Wispe, L. (1991). *The Psychology of Sympathy*. New York: Plenum.
- Wonderlich, S. A. (2002). Personality and eating disorders. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed.) (pp. 204–209). New York: Guilford Press.
- Wood, J. V. (1989). Theory and research concerning social comparisons of personal attributes. *Psychological Bulletin*, 106(2), 231–248. doi:10.1037/0033-2909.106.2.231
- World Health Organization (1992). *International classification of diseases* (10th rev.). Geneva: WHO
- Wyatt, R., & Gilbert, P. (1998). Dimensions of perfectionism: A study exploring their relationship with perceived social rank and status. *Personality and Individual Differences*, 24(1), 71–79. doi:10.1016/S0191-8869(97)00146-3

Yamamiya, Y., Cash, T. F., Melnyk, S. E., Posavac, H. D., & Posavac, S. S. (2005). Women's exposure to thin-and-beautiful media images: Body image effects of media-ideal internalization and impact-reduction interventions. *Body Image, 2*(1), 74–80. doi:10.1016/j.bodyim.2004.11.001

---

## Z

---

Zuroff, D. C., Moskowitz, D. S., & Côté, S. (1999). Dependency, self-criticism, interpersonal behaviour and affect: Evolutionary perspectives. *British Journal of Clinical Psychology, 38*(3), 231–250. doi:10.1348/014466599162827