



UC/FPCE_2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

A importância da vergonha interna na psicopatologia do comportamento alimentar: O papel mediador da auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal

Luísa Andreia Viveiros Ornelas (luisaornelas_@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e de Saúde
(Especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e de Saúde) sob a orientação do Professor Doutor José Augusto Veiga Pinto Gouveia e da Professora Doutora Cláudia Ferreira

A importância da vergonha interna na psicopatologia do comportamento alimentar: O papel mediador da auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal

O presente estudo analisa a relação entre variáveis como a vergonha interna, externa, a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal e os indicadores de psicopatologia alimentar, numa amostra constituída por 463 participantes da população geral estudante. As nossas análises foram realizadas separadamente para o género masculino e para o género feminino.

A escala Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal (Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011) mede a necessidade dos indivíduos se apresentarem socialmente, em termos da sua aparência física, como perfeitos. Esta necessidade pode ser a de, por um lado, promover ou apresentar uma aparência de perfeição (auto-promoção da perfeição), ou por outro, a de evitar ser percebido como imperfeito (ocultação da imperfeição), ou a de não revelar aquilo que considera serem imperfeições ou falhas em relação à sua imagem corporal perante os outros.

A Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal (Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011) revelou-se um preditor significativo da procura da magreza, tanto na amostra constituída por respondentes do género masculino como na amostra constituída por respondentes do género feminino. Assim, tivemos por objectivo perceber o contributo desta necessidade, na relação entre a vergonha interna (i.e., a forma como a pessoa se vê, se julga e se experiencia de uma forma negativa) e a procura da magreza.

Os resultados demonstraram um efeito de mediação parcial da auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal na relação entre a vergonha interna e a procura da magreza na amostra do género masculino, e na amostra do género feminino o efeito de mediação foi total.

Palavras-Chave: vergonha interna; auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal; auto-promoção da perfeição; ocultação da imperfeição; procura da magreza

The importance of internal shame on eating disorders: The mediating role influence of the perfectionist self-presentation of body image

The present study analyses the connection between certain variables like the internal/external shame, the perfectionist self-presentation of body image and eating psychopathology indicators. For this purpose we used a sample constituted by 463 individuals from the general student population. Our analysis were made separately for men and women samples.

The Perfectionist Self-Presentation of Body Image Scale (Ferreira, Gouveia, & Duarte, 2011) measures the need of an individual to present himself socially as perfect, in terms of physical appearance. By one hand this need can be related to the promotion, or presentation of a perfect appearance (perfectionistic self-promotion), on the other hand it can be related to the avoidance of being seen as imperfect (nondisplay of imperfection), hiding what one considers, that others might see, as imperfections, or flaws in their body image.

The Perfectionist Self-Presentation of Body Image (Ferreira, Gouveia, & Duarte, 2011), proved to be a significant predictor of the drive for thinness in both men and women. Therefore, our objective was to understand the impact of this need in the connection with internal shame (e.g. how one sees, judges and experiments himself negatively) and the drive for thinness.

Results show a partial mediation effect of the perfectionist self-presentation of body image in the connection between internal shame and the drive for thinness in the male sample. In the female sample a total mediation effect was found.

Key-Words: internal shame; perfectionist self-presentation of body image; nondisplay of imperfection; perfectionistic self-promotion; drive for thinness

Agradecimentos

À minha mãe e ao meu pai o meu sincero obrigado por me transmitirem a sua luta, garra e força. Obrigada por todo o amor, compreensão, disponibilidade e, sobretudo, por me ensinarem que apesar da *“saudade não ter braços, mas apertar”* quando se quer, não há longe nem distância.

Ao meu irmão Diogo, o meu pequeno herói, por ser uma presença fundamental na minha vida, e por me ensinar que apesar de sermos irmãos diferentes somos especiais e juntos somos sempre mais fortes.

Aos meus amigos, pelo carinho e amizade que transpõe o Atlântico, pelos momentos de partilha, pelas minhas ausências, mas acima de tudo por me mostrarem que *“nenhum caminho é longo demais quando um amigo nos acompanha”*.

Ao Pedro e à Xana.

Ao Professor Doutor José Augusto Pinto Gouveia, pelo privilégio e oportunidade de trabalhar a seu lado, pelos questionamentos, crítica e conhecimentos transmitidos.

À Professora Doutora Cláudia Ferreira pela sua orientação, apoio, precisão, crítica construtiva e dedicação ao longo da realização deste trabalho, o meu sincero obrigado.

A todos os colegas do curso e da área de especialização pelo espírito de entreatajuda.

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento conceptual	3
1. Perfeccionismo	3
1.1 O Perfeccionismo nas perturbações alimentares	7
2. Vergonha	10
2.1 Definição e desenvolvimento	10
2.2 Vergonha interna e externa.....	11
2.3 A Vergonha nas perturbações alimentares	12
2.4 Vergonha, perfeccionismo e auto-apresentação perfeccionista..	16
II – Objectivos	17
III – Metodologia	18
Caracterização da Amostra	18
Instrumentos.....	18
Procedimentos.....	20
IV- Resultados	21
Estudo I: Diferenças entre géneros nas variáveis em estudo	21
Estudo II: Estudo correlacional entre as experiências de Vergonha Interna e Externa, Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal e Patologia Alimentar	23
Estudo III: Estudo das Regressões - Variáveis Predictoras da Procura da Magreza.....	25
Estudo IV: Efeito de mediação da Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal (VM) na relação entre a Vergonha Interna (VI) e a Procura da Magreza (VD) na amostra do género feminino ($n = 287$) e na amostra do género masculino ($n = 170$)	27
V - Discussão	30
VI - Conclusões	35
Bibliografia	37
Anexos	44

Introdução

A importância excessiva em torno da avaliação tecida, de uma forma desfavorável, por outros significativos e o evitamento da desaprovação e rejeição social (Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990; Hewitt & Flett, 1991), leva a que alguns indivíduos se auto-apresentem como perfeitos (Hewitt, Flett, Sherry, Habke, Parkin, Lam, McMurtry, Fairlie, Ediger, & Stein, 2003). Recentemente, surgiu um aspecto interpessoal do perfeccionismo, a Auto-apresentação Perfeccionista, que compreende três facetas, a auto-promoção da perfeição, ocultação e não revelação da imperfeição, na qual os indivíduos se envolvem em estratégias para promover a sua suposta perfeição aos outros e ocultar as suas imperfeições percebidas por estes (Hewitt et al., 2003). Sob o olhar dos outros, a necessidade do *self* parecer ser perfeito, pode ser considerado um mecanismo compensatório, com o objectivo de se defender dos sentimentos de inadequação e de se proteger das preocupações relativas à rejeição (Hewitt et al., 2003).

O foco atencional está muitas vezes centrado em torno da aparência física, sendo determinante para a experiência de vergonha (Goss & Gilbert, 2002), associada não só à influência que as opiniões de terceiros podem ter, mas também à apresentação pública, à internalização de padrões culturais de magreza e irrealistas de atractividade física (Hewitt, Flett, & Ediger, 1995) e à procura da magreza (Stice & Agras, 1998), o que no seu conjunto vulnerabiliza os indivíduos para a psicopatologia do comportamento alimentar (Butterfield & Leclair, 1988; Garner, Olmsted, & Polivy, 1983).

A extensa investigação empírica realizada no âmbito do perfeccionismo e da psicopatologia alimentar tem enfatizado o papel do perfeccionismo como característica central das perturbações alimentares e do fenómeno da aparência física (Vitousek & Manke, 1994), em que os comportamentos associados aos distúrbios alimentares podem emergir a partir de ambientes familiares que valorizam a imagem de perfeição, onde os erros são vistos com consternação e em que o indivíduo se sente impelido a executar uma busca rígida da perfeição (Reindl, 2001).

No entanto, embora o perfeccionismo seja considerado um aspecto nuclear para a compreensão das perturbações alimentares (e.g., Cockell, Hewitt, Seal, Sherry, Flett, Remick, 2002; Hewitt et al., 1995; Hewitt et al., 2003; Humphrey, 1992; McGee, Hewitt, Sherry, Parkin, & Flett, 2005), o conhecimento do seu papel no desenvolvimento destas perturbações apresenta ainda algumas lacunas, sendo que, os estudos de mediação entre o perfeccionismo e a psicopatologia do comportamento alimentar são praticamente inexistentes na literatura (Bardone-Cone, Wonderlich, Frost, Bulik, Mitchell, Uppala, & Simonich, 2007). Neste sentido, através da escala recente a Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal (Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011) pretendemos analisar a necessidade dos indivíduos se apresentarem socialmente, ou nas suas relações interpessoais, de uma forma perfeita em relação à sua imagem corporal, por um lado pela necessidade de promover ou de se apresentar uma imagem corporal ou

aparência de perfeição para os outros, ou por outro, através necessidade de evitar ser visto como imperfeito ou de não demonstrar aquilo que considera serem imperfeições ou falhas em relação à sua imagem corporal. Assim, a presente investigação tem como principal objectivo analisar que papel desempenha esta dimensão específica, na relação entre a vergonha e os índices de psicopatologia alimentar.

I – Enquadramento conceptual

1. Perfeccionismo

O perfeccionismo é caracterizado pela procura da perfeição e pelo estabelecimento de padrões de realização excessivamente elevados, acompanhados pela tendência de se avaliar o próprio comportamento de uma forma excessivamente crítica (Hewitt & Flett, 2002; Frost et al., 1990). Não obstante, os perfeccionistas dão demasiada importância à avaliação que as outras pessoas irão fazer, sentindo-se pressionados a alcançar elevados níveis de desempenho, com o objectivo de evitar a desaprovação e decepção por parte de outros (Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991).

Antes da década de 90 o perfeccionismo era conceptualizado como um constructo unidimensional (Frost et al., 1990), em que as medidas utilizadas (e.g., Burns Perfectionism Scale) estabeleciam como focos, exclusivamente as cognições dirigidas ao *self*. O perfeccionismo era assim definido como sendo o reflexo do esforço incessante e compulsivo de um indivíduo para alcançar padrões de desempenho elevados, avaliando o seu valor com base na produtividade e realização (Burns, 1980). Neste sentido, e tendo em conta conceptualizações anteriores, Hollander (1965) defende que os perfeccionistas se caracterizam como “exigentes e exactos”, verificando-se uma importância exagerada relacionada com a limpeza, sobrevalorizando a precisão, organização e ordem. Hollander (1965) alega mesmo que o perfeccionismo é um fetiche pela ordenação, que embora não esteja relacionado com a definição de padrões, ou na forma como esses padrões são avaliados, está sim associado à forma como os indivíduos despendem a maior parte do seu tempo a satisfazer esses padrões. Já Pacht (1984) alega que o perfeccionismo é um problema generalizado e extremamente debilitante porque os padrões elevados não são, por si só, problemáticos para o indivíduo, mas é a tentativa de atingir objectivos impossíveis, aliada a uma valorização pessoal dependente apenas do sucesso, que leva estes indivíduos a derrotarem-se a si mesmos.

Por sua vez, Hamachek (1978) diferencia perfeccionismo normal de neurótico, em que os perfeccionistas neuróticos são aqueles que, motivados pelo medo do fracasso, se esforçam por atingir padrões de desempenho excessivamente elevados, mostrando-se incapazes de reduzir-los, já que mesmo as pequenas falhas fazem com que estes ponham em causa toda a sua performance (Frost et al., 1990); por outro lado, os perfeccionistas normais são motivados pelo desejo de satisfação e esforçam-se por atingir padrões de desempenho razoáveis (Bardone-Cone et al., 2007). Este autor distinguiu também os perfeccionistas negativos (os que exibem comportamentos perfeccionistas impulsionados pelo reforço negativo) dos perfeccionistas positivos (em que o seu comportamento é impulsionado pelo reforço positivo; Hamachek, 1978). Não obstante, de acordo com Reed (1985) a característica central dos perfeccionistas é a incerteza acerca de quando uma tarefa está concluída, o que para além da preocupação exagerada com os erros, está patente a tendência para duvidar da qualidade do seu próprio trabalho.

Em suma, as conceptualizações unidimensionais (e.g., Burns, 1980; Hamachek, 1978; Hollander, 1965; Pacht, 1984) consideravam como característica principal da definição de perfeccionismo o estabelecimento de elevados padrões de desempenho, não fazendo alusão à distinção entre os indivíduos perfeccionistas daqueles que são altamente competentes e bem-sucedidos. Ou seja, a simples procura e o estabelecimento de padrões elevados de desempenho não deve ser considerada patológica, porque pelo contrário pode reflectir uma visão ou postura positiva em relação à vida (Blatt, D'-Afflitti, & Quinla, 1976). Além disso, estas conceptualizações unidimensionais centravam-se exclusivamente nas cognições dirigidas ao *self* (Burns, 1980), mas segundo Frost e os seus colaboradores (1990) o perfeccionismo engloba também aspectos interpessoais que são essenciais para a adaptação às dificuldades.

As conceptualizações unidimensionais do perfeccionismo mantiveram-se durante algum tempo, mas devido aos problemas na sua definição acima referidos, desde o início da última década, são os vários modelos multidimensionais do comportamento perfeccionista que têm dominado (e.g., Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991; Hewitt et al., 2003). As conceptualizações multidimensionais do perfeccionismo conduziram ao desenvolvimento de novos instrumentos como a Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (i.e., FMPS; Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990) e a escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett (i.e., HMPS; Hewitt & Flett, 1991). Embora estas visões multidimensionais de perfeccionismo sejam de certa forma diferentes, cada uma enfatiza não só o estabelecimento de altos padrões pessoais, como também a existência de fontes externas na base da etiologia do perfeccionismo (e.g., perfeccionismo socialmente prescrito na HMPS e as expectativas parentais e criticismo parental na FMPS; Ashby, Rice, & James, 2006).

Frost e os seus colaboradores (1990) identificaram seis dimensões do perfeccionismo: a) preocupação com os erros pessoais, b) padrões pessoais, c) criticismo parental, d) expectativas parentais, e) dúvidas sobre acções e f) organização. Por sua vez, Hewitt e Flett (1991) apresentaram a distinção entre os aspectos pessoal e interpessoal do traço perfeccionista conceptualizando-os em três dimensões estáveis, mas que se distinguem entre si: o perfeccionismo auto-orientado (exigência da perfeição a si mesmo), perfeccionismo orientado para os outros (exigência da perfeição aos outros) e o perfeccionismo socialmente prescrito (percepção de que a exigência da perfeição advém de outros em relação a si), em que a primeira dimensão refere-se a um componente intrapessoal, e as duas últimas a um componente interpessoal. Hewitt e Flett (1991) consideram que a principal diferença entre estas dimensões não é, só por si, o padrão de comportamento, mas o objecto sobre o qual o perfeccionismo é dirigido (e.g., auto-orientado *versus* orientado para os outros), ou por sua vez, a quem o comportamento perfeccionista é atribuído (e.g., perfeccionismo socialmente prescrito).

A primeira dimensão, o perfeccionismo auto-orientado, consiste no estabelecimento de padrões exigentes e irreais para o próprio indivíduo através de comportamentos perfeccionistas auto-dirigidos (Hewitt & Flett,

1991). Esta dimensão contempla um componente motivacional que se reflecte, não só pelo esforço que um indivíduo faz para alcançar a perfeição, mas também para evitar falhas. Um componente que subjaz a esta dimensão é a discrepância entre o *self* actual e o *self* ideal, associados à depressão (Higgins, Bond, Klein, & Strauman, 1986; Strauman, 1989). O perfeccionismo auto-orientado tem sido associado a várias formas de psicopatologia, tais como à ansiedade (Flett, Hewitt & Dyck, 1989), a depressão (Hewitt & Flett, 1991), à anorexia nervosa (Cooper, Cooper, & Fairburn, 1985) e a crenças irracionais (Flett, Hewitt, Blankenstein, & Koledin, 1991). A segunda dimensão, o perfeccionismo orientado para os outros, consiste num conjunto de crenças e expectativas acerca das capacidades dos outros (Hewitt & Flett, 1991). O perfeccionista orientado para os outros exhibe padrões significativos em relação a outros indivíduos, realçando nas outras pessoas a importância destas serem perfeitas, avaliando rigorosamente o desempenho respectivo. Enquanto o perfeccionismo auto-orientado leva à auto-crítica e à auto-punição, o perfeccionismo orientado para os outros tem como consequência a falta de confiança, a culpa e a hostilidade relativamente aos outros. Esta dimensão parece estar relacionada com frustrações interpessoais como o cinismo, a solidão e problemas conjugais e familiares (Burns, 1983; Hollender, 1965). Por outro lado, o perfeccionismo orientado para os outros pode estar associado a características positivas, como a capacidade de liderança ou até mesmo potenciar a motivação nos outros (Hewitt & Flett, 1991). A terceira dimensão, o perfeccionismo socialmente prescrito, envolve a percepção da necessidade individual em alcançar os padrões e expectativas estabelecidos por outros significativos (Hewitt & Flett, 1991), ou seja, a essência do perfeccionismo socialmente prescrito está na crença de que os outros esperam níveis elevados de perfeição, acompanhada pela preocupação com o facto de não conseguir alcançar esses padrões, ou viver de acordo com essas normas (Wayatt & Gilbert, 1998). Porque estes padrões são impostos por outros significativos são percebidos como sendo excessivos e incontroláveis, o que em consequência resultará no medo das avaliações negativas (Hewitt & Flett, 1991). Blankenstein, Flett, Hewitt e Eng (1993 *cit in* Hewitt & Flett, 1991) alegaram que esta dimensão de perfeccionismo está associada a um vasto número de medos, como o medo de errar e do fracasso.

Mais recentemente, e para além das dimensões do traço perfeccionista, Hewitt e os seus colaboradores (2003) descreveram um outro aspecto interpessoal do perfeccionismo, a auto-apresentação perfeccionista. Em contraste com o traço perfeccionista, que se refere à exigência da perfeição do *self* ou dos outros, a auto-apresentação perfeccionista é consistente com a noção de Sullivan (1938/2000) de que a personalidade se manifesta por meio de interacções interpessoais, e representa a expressão interpessoal do perfeccionismo na qual os indivíduos se envolvem em estratégias para promover a sua suposta perfeição aos outros e ocultar as suas imperfeições percebidas por estes (Hewitt et al., 2003).

Hewitt e os seus colaboradores (2003) propuseram e demonstraram que a auto-apresentação perfeccionista é multidimensional e compreende

três facetas: a auto-promoção perfeccionista, a ocultação da imperfeição e a não-revelação da imperfeição.

A primeira faceta da auto-apresentação perfeccionista é a auto-promoção perfeccionista, através da qual o indivíduo tenta comportar-se de uma forma perfeita, perante os outros, com o objectivo de transparecer uma imagem de alguém que é capaz, competente e bem-sucedido (Hewitt et al., 2003). O conceito de auto-promoção é semelhante ao proposto por Jones e Pittman (1982) que consiste nas tentativas que um indivíduo faz no sentido de impressionar os outros, através da demonstração de capacidades e competências perfeitas para obter admiração e respeito. Esta faceta permitirá que o indivíduo tenha uma boa reputação, obtenha respeito e admiração e consequentemente seja visto como perfeito. Algumas evidências apontam que este tipo de auto-apresentação é patologicamente motivado e interpessoalmente aversivo (Hewitt et al., 2003).

A adopção de um estilo de comportamento pautado pelo evitamento, mas que também envolva a preocupação em não demonstrar imperfeições, diz respeito à segunda faceta da auto-apresentação perfeccionista – a ocultação da imperfeição. Os indivíduos que apresentam esta faceta têm uma necessidade excessiva para evitar parecerem imperfeitos, com o objectivo último de, supostamente, diminuir a probabilidade de desaprovação (Hewitt et al., 2003) o que em consequência conduz “ao encobrimento de falhas pessoais, antes que os outros se tornem conscientes delas” (Horney, 1950, p. 120). Os indivíduos com níveis elevados desta faceta evitam todas as situações onde o seu comportamento se possa tornar focos do escrutínio dos outros, e onde as deficiências, erros, incapacidades ou falhas pessoais possam ser reveladas (Hewitt et al., 2003). Por fim, esta faceta reflecte a postura passiva tomada pelos indivíduos e parece envolver, de forma diminuída, a capacidade para modificar a apresentação, sugerindo um sentido de diminuição da eficácia na apresentação de uma imagem clara de perfeição para os outros (Hewitt et al., 2003).

A auto-promoção perfeccionista e a ocultação da imperfeição são duas facetas consideradas motivacionais, uma vez que a auto-promoção perfeccionista implica um esforço para apresentar-se perfeito e a ocultação da imperfeição envolve igualmente um esforço, mas para evitar a demonstração de quaisquer imperfeições. Estas duas facetas são semelhantes às descritas por Sorotzkin (1985) na medida em que incluem igualmente um componente de auto-apresentação e envolvem manifestações públicas de perfeccionismo, que são respectivamente os perfeccionistas narcisistas (tentam obter a admiração e o respeito dos outros demonstrando que a perfeição foi alcançada, sentindo-se orgulhosos por terem características superiores) e os perfeccionistas neuróticos (tentam obter e manter a aceitação e o carinho dos outros, em parte, através do envolvimento em comportamentos defensivos com o objectivo de esconder as suas imperfeições).

A terceira faceta da auto-apresentação perfeccionista, a não-revelação da imperfeição, é também considerada um estilo de evitamento, mas desta vez na medida em que envolve o evitamento de divulgações verbais acerca

de qualquer imperfeição pessoal que possa ser percebida, ou seja implica alguma relutância em admitir verbalmente falhas pessoais (McGee et al., 2005). Estes indivíduos mostram-se preocupados com as avaliações negativas e em consequência são menos expressivos verbalmente em situações sociais (Flett, Hewitt, & DeRosa, 1996) motivando o seu comportamento perfeccionista (Weisinger & Lobsenz, 1981 *cit in* Hewitt et al., 2003). Os indivíduos com níveis excessivos desta faceta são mais propensos a evitar as situações que os fazem admitir ou discutir as suas supostas imperfeições (Hewitt et al., 2003).

Um factor que distingue estas facetas é o foco em que a auto-apresentação perfeccionista é concebida, ou seja, se numa tentativa de demonstrar a suposta perfeição aos outros, ou se pelo contrário é concebida como uma orientação que envolve a minimização da exposição pública e a sua consequente não exposição de erros, falhas e deficiências (Hewitt et al., 2003). A distinção destas facetas é feita, sobretudo entre a exibição de uma identidade desejada, através da tentativa de promover aspectos positivos e perfeitos do *self* na interacção com os outros, e a negação de uma identidade indesejada através da ocultação ou da não demonstração de uma imagem que evidencie qualquer aspecto do *self* percebido como negativo (Higgins, 1998; Leary, 1993; Roth, Harris, & Snyder, 1988).

Nesse sentido, acredita-se que todas as facetas da auto-apresentação perfeccionista estão associadas ao *distress* pessoal e interpessoal (Hewitt et al., 2003), já que os indivíduos podem, em algum momento, ser obrigados a demonstrar ou revelar as suas imperfeições (Tedeschi, Schlenker, & Bonoma, 1971) o que poderia ter um impacto decisivo na aprovação e aceitação social. Por outro lado, a auto-apresentação perfeccionista pode ser encarada como uma estratégia de *coping* embora, nesta situação, esta estratégia conduza à manutenção das suas dificuldades, influenciando o estabelecimento de relações interpessoais, impedindo que os indivíduos encarem os problemas de forma apropriada. Por conseguinte, a necessidade do *self* parecer ser perfeito aos olhos dos outros, pode ser considerado um mecanismo compensatório que o individuo utiliza para se defender dos sentimentos de inadequação e para se proteger contra as preocupações que tem em relação à rejeição (Hewitt et al., 2003).

1.1 O Perfeccionismo nas perturbações alimentares

A extensa investigação realizada no âmbito do perfeccionismo e da psicopatologia alimentar tem enfatizado o papel do perfeccionismo, como característica central nas perturbações alimentares e no fenómeno da aparência física (Vitousek & Manke, 1994), sendo considerado o seu papel etiológico no desenvolvimento destas (McGee et al., 2005). Ao longo dos anos, as investigações têm apoiado a visão de que as perturbações alimentares estão não só associadas a padrões irrealistas de atractividade física e de magreza (Hewitt et al., 1995), mas também a uma disposição que envolve expectativas irrealistas e esforços desmesurados em variadíssimas situações (Butterfield & Leclair, 1988; Garner et al., 1983).

Bruch (1978) caracterizou os doentes com perturbações alimentares

como pessoas perfeccionistas, excessivamente submissas, nomeadamente pelo medo de não serem respeitadas e valorizadas. Por sua vez, Humphrey (1992) alega que a perturbação alimentar pode emergir a partir de ambientes familiares que valorizam a imagem de perfeição, onde os erros são vistos com consternação, em que o indivíduo se sente impelido a executar uma busca rígida da perfeição a nível físico (Reindl, 2001). Tendo em consideração o Modelo de Perfeccionismo e de Desajustamento proposto por Hewitt, Flett, e Ediger (1995), o perfeccionismo pode influenciar tanto a frequência como o impacto de eventos ambientais potenciadores de *distress*, ou seja, os indivíduos altamente perfeccionistas apresentam rigorosos critérios de avaliação, e em que o não alcance de um objectivo pode ser encarado como um acontecimento devastador. Em segundo lugar, outros eventos ambientais podem ter um impacto negativo, porque os perfeccionistas irão interpretar esses eventos como indicadores da sua falta de perfeição (Hewitt et al., 1995).

Mais recentemente, a associação entre a psicopatologia alimentar e o perfeccionismo é conceptualizada através de um Modelo de Stress-Diátese (e.g., Heatherton & Baumeister, 1991; Joiner, Heatherton, Rudd, & Schmidt, 1997) no qual o perfeccionismo age como um factor de vulnerabilidade, ao promover a psicopatologia na presença de fracassos geradores de stress em áreas importantes para o indivíduo (McGee et al., 2005). Hewitt e Flett (2002) adicionaram um nível de complexidade a esta relação, sugerindo que o perfeccionismo não é uma característica inerte que meramente reage ao stress, mas sim um traço dinâmico que também interage e origina stress. Nesse sentido, os indivíduos que estabelecem critérios rigorosos de avaliação, quando confrontados com uma falha na persecução de um objectivo e ainda que diminuta, esta será encarada como um erro grave. Desta forma, o perfeccionismo potencia o stress no indivíduo, e no caso específico da aparência física, o facto de não se conseguir atingir o peso corporal desejado, ainda que se estabeleçam padrões e normas rígidas, será uma situação experienciada como uma “calamidade” e não como uma fase temporária. Já para Joiner e os seus colaboradores (1997) o perfeccionismo actua como um factor de vulnerabilidade para os sintomas bulímicos, apenas quando os indivíduos têm a percepção que têm excesso de peso. Na sua conceptualização, o perfeccionismo é um factor de risco para os problemas alimentares apenas quando os indivíduos falham no cumprimento dos padrões de peso previamente estabelecidos. Em suma, as dimensões do traço perfeccionista podem assim ser relevantes para o desenvolvimento de sintomas de patologia alimentar, no sentido de que os indivíduos podem exigir de si mesmos o alcance de um corpo ideal, e padrões de peso específicos (Hewitt et al., 1995).

Contudo, embora existam algumas evidências substanciais que provem a associação entre o traço perfeccionista e a sintomatologia de perturbação alimentar (e.g., Bastiani, Rao, Weltzin, & Kaye, 1995; Hewitt et al., 1995; McLaren, Gauvin, & White, 2001; Pliner & Haddock, 1996) apenas recentemente se começou a avaliar e a considerar o papel que a auto-apresentação perfeccionista desempenha nas perturbações alimentares.

Hewitt e os seus colaboradores (2003) alegam que todas as três facetas da auto-apresentação perfeccionista estão associadas à sintomatologia da perturbação alimentar e a preocupações relacionadas com as reacções e avaliações sociais da aparência física, mas que estes componentes são aspectos distintos da personalidade e, por sua vez, predizem resultados diferenciais também noutros domínios (e.g., depressão; Hewitt et al., 2003). Na investigação de Cockell e dos seus colaboradores (2002) foi demonstrado que os pacientes com anorexia nervosa apresentam níveis elevados de uma das dimensões do perfeccionismo, a não-revelação da imperfeição; em consequência, estes indivíduos preocupam-se em apresentar-se como perfeitos não admitindo as suas imperfeições. Em investigações posteriores, é sugerido que as três facetas da auto-apresentação perfeccionista estão associadas a uma tendência para o desenvolvimento da anorexia, ou seja, uma tendência para suprimir os sentimentos negativos dando prioridade aos sentimentos dos outros (Geller, Cockell, Hewitt, Goldner, & Flett, 2000). Recentemente, McLaren e os seus colaboradores (2001) alegam que a auto-apresentação perfeccionista é um forte preditor da restrição alimentar. Por fim, investigações levadas a cabo por Hewitt e os seus colaboradores (2003) com estudantes universitárias, demonstraram que as três facetas da auto-apresentação perfeccionista estavam relacionadas com sintomatologia de patologia alimentar, com outras preocupações acerca do peso e forma corporal, e com a diminuição da auto-estima (Hewitt et al., 2003). Ruggiero, Levi, Ciuna e Sassaroli (2003) defendem que o perfeccionismo estava associado ao desejo de emagrecer (procura da magreza), num grupo de estudantes do ensino superior, tendo verificado que a simples antecipação de insucesso escolar mostra ser suficiente para promover a perturbação alimentar entre os perfeccionistas.

McGee e os seus colaboradores (2005) demonstraram que as várias facetas da auto-apresentação perfeccionista, mais especificamente a auto-promoção dos pontos fortes, a não-revelação de imperfeições e a sua ocultação, bem como a avaliação da própria imagem corporal são preditores de sintomatologia da perturbação alimentar. Estes autores alegam que nas mulheres que apresentam insatisfação com a sua aparência física, são os níveis elevados de auto-apresentação perfeccionista que predizem grande parte da perturbação alimentar. Cada faceta da auto-apresentação perfeccionista é assim entendida como um estilo de *coping* interpessoal mal-adaptativo e inflexível, estilo este que pode causar mal-estar significativo ou levar à psicopatologia, sob determinadas condições ou na presença de um factor de stress. McGee e os seus colaboradores (2005) chegaram à conclusão que quando um indivíduo apresenta níveis elevados da faceta auto-promoção perfeccionista, usa o corpo como meio e ferramenta para promover a sua perfeição, mas quando há uma ruptura na persecução deste objectivo (e.g., existem imperfeições visíveis para outras pessoas), este indivíduo pode fazer uma dieta restritiva e envolver-se em comportamentos de ingestão compulsiva e purga, com o objectivo de reestabelecer a capacidade de auto-promoção do corpo. Neste sentido, e de forma semelhante níveis elevados da segunda e terceira faceta da auto-apresentação

perfeccionista, a ocultação da imperfeição e a não-revelação da imperfeição, na presença de falhas publicamente percebidas, levam a que o indivíduo experimente níveis considerados de *distress* potenciando o desenvolvimento de uma dieta ou de comportamentos de ingestão compulsiva. As facetas da auto-apresentação perfeccionista associam-se à avaliação da imagem corporal e predizem dificuldades a nível alimentar. Neste sentido, as mulheres com perturbações alimentares são hipervigilantes à sua aparência física quando tentam construir um *self* social adequado (Striegel-Moore, Silberstein, & Rodin, 1993), tornando-se mais susceptíveis às opiniões de outros, à sua apresentação pública, e à internalização dos padrões culturais ideais de magreza, o que em conjunto potencia o desenvolvimento da patologia alimentar (Stice & Agras, 1998).

2. Vergonha

2.1 Definição e desenvolvimento

O conceito de vergonha tem sido alvo de diversas investigações que, ao longo das últimas décadas, foram conduzindo a diferentes percepções deste constructo. Em conceptualizações anteriores podemos encontrar a de Lewis (1987) que referia que a vergonha era “uma emoção escondida”. Já Tangney e Fischer (1995) afirmam que as emoções desempenham um papel adaptativo e básico no funcionamento do ser humano através de acções organizadas que moldam, condicionam, e estruturam a actividade e pensamento humano. Algumas emoções podem surgir de forma voluntária, como seja a excitação e o prazer, mas no caso da vergonha, esta surge de forma involuntária sendo difícil de ser controlada. Por sua vez Miller (1996 *cit in* Gilbert, 1998) caracteriza a vergonha como sendo o alicerce da psicopatologia e considera que esta, em termos psicoterapêuticos, deverá ser “minada”.

A vergonha emerge das nossas primeiras interacções com outros significativos, desenvolvendo-se mais tarde do que as emoções primárias (e.g., alegria, medo, ansiedade), pois depende de algumas capacidades cognitivas em maturação (Lewis, 1992; Tangney & Fischer, 1995). De entre estas capacidades destacam-se: a auto-consciência do Eu, a consciência das contingências de aprovação e desaprovação, desempenho de papéis e compreensão de regras sociais, teoria da mente (i.e., aptidão para fazer julgamentos acerca do que os outros estão a pensar, ou seja a forma como existimos na mente dos outros), a representação simbólica e a metacognição (Gilbert, 2002). Assim, estas competências auto-consciêntes ao misturarem-se com as emoções primárias, aliadas à motivação inata para estabelecer relações de vinculação e pertença, e à necessidade de gerar afecto positivo na mente dos outros, levam a que se criem condições necessárias para a experiência de vergonha (Gilbert, 2002). Neste sentido, a resposta de um indivíduo em relação a uma ameaça ao *self* (e.g., criticismo e rejeição), pode ser expressa através de várias emoções negativas (e.g., ansiedade e raiva; Gilbert, 2002).

Gilbert (2002) conceptualiza a vergonha como uma experiência multifacetada que inclui vários aspectos e componentes: um componente

cognitivo social ou externo em que os afectos associados à vergonha surgem, muitas vezes, em contextos sociais e estão relacionados com pensamentos automáticos de que os outros vêem o *self* como inferior, inadequado ou defeituoso; um componente de auto-avaliação interna que envolve pensamentos automáticos negativos auto-críticos e de auto-ataque associados a auto-desvalorizações; um componente emocional, na medida em que a vergonha se encontra associada a uma perda e interrupção de afecto positivo; um componente comportamental, associado a comportamentos de defesa específicos, como o intenso desejo de “não ser visto”, esconder ou fugir evitando a exposição (Lewis, 1992; Tangney & Fischer, 1995); e um componente fisiológico associado a uma resposta de *stress* envolvendo, em alguns casos, uma elevada actividade parassimpática (Schoore, 1998).

2.2 Vergonha interna e externa

Subjacente à caracterização do conceito de vergonha, Colley denominou o termo “*looking-glass self*” que consiste na ideia central de que a forma como nos vemos a nós próprios está associada ao que pensamos que os outros acham de nós. Assim, Gilbert (2002) distingue dois tipos de vergonha, especificamente a vergonha externa e a vergonha interna. A vergonha externa refere-se a uma constelação de pensamentos e sentimentos acerca do *self* como objecto social, assim como às expectativas e experiências de aceitação ou rejeição por parte dos outros. Ou seja, este tipo de vergonha ocorre quando experienciamos o *self* através da mente dos outros ou como se existíssemos na mente dos outros de forma negativa (Gilbert, 2002).

A vergonha externa está assim associada ao medo da exposição que poderá resultar numa forma de diminuição social, desvalorização ou rejeição, o que poderá motivar a ocultação de aspectos pouco atraentes do Eu aos outros (Lewis, 1992). Este tipo de vergonha pode ser activada no momento em que alguém se torna consciente de si mesmo como um objecto na mente dos outros, associado a percepções e expectativas de que estes irão julgar o *self* como inadequado, fraco e não atractivo, o que em consequência resultará em sentimentos de que os outros nos vêem com afecto negativo, ou seja com desprezo e com desejo de criticar, excluir ou evitar (Gilbert, 2002). Um conceito, mas que embora diferente, se relaciona com a vergonha externa é a consciência do estigma (Pinel, 1999) e refere-se às experiências de estigmatização, ou seja, quando uma pessoa é vista como possuindo traços estigmatizados ou exhibe comportamentos que os outros localizam como pertencendo a um grupo estigmatizado (e.g., louco, feio ou doente). Por outro lado, mesmo que estes indivíduos não vivam experiências de estigmatismo, podem sentir-se auto-desvalorizados por terem certos atributos (Camp, Finlay, & Lyons, 2002), o que em consequência pode levar a que o medo e a angústia da rejeição possam ser tão intensos que conduzam a uma série de comportamentos de defesa e de evitamento (Thompson & Kent, 2001) que são cruciais para que o *self* seja visto como um objecto (Gilbert, 1998). Ainda assim, Camp, Finlay e Lyons (2002) argumentaram

que independentemente das pessoas se auto-desvalorizarem ou se auto-culpabilizarem, ser objecto de avaliação negativa por parte dos outros pode ser angustiante e conduzir a uma série de comportamentos defensivos.

Por sua vez, a vergonha interna relaciona-se com uma dinâmica interna do *self* e com a forma como pessoa se vê, se julga e se experiencia envolvendo-se em atribuições internas que se centram em auto-avaliações, auto-desvalorizações e auto-crítica, em que o Eu é percebido como sem valor, fraco, indesejado e inadequado (Gilbert, 1998). A internalização da vergonha emerge quando o indivíduo tem a visão do outro como superior, com capacidade, direito e legitimidade para avalia-lo e julga-lo, exercendo sobre si um papel de dominância que o faz, sob determinadas regras, adoptar uma posição de submissão.

São vários os autores (e.g., Barret, 1995; Lewis, 1992; Stipek, 1995) que em consonância defendem que a capacidade de internalização da vergonha começa a partir do momento em que as crianças aprendem que os seus comportamentos e características, sob o julgamento e escrutínio dos outros (e.g., pais e pares), leva a uma reacção por parte destes. A partir do momento que os pais assumem o papel fundamental, enquanto agentes socializadores na gestão de recompensas e punições, a criança aprende que sentimentos e emoções estimulam nos seus progenitores (e.g., aprovação ou desaprovação), e nesse sentido, este período representa uma fase aguda para o surgimento de experiências de vergonha, visto que pode suscitar facilmente crítica, rejeição e punição. A internalização da vergonha pode assim ocorrer nas interacções precoces com as figuras cuidadoras em que a criança entende os seus comportamentos como impróprios, inadequados e não-atraentes, construindo e internalizando representações do Eu como incompetente, imperfeito, falhado e inadequado (Baldwin & Fergusson, 2001 *cit in* Gilbert, 2002).

2.3 A Vergonha nas perturbações alimentares

A experiência de sentir-se envergonhado e a de ser envergonhado pelos outros são experiências que envolvem um nível elevado de *distress* e que estão intimamente ligadas à rejeição social e à desvalorização. Tais ameaças sociais conduzem, por parte dos indivíduos, a reacções defensivas distintas perante a experiência de vergonha, o que segundo Goss e Gilbert (2002) o papel que esta desempenha, pode ser crucial para o desenvolvimento e manutenção de algumas perturbações alimentares.

Gilbert (1997) observou que alguns aspectos particulares do *self* podem ser um foco determinante para a auto-avaliação, e assim através do qual a experiência de vergonha pode surgir. Especificamente nas perturbações alimentares, este foco pode ser a aparência física, a incapacidade de conseguir controlar o peso e o comportamento alimentar, e os comportamentos purgativos (Goss & Gilbert, 2002).

A experiência de vergonha nas perturbações alimentares parece ser dinâmica e variável, visto que os distúrbios alimentares estão muitas vezes associados à regulação de experiências emocionais negativas. Várias dificuldades interpessoais têm sido identificadas nas perturbações

alimentares (Eldredge, Locke, & Horowitz, 1998), sendo que o afecto negativo associado a tais dificuldades é o motor impulsionador dos comportamentos de ingestão compulsiva e de purga (e.g., Fairburn & Cooper, 1989; Garner & Garfinkel, 1982). O comportamento alimentar patológico é efectuado não só para regular as emoções, mas também como um meio para quebrar com os estados afectivos negativos observados na anorexia nervosa, bulimia nervosa, e na ingestão compulsiva (Cooper, Todd, & Wells, 1998; Polivy & Herman, 1993), em que a vergonha parece ser um dos afectos negativos associada a essas flutuações.

Gilbert (1998) alega que a vergonha actua como um sinal de alerta precoce para a rejeição social. Perante o sinal de ameaça os indivíduos adquirem formas rápidas de detectar e lidar com essas ameaças sociais aprendendo estratégias de *coping*. Estes tipos de respostas podem, de uma forma deliberada ou accidental, encobrir as dificuldades que apresentam ao tentar enfrentar as ameaças percebidas, o que em consequência poderá levar ao desenvolvimento de um ciclo de comportamentos e crenças associados à perturbação alimentar. Gilbert (2002) identificou que face a experiências de vergonha interna e externa podem haver determinados tipos de respostas, tais como a focalização da atenção nos estímulos potenciadores de vergonha, agressão ou submissão em relação aos outros, a ocultação de pensamentos e comportamentos vergonhosos e evitamento das situações ou relações potencialmente envergonhadoras. A focalização da atenção consiste na detecção e vigilância de potenciais ameaças, que tende a ocorrer de uma forma rápida e automática fora do controlo consciente (Gilbert, 2002). No que subjaz às perturbações alimentares os indivíduos podem experimentar um aumento da sua sensibilidade em relação à informação acerca do tamanho e forma corporal, aos alimentos, e à atenção para pistas sociais externas a respeito do tamanho, peso e forma corporal dos outros. Há também um aumento da comparação social, nomeadamente no que diz respeito ao peso de outras pessoas (Troop, Allan, Treasure, & Katzman, 2003). Em suma, a imaginação de cenários catastróficos por parte dos indivíduos, associada a uma activação ansiosa, pode levar a um aumento da ruminação, que por sua vez se liga a uma maior sensibilidade aos estímulos ameaçadores, formando um ciclo vicioso (Gilbert, 2002). Por sua vez, os indivíduos com perturbação do comportamento alimentar podem revelar-se pessoas agressivas e hostis para com outras que criticam o seu tamanho, forma corporal, ou comportamento alimentar; por outro lado, estes indivíduos podem apresentar uma postura submissa reportando dificuldades em termos de assertividade (Williams, Power, Miller, Freeman, Yellowless, Dowds, Walker, & Parry-Jones, 1993). Na anorexia nervosa é frequente a tentativa de ocultação dos comportamentos purgativos, da ingestão compulsiva, do uso de laxantes e da própria forma corporal (e.g., uso de roupas largas; Goss & Allan, 2009). Nesse sentido, e numa tentativa de lidar com a vergonha, surgem os comportamentos de evitamento e de afastamento que consistem principalmente em evitar comer em público, evitar o conhecimento do tamanho, peso e forma corporal (e.g., evitar olhar ao espelho e pesar-se); evitamento da exposição pública do corpo e de relações

íntimas que envolvam a observação corporal (e.g., relações sexuais). Contudo, a vergonha que estes indivíduos sentem podem leva-los a adquirir formas extremas de comportamento para livrar-se do “objecto” indesejado (e.g., gordura corporal), como por exemplo a restrição alimentar extrema, auto-mutilação e, em situações mais severas, o suicídio; no caso da restrição alimentar, estes podem envolver-se em dietas através do uso de procedimentos cirúrgicos perigosos para reduzir ou mudar a forma corporal com o objectivo de remover a gordura. Por sua vez, muitos indivíduos que apresentam comportamento alimentar perturbado, no sentido de compensar a sua falta de atractividade, comportam-se de forma submissa nas relações que estabelecem ou apresentam uma performance que não seria esperada, tentando demonstrar que são capazes de alcançar padrões de desempenho elevados em outras áreas de vida (Gilbert, 2002).

Para além disso, a experiência de vergonha pode emergir a partir de aspectos em que há uma falha do *self* em alcançar determinados padrões, por exemplo, o não alcance de um aspecto corporal que obedeça aos padrões de aparência física estabelecidos culturalmente (Shott, 1979). Quando o corpo é percebido como um objecto, sob o olhar “doloroso” (real ou imaginário) dos outros, a experiência de vergonha pode surgir, associada ao medo de provocar nojo e não ser aceite por estes (Tangney, 1993). A preocupação exagerada com a forma e peso corporal é um aspecto central tanto para a anorexia nervosa como para a bulimia, caracterizada pelo medo de engordar e pela procura da magreza (Fairburn, 1997; Holmgren, Humble, Norring, Ross, Rosmark, & Sohlberg, 1983; Vitousek & Orimoto, 1993), e estreitamente associada aos padrões culturais estabelecidos para o corpo, mas que variam ao longo do tempo e da cultura (Heinberg, 1996). Para além disso, na experiência de vergonha, parece existir uma diferença de género associada às preocupações com o corpo, nomeadamente nas mulheres que têm reportado mais experiências de vergonha do que os homens (Lewis, 1971). A insatisfação relacionada com o peso é praticamente universal entre as mulheres, visto que este é considerado um atributo, através do qual o controlo pode ser exercido, no entanto quando há uma falha no alcance de um tipo de aparência física, valorizado socialmente, a experiência de vergonha emerge (Striegel-Moore, Silberstein, & Rodin, 1993; Quinn & Crocker, 1999). Nesse sentido, na população feminina parece que a atractividade física, e particularmente o peso corporal supera todas as outras preocupações. Roberts e Gettman (2004) alegam que as mulheres que percebem de uma forma negativa o seu peso corporal (mas não outros aspectos do seu corpo) respondem negativamente ao aumento das experiências de vergonha (e.g., visualização do seu corpo como baixo e gordo).

Para além das evidências empíricas presentes na literatura e que sugerem uma variação considerável na prevalência das perturbações alimentares nos homens e nas mulheres, são escassos os estudos que têm averiguado as diferenças de género nas perturbações alimentares (Anderson & Bulik, 2004). Contudo, as evidências sugerem que as mulheres apresentam uma tendência superior à dos homens para procurar a magreza, e

atribuem uma maior importância ao peso e forma corporal. Gupta e os seus colaboradores (1993) alegam que no caso dos homens, o aumento de peso está inversamente associado com a procura da magreza e com a insatisfação corporal, sugerindo que os homens tendem a estar mais satisfeitos com os seus corpos quando apresentam pesos mais elevados. Pelo contrário, nas mulheres um peso mais elevado está associado à insatisfação corporal e a um maior desejo para emagrecer. Assim, um dos comportamentos utilizados para diminuir a insatisfação corporal consiste na prática de exercício físico, em que este não é efectuado exclusivamente para a redução de peso, mas é também praticado com o objectivo de ganhar peso. Assim, as diferenças de género são baseadas numa bidireccionalidade, em que as mulheres praticam exercício físico como estratégia para redução de peso, e os homens praticam-no para ganhar peso, especificamente massa muscular (McCreary & Sasse, 2000). Nesse sentido, a imagem corporal tende a diferir drasticamente por sexo e tende a mover-se em direcções opostas, em conformidade com as normas prescritas culturalmente.

Por sua vez, Muth e Cash (1997) argumentam que são as estudantes do género feminino que expressam níveis mais elevados de insatisfação corporal e de investimento na sua aparência física, em contraste com os colegas do sexo masculino; adicionalmente as estudantes femininas reportam também níveis mais baixos de satisfação no que toca a diversos aspectos, relativos a partes específicas dos seus corpos, apresentando um conjunto de estratégias superior ao dos estudantes do género masculino, com o objectivo de perder peso (Kashubeck-West, Mintz, & Weigold, 2005). Já O'Dea e Abraham (1999) e Furnham, Badmin e Sneade (2002) alegam que as adolescentes femininas são mais propensas a reportar a procura da magreza e perda de peso e os adolescentes masculinos são mais susceptíveis de reportarem o desejo de ganhar peso. A pesquisa empírica suporta assim a noção de que as estudantes do género feminino parecem ser mais vulneráveis a certos aspectos da perturbação alimentar do que os estudantes do género masculino (e.g., Johnson, Crosby, Engel, Mitchell, Powers, & Wittrock, 2004; Milligan & Pritchard, 2006; Muth & Cash, 1997).

Amplamente concebida, a etiologia psicossocial da insatisfação corporal pode diferir marcadamente por género, de uma forma consistente, nos estereótipos ocidentais estabelecidos para imagem corporal (Anderson & Bulik, 2004). Desde 1950 que existe uma pressão nas mulheres para atender a uma prescrição determinada culturalmente, organizada em torno da magreza como essencial à atractividade. Para os homens, o ideal prescrito culturalmente tem sido historicamente referido como o aumento da massa corporal, especificamente a muscular (Anderson & Bulik, 2004).

O desenvolvimento e manutenção das perturbações alimentares nas mulheres (Hoek, 1993; Stice, 1994) parece estar sob influência dos factores socioculturais (e.g., influência dos *media*) e têm sido localizados como possíveis factores de promoção e manutenção do distúrbio da imagem corporal e da perturbação alimentar (Sherwood & Neumark-Sztainer, 2001; Thompson & Heinberg, 1999). Os processos de comparação social e a subsequente internalização do ideal de magreza aumentam o *distress*

relacionado com a imagem corporal, em resposta à exposição a representações ao vivo do corpo ideal (i.e., magro) ou através dos meios de comunicação (Cattarin, Thompson, Thomas, & Williams, 2000; Krones, Stice, Batres, & Orjada, 2005). Para uma mulher o padrão actual de magreza presente na sociedade é muito difícil de ignorar e também de alcançar (Heinberg, 1996); sendo que esta valorização da magreza como uma medida de beleza feminina, em conjunto com a estigmatização da obesidade, pode levar à pressão excessiva nas mulheres para alcançarem um peso e tamanho corporais, que para a sua maioria é irrealista (Striegel-Moore et al., 1986). As imagens observadas nos meios de comunicação podem promover ou reforçar um ambiente em que a magreza é considerada uma característica essencial para a beleza. A discrepância entre o corpo da maioria das mulheres e o corpo publicitado como ideal, não impede que as mulheres aceitem e internalizem este ideal, derivando daí consequências emocionais e comportamentais negativas, como sintomatologia depressiva, comportamentos de dieta e outros comportamentos de vulnerabilidade à patologia alimentar (Tiggemann & McGill, 2004). Por sua vez, Stice e Shaw (2002) concluem que a pressão percebida para a magreza, a internalização do ideal veiculado nos *media* e o índice de massa corporal elevado aumentam o risco subsequente de insatisfação corporal; esta insatisfação corporal em relação à aparência física evidencia-se como um dos principais factores de risco para a patologia alimentar, mediado pelo comportamento de restrição alimentar e pelo afecto negativo (Stice & Shaw, 2002).

2.4 Vergonha, perfeccionismo e auto-apresentação perfeccionista

A vergonha é uma emoção auto-consciente que se relaciona com a avaliação, especificamente no que diz respeito ao *self*. Nesse sentido, e segundo Tangey (2002) os perfeccionistas tendem a estar especialmente familiarizados com emoções como a vergonha, isto porque canalizam grande parte do seu tempo e da sua energia no processo de auto-avaliação, como resultado de pelo menos dois factores: em primeiro porque desenvolvem noções de sucesso e insucesso de forma rígida e inflexível; e em segundo porque tendem a exigir um desempenho superior em múltiplos domínios. Os perfeccionistas podem ser desproporcionalmente invadidos por sentimentos de vergonha, culpa e constrangimento, visto que as emoções negativas, relacionadas com a auto-avaliação, estão bem vincadas na sua experiência. Assim, estes avaliam-se com base em padrões irrealistas, amplificando o leque de resultados, que podem ser classificados como erros e falhas, devido ao conjunto de pressupostos que possuem acerca do significado e das implicações destes, o que em consequência origina experiências de vergonha. Contudo, não é apenas o trabalho ou a performance específica que é vista como uma falha, mas também a percepção de si próprio como infeliz e miserável. Neste sentido, os perfeccionistas auto-orientados e socialmente prescritos estão especialmente vulneráveis a emoções relacionadas com a auto-avaliação negativa, nomeadamente a vergonha, porque avaliam-se ou acreditam que os outros os avaliam, tendo em conta padrões irrealistas e

elevados. Em consequência estes dois tipos de perfeccionistas erram com alguma regularidade, interpretando as suas falhas como erros significativos que reflectem, de uma forma vergonhosa, o quão miserável é o *self* (Tangney, 2004).

A associação entre a vergonha e a auto-apresentação perfeccionista tem sido escassamente explorada na literatura. Contudo, estudos parecem demonstrar uma relação significativa entre estas variáveis, e nesse sentido, são Hewitt e os seus colaboradores (2003) que sugerem a existência de uma associação mais forte, entre a vergonha e a auto-apresentação perfeccionista, visto que as pessoas demonstram uma elevada preocupação com a exposição pública das suas deficiências (que são interpretadas pelo próprio indivíduo como vergonhosas) o que em consequência, e no sentido de as colmatar, resulta na tentativa de se apresentarem perfeitas (Hewitt et al., 2003). Em consonância com esta ideia de Hewitt e os seus colaboradores (2003) surge Peterson (2003) que sugere que para os jovens sobredotados é extremamente difícil e vergonhoso exporem dúvidas e apresentarem dificuldades perante outras pessoas, que esperam de si desempenhos acima da média, o que os leva à criação de uma “fachada de vulnerabilidade” ao projectarem um *self* falso, demonstrando uma imagem de perfeição, com o objectivo de evitar a experiência de vergonha, não transparecendo falhas, para assim promover a aceitação e integração social.

II – Objectivos

Após descrevermos os conceitos e apontarmos as investigações mais relevantes relacionadas com os temas abordados pretende-se, com este estudo, dar continuidade a essas mesmas investigações ao contribuirmos com um conhecimento mais vasto e integrado acerca da relação que estes constructos estabelecem no desajustamento psicológico dos sujeitos.

Posto isto, prevemos encontrar associações positivas e significativas, entre a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal, a vergonha (interna e externa) e os indicadores de psicopatologia alimentar nos participantes deste estudo.

Tivemos também por objectivo averiguar qual a combinação de variáveis que predizem, de forma significativa, a variância dos indicadores de psicopatologia alimentar e qual o papel preditivo da auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal e da vergonha (interna e externa).

Assim, a nossa investigação tem como principal objectivo analisar o contributo da necessidade dos indivíduos se apresentarem socialmente, ou nas suas relações interpessoais, de uma forma perfeita em relação à sua imagem corporal, através da escala recente a Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal (Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011). Esta escala mede uma dimensão específica da expressão interpessoal do perfeccionismo, quer pela auto-promoção perfeccionista da imagem corporal, que avalia a necessidade de promover ou de se apresentar uma aparência de perfeição para os outros, ou quer pela ocultação, que avalia a necessidade de evitar ser visto como imperfeito ou a de não demonstrar aquilo que o indivíduo considera serem imperfeições ou falhas em relação à

sua imagem corporal.

Tendo em consideração que na revisão da literatura efectuada os estudos de mediação entre o perfeccionismo e a psicopatologia do comportamento alimentar são praticamente inexistentes (Bardone-Cone et al., 2007), tivemos por objectivo averiguar se a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal desempenha um efeito de mediação na relação entre a vergonha e os indicadores de psicopatologia alimentar, hipotetizando o seu possível papel mediador.

Assim, consideramos que o estudo em questão poderá ter um contributo relevante para uma maior e melhor compreensão da relação e influência que estes constructos têm nos distúrbios alimentares, ao fornecer evidências empíricas que sustentam a importância da investigação.

III – Metodologia

Caracterização da Amostra

Para concretizar os objectivos a que nos propomos, foi conduzido um estudo transversal com base numa amostra da população geral estudante cuja participação foi voluntária.

Como critérios de exclusão, considerou-se: a) idade inferior a 13 anos e superior a 30 anos; b) população não estudante; c) dificuldade evidente na compreensão dos itens das escalas que comprometesse o preenchimento das mesmas; d) não preenchimento de um número elevado de itens.

A nossa amostra é constituída por 463 estudantes, 174 do género masculino (37.6%) e 289 do género feminino (62.4%), com idades compreendidas entre os 13 e os 30 anos. O grupo do género feminino apresenta uma idade média de 17.53 ($DP= 3.07$), enquanto o grupo do género masculino apresenta uma idade média de 17.83 ($DP= 3.71$). No que concerne aos anos de escolaridade, o género feminino apresenta uma média de 10.76 ($DP= 3.03$) sendo que o género masculino apresenta uma média de 10.83 ($DP= 3.21$). Através do teste t de Student para amostras independentes verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em termos de idade [$t_{(313,178)} = .892$; $p = .373$] e em termos de anos de escolaridade [$t_{(461)} = .231$; $p = .818$]. Para o estado civil, a amostra, relativamente ao género feminino, compõe-se por 100% de sujeitos solteiros. Relativamente ao género masculino a amostra é composta por 99.4% de sujeitos solteiros, 0.6% casados.

Instrumentos¹

Ficha de dados sociodemográficos e questões relativas à altura e ao peso: esta ficha inclui uma primeira parte que se baseia em informações relativas aos dados sociodemográficos do sujeito, e uma segunda parte que aborda questões relativas à altura e ao peso que se prendem com aspectos como: altura, peso actual e peso desejado.

Eating Disorders Inventory (E.D.I.; Garner, Olmsted, & Polivy,

¹ O protocolo de investigação encontra-se no Anexo A.

A importância da vergonha interna na psicopatologia do comportamento alimentar: O papel mediador da auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal
Luísa Andreia Viveiros Ornelas (luisaornelas_@hotmail.com) 2012

1983; versão portuguesa de Machado, Gonçalves, Martins, & Soares, 2001). Esta escala fornece uma avaliação abrangente das dimensões comportamental e psicológica da patologia alimentar, podendo ser utilizada como uma medida de diagnóstico. A escala é constituída por 64 itens, divididos em 8 subescalas (procura de magreza, bulimia, insatisfação corporal, ineficácia, perfeccionismo, desconfiança interpessoal, conscienciosidade interoceptiva e medos maturacionais), sendo que das quais 3 avaliam as atitudes e comportamentos relativos ao peso, à forma corporal e à alimentação (procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal) e as restantes 5 pretendem medir características psicológicas comuns aos sujeitos com patologia alimentar. Solicita-se ao indivíduo que indique em que medida cada item se aplica a si próprio, tendo 6 opções de resposta que variam de *sempre* a *nunca*. A versão portuguesa da escala (Machado et al., 2001) é caracterizada por valores de *alpha de Cronbach* encontrados de .91 para a procura de magreza, .81 para a bulimia, .91 para a insatisfação corporal, .88 para a ineficácia, .69 para o perfeccionismo, .81 para a desconfiança interpessoal, .81 para a conscienciosidade interoceptiva e .73 para os medos maturacionais. No nosso estudo foram utilizadas as subescalas de procura de magreza, bulimia, insatisfação corporal, ineficácia, perfeccionismo, desconfiança interpessoal, conscienciosidade interoceptiva e medos maturacionais que apresentaram um *alpha de Cronbach* de .75, .72, .87, .83, .59, .70, .74, e de .74 respectivamente.

The Other as Shamer Scale (O.A.S.; Goss, Gilbert, & Allan, 1994; tradução e adaptação de Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011). Este questionário visa avaliar a vergonha externa, ou seja, o que é que as pessoas pensam acerca do modo como os outros as veem. 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 experiênciam o que é afirmado em cada item, através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, na qual 0 corresponde a *nunca* e 4 a *quase sempre*. Relativamente à consistência interna, esta escala revela um *alpha de Cronbach* de .90. No presente estudo obtiveram-se valores de *alpha* de .92 para a escala total.

Escala de Vergonha Internalizada (I.S.S.; Cook, 1996; tradução e adaptação de Matos, Gouveia, & Duarte, *in press*). Esta escala é constituída por 30 itens desenvolvidos no sentido de avaliar a vergonha interna. É composta por duas subescalas: Vergonha Total (ISS_Vergonha), constituída por 24 itens e Auto-Estima (ISS_auto-estima), constituída por um total de 6 itens. É pedido aos sujeitos que respondam em relação à frequência com que sentem ou experienciam aquilo que é afirmado em cada item, utilizando uma escala, tipo *Likert* de 5 pontos (em que 0 é *nunca* e 4 é *quase sempre*). As pontuações elevadas nesta escala traduzem um índice alto de vergonha interna. No que diz respeito à consistência interna, o estudo de Cook (1996) apontou para um valor elevado para uma amostra da população geral, quer para a dimensão vergonha total quer para a auto-estima ($\alpha = .95$; $\alpha = .90$, respectivamente). Apesar do instrumento ter duas subescalas (vergonha total e auto-estima), no nosso tratamento estatístico foi utilizada apenas a

subescala de vergonha total, a qual apresentou valores de consistência interna elevados ($\alpha = .95$).

Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal (APIC; Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011). Este questionário é constituído por 19 itens distribuídos por duas subescalas, a auto-promoção perfeccionista da imagem corporal e a ocultação das imperfeições em relação à imagem corporal. Embora de forma diferente, ambas pretendem avaliar a necessidade dos indivíduos se apresentarem socialmente, ou nas suas relações interpessoais, de uma forma perfeita em relação à sua imagem corporal. A auto-promoção perfeccionista da imagem corporal avalia a necessidade de promover (ou de se apresentar) uma imagem ou aparência de perfeição para os outros, enquanto a dimensão de ocultação avalia a necessidade de evitar ou o esforço para não ser visto como imperfeito, ou para não demonstrar aquilo que o indivíduo considera ser imperfeições ou falhas em relação à sua imagem corporal. Os sujeitos deverão indicar o seu grau de concordância mediante as 19 afirmações, a partir de uma escala tipo *Likert* de 7 pontos, onde 1 representa *discordo completamente* e 7 representa *concordo completamente*.

No nosso estudo, foi obtida uma consistência interna de .88 para a escala total, .79 para a subescala auto-promoção perfeccionista e .91 para a subescala ocultação da imperfeição.

Procedimentos

Os quatro instrumentos acima descritos constituíram a bateria de escalas usada na realização desta investigação, e foram entregues aos participantes pela autora do estudo. O protocolo de investigação, para além das escalas, continha uma folha de rosto com os dados sociodemográficos dos participantes e com questões relativas ao peso e altura (actuais e desejados). Nesta folha estava também descrita a importância do preenchimento de todos os itens das escalas, assim como uma breve explicação do estudo, sendo assegurado aos participantes o anonimato e confidencialidade das suas respostas, sendo sempre reforçado verbalmente pela investigadora. O preenchimento do protocolo foi feito de forma voluntária pelos participantes, com duração de cerca de 30 a 40 minutos.

A análise dos dados recolhidos foi feita recorrendo ao *software* SPSS (versão 20.0). Numa primeira fase, foi realizada a estatística descritiva, especificamente medidas de tendência central (i.e., médias das variáveis em estudo) e medidas de dispersão (i.e., desvios-padrão).

De seguida, procedeu-se à realização do teste *t* de Student para amostras independentes que nos permite comparar grupos independentes e verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os respondentes do género masculino e do género feminino, em relação às variáveis em estudo.

Ao nível da estatística correlacional, foram calculadas correlações de *Pearson*, com o objectivo de medir a força e a dimensão da associação entre as variáveis.

Posteriormente, com o propósito de conhecer qual a combinação de

variáveis que predizem de forma significativa a variância da Psicopatologia do Comportamento Alimentar e qual o papel preditivo da auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal (avaliada pela escala total do APIC), da vergonha externa (avaliada pela escala total da OAS) e da vergonha interna (avaliada pela ISS), realizaram-se análises de regressões múltiplas hierárquicas ou por blocos.

Por fim, e separadamente para o género feminino e masculino, procedemos às análises de regressão linear simples (método *enter*), tendo-se seguido a realização de estudos de mediação através da análise de regressões lineares múltiplas. Segundo Baron e Kenny (1986), uma variável funciona como mediadora quando cumpre as seguintes condições: 1) a variável independente prediz significativamente a variável dependente; 2) a variável independente prediz significativamente a variável mediadora e 3) a variável independente e a mediadora predizem significativamente o resultado da variável dependente. O passo final da mediação envolve demonstrar uma redução significativa do efeito da variável independente na variável dependente, após a introdução da variável mediadora no modelo. O mesmo é dizer que terá de se verificar a diminuição do efeito directo da variável independente na variável dependente, após se considerar o contributo da variável mediadora para a variância.

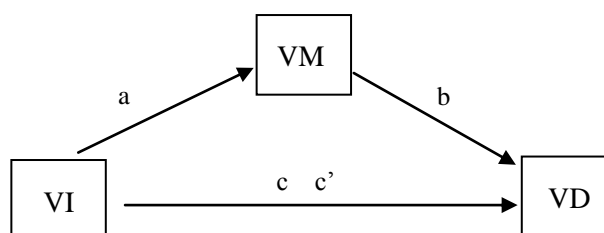


Figura 1. VI = variável independente; VM = potencial variável mediadora; VD = variável dependente; (a) efeito da VI na VM; (b) efeito da VM na VD; (c) efeito total da VI na VD; (c') efeito directo da VI na VD, quando controlado o efeito da VM.

Adicionalmente, recorremos ao teste de *Sobel* (1982) para confirmar as mediações encontradas através das regressões lineares, no sentido de estimar se o efeito indirecto da VI na VD (através da VM) é significativo para podermos afirmar a presença de uma mediação. Quando o valor de $p < .05$ pode concluir-se a existência de um efeito de mediação.

IV- Resultados

Estudo I: Diferenças entre géneros nas variáveis em estudo

Para comparar e averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas, entre o género masculino e feminino, nas médias das variáveis contínuas em estudo, procedeu-se à estatística paramétrica do cálculo do teste *t* de Student para amostras independentes².

² Tabela 1.

Tabela 1 - Médias e desvios padrões para todos os participantes (N = 463) e as diferenças do teste *t* de Student entre os homens (n = 174) e as mulheres (n = 289)

	Total (N = 463)		Masculino (n = 174)		Feminino (n = 289)		t	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
APIC								
APICocultação	44.27	(15.78)	39.85	(14.58)	46.88	(15.90)	-4.706	.000
APICauto-promoção	43.27	(16.08)	38.65	(15.20)	46.01	(15.99)	-4.838	.000
APICtotal	87.54	(28.01)	78.51	(25.82)	92.89	(27.93)	-5.469	.000
ISS								
ISS_Shame	32.70	(18.58)	29.94	(18.24)	34.33	(18.62)	-2.456	.014
OAS								
OAStotal	21.01	(11.66)	20.04	(11.57)	21.59	(11.70)	-1.376	.171
EDI								
EDIProcuraMagreza	2.28	(3.34)	1.48	(2.26)	2.75	(3.77)	-4.524	.000
EDIBulimia	1.12	(2.37)	1.15	(2.29)	1.10	(2.42)	0.224	.823
EDIInsatisfaçãoCorporal	4.83	(5.58)	2.92	(4.14)	5.96	(6.01)	-6.392	.000

Nota. EDI = Eating Disorders Inventory. APIC = Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal. ISS = Internalized Shame Scale. OAS = The Other as Shamer Scale.

Com efeito, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$) entre os dois géneros, na maioria das dimensões em análise.

Mais especificamente, os resultados permitem-nos apontar diferenças de género na escala da auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal (APIC), mais especificamente nas subescalas ocultação da imperfeição [$t_{(455)} = -4.706$; $p = .000$] e auto-promoção da perfeição [$t_{(455)} = -4.838$; $p = .000$], e no total da escala [$t_{(455)} = -5.469$; $p = .000$], verificando-se que os sujeitos do género feminino apresentam pontuações médias significativamente superiores nas duas subescalas e no seu total quando comparadas com o género masculino.

No que diz respeito à subescala de vergonha foram também encontradas diferenças entre os géneros [$t_{(455)} = -2.456$; $p = .014$] para a vergonha interna (avaliada pelo ISS), na qual as mulheres apresentam valores médios significativamente superiores, quando comparadas com o grupo do género masculino. No entanto, no que se refere à vergonha externa (avaliada pelo OAS) não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos.

No que concerne aos sintomas de psicopatologia alimentar (avaliado pelo EDI) foram encontradas diferenças significativas entre os géneros nas subescalas procura da magreza [$t_{(454.905)} = -4.524$; $p = .000$] e insatisfação corporal [$t_{(444.824)} = -6.392$; $p = .000$], com os respondentes do género feminino a pontuarem mais alto. Em relação à subescala bulimia não foram encontradas diferenças significativas entre os géneros [$t_{(371.034)} = 0.224$; $p = .823$], uma vez que se trata de uma população geral e também devido às características da própria subescala.

Dado que se verificaram diferenças estatisticamente significativas na maioria das variáveis em estudo, nomeadamente ao nível dos sintomas da patologia alimentar (que na presente investigação compõem o grupo das variáveis dependentes nas diferentes análises conduzidas), os estudos posteriores irão ser efectuados separadamente para cada género.

Estudo II: Estudo correlacional entre as experiências de Vergonha Interna e Externa, Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal e Patologia Alimentar

Com este estudo pretendemos compreender melhor de que forma é que a internalização da vergonha (ISS) e a vergonha externa (OAS) se relacionam com a necessidade, de por um lado ocultar as imperfeições relativas à imagem corporal (APICocultação), ou por outro, de auto-promover a perfeição da imagem corporal (APICauto-promoção), e consequentemente com a experiência de envolvimento em atitudes e comportamentos relativos ao peso, forma corporal e alimentação associados com a patologia alimentar (EDI).

Uma matriz de correlação de *Pearson*³ foi realizada para analisar as relações entre as variáveis predictoras, variáveis dependentes e factores mediadores.

Tabela 2 - Correlações entre as variáveis em estudo para o sexo masculino (n = 174)

	1	2	3	4	5	6	7	8
(1) APICocultação	-							
(2) APICpromoção	.50**	-						
(3) APICtotal	.86**	.87**	-					
(4) ISS_Shame	.63**	.31**	.54**	-				
(5) OAStotal	.55**	.21**	.43**	.77**	-			
(6) EDIProcMagreza	.37**	.21**	.33**	.32**	.32**	-		
(7) EDIBulimia	.18**	.11	.17*	.26**	.19	.10	-	
(8) EDInsatCorporal	.31**	.20**	.29**	.34**	.45**	.45**	.26**	-

Nota. EDI = Eating Disorders Inventory. APIC = Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal. ISS = Internalized Shame Scale. OAS = The Other as Shamer Scale.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Na amostra constituída por respondentes do **género masculino**, os resultados das correlações produto-momento de *Pearson* indicam que a ocultação da imperfeição da imagem corporal encontra-se correlacionada de forma positiva, significativa e com uma magnitude moderada com a auto-promoção da perfeição da imagem corporal ($r = .50$; $p < .01$), com a internalização da vergonha ($r = .63$; $p < .01$) e com a vergonha externa ($r = .55$; $p < .01$), baixa com a procura da magreza ($r = .37$; $p < .01$) e com a insatisfação corporal ($r = .31$; $p < .01$) e muito baixa com a bulimia ($r = .18$;

³ Tabela 2 (género masculino) e Tabela 3 (género feminino).

A importância da vergonha interna na psicopatologia do comportamento alimentar: O papel mediador da auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal
Luísa Andreia Viveiros Ornelas (luisaornelas_@hotmail.com) 2012

$p < .05$). Verificou-se que a auto-promoção da perfeição da imagem corporal se correlaciona de forma positiva, significativa e com uma magnitude baixa com a internalização da vergonha ($r = .31$; $p < .01$), com a vergonha externa ($r = .21$; $p < .01$), com a procura da magreza ($r = .21$; $p < .01$) e com a insatisfação corporal ($r = .20$; $p < .01$), por sua vez com a bulimia ($r = .11$) não atinge significância estatística. A escala total (APICtotal) encontra-se correlacionada de forma positiva, significativa e com uma magnitude moderada com a internalização da vergonha ($r = .54$; $p < .01$) e com a vergonha externa ($r = .43$; $p < .01$), baixa com a insatisfação corporal ($r = .29$; $p < .01$) e com a procura da magreza ($r = .33$; $p < .01$) e muito baixa com a bulimia ($r = .17$; $p < .05$).

Foram ainda encontradas correlações significativas, positivas de magnitude moderada entre a internalização da vergonha e a vergonha externa ($r = .77$; $p < .01$) e baixa com a procura da magreza ($r = .32$; $p < .01$), bulimia ($r = .26$; $p < .01$) e insatisfação corporal ($r = .34$; $p < .01$).

No que concerne à vergonha externa, esta correlaciona-se de forma positiva, significativa e com magnitude moderada com a insatisfação corporal ($r = .45$; $p < .01$) e baixa com a procura da magreza ($r = .32$; $p < .01$), e por sua vez com a bulimia ($r = .19$) não atinge significância estatística.

Por sua vez, a procura da magreza encontra-se correlacionada de forma positiva, significativa e com uma magnitude moderada com a insatisfação corporal ($r = .45$; $p < .01$), e ao correlacionar-se com a bulimia ($r = .10$) não atinge significância estatística. A bulimia correlaciona-se de forma positiva, significativa e com uma magnitude baixa com a insatisfação corporal ($r = .26$; $p < .01$).

Tabela 3 - Correlações das variáveis em estudo para o sexo feminino ($n = 289$)

	1	2	3	4	5	6	7	8
(1) APICocultação	-							
(2) APICpromoção	.37**	-						
(3) APICtotal	.53**	.88**	-					
(4) ISS_Shame	.55**	.34**	.51**	-				
(5) OAStotal	.42**	.25**	.39**	.84**	-			
(6) ProcMagreza	.48**	.34**	.47**	.32**	.22**	-		
(7) Bulimia	.20**	.05	.14*	.28**	.26**	.23**	-	
(8) InsatCorporal	.56**	.37**	.53**	.47**	.39**	.60**	.33**	-

Nota. EDI = Eating Disorders Inventory. APIC = Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal. ISS = Internalized Shame Scale. OAS = The Other as Shamer Scale.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Na amostra constituída por respondentes do **género feminino**, os resultados das correlações produto-momento de *Pearson* indicam que a ocultação da imperfeição da imagem corporal encontra-se correlacionada de forma positiva, significativa e com uma magnitude moderada com a

A importância da vergonha interna na psicopatologia do comportamento alimentar: O papel mediador da auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal
Luísa Andreia Viveiros Ornelas (luisaornelas_@hotmail.com) 2012

internalização da vergonha ($r = .55; p < .01$), vergonha externa ($r = .42; p < .01$), procura da magreza ($r = .48; p < .01$) e com a insatisfação corporal ($r = .56; p < .01$), baixa com a auto-promoção da perfeição da imagem corporal ($r = .37; p < .01$) e com a bulimia ($r = .20; p < .05$). Verificou-se que a auto-promoção da perfeição da imagem corporal se correlaciona de forma positiva, significativa e com uma magnitude baixa com a internalização da vergonha ($r = .34; p < .01$), com a vergonha externa ($r = .25; p < .01$), com a procura da magreza ($r = .34; p < .01$) e com a insatisfação corporal ($r = .37; p < .01$), por sua vez com a bulimia ($r = .05$) não atinge significância estatística. A escala total (APICtotal) encontra-se correlacionada de forma positiva, significativa e com uma magnitude moderada com a internalização da vergonha ($r = .51; p < .01$), a procura da magreza ($r = .47; p < .01$) e a insatisfação corporal ($r = .53; p < .01$), baixa com a vergonha externa ($r = .39; p < .01$) e muito baixa com a bulimia ($r = .14; p < .05$).

Foram ainda encontradas correlações significativas, positivas de magnitude alta entre a internalização da vergonha e a vergonha externa ($r = .84; p < .01$), moderada com a insatisfação corporal ($r = .47; p < .01$) e baixa com a procura da magreza ($r = .32; p < .01$) e bulimia ($r = .28; p < .01$).

No que concerne à vergonha externa, esta correlaciona-se de forma positiva, significativa e com magnitude baixa com a procura da magreza ($r = .22; p < .01$), bulimia ($r = .26; p < .01$) e insatisfação corporal ($r = .39; p < .01$).

Por sua vez, a procura da magreza encontra-se correlacionada de forma positiva, significativa e com uma magnitude moderada com a insatisfação corporal ($r = .60; p < .01$) e baixa com a bulimia ($r = .23; p < .01$), enquanto que a bulimia se correlaciona de forma positiva, significativa e com uma magnitude baixa com a insatisfação corporal ($r = .33; p < .01$).

Estudo III: Estudo das Regressões - Variáveis Predictoras da Procura da Magreza

Com o propósito de conhecer qual a combinação de variáveis que predizem de forma significativa a variância da procura da magreza e qual o papel preditivo da auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal (avaliada pela escala total do APIC), da vergonha externa (avaliada pela escala total da OAS) e da vergonha interna (avaliada pela ISS), realizaram-se análises de regressões múltiplas hierárquicas ou por blocos, tendo como variável dependente, respectivamente, a procura da magreza (avaliada pelo EDI).

No que diz respeito à **amostra do género masculino**, para percebermos quais as variáveis predictoras significativas da procura da magreza, introduzimos no primeiro bloco: a OAStotal; à qual acrescentamos no segundo bloco, a ISS_Shame; e no terceiro o APICtotal.

Tabela 4 - Análise de Regressão Múltipla Hierárquica ou por Blocos com a Procura da Magreza como Variável Dependente na amostra do género masculino ($n = 170$)

Modelo	R	R^2 Ajustado	F	p
1	.324	.100	19.64	.000
2	.344	.108	11.13	.000
3	.389	.136	9.833	.000

Modelo	Preditores	β	t	p
1	OAStotal	.324	4.432	.000
2	OAStotal	.185	1.614	.108
	ISS_Shame	.180	1.566	.119
3	OAStotal	.178	1.571	.118
	ISS_Shame	.067	.554	.581
	APICtotal	.218	2.549	.012

Nota. APIC = Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal. ISS = Internalized Shame Scale. OAS = The Other as Shamer Scale.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Os resultados indicam-nos que no primeiro modelo a percentagem da variância da Procura da Magreza explicada é de 10% ($F(1,168) = 19.64$; $p < .001$), verificando-se que a OAS é um preditor significativo com um $\beta = .324$ ($t = 4.432$; $p < .001$). No segundo modelo, que explica 10.8% da variância ($F(2,168) = 11.13$; $p < .001$) a OAS apresenta um $\beta = .185$ ($t = 1.614$; $p = .108$) e a ISS_Shame apresenta um $\beta = .180$ ($t = 1.566$; $p = .119$). No terceiro passo, após a introdução da auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal (APICtotal), obtivemos um modelo significativo ($R^2 = 13.6\%$; $F(3,168) = 9.833$; $p < .001$). Os resultados mostraram que a variável auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal surge como a única preditora significativa da procura da magreza (com um $\beta = .218$; $t = 2.549$; $p < .001$).

No que diz respeito à **amostra do género feminino**, para percebermos quais as variáveis preditoras significativas da procura da magreza, introduzimos no primeiro bloco: a OAStotal; à qual acrescentamos no segundo bloco, a ISS_Shame; e no terceiro o APICtotal.

Tabela 5 - Análise de Regressão Múltipla Hierárquica ou por Blocos com a Procura da Magreza como Variável Dependente na amostra do género feminino ($n = 287$)

Modelo	R	R ² Ajustado	F	p
1	.216	.043	13.92	.000
2	.337	.107	18.15	.000
3	.487	.229	29.27	.000

Modelo	Preditores	β	t	p
1	OAStotal	.216	3.731	.000
2	OAStotal	-.179	-1.751	.081
	ISS_Shame	.471	4.625	.000
3	OAStotal	-.129	-1.357	.176
	ISS_Shame	.223	2.193	.029
	APICtotal	.409	6.766	.000

Nota. APIC = Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal. ISS = Internalized Shame Scale. OAS = The Other as Shamer Scale.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Os resultados indicam-nos que no primeiro modelo a percentagem da variância da Procura da Magreza explicada é de 4.3% ($F(1,286) = 13.92$; $p < .001$), verificando-se que a OAS é um preditor significativo com um $\beta = .216$ ($t = 3.731$; $p < .000$). No segundo passo, após a introdução da ISS_Shame, obtivemos um modelo significativo ($R^2 = 10.7\%$; $F(2,286) = 18.15$; $p < .001$). Os resultados mostraram que a variável ISS_Shame surge como a única preditora significativa ($\beta = .471$; $t = 4.625$; $p < .001$). No último passo do modelo, quando introduzimos a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal, o modelo obtido foi igualmente significativo ($F(3,286) = 29.27$; $p = .000$), verificando-se um acréscimo do poder explicativo do modelo para 22.9%. O modelo final mostrou que para a predição da procura da magreza, no género feminino, surgem como preditores significativos o APICtotal com um $\beta = .409$ ($t = 6.766$; $p < .001$) e a ISS_Shame com um β de .223 ($t = 2.193$; $p = .029$).

Estudo IV: Efeito de mediação da Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal (VM) na relação entre a Vergonha Interna (VI) e a Procura da Magreza (VD) na amostra do género feminino ($n = 287$) e na amostra do género masculino ($n = 170$)

Para melhor compreender o papel da auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal como possível mediadora entre a vergonha interna e a procura da magreza, foram realizadas análises de regressão linear (método *enter*) de acordo com o proposto por Baron e Kenny (1986), em que uma variável funciona como mediadora quando cumpre as seguintes condições: 1) a variável independente (vergonha interna) prediz significativamente a variável dependente (procura da magreza); 2) a variável independente

A importância da vergonha interna na psicopatologia do comportamento alimentar: O papel mediador da auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal
Luísa Andreia Viveiros Ornelas (luisaornelas_@hotmail.com) 2012

(vergonha interna) prediz significativamente a variável mediadora (auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal) e 3) a variável independente (vergonha interna) e a mediadora (auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal) predizem significativamente o resultado da variável dependente (procura da magreza). O passo final da mediação envolve demonstrar uma redução significativa do efeito da variável independente (ISS) na variável dependente (PM), após a introdução da variável mediadora (APICtotal) no modelo. O mesmo é dizer que terá de se verificar a diminuição do efeito directo da variável independente na variável dependente, após se considerar o contributo da variável mediadora para a variância.

Para a amostra do **género masculino**⁴ foi realizada uma análise de regressão, com a vergonha interna (ISS) como variável independente, e com a procura da magreza (EDIprocura da magreza) como variável dependente. O modelo foi significativo ($F(1,169) = 19.01; p < .001$), contribuindo para 9.6% da variância da procura da magreza ($\beta = .319; p < .001$).

Adicionalmente, uma nova análise foi realizada para examinar se a variável independente (ISS) predizia a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal (APICtotal). Este modelo foi igualmente significativo ($F(1,169) = 70.16; p < .001$), contribuindo para 29% da variância da auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal ($\beta = .543; p < .001$).

Finalmente, uma análise de regressão foi realizada para averiguar se a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal estaria a desempenhar um papel de mediação entre as experiências de internalização da vergonha e a procura da magreza. Foi então introduzida como variável independente a vergonha interna (ISS) e a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal (APICtotal), e a procura da magreza (EDIprocura da magreza) como variável dependente. Este modelo foi significativo ($F(2,169) = 13.31; p < .001$), explicando 12.7% da variância. Estes resultados indicam que quando é introduzida a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal simultaneamente com as experiências de internalização da vergonha na última equação do modelo de regressão, verificamos que diminuí o efeito directo destas experiências na explicação da procura da magreza (de $\beta = .319$ para $\beta = .197; p = .023$).

Estes resultados sugerem-nos que a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal medeia parcialmente a relação entre as experiências de internalização da vergonha e a procura da magreza. Efectivamente, através do teste de *Sobel* verifica-se que o efeito de mediação encontrado é estatisticamente significativo ($Z = 4.182; p < .001$).

⁴ Tabela 4.

Tabela 6 - Estudo de mediação da Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal (VM) na relação entre a Experiência de Internalização da Vergonha (VI) e a Procura da Magreza (VD) na amostra do género masculino ($n = 170$)

V.D.	V.I.	β	t	p	F	R^2 Ajustado	p
Procura da Magreza	ISS_Shame	.319	4.361	.000	19.01	.096	.000
APICtotal	ISS_Shame	.543	8.376	.000	70.16	.290	.000
Procura da Magreza	ISS_Shame	.197	2.298	.023			
	APICtotal	.225	2.632	.009	13.31	.127	.000

Nota. APIC = Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal. ISS = Internalized Shame Scale. VD = Variável Dependente. VI = Variável Independente.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Para a amostra constituída pelos participantes do **género feminino**⁵ foi realizada uma análise de regressão, com a vergonha interna (ISS) como variável independente, e com a procura da magreza (EDIprocura da magreza) como variável dependente. O modelo foi significativo ($F(1,286) = 33.00$; $p < .001$) contribuindo para 10.1% da variância da procura da magreza ($\beta = .322$; $p < .001$).

Adicionalmente, uma nova análise foi realizada para analisar se a variável independente (ISS) predizia a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal (APICtotal). Este modelo foi igualmente significativo ($F(1,286) = 98.53$; $p < .001$), contribuindo para 25.4% da variância da auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal ($\beta = .507$; $p < .001$).

Finalmente, uma análise de regressão foi realizada para averiguar se a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal estaria a desempenhar um papel de mediação entre as experiências de internalização da vergonha e a procura da magreza. Foi então introduzida como variável independente a vergonha interna (ISS) e a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal (APICtotal), e a procura da magreza (EDIprocura da magreza) como variável dependente. Este modelo foi significativo ($F(2,286) = 42.86$; $p < .001$), passando a explicar 22.6% da variância. Estes resultados indicam que quando é introduzida a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal simultaneamente com as experiências de internalização da vergonha, na última equação do modelo de regressão, verificamos que o β da variável independente deixa de ser significativo (passa de $\beta = .322$ para $\beta = .112$; $p = .065$).

Estes resultados sugerem-nos que a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal medeia totalmente a relação entre as experiências de

⁵ Tabela 5.

A importância da vergonha interna na psicopatologia do comportamento alimentar: O papel mediador da auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal
Luísa Andreia Viveiros Ornelas (luisaornelas_@hotmail.com) 2012

internalização da vergonha e a procura da magreza. Efectivamente, através do teste de *Sobel* verifica-se que o efeito de mediação encontrado é estatisticamente significativo ($Z = 6.707$; $p < .001$).

Tabela 7 – Estudo de mediação da Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal (VM) na relação entre a Experiência de Internalização da Vergonha (VI) e a Procura da Magreza (VD) na amostra do género feminino ($n = 287$).

V.D	V.I.	β	t	p	F	R^2 Ajustado	p
Procura da Magreza	ISS_Shame	.322	5.745	.000	33.00	.101	.000
	APICtotal	.507	9.926	.000	98.53	.254	.000
Procura da Magreza	ISS_Shame	.112	1.852	.065			
	APICtotal	.415	6.881	.000	42.86	.226	.000

Nota. APIC = Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal. ISS = Internalized Shame Scale. VD = Variável Dependente. VI = Variável Independente.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

V - Discussão

De acordo com Goss e Gilbert (2002) a experiência de ser envergonhado e a de sentir-se envergonhado por outros significativos tem sido reconhecida na literatura como tendo um papel crucial no desenvolvimento e manutenção das perturbações alimentares. Neste sentido, a experiência de vergonha pode surgir como consequência da atenção e auto-avaliação excessiva e focada na aparência física (Goss & Gilbert, 2002), associada não só à influência de opiniões de terceiros, mas também à apresentação pública, à internalização de padrões culturais de magreza e irrealistas de atractividade física (Hewitt et al., 1995), à procura da magreza (Stice & Agras, 1998), às expectativas irrealistas e aos esforços desmesurados em diversas situações, o que no seu conjunto vulnerabiliza os indivíduos para a psicopatologia do comportamento alimentar (Butterfield & Leclair, 1988; Garner, Olmsted, & Polivy, 1983).

A importância excessiva que é dada às avaliações que possam ser desfavoravelmente tecidas por outros significativos e, como forma de evitar a desaprovação e rejeição por parte destes (Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991), pode levar a que alguns indivíduos promovam a sua suposta perfeição e ocultem as suas imperfeições percebidas pelos outros. O uso do corpo como meio e ferramenta para a ocultação da imperfeição ou auto-promoção de pontos fortes leva a comportamentos de ingestão compulsiva e purga, associados ao desejo de emagrecer (McGee et al., 2005). A preocupação excessiva com o peso e com a forma corporal é caracterizada pelo medo de

A importância da vergonha interna na psicopatologia do comportamento alimentar: O papel mediador da auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal
Luísa Andreia Viveiros Ornelas (luisaornelas_@hotmail.com) 2012

engordar e pela procura da magreza, e é considerada um aspecto central para a bulimia e anorexia nervosa (Fairburn, 1997; Holmgren et al., 1983; Vitousek & Orimoto, 1993).

Posto isto, a partir de uma medida específica da expressão interpessoal da perfeição, a auto-apresentação perfeccionista, de Hewitt e dos seus colaboradores (2003) propusemo-nos estudar, através da escala Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal (Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011), a necessidade dos indivíduos se apresentarem socialmente, em termos da sua aparência física, como perfeitos, quer pela auto-promoção perfeccionista da imagem corporal, que avalia a necessidade de promover ou de se apresentar uma aparência de perfeição para os outros, ou quer pela ocultação, que avalia a necessidade de evitar ser visto como imperfeito ou a de não demonstrar aquilo que o indivíduo considera serem imperfeições ou falhas em relação à sua imagem corporal.

Numa primeira instância, verificamos que existem diferenças significativas entre a amostra do género masculino e a do género feminino em relação às variáveis em estudo.

Na nossa amostra, constatamos que são as mulheres as que mais sentem necessidade de adoptar uma auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal quando comparadas com os homens, ou seja, são as mulheres que sentem uma maior necessidade de promoverem a sua imagem corporal como perfeita para os outros, e também uma maior necessidade de ocultarem aquilo que percebem serem imperfeições da sua imagem corporal. Por outro lado, os participantes que constituem a amostra feminina apresentam, não só níveis de vergonha interna superiores ao do grupo do género masculino (ainda que pouco expressivos), como também são estas que se destacam por estarem mais insatisfeitas com os seus corpos e por apresentarem mais comportamentos de procura da magreza, tal como seria de esperar pelos dados descritos na literatura.

Assim, a explicação desta diferença de géneros, em relação à insatisfação corporal, pode ser interpretada à luz do que descreveram Tiggemann e McGill (2004), ou seja, que a aparência física constitui um domínio particularmente importante de comparação para as mulheres na sociedade actual e 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. Segundo McCreary e Sasse (2000) a imagem corporal tende a diferir drasticamente por sexo e tende a mover-se em direcções opostas em conformidade com as normas prescritas culturalmente e, por exemplo, numa tentativa de reduzir a insatisfação corporal e, em ambos os sexos, surge a prática de exercício físico, em que as mulheres praticam-no como estratégia para a redução de peso, e os homens praticam-no para ganhar peso, especificamente massa muscular.

Por sua vez, a diferença de géneros em relação à procura da magreza pode ser explicada pela tendência superior das mulheres para procurar a magreza e sobrevalorizarem o peso e a forma corporal (Gupta et al., 1993). No caso das mulheres, os processos de comparação social, a subsequente

internalização do ideal de magreza e a estigmatização da obesidade podem fazer com que estas se sintam pressionadas a alcançar um peso e tamanho corporais específicos, que para a sua maioria é irrealista (Striegel-Moore et al., 1986). Para uma mulher o padrão de magreza actualmente presente na sociedade é difícil de ignorar e também de alcançar (Heinberg, 1996), visto que as imagens observadas nos meios de comunicação podem promover ou reforçar um ambiente em que a magreza é considerada uma característica essencial para a beleza. Por outro lado, no caso dos homens o ideal prescrito culturalmente tem sido historicamente referido como o aumento da massa corporal, especificamente a muscular (Anderson & Bulik, 2004), em que o aumento de peso está inversamente associado com a procura da magreza (Gupta et al., 1993).

Quanto aos comportamentos bulímicos, verificamos que estes são superiores nos respondentes do género masculino, o que nos permite constatar que esta excepção na subescala bulimia deve ser interpretada com cautela, uma vez que este estudo foi realizado na população geral. Deve ter-se também em consideração as características da própria subescala, uma vez que esta mede a frequência de episódios de sobrealimentação e a sensação de empanturramento após as refeições.

Numa segunda instância, e separadamente para o género masculino e feminino, tivemos por objectivo medir a força e a dimensão da associação entre a vergonha interna e externa, a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal e os indicadores de psicopatologia alimentar.

Apesar da auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal ser uma escala recente (Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011) e não existirem estudos empíricos que analisem a necessidade dos indivíduos se apresentarem socialmente, em termos da sua aparência física, como perfeitos, baseámo-nos na literatura existente acerca da expressão interpessoal da perfeição, nomeadamente nas facetas da auto-apresentação perfeccionista propostas por Hewitt e os seus colaboradores (2003).

Verificamos que a necessidade de apresentar uma imagem corporal perfeita relaciona-se positivamente com a vergonha interna e a vergonha externa, tanto no género masculino como no género feminino.

Assim, e à luz de evidências empíricas, pudemos verificar que existe uma associação forte entre a vergonha e a auto-apresentação perfeccionista, na medida em que a elevada preocupação com a exposição pública de aspectos percebidos pelo próprio indivíduo como vergonhosos, culmina na tentativa de se apresentar perfeito (Hewitt et al., 2003), ao projectar um *self* falso, exibindo uma imagem de perfeição, com o objectivo de evitar a experiência de vergonha, não transparecendo falhas, para assim promover a aceitação e a integração social (Peterson, 2003). Não obstante, os indivíduos perfeccionistas avaliam-se ou acreditam que os outros os avaliam tendo em consideração padrões irrealistas e elevados, e quando falham no alcance destes padrões interpretam as suas falhas como erros significativos que reflectem, de uma forma vergonhosa, o quão miserável é o *self* (Tangney, 2004).

Seguidamente, através dos nossos resultados, verificamos que tanto a

auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal como as medidas de vergonha estão significativa e positivamente relacionadas com os indicadores de psicopatologia alimentar (à excepção do par vergonha externa e bulimia, no género masculino, e do par auto-promoção perfeccionista da imagem corporal e bulimia em ambos os géneros). No entanto, e embora o sentido da relação seja idêntico entre os dois géneros, no género feminino a relação entre a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal e a psicopatologia alimentar apresenta uma maior magnitude.

Estes resultados poderão ser explicados à luz de investigações anteriores e corroboram a evidência empírica de que as três facetas da auto-apresentação perfeccionista estão associadas à psicopatologia alimentar, a preocupações relacionadas com o peso e forma corporal e a reacções e avaliações sociais acerca aparência física (Cockell et al., 2002; Hewitt et al., 2003). Não obstante, McGee e os seus colaboradores (2005) argumentam que níveis elevados das três facetas da auto-apresentação perfeccionista potenciam o desenvolvimento de uma dieta ou de comportamentos de ingestão compulsiva. Mais especificamente, estes autores chegaram à conclusão que níveis elevados da faceta auto-promoção perfeccionista tem como consequência o uso do corpo como meio e ferramenta para a promoção da perfeição (e.g., quando há ruptura na persecução de um objectivo) culminando com o envolvimento em comportamentos de ingestão compulsiva e de purga. De modo similar, níveis elevados da segunda e terceira faceta da auto-apresentação perfeccionista (i.e., ocultação e não-revelação da imperfeição), na presença de falhas publicamente percebidas, potenciam, igualmente, o desenvolvimento de uma dieta ou de comportamentos de ingestão compulsiva.

Com efeito, os resultados obtidos no nosso estudo corroboram a associação positiva e significativa reconhecida na literatura entre as experiências de vergonha e a psicopatologia alimentar, na medida em que o papel que a vergonha desempenha pode ser crucial para o desenvolvimento e manutenção das perturbações alimentares (e.g., Cooper et al., 1998; Eldredge et al., 1998; Fairburn & Cooper, 1989; Garner & Garfinkel, 1982; Gilbert, 1998; Goss & Gilbert, 2002; Polivy & Herman, 1993). Segundo Tangney (1993) a experiência de vergonha pode surgir através do olhar “doloroso” (real ou imaginário) dos outros, aliada ao medo da rejeição e ao medo de provocar sentimentos negativos nos outros. Por sua vez, os distúrbios alimentares estão associados à regulação de experiências emocionais negativas, em que, por exemplo, os comportamentos de ingestão compulsiva e de purga (Fairburn & Cooper, 1989; Garner & Garfinkel, 1982) surgem não só como meio para regular as emoções, mas também como uma forma de quebrar com os estados afectivos negativos, nomeadamente com a vergonha (Cooper et al., 1998; Polivy & Herman, 1993).

Posteriormente, nos indicadores de psicopatologia alimentar verificamos que a bulimia não se encontra associada à procura da magreza no género masculino, no entanto no género feminino a associação é positiva e significativa entre estes indicadores. Contudo, este resultado deve ser lido

com reservas dadas as características da própria subescala, uma vez que esta mede a frequência de episódios de sobrealimentação e a sensação de empanturramento após as refeições.

No estudo de regressões pretendemos verificar qual a influência que variáveis como a vergonha interna, a vergonha externa e a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal exercem na procura da magreza.

As análises permitiram-nos concluir que no género masculino, a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal se revelou a única preditora da procura da magreza. Por sua vez, na amostra constituída por respondentes do género feminino, as análises efectuadas permitiram-nos concluir que a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal se revelou a melhor preditora, seguindo-se a vergonha interna. Baseámo-nos na literatura existente acerca das facetas da auto-apresentação perfeccionista propostas por Hewitt e os seus colaboradores (2003), e verificamos que os nossos resultados são coerentes com as referências teóricas e empíricas que têm demonstrado que as várias facetas da auto-apresentação perfeccionista são predictoras de sintomatologia de perturbação alimentar (McGee et al., 2005), associam-se à avaliação da imagem corporal e predizem dificuldades a nível alimentar (Striegel-Moore et al., 1993).

Tendo em consideração que os nossos resultados mostraram que a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal é um preditor significativo da procura da magreza, tanto no género masculino como no género feminino, colocamos a hipótese da auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal poder desempenhar um efeito de mediação entre a internalização da vergonha e a procura da magreza.

A extensa investigação empírica, realizada no âmbito do perfeccionismo e da psicopatologia alimentar, tem enfatizado o papel do perfeccionismo como característica central nas perturbações alimentares (e.g., McGee et al., 2005; Vitousek & Manke, 1994), e que as suas dimensões podem ser relevantes para o desenvolvimento da psicopatologia alimentar, na medida em que pode haver a exigência do alcance de um corpo ideal e de padrões de peso específicos (Hewitt et al., 1995). Mais especificamente, em relação à aparência física, o não alcance do peso corporal desejado (mesmo que se tenham estabelecido padrões e normas rígidas) será uma situação experienciada de forma negativa (McGee et al., 2005).

Por sua vez, em relação à auto-apresentação perfeccionista, à luz do contributo de Hewitt e dos seus colaboradores (2003), é demonstrado que as três facetas da auto-apresentação perfeccionista se relacionam com sintomas inerentes à psicopatologia alimentar. Embora o perfeccionismo seja considerado um aspecto nuclear para a compreensão das perturbações alimentares (e.g., Cockell et al., 2002; Hewitt et al., 1995; Hewitt et al., 2003; Humphrey, 1992; McGee et al., 2005), o conhecimento do seu papel no desenvolvimento destas perturbações apresenta ainda algumas lacunas. Os estudos de Bardone-Cone e dos seus colaboradores (2007) demonstraram que os estudos de mediação entre o perfeccionismo e a psicopatologia do comportamento alimentar são praticamente inexistentes na literatura.

Posto isto, no nosso estudo, investigamos o papel mediador de uma dimensão específica, a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal, na relação entre a vergonha interna e a procura da magreza. Efectivamente, a nossa hipótese foi corroborada tendo a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal mediado totalmente a relação entre a vergonha interna e a procura da magreza na amostra constituída por respondentes do género feminino, e parcialmente na amostra constituída por respondentes do género masculino.

VI - Conclusões

Esta investigação teve como objectivo e como nosso principal contributo analisar a necessidade dos indivíduos se apresentarem socialmente, em termos da sua aparência física, como perfeitos, através da escala Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal (Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011) e a sua relação com a vergonha (interna e externa) e os indicadores de psicopatologia alimentar nos participantes deste estudo. Esta escala avalia uma dimensão específica da expressão interpessoal do perfeccionismo, quer pela auto-promoção perfeccionista da imagem corporal, que avalia a necessidade de promover ou de se apresentar uma aparência de perfeição para os outros, ou quer pela ocultação, que avalia a necessidade de evitar ser visto como imperfeito ou a de não demonstrar aquilo que o indivíduo considera serem imperfeições ou falhas em relação à sua imagem corporal.

Numa primeira instância pudemos verificar que são as mulheres as que mais sentem necessidade de adoptar uma auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal quando comparadas com os homens, pois são estas que sentem não só uma maior necessidade de promoverem uma imagem corporal perfeita, mas também uma maior necessidade de ocultarem aquilo que percebem como imperfeições, relativas à sua imagem corporal. Chegamos também à conclusão que as mulheres apresentam, não só níveis de vergonha interna superiores ao género masculino, como também são estas que se destacam por estarem mais insatisfeitas com os seus corpos e por apresentarem mais comportamentos de procura da magreza.

Para além disso, pudemos verificar e comprovar, através da nossa investigação, que a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal se encontrava associada de forma positiva e significativa com as medidas de vergonha e com os indicadores de psicopatologia alimentar.

Constatamos ainda que a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal se revelou um preditor significativo da procura da magreza, tanto na amostra constituída por respondentes do género masculino como na do género feminino. Posto isto, propusemo-nos analisar o possível efeito mediador da auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal na relação entre a internalização da vergonha e a procura da magreza. Embora seja reconhecido na literatura o papel que o perfeccionismo desempenha no desenvolvimento das perturbações alimentares, este apresenta ainda algumas lacunas, sendo que, os estudos de mediação entre o perfeccionismo e a psicopatologia do comportamento alimentar são praticamente inexistentes na

literatura (Bardone-Cone et al., 2007).

De um modo geral, ao analisarmos o papel mediador da auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal, na relação entre a vergonha interna e a procura da magreza, chegamos à conclusão que a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal mediou totalmente a relação entre as experiências de internalização da vergonha e a sintomatologia relatada pelos participantes, nomeadamente a procura da magreza, na amostra do género feminino, e parcialmente na amostra do género masculino.

No entanto, apesar da validade dos resultados obtidos e do contributo desta investigação, não podemos descurar algumas **limitações** neste estudo. Em primeiro lugar, para além das desvantagens inerentes à utilização de instrumentos de auto-resposta (particularmente susceptíveis a enviesamento), apontamos também o facto da nossa amostra ser apenas constituída por estudantes, pertencentes a uma população não clínica, não nos permitindo realizar comparações dos resultados entre a população geral e a população clínica. Em termos gerais, estes aspectos podem ter contribuído para resultados pouco robustos, os quais ainda assim correspondem a relações entre as variáveis estatisticamente significativas mas modestas, especificamente em termos do grau reduzido de generalização para a população. Em segundo lugar, os valores baixos encontrados nos comportamentos bulímicos constituíram-se uma limitação, e podem dever-se ao facto da consistência interna relativa à subescala do Inventário de Perturbações Alimentares ser baixa, ou à inexistência de uma amostra clínica neste estudo. Em acréscimo pode referir-se a natureza transversal do estudo, uma vez que não facilita a identificação de relações causais entre as variáveis. Por último, o facto de este ser o primeiro estudo que utiliza a escala Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal (APIC; Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011) é necessária exploração em estudos posteriores.

Por último, e em termos **futuros**, consideramos que seria importante replicar este estudo com amostras diferentes ao nível da população alvo, nomeadamente utilizando-se uma amostra clínica e com uma média de idades mais abrangente. Estes procedimentos permitiriam não só tecer comparações entre o grupo com e sem patologia, mas também, e mais especificamente, permitiria verificar em que variáveis, o grupo do género masculino e do género feminino, com e sem patologia, se distinguem e se assemelham.

Bibliografia

- Allan, S., & Gilbert, P. (1995). A social comparison scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Elsevier Science*, 19(3), 293-299.
- Anderson, C., & Bulik, C. (2004). Gender differences in compensatory behaviors, weight and shape salience, and drive for thinness. *Eating Disorders*, 5, 1-11. doi:10.1016/j.eatbeh.2003.07.001
- Ashby, J., Rice, K., & Martin, J. (2006). Perfectionism, shame, and depressive symptoms. *Journal of Counseling and Development*, 84(2), 148-156.
- Bardone-Cone, A., Wonderlich, S., Frost, R., Bulik, C., Mitchell, J., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 384-405. doi:10.1016/j.cpr.2006.12.005
- Baron, M., & Kenny, A. (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: 10.1037/022-3514.51.6.1173
- Barrett, K. (1995). A functionalist approach to shame and guilt. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The Psychology of shame, guilt, embarrassment and pride* (pp. 25-63). New York: Guilford Press.
- Bastiani, A., Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 147-152.
- Blatt, S., D'Afflitti, J., Quinlan, D. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 383-389.
- Burns, D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 14(11), 34-51.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge: Harvard University Press.
- Butterfield, P., & Leclair, S. (1988). Cognitive characteristics of bulimic and drug-abusing women. *Addictive Behaviors*, 13, 131-138.
- Camp, D., Finlay, W., & Lyons, E. (2002). Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social Science and Medicine*, 55, 823-834.
- Cattarin, J., Thompson, J., 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.
- Cockell, S., Hewitt, P., Seal, B., Sherry, G., Flett, G., & Remick, R. (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 26(6), 745-758. doi: 0147-5916/02/1200-0745/0
- Cooper, J., 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.
- Cooper, Z., Cooper, P., & Fairburn, C. (1985). The specificity of the Eating Disorder Inventory. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 129-130.
- Duarte, C., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2011). A aparência física como uma medida de posição social: O papel de uma nova escala para a compreensão da relação entre o peso e a dieta. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.769
- Duarte, C., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2011). The validation of the body image acceptance and action questionnaire: Exploring the moderator effect of acceptance on disordered eating. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(3), 327-345.
- Eldredge, K., Locke, K., & Horowitz, L. (1998). Patterns of interpersonal problems associated with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 383-389.
- Fairburn, C. (1997). Eating disorders. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *The science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 209-242). New York: Oxford University Press.
- Fairburn, C., & Cooper, P. (1989). Eating disorders. In K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk, & D. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 274-314). Oxford: Oxford University Press.
- Flett, G., Hewitt, P., Blankenstein, K., & O'Brien, S. (1991). Perfectionism and learned resourcefulness in depression and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 12, 61-68.
- Flett, G., Hewitt, P., & DeRosa, T. (1996). Dimensions of perfectionism, psychosocial adjustment, and social skills. *Personality and Individual Differences*, 20, 143-150. doi: 10.1016/0191-8869(95)00170-0
- Flett, G., Hewitt, P., & Dyck, D. (1989). Self-oriented perfectionism, neuroticism, and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 10, 131-135.
- Frost, R., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468. doi: 0147-5916/90/1000-0449\$06.00/0
- Furnham, A., Badmin, N., & Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: Gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *The Journal of Psychology*, 136(6), 581-596.
- Garner, D., & Garfinkel, P. (1985). *Handbook of psychotherapy for anorexia and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Garner, D., Olmsted, M., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Geller, J., Cockell, S., Hewitt, P., Goldner, E., & Flett, G. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 8-19.
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical*

- Psychology*, 70, 113-147.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In B. Andrews & P. Gilbert (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (pp. 3-31). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualization and overview with treatment implications. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body Shame: Conceptualization, research and treatment* (pp. 3-47). New York: Brunner-Routledge.
- Goss, K., & Allan, S. (2009). Shame, pride and eating disorders. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 16, 303-316. doi: 10.1002/cpp.627
- Goss, K., & Gilbert, P. (2002). Eating disorders, shame and pride: A cognitive-behavioural functional analysis. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body Shame: Conceptualization, research and treatment* (pp. 218-249). New York: Brunner-Routledge.
- Gupta, M., Schork, N., & Dhaliwal, J. (1993). Stature, drive for thinness and body dissatisfaction: A study of males and females from a non clinical sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 59-61.
- Hamachek, D. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- Heatherton, T., & Baumeister, R. (1991). Binge eating as an escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- Heinberg, L. (1996). Theories of body image disturbance: Perceptual, developmental, and sociocultural factors. In J. K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment* (pp. 27-48). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hewitt, P., & Flett, G. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470.
- Hewitt, P., & Flett, G. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: A test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 58-65.
- Hewitt, P., & Flett, G. (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., Flett, G., & 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: 0276-3478/95/040317-10
- Hewitt, P., Flett, G., Sherry, S., Habke, M., Parkin, M., Lam, R., ... Stein, M. (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
- Hewitt, P., Habke, M., Lee-Bagley, D., Sherry, S., & Flett, G. (2008). The

- impact of perfectionistic self-presentation on the cognitive, affective, and physiological experience of a clinical interview. *Psychiatry*, 71(2), 93-122.
- Higgins, E. (1998). Promotion and prevention: Regulatory focus as a motivational principle. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 30, pp. 1-46). New York: Academic Press.
- Higgins, E., Bond, R., Klein, R., & Strauman, T. (1986). Self-discrepancies and emotional vulnerability: How magnitude, accessibility and type of discrepancy influence affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 5-15.
- Hoek, H. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5, 61-74.
- Hollender, M. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6, 94-103.
- Holmgren, S., Humble, K., Norring, C., Roos, B., Rosmark, B., & Sohlberg, S. (1983). The anorectic bulimic conflict: An alternative diagnostic approach to anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 3-15.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth*. New York: Norton.
- Humphrey, L. (1992). Family relationships. In K. Halmi (Ed.), *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa* (pp. 263-284). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Johnson, C., Crosby, R., Engel, S., Mitchell, J., Powers, P., & Wittrock, D. (2004). Gender, ethnicity, self-esteem and disordered eating among college athletes. *Eating Behaviors*, 5(2), 147-156. doi:10.1016/j.eatbeh.2004.01.004
- Joiner, T., Heatherton, T., Rudd, M., & Schmidt, N. (1997). Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: Two studies testing a diathesis-stress model. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 145-153.
- Jones, E., & Pittman, T. (1982). Toward a general theory of strategic self-presentation. In J. Suls (Ed.), *Psychological perspectives on the self* (pp. 231-262). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kashubeck-West, S., Mintz, L., & Weigold, I. (2005). Separating the effects of gender and weight-loss desire on body satisfaction and disordered eating behavior. *Sex Roles*, 53, 505-518. doi:10.1007/s11199-005-7138-4
- Krones, P., Stice, E., Batres, C., & Orjada, K. (2005). In vivo social comparison to a thin-ideal peer promotes body dissatisfaction: A randomized experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2), 134-142. doi:10.1002/eat.20171
- Leary, M. (1993). The interplay of private self-processes and interpersonal factors in self-presentation. In J. Suls (Ed.), *Psychological perspectives on the self: The self in social perspective* (pp. 127-155). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lewis, H. (1987). Shame and the narcissistic personality. In D. L. Nathanson (Ed.), *The many faces of shame* (pp. 93-132). New York: Guilford Press.
- Lewis, H. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International

Universities Press.

- Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York: The Free Press.
- 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*.
- McCreary, D., & Sasse, D. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of the American College of Health*, 48, 297-304.
- McGee, B., Hewitt, P., Sherry, S., Parkin, M., & Flett, G. (2005). Perfectionistic self-presentation, body image, and eating disorder symptoms. *Body Image*, 2, 29-40. doi:10.1016/j.bodyim.2005.01.002
- 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, 307-313.
- Milligan, B., & Pritchard, M. (2006). The relationship between gender, sport, self-esteem and eating disordered behaviors in division I athletes. *Athletic Insight*, 8(1), 9-43.
- Muth, J., & Cash, T. (1997). Body-image attitudes: What difference does gender make? *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 1438-1452.
- O'Dea, J., & Abraham, S. (1999). Onset of disordered eating attitudes and behaviors in early adolescence: Interplay of pubertal status, gender, weight and age. *Adolescence*, 34(136), 671-679.
- Pacht, A. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, 39, 386-390.
- Peterson, J. (2003). An argument for proactive attention to affective concerns of gifted adolescents. *The Journal of Secondary Gifted Education*, 14(2), 62-70.
- Pinel, E. (1999). Stigma consciousness: The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 114-128.
- Pliner, P., & Haddock, G. (1996). Perfectionism in weight-concerned and -unconcerned women: An experimental approach. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 381-389.
- Polivy, J., & Herman, C. (1993). A etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In G. Fairburn & G. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 173-205). New York: Guilford Press.
- Pritchard, M. (2008). Disordered eating in undergraduates: Does gender role orientation influence men and women same way? *Sex Roles*, 59, 282-289. doi:10.1007/s11199-008-9449-8
- Quinn, D., & Crocker, J. (1999). When ideology hurts: Effects of belief in the protestant ethic and feeling overweight on the psychological well being of women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(2), 402-414.
- Reed, G. (1985). *Obsessional experience and compulsive behaviour: A*

- cognitive-structural approach*. New York: Academic Press.
- Reindl, S. (2001). *Sensing the self: Women's recovery from bulimia*. Cambridge: Harvard University Press.
- Roberts, T., & Gettman, J. (2004). "Mere exposure": Gender differences in the negative effects of priming a state of self-objectification. *Sex Roles, 51*, 17-27. doi: 0360-0025/04/0700-0017/0
- Roth, D., Harris, R., & Snyder, C. (1988). An individual differences measure of attributive and repudiative tactics of favorable self-presentation. *Journal of Social and Clinical Psychology, 6*, 159-170.
- Ruggiero, G., Levi, D., Ciuna, A., & Sassaroli, S. (2003). Stress situation reveals an association between perfectionism and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders, 34*, 220-226. doi:10.1002/eat.10191
- Schore, A. (1998). Early shame experiences and infant brain development. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 57-77). New York: Oxford University Press.
- Sherwood, N., & Neumark-Sztainer, D. (2001). Internalization of the sociocultural ideal: Weight-related attitudes and dieting behaviors among young adolescent girls. *American Journal of Health Promotion, 15*, 228-231.
- Shott, S. (1979). Emotion and social life: A symbolic interactionist analysis. *American Journal of Sociology, 84*, 1317-1334.
- Sorotzkin, B. (1985). The quest for perfection: Avoiding guilt or avoiding shame? *Psychotherapy, 22*, 564-571.
- Spitek, D. (1995). The development of pride and shame in toddlers. In J. Tangney & K. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride* (pp. 237-252). New York: Guilford Press.
- Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanism of action. *Clinical Psychology Review, 14*, 633-661.
- Stice, E., & Agras, W. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analyses. *Behavior Therapy, 29*, 257-276.
- Strauman, T. (1989). Self-discrepancies in clinical depression and social phobia: Cognitive structures that underlie emotional disorders? *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 14-22.
- Striegel-Moore, R., Silberstein, L., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist, 41*(3), 246-263.
- Striegel-Moore, R., Silberstein, L., & Rodin, J. (1993). The social self in bulimia nervosa: Public self-consciousness, social anxiety, and perceived fraudulence. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 297-303.
- Sullivan, H. (1938/2000). Psychiatry: Introduction to the study of interpersonal relations. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes, 63*, 113-126.

- Tangney, J. (1993). Shame and guilt. In C. G. Costello (Ed.), *Symptoms of depression* (pp. 161-180). New York: Wiley.
- Tangney, J. (2004). *Shame and guilt*. New York: The Guilford Press.
- Tangney, J., & Fischer, K. (1995). *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. New York: The Guilford Press.
- Tedeschi, J., Schlenker, B., & Bonoma, T. (1971). Cognitive dissonance: Private ratiocination or public spectacle. *American Psychologist*, *26*, 685-695.
- Thompson, J., & Heinberg, L. (1999). The media's influence on body image disturbance and eating disorders: We've reviled them, now can we rehabilitate them? *Journal of Social Issues*, *55*(2), 339-353.
- 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 & Clinical Psychology*, *23*(1), 23-44.
- Thompson, A., & Kent, G. (2001). Adjusting to disfigurement: Processes involved in dealing with being visibility different. *Clinical Psychology Review*, *21*, 663-682.
- Tracy, J., Robins, R., & Tangney, J. (2007). *The self-conscious emotions: Theory and research*. New York: Guilford Press.
- Troop, N., Allan, S., Treasure, J., & Katzman, M. (2003). Social comparison and submissive behaviour in eating disorder patients. *Psychotherapy*, *76*, 237-249. doi: 0360-0025/01/1100-0645/0
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 137-147.
- Vitousek, K., & Orimoto, L. (1993). Cognitive-behavioral models of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and obesity. In K. S. Dobson & P. Kendall (Eds.), *Psychopathology and cognition* (pp. 191-243). San Diego, CA: Academic Press.
- Wayatt, R., & Gilbert, P. (1998). Dimensions of perfectionism: A study exploring their relationship with perceived social rank and status. *Journal of Personality and Individual Differences*, *24*(1), 71-79.
- Williams, G., Power, K., Miller, H., Freeman, C., Yellowlees, A., Dowds, T., Walker, M., & Parry-Jones, L. (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*, 35-43.

Anexos

Anexo A (Protocolo de Investigação)

O objectivo desta investigação é estudar a forma como as pessoas se sentem consigo próprios e com os outros. O modo como por vezes se sentem, conduz a um enorme sofrimento pessoal e, como tal, o seu melhor conhecimento vai permitir ajudar essas pessoas. Por isso, o seu contributo para este estudo é de crucial importância.

Assim, pedimos que não deixe nenhuma questão por responder, dado que tal invalidaria todas as suas restantes respostas. Não existem respostas certas ou erradas, apenas pretendemos que responda da forma mais sincera e espontânea possível. Os resultados obtidos são estritamente confidenciais e apenas serão utilizados para fins de investigação.

Obrigado pela sua participação.

nome (iniciais):	sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	data de nascimento: <small>dia</small> - <small>mês</small> - <small>ano</small> _____ - _____ - _____
ocupação:	ano escolaridade:	estado civil: solt. <input type="checkbox"/> casad. <input type="checkbox"/> divorc. <input type="checkbox"/> viúva <input type="checkbox"/>
agregado familiar (com quem vive):		
profissão pai:		profissão mãe:
Qual é a sua altura?	Qual é o seu peso actual?	Que peso desejava ter?

EDI

Nome _____ Sexo: _____ Data: _____

Idade: _____ Ocupação: _____ Nível de escolaridade: _____

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

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

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

Por favor responda cuidadosamente a cada questão.

OS RESULTADOS SÃO COMPLETAMENTE CONFIDENCIAIS.

Sempre	Quase sempre	Frequente - mente	Algumas vezes	Rara - mente	Nunca	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Como doces e hidratos de carbono sem me sentir nervoso(a).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Acho que o meu estômago é demasiado grande.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Desejava poder voltar à segurança da infância.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Como quando estou aborrecido(a).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Empaturo-me com comida.

Internalized Shame Scale (ISS)

(Cook, 1996; Tradução e adaptação Matos & Pinto-Gouveia, 2006)

Instruções:

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

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

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

Escala				
0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre

- 0 1 2 3 4 1. Sinto que nunca sou suficientemente bom.
- 0 1 2 3 4 2. Sinto um pouco á parte
- 0 1 2 3 4 3. Penso que as pessoas me olham com superioridade.
- 0 1 2 3 4 4. Geralmente costumo sentir que sou bem sucedido.
- 0 1 2 3 4 5. Critico-me e desvalorizo-me a mim mesmo.
- 0 1 2 3 4 6. Sinto-me inseguro em relação à opinião dos outros sobre mim

APIC

Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011

Nesta folha é apresentada uma lista de afirmações por favor registe o seu grau de concordância com cada uma das afirmações através da seguinte escala: se está completamente de acordo faça um círculo no número 7, se discorda completamente faça o círculo no número 1, se se sente num ponto intermédio escolha um algarismo entre 1 e 7 de acordo com o seu grau de concordância.

1	2	3	4	5	6	7
	Discordo			Neutro		Concordo
	Completamente					Completamente

1. É importante ter uma aparência física atraente.	1	2	3	4	5	6	7
2. Seria horrível para mim mostrar as minhas imperfeições (corporais) aos outros.	1	2	3	4	5	6	7
3. Não me importo de falar sobre as coisas que acho feias e pouco atraentes no meu corpo.	1	2	3	4	5	6	7
4. Eu não me preocupo que os outros se apercebam das imperfeições do meu corpo.	1	2	3	4	5	6	7
5. Faço de tudo para encobrir aquilo que não gosto no meu corpo.	1	2	3	4	5	6	7
6. É preciso mostrar uma imagem corporal ideal para que os outros nos aceitem.	1	2	3	4	5	6	7
7. Admitir qualquer falha (em termos da minha aparência física) é, para mim, das piores coisas.	1	2	3	4	5	6	7
8. É muito importante apresentar-me bem (fisicamente) em situações sociais.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sei que não tenho uma imagem corporal ideal, mas esforço-me por me mostrar o mais exemplar possível para os outros.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu esforço-me para que os outros não se apercebam de certas características do meu corpo.	1	2	3	4	5	6	7

OAS

(Goss, K., Gilbert, P. & Allan, S., 1994)

(Tradução e Adaptação: Lopes, B., Pinto Gouveia, J. & Castilho, P., 2005)

Instruções:

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

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

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
1. Sinto que as outras pessoas não me vêem como sendo suficientemente bom (boa).	0	1	2	3	4
2. Penso que as pessoas me desprezam.	0	1	2	3	4
3. As outras pessoas "dêitam-me" muitas vezes abaixo.	0	1	2	3	4
4. Sinto-me inseguro (a) acerca das opiniões dos outros sobre mim.	0	1	2	3	4
5. As outras pessoas olham-me como se eu não estivesse à altura delas.	0	1	2	3	4
6. As outras pessoas vêem-me como se eu fosse pequeno (a) e insignificante.	0	1	2	3	4
7. As outras pessoas vêem-me como se eu fosse uma pessoa defeituosa.	0	1	2	3	4
8. As pessoas vêem-me como pouco importante em relação aos outros.	0	1	2	3	4
9. As outras pessoas procuram os meus defeitos.	0	1	2	3	4