



UC/FPCE_2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Estudo da relação entre autoconceito, imagem corporal,
traços de personalidade e psicopatologia**

Ana Sofia Regalo Rocha (e-mail:sofiarocha86@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (área de
Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas) sob a orientação do
Professor Doutor Rui Paixão

Estudo da relação entre autoconceito, imagem corporal, traços de personalidade e psicopatologia

Resumo

A investigação no âmbito da psicopatologia assume-se como uma área de trabalho de profundo alcance, que implica um significado múltiplo e mostrando-se proficua quando relacionada com outros construtos psicológicos. O presente trabalho assume como objetivo a análise da relação entre autoconceito, imagem corporal e traços de personalidade na capacidade preditiva de variáveis psicopatológicas (*Brief Symptom Inventory-BSI*). Numa primeira fase, procedeu-se à tradução e à análise das qualidades psicométricas de um instrumento relativo à imagem corporal (MBSRQ) (N=215), revelando-se estas adequadas para o seu uso posterior. Numa segunda fase, estudou-se a capacidade preditiva dos três construtos no desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica. De uma forma geral, os resultados obtidos indicam que a imagem corporal desempenha um papel fundamental nestes desenvolvimentos, verificando-se uma boa capacidade preditiva para todas as dimensões do BSI. As outras variáveis também evidenciaram esta capacidade, à exceção dos traços de personalidade, que apenas evidenciou a importância do Neuroticismo.

Palavras-chave: Autoconceito; Imagem Corporal; Traços de Personalidade; Psicopatologia; Questionário Multidimensional das Relações Corpo-Self (MBSRQ).

Study of relation between self –concept, body image, personality traits and psychopathology

Abstract

The research in psychopathology is regarded as being an in-depth field of study, which implicates a multitude of approaches and which proves fruitful when associated with other psychological constructs. This paper takes as its objective the analysis of the interaction between self-concept, body image and personality traits when attempting to predict the dimensions of psychopathology (*Brief Symptom Inventory-BSI*). Initially, a questionnaire relating to body image (MBSRQ) was translated to Portuguese and its psychometric qualities were analysed (N=215), to assure that it would be appropriate for further use in the research proposed in this paper. In the second phase of the study, the predictive capacity of a model including the three psychological constructs in the development of psychopathological symptoms was analysed. Overall, the results indicate that body image plays a key role in predicting and understanding psychopathological symptoms, and predictive models were found for all of the psychopathological dimensions considered as measured in the BSI. The other variables also showed predictive capacity, except for the personality traits, in which only the Neuroticism trait was recruited for the models.

Keywords: Self-concept; Body Image; Personality Traits; Psychopathology; The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ).

Agradecimentos

Aos meus queridos pais, por tudo o que sou, pelo amor incondicional e indefinível, pela preocupação e incentivo constantes e sobretudo, pelo sacrifício realizado para que eu pudesse prosseguir com os meus objetivos e finalizar esta etapa.

Ao meu irmão, Pedro, pela forma como à sua maneira, me acompanhou, apoiou e preencheu o meu percurso académico e este ano em particular.

Ao Castelo, por todo o apoio, força, incentivo, compreensão e carinho prestados ao longo de todo este processo repleto de obstáculos, sem ti seriam impossíveis de ultrapassar, por isso, um infinito obrigada por me teres ajudado a chegar até aqui!

A todos os Pesadões, pela amizade incondicional e por que cada um à sua maneira, me transmitiu força, motivação, compreensão e auxílio nos momentos de angústia...um muito obrigado!

Ao Professor Doutor Rui Paixão, pela sabedoria, por todos os ensinamentos transmitidos, não só neste ano mas ao longo deste percurso; pelas críticas, opiniões e dúvidas que me fez levantar e por toda a disponibilidade, compreensão e ajuda prestada, sobretudo nos momentos mais difíceis.

Ao Professor Zé Marques, pelo auxílio e por toda a disponibilidade demonstrada.

A todos os que colaboraram e participaram nesta investigação voluntariamente, o meu Muito Obrigado, pois sem vocês a concretização deste trabalho não teria sido possível!

E a todos aqueles aqui não mencionados, mas que sempre me apoiaram neste caminho e que, de alguma forma, contribuíram para que eu chegasse até aqui, fica o meu eterno agradecimento!

Índice

Introdução	01
I. Enquadramento Conceptual	02
1. Autoconceito	02
2. Imagem Corporal	05
3. Traços de Personalidade.....	07
4. Psicopatologia.....	09
5. Autoconceito, Imagem Corporal, Traços de Personalidade e Psicopatologia.....	11
II. Objetivos	15
III. Estudo I	16
1. <i>The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ)</i> (Cash, 2000).....	16
2. Amostra	18
3. Procedimentos.....	18
4. Resultados.....	19
5. Discussão dos Resultados.....	21
IV. Estudo II	23
1. Questões de Investigação.....	23
2. Instrumentos	23
3. Amostra.....	25
4. Procedimentos	25
5. Resultados.....	25
6. Discussão dos Resultados.....	33
V. Conclusões	41
Bibliografia	43
Anexos	54

Introdução

A psicopatologia é uma área fundamental na investigação em psicologia e que tem sido estudada consistentemente por uma multiplicidade de autores com diferentes referências científicas. É um construto que implica um significado múltiplo, pois tem subjacentes diversas variáveis e dimensões, que fazem parte de todo um contexto do indivíduo e que se inter-relacionam entre si. No entanto, uma das limitações na pesquisa realizada em psicopatologia deve-se ao facto de a maioria dos estudos se centrarem na relação entre a psicopatologia e apenas um outro construto, tido como condicionante isolado – não contextualizado – como, por exemplo, os traços de personalidade. No caso de estar a ser considerada mais do que uma variável, esta é geralmente tida em conta numa análise já direccionada para perturbações específicas e não para a psicopatologia em geral (Moreira, 2002).

Relativamente ao autoconceito, autores como Fitts (1972) e Serra (1986a) defendem que este é um construto central e significativo na mediação e ajustamento do comportamento do indivíduo, podendo determinadas pontuações obtidas para esta dimensão em escalas de autorresposta serem indiciadoras de perturbações psicopatológicas. Por sua vez, Briggs (1992) e Golsberg (1993) afirmam que a personalidade pode influenciar significativamente a relação entre o autoconceito e a psicopatologia, de tal modo que algumas das facetas do autoconceito se encontram ligadas a determinados traços de personalidade, como o Neuroticismo, a Conscienciosidade e a Extroversão. No que respeita à imagem corporal, Rowe et al. (2005) concluíram que a relação entre esta e o funcionamento social é clinicamente importante, sendo recorrentes, por exemplo, os estudos sobre perturbações alimentares e insatisfação corporal. No entanto, esta variável também é mediada pelos traços de personalidade individual, nomeadamente a conscienciosidade pública (Cash & Pruzinsky, 2002). Investigações realizadas por Hatfield e Sprecher (1986), demonstraram que as pessoas consideradas atraentes são vistas como sendo mais aptas socialmente, mais integradas e mais ajustadas à sociedade, comparativamente com as pessoas menos atraentes (Cash, 2000). Este autor conclui mesmo que um autoconceito positivo em relação ao corpo, tenderá a ser um fator de proteção face a situações que poderão ameaçar a imagem corporal (Cash, 2002).

O estudo aqui desenvolvido centra-se na compreensão mais abrangente destas problemáticas, tentando integrar as variáveis que, neste contexto, se têm revelado relacionadas entre si e que, articuladas, podem ou não contribuir para a capacidade de prever um quadro psicopatológico. Assim, o objetivo geral desta investigação incide na contribuição preditiva das variáveis relativas ao autoconceito, imagem corporal e traços de personalidade no desenvolvimento de tendências psicopatológicas numa população não-clínica.

Organiza-se em dois estudos: o primeiro consiste na tradução e

adaptação de uma escala de imagem corporal *The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (MBSRQ) (Cash, 2000), para a população portuguesa. Neste estudo serão analisadas as características psicométricas dessa versão. O segundo estudo analisa a influência das três variáveis antes referidas no desenvolvimento de traços psicopatológicos, tal como estes podem ser observados na população geral. Este estudo, de natureza correlacional, assentará na utilização de escalas de autorresposta.

I – Enquadramento conceptual

1. Autoconceito

A abordagem ao autoconceito tem variado em função dos diferentes autores que se têm debruçado sobre esta temática, verificando-se uma grande imprecisão da terminologia e discordância das definições. Contudo, Faria e Fontaine (1990) referem que, apesar da literatura não revelar uma definição operacional clara, concisa e universalmente aceite, existe uma certa concordância em torno da definição geral do autoconceito, como relativo à “*a percepção que o indivíduo tem de si próprio, das suas capacidades e competências em vários domínios da existência como, por exemplo, o social, o físico, o cognitivo e o emocional.*” (Faria & Fontaine, 1992, p.42). Serra (1986a) afirma que essas percepções são formadas a partir das experiências vivenciadas pelo sujeito e, também, das interpretações que este faz sobre o meio envolvente. Para este autor, os reforços que o sujeito recebe e o significado que o indivíduo atribui relativamente aos seus comportamentos, são fatores preponderantes na construção do autoconceito.

De acordo com Burns (1986), o autoconceito é composto por imagens sobre aquilo que pensamos sobre nós próprios, o que pensamos que conseguimos realizar, o que pensamos que os outros pensam de nós e, ainda, de como gostaríamos de ser. Se, por um lado, as relações interpessoais que o indivíduo estabelece e o modo como se relaciona com os outros são influenciados pelo conceito de si, por outro, o autoconceito também se pode modificar ao longo da vida, devido às experiências relacionais e aos contextos sociais em que vive (Serra, 1986a).

Existem quatro tipos de influências que determinam a génese e o desenvolvimento do autoconceito: a maneira como os outros observam um indivíduo e o conseqüente *feedback* que lhe transmitem; a percepção que o indivíduo tem do seu desempenho em diversas situações; a comparação que faz do seu comportamento, numa dada situação, com a dos seus pares sociais; e, ainda, a avaliação que faz de um determinado comportamento relativamente aos valores aceites pelo seu grupo de referência (Lopes, 2006). A formação do autoconceito indica, então, a capacidade que o indivíduo tem de se construir como objeto da própria observação e abstrair-se dos seus comportamentos específicos diários, bem como dos comportamentos dos outros em relação a si (Marsh, 1994).

Serra (1986a) defende que o autoconceito permite compreender a continuidade e a coerência do comportamento humano ao longo do tempo, e Gecas (1982) acrescenta que este construto se encontra relacionado com certos traços e atitudes. Assim, este conceito abarca a(s) diferente(s) identidade(s) que cada um pode ter, sendo esta(s) o conteúdo do autoconceito, bem como a autoestima, correspondendo esta à componente avaliativa da representação do *Self* (Serra, Firmino, & Matos, 1987; Novo, 2003; Serra & Pocinho, 2001).

A construção da identidade é uma tarefa que decorre ao longo da vida, resultante da contínua adaptação da história de vida de cada um e ao crescente número de acontecimentos e experiências que vai vivenciando ao longo do tempo (Dittmann-Kohli, 2005). Staudinger (2005) considera que as autoconcepções variam, substancialmente, à medida que o tempo vai passando, mas a estrutura de auto-organização pessoal é mais estável. Segundo Markus e Nurius (1986), o autoconceito é mais facilmente percebido se for aprofundado no tempo, pois considera-se que este reflete a importância do potencial de crescimento e mudança associado a possíveis estados futuros. Este construto é, então, um produto estrutural da atividade reflexiva, que é suscetível a mudanças, consoante o indivíduo se encontre face a novos papéis, situações ou transições do curso de vida normal (Demo, 1992).

Esteban (cit. in Rocha, 2008) ao atentar o autoconceito como uma organização interna de atitudes, considera que este possui três componentes básicos: i) o componente cognitivo, em que o aspeto percetivo considerado é a autoimagem (conjunto de crenças e opiniões que cada um tem acerca de si próprio, que pode ser real, ideal ou social); ii) o componente afetivo (avaliativo), que é a autoestima, que vai variando conforme oscila o resultado da comparação entre a autoimagem real e a ideal; iii) e, finalmente, o componente comportamental, que representa o que fazemos, tendo em conta que temos tendência a comportarmo-nos em relação a nós, de acordo com a aceitação e recusa dos nossos atos. Estes componentes não são necessariamente estáveis ao longo do tempo e dos acontecimentos de vida, pois tendo em conta que se relacionam, quando uma pessoa se considera portadora de características indesejáveis, então muito provavelmente avalia-se de forma indesejável, mas tenta ainda assim, apresentar-se de forma positiva (Tamayo et al., 2001).

Segundo Harter (1996), o autoconceito tem a função de organizar, motivar e proteger o indivíduo. Esta organização, acompanhada de sentimentos, atribui significado às experiências de vida, ajudando a manter a coerência do *Self* (Conley, 1984). As características estruturais do autoconceito dizem respeito à forma como os componentes cognitivos das convicções sobre o “*self*” estão organizados. Novo (2003) considera que as cognições contidas no autoconceito são de alguma forma independentes face à autoestima, porque são apenas influenciadas por esta, consoante a relevância que têm para o *self*.

Serra, Firmino e Matos (1987) consideram, assim, o autoconceito um construto muito importante, justamente por englobar a identidade do indivíduo, por permitir compreender a continuidade e coerência do comportamento humano ao longo do tempo e, ainda, por possibilitar esclarecer a forma como a pessoa interage com outras, inclusive na forma como lida com áreas respeitantes às suas necessidades e motivações. Para além, estes autores defendem que o autoconceito permite entender aspetos do autocontrolo (porque razão são inibidos ou desenvolvidos alguns comportamentos ou porque surgem certas emoções em determinados contextos), relacionando-se este conceito com traços e atitudes da personalidade.

Devido às múltiplas influências que o indivíduo recebe, costuma diferenciar-se o autoconceito real, aquele que avalia a realidade como é, e o autoconceito ideal, aquele que o próprio gostaria de ser. Assim, se houver uma aproximação entre estas duas facetas do autoconceito existe satisfação, mas se houver uma discrepância existe insatisfação (Serra, 1988; Serra & Pocinho, 2001). Os indivíduos com bom autoconceito tendem a atribuir o êxito a fatores internos (aptidões) e o fracasso a fatores externos (acaso), assim como de modo inverso - os indivíduos com mau autoconceito tendem a atribuir o fracasso a fatores internos (falta de aptidão) e o sucesso a fatores externos (sorte ou facilidade da tarefa) (Peixoto & Almeida, 2011).

Para avaliar o autoconceito, existem inúmeros inventários e questionários de diversos autores, refletindo diferentes perspetivas teóricas. Serra (1986b) criou o Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC), instrumento utilizado no presente estudo, com o objetivo de avaliar os aspetos emocionais e sociais do autoconceito, considerados importantes no ajustamento pessoal, procurando registar as perceções que a pessoa tem de si. Relaciona-se com a autoestima do indivíduo e fornece indicações que podem ser úteis numa possível intervenção psicoterapêutica (daí o nome “Inventário Clínico”), não só para revelar como um indivíduo se “avalia a si mesmo”, mas também para dar a conhecer as suas áreas de maior vulnerabilidade (Serra, 1986b). Segundo o mesmo autor, o autoconceito é um construto psicológico organizado em seis fatores: o fator um é constituído por itens que se caracterizam por aceitação ou desagrado social, devendo ser ponderados no duplo sentido, tanto positivo como negativo e, por esse motivo, é denominado de “Aceitação/Rejeição Social”; o fator dois é formado por itens que realçam os aspetos de enfrentar e resolver problemas e dificuldades, sendo que valores altos indicam independência e valores baixos indicam dependência, sendo designado de “Autoeficácia”; os fatores três e quatro, devido às características dos seus itens, foram denominados de fator de “Maturidade Psicológica” e fator de “Impulsividade-Atividade”, respetivamente; e, por último, os fatores cinco e seis não têm designação própria, sendo denominados apenas de fatores mistos (Serra, 1986b). Para além destes seis fatores, também se pode obter um score total, que fornece uma pontuação global do autoconceito, mas que não foi considerado neste estudo, devido ao seu carácter pouco específico.

2. Imagem Corporal

O corpo é um dos temas mais discutidos no mundo contemporâneo, sendo objeto de estudos cada vez mais frequentes no domínio das ciências sociais e humanas. O corpo é não só, algo que nos pertence mas, também, o que somos; é um instrumento e objeto de prazer, que primeiramente nos identifica e nos facilita a relação com os outros. Le Breton (2007) afirma, inclusivamente, que na sociedade pós-moderna predomina o ter sobre o ser, em que o corpo se transforma numa superfície de projeção.

De acordo com as experiências atuais e anteriores, o sujeito elabora face ao corpo, uma sucessão de julgamentos, atitudes e sentimentos, isto é, uma representação mental do seu corpo, a sua imagem corporal (Jakatdar, Cash, & Engle, 2006). A imagem corporal desenvolve-se desde o nascimento até à morte, dentro de uma estrutura complexa e subjetiva, sofrendo modificações que implicam a reconstrução contínua, resultante do processamento de estímulos (Pelican et al., 2005). Schilder (1950) foi pioneiro na consideração da imagem corporal como um construto multifacetado, dependendo a sua formação das relações sociais, culturais, psicológicas e fisiológicas. Este autor defende que, esquema corporal é a imagem tridimensional que todo o sujeito tem do seu corpo, não se tratando de uma mera sensação ou imaginação, mas sim de uma perceção corporal, que envolve figurações e representações mentais.

A imagem do corpo é vista como a configuração global que constitui o conjunto de representações, perceções, sentimentos e atitudes que o indivíduo concebe do seu corpo, ao longo da existência, e também, de como vivencia diversas experiências (Cash, Ancis, & Strachan, 1997). A imagem corporal, como uma faceta do autoconceito, é uma importante construção que tem representado um papel importante na investigação. Contudo, a definição do conceito de imagem corporal tem sido controversa, com alguns investigadores a referirem-se à perceção direta da aparência física do corpo, enquanto que outros, a descrevem em termos de conceitos, sentimentos e atitudes sobre o corpo (Sands & Wettenhall, 2000). Este conceito tem sido referido como “esquema corporal”, “consciência corporal”, “modelo postural do corpo”, “corpo percebido”, entre outros (Fisher, 1990). Batista (1995) e Araújo (2001) consideram a imagem corporal como um conceito não convergente, devido à diversidade de definições provenientes de domínios distintos. Atualmente, a imagem corporal é vista como estando em constante mudança, na relação com o mundo circundante. White (2000) afirma que a perspetiva que caracteriza as teorias mais conhecidas da imagem corporal, é a que reconhece a sua natureza dinâmica.

Desta forma, encara-se a imagem corporal como um fenómeno multidimensional, que inclui perceções do *self* a atitudes acerca da aparência de si próprio. Duas facetas nucleares das atitudes da imagem corporal, são as atitudes de avaliação acerca do seu corpo e o investimento psicológico, ou a importância que o sujeito atribui à sua aparência (Cash, 2002). Este construto é parte integrante do “*self*” e da sua organização. O *self* e os

respetivos processos emocionais estão inerentemente “incorporados”, criados dentro de uma relação com o corpo, e continuamente revistos. Não há dimensões do pensamento, do sentimento, ou da ação que possam ser concebidos sem expressão ou ação corporal (Cash & Pruzinsky, 2002). Assim, como construto multidimensional, é composto por quatro componentes: o perceptivo, o cognitivo, o afetivo e o comportamental, com especial relevância para o primeiro e para o segundo (Rowe et al., 2005). O componente perceptivo, envolve a consciência das dimensões do corpo e é medido com instrumentos que requerem que a pessoa faça uma avaliação da percepção do tamanho ou de partes do seu corpo (Thompson, 1995). A diferença entre o tamanho percebido e o tamanho real é chamado de valor de discrepância “*self-actual*” (Thompson & Gardner, 2002). Os aspectos cognitivos da imagem corporal referem-se a convicções ideais acerca do próprio corpo, como a satisfação corporal (Van den Berg, 2007).

De acordo com as perspectivas psicodinâmicas, o “*self*” corporal emerge através de uma hierarquia de desenvolvimento de mecanismos intelectuais e de experiências que vão desde imagens e palavras, a padrões de organização, a abstrações e inferências que regulam toda a experiência do “*self*” (Krueger, 1990). O desenvolvimento do “*self*” corporal pode ser conceptualizado como ocorrendo em três estágios: i) as experiências psíquicas precoces do corpo; ii) a consciência da imagem corporal precoce, que integra experiências internas e externas e que estabelece as fronteiras físicas (pele) e a definição de estado interno; iii) e a integração do “*self*” corporal, como contendo o “*self*” psicológico, que forma um sentimento coeso de identidade e de continuidade.

Estudos de Almeida et al. (2005) ressaltam, também, o papel da influência externa sobre a percepção corporal que os indivíduos têm acerca de si. Tal ênfase, reforçada pelas normas culturais e padrões atuais de magreza (considerada como sinónimo de beleza, normalidade e saúde), pode provocar insatisfação e sentimentos de inadequação relacionados com a autoimagem. Assim, o ambiente sociocultural parece ser uma das condições determinantes para o desenvolvimento de distorções e perturbações subjetivas da imagem corporal (Kakeshita & Almeida, 2006). Uma perspectiva de imagem social – “visão externa” – vê a pessoa como um objeto social, analisando o impacto do aspeto físico nas percepções sociais, interações interpessoais e no desenvolvimento humano. Uma outra perspectiva – “visão interna” – compreende a experiência subjetiva individual da própria aparência física (Cash & Pruzinsky, 1990). Dado o impacto que a aparência de cada indivíduo tem na resposta que recebe nas interações com os outros, não é surpreendente que a maioria dos indivíduos sejam “*appearance conscious*” (Cash & Pruzinsky, 2002). Num estudo realizado por Cash, Winstead e Janda (1986), 82% dos homens e 93% das mulheres tinha uma forte orientação para dar valor à aparência. A orientação para dar valor à aparência é a reflexão da autoimagem corporal, que Fallon descreve como “*o modo como as pessoas se veem, e igualmente significativo, o modo como elas pensam que os outros as veem, sendo o corpo vivenciado como uma*

reflexão do self” (1996, p.80). Existem estudos que sugerem que a importância da aparência para o indivíduo e a sua avaliação como satisfatória ou insatisfatória, são influenciadas pela idade e pelo género, estudos estes que apontam para uma diminuição da insatisfação com a imagem corporal com o avançar da idade, especialmente nas mulheres (Öberg & Tornstam, 1999; Anderson et al., 2002).

Por sua vez, ao estudar fatores de risco e de predisposição para perturbações alimentares, Stice (2002) mencionou um modelo sociocultural associado a estas perturbações. Neste modelo postula-se que a pressão social para se ser magro promove não só a internalização de um ideal de magreza (muitas vezes inatingível), como também a insatisfação corporal, levando a uma avaliação exagerada da importância da aparência física.

As medidas de satisfação geral da imagem corporal, registam uma noção mais abrangente e complexa da noção da própria aparência. Estas medidas incluem itens que podem avaliar a aparência perante os outros ou mesmo a própria atratividade sexual, sendo a escala *The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* – MBSRQ (Cash, 2000), utilizada na presente investigação, uma dessas medidas.

3. Traços de Personalidade

Segundo Hansenne (2004), o termo personalidade tem origem na palavra latina “*persona*”, que significa máscara de teatro, usada pelos atores da Antiguidade para exprimir e representar diferentes emoções e atitudes em palco. O conceito de personalidade está etimologicamente ligado à noção de “papel” desempenhado pelo indivíduo, num contexto definido e face a um público assim como, as máscaras permaneciam ao longo da peça imutáveis, se considera que a personalidade se mantém constante no curso da vida.

Após a Antiguidade e ao longo de vários séculos, o estudo da personalidade permaneceu limitado ao discurso filosófico. De um outro ponto de vista, o interesse pela personalidade recomeça no início do séc. XX, com os trabalhos de Wundt, Galton, Janet e Charcot (Bernaud, 2000) retomando, no fundamental, as “velhas” ideias de consistência, causalidade interna e carácter distintivo da personalidade (Hansenne, 2004).

Apesar da multiplicidade de definições, do encadeamento subtil de cada uma, da complementaridade de muitas delas ou mesmo da oposição clara entre algumas, podem-se destacar alguns pontos em comum: i) a unicidade do indivíduo, isto é, aquilo que o distingue de todos os outros; ii) o conjunto de características estáveis e duradouras, ao longo do tempo e das situações; iii) e, finalmente, o estilo característico de interação entre o sujeito e o ambiente físico e social (Kimmel, 1994). A definição de personalidade subjacente ao Modelo dos Cinco Fatores (que se assume como precursor do instrumento de avaliação adotado neste estudo) realça estes dois primeiros aspetos - as regularidades recorrentes (os traços) e a sua organização característica, em cada pessoa. As definições mais recentes de personalidade têm vindo a valorizar os componentes interativos e dinâmicos, fazendo disso

prova, a perspectiva de Costa e McCrae (1994), que compreende a personalidade como “*um sistema definido por traços da personalidade e processos dinâmicos que afetam o processo psicológico individual.*” (1994, p.70).

A Teoria dos Traços reúne abordagens que concebem a personalidade como uma constelação de traços. Nestas, podem incluir-se a teoria de Allport (1937), Guilford (1959), Cattell (1965), Eysenck (1976) e, mais recentemente, a de Costa e McCrae (1992), que no início da década de 90, definem os traços como “*dimensões das diferenças individuais, com tendência a mostrar padrões consistentes de pensamentos, sentimentos e ações*” (1992, p.141). McCrae e Costa (1992) acrescentam ainda que diferentes estudos têm mostrado que, ao longo da parte adulta do curso de vida, poucas mudanças existem no nível médio dos traços de personalidade comumente avaliados, não existindo assim, nem declínio, nem crescimento na idade adulta. Lima (1997) concluiu que os traços são reais e apresentam níveis de estabilidade e de continuidade ao longo da idade adulta. Esta autora afirma que os traços podem ser caracterizados como sendo “*tendências*”; “*dimensões das diferenças individuais*”; “*disposições gerais*”; “*padrões consistentes*”; “*traços inferidos*”, “*estilos emocionais, interpessoais, experienciais, atitudinais e motivacionais*”; “*traços hierarquizados*”; e “*disposições cognitivo-dinâmicas*” (1997, p.26).

Segundo McCrae e John (1992), é neste momento, do delineamento dos traços de personalidade, que se dá a emergência do Modelo dos Cinco Fatores. Este modelo representa a estrutura da personalidade em termos de cinco dimensões básicas (os “cinco grandes fatores”) (Digman, 1990) e, é definido por McCrae e John (1992) como, “*uma organização hierárquica dos traços de personalidade em termos de cinco dimensões básicas: Extroversão, Amabilidade, Conscienciosidade, Neuroticismo e Abertura à Experiência*” (1992, p.175). Este modelo é considerado universal (McCrae & Costa, 1997) e apresenta argumentos a seu favor, tais como: a demonstração longitudinal de que os cinco fatores constituem disposições reais para que a pessoa se comporte de determinada maneira, em certas situações (Cantor, 1990; McAdams, 1992); estes fatores encontram-se na linguagem corrente, nos principais questionários de personalidade e em diferentes culturas, não sendo influenciados nem pela idade nem pelo sexo; e, por último, o facto de possuírem uma base biológica (Costa & McCrae, 1992).

O Modelo dos Cinco Fatores acarreta diversas implicações para alguns dos principais tópicos da psicologia da personalidade. Relativamente à estrutura da personalidade, este modelo representa uma taxonomia consistente e compreensiva, oferecendo uma solução conciliadora, que organiza e categoriza a multiplicidade de conceitos existentes. No que concerne à questão da mudança na personalidade do adulto, Costa e McCrae (1994) concluíram que a personalidade parece estabilizar a partir dos 30 anos de idade e ainda, que todos os cinco fatores possuem considerável confiabilidade e validade, permanecendo relativamente estáveis durante a

idade adulta (Costa & McCrae, 1994). De acordo com Hansenne (2004), as modificações registadas desde a adolescência até à idade adulta, revelam uma evolução no sentido de maior maturidade. No entanto, no estudo longitudinal de Roberts e Caspi (2001), verificou-se uma grande estabilidade entre as diferentes dimensões ao longo do tempo.

No sentido de operacionalizar o Modelo dos Cinco Fatores, surge o instrumento NEO-PI-R (Inventário de Personalidade Neo-Pi Revisto) de Costa e McCrae (1992), aferido para a população portuguesa por Lima (1997; 2000). Nesta versão são avaliadas as cinco grandes dimensões da personalidade e alguns dos traços que as integram. Segundo Lima e Simões (1995), a dimensão Neuroticismo (N) avalia a adaptação ou, no outro extremo, a instabilidade emocional; a dimensão Extroversão (E) traduz a quantidade e intensidade das interações interpessoais, o nível de atividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria; a dimensão Abertura à Experiência (O, de *Openess to Experience*), considerada de maior relevância para o estudo da imaginação, da cognição e da personalidade (Costa & McCrae, 1992), avalia a procura proativa, a apreciação da experiência por si própria, a tolerância e a exploração do não-familiar; a dimensão Amabilidade (A) diz respeito às tendências interpessoais, referindo-se à qualidade da orientação interpessoal, num contínuo que vai da compaixão ao antagonismo, tanto nos pensamentos, como nos sentimentos e ações (Lima, 1997); e, por último, a dimensão de Conscienciosidade (C) que avalia o grau de organização, persistência e motivação pelo comportamento orientado para um objetivo.

O NEO-PI-R, instrumento utilizado no presente estudo, representa assim um expoente de sofisticação e de abrangência na forma de medir as diferentes dimensões da personalidade, tendo sido baseado na tradição psicométrica e na preocupação de avaliar as diferenças individuais (Lima, 1997).

A abordagem histórica da Teoria dos Traços, agora atualizada por Costa e McCrae (1992) através do Modelo dos Cinco Fatores, apesar das inúmeras críticas, apresenta suporte empírico quando se procuram relacionar variáveis da personalidade com outros construtos, como a saúde mental. Mais especificamente, determinados traços de personalidade têm sido relacionados e entendidos como indicadores de fatores de risco para atitudes e comportamentos disfuncionais, que preenchem alguns dos critérios de diagnóstico para as perturbações do comportamento ou síndromes parciais.

4. Psicopatologia

Na pesquisa em psicopatologia, a utilização de variáveis descritivas é de extrema importância, pois, por exemplo, a variável género é relevante em algumas das patologias mentais mais comuns atualmente, como a depressão (Dawson & Tylee, 2001; Moreira, 2003). Outra variável a ter em conta é a idade, uma vez que o que é patológico numa determinada fase de desenvolvimento, não o será necessariamente em outra faixa etária; assim

como o que é patológico numa cultura, não o será forçosamente noutra (Devereux, 1997; Kleinman & Good, 1985; Tatossian, 1997a cit in Moreira, 2004). O nível de escolaridade, associado à forma de expressar verbalmente o que se sente, terá também um papel importante na capacidade de expressão do sofrimento psíquico. Pesquisas mostram, por exemplo, como nas classes mais baixas e nos países menos desenvolvidos, a queixa depressiva é basicamente de cunho corporal, com uma sintomatologia prioritariamente vinculada a aspetos físicos (Moreira, 2004).

De notar que, autores como Weiss (1993, cit. in O'Connor, 2000), evidenciam que a psicopatologia resulta de crenças patogénicas que se desenvolvem como resposta a experiências negativas durante a infância e ao longo do desenvolvimento. Gilbert (2000) no âmbito de um estudo acerca dos construtos de vergonha, culpa, orgulho, ansiedade social, depressão e estatuto social, verificou que a vergonha, a ansiedade social e a depressão parecem estar diretamente associadas a sentimentos de inferioridade e a comportamentos submissos e não assertivos.

Especificamente em relação à depressão, alguns estudos evidenciam que sujeitos deprimidos se veem a si mesmos como inferiores aos olhos dos outros (Swallow & Kuiper, 1988; Allan & Gilbert, 1995 cit. in Gilbert, 2000). A avaliação de sintomas de depressão é bastante relevante, quer em termos clínicos quer em investigação, pois sobretudo esta última tem procurado avaliar não apenas os sintomas, mas sim a vulnerabilidade psicológica dos indivíduos para desenvolverem depressão (Gilbert, 2000). Este autor afirma que, todos os autores que desenvolveram modelos de avaliação da vulnerabilidade para a depressão, partem do princípio que existem determinadas características de personalidade que propiciam o desenvolvimento de psicopatologia depressiva. Entre os fatores que têm vindo a ser associados ao desenvolvimento de depressão contam-se a autoestima, as cognições disfuncionais e os tipos ou orientações de personalidade (Sacoto, 2010).

A avaliação centrada nos sintomas da depressão parte do princípio de que existem entidades nosológicas e de que para, fim de investigação, ou de modo a tomar decisões clínicas, é necessário obter um diagnóstico (Berrios, 2012). Outras perspetivas, no entanto, têm procurado questionar a excessiva importância atribuída aos sistemas nosológicos, por eles serem meramente descritivos e nada acrescentarem à compreensão da pessoa ou ao modo como os sintomas se poderão ter desenvolvido, ou até o próprio significado para a pessoa avaliada.

Nos últimos anos, tem vindo a emergir um interesse consagrado e crescente na relação entre a personalidade, a psicopatologia e as emoções (Izard & Harris, 1995). Globalmente, os estudos realizados convergem na corroboração da existência de relações bastante estreitas entre os fenómenos emocionais e as grandes dimensões da personalidade, bem como entre os referidos fenómenos e os traços mais restritos que a constituem (Watson & Clark, 1992, cit. in Hansenne, 2004). No entanto, alguns destes trabalhos surgem de forma dispersa e lacónica, sobressaindo a dificuldade de se

poderem sintetizar. Deste modo, referem-se de forma abreviada alguns dos resultados encontrados, tomando como premissa a comunalidade entre certas perturbações emocionais e as dimensões que lhes estão associadas.

Uma revisão da literatura evidencia um maior suporte empírico para as perturbações que se associam a comportamentos impulsivos e agressivos, quer na população clínica, quer na população comum (Shean, Bell, & Cameron, 2007). A sensibilidade interpessoal e a ideação paranóide (dimensões psicopatológicas avaliadas pelo Inventário de Sintomas Psicopatológicos -BSI), enquanto indicadores da personalidade esquizotípica segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), têm vindo a ser objeto de estudo neste âmbito, havendo referência de que tais características contribuem para fomentar défices na capacidade para identificar e interpretar, corretamente, estímulos sociais (Chapman, Champan, & Kwapil, 1995). Se, atendendo à diversidade dos contextos de vida e das experiências, normalmente estas histórias são bastante diversas, no caso da psicopatologia existe aquilo que se pode designar por rigidez narrativa: a diversidade das experiências é concentrada num só significado (Gonçalves, Korman, & Angus, 2000).

Relativamente ao potencial impacto negativo dos fatores de desenvolvimento, vários estudos têm notado que o primeiro ano da universidade representa um período de vulnerabilidade face ao desenvolvimento de sintomatologia física e psicológica (Furr, Westefeld, McConnel, & Jenkins, 2001). A literatura neste domínio indica que cerca de 50% dos estudantes universitários relatam sintomas depressivos pouco depois de iniciarem os seus estudos universitários (*idem, ibidem*), assim como problemas emocionais (Fisher & Hood, 1987).

Assumindo uma perspetiva transdiagnóstica, fundada na evidência da comunalidade de processos entre as perturbações emocionais, os dados aqui explanados podem ser entendidos num contínuo para muitas perturbações emocionais, encerrando uma mesma transversalidade. Esta leitura enquadra-se, então, no pressuposto de que determinados processos comportamentais e cognitivos acompanham a psicopatologia, sendo indissociáveis de qualquer abordagem a este nível, implicando uma maior abrangência e um certo afastamento de uma tendência de interpretação mais ortodoxa da psicopatologia em si mesma (Harvey et al., 2004).

5. Autoconceito, Imagem corporal, Traços de Personalidade e Psicopatologia

A compreensão da psicopatologia passará inevitavelmente pela compreensão da sua relação com os vários construtos mensuráveis da condição psicológica humana. Cada vez mais, na literatura, se manifesta a procura desta compreensão e da capacidade preditiva dos vários construtos na condição psicopatológica, como o autoconceito, a imagem corporal e os traços de personalidade.

O que se tem verificado na literatura é a análise desta capacidade preditiva focada na interação isolada, de uma forma estanque e artificial,

entre um determinado construto e as dimensões da psicopatologia. Uma abordagem unidimensional, com apenas um construto preditivo, é necessariamente uma abordagem que, embora extremamente útil, não vai permitir discernir a prevalência desse mesmo construto, quando na realidade este está contextualizado e integrado num quadro psicológico multidimensional.

Uma abordagem mais compreensiva, que pretende integrar três construtos preditivos, controlando as interações entre os mesmos, é uma tentativa de isolar, contextualmente, os construtos mais determinantes.

Deste modo, são necessários mais estudos que examinam as relações entre os aspetos da personalidade, os mecanismos de *coping* e o autoconceito, tendo em conta o grande número de variáveis que são potencialmente relevantes para adultos em idade avançada (Sacoto, 2010).

Relativamente ao autoconceito, sabe-se que este é tão central na mediação do comportamento de uma pessoa, que determinadas pontuações obtidas se podem constituir como indicadores muito prováveis de distúrbios de personalidade, transtornos neuróticos, e outras manifestações de natureza psicopatológica (Fernandes & Feixas, 2007). Uma discrepância entre os indivíduos que desenvolvem sintomas depressivos e os que não o fazem, leva a deprender, naqueles, a existência de vulnerabilidades específicas. Fitts (1972), Wells e Marwell (1976), Buceta et al. (1982), Fleming e Courtney (1982), Montague et al. (2008), Sacoto (2010) são alguns dos autores que têm salientado a relação entre facetas do autoconceito e sintomas depressivos.

Num estudo realizado por Serra, Matos e Gonçalves (1986), tendo sido feita uma regressão linear simples, em que se colocou o autoconceito como variável independente e os valores de inventário depressivo como variável dependente, verificou-se existir uma boa capacidade preditiva daquela variável em relação a esta. Obteve-se assim, que quanto melhor o autoconceito do indivíduo, menos tendência tem para apresentar sintomas depressivos. No entanto, também se verificou que as diversas facetas do autoconceito não se comportavam igualmente na sua relação com o desenvolvimento dos sintomas depressivos na população em geral, sendo o fator 2, tradutor da autoeficácia o que estabeleceu uma correlação mais alta, negativa, e altamente significativa, com os valores dos sintomas depressivos, inclusive mesmo após a recuperação dessa mesma depressão.

O resultado foi similar num estudo realizado por Serra, Gonçalves e Firmino (1986), em que o autoconceito foi utilizado como variável independente e os diversos tipos de ansiedade social como dependentes porque, as percepções que um indivíduo tem de si são sedimentadas profundamente ao longo dos anos, no processo de aprendizagem social e torna-se lógico considerá-las mais como causa, do que como efeito destes fenómenos. Tendo em conta os dados de regressão linear simples, verificou-se que todas as variáveis da ansiedade social estabelecem bons termos de predição em relação ao autoconceito, existindo uma correlação negativa elevada entre o autoconceito e a ansiedade social e, igualmente, se

comprovou que a correlação é mais acentuada em relação a certas facetas, nomeadamente de aceitação/rejeição social e de autoeficácia, de resto já obtido em estudos anteriores.

Deste modo, Serra e Firmino (1986) comprovaram que os doentes com perturbações emocionais tendem a ter um autoconceito pobre, em comparação com a população em geral, mesmo sendo este suscetível de se alterar em determinados períodos da vida (Serôdio, Dinis, & Pires, 2004). O autoconceito, avaliado pelo Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC), instrumento que tem validade preditiva e valor clínico, correlaciona-se negativamente com fobia, ansiedade, depressão e somatização (Mota Cardoso, Pais, & Veríssimo, 1986).

O autoconceito parece ser, assim, um construto central e significativo na determinação do ajustamento do indivíduo (Lopes, 2006), uma vez que níveis significativamente baixos do mesmo, podem ser indicadores de problemas na relação com os outros, de sentimentos de inadequação para certas atividades diárias ou até de perturbações emocionais (Blanco, Olmo, Arbonés, & Bosah, 2004). Contudo, esta variável não tem influência isoladamente no funcionamento do indivíduo, estando interligada com muitas outras, nomeadamente a personalidade que influi significativamente na relação entre o autoconceito e a psicopatologia (Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005).

A falta de precisão com que as questões relativas à personalidade e psicopatologia têm vindo a ser estudadas é uma das grandes críticas feitas por McCrae e Costa (1995). Neste sentido, são os mesmos autores que defendem a ideia de que o Modelo dos Cinco Fatores poderá fazer a diferença, facultando à psicopatologia uma taxonomia de grande utilidade para os investigadores, ao disponibilizar ferramentas configuradas sob a forma de instrumentos de medida e procedimentos de validação. Esta ideia é reforçada por Praag (2005) ao afirmar ainda que o Modelo dos Cinco Fatores não vem “curar todos os males” da investigação em torno da personalidade e saúde, mas permitirá pelo menos tratar algumas das suas patologias mais problemáticas.

Os traços baseados no modelo dos Cinco Fatores de personalidade, atualmente o modelo de escolha de medida de traços de dimensão normal, revelam-se abrangentes e adequados nos estudos já realizados neste âmbito (Briggs, 1992; Goldsberg, 1993; Malouff, Thorsteinsson, & Schutte, 2005). Estes autores concluíram que o autoconceito estaria relacionado com o Neuroticismo, a Conscienciosidade e a Extroversão, e que demonstrar empiricamente estas relações poderia trazer benefícios.

Os traços de personalidade individual também influenciam as atitudes de imagem corporal, sendo a autoestima o fator mais central desses traços (Cash & Pruzinsky, 2002). Deste modo, um autoconceito positivo do corpo poderá ser um fator protetor contra acontecimentos que ameaçam a imagem corporal (Cash, 2002). Na situação inversa, uma baixa autoestima pode aumentar a vulnerabilidade da autoimagem do sujeito. Uma imagem corporal baixa aparece, muitas vezes, fortemente relacionada com uma baixa

autoestima (Tiggemann, 2002). De facto, Cash e Grasso (2005) revelaram que os melhores preditores de uma baixa imagem corporal, eram a baixa autoestima e o pertencer ao género feminino. Em contraste, a capacidade de lidar com mudanças de vida importantes como começar a Universidade e tomar decisões académicas duradouras e positivas, está relacionada com uma elevada autoestima (Tiggemann, 2002). Cash e Labarge (1996) descobriram que mulheres com convicções disfuncionais acerca da sua aparência apresentam uma autoestima mais baixa, maior autoconsciência em público e níveis mais altos de ansiedade social. A conscienciosidade pública – uma disposição para focar a atenção na própria aparência e comportamentos – aumenta a autoavaliação e o processo de informação relacionado com as aparências (Cash & Pruzinsky, 2002).

Investigações realizadas por Cash, Melnyk e Hrabosky (2004), demonstraram que as pessoas consideradas atraentes são vistas como tendo maiores aptidões sociais, mais populares, mais felizes, mais confiantes, mais inteligentes, mais calorosas e mais integradas. Indivíduos atraentes também têm mais tendência, para receber apoio para desenvolver aptidões positivas para a vida, do que as pessoas menos atraentes (Cash, 2005); para receber mais reforços sociais positivos (Banfield & McCabe, 2002); e, para receber mais ajuda dos outros (Jakatdar, Cash, & Engle, 2006). As pesquisas realizadas sugerem ainda que o envolvimento em qualquer atividade física também está associado a alterações de personalidade, sendo que a autoestima e a ansiedade são influenciadas positivamente (Carron, Hausenblas, & Eastbrooks, 2003).

Resultados encontrados num estudo realizado por Dyl, Killter, Philips e Hunt (2006) permitiram concluir que uma grande parte dos sujeitos estudados apresentava preocupações clinicamente significativas com a imagem corporal. Tais preocupações estavam associadas, sobretudo, a altos níveis de depressão, ansiedade e pensamentos suicidas. Neste estudo apurou-se que 67% dos participantes da investigação apresentaram Perturbação do Corpo Dismórfico (PCD), 3.8% revelaram Perturbações Alimentares (PA), e 22.1% demonstraram Preocupações com a Forma/Peso Corporal (PFPC) clinicamente significativas. Os grupos com PCD e PFPC apresentavam níveis de ansiedade e de pensamentos suicidas superiores, relativamente ao grupo de doentes que não apresentava qualquer preocupação com a sua imagem corporal. Da mesma forma, os grupos com PCD, PA e PFPC apresentavam estados de depressão mais avançados. O desenvolvimento de medidas de imagem corporal, válidas e fiáveis para esta população é, consequentemente, crítica, como é aliás referido pelos investigadores nesta área (Cash & Pruzinsky, 2002; Thompson, 1995).

No seu livro “*The Broken Mirror*”, Philips (1996, cit. in Cash & Pruzinsky, 2002) apresenta dados sobre a comorbilidade da PCD e de outras perturbações. De entre as diagnosticadas com PCD, a fobia social é a segunda perturbação mais comum, sendo a primeira a depressão major; especificamente, as taxas de coocorrência são de 26% (fobia social) e 36% (depressão major), respetivamente.

Cash e Szymanski (1995, cit. in Cash & Pruzinsky, 2002) observaram que estudantes universitários do sexo feminino com uma maior discrepância no *self*-ideal e com um maior investimento na obtenção dos seus ideais físicos, declaravam níveis significativamente mais altos de autoconsciência e ansiedade sobre avaliação social.

Estas dificuldades constituem stressores que podem levar a manifestações sintomáticas como a depressão (Nollen-Hoeksema & Morrow, 1991), ansiedade (Mor & Winqvist, 2002) ou a outros problemas comportamentais, através de estratégias inadequadas de resolução de problemas (Sadava & Park, 1993; Arthur, 1998, cit. in Fernandes & Feixas, 2007). Estudos alertam para a relevância de se atender à emergência de sintomatologia nos estudantes universitários, dado que a psicopatologia tem sido encontrada como um preditor significativo do fracasso, quer no ajustamento à entrada para a universidade (Fernandes & Feixas, 2007) quer na realização académica (Furr, Westefeld, McConnell, & Jenkins, 2001).

Estudos indicam, que perturbações de imagem corporal estão relacionadas com autoestima baixa, com depressão e com o despoletar de perturbações alimentares em jovens adultos (Garner & Garfinkel, 1981; Thompson, 1995; Thompson & Psaltis, 1998; Thompson & Thompson, 1986; cit. in Rowe et al., 2005).

Embora as relações causais entre perturbações alimentares, insatisfação corporal, ansiedade e autoconsciência social não estejam bem esclarecidas nem aprofundadas, a sua conjugação é recorrente e confirma as hipóteses que a relação entre imagem corporal e funcionamento social é clinicamente importante.

II – Objetivos

Num primeiro momento, este trabalho tem como objetivo a tradução e adaptação da escala de imagem corporal *The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (MBSRQ) (Cash, 2000), para a população portuguesa. Este estudo (Estudo I) consiste na realização de uma Análise Fatorial de Componentes Principais, com o objetivo de averiguar a estrutura fatorial do questionário, bem como na análise da estabilidade temporal (*teste reteste*) e da consistência interna (*alfa de Cronbach*).

O segundo estudo (Estudo II) assenta na determinação do contributo preditor das variáveis relativas ao autoconceito, imagem corporal e traços de personalidade no desenvolvimento de tendências psicopatológicas numa população não-clínica. Torna-se pertinente a realização deste estudo, pois a literatura suporta a evidência destas variáveis estarem correlacionadas entre si (Cash & Pruzinsky, 2002; Rowe et al., 2005) e que, articuladas podem contribuir para a capacidade de predizer um quadro psicopatológico (Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005; Sacoto, 2010). No entanto, os estudos têm falhado em evidenciar de que forma é que ocorre essa interação entre as variáveis e qual o contributo específico de cada uma para o desenvolvimento de psicopatologia. Este trabalho encontra a sua principal fundamentação

nesta lacuna.

III – Estudo I

1. *The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ)* (Cash, 2000)

O MBSRQ (Cash, 2000) é um questionário de autorresposta composto por 69 itens e dez subescalas, que visa avaliar as atitudes do *self* em relação ao construto da imagem corporal. Este instrumento foi concebido para adultos e adolescentes, com idade igual ou superior a quinze anos (Cash, 2000). Segundo Cash e Pruzinsky (1990), a imagem corporal é caracterizada por disposições atitudinais que incluem as componentes cognitiva e comportamental, perante o *self* físico (Cash & Pruzinsky, 1990). Este *self* engloba não só a aparência física do sujeito mas, também, a competência física – *fitness* - e a sua integridade biológica ou “saúde/doença” (Cash, 2000).

A versão inicial deste instrumento, de 1983, incluía 294 itens e denominava-se *Body-Self Relations Questionnaire* - BSRQ (Cash, 2000). Versões subsequentes eliminaram ou substituíram itens iterativamente com base em critérios psicométricos, conceptuais e lógicos (Cash, 2000). Em 1985, Cash, Winsted e Janda utilizaram o instrumento num inquérito com cerca de 30.000 sujeitos, estudo do qual inúmeras publicações retiraram dados para realizarem as mais diversas análises (Cash, 2000). Estudos de validação psicométrica da amostra original (Brown, Cash, & Mikulka, 1990) suportam a componente conceptual do instrumento. Os subsequentes estudos realizados com esta escala também confirmam a sua forte convergência, discriminação e validade de construto (Cash, 2000).

As subescalas do MBSRQ refletem duas dimensões de disposição (“Avaliação” e “Orientação” cognitivo-comportamental) assim como três domínios somáticos (“Aparência”, “*Fitness*” e “Saúde/Doença”) (Cash, 2000). No entanto, a título excepcional, Cash (2000) teve a necessidade de separar as subescalas de orientação da saúde e orientação da doença.

O MBSRQ apresenta sete subescalas: (i) *Avaliação da Aparência*, referente a sentimentos em relação à atratividade do corpo, ou falta dela, e à satisfação ou insatisfação com a aparência; pontuações altas nesta subescala refletem satisfação e sentimentos positivos em relação à aparência e pontuações baixas refletem um descontentamento geral com a aparência física; (ii) *Orientação da Aparência*, que remete para a extensão do investimento do sujeito com a aparência; os indivíduos que apresentam pontuações altas nesta subescala atribuem mais importância à aparência, e passam mais tempo a cuidar da imagem, enquanto as pontuações baixas refletem uma certa apatia relativamente à mesma, não sendo a sua imagem especialmente importante e não revelando grande investimento na sua alteração; (iii) *Avaliação de Fitness*, subescala direcionada para sentimentos relativos à condição física, a estar “*fit*” ou “*unfit*”; os sujeitos que

apresentam pontuações altas consideram que estão em boa condição física, em boa forma, ou atleticamente ativos e competentes, refletindo também que o indivíduo considera o *fitness* importante, e comportamentos de procura ativa de aumento do *fitness* e da sua condição física, contrariamente aos que apresentam pontuações baixas, que se sentem em baixo de forma, em má condição física, ou com pouca capacidade atlética, assumindo assim fraca consideração pelo *fitness* e desleixo relativamente a atividades que melhoram a condição física, como o exercício físico; (iv) *Orientação de Fitness*, que reporta para a extensão do investimento do indivíduo em estar em boa condição física ou com competências atléticas; pontuações altas refletem sujeitos que estão envolvidos em atividades para melhorar ou manter o seu *fitness*, enquanto as pontuações baixas, pelo contrário, não valorizam a condição física e não procuram atividades que melhorem a mesma; (v) *Avaliação da Saúde*, subescala que se refere a sentimentos relativos à saúde física ou a estar livre de doenças físicas; os indivíduos com pontuações altas nesta subescala sentem que o seu corpo está em boa saúde, que se opõem aos indivíduos que se sentem pouco saudáveis e experienciam sintomas físicos de doença ou vulnerabilidade a doenças, caso apresentem pontuações baixas; (vi) *Orientação da Saúde*, refere-se à extensão do investimento do indivíduo para se manter saudável fisicamente; elevadas pontuações refletem indivíduos que têm uma “consciência da saúde” e que tentam adotar um estilo de vida saudável, contrariamente a pontuações baixas que indicam uma apatia relativamente à saúde; (vii) e, por fim, *Orientação da Doença*, que remete para a atenção que o indivíduo tem a sintomas de doença; nesta subescala, pontuações altas refletem uma elevada atenção relativamente a sintomas de doença ou mal-estar físico, evidenciando disposição na procura de assistência médica, enquanto as pontuações baixas indicam baixa atenção e reatividade referentes a sintomas físicos de doença.

Para além das sete subescalas acima supracitadas, o MBSRQ contém mais três subescalas adicionais: A *Escala de Satisfação das Áreas do Corpo (ESAC)*, que avalia numa escala de insatisfação-satisfação, as áreas e atributos do corpo (de uma forma semelhante a instrumentos anteriores, como o “*Body Parts Satisfaction Scale*”, de Bohrnstedt (Cash, 2000)); a *Preocupação com o Excesso de Peso*, que avalia a ansiedade relacionada com a obesidade, a vigilância do peso, o uso de dietas e a contenção alimentar; e, por último, a *Auto Classificação do Peso*, que aborda a autoavaliação do peso que o indivíduo faz, numa escala que vai desde “Muito magro” a “Muito gordo”.

Desta forma, por ter um carácter multidimensional único, o MBSRQ tem sido extensivamente utilizado e com bons resultados em investigação na área da imagem corporal (Cash, 2000). Por estas razões, optou-se por traduzir este questionário para a população portuguesa, uma vez que não se encontrou um instrumento adaptado para o português de Portugal, com as características pretendidas, isto é, que permitisse uma avaliação abrangente da imagem corporal para população não-clínica.

2. Amostra

Com o intuito de atingir os objetivos propostos, realizou-se um estudo transversal com uma amostra de conveniência pertencente na maioria, ao distrito de Coimbra e Lisboa. Os critérios de inclusão englobam: a) idades superiores aos 18 anos e, b) escolaridade mínima, equivalente ao 9º ano.

A amostra final é, assim, constituída por 215 sujeitos, 98 do sexo masculino (45.6%) e 117 do sexo feminino (54.4%), com idades compreendidas entre os 18 e os 72 anos. A média de idades desta amostra é de 28.08 ($DP=11.330$). No que concerne à distribuição de idades, evidencia-se um predomínio de sujeitos no intervalo de idades compreendido entre os 19 e os 25 anos ($n=134$), abarcando 62.35% dos sujeitos da amostra. Por outro lado, constata-se que as restantes idades (18 e a partir dos 25 até aos 72 anos) têm frequências mais baixas, sendo que abrangem, na sua totalidade, 37.65% dos sujeitos ($n=81$). Salienta-se, ainda, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre género masculino e feminino ao nível da distribuição da idade ($t(213) = -1.427, p=.155$) (Quadro 1, Anexo I).

Estes sujeitos apresentam entre 5 e 22 anos de frequência académica, apresentando um valor médio de 14.52 ($DP=2.644$). Assim, foi possível observar a distribuição por número de anos de escolaridade, que nos permite afirmar que 94.9% dos sujeitos ($n=204$) tem frequência académica igual ou superior a 12 anos. Concomitantemente, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros, no que concerne à distribuição por anos de escolaridade ($t(213) = .538, p=.591$). De referir, por fim, que a amostra final é constituída por indivíduos com um nível de escolaridade médio alto (Quadro 1, Anexo I).

O estado civil dos respondentes inclui uma maioria de sujeitos solteiros ($n=163$; 75.8%). Dos restantes, 16.7% são casados ($n=36$), 4.7% divorciados ($N=10$), 1.9% encontram-se em união de facto ($n=4$) e 0.9% viúvos ($n=2$). O nível socioeconómico¹ dos sujeitos inclui o nível “Baixo” ou “Médio Baixo” com 9.3% dos sujeitos ($n=20$) e os restantes 90.7% declaram um nível socioeconómico “Médio”, “Médio Alto” ou “Elevado” ($n=195$) (Quadro 1, Anexo I).

3. Procedimentos

A tradução do MBSRQ para o português (de Portugal) foi realizada considerando a versão original, em inglês (Cash, 2000), tendo-se utilizado o método tradução-retroversão (Figueiredo & Lemkau, 1980; Hill & Hill, 2002), recorrendo a dois tradutores bilingues, de língua materna portuguesa, operando de forma independente. Estas duas versões, comparadas entre si, permitiram esclarecer e decidir sobre as correspondências dos conceitos

¹ Para categorização do nível socioeconómico foi utilizada a tipologia estabelecida por Simões (1994, p. 285-286), a qual considera cinco níveis: NSE Baixo, NSE Médio Baixo, NSE Médio, NSE Médio Alto, NSE Elevado. Foram considerados, para os estudantes, os indicadores profissionais dos pais bem como as respetivas formações académicas.

ingleses com os conceitos portugueses de Portugal, obtendo-se uma versão consensual final. A versão traduzida foi submetida a um pré-teste (*técnica de prova*, Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000), aplicada a uma amostra de 20 sujeitos, com a finalidade de verificar a aceção e a relevância dos itens, bem como a clareza das instruções. Neste primeiro estudo, os sujeitos foram instruídos para lerem e responderem em voz alta aos itens e, a realizarem no final uma avaliação crítica do instrumento. De um modo geral, o instrumento foi bem percebido, não existindo nenhuma sugestão de alteração significativa.

A versão final deste instrumento (Anexo II) inclui 69 itens, pontuáveis de 1 a 5, mas correspondentes a categorias diferentes, sendo que do item 1 ao item 57, a pontuação 1 significa “discorda completamente” e a 5 “concorda completamente”; no item 58, a pontuação 1 diz respeito ao “nunca” e a 5 a “muitas vezes”; no item 59 e 60, a pontuação 1 corresponde a “muito magro (a)” e a 5 a “muito gordo (a)”; e, finalmente, do item 61 ao item 69, a pontuação 1 revela “muito insatisfeito” e a pontuação 5 “muito satisfeito”. Destes 69 itens, 49 estão na afirmativa e 20 na negativa (itens invertidos).

A versão traduzida do MBSRQ (Questionário Multidimensional das Relações Corpo-*Self*) realizada neste estudo, manteve-se semelhante à versão original, relativamente aos seus itens. No entanto, o agrupamento dos mesmos nas diversas subescalas foi realizado de forma distinta da versão original, pelo que se obtém uma nova interpretação deste questionário, através de uma nova reestruturação fatorial.

4. Resultados

O tratamento estatístico dos dados foi feito com o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18, para o sistema operativo *Windows*. Para a avaliação psicométrica da estabilidade temporal da escala MBSRQ, foi utilizado o método *teste reteste*, através de correlações de *Spearman* e através da comparação de diferenças existentes, pelo teste de *Wilcoxon*. Para tal, 15 indivíduos da população geral foram avaliados em dois momentos distintos, com um intervalo de tempo de cerca de três semanas. Neste caso, as correlações de *Spearman* evidenciam que os 69 itens apresentam valores positivos, na sua maioria (49 itens) acima dos .7. Apenas 5 itens (item 8, 21, 37, 49 e 50) não apresentam valores de correlação estatisticamente significativos ($p < .05$). Após comparação dos itens nos dois momentos, recorrendo ao Teste de Diferenças de *Wilcoxon*, verificou-se que para 67 dos 69 itens considerados, se podia afirmar não existirem diferenças estatisticamente significativas nos dois momentos ($p > .05$), tendo apenas dois itens (item 31 e 39) apresentado diferenças estatisticamente significativas nas respostas nos dois momentos (Quadro 2, Anexo I).

O estudo exploratório da estrutura fatorial deste instrumento envolveu uma análise de componentes principais com rotação ortogonal do

tipo varimax. Optou-se por este método devido à medida de adequação amostral de *Kaiser-Meyer-Olkin* superar o valor mínimo considerado [$KMO \geq .6$ (.799)] (Pallant, 2005) e o teste da esfericidade estatística de *Bartlett* revelar significância estatística [$\chi^2=7402.384$, $p < .01$] o que aponta para a fatorialidade dos dados.

Os resultados obtidos evidenciam uma estrutura de 18 fatores capazes de explicar 67,520% da variância acumulada. Esta estrutura, contudo, não corresponde à estrutura fatorial de 10 fatores preconizada pelos autores originais da escala MBSRQ (Brown, Cash & Mikulka, 1990). Por conseguinte, procedeu-se a uma análise exploratória forçada a 10 fatores. Os resultados obtidos desta análise foram avaliados e posteriormente reformulados, devido a razões estruturais (e.g. dos itens a inserir nos fatores, como é o caso do fator 10, que ficaria apenas com dois itens, o 28 e o 40) e por razões de coerência teórica, chegando assim um resultado final de 8 fatores (Quadro 3, Anexo I).

Na determinação dos itens a incluir em cada fator, retiveram-se aqueles que apresentaram valores de saturação superior ou igual a .30 (Floyd & Widaman, 1995). Quando alguns dos itens, como o item 7 (Fator 5), 28 (Fator 4), 40 (Fator 3), 54 (Fator 5), 57 (Fator 6), 59 (Fator 6), 60 (Fator 6), 62 (Fator 1), 68 (Fator 1), 37 (Fator 8), 46 (Fator 8), 47 (Fator 8), 55 (Fator 8) e 56 (Fator 8) saturaram fortemente em dois ou mais fatores, optou-se por incluí-los nos fatores em que saturaram mais, mesmo quando a diferença entre as respetivas saturações se situavam num valor inferior a .05. O item 3 (Fator 2), 4 (Fator 2), 8 (Fator 4), 21 (Fator 1), 22 (Fator 3) e 38 (Fator 4), no entanto, apesar de se encontrarem nessa situação, foram incluídos nos fatores com valores de saturação inferiores, por razões de coerência teórica. Isto deve-se ao facto de se ter reorganizado os 69 itens, que no instrumento original estavam agrupados em 10 fatores, nos 8 fatores da versão traduzida. Esta versão traduzida mantém o fundamento teórico da versão original e mantém os 69 itens agora reajustados.

Por conseguinte, tendo em conta os resultados obtidos a partir do instrumento traduzido (MBSRQ), apresenta-se uma alteração do número total de subescalas, uma reorganização das mesmas e inclusive dos itens a serem incluídos em cada uma delas, uma vez que estes diferem da interpretação feita pelos autores originais (Brown, Cash & Mikulka, 1990). Esta nova versão da escala MBSRQ, é constituída pelos mesmos 69 itens, mas agrupados em 8 subescalas, sendo elas: 1 – *Avaliação da Aparência e Escala de Satisfação das Áreas do Corpo (ESAC)* (itens 5, 11, 21, 30, 39, 42, 48, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68 e 69); 2 – *Orientação de Fitness* (itens 3, 4, 6, 14, 15, 16, 25, 26, 34, 35, 43, 44 e 53); 3 – *Orientação da Aparência* (itens 1, 2, 12, 13, 22, 23, 31, 32, 40, 41, 49 e 50); 4 – *Orientação da Saúde* (itens 8, 9, 18, 19, 28, 29 e 38); 5- *Avaliação da Saúde* (itens 7, 17, 27, 36, 45 e 54); 6 – *Preocupação com o Excesso de Peso e Auto Classificação do Peso* (itens 10, 20, 57, 58, 59 e 60); 7 – *Avaliação de Fitness* (itens 24, 33, 51 e 52); e, por último, a 8 – *Orientação da Doença* (itens 37, 46, 47, 55 e 56).

Com o objetivo de avaliar a fidelidade da escala MBSRQ, analisou-se a consistência interna², de cada uma das oito subescalas, através dos valores de alfa de Cronbach (α). De acordo com os mesmos autores, no que concerne à subescala 2 - Orientação de *Fitness* ($\alpha=.906$), o valor de fidelidade é “excelente”; à subescala 1 - Avaliação da Aparência e ESAC ($\alpha=.870$) e à subescala 3 - Orientação da Aparência ($\alpha=.803$), os valores de fidelidade são “bons”; a subescala 7 - Avaliação de *Fitness* ($\alpha=.725$) o valor é menor, sendo “aceitável”; e, finalmente, as subescalas 4 – Orientação da Saúde ($\alpha=.689$), 6 – Preocupação com o Excesso de Peso e Auto Classificação do Peso ($\alpha=.687$), 8 – Orientação da Doença ($\alpha=.687$) e 5 – Avaliação da Saúde ($\alpha=.664$) apresentam valores de consistência “questionáveis” (Quadro 4, Anexo I).

Se analisarmos a consistência interna de cada subescala, mas por género, como sugerido pelos autores originais, verifica-se que para o género masculino os valores do alfa de Cronbach variam entre .54 e .90 no presente estudo (Quadro 5, Anexo I), enquanto que no estudo original (Cash, Winstead, & Janda, 1985, 1986), o intervalo é de .70 e .91; relativamente ao género feminino, os valores obtidos nesta investigação oscilaram entre .59 e .90 (Quadro 6, Anexo I) e no estudo dos autores anteriormente referidos, os valores foram superiores, sendo o intervalo de .73 a .90.

5. Discussão dos Resultados

A integridade de qualquer processo de investigação depende inteiramente da precisão e eficácia dos instrumentos utilizados, especialmente quando se tratam de instrumentos psicométricos. Os resultados da avaliação das qualidades psicométricas da escala MBSRQ traduzida, indicam que é uma escala adequada para a medição da imagem corporal. O método do *teste reteste* é comumente utilizado para avaliar a estabilidade temporal do instrumento, recorrendo a correlações de *Spearman* e ao teste das diferenças de *Wilcoxon* entre as respostas dos mesmos itens nos dois momentos distintos (Hilton, 1996; Wittkowski, 2003; Jakobsson, 2004). Dos 69 itens totais analisados, obtiveram-se 49 com coeficientes de correlação acima de .70 (*alfa* com significado superior a “aceitável”; George & Mallery, 2003) e 62 itens não apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p>.05$) nas respostas entre os dois momentos. Logo, considerou-se que os resultados foram aceitáveis para se prosseguir com a validação psicométrica da escala traduzida.

Na tradução de qualquer instrumento psicométrico é necessária a

² Com o objetivo de avaliar o índice de consistência interna, recorreu-se aos valores propostos por George e Mallery (2003), os quais consideram que a consistência interna é “inaceitável” quando o *alfa* é inferior a .50, “pobre” quando o *alfa* se localiza entre .50 e .60, “questionável” quando o *alfa* se situa entre .60 e .70, “aceitável” quando o *alfa* é compreendido entre .70 e .80, “bom” quando o *alfa* pertence ao intervalo .80 e .90 e “excelente” quando o *alfa* é superior a .90.

revisão da estrutura fatorial dos itens. O comportamento dos vários itens relativamente uns aos outros vai determinar, num processo “*bottom-up*”, o seu agrupamento na escala final. Este novo agrupamento não deve, contudo, ignorar a conceptualização teórica e estrutural inicialmente desenhada e desenvolvida pelos autores originais do instrumento (Brown, Cash & Mikulka, 1990). Para esta reestruturação, são necessárias etapas de análise fatorial – Análise dos Componentes Principais - e uma análise da consistência interna dos fatores obtidos. A análise fatorial é um método estatístico utilizado para agrupar itens em fatores, de acordo com os graus de saturação que os itens apresentam nesses mesmos fatores, reduzindo as variáveis em estudo (Bryman & Cramer, 2005). A saturação refere-se ao número de associações entre um item e um fator. Esta estruturação, contudo, foi desenvolvida para a construção de escalas, e não para a sua tradução. Deste modo, enquanto que numa elaboração de uma escala, um item que não sature num fator de forma coerente, é eliminado (Munro, 2005), numa tradução cada item tem de ser analisado individualmente de modo a, caso saturar em fatores onde teoricamente não pertence, ser recolocado mantendo a fidelidade teórica com o instrumento original.

Relativamente à análise fatorial, o resultado final foi uma escala com os mesmos 69 itens, mas agora distribuídos por oito subescalas. O valor de *Kaiser-Meyer-Olkin* (.799), ao ser considerado como “bom” (Kaiser, 1974) e o teste de *Bartlett* [$\chi^2=7402.384$, $p<.01$] revelar significância estatística, verifica-se que a amostra era adequada para a fatoriabilidade dos dados (Pallant, 2005).

Os testes de consistência interna das subescalas obtidas também foram satisfatórios. Não só os valores de alfa de Cronbach analisados globalmente são aceitáveis (o valor mínimo apresentado foi de .66 – “questionável” - e o máximo de .90 – “excelente”), com quatro subescalas de valores “questionáveis”, uma de valor “aceitável”, uma de valor “bom” e duas de valores “excelentes”, como também numa análise destes valores, por diferença de género, os valores são coerentes com aqueles obtidos pelos autores originais (Cash, Winstead, & Janda, 1985, 1986). Aqui, os valores de alfa enfraquecem ligeiramente, devido à redução para cerca de metade dos sujeitos analisados (George & Mallery, 2003).

A escala MBSRQ foi concebida pelos seus autores, para medir a imagem corporal dos sujeitos inquiridos, baseando-se em respostas obtidas originalmente a 69 itens e distribuídos por dez subescalas. Considerou-se que a presente escala se mantém fiel à escala original (mesmo com a reorganização de dez para oito subescalas), tendo sido construída recorrendo a todos os métodos de avaliação psicométrica apropriados.

Os resultados obtidos neste estudo sugerem assim, que a imagem corporal se trata de um construto único, não divisível, mas, simultaneamente, multidimensional, para o qual contribuem diferentes processos. Para uma posterior utilização da escala noutras investigações, e de modo a reforçar o seu rigor psicométrico, recomenda-se o aperfeiçoamento da sua validação utilizando os métodos acima descritos, mas recorrendo a uma amostra

substancialmente maior.

IV- Estudo II

1. Questões de Investigação

O segundo estudo operacionaliza-se nas seguintes questões de investigação:

Q.1. Os níveis de satisfação geral da imagem corporal, tal como são medidos pelo MBSRQ, associam-se a maiores níveis de psicopatologia tal como são medidos pelo BSI (dimensões e índices), esperando-se uma relação entre a sintomatologia psicopatológica e a imagem corporal;

Q.2. O desenvolvimento de sintomas psicopatológicos, tal como são medidos pelo BSI, encontra-se relacionado com a interação de diversas variáveis, tais como autoconceito, imagem corporal e traços de personalidade. Neste caso, é expectável encontrar diferentes pesos preditivos para cada uma destas variáveis, tal como são medidas, respetivamente, pelo ICAC, MBSRQ e NEO-PI-R, no desenvolvimento de sintomas psicopatológicos (BSI). Assim, será possível encontrar um modelo preditivo para cada uma das dimensões e índices psicopatológicos (BSI), com base nos resultados obtidos pelo ICAC, MBSRQ e NEO-PI-R?

2. Instrumentos

2.1. Questionário Sociodemográfico

Este questionário focou-se nos seguintes dados: identificação (iniciais do nome para efeitos de identificação estatística), idade, sexo, anos de escolaridade, estado civil (com 5 hipóteses de resposta: “solteiro”, “união de facto”, “casado”, “divorciado” e “viúvo”), profissão e data de preenchimento.

2.2. Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC)

O Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) de Vaz Serra (1986b), é uma escala de autoavaliação e que visa medir os aspetos emocionais e sociais do autoconceito. É composta por 20 itens e com cinco possibilidades de resposta que variam de “Não Concordo” a “Concordo Muitíssimo”. A classificação faz-se, numa escala de tipo *Likert* de 1 a 5 valores. Existem algumas questões cotadas de ordem direta e outras de ordem inversa, sendo que nas questões negativas as pontuações são revertidas. Este inventário organiza-se em seis fatores: 1- Aceitação/Rejeição Social; 2- Autoeficácia; 3- Maturidade Psicológica; 4- Impulsividade-Atividade; os fatores 5 e 6 não têm designação própria, sendo denominados apenas de fatores mistos. Para além destes seis fatores, também se pode obter um score total, que fornece uma pontuação global do autoconceito, mas que não foi considerado neste estudo, devido ao seu carácter genérico.

Este instrumento só é aplicável a partir dos 15 anos de idade.

2.3. Versão Traduzida do MBSRQ (Cash, 2000) - Questionário Multidimensional das Relações Corpo-Self

Este instrumento foi descrito no primeiro estudo. Sumariamente, constitui-se como um Questionário Multidimensional das Relações Corpo-Self (MBSRQ), que pretende avaliar as atitudes do *self* em relação ao construto da imagem corporal e, que por sua vez, é caracterizada por disposições atitudinais, que incluem as componentes cognitiva e comportamental, perante o *self* físico (Cash & Pruzinsky, 1990). Este *self* engloba não só a aparência física do sujeito mas, também, a competência física - *fitness* - e a sua integridade biológica ou “saúde/doença” (Cash, 2000). É um questionário de autorresposta, composto por 69 itens e oito subescalas, sendo elas: Avaliação da Aparência e Escala de Satisfação das Áreas do Corpo (ESAC), Orientação de *Fitness*, Orientação da Aparência, Orientação da Saúde, Avaliação da Saúde, Preocupação com o Excesso de Peso e Auto Classificação do Peso, Avaliação de *Fitness* e Orientação da Doença.

Este instrumento foi concebido para adultos e adolescentes, com idade igual ou superior a 15 anos de idade, não sendo apropriado para crianças.

2.4. Inventário de Personalidade Neo-Pi Revisto (NEO-PI-R)

Para avaliar as dimensões da personalidade foi utilizado o Inventário de Personalidade Neo-Pi Revisto (NEO-PI-R), desenhado por McCrae e Costa (1992) e aferido para a população portuguesa por Lima (1997, 2000).

Este instrumento é direcionado para medir as cinco principais dimensões da personalidade, estando teoricamente sustentado pelo Modelo dinâmico da personalidade de Cinco Fatores. As dimensões da personalidade correspondem a cada um dos domínios gerais: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade. Cada um destes domínios é constituído por seis facetas ou traços mais importantes que definem cada um desses fatores, sendo que as trinta facetas no total representam distinções/especificações importantes, no interior de cada um dos domínios (Lima & Simões, 2000b).

Na sua totalidade, este inventário é composto por 240 itens, que consistem em afirmações às quais é possível responder numa escala de cinco pontos, classificadas de 0 a 4 valores, variando entre “Discordo Fortemente” e “Concordo Fortemente”, respetivamente. A cotação é obtida através da soma dos itens de cada domínio.

Este instrumento pode ser utilizado com sujeitos a partir dos 17 anos de idade e a escolha deste foi realizada, tendo em consideração a natureza não-clínica da amostra, sendo pois desejável utilizar um instrumento que permitisse avaliar dimensões normativas da personalidade.

2.5. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O BSI é a versão Portuguesa do *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1982), traduzida e adaptada por Canavarro (1999). Este inventário permite avaliar o mal-estar sintomático ao longo de um contínuo que vai desde o mal-estar psicológico, com pouco ou nenhum significado clínico, até ao mal-estar mórbido, formalmente característico das perturbações psiquiátricas. Avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões primárias de psicopatologia, sendo elas: Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide, Psicoticismo. Permite, também, uma avaliação sumária de perturbações emocionais através de três Índices Globais: Índice Geral de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total Sintomas Positivos (TSP). Os itens que formam as nove dimensões avaliadas pelo instrumento constituem, no seu conjunto, importantes elementos da psicopatologia. São considerados pelos Manuais de Classificação Diagnóstica mais utilizados, CID-10 e DSM-IV, como aspetos importantes para a elaboração de diagnósticos das primeiras cinco categorias (F00 a F49) segundo o CID-10 e para as perturbações do Eixo I, segundo o DSM-IV (Simões et al., 2007). No entanto, a utilização exclusiva do inventário não permite a formulação de um diagnóstico (*idem, ibidem*).

Este inventário pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, indivíduos perturbados emocionalmente, a quaisquer outros doentes e a pessoas da população em geral.

3. Amostra

A amostra utilizada neste segundo estudo é igual à descrita no estudo I (Quadro 1, Anexo I).

4. Procedimentos

Nesta segunda parte deste trabalho, procedeu-se ao estudo das questões de investigação anteriormente descritas. A aplicação das escalas de autorresposta foi feita depois de esclarecidos os objetivos do trabalho e, de os sujeitos terem aceitado de livre vontade colaborar sem que, para isso, tenham obtido qualquer tipo de recompensa.

O preenchimento completo do protocolo de investigação demorou, em média, cinquenta e cinco minutos.

5. Resultados

Na presente investigação, os resultados deste estudo II foram obtidos a partir de procedimentos estatísticos de análises de regressão múltipla *standard* (método *Stepwise*) (Brace, Kemp, & Snelgar, 2003), sendo utilizado, para o efeito, o programa *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS 18.0 (SPSS) para o sistema operativo *Windows*. Ao nível da

estatística descritiva, foram calculadas as medidas resumo adequadas e as frequências relativas e absolutas relevantes para esta segunda parte (Quadro 1, Anexo I).

A regressão múltipla das dimensões psicopatológicas (BSI), tomou como variáveis independentes o autoconceito (ICAC), a imagem corporal (MBSRQ) e os traços de personalidade (NEO-PI-R). Os estudos foram desenvolvidos incluindo as dimensões das variáveis em questão, obtidas pelos resultados dos respetivos instrumentos, a saber: para o autoconceito, foram utilizados os seis fatores específicos do ICAC, excluindo o score total; para a imagem corporal, utilizaram-se as oito subescalas da versão traduzida do MBSRQ; para os traços de personalidade, a análise foi restrita aos cinco domínios gerais do NEO-PI-R (e consoante as pontuações em cada um deles, os respetivos percentis), excluindo-se as trinta facetas; e, por fim, para a psicopatologia utilizou-se a totalidade das nove dimensões e os três índices gerais. Estes estudos foram realizados utilizando o método *stepwise* e a opção por este método justifica-se, pelo facto de ele permitir seleccionar as variáveis que apresentam poder preditor mais forte e estatisticamente significativo.

Analisando a amostra total dos 215 sujeitos e utilizando a Somatização como variável a predizer, ou seja, como variável critério, identificaram-se como variáveis predictoras estatisticamente significativas a imagem corporal, na subescala Avaliação da Saúde ($\beta = -.288$; $p < .001$) e na subescala Orientação da Aparência ($\beta = .175$; $p = .008$). Atendendo a que os valores do *Variance Inflation Factor* (VIF) são baixos (inferiores a 5), conclui-se que estas variáveis não apresentam problemas de multicolinearidade (Quadro 1). Assim, o modelo encontrado é altamente significativo [$F(2, 212) = 12.217$; $p < .001$] e o conjunto das variáveis predictoras explica 9.5% da variância observada ao nível da Somatização (Quadro 1).

Relativamente às Obsessões-Compulsões como variável a predizer, foram identificadas como variáveis estatisticamente significativas para esta dimensão, os traços de personalidade de Neuroticismo ($\beta = .200$; $p = .002$); a imagem corporal, na subescala Avaliação da Aparência e Escala de ESAC ($\beta = -.198$; $p = .003$); e, finalmente, o autoconceito no fator Autoeficácia ($\beta = .203$; $p = .004$) e no fator Impulsividade-Atividade ($\beta = .151$; $p = .028$). Uma vez que os valores do VIF são inferiores a 5, conclui-se que estas variáveis também não apresentam problemas de multicolinearidade (Quadro 2). Desta forma, o modelo aqui encontrado é altamente significativo [$F(4, 210) = 9.802$; $p < .001$] e o conjunto das variáveis predictoras explica 14.1% da variância observada, ao nível das Obsessões-Compulsões (Quadro 2).

De seguida, averiguaram-se as variáveis predictoras estatisticamente significativas para a dimensão Sensibilidade Interpessoal. Foram identificadas como tais, a imagem corporal, na subescala Avaliação da Aparência e ESAC ($\beta = -.229$; $p = .001$), na subescala Avaliação da Saúde ($\beta = -.185$; $p = .008$) e na subescala Orientação da Aparência ($\beta = .151$; $p = .016$); o autoconceito no fator 5 Misto ($\beta = -.075$; $p = .009$) e no fator

Impulsividade-Atividade ($\beta = .145$; $p = .026$); e os traços de personalidade Neuroticismo ($\beta = .144$; $p = .021$). Os valores VIF também são baixos neste modelo, o que se conclui que estas variáveis não apresentam problemas de multicolinearidade (Quadro 3). Este modelo é bastante significativo [$F(6, 208) = 10.689$; $p < .001$] e o conjunto das variáveis preditoras explica 21.4% da variabilidade observada ao nível da Sensibilidade Interpessoal (Quadro 3).

Quadro 1. Estudo da regressão da Somatização em função do autoconceito, da imagem corporal e dos traços de personalidade

Variáveis no modelo	Coeficientes			Testes dos coeficientes		VIF
	B	SE B	β	t	p	
Constante	1.188	.366	---	3.243	<.001	---
Avaliação da Saúde	-.340	.077	-.288	-4.411	<.001	1.011
Orientação da Aparência	.211	.079	.175	2.677	=.008	1.011

$R^2 = .103$; $R^2_a = .095$

Quadro 2. Estudo da regressão das Obsessões-Compulsões em função do autoconceito, da imagem corporal e dos traços de personalidade

Variáveis no modelo	Coeficientes			Testes dos coeficientes		VIF
	B	SE B	β	t	p	
Constante	1.909	.454	---	4.205	<.001	---
Neuroticismo	.007	.002	.200	3.061	=.002	1.067
Avaliação da Aparência-ESAC	-.264	.087	-.198	-3.033	=.003	1.063
Autoeficácia	-.040	.014	-.203	-2.935	=.004	1.196
Impulsividade-Atividade	.058	.026	.151	2.219	=.028	1.154

$R^2 = .157$; $R^2_a = .141$

Analogamente à análise feita às variáveis critério anteriores, efetuou-se o mesmo procedimento para a dimensão Depressão. Para esta, identificaram-se como variáveis preditoras estatisticamente significativas a imagem corporal, na subescala Avaliação da Aparência e ESAC ($\beta = -.297$; $p < .001$); o fator 5 Misto do autoconceito ($\beta = -.214$; $p = .001$); a Impulsividade-Atividade relativa também ao autoconceito ($\beta = .207$; $p = .002$); e, por último, ainda respeitante ao autoconceito, o fator 6 Misto ($\beta = -.137$; $p = .040$). Estas variáveis não apresentam problemas de multicolinearidade, pois os valores VIF são baixos, sendo inferiores a 5 (Quadro 4). Por conseguinte, o modelo para esta dimensão é altamente significativo [$F(4, 210) = 12.703$; $p < .001$] e o conjunto das variáveis preditoras explica 17.9% da variabilidade observada ao nível da Depressão (Quadro 4).

Quadro 3. Estudo da regressão da Sensibilidade Interpessoal em função do autoconceito, da imagem corporal e dos traços de personalidade

Variáveis no modelo	Coeficientes			Testes dos coeficientes		VIF
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	
Constante	1.975	.543	---	3.639	<.001	---
Avaliação da Aparência -ESAC	-.328	.095	-.229	-3.444	=.001	1.201
F5 Misto	-.054	.021	-.175	-2.651	=.009	1.187
Impulsividade-Atividade	.060	.027	.145	2.245	=.026	1.138
Avaliação da Saúde	-.236	.088	-.185	-2.685	=.008	1.294
Orientação da Aparência	.197	.081	.151	2.435	=.016	1.049
Neuroticismo	.006	.002	.144	2.317	=.021	1.052

$R^2=.236$; $R^2_a=.214$

Quadro 4. Estudo da regressão da Depressão em função do autoconceito, da imagem corporal e dos traços de personalidade

Variáveis no modelo	Coeficientes			Testes dos coeficientes		VIF
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	
Constante	2.971	.475	---	6.253	<.001	---
Avaliação da Aparência-ESAC	-.430	.095	-.297	-4.546	<.001	1.111
F5 Misto	-.067	.020	-.214	-3.310	=.001	1.093
Impulsividade-Atividade	.086	.027	.207	3.175	=.002	1.111
F6 Misto	-.084	.041	-.137	-2.066	=.040	1.154

$R^2=.195$; $R^2_a=.179$

Para a dimensão de sintomatologia de Ansiedade, as variáveis encontradas como preditoras estatisticamente significativas foram apenas relativas à imagem corporal, na subescala Avaliação da Aparência e ESAC ($\beta = -.151$; $p = .031$), na subescala Orientação da Aparência ($\beta = -.265$; $p < .001$), e ainda, na subescala Avaliação da Saúde ($\beta = -.204$; $p = .003$) e Orientação da Doença ($\beta = -.143$; $p = .032$). De modo semelhante ao sucedido nas variáveis anteriores, os valores VIF são baixos (inferiores a 5), logo estas variáveis não apresentam problemas de multicolinearidade (Quadro 5). Assim, este modelo é altamente significativo [$F(4, 210) = 10.177$; $p < .001$] e o conjunto das variáveis preditoras explica 14.6% da variabilidade observada ao nível da Ansiedade (Quadro 5).

Relativamente à dimensão Hostilidade, as variáveis preditoras estatisticamente significativas que se verificaram foram as seguintes: a imagem corporal, na subescala Orientação da Aparência ($\beta = .266$; $p < .001$) e na subescala Orientação da Saúde ($\beta = -.213$; $p = .001$); o autoconceito, no fator Impulsividade-Atividade ($\beta = .201$; $p = .003$) e no fator 5 Misto ($\beta = .182$; $p = .006$). Os valores VIF são baixos (inferiores a 5), concluindo-se que estas variáveis não apresentam problemas de multicolinearidade (Quadro 6)

e, por isso, o modelo assim encontrado é altamente significativo [$F(4, 210) = 10.898$; $p < .001$], de tal modo que o conjunto das variáveis preditoras explica 15.6% da variabilidade observada ao nível da Hostilidade (Quadro 6).

Quadro 5. Estudo da regressão da Ansiedade em função do autoconceito, da imagem corporal e dos traços de personalidade

Variáveis no modelo	Coeficientes		β	Testes dos coeficientes		VIF
	<i>B</i>	<i>SE B</i>		<i>t</i>	<i>p</i>	
Constante	1.807	.426	---	4.243	<.001	---
Avaliação da Aparência -ESAC	-.203	.093	-.151	-2.173	=.031	1.209
Orientação da Aparência	.324	.080	.265	4.041	<.001	1.077
Avaliação da Saúde	-.244	.082	-.204	-2.961	=.003	1.187
Orientação da Doença	-.148	.068	-.143	-2.156	=.032	1.105

$R^2 = .162$; $R_a^2 = .146$

Quadro 6. Estudo da regressão da Hostilidade em função do autoconceito, da imagem corporal e dos traços de personalidade

Variáveis no modelo	Coeficientes		β	Testes dos coeficientes		VIF
	<i>B</i>	<i>SE B</i>		<i>t</i>	<i>p</i>	
Constante	.608	.419	---	1.452	=.148	---
Orientação da Aparência	.293	.073	.266	4.015	<.001	1.109
Orientação da Saúde	-.240	.074	-.213	3.238	=.001	1.101
Impulsividade-Atividade	.070	.023	.201	3.050	=.003	1.099
F5 Misto	-.048	.017	-.182	-2.771	=.006	1.093

$R^2 = .171$; $R_a^2 = .156$

A dimensão Ansiedade Fóbica como variável critério, encontra as suas variáveis preditoras estatisticamente significativas no autoconceito, no fator 5 Misto ($\beta = -.275$; $p < .001$); nos traços de personalidade de Neuroticismo ($\beta = .157$; $p = .016$); e, na imagem corporal, na subescala Avaliação da Aparência e ESAC ($\beta = -.143$; $p = .027$). Mais uma vez, nesta dimensão os valores VIF sendo inferiores a 5, pode afirmar-se que estas variáveis não apresentam problemas de multicolinearidade (Quadro 7). Logo, o modelo encontrado é bastante significativo [$F(3, 211) = 12.549$; $p < .001$] e o conjunto das variáveis preditoras explica 13.9% da variabilidade observada ao nível da Ansiedade Fóbica (Quadro 7).

Na análise da dimensão Ideação Paranóide, foram identificadas as variáveis preditoras estatisticamente significativas, sendo elas: a imagem corporal, na subescala Orientação da Aparência ($\beta = .188$; $p = .005$) e o autoconceito, no fator 5 Misto ($\beta = -.133$; $p = .048$). Também aqui os valores VIF são baixos, o que sugere que estas variáveis não apresentam problemas de multicolinearidade (Quadro 8). Deste modo, o modelo encontrado para

esta dimensão é altamente significativo [$F(2, 212) = 5.905; p < .003$] e o conjunto das variáveis preditoras explica 4.4% da variabilidade observada, ao nível da Ideação Paranoide (Quadro 8).

Quadro 7. Estudo da regressão da Ansiedade Fóbica em função do autoconceito, da imagem corporal e dos traços de personalidade

Variáveis no modelo	Coeficientes			Testes dos coeficientes		VIF
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	
Constante	1.723	.360	---	4.786	<.001	---
F5 Misto	-.066	.016	-.275	-4.249	<.001	1.045
Neuroticismo	.005	.002	.157	2.438	=.016	1.034
Avaliação da Aparência-ESAC	-.159	-.072	-.143	-2.222	=.027	1.031

$R^2=.151; R^2_a=.139$

Quadro 8. Estudo da regressão da Ideação Paranoide em função do autoconceito, da imagem corporal e dos traços de personalidade

Variáveis no modelo	Coeficientes			Testes dos coeficientes		VIF
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	
Constante	.809	.434	---	1.866	=.063	---
Orientação da Aparência	.244	.087	.188	2.815	=.005	1.000
F5 Misto	-.041	.021	-.133	-1.993	=.048	1.000

$R^2=.053; R^2_a=.044$

Averiguaram-se, da mesma forma, as variáveis preditoras estatisticamente significativas para a última dimensão primária da psicopatologia, o Psicoticismo. Foram identificadas as seguintes: a imagem corporal, na subescala Avaliação da Aparência e ESAC ($\beta = -.213; p = .002$); os traços de personalidade de Neuroticismo ($\beta = .157; p = .011$); o autoconceito, nos fatores 5 Misto ($\beta = -.172; p = .009$), Impulsividade-Atividade ($\beta = .268; p < .001$) e Aceitação/Rejeição Social ($\beta = -.194; p = .004$); e, por último, também da imagem corporal, mas da subescala Avaliação da Saúde ($\beta = -.145; p = .034$). Não sendo esta dimensão exceção relativamente às dimensões anteriores, os valores VIF são baixos, inferiores a 5, e conclui-se portanto, que estas variáveis não apresentam problemas de multicolinearidade (Quadro 9). Assim, o modelo aqui encontrado é altamente significativo [$F(6, 208) = 11.583; p < .001$] e o conjunto das variáveis preditoras explica 22.9% da variabilidade observada ao nível do Psicoticismo (Quadro 9).

Numa mesma linha orientadora, foram estudadas as variáveis preditoras estatisticamente significativas para os índices gerais para amostra total em estudo (215 sujeitos). Analisando o Índice Geral de Sintomas (IGS) como variável critério, identificam-se a imagem corporal, na subescala

Avaliação da Aparência e ESAC ($\beta = -.201$; $p = .003$); o autoconceito, no fator 5 Misto ($\beta = -.193$; $p = .004$) e no fator Impulsividade-Atividade ($\beta = .170$; $p = .010$); a imagem corporal novamente, mas na subescala Orientação da Aparência ($\beta = .167$; $p = .008$) e na Avaliação da Saúde ($\beta = .163$; $p = .020$); e, finalmente, os traços de personalidade de Neuroticismo ($\beta = .135$; $p = .033$). Os valores VIF, também neste índice, são baixos (inferiores a 5) e como tal estas variáveis não apresentam problemas de multicolinearidade (Quadro 10). Portanto, o modelo encontrado é altamente significativo [$F(6, 208) = 9.827$; $p < .001$] e o conjunto das variáveis preditoras explica 19.8% da variabilidade observada ao nível do IGS (Quadro 10).

Quadro 9. Estudo da regressão do Psicoticismo em função do autoconceito, da imagem corporal e dos traços de personalidade

Variáveis no modelo	Coeficientes		Testes dos coeficientes			VIF
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	
Constante	2.261	.428	---	5.281	<.001	---
Avaliação da Aparência -ESAC	-.257	.081	-.213	-3.153	=.002	1.261
Neuroticismo	.005	.002	.157	2.558	=.011	1.049
F5 Misto	-.045	.017	-.172	-2.629	=.009	1.187
Impulsividade-Atividade	.093	.023	.268	4.034	<.001	1.220
Aceitação/Rejeição Social	-.045	.015	-.194	-2.926	=.004	1.220
Avaliação da Saúde	-.156	.073	-.145	-2.132	=.034	1.285

$R^2 = .250$; $R^2_a = .229$

Para o Total de Sintomas Positivos (TSP), as variáveis preditoras com valor estatístico mais significativo foram: a imagem corporal, na subescala Avaliação da Saúde ($\beta = -.219$; $p = .001$); os traços de personalidade de Neuroticismo ($\beta = .203$; $p = .002$); e, ainda a imagem corporal, mas na subescala Orientação da Aparência ($\beta = .177$; $p = .007$). Atendendo a que os valores VIF são inferiores a 5, estas variáveis não apresentam problemas de multicolinearidade (Quadro 11). Logo, o modelo encontrado é significativamente elevado [$F(3, 211) = 9.374$; $p < .001$] e o conjunto das variáveis preditoras explica 10.5% da variabilidade observada ao nível do TSP (Quadro 11).

Por último, examinando o Índice de Sintomas Positivos (ISP) como variável a prever, encontraram-se como variáveis preditoras estatisticamente significativas a imagem corporal, na subescala Avaliação da Aparência e ESAC ($\beta = -.191$; $p = .004$); o autoconceito, no fator 5 Misto ($\beta = -.173$; $p = .009$) e no fator Impulsividade-Atividade ($\beta = .167$; $p = .017$); novamente a imagem corporal, mas nas subescalas Orientação da Saúde ($\beta = -.181$; $p = .007$) e Orientação da Aparência ($\beta = .207$; $p = .003$); e, ainda, o autoconceito, no fator Aceitação/Rejeição Social ($\beta = -.153$; $p = .034$). Os valores VIF são baixos (inferiores a 5), não apresentando estas variáveis

problemas de multicolinearidade (Quadro 12). Este modelo encontrado é altamente significativo [$F(6, 208) = 7.634; p < .001$] e o conjunto das variáveis preditoras explica 15.7% da variância observada ao nível do ISP (Quadro 12).

Quadro 10. Estudo da regressão do IGS em função do autoconceito, da imagem corporal e dos traços de personalidade

Variáveis no modelo	Coeficientes			Testes dos coeficientes		VIF
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	
Constante	1.443	.416	---	3.467	=.001	---
Avaliação da Aparência -ESAC	-.219	.073	-.201	-2.998	=.003	1.201
F5 Misto	-.046	.016	-.193	-2.902	=.004	1.187
Impulsividade-Atividade	.053	.020	.170	2.596	=.010	1.138
Orientação da Aparência	.165	.062	.167	2.662	=.008	1.049
Avaliação da Saúde	-.158	.068	-.163	-2.336	=.020	1.294
Neuroticismo	.004	.002	.135	2.145	=.033	1.052

$R^2=.221; R^2_a=.198$

Quadro 11. Estudo da regressão do TSP em função do autoconceito, da imagem corporal e dos traços de personalidade

Variáveis no modelo	Coeficientes			Testes dos coeficientes		VIF
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	
Constante	24.047	8.871	---	2.711	=.007	---
Avaliação da Saúde	-5.679	1.697	-.219	-3.346	=.001	1.020
Neuroticismo	.161	.051	.203	3.124	=.002	1.011
Orientação da Aparência	4.686	1.727	.177	2.713	=.007	1.012

$R^2=.118; R^2_a=.105$

Quadro 12. Estudo da regressão do ISP em função do autoconceito, da imagem corporal e dos traços de personalidade

Variáveis no modelo	Coeficientes			Testes dos coeficientes		VIF
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	
Constante	2.341	.291	---	8.050	<.001	---
Avaliação da Aparência -ESAC	-.144	.050	-.191	-2.882	=.004	1.109
F5 Misto	-.028	.011	-.173	-2.624	=.009	1.107
Impulsividade-Atividade	.036	.015	.167	2.404	=.017	1.220
Orientação da Saúde	-.127	.046	-.181	-2.743	=.007	1.111
Orientação da Aparência	.143	.047	.207	3.040	=.003	1.178
Aceitação/Rejeição Social	-.022	.010	-.153	-2.134	=.034	1.303

$R^2=.180; R^2_a=.157$

Os resultados deste estudo indicam a existência de modelos preditivos para as várias dimensões de psicopatologia, tal como esta é considerada pelo BSI. Das dezanove variáveis consideradas como independentes, ou preditivas, onze foram extraídas para os modelos preditivos, tendo três destas, revelado resultados importantes e aparecendo como preditoras em oito, das doze dimensões e índices psicopatológicos (BSI). São elas a Avaliação da Aparência e ESAC, e a Orientação da Aparência relativas à imagem corporal (MBSRQ) e o fator 5 Misto relativo ao autoconceito (ICAC).

O modelo mais forte incluiu seis variáveis preditivas e explicou a variância do Psicoticismo em 22.9% [$F(6, 208) = 11.583; p < .001$], contrariamente ao modelo mais fraco que apenas incluiu duas variáveis preditivas e que explicaram 4.4% da variância da Ideação Paranóide [$F(2, 212) = 5.905; p < .003$].

5. Discussão dos Resultados

A literatura atual relativa às variáveis analisadas no presente estudo, não só entre si mas também para com a psicopatologia, sustenta as relações existentes entre o autoconceito, a imagem corporal e a personalidade na sintomatologia psicopatológica (Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005; Rowe et al., 2005; Sacoto, 2010).

O autoconceito é tido como um construto estável, resistente à variação momentânea e que está intimamente relacionado com a estrutura do *self* e da identidade (Markus & Nurius, 1986; Tamayo et al., 2001; Dittmann-Kohli, 2005; Staudinger, 2005). Relativamente à imagem corporal, há uma recorrência elevada de estudos que demonstram que a insatisfação corporal está relacionada com perturbações alimentares (Rowe et al., 2005). Cash (2002) afirma mesmo que um autoconceito positivo em relação ao corpo tenderá a ter um efeito de proteção face a situações que poderão ameaçar a imagem corporal. Esta relação entre o autoconceito, considerado como um construto estável ao longo do tempo, e a imagem corporal, indicam que apesar da uma autoperceção do corpo poder ser influenciada pela psicopatologia, considerou-se que a análise da relação será mais informativa, se predominar a relação íntima entre a imagem corporal e o autoconceito com o objetivo de encontrar modelos preditivos. No caso da personalidade, apesar da multiplicidade de definições encontradas na literatura, parece haver unanimidade no sentido da sua representação como um conjunto de características estáveis e duradouras, ao longo do tempo e das situações (Kimmel, 1994). McCrae e Costa (1992) afirmam que diversos estudos têm mostrado que, ao longo do contexto adulto do curso de vida, poucas mudanças existem nos níveis de autorresposta referentes aos traços de personalidade comumente avaliados. Lima (1997) conclui que os traços são reais e que apresentam níveis de estabilidade e de continuidade ao longo da idade adulta e Roberts e Caspi (2001), num estudo longitudinal, verificaram uma grande estabilidade entre as dimensões ao longo do tempo.

Tendo em conta estas evidências, considerou-se relevante analisar as interações entre as variáveis referidas, de forma a averiguar as tendências psicopatológicas numa população não-clínica.

Os resultados encontrados evidenciam modelos estatisticamente significativos para as dimensões e índices da psicopatologia, com a contribuição de variáveis pertencentes aos três construtos. Isto reforça a importância da análise das relações entre construtos, não só isoladamente, mas também na interação entre estes, sobretudo na procura de modelos preditivos, na medida em que se pretende integrar informação o mais abrangente possível.

Para a dimensão Somatização (BSI) foi encontrado um modelo que evidenciou uma relação entre esta e duas subescalas da imagem corporal capazes de explicar em 9.5% da variância desta variável dependente [$F(2, 212) = 12.217; p < .001$]. Neste modelo, verificou-se que uma fraca Avaliação da Saúde (MBSRQ) ao coexistir com uma forte Orientação da Aparência (MBSRQ), relaciona-se com níveis autorreportados de sintomatologia, em termos de somatização. Esta dimensão, segundo Derogatis (1993, pp.7-10 cit. in Canavarro, 1997) reflete o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático, isto é, queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica e também dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade. Encarando a imagem corporal como um construto multidimensional, cujas facetas nucleares são as atitudes de avaliação em relação ao corpo e a importância que o sujeito atribui à aparência (Cash, 2002), esta relação entre uma fraca Avaliação da Saúde (MBSRQ) e a dimensão Somatização (BSI), parece indicar que pode haver uma perceção do indivíduo na autoavaliação da saúde, quando este apresenta elevada Somatização. A dimensão perceptiva da imagem corporal parece estar ajustada e desempenhar um papel relevante na relação do sujeito com o quadro psicopatológico. Também a importância que o sujeito dá à aparência apareceu como variável preditora desta dimensão. Estes resultados são concordantes com as conclusões que Cash (2002) tem vindo a encontrar, no sentido em que um indivíduo tende a apresentar níveis mais elevados de ansiedade e de uma fraca imagem corporal, quanto mais importância der à sua aparência. Assim sendo, o facto de a dimensão Somatização estar relacionada com queixas somáticas, que estão associadas à ansiedade, corrobora esta relação no modelo preditivo.

Para a dimensão Obsessões-Compulsões da psicopatologia (BSI) foi encontrado um modelo capaz de explicar em 14.1% a sua variância [$F(4, 210) = 9.802; p < .001$]. Nesta dimensão, o modelo preditivo encontra relação com as seguintes variáveis independentes: um elevado nível de traços de Neuroticismo na personalidade (NEO-PI-R), uma fraca Avaliação da Aparência e Escala de Satisfação das Áreas do Corpo (ESAC) da imagem corporal (MBSRQ), e uma fraca pontuação de autoeficácia e valores altos de Impulsividade-Atividade relativos ao autoconceito (ICAC). Neste modelo, destaca-se o peso do Neuroticismo, com um peso preditivo superior às outras

variáveis, e logo de seguida a Avaliação da Aparência e ESAC. A dimensão Obsessões-Compulsões inclui sintomas que envolvem cognições, impulsos e comportamentos que são percebidos como persistentes, e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego-distônicos e de natureza indesejada; também estão incluídos comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral (Derogatis, 1993, pp.7-10 cit. in Canavarro, 1997). No extremo de pontuações elevadas de traços de Neuroticismo, o sujeito é avaliado como emocionalmente instável (Lima & Simões, 1995), pelo que a relação preditiva entre este e a sintomatologia reportada na dimensão Obsessões-Compulsões vai de encontro à literatura especializada (Malouff, Thorsteinsson, & Schutte, 2005). Tendo como variável preditora uma fraca Avaliação da Aparência e ESAC, que reflete um descontentamento geral com a aparência física, espelhando sentimentos de insatisfação e baixa atratividade do próprio corpo pelos sujeitos, sugere mais uma vez que as atitudes de avaliação de imagem corporal são uma das facetas nucleares do construto imagem corporal (Cash, 2002). Os dois fatores do autoconceito que se evidenciam para este modelo estão também em linha de convergência com a literatura (Fernandes & Feixas, 2007). A Autoeficácia está relacionada com a capacidade percebida pelo sujeito de enfrentar e resolver problemas e dificuldades, e o fator Impulsividade-Atividade com a frequência com que o sujeito age de forma impulsiva e irrefletida (Serra, 1986b). Analisando a descrição dos sintomas da dimensão Obsessões-Compulsões, um modelo preditivo estatisticamente significativo em que uma fraca capacidade de enfrentar e resolver problemas coexiste com uma tendência para agir impulsivamente, surge na mesma linha orientadora que os resultados obtidos por Fernandes & Feixas, 2007.

Para a dimensão Sensibilidade Interpessoal (BSI) foi encontrado um modelo com seis variáveis capazes de explicar em 21.4% a sua variância [$F(6, 208) = 10.689; p < .001$]. Salienta-se que este é um dos modelos encontrados, na população desta amostra total, que consegue explicar com maior extensão o comportamento da variável dependente em questão. O modelo verifica, então, que a Sensibilidade Interpessoal (BSI) apresenta um leque de sintomas que está relacionado com uma baixa Avaliação da Aparência e ESAC (MBSRQ), uma baixa Avaliação da Saúde (MBSRQ) e uma elevada Orientação da Aparência (MBSRQ) relativas à imagem corporal; com elevados níveis obtidos na Impulsividade-Atividade e elevados níveis no fator 5 Misto do autoconceito (ICAC), bem como elevados níveis reportados dos traços de personalidade de Neuroticismo (NEO-PI-R). A dimensão Sensibilidade Interpessoal centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas; a autodepreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez durante as interações sociais são as manifestações características desta dimensão (Derogatis, 1993, pp.7-10 cit. in Canavarro, 1997). A variável que apresentou o maior peso preditivo para esta dimensão foi a Avaliação da Aparência e ESAC da imagem corporal. Esta evidência vem reforçar as conclusões de Rowe et al. (2005) que afirma que, a relação

entre a imagem corporal e o funcionamento social é clinicamente importante. Também as investigações de Halfield e Sprecher (1986) corroboram estes resultados, pois defendem que as pessoas consideradas mais atraentes são vistas como mais aptas socialmente, mais integradas e mais ajustadas à sociedade, comparativamente com as pessoas menos atraentes. Este modelo enquadra também a Orientação da Aparência (MBSRQ), sugerindo que pelo facto de o sujeito dar maior importância à aparência, estará mais suscetível de desenvolver sintomas relacionados com a Sensibilidade Interpessoal (BSI). Este modelo, apesar de não evidenciar problemas de colinearidade, apresenta três variáveis independentes pertencentes ao construto da imagem corporal. Também uma fraca Avaliação da Saúde (MBSRQ), que reflete os indivíduos que se sentem pouco saudáveis e experienciam sintomas físicos de doença ou vulnerabilidade a doenças, contribui para a força do modelo. A imagem corporal foi assim o construto que mais contribuiu para o modelo preditivo da Sensibilidade Interpessoal. O Neuroticismo (NEO-PI-R), o único traço de personalidade evidenciado para qualquer um dos modelos, é a variável que menos contribui para o modelo, ainda assim aparecendo como estatisticamente significativa. Este resultado é particularmente interessante, quando verificamos que os resultados de Cash e Pruzinsky (2002) evidenciam que a imagem corporal é mediada pelos traços de personalidade. O Neuroticismo, estando relacionado com a instabilidade emocional do sujeito (Lima & Simões, 1995), influi no contexto das variáveis da imagem corporal e, deste modo, contribui para o quadro de sintomas na dimensão da Sensibilidade Interpessoal. O fator Impulsividade-Atividade (ICAC) e o fator 5 Misto (ICAC) são a contribuição do autoconceito para o modelo. Enquanto a relação da Impulsividade-Atividade com a Sensibilidade Interpessoal não é clara na literatura, apesar de evidenciar uma capacidade preditiva significativa, a contribuição do fator 5 Misto não é interpretável, pois parece não existir uma base teórica para o agrupamento destes itens (Serra, 1986b), de forma a conseguir-se interpretar o seu verdadeiro significado. Esta variável, contudo, é das que mais é salientada pelos resultados para os modelos – aparece em oito dos doze modelos encontrados – e é o mais recrutado dos seis fatores do autoconceito. Estas evidências sugerem a importância de se investigar o significado teórico deste agrupamento de itens em estudos posteriores, visto que apresenta uma prevalência importante nos modelos preditivos para as dimensões da sintomatologia psicopatológica do BSI.

Para a dimensão Depressão foi encontrado um modelo com quatro variáveis independentes capazes de explicar 17.9% da variância [$F(4, 210) = 12.703; p < .001$]. A verificação simultânea de níveis baixos da Avaliação da Aparência e ESAC da imagem corporal (MBSRQ), com níveis baixos nos fatores 5 e 6 Mistos e níveis altos no fator Impulsividade-Atividade do autoconceito (ICAC), sugerem um conjunto de sintomas da dimensão Depressão (BSI). Os itens que compõem esta dimensão refletem o grande número de indicadores de depressão clínica, estando representados os

sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e interesse pela vida (Derogatis, 1993, pp.7-10 cit. in Canavarro, 1997). A variável preditora que se destaca neste modelo é a Avaliação da Aparência e ESAC. Este resultado parece ir de encontro aos resultados obtidos por Gilbert (2000), que verificou que a depressão parece estar diretamente associada a sentimentos de inferioridade e a comportamentos submissos e não assertivos. A relação encontrada anteriormente entre a Avaliação da Aparência e ESAC (MBSRQ), e a Sensibilidade Interpessoal (BSI) também se revelou extremamente significativa. Assim, os resultados aqui encontrados parecem mais uma vez desempenhar um papel importante, tendo em conta os diversos estudos que analisam estas relações e que investigam como a imagem corporal afeta as competências sociais dos sujeitos. A relação das perturbações de imagem corporal com a depressão está na base do despoletar de perturbações alimentares em jovens adultos (Thompson, 1995), e as evidências de Dyl, Killter, Philips e Hunt (2006) apontam para uma associação entre as preocupações com a imagem corporal e a depressão, ansiedade e pensamentos suicidas. O papel dos fatores 5 e 6 mistos (ICAC) no modelo não são interpretáveis, pois tal como o fator 5 não está contextualizado teoricamente no construto do autoconceito, também o fator 6 não tem outra denominação, nem significado teórico. A Impulsividade-Atividade (ICAC) está positivamente relacionada com a depressão neste modelo. Serra (1986b) refere-se ao fator de Impulsividade-Atividade como sendo “difícil de caracterizar claramente”. Analisando os itens que o compõem, apenas três, se referem a uma autoavaliação da tendência para agir por impulso e por “apetites”. A compreensão da inclusão desta variável no modelo é extremamente difícil, tendo em conta a fraca sustentação teórica do fator na escala original, pelo que qualquer tentativa corre o risco de ser demasiado especulativa.

Relativamente à dimensão Ansiedade (BSI), o modelo encontrado inclui quatro variáveis e explica 14.6% da variância [$F(4, 210) = 10.177$; $p < .001$]. Uma fraca Avaliação da Aparência e ESAC (MBSRQ) aparece, mais uma vez, como preditor destacado para uma dimensão do BSI. Uma forte Orientação da Aparência, uma fraca Avaliação da Saúde e uma fraca Orientação da Doença são as restantes variáveis predictoras, todas estas também, subescalas do construto de imagem corporal (MBSRQ). A Ansiedade aparece na literatura relacionada com as perturbações da imagem corporal (Dyl, Killter, Philips, & Hunt 2006), mais uma vez alistadas com o funcionamento social do sujeito e a sua relação com os outros. Numa sociedade atual em que, como Le Breton (2007) afirma, predomina o ter sobre o ser, o corpo transforma-se numa superfície de projeção. Os estudos de Almeida et al. (2005) acerca do papel que a influência externa tem sobre a perceção corporal que os indivíduos têm sobre si, sugerem que um desvio às normas culturais e padrões atuais de beleza, pode provocar sentimentos de inadequação relacionados com a autoimagem. Dado o impacto que a aparência de cada indivíduo tem na resposta que recebe nas interações com os outros, e dado que os sintomas de Ansiedade (BSI), incluem indicadores

gerais tais como nervosismo e tensão, e são contemplados também sintomas de ansiedade generalizada e ataques de pânico (Derogatis, 1993, pp.7-10 cit. in Canavarro, 1997), o aparecimento de um modelo que recruta exclusivamente variáveis do construto da imagem corporal, é concordante com a sustentação teórica encontrada para o presente estudo. A forte importância dada à aparência aliada a uma fraca avaliação da mesma, aparecem aqui como fortes preditores da Ansiedade. Uma avaliação negativa da saúde e da atenção reportada a sintomas de doença, parecem reforçar a linha teórica aqui argumentada, para além de intensificarem a capacidade preditiva do modelo.

Para a dimensão Hostilidade (BSI) encontrou-se um modelo com quatro variáveis que explicam 15.6% da variância da variável dependente [$F(4, 210) = 10.1898; p < .001$]. Uma elevada Orientação da Aparência (MBSRQ) e uma fraca Orientação da Saúde (MBSRQ), juntamente com elevados índices no fator Impulsividade-Atividade e baixos valores no fator 5 Misto do autoconceito (ICAC), são preditivos de sintomatologia na dimensão da Hostilidade. Esta é caracterizada como uma dimensão que inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera (Derogatis, 1993, pp.7-10 cit. in Canavarro, 1997). Uma forte preocupação com a aparência aparece como o principal preditor da Hostilidade no modelo. Esta relação não é de todo clara, nem é comumente analisada na literatura. Tendo em conta, porém, a relação explícita e essa sim, fundamentada na literatura, entre a Ansiedade (BSI) e a imagem corporal, pode colocar-se a hipótese de que a Hostilidade (BSI) possa surgir de um estado de ansiedade prévio do sujeito. O facto de este modelo apresentar como preditor o fator Impulsividade-Atividade, que teoricamente não indica mais do que uma tendência para se agir por impulso (Serra, 1986b), pode indicar que uma impulsividade ligada a um estado de ansiedade instalado pode conduzir a sintomas relacionados com a dimensão de Hostilidade. Uma fraca preocupação e atenção aos sintomas de doença, indicados pela relação negativa da Hostilidade com a Orientação da Saúde encontrada neste modelo, dificultam de algum modo a sua compreensão. As relações entre a Hostilidade e a imagem corporal não estão amplamente analisadas, como já foi referido, e estudos posteriores são necessários para averiguar estas relações. Mais uma vez, é impossível a compreensão estrita do fator 5 Misto neste modelo.

No que respeita à dimensão Ansiedade Fóbica (BSI), foi encontrado um modelo com três variáveis independentes, capazes de explicar 13.9% da variância [$F(3, 211) = 12.549; p < .001$]. Uma baixa pontuação no fator 5 Misto do autoconceito (ICAC), um elevado índice nos traços de Neuroticismo da personalidade (NEO-PI-R) e uma fraca Avaliação da Aparência e ESAC da imagem corporal (MBSRQ), foram as variáveis consideradas como predictoras desta dimensão. A Ansiedade Fóbica é caracterizada como a resposta de medo persistente – em relação a uma pessoa, local ou situação específica – que sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de

evitamento; os itens desta dimensão centram-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas (Derogatis, 1993, pp.7-10 cit. in Canavarro, 1997). Neste modelo temos a contribuição de três variáveis, uma de cada um dos construtos tidos como preditores no presente estudo. O aparecimento do Neuroticismo como um preditor estatisticamente significativo no modelo para a Ansiedade Fóbica, simultaneamente com uma baixa Avaliação da Aparência e ESAC, parece ir de encontro aos resultados obtidos para as outras dimensões psicopatológicas. Uma fraca avaliação da própria aparência é uma fonte significativa de ansiedade, social e geral (Dyl, Killter, Philips & Hunt 2006), e os comportamentos de evitamento aqui indicados como sintomas desta dimensão, estão enquadrados com esta análise. A presença do fator 5 Misto do autoconceito não permite, novamente, tirar conclusões, apesar de ter significado estatístico no modelo, sendo o mais forte preditor no modelo, com uma relação negativa.

Analisando a dimensão Ideação Paranóide (BSI), encontra-se o modelo mais fraco do estudo, com apenas duas variáveis predictoras que explicam, apenas, 4.4% [$F(2, 212) = 5.905; p=.003$] da variância da dimensão. Uma forte Orientação da Aparência (MBSRQ) e uma pontuação fraca no fator 5 Misto (ICAC) são preditivas, de uma forma estatisticamente significativa no modelo, para esta dimensão psicopatológica. A Ideação Paranóide é caracterizada por representar o comportamento paranóide, fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo; o pensamento projetivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios são vistos primariamente como reflexos desta perturbação (Derogatis, 1993, pp.7-10 cit. in Canavarro, 1997). Perante esta descrição e dada a fraqueza do modelo, atentar a uma compreensão teórica deste resultado, seria um exercício repleto de limitações. É possível, que perante um quadro sintomático tão específico, seja difícil extrair resultados satisfatórios numa população não-clínica, como a do presente estudo. A relação entre autoconceito e a imagem corporal com a ideação paranóide não é comumente analisada. Salienta-se contudo, que o modelo é estatisticamente significativo, embora explique muito escassamente a variância desta variável dependente.

Para a dimensão Psicoticismo (BSI), o modelo encontrado com poder preditivo mais forte abrange seis variáveis, capazes de explicar em 22.9% a variância da dimensão [$F(6, 208) = 11.583; p<.001$]. Surgem, então, como variáveis predictoras: a Avaliação da Aparência e ESAC com um nível baixo e, uma fraca Avaliação da Saúde da imagem corporal (MBSRQ); um índice elevado nos traços de Neuroticismo da personalidade (NEO-PI-R); e, um elevado nível de Impulsividade-Atividade (ICAC) a ainda acrescentar, baixos níveis nos fatores 5 Misto e Aceitação/Rejeição Social do autoconceito (ICAC). A dimensão Psicoticismo foi desenvolvida, de modo a representar o construto como uma dimensão contínua da experiência humana, abrangendo itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide, bem como sintomas primários de esquizofrenia, como alucinações e controlo de pensamento, fornecendo assim um contínuo

graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose (Derogatis, 1993, pp.7-10 cit. in Canavarro, 1997). Sendo esta uma população não-clínica, é de esperar que os sujeitos, contidos nesta amostra, não apresentem sintomas de evidência dramática de psicose. Os níveis autorreportados da dimensão Psicoticismo estão, segundo os mesmos autores, mais relacionados com comportamentos direcionados para o lado do espectro do isolamento interpessoal. Novamente, como preditor do modelo de sintomas relacionados com a relação com os outros e com uma incapacidade de conviver socialmente de uma forma satisfatória, aparece a Avaliação da Aparência e ESAC, surgindo, mais uma vez, como a variável com maior peso preditivo. O Neuroticismo surge também com um peso relevante, sendo a segunda variável mais forte, das seis estudadas. Este resultado sugere que a instabilidade emocional, relacionada com este traço de personalidade (Lima & Simões, 1995), assume um papel fundamental na relação entre a imagem corporal e o autoconceito no desenvolvimento de psicopatologia, como é reforçado frequentemente na literatura (Briggs, 1992; Goldberg, 1993; Cash & Pruzinsky, 2002). Uma fraca pontuação no fator Aceitação/Rejeição Social (ICAC) também é, neste contexto, concordante com a literatura existente (Peixoto & Almeida, 2011). Serra (1986b) caracteriza o fator como sendo constituído por itens que se caracterizam por aceitação ou desagrado social (este último, no caso deste modelo para a dimensão em análise), devendo ser ponderados no duplo sentido, tanto positivo como negativo, o que vai reforçar a análise dos resultados deste modelo preditivo.

Dos três índices globais do BSI, aquele que mais justifica a sua análise, é o Índice Geral de Sintomas (IGS), que representa a intensidade do mal-estar experienciado (Canavarro, 1999). O modelo preditivo para o IGS recrutou seis variáveis predictoras e explica 19.8% da variância deste índice [$F(6, 208) = 9.827; p < .001$]. Estes resultados indicam que uma fraca Avaliação da Aparência e ESAC (MBSRQ), bem como uma fraca Avaliação da Saúde (MBSRQ), mas uma forte Orientação da Aparência (MBSRQ), concomitantemente com uma forte pontuação nos traços de Neuroticismo da personalidade (NEO-PI-R), uma forte pontuação no fator Impulsividade-Atividade do autoconceito (ICAC) e, ainda, uma baixa pontuação no fator 5 do construto referido anteriormente (ICAC), são os constituintes do modelo preditivo mais forte do IGS. Este resultado demonstra, sobretudo, a importância de uma análise multivariada para a sintomatologia psicopatológica (BSI). A predominância de seis variáveis, recrutadas dos diferentes construtos em estudo – o autoconceito (ICAC), a imagem corporal (MBSRQ) e os traços de personalidade (NEO-PI-R) - evidencia que um modelo com informação mais abrangente, tem mais capacidade preditiva e um melhor ajustamento entre si, sem quaisquer problemas de colinearidade.

V- Conclusões

No que concerne ao estudo I, relativo à tradução e à avaliação das qualidades psicométricas da escala MBSRQ, pode afirmar-se que esta é uma

escala adequada para a medição da imagem corporal. As qualidades psicométricas da escala, considerando a estabilidade temporal e a consistência interna, são boas: a estabilidade temporal apresenta valores acima de .7, na sua maioria, considerados “aceitáveis” e “bons” (George & Mallery, 2003); e a consistência interna das subescalas apresenta valores entre .66 e .90, considerados “aceitáveis” e “excelentes”, indicando uma boa fiabilidade (George & Mallery, 2003). Relativamente à estrutura fatorial deste instrumento, os resultados observados neste estudo (oito subescalas) divergiram da estrutura defendida pelos autores originais (dez subescalas) (Brown, Cash & Mikulka, 1990). Assim, recomenda-se a aplicação do instrumento utilizado numa amostra mais lata, com o fim de se averiguar se o arranjo estrutural se mantém, para além de se estudar a forma como alguns itens *problemáticos* (i.e., que saturam em mais do que um fator) se comportam, e a partir desses dados decidir pela eliminação ou reformulação dos mesmos.

Pode, então, concluir-se, que no que concerne à tradução e avaliação psicométrica do MBSRQ, os procedimentos e metodologias utilizados foram escolhidos no sentido de tornar o contexto de investigação o mais controlado possível, de forma a cumprir com o objetivo deste primeiro estudo: um estudo preliminar das qualidades psicométricas da escala de imagem corporal MBSRQ, aplicado à população portuguesa.

Os resultados obtidos na presente investigação sugerem que a imagem corporal se trata de um construto único, não divisível, mas que simultaneamente, apresenta uma multidimensionalidade, para a qual contribuem diferentes processos. No entanto, não é esperado que sejam negligenciadas as limitações inerentes aos modelos, pressupostos e métodos adotados, uma vez que terão que existir, necessariamente, considerando tudo o que ainda há para explorar no âmbito da imagem corporal. Um estudo posterior para fortalecer o rigor desta escala deve efetuar um aperfeiçoamento da sua validação, recorrendo aos testes mencionados na presente investigação, aplicando-os, porém, a uma amostra consideravelmente maior, de modo a permitir uma análise mais segura da capacidade psicométrica da escala.

No estudo II, foi analisada a influência e o poder preditivo das três variáveis – Autoconceito (ICAC), Imagem Corporal (MBSRQ) e Personalidade (NEO-PI.R) - no desenvolvimento de traços psicopatológicos (BSI), tal como estes podem ser observados na população geral, mediante a utilização de escalas de autorresposta. Este estudo surge numa linha orientadora, convergente com a crescente preocupação da investigação em psicologia, em compreender de que forma é que estes construtos se relacionam com a psicopatologia.

Os resultados deste segundo estudo revelam uma importância significativa da imagem corporal, na compreensão da sintomatologia psicopatológica em populações não-clínicas, o que vai de encontro à primeira questão levantada para este estudo II. A Avaliação e a Orientação da Aparência aparecem como variáveis preditoras, em oito das nove

dimensões do BSI, incluindo ainda, o Índice Geral de Sintomas. No que concerne ao autoconceito, o fator 5 do ICAC, apesar de não ter significado teórico devido ao seu caráter misto (Serra, 1986b), foi uma das três variáveis mais preponderantes, aparecendo em oito, dos doze modelos preditivos totais realizados para as dimensões psicopatológicas (BSI). Sugere-se, assim, uma análise deste agrupamento de itens que o constituem e da sua importância, na construção de modelos preditivos para a compreensão da sintomatologia psicopatológica, em populações não-clínicas.

Na totalidade das dezanove variáveis preditoras introduzidas no estudo, sendo elas: os seis fatores do autoconceito (ICAC), as oito subescalas da imagem corporal (MBSRQ) e os cinco domínios dos traços de personalidade (NEO-PI-R), onze foram recrutadas para os doze modelos construídos para as dimensões psicopatológicas (BSI). Dessas, cinco subescalas pertencem ao construto da imagem corporal (Avaliação da Saúde, Orientação da Aparência, Avaliação da Aparência e ESAC, Orientação da Doença e Orientação da Saúde); outros cinco fatores pertencem ao construto do autoconceito (fator Aceitação/Rejeição Social, Autoeficácia, Impulsividade-Atividade, fator 5 e 6 Misto); e, relativamente aos traços de personalidade, apenas foi revelado o domínio de Neuroticismo como variável preditora. Estes resultados vão de encontro à literatura existente acerca da relação entre estes construtos (Garner & Garfinkel, 1981; Thompson, 1995; Thompson & Psaltis, 1998; Thompson & Thompson, 1986 cit. in Rowe et al., 2005) e sugerem a importância e o relevo das análises multivariadas na compreensão de fenómenos e caracterizações psicológicas.

Assim, pode afirmar-se que a segunda questão colocada se verifica, mesmo com as limitações inerentes à avaliação de construtos tão abrangentes e complexos como os que foram aqui analisados. Em todo o caso, as questões colocadas neste estudo II, exigem outras avaliações considerando, em particular, as diferenças de género que poderão existir nos resultados destes modelos preditivos. E mais especificamente, na influência da imagem corporal na psicopatologia, uma vez que segundo Cash & Pruzinsky (2002) a imagem corporal encontra-se fortemente condicionada por estas diferenças. Logo, sugere-se que para estudos posteriores, se inclua o género, como variável moderadora.

O estudo da interação entre estas variáveis, entre todas as potencialidades e áreas para as quais poderá contribuir, é passível de representar um enorme contributo para o contexto diagnóstico, permitindo aprofundar o conhecimento dos próprios quadros psicopatológicos, e, necessariamente, para o processo terapêutico. Para além de lançar bases possíveis, para que trabalhos vindouros continuem a descortinar a especificidade que o estudo da psicopatologia pressupõe.

Bibliografia

Allport, G. W., & Odbert, H. S. (1937). Trait names: A psycho-lexical study.

Psychological Monographs, 47 (Whole No. 211).

- Almeida, G. A. N., Santos, J. E., Pasian, S. R. & Loureiro, S. R. (2005). Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, 10 (1), 3-11.
- American Psychiatric Association (APA, 2002). *DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anderson, L.A., Eyler, A.A., Galuska, D.A., Brown, D.A., & Brownsom, R.C. (2002). Relationship of satisfaction with body size and trying to lose weight in a national sample of overweight and obese women aged 40 and older in the US. *Preventive Medicine*, 35, 390-396.
- Araújo, S. (2001). *Satisfação com a imagem corporal, autoestima e variáveis morfológicas – estudo comparativo em adolescentes do sexo feminino praticantes e não praticantes de Ginástica de Academia*. Dissertação de Mestrado. FCDEF. Universidade do Porto.
- Banfield, S., & McCabe, M. (2002). An evaluation of the construct of body image. *Adolescence*, 37, 373-393.
- Batista, P. (1995). *Satisfação com a imagem corporal e auto-estima: estudo comparativo de adolescentes envolvidos em diferentes níveis de actividade física*. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto. FCDEF. Universidade do Porto.
- Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M.B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* (Phila Pa 1976). 25(24), 3186-91.
- Berrios, G. E. (2012). Psicopatologia descritiva: aspectos históricos e conceituais. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15 (1), 171-196.
- Bernaudo, J. L. (2000). *Métodos de Avaliação da Personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Blanco, G., M., Olmo, J. G., Arbonès, M. M., & Bosch, P. M. (2004). Analysis of self-concept in older adults in different contexts: Validation of the Subjective Aging Perception Scale (SAPS). *European Journal of Psychological Assessment*, 20 (4), pp. 262-274.
- Brace, N., Kemp, R. & Snelgar, R. (2003). *SPSS for psychologists. A guide*

- to data analysis using SPSS for Windows. New York: Palgrave. (pp. 249-255).
- Briggs, S. R. (1992). Assessing the Five-Factor Model of Personality Description. *Journal of Personality*, 60 (2), 253-293.
- Brown, T. A., Cash, T. F., & Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal body-image assessment: Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55, 135–144.
- Bryman, A., Cramer, D. (2005). *Quantitative Data Analysis with SPSS12 and 13. A Guide for Social Scientists*. East Sussex Routledge.
- Burns, R.B. (1986). *The Self-Concept* (4rd ed.). London: Longman.
- Canavarro, M. C. (1997). *Relações afectivas ao longo do ciclo de vida e saúde mental*. Dissertação de doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.
- Canavarro, M. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos - B.S.I.. In Simões, M., Gonçalves, M. & Almeida L. (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. II; pp. 96-109), Braga: SHO/APPORT.
- Cantor, N. (1990). Personality, cognition, and purposive behavior. In L. Pervin (Ed.). *Handbook of personality theory and research* (pp. 135-164). New York: Guildford.
- Carron, A., Hausenblas, A., & Eastbrooks, P. (2003). *The Psychology of Physical Activity*. New York: McGraw-Hill.
- Cash, T. F. (2000). *Manual for the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (3rd rev.). Documento disponível no site do autor: <http://www.body-images.com>
- Cash, T. F. (2002). Cognitive behavioral perspectives on body image. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice* (pp. 38–46). New York: Guilford Press.
- Cash, T. F. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: Searching for constructs. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 12, 438-442.
- Cash, T. F., & Grasso, K. (2005). The norms and stability of new measures

- of the multidimensional body image construct. *Body Image*, 2, 199-203.
- Cash, T. F., & Labarge, A. S. (1996). Development of the Appearance Schemas Inventory: A new cognitive body-image assessment. *Cognitive Therapy and Research*, 20(1), 37-50.
- Cash, T. & Pruzinsky, T. (1990). *Body Images: Development, Deviance and Change*. New York: The Guilford Press.
- Cash, T., & Pruzinsky, T. (Eds.). (2002). *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Cash, T. F., Ancis, J. R., & Strachan, M. D. (1997). Gender attitudes, feminist identity, and body images among college women. *Sex Roles*, 36 (7/8), 433-447.
- Cash, T. F., Melnyk, S. E., & Hrabosky, J. I. (2004). The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 35 (3), 305-316.
- Cash, T. F., Winstead, B.A., & Janda, L. H. (1985). Your body, yourself: A Psychology Today reader survey. *Psychology Today*, 19(7), 22-26.
- Cash, T. F., Winstead, B.W., & Janda, L. H. (1986). The great American shape-up. *Psychology Today*, 20(4), 30-37.
- Cataneo, C., Carvalho, A.M.P., & Galindo, E.M.C. (2005). Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-conceito, Locus de Controle e Ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1), 39-46.
- Cattell, R. B. (1975). Cuestionario de personalidad 16PF. Madrid: TEA Ediciones.
- Chapman, J. P., Champan, L. J., & Kwapil, T. (1995). Scales for the measurement of schizotypy. In: Raine, A., Lencz, T., Mednick, S., (Eds.). *Schizotypal personality*. New York: Cambridge University Press.
- Conley, J. J. (1984). Longitudinal consistency of adult personality: Self-reported psychological characteristics across 45 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 47 (6), 1325-1333.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *The NEO PI-R/ NEO-FFI manual*

supplement. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1994). Stability and change in personality from adolescence through adulthood. In C. E. Halverson, G. A. Kohnstamm, & R. P. Martin (Eds.), *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood* (pp. 139-150). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Dawson, A. & Tylee, A. (Orgs.) (2001). *Depression: Social and economic timebomb*. London: BMJ.
- Demo, D. (1992). The self-concept over the time: Research Issues and Directions. *Annual Review of Sociology*, 18, 303-326.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- Dittmann-Kohli, F. (2005). Self and identity. In M. L. Johnson, V. L. Bengtson, P. G. Coleman, & T. B. L. Kirkwood (Eds.), *The Cambridge handbook of age and aging* (pp. 275-291). Cambridge: Cambridge University Press.
- Dyl, J., Kittler, J., Phillips, K. & Hunt, J. (2006). Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: Prevalence and clinical characteristics. *Child Psychiatry Human Development*, 23, 1-14.
- Eysenck, H. J. (1976). *Sex and personality*. London: Open Books Publishing Ltd.
- Fallon, A. E., (1996). Culture in the mirror: Sociocultural determinants of body image. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds). *Body Images: Development, Desviance and Change* (pp.80-109). New York: Guilford Press.
- Faria, L., & Fontaine, A. M. (1990). Avaliação do conceito de si próprio de adolescentes: Adaptação do SDQ I de Marsh à população portuguesa. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 6, 97-105.
- Faria, L., & Fontaine, A. M. (1992). Estudo de adaptação do *Self* Description Questionnaire III (SDQ III) a estudantes universitários. *Psychologica*, 8, 41-49.
- Fernandes, E., Feixas, G. (2007). Dilemas implicativos, psicopatologia e construção do Self: Mudanças durante o primeiro ano da universidade. *Psychologica*, 45, 239-256.

- Figueiredo, J.M. & Lemkau, P.V. (1980). *Social Psychiatry*. New York: Springer-Verlag.
- Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance and change* (pp. 3-20). New York: The Guilford Press.
- Fisher, S., & Hood, B. (1987). The stress of the transition to university: A longitudinal study of psychological disturbance and vulnerability to homesickness. *British Journal of Psychology*, 78, 425-442.
- Fitts, W. H. (1972). *The self-concept and performance*. Nashville, TN: Dede Wallace Center.
- Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7, 286-299.
- Furr, S.R., Westefeld, J.S., McConnel, G.N., & Jenkins, J.M. (2001). Suicide and depression among college students: a decade later. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 97-100.
- Gecas, V. (1982). The self-concept. *Annual Review of Sociology*, 8, 1-33.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gilbert, P. & Milles, J. N. (2000). Evolution, genes, development and psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 246-255.
- Goldberg, L.R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48, 26-34.
- Gonçalves, O. F., Korman, Y. & Angus, L. (2000). Constructing psychopathology from a cognitive narrative perspective. In R.A. Neimeyer & J. D. Raskin (Eds.), *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy*, pp. 265-284. Washington: American Psychological Association.
- Guilford, J. P. (1967). *The nature of human intelligence*. New York: McGraw-Hill.
- Hansenne, M. (2004). *Psicologia da Personalidade*. Lisboa: Climepsi

Editores.

- Harter, S. (1996). Historical roots of contemporary issues involving self-concept. In B. Bracken, (Ed.), *Handbook of Self-concept*, (pp. 1-37). USA. John Wiley and Sons, INC.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Hatfield, E. & Sprecher, S. (1986). "Weighty Issues" in "Mirror, Mirror – The importance of looks in everyday life". State University of New York Press, Albany.
- Hill, M. & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Izard, C. E. & Harris, P. (1995) Emotional development and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & V. Carlson (eds.) *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, (pp. 467-503) Cambridge: Cambridge University Press.
- Jakatdar, T. A., Cash, T. F., & Engle, E. K. (2006). Body-image thought processes: The development and initial validation of the Assessment of Body-Image Cognitive Distortions. *Body Image*, 3, 325-333.
- Kaiser, H. (1974). An index of factorial simplicity *Psychometrika*, 39 (1), 31-36.
- Kakeshita, I. S. & Almeida, S. S. (2006). Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. *Revista de Saúde Pública*, 40 (3), 497-504.
- Kimmel, D (1994). *Adulthood and aging*. NY: John Wiley & Sons.
- Krueger, D. (1990). Developmental and psychodynamic perspectives on body image change. In: *Body Images: Development, Deviance and Change*. New York: Guilford Press.
- Le Breton, D. (2007). *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. Campinas: Papirus.
- Lima, M. (1997). NEO-PI-R: *Contextos Teóricos e Psicométricos: "OCEAN" ou "iceberg"?* Dissertação de Doutorado. Faculdade

de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
Coimbra.

- Lima, M. P. & Simões, A. (1995). Inventário de Personalidade NEO-PI-R. In L. S. Almeida, M. M. Gonçalves & M.R. Simões (Eds.), *Provas psicológicas em Portugal* (pp. 133-150). Braga: APPORT.
- Lima, M. & Simões, A. (1997). O Inventário da Personalidade NEO-PI-R: Resultados da aferição portuguesa. *Psychologica*, 18, 25-46.
- Lima, M. P. & Simões, A. (2000a). *NEO-PI-R manual profissional*. Lisboa: CEGOC.
- Lima, M. P. & Simões, A. (2000b). A teoria dos cinco factores: Uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico? *Análise Psicológica*, 2 (XVIII), 171-179.
- Lopes, R. (2006). O auto-conceito revisitado. *Psychologica*, 41, 317-327.
- Malouff, J., Thorsteinsson, E., & Schutte, N. (2005). The Relationship Between the Five-Factor Model of Personality and Symptoms of Clinical Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 101-114.
- Markus, H. & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41(9), 954-969.
- Marsh, H. W. (1994). Using the national longitudinal study of 1988 to evaluate theoretical models of self-concept: The *Self Description Questionnaire*. *Journal educational psychology*. 86 (3), 439-456.
- McAdams, D. P. (1992). The five-factor model in personality: A critical appraisal. *Journal of Personality*, 60, 329-361.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1992). Discriminant validity of NEO-PI-R facet scales. *Educational and Psychological Measurement*, 52, 229-237.
- McCrae, R., & Costa, P. (1995). Trait explanations in personality psychology. *European Journal of Personality*, 9, 231-252.
- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 175-215.
- Mor, N. & Winquist, J. (2002). Self-focused attention and negative affect: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128, 638-662.

- Moreira, V. (2002). Psicopatologia crítica (Parte II). Em V. Moreira & T. Sloan (Orgs.), *Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica* (pp. 106 - 248). São Paulo: Escuta.
- Moreira, V. (2003). The ideological meaning of depression in the contemporary world. *International Journal Of Critical Psychology*, 9, 143 – 159.
- Moreira, V. (2004). O Método Fenomenológico de Merleau-Ponty como Ferramenta Crítica na Pesquisa em Psicopatologia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 447-456.
- Moreira, V. & Sloan, T. (2002). *Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica*. São Paulo: Escuta.
- Mota-Cardoso, R., Moura, L., Pais, A., Veríssimo, R. (1986). Auto-conceito e as perturbações psicopatológicas de nível neurótico. *Psiquiatria Clínica*, 7 (3), 188-193.
- Munro, B.H. (2005). *Statistical methods for health care research*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- O'Connor, T.G. (2000). Are associations between parental divorce and children's adjustment genetically mediated? An adoption study. *Developmental Psychology*, 36, 429-437.
- Öberg, P., & Tornstam, L. (1999). Body images among men and women of diferente ages. *Ageing & Society*, 19, 629-644.
- Pallant, J. (2005). Development and validation of a scale to measure perceived control of internal states. *Journal of Personality Assessment*, 75 (2), 308–337.
- Peixoto, F., & Almeida, L. S. (2011). A Organização do Autoconceito: Análise da Estrutura Hierárquica em Adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 533-541.

- Pelican, S., Heede, F., Holmes, B., Melcher, L., Wardlaw, H., Raidl, M., Wheeler, B. & Moore, S. (2005). The power of others to shape our identity: body image, physical abilities and body weight. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 34 (1), 56-79.
- Praag, H., Kloet, R., & O., J. (2005). *Stress, o cérebro e a depressão* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.
- Roberts, B. W., & Caspi, A. (2001). Personality development and the person-situation debate: It's déjà vu all over again. *Psychological Inquiry*, 12, 104-109.
- Rocha, A. P. (2008). *O Autoconceito nos Idosos*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Rowe, D., McDonald, S., Mahar, M., & Raedeke, T. (2005). Multitrait-Multimethod Investigation of a Novel Body Image Measurement Technique. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, Vol.76, 4, pp. 407-415.
- Sacoto, C. (2010). *As experiências depressivas da personalidade e o auto-conceito na idade adulta avançada*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal.
- Sands, R. & Wettenhall, R. (2000). Female Wheelchair Athletes and Changes to Body Image. *International Journal of Disability, Development and Education*. 47(4), pp. 413-426.
- Schilder, P. (1950). *The Image and the Appearance of the Human Body*. New York, Wiley and Sons.
- Serôdio, C., Diniz, A. & Pires, J. (2004). Validação do Inventário Clínico de Auto-Conceito: Estudo com uma amostra de idosos não institucionalizados. In C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves & R. V. Ramalho (Eds.), *X Conferência Internacional – Avaliação psicológica: Formas e contextos* (pp. 463-468). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Serra, A. V. (1986a). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 57-66.
- Serra, A. V. (1986b). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 67-84.

- Serra, A. V. (1988). Atribuição e auto-conceito. *Psychologica*, 1, 127-141.
- Serra, A.V., & Firmino, H. (1986). O auto-conceito nos doentes com perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 91-96.
- Serra, A. V., Firmino, H., & Matos, A. (1987). Auto-conceito e locus de controlo. *Psiquiatria Clínica*, 8 (3), 143-146.
- Serra, A. V., Gonçalves, S., & Firmino, H. (1986). Auto-conceito e ansiedade social. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 103-108.
- Serra, A. V., Matos, A.P., & Gonçalves, S. (1986). Auto-conceito e sintomas depressivos na população em geral. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 97-101.
- Serra, A. & Pocinho, F. (2001). Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 22, 9-21.
- Shean, G., Bell, E., & Cameron, C. (2007). Recognition of nonverbal affect and schizotypy. *The Journal of Psychology*, 141 (3), 281-291.
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da Aferição Nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.
- Simões, M., Machado, C., Gonçalves, M. & Almeida, L. (2007). *Avaliação Psicológica. Instrumentos Validados para a População Portuguesa*. Volume III. Coimbra, Editora Quarteto.
- Staudinger, U. M. (2005). Personality and ageing. In M. Johnson, V. L. Bengtson, P. G. Coleman, & T. B. L. Kirkwood (Eds.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 237-243). Cambridge: Cambridge University Press.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128 (5), 825-848.
- Tamayo, A., Campos, A. P., Matos, D., Mendes, G., Santos, J. & Carvalho, N. (2001). A influência da actividade física regular sobre o auto-conceito. *Estudo de Psicologia*, 6 (2), 157-165.
- Thompson, J. K. (1995). Introduction: Body image, eating disorders, and obesity – An emerging synthesis. In J. K. Thompson (Ed.), *Body*

image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment (pp. 1-20). Washington, DC: American Psychological Association.

- Thompson, J. K., & Gardner, D. M. (2002). Measuring perceptual body image among adolescents and adults. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Handbook of body images*. New York: Guilford Press.
- Tiggemann, M. (2002). Media influences on body image development. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice* (pp. 91-98). New York: The Guilford Press.
- Van den Berg, P., Paxton, S. J., Keery, H., Wall, M., Guo, J. & Neumark-Sztainer, D. (2007). Body dissatisfaction and body comparison with media images in males and females. *Body Image*, 4, 257-268.
- Wells, L.E., & Marwell, G. (1976). Self-Esteem: its conceptualization and measurement (vol.20). *Sage Library of Social Research*, Sage Publications.
- White, C. A. (2000). Body image dimensions and cancer: A heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-Oncology*, 9, 183-192.

ANEXOS

Anexo I
Quadros

Quadro 1. Características sociodemográficas (N=215)

		<i>N</i>	%
Género	Masculino	98	45.6
	Feminino	117	54.4
Idade	Mínimo	18	
	Máximo	72	
	Média	28.08	
	Desvio Padrão	11.330	
Estado Civil	Solteiro(a)	163	75.8
	União de facto	4	1.9
	Casado(a)	36	16.7
	Divorciado(a)	10	4.7
	Viuvo(a)	2	.9
Anos de Escolaridade	Mínimo	5	
	Máximo	22	
	Média	14.52	
	Desvio Padrão	2.644	
Situação Profissional*	QSAPDQSE	3	1.4
	EPIC	56	26.0
	TPNI	19	8.8
	PAS	16	7.4
	PSV	13	6.0
	ATQAP	0	.0
	OATS	1	.5
	OIMTM	0	.0
	TNQ	0	.0
	Estudante	97	45.1
	Desempregado	10	4.7
Nível Socio-económico**	Baixo	1	.5
	Médio-baixo	19	8.8
	Médio	125	58.1
	Médio-alto	69	32.1
	Elevado	1	.5

*A situação profissional dos sujeitos foi definida a partir da classificação utilizada pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional (9 categorias).

Os empregados distribuem-se segundo diferentes categorias, de acordo com a Classificação Nacional de Profissões, nomeadamente: Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa (QSAPDQSE); Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas (EPIC); Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio (TPNI); Pessoal Administrativo e Similares (PAS); Pessoal dos Serviços e Vendedores (PSV); Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas (ATQAP); Operários, Artífices e Trabalhadores Similares (OATS); Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem (OIMTM); Trabalhadores Não Qualificados (TNQ).

**Para categorização do nível socioeconómico foi utilizada a tipologia estabelecida por Simões (1994, p. 285-286), a qual considera cinco níveis: NSE Baixo, NSE Médio Baixo, NSE Médio, NSE Médio Alto, NSE Elevado. Foram considerados, para os estudantes, os indicadores profissionais dos pais bem como as respetivas formações académicas.

Quadro 2. Correlações de Spearman (ρ) para o teste reteste e o Teste de diferenças de Wilcoxon (Z) para a análise da estabilidade temporal da escala MBSRQ traduzida

Item	ρ	Z
1	.669**	-1.000
2	.515*	-.447
3	.892***	.000
4	.760**	-.816
5	.927***	-1.000
6	.916***	.000
7	.862***	-.378
8	.491	.000
9	.908***	-1.342
10	.658**	-.412
11	.966***	-1.000
12	.907***	-.577
13	.952***	-.577
14	.712**	.000
15	.774**	-.577
16	.964***	-.577
17	.797***	-.184
18	.891***	-1.732
19	.618*	-.816
20	.853***	-.378
21	.433	-.447
22	.766**	-.577
23	.772**	-.707
24	.790***	-.816
25	.768**	-.816
26	.870***	.000
27	.630*	-1.000
28	.746**	.000
29	.649**	-1.342
30	.835***	-1.000
31	.868***	-2.000*
32	.540*	.000
33	.950***	.000
34	.622*	-.743
35	.914***	-.577
36	.909***	-.577
37	.411	-.108
38	.857***	-1.000
39	.674**	-2.121*
40	.801***	.000

41	1.000	.000
42	.852***	-1.000
43	.933***	.000
44	.895***	-1.000
45	.736**	-.707
46	.749**	-.816
47	.592*	-1.414
48	.675**	-.447
49	.138	-.412
50	.478	.000
51	.966***	-1.732
52	.889***	-1.890
53	.926***	-1.342
54	.933***	-.577
55	.593*	-1.000
56	.842***	-1.342
57	.672**	-1.134
58	.891***	-5.77
59	1.000	.000
60	.691**	-1.414
61	.797***	-.577
62	.891***	-.577
63	.950***	-1.414
64	.820***	-1.000
65	.647**	-1.633
66	.734**	-.966
67	.714**	-.477
68	.937***	-1.414
69	.976***	-1.000

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

Quadro 3. Análise fatorial em oito componentes com rotação varimax do MBSRQ (apenas valores de saturação igual ou superior a .30)

Item	Fatores								h ²
	1	2	3	4	5	6	7	8	
MBSRQ1	.240	.404	.482	-.157	-.117	.088	-.075	-.101	.568
MBSRQ2	.239	.451	.466	-.109	.053	.234	-.029	-.093	.568
MBSRQ3	.451	.236	-.223	-.035	-.241	.006	-.048	.120	.586
MBSRQ4	.530	.288	-.138	.182	-.202	.164	.090	.089	.580
MBSRQ5	.505	-.337	.268	-.045	-.005	.062	.144	-.032	.532
MBSRQ6	.512	.146	-.395	-.076	.191	.253	-.230	-.014	.634
MBSRQ7	.445	.134	.082	.074	.135	-.363	.146	-.346	.553
MBSRQ8	.119	.211	.051	.286	.022	-.171	.458	.182	.442
MBSRQ9	.474	.208	-.050	.146	.118	-.424	.135	-.320	.609
MBSRQ10	.010	.512	.159	-.004	.030	.097	.148	.202	.409
MBSRQ11	.379	-.530	.194	.083	.215	.152	.126	-.004	.570
MBSRQ12	.201	.261	.475	.089	-.139	.397	.064	.000	.543
MBSRQ13	.072	.343	.561	.059	-.093	.273	-.114	-.073	.561
MBSRQ14	.726	-.183	-.103	-.060	-.315	.092	-.017	-.019	.685
MBSRQ15	.544	.187	-.252	-.145	-.080	.099	-.236	.054	.495
MBSRQ16	.628	.161	-.402	-.048	.165	.246	-.210	-.127	.748
MBSRQ17	.440	-.149	.006	-.343	.114	-.112	.293	-.063	.493
MBSRQ18	.365	.300	-.108	.234	-.003	-.128	-.122	-.131	.353
MBSRQ19	.259	.111	.004	.609	.105	-.214	.000	-.269	.585
MBSRQ20	.199	.554	.262	.107	-.026	-.036	.120	.152	.514
MBSRQ21	.372	-.079	.287	-.006	-.149	.101	.128	-.008	.450
MBSRQ22	.331	.428	.357	-.037	-.174	.199	.016	.057	.548
MBSRQ23	.125	.236	.454	-.135	.167	.069	-.150	-.101	.362
MBSRQ24	.506	-.022	-.172	.046	-.356	.043	.129	.284	.626
MBSRQ25	.488	.391	-.088	-.178	-.096	-.076	-.062	-.172	.498
MBSRQ26	.672	.237	-.194	.107	.087	.176	-.052	.024	.601
MBSRQ27	.189	-.025	-.081	-.255	-.056	-.157	.398	-.096	.492
MBSRQ28	.126	.052	-.112	-.197	.283	-.185	-.299	-.076	.542
MBSRQ29	.111	.390	.151	.223	.096	-.193	-.046	-.246	.347
MBSRQ30	.446	-.546	.228	-.012	-.018	.075	.023	.085	.569
MBSRQ31	.013	.078	.279	-.062	-.015	.028	-.032	.133	.178
MBSRQ32	.246	.232	.412	-.339	.011	-.013	-.135	-.049	.472
MBSRQ33	.595	-.135	-.238	-.091	-.269	.007	.002	.215	.611
MBSRQ34	.492	.296	-.268	-.120	-.036	.145	-.082	.106	.477
MBSRQ35	.642	.184	-.441	.058	.134	.173	-.172	-.133	.751
MBSRQ36	.255	-.183	-.078	-.292	.178	-.024	.336	.331	.452
MBSRQ37	.202	-.030	.027	-.092	.487	-.143	-.056	.550	.629
MBSRQ38	.489	.127	.052	-.308	.193	-.476	.027	-.138	.642
MBSRQ39	.366	-.401	.200	.054	.138	.129	.135	-.248	.497
MBSRQ40	.064	.254	.071	-.412	.110	-.110	-.181	.016	.501
MBSRQ41	.243	.318	.386	-.026	.173	-.018	-.131	-.180	.407
MBSRQ42	.526	-.520	.182	-.066	.012	.046	-.013	.047	.592
MBSRQ43	.653	.158	-.168	-.308	.007	-.035	-.145	-.012	.598
MBSRQ44	.624	.164	.008	-.136	.056	-.156	.073	-.053	.471
MBSRQ45	.265	-.085	-.074	-.551	.069	-.121	.361	-.025	.573
MBSRQ46	.346	.222	.238	.414	.226	-.223	-.096	.279	.614

MBSRQ47	.183	-.065	.078	-.023	.395	-.166	-.338	.407	.536
MBSRQ48	.497	-.396	.390	-.231	.027	.063	.064	-.012	.623
MBSRQ49	.255	.249	.364	-.464	-.037	-.118	-.084	.038	.543
MBSRQ50	.396	.528	.156	.102	-.190	.033	.091	.018	.533
MBSRQ51	.479	.007	.031	.130	-.207	-.197	.066	.019	.425
MBSRQ52	.470	.314	-.158	.273	-.105	-.115	.231	.132	.597
MBSRQ53	.686	.135	-.427	.035	.051	.135	-.168	.001	.745
MBSRQ54	.692	-.090	-.150	-.020	-.182	-.118	.143	-.031	.605
MBSRQ55	.444	.329	.169	.323	.039	-.209	.059	.318	.591
MBSRQ56	.189	.154	.232	.517	.202	-.081	-.192	.252	.543
MBSRQ57	-.119	.579	-.081	.082	.226	.151	.291	.010	.537
MBSRQ58	-.253	.458	-.017	-.036	-.009	.224	.290	.125	.455
MBSRQ59	-.216	.447	-.196	.037	.334	.304	.223	-.243	.700
MBSRQ60	-.197	.429	-.213	.030	.363	.331	.280	-.144	.722
MBSRQ61	.260	-.381	.059	-.017	.316	.383	.029	.061	.469
MBSRQ62	.085	-.125	.114	-.066	.492	.085	.187	.057	.342
MBSRQ63	.388	-.369	-.050	.137	.110	.179	.082	-.047	.365
MBSRQ64	.357	-.513	.183	.200	-.157	-.007	-.038	-.033	.494
MBSRQ65	.384	-.375	.160	.313	.004	.028	.002	-.090	.492
MBSRQ66	.498	-.320	-.187	.264	.222	.182	.185	-.095	.608
MBSRQ67	.420	-.492	.178	.156	-.041	.092	-.063	-.078	.532
MBSRQ68	.428	-.154	.072	.166	-.058	-.027	-.173	-.170	.361
MBSRQ69	.400	-.646	.243	.112	.136	.035	-.034	-.058	.676
Variância explicada	16.15%	10.20%	5.92%	4.57%	3.37%	3.22%	2.93%	2.76%	
Total					49.12%				

Quadro 4. Consistência interna de cada subescala e o número respectivo de itens pertencentes

	Alfa de Cronbach*	Número de itens
Subescala 1	.870	16
Subescala 2	.906	13
Subescala 3	.803	12
Subescala 4	.689	7
Subescala 5	.664	6
Subescala 6	.687	6
Subescala 7	.725	4
Subescala 8	.687	5

Quadro 5. Consistência interna de cada subescala e o número respectivo de itens pertencentes para o Género Masculino

	Alfa de Cronbach*	Número de itens
Subescala 1	.842	16
Subescala 2	.903	13
Subescala 3	.789	12
Subescala 4	.542	7
Subescala 5	.713	6
Subescala 6	.672	6
Subescala 7	.774	4
Subescala 8	.672	5

Quadro 6. Consistência interna de cada subescala e o número respectivo de itens pertencentes para o Género Feminino

	Alfa de Cronbach*	Número de itens
Subescala 1	.886	16
Subescala 2	.905	13
Subescala 3	.775	12
Subescala 4	.594	7
Subescala 5	.618	6
Subescala 6	.680	6
Subescala 7	.666	4
Subescala 8	.700	5

*Segundo George e Mallery (2003), a consistência interna é considerada “inaceitável” quando o *alfa* é inferior a **.50**, “pobre” quando o *alfa* se localiza entre **.50** e **.60**, “questionável” quando o *alfa* se situa entre **.60** e **.70**, “aceitável” quando o *alfa* é compreendido entre **.70** e **.80**, “bom” quando o *alfa* pertence ao intervalo **.80** e **.90** e “excelente” quando o *alfa* é superior a **.90**.

Anexo II

Versão traduzida da escala de imagem corporal MBSRQ

The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ)

(Cash, T.F., 2000)

(Tradução e adaptação Paixão, R. & Rocha, A., 2011)

INSTRUÇÕES - POR FAVOR, LEIA CUIDADOSAMENTE

As páginas seguintes contêm uma série de afirmações sobre como as pessoas pensam, se sentem e agem.

É-lhe pedido para indicar o grau a que cada afirmação se adequa mais a si.

As suas respostas aos itens do questionário são anónimas, por isso, não escreva o seu nome em nenhuma das folhas. De forma a completar o questionário, leia atentamente cada afirmação cuidadosamente e decida qual a mais adequada a si próprio. Utilizando uma escala como a que se encontra abaixo, indique a sua resposta, inserindo-a à esquerda do número da afirmação.

EXEMPLO:

_____ Eu, normalmente, estou de bom-humor.

No espaço em branco, indique **1** se **discorda completamente** com a afirmação;

insira **2** se **discorda**;

insira **3** se **nem concorda nem discorda**;

insira **4** se **concorda**;

ou insira **5** se **concorda completamente** com a afirmação.

Não existem respostas correctas ou erradas. Apenas dê a resposta que mais se adequa a si.

Lembre-se, as suas respostas são confidenciais, por isso, seja completamente honesto e responda a todos os itens.

1	2	3	4	5
Discordo Completamente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Completamente

- _____ 1. Antes de aparecer em público, dou sempre atenção à minha aparência.
- _____ 2. Sou cuidadoso(a) na compra de roupas que farão realçar o meu visual.
- _____ 3. Eu passaria na maioria dos testes de aptidão física.
- _____ 4. Para mim, é muito importante ter uma força física superior.
- _____ 5. O meu corpo é sexualmente atraente.
- _____ 6. Não estou envolvido em nenhum programa regular de exercício.
- _____ 7. Controlo a minha saúde.
- _____ 8. Tenho um perfeito conhecimento daquilo que afecta negativamente a a minha saúde física.
- _____ 9. Tenho adoptado, deliberadamente, um estilo de vida saudável.
- _____ 10. Preocupo-me constantemente em ser ou tornar-me gordo(a).
- _____ 11. Gosto da minha imagem, tal como ela é.
- _____ 12. Olho-me ao espelho sempre que posso.
- _____ 13. Antes de sair, costumo demorar muito tempo a arranjar-me.
- _____ 14. A minha performance física é boa.
- _____ 15. Praticar desporto não é importante para mim.
- _____ 16. Não faço actividades para manter a forma física.
- _____ 17. A minha saúde é um assunto com inesperados altos e baixos.
- _____ 18. Ter saúde é uma das coisas mais importantes da minha vida.
- _____ 19. Não faço nada que saiba que vai prejudicar a minha saúde.

continue na página seguinte

1	2	3	4	5
Discordo Completamente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Completamente

- _____ 20. Tenho consciência até das pequenas alterações do meu peso.
- _____ 21. A maioria das pessoas considera-me com uma boa aparência.
- _____ 22. Para mim, é importante que tenha sempre boa aparência.
- _____ 23. Uso poucos produtos de cosmética.
- _____ 24. Aprendo facilmente competências físicas.
- _____ 25. Estar fisicamente em forma não é uma forte prioridade na minha vida.
- _____ 26. Faço actividades para aumentar a minha força física.
- _____ 27. Raramente fico doente fisicamente.
- _____ 28. Tomo a minha saúde como garantida.
- _____ 29. Leio frequentemente livros e revistas relacionados com a saúde.
- _____ 30. Gosto da minha imagem nua.
- _____ 31. Sinto-me constrangido(a) quando não me apresento adequadamente.
- _____ 32. Costumo vestir aquilo que me vem à mão, sem me preocupar como me fica.
- _____ 33. Tenho um desempenho fraco nos desportos e jogos físicos.
- _____ 34. Raramente penso nas minhas competências atléticas.
- _____ 35. Trabalho para aumentar a minha resistência física.
- _____ 36. De dia para dia, nunca sei como o meu corpo se vai sentir.
- _____ 37. Quando estou doente, não presto muita atenção aos sintomas.
- _____ 38. Não faço o menor esforço para ter uma alimentação equilibrada e nutritiva.

continue na página seguinte

1	2	3	4	5
Discordo Completamente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Completamente

- _____ 39. Gosto da forma como as minhas roupas me assentam.
- _____ 40. Não me importo com aquilo que as outras pessoas pensam acerca da minha aparência.
- _____ 41. Tenho especial cuidado com o aspecto do meu cabelo.
- _____ 42. Não gosto do meu físico.
- _____ 43. Não quero saber de exercícios físicos para melhorar as minhas capacidades em actividades físicas.
- _____ 44. Tento ser activo.
- _____ 45. Sinto-me, frequentemente, vulnerável à doença.
- _____ 46. Presto muita atenção ao meu corpo, de modo a encontrar qualquer sinal de potencial de doença.
- _____ 47. Se estiver constipado ou com gripe, ignoro esse facto e procedo normalmente.
- _____ 48. Não sou atraente fisicamente.
- _____ 49. Nunca penso na minha aparência.
- _____ 50. Estou sempre a tentar melhorar a minha aparência física.
- _____ 51. Sou muito coordenado(a).
- _____ 52. Sei muito sobre estar em forma.
- _____ 53. Pratico desporto regularmente durante o ano.
- _____ 54. Sou uma pessoa fisicamente saudável.
- _____ 55. Estou muito atento(a) às pequenas variações na minha saúde física .
- _____ 56. Ao primeiro sinal de doença, procuro ajuda médica.
- _____ 57. Estou a realizar uma dieta para perder peso.

continue na página seguinte

Para os restantes itens, use a escala de respostas para cada um deles e indique a sua resposta no espaço ao lado de cada item.

_____ 58. Já tentei perder peso através de jejuns ou dietas rápidas.

1. Nunca
2. Raramente
3. Às vezes
4. Regularmente
5. Muitas vezes

_____ 59. Penso que sou:

1. Muito magro(a)
2. Magro(a)
3. Normal
4. Gordo(a)
5. Muito gordo(a)

_____ 60. Ao olharem para mim, a maioria das pessoas pensariam que eu sou:

1. Muito magro(a)
2. Magro(a)
3. Normal
4. Gordo(a)
5. Muito gordo(a)

continue na página seguinte

61-69. Use a escala seguinte de 1 a 5 para indicar o quanto está insatisfeito ou satisfeito nas seguintes áreas ou aspectos do seu corpo:

1	2	3	4	5
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito

-
- _____ 61. Face (estrutura, tez)
- _____ 62. Cabelo (cor, espessura, textura)
- _____ 63. Membros inferiores (nádegas, ancas, coxas, pernas)
- _____ 64. Tronco (cintura, estômago)
- _____ 65. Membros superiores (peito ou mamas, ombros, braços)
- _____ 66. Tonicidade muscular
- _____ 67. Peso
- _____ 68. Altura
- _____ 69. Aparência global
-