



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

JOSÉ MIGUEL FERREIRA RODRIGUES

***O Papel da Autoapresentação Perfeccionista  
e dos Esquemas sobre a Aparência  
na Relação entre o Perfeccionismo e a Psicopatologia Alimentar***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA MÉDICA

Trabalho realizado sob a orientação de:

INVESTIGADORA DOUTORA ANA TELMA FERNANDES PEREIRA

MESTRE CRISTIANA MARQUES

MAIO DE 2020



Um *abstract* com partes deste trabalho, foi aceite para publicação no **European Psychiatry** (anexo III) e para apresentação na forma de poster no **28th European Congress of Psychiatry** (anexo III), a decorrer de 4 a 7 de julho, em formato virtual, devido à Pandemia de COVID-19.

**O Papel da Autoapresentação Perfeccionista  
e dos Esquemas sobre a Aparência  
na relação entre o Perfeccionismo e a Psicopatologia Alimentar**

José Miguel Ferreira Rodrigues<sup>1</sup>

Doutora Ana Telma Fernandes Pereira<sup>2</sup>

Mestre Cristiana Marques<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

<sup>2</sup>Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Rua Larga 3004-504 Coimbra

[rodriguesfmj@gmail.com](mailto:rodriguesfmj@gmail.com)

## Índice

Resumo.....	5
Abstract.....	6
Introdução .....	7
Métodos .....	8
Procedimento e participantes.....	8
Medidas e instrumentos .....	8
Análise estatística.....	11
Resultados .....	12
Consistência interna .....	12
Comparação das pontuações médias entre géneros .....	13
Comparação das pontuações médias consoante as pontuações no TAA-25.....	14
Análises de correlações.....	15
Análises de Mediação.....	16
Discussão e Conclusão.....	23
Referências.....	27
Anexos .....	30

## Resumo

**Introdução:** O perfeccionismo é considerado um dos fatores etiológicos mais consistentes para a patologia alimentar. Como traço transdiagnóstico, o seu papel pode ser influenciado por diversos mecanismos subjacentes à especificidade dos sintomas. Tratando-se de patologia alimentar, a autoapresentação perfeccionista e os esquemas sobre a aparência, podem ser potenciais mediadores da relação entre o perfeccionismo e a patologia alimentar.

**Objetivos:** O objetivo do presente estudo é investigar o papel mediador da autoapresentação perfeccionista e dos esquemas de aparência na relação entre o perfeccionismo e a psicopatologia alimentar.

**Metodologia:** Um total de 191 (77.7% do sexo feminino; idade média =  $20.18 \pm 2.160$ ) estudantes do ensino superior em Portugal preencheram um conjunto de questionários de autorresposta validados para a avaliação do perfeccionismo, da autoapresentação perfeccionista, dos esquemas de aparência e a psicopatologia alimentar.

**Resultados:** Comparando as pontuações médias das diversas escalas consoante as pontuações no TAA-25 ( $\geq 25$  vs.  $< 25$ ), todas as variáveis exceto a pressão social para comer foram significativamente mais elevadas no primeiro grupo. Todas as variáveis demonstraram, entre elas, correlações positivas e significativas, exceto para a pressão social para comer, que não se correlacionou com nenhuma das outras variáveis em estudo. As análises de mediação revelaram que o perfeccionismo tem efeito na psicopatologia alimentar através da autoapresentação perfeccionista e/ou dos esquemas de aparência.

**Discussão e Conclusões:** Uma pessoa que apresente simultaneamente níveis elevados de perfeccionismo, autoapresentação perfeccionista e esquemas de aparência, estará mais vulnerável a apresentar psicopatologia alimentar. No caso do perfeccionismo não adaptativo, quando as vias de influência passam pela autoapresentação perfeccionista e pelos esquemas de aparência, os resultados obtidos são semelhantes aos obtidos para o perfeccionismo adaptativo. Quando se trata de psicopatologia alimentar, a distinção entre perfeccionismo negativo/positivo ou adaptativo/não-adaptativo geralmente tende a diluir-se, pelo que provavelmente quando se estuda o papel do perfeccionismo na psicopatologia alimentar, o termo “adaptativo” não será o mais correto.

Assim, a autoapresentação perfeccionista e os esquemas de aparência poderão constituir importantes alvos de intervenção para a prevenção e tratamento da psicopatologia alimentar.

**Palavras-chave:** perfeccionismo, autoapresentação perfeccionista, esquemas de aparência, psicopatologia alimentar.

## **Abstract**

**Introduction:** Perfectionism has a critical role in eating disorders, since higher levels of perfectionism are associated with higher levels of eating disorder. As a transdiagnostic factor, multiple underlying factors could explain this established relation. Regarding eating disorders, perfectionist self-presentation and appearance schemes can be potential mediators in the relationship between perfectionism and food pathology.

**Objectives:** The present study analyses the mediating role of perfectionistic self-presentation and appearance schemes in the relationship between perfectionism and eating disorders.

**Methods:** A total of 191 university students completed a battery of self-report scales measuring perfectionism, perfectionistic self-presentation, appearance schemes and eating psychopathology.

**Results:** Comparing the average scores of the various scales according to the scores in the TAA-25 ( $\geq 25$  vs.  $< 25$ ), all variables except PSP were significantly higher in the first group. All variables showed, among them, positive and significant correlations, except for the social pressure to eat, which did not correlate with any of the other variables under study. Mediation analyzes revealed that perfectionism influences food psychopathology through perfectionist self-presentation and/or appearance schemes.

**Discussion and Conclusions:** A person who simultaneously exhibits high levels of adaptive perfectionism, perfectionist self-presentation and appearance schemes will be more vulnerable to presenting food psychopathology. Regarding non-adaptive perfectionism, when the ways of influence of non-adaptive perfectionism pass through perfectionist self-presentation and appearance schemes, the results obtained are similar as those obtained for adaptive perfectionism. When it comes to food psychopathology, the distinction between negative/positive or adaptive/non-adaptive perfectionism usually tends to blur, so probably when studying the role of perfectionism in food psychopathology, the term “adaptive” will not be the most correct.

Thus, perfectionist self-presentation and appearance schemes may be important targets of intervention for the prevention and treatment of food psychopathology.

**Keywords:** perfectionism, perfectionistic self-presentation, appearance schemes, eating psychopathology.

## Introdução

O perfeccionismo tem um papel crucial em diversas psicopatologias, tendo sido associado a perturbações de ansiedade, perturbação obsessivo compulsiva, patologia alimentar, entre outras<sup>1</sup>. É caracterizado como um traço de personalidade complexo e multidimensional, determinado por desejo de perfeição, estabelecimento de padrões pessoais demasiado elevados e tendência para autoavaliação rígida e excessivamente crítica. O perfeccionista, por definição, quer ser perfeito, mas vê-se preso na teia do paradoxo óbvio que é a impossibilidade de atingir esse estado ideal<sup>2</sup>.

Diversos fatores psicológicos têm sido apontados como possíveis agentes etiológicos para a patologia alimentar<sup>3</sup>, sendo o perfeccionismo considerado um dos fatores etiológicos mais consistentes<sup>4</sup>, tendo um papel importante não só na sua patogénese, como também na manutenção da patologia alimentar<sup>5</sup>. Em amostras clínicas e não-clínicas de diversos países, incluindo Portugal, o perfeccionismo tem-se evidenciado como correlato e fator de risco da patologia alimentar, sendo que elevados níveis de perfeccionismo estão associados a níveis mais elevados de patologia alimentar<sup>6,7,8,9,10</sup>. Este traço desempenha um papel crucial no desenvolvimento de sintomas e perturbações do espectro da patologia alimentar<sup>11</sup>. Considera-se mesmo que o perfeccionismo clínico constitui a expressão do próprio perfeccionismo, no domínio alimentar<sup>12</sup>.

Sendo o perfeccionismo um traço transdiagnóstico<sup>13</sup>, que envolve aspetos da cognição e do comportamento que contribuem para o desenvolvimento e manutenção de diversos quadros clínicos, os estudos têm tentado compreender quais os mecanismos subjacentes à especificidade dos sintomas, focando nomeadamente o papel de traços mais específicos, de processos cognitivos e de conteúdos relacionados com o contexto<sup>10</sup>.

Com efeito, já nos anos noventa do século passado, Hewitt, Flett e colaboradores salientavam a utilidade de diferenciar entre aspetos pessoais e interpessoais na investigação do papel do perfeccionismo na patologia alimentar<sup>14</sup>. A autoapresentação perfeccionista (AAP), conceptualizada como a tendência para ocultar erros e imperfeições, de modo a não apenas *ser*, mas também *parecer* perfeito, encontra-se estritamente ligada ao perfeccionismo, uma vez que se observou que pessoas com alto nível de perfeccionismo tendem a ter também níveis elevados de AAP<sup>15</sup>. Para além disso, a AAP foi usada também para explicar a relação entre o perfeccionismo e respostas mal adaptativas do comportamento alimentar<sup>15,16</sup>. Uma vez que tanto o perfeccionismo como a AAP mostraram uma relação positiva com a patologia alimentar, propôs-se que a AAP poderia explicar a relação positiva entre o perfeccionismo e a patologia alimentar<sup>17</sup>. No entanto, só muito recentemente, é que a AAP foi descrita como sendo um mediador importante na relação entre perfeccionismo e a patologia alimentar<sup>18</sup>.

Quanto aos esquemas de aparência (EA), ou seja, as crenças que os indivíduos têm relativamente à aparência, apesar de já terem sido associados a outras variáveis relevantes na etiologia da patologia alimentar, como a imagem corporal, a AAP, a autoestima, e a própria sintomatologia alimentar<sup>19</sup>, a investigação com este processo cognitivo é escassa e meramente correlacional, merecendo por isso a sua investigação como possível mediador.

O objetivo do presente estudo é investigar o papel mediador da AAP e dos EA na relação entre o perfeccionismo e a psicopatologia alimentar.

## **Métodos**

Este é um estudo observacional, correlacional e transversal realizado no âmbito do projeto de investigação “Padrões de uso e correlatos psicossociais do uso problemático generalizado da Internet”, cuja investigadora principal é a Doutora Ana Telma Pereira, e que foi aprovado pela Comissão Ética (Ref. 026-CE-2018 – anexo I).

### Procedimento e participantes

O objetivo do estudo foi devidamente explicado a todos os intervenientes (docentes e alunos) antes da entrega dos questionários, tendo sido garantida a sua confidencialidade. Dado que este projeto tem sido efetivado numa colaboração entre o Instituto de Psicologia Médica da FMUC e a Universidade Católica Portuguesa de Braga, os participantes são alunos universitários provenientes destas duas instituições. Aos que demonstraram interesse, foi-lhes entregue um consentimento informado (anexo II) no qual concordaram em participar voluntariamente no estudo em causa.

A amostra é constituída por 191 estudantes do ensino superior em Portugal, 77.7% do sexo feminino e 22.3% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 17 e os 35, e uma média de 20.18 (DP = 2.16). Os inquiridos apresentam um índice de massa corporal (IMC) médio de 21.99 (DP = 2.66), com valores compreendidos entre 16.90 e 31.36 kg/m<sup>2</sup>. A maioria da amostra era solteira e (98.9%) e de nacionalidade portuguesa (99.2%).

Relativamente ao curso, a maioria dos participantes frequentava os cursos de medicina ou psicologia, verificando-se, contudo, uma representação de diversos cursos e áreas de estudo.

### Medidas

Índice de massa corporal (IMC). Foi calculado usando o peso (em quilogramas) e a altura (em metros), auto reportados pelos inquiridos.

Escala Multidimensional Compósita de Perfeccionismo de Hewitt & Flett-Versão – Reduzida<sup>20</sup>. A escala é composta por 33 itens resultantes de uma análise fatorial conjunta dos itens da versão portuguesa de 24 itens da Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost et al. (EMP-F 24) e da versão portuguesa reduzida da Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett -13 (EMP-H&F 13). Da totalidade dos itens, 11 correspondem à EMP-F e 22 correspondem à EMP-H&F, sendo todos eles avaliados numa escala de *Likert* de 5 pontos (1- discordo totalmente e 5-concordo totalmente). Este instrumento avalia com fidelidade dois níveis de perfeccionismo: 1 - Perfeccionismo Adaptativo (inclui itens que avaliam as expectativas elevadas da pessoa, a necessidade de organização e as expectativas que outros têm sobre si mesmo; e.g., “Eu exijo nada mais do que a perfeição a mim próprio”); 2 - Perfeccionismo Não Adaptativo (engloba itens que avaliam a autocrítica excessiva e a tristeza ou incerteza em relação a problemas que surjam na vida; e.g., “As pessoas provavelmente vão pensar menos de mim se eu cometer um erro”). As duas dimensões apresentaram uma boa consistência interna, ambas com  $\alpha = .87$ .

Escala de Autoapresentação Perfeccionista (EAAP)<sup>21,22</sup>. É constituída por 27 itens, a responder numa escala de *Likert* de 7 pontos (sendo o 1 – “discordo completamente” e o 7 – “concordo completamente”). A versão Portuguesa da EAPP, de 20 itens, avalia a autoapresentação perfeccionista e três dimensões: 1 - Autoapresentação perfeccionista (engloba itens que avaliam a necessidade e o esforço de se apresentar perfeito para os outros; e.g., “Esforço-me por parecer perfeito para os outros”) 2 - Preocupação com os erros em público (inclui itens que relacionam sentimentos negativos e tristeza relacionada com o ato de cometer erros em público; e.g., “Sinto-me mal por cometer erros em público”) 3 - Imagem perfeccionista (avalia os pensamentos e atitudes de não demonstrar os erros para os outros, mantendo os problemas para si mesmo; e.g., “Eu devia guardar sempre os meus problemas para mim). Para o presente estudo, apenas se utilizou a pontuação total da EAAP, a qual apresentou uma consistência interna boa ( $\alpha = .89$ ).

Inventário de Esquemas sobre a Aparência/ASI-RV<sup>23</sup>. Este questionário tem-se revelado um instrumento consistente e válido na avaliação do nível de investimento esquemático das pessoas em relação à sua aparência<sup>24</sup>, permitindo avaliar crenças acerca da importância, significado e influência da aparência ao longo da vida. É composto por 20 itens e avaliado com base numa escala tipo *Likert* composta por 5 opções de resposta: “Discordo fortemente”, “Discordo”, “Não concordo nem discordo”, “Concordo” e “Concordo fortemente”. A pontuação final, é a média das pontuações obtidas nos 20 itens, situa-se entre 1 e 5, sendo que quanto mais elevado for o resultado, maiores são os níveis de investimento esquemático relativos à aparência. Esta escala permite-nos avaliar os esquemas de aparência e as suas duas componentes: 1 - Saliência auto avaliativa (avalia as crenças que o indivíduo

tem acerca da forma como o seu aspeto físico influencia o seu valor pessoal ou social, ou seja, o grau em que o indivíduo se avalia e define a si próprio através da aparência; e.g., “A minha aparência é uma parte importante daquilo que sou”); 2 - Saliência motivacional (avalia os esforços implementados pelo indivíduo para manter ou aumentar a sua atratividade física e gerir a sua aparência; e.g., “Tento ser fisicamente tão atraente quanto consigo”). Neste estudo apenas foi utilizada a pontuação total da IEA, que apresentou uma boa consistência interna ( $\alpha = .86$ ).

Teste de Atitudes Alimentares-25<sup>25,26</sup>. O TAA continua a ser um dos instrumentos de rastreio do comportamento alimentar perturbado mais usado em todo o mundo. Os 25 itens da versão Portuguesa foram selecionados através de análise fatorial exploratória das respostas de uma vasta amostra à versão de 40 itens, sendo, portanto, os mais representativos das dimensões avaliadas pelo teste<sup>25</sup>. Os itens têm um formato de resposta de tipo *Likert*, com 6 opções de resposta. As opções “nunca”, “raras vezes” e “algumas vezes”, são cotadas com 0 pontos; “muitas vezes” com 1 ponto; “muitíssimas vezes” com 2 pontos e “sempre” com 3 pontos. Não há itens invertidos. Quanto à tipologia, os itens referem-se a um conjunto de afirmações que definem de forma clara, curta e inteligível apenas um comportamento ou atitude. A pontuação total é calculada somando as pontuações de cada item, sendo que, quanto maior é a pontuação global, mais disfuncionais serão as atitudes e comportamentos alimentares. De acordo com um estudo operativo levado a cabo com amostra clínica (todas as participantes foram entrevistadas com Entrevista Diagnóstica) e com amostra da população geral (adolescentes e jovens adultas), o ponto de corte (PC) que parece equilibrar melhor a sensibilidade e a especificidade é o **25**. Com este, estes parâmetros são respetivamente de 95.7% e 98.0%; o VPP é de 66.6% e o VPN é de 99.8%. Neste estudo utilizámos a estrutura dimensional validada através de análise fatorial confirmatória<sup>26</sup>, que permite medir 3 dimensões: 1 - Comportamentos bulímicos (inclui itens relacionados com episódios de ingestão compulsiva e comportamentos compensatórios como vômito ou abuso de laxantes, sentimentos de culpa, desconforto e ansiedade em relação à comida e preocupações com o peso e forma corporais; e.g., “Eu já vomitei após uma refeição”); 2 - Dieta (agrupa itens relacionados com o controlo alimentar, a restrição calórica, evitamento de comidas doces e com muita gordura, prática de exercício físico com o intuito de queimar calorias e preocupações com a comida; e.g., “Sinto-me com medo de ficar com excesso de peso”); 3 - Pressão Social para Comer (junta itens relacionados com as preocupações dos outros com a magreza e a percepção de que os outros fazem pressão para ganhar peso; e.g., “Sinto que outros pensam que eu devia comer mais”). A consistência interna foi boa para a dimensão Comportamentos Bulímicos ( $\alpha = .89$ ), para a Dieta ( $\alpha = .86$ ), e para a Pressão Social para Comer ( $\alpha = .80$ ) e excelente para a pontuação total do TAA ( $\alpha = .91$ ).

## Análise estatística

A análise estatística foi realizada com o programa IBM SPSS Statistics versão 26.0.

Foram descritas as variáveis através de medidas paramétricas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão e variância) e foram calculados os coeficientes  $\alpha$  de Cronbach para avaliar a consistência interna das escalas (totais e dimensões) utilizadas. Os alfas de Cronbach devem ser superiores a .70 para confirmar a fiabilidade das escalas<sup>27</sup>. Para comparar as médias das variáveis entre sexos e entre participantes com pontuações acima vs. abaixo do PC no TAA, foi executado o teste t de Student.

Para explorar as relações entre as variáveis foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson, sendo interpretada a magnitude destas através dos critérios de Cohen (que classifica valores de magnitude de .10 como fracos, de .30 como intermédios e de .50 como fortes).

Para testar os modelos de mediação serial foi usado o modelo 6 da macro PROCESS para SPSS, versão 3.3, desenvolvido por Andrew F. Hayes, 2019. Esta macro utiliza o método *bootstrapping* para calcular os intervalos de confiança para os efeitos direto ( $c'$ ), indireto e total ( $c$ ) (a soma dos anteriores). O efeito direto resulta do impacto da variável independente (perfeccionismo) na variável dependente (psicopatologia alimentar), e o efeito indireto representa o impacto das variáveis mediadoras (autoapresentação perfeccionista e esquemas de aparência) na relação entre a variável independente e a dependente. Se o intervalo de confiança do efeito indireto não contiver o valor zero, admite-se que a diferença entre o efeito total e o direto é diferente de zero, e, portanto, o efeito indireto é significativo.

## Resultados

### Análise descritiva e consistência interna das variáveis

Na Tabela 1 encontram-se as medidas de tendência central e de dispersão das variáveis em estudo.

**Tabela 1** – Análise descritiva e consistência interna das variáveis

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Variância</i>
<i>Perfeccionismo adaptativo</i>	40.99	8.97	80.41
<i>Perfeccionismo não-adaptativo</i>	41.32	10.72	114.94
<i>EAAP_Total</i>	72.30	16.44	270.27
<i>IEA_Total</i>	63.57	9.82	96.42
<i>TAA_Comportamentos bulímicos</i>	1.62	2.56	54.79
<i>TAA_Dieta</i>	2.63	3.54	8.86
<i>TAA_Pressão social para comer</i>	.39	1.19	1.85
<i>TAA_Total</i>	5.76	7.82	43.58

Notas: M – média, DP – desvio padrão, EAAP – escala de autoapresentação perfeccionista, IEA – inventário de esquemas sobre aparência, TAA – teste de atitudes alimentares.

### Comparação das pontuações médias entre géneros

Para comparar as pontuações médias das escalas entre os géneros feminino e masculino foi realizado o teste t de Student (Tabela 2). Apenas o perfeccionismo não-adaptativo apresentou diferenças significativas, tendo o sexo masculino apresentado níveis mais elevados.

**Tabela 2** - Teste t de Student para comparação entre géneros das pontuações médias das escalas

	<b>Feminino</b> (n=146; 76.44%)		<b>Masculino</b> (n=42; 23.56%)		<i>t (gl)</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
<i>Perfeccionismo adaptativo</i>	40.55	9.17	42.24	8.31	1.07 (186)	.284
<i>Perfeccionismo não-adaptativo</i>	40.00	10.43	45.95	10.75	3.24 (186)	.001
<i>EAAP_Total</i>	71.26	16.42	76.45	16.36	1.81 (186)	.072
<i>IEA_Total</i>	61.47	10.62	58.50	10.19	1.61 (186)	.109
<i>TAA_Comportamentos bulímicos</i>	1.70	3.43	1.48	2.17	.62 (186)	.535
<i>TAA_Dieta</i>	2.64	3.60	2.71	3.45	.49 (186)	.625
<i>TAA_Pressão social para comer</i>	.35	1.24	.50	1.09	1.62 (186)	.107
<i>TAA_Total</i>	5.81	8.30	5.83	6.24	.29 (186)	.118

Notas: M – média, DP – desvio padrão, EAAP – escala de autoapresentação perfeccionista, IEA – inventário de esquemas sobre aparência, TAA – testes de atitudes alimentares.

### Comparação das pontuações médias consoante as pontuações no TAA-25 ( $\geq 25$ vs. $< 25$ )

Para comparar as pontuações médias entre os participantes com pontuações iguais ou superiores a 25 ( $n=14$ ; 7.30%) e os com pontuações inferiores a esse valor ( $n=177$ ; 92.70%) foi realizado o teste t de Student (Tabela 3). Todas as variáveis foram significativamente mais elevadas no primeiro grupo, exceto a pressão social para comer que não apresentou diferenças significativas entre os grupos.

**Tabela 3** - Teste t de Student para comparação das pontuações médias consoante as pontuações no TAA-25 ( $\geq 25$  vs.  $< 25$ )

	TAA-25 $\geq 25$ ( $n=14$ )		TAA-25 $< 25$ ( $n=177$ )		t (gl)	p
	M	DP	M	DP		
<i>Perfeccionismo adaptativo</i>	49,64	8,62	40,31	8,65	-3,88 (189)	<.001
<i>Perfeccionismo não-adaptativo</i>	46,50	9,34	40,95	10,75	-1,87 (189)	.050
<i>EAAP_Total</i>	87,64	14,66	71,09	15,99	-3,75 (189)	<.001
<i>IEA_Total</i>	59,686	9,82	74,65	9,23	-5,51 (189)	<.001
<i>TAA_Comportamentos bulímicos</i>	8,92	4,56	1,05	2,17	24,51 (-15,47)	<.001
<i>TAA_Dieta</i>	11,86	3,86	1,90	2,26	5,30 (-11,75)	<.001
<i>TAA_Pressão social para comer</i>	,50	1,16	,37	1,20	,30 (-14,92)	.691
<i>TAA_Total</i>	26,50	9,65	4,12	4,72	8,58 (-,39)	<.001

Notas: M – média, DP – desvio padrão, EAAP – escala de autoapresentação perfeccionista, IEA – inventário de esquemas sobre aparência, TAA – testes de atitudes alimentares.

### Análises de correlações

Foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson para estudar a associação entre as variáveis em estudo (Tabela 4). Foram obtidas correlações positivas e significativas entre todas as variáveis, exceto para a Pressão Social para Comer, que não se correlacionou com nenhuma das outras variáveis em estudo.

**Tabela 4** – Coeficientes de correlação de Pearson entre variáveis em estudo

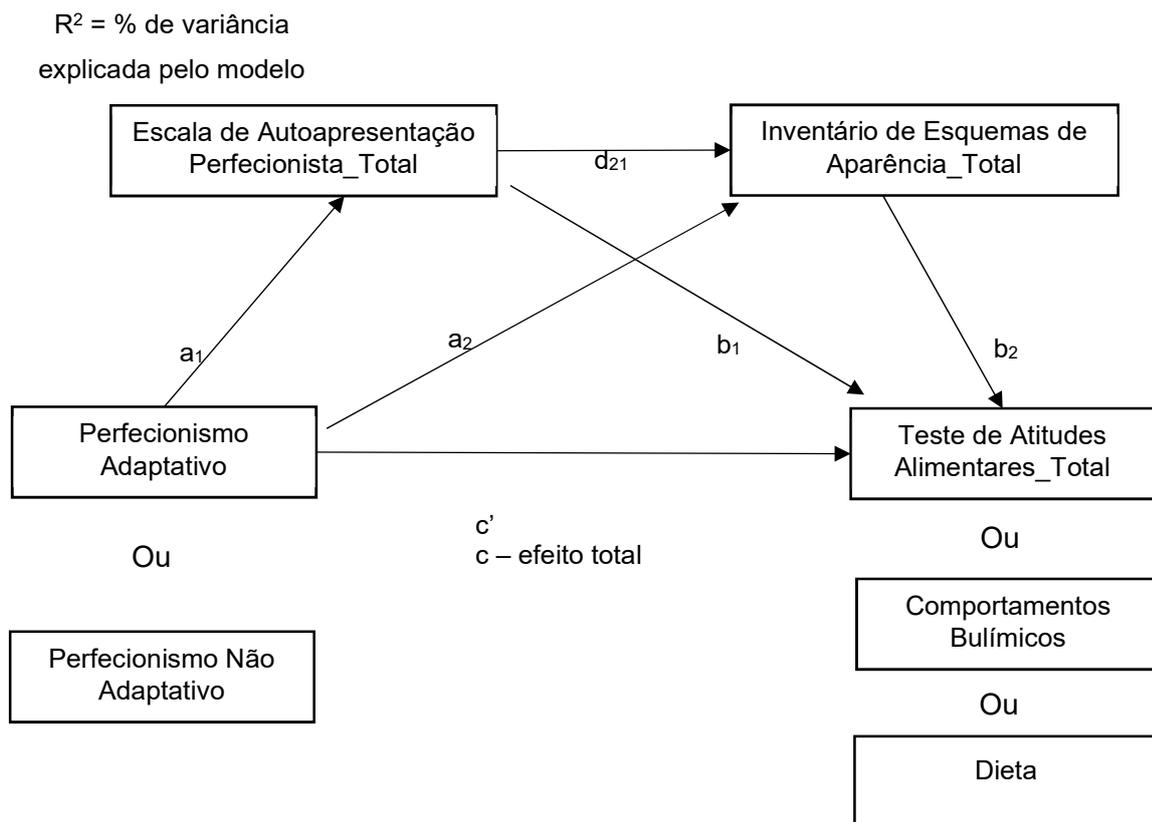
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 <i>Perfeccionismo adaptativo</i>	1													
2 <i>Perfeccionismo não-adaptativo</i>	.538**	1												
3 <i>EAAP_Autoapresentação perfeccionista</i>	.442**	.432**	1											
4 <i>EAAP_Preocupação com os erros (interpessoais)</i>	.417**	.540**	.658**	1										
5 <i>EAAP_Imagem perfeccionista</i>	.336**	.282**	.408**	.376**	1									
6 <i>EAAP_Total</i>	.484**	.545**	.875**	.927**	.539**	1								
7 <i>IEA_Saliência autoavaliativa</i>	.401**	.363**	.570**	.498**	.537**	.615**	1							
8 <i>IEA_Saliência motivacional</i>	.365**	.064	.390**	.297**	.421**	.402**	.591**	1						
9 <i>IEA_Total</i>	.431**	.269**	.554**	.464**	.547**	.590**	.930**	.845**	1					
10 <i>TAA_Comportamentos bulímicos</i>	.320**	.305**	.374**	.384**	.406**	.445**	.600**	.387**	.573**	1				
11 <i>TAA_Dieta</i>	.363**	.192**	.283**	.284**	.363**	.341**	.463**	.437**	.505**	.750**	1			
12 <i>TAA_Pressão social para comer</i>	NS	1												
13 <i>TAA_Total</i>	.366**	.276**	.363**	.372**	-.116	.430**	.551**	.434**	.562**	.917**	.923**	.201**	1	
14 IMC	.226**	.223**	.032	.194**	.338**	.177*	.294**	.060	.222**	.400**	.260**	.339**	.284**	1

Notas: \*p < .05, \*\*p < .01, EAAP – escala de autoapresentação perfeccionista, IEA – inventário de esquemas sobre aparência, TAA – testes de atitudes alimentares, IMC – índice de massa corporal.

### Análises de Mediação

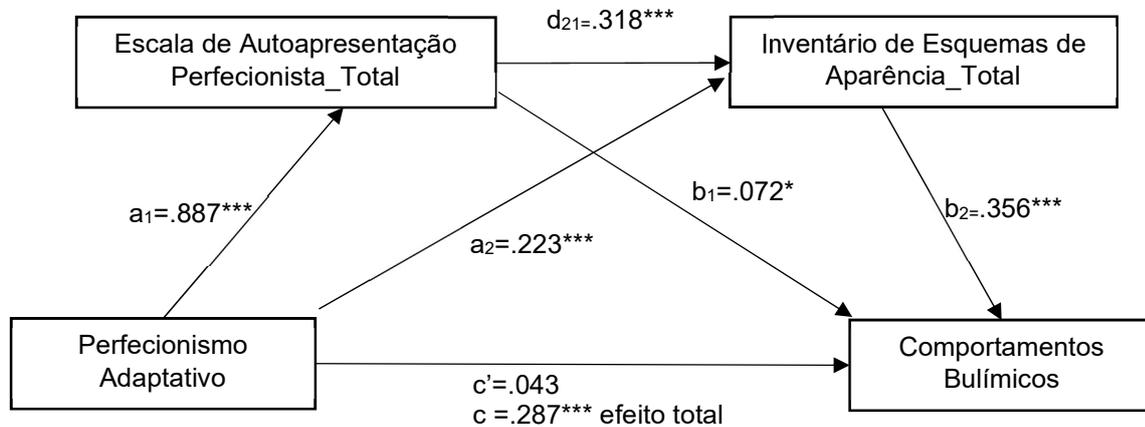
Com base no padrão de resultados obtido, foram realizados diversos modelos de mediação múltipla serial (modelo 6) com as pontuações totais da EAAP (M1) e do IEA (M2) como mediadores sequenciais da relação entre o perfeccionismo adaptativo/não-adaptativo (X, variáveis independentes) e o total e as dimensões de psicopatologia alimentar, Comportamentos Bulímicos e Dieta (Y, variáveis dependentes). Como se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre géneros nas pontuações de perfeccionismo não-adaptativo, foi controlado estatisticamente o género nos modelos em que esta variável foi a variável independente. O efeito desta deverá ser interpretado como sendo a variação da variável em causa caso se considerem apenas os resultados do sexo feminino, relativamente aos obtidos para o sexo masculino. Os efeitos totais (c), diretos (c') e indiretos das mediações foram estimados e são apresentados na Tabela 5.

### Modelo 0: Esquema ilustrativo da mediação múltipla em série



**Modelo 1:** Papel mediador da Autoapresentação perfeccionista (total) (M1) e dos Esquemas de aparência (total) (M2) na relação entre o Perfeccionismo adaptativo (X) e os Comportamentos bulímicos (Y).

$R^2 = 10.24\%$

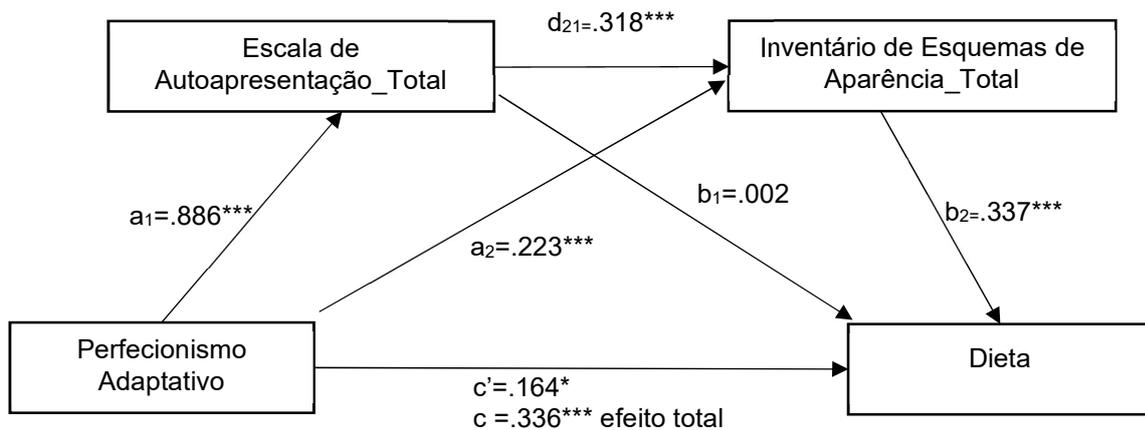


Modelo de mediação I. Os valores representam os coeficientes não estandardizados.

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ , c - efeito total, c' - efeito direto.

**Modelo 2:** Papel mediador da Autoapresentação perfeccionista (total) (M1) e dos Esquemas de aparência (total) (M2) na relação entre o Perfeccionismo adaptativo (X) e a Dieta (Y).

$R^2 = 13.15\%$

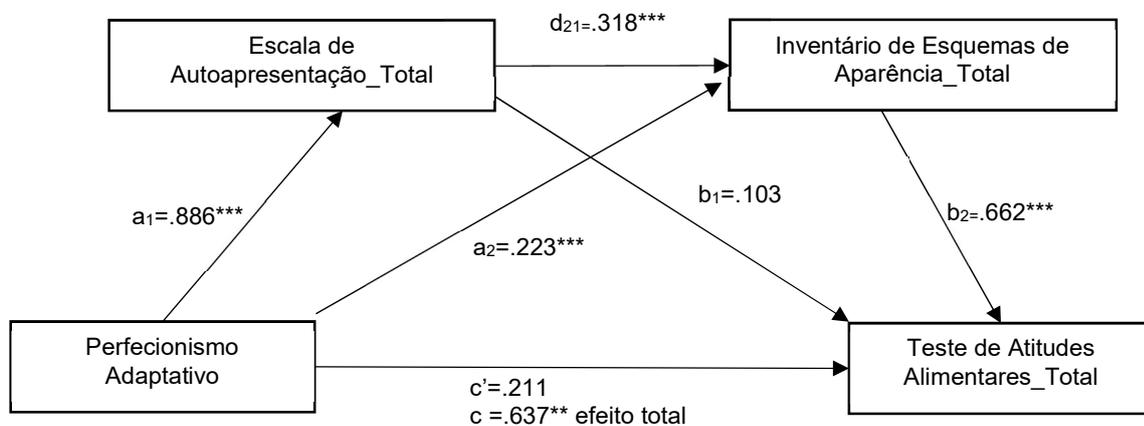


Modelo de mediação II. Os valores representam os coeficientes não estandardizados.

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ , c - efeito total, c' - efeito direto

**Modelo 3:** Papel mediador da Autoapresentação perfeccionista (total) (M1) e dos Esquemas de aparência (total) (M2) na relação entre o Perfeccionismo adaptativo (X) e a pontuação total no Teste de Atitudes Alimentares (Y).

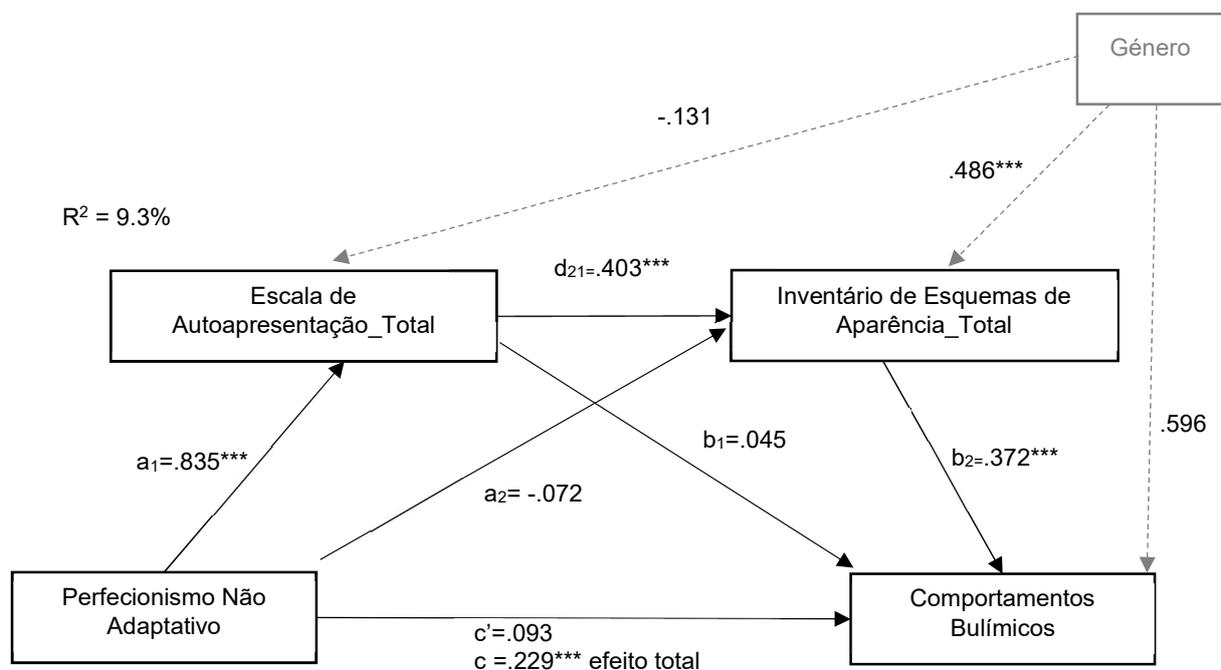
$R^2 = 13.38\%$



Modelo de mediação III. Os valores representam os coeficientes não estandardizados.

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ , c - efeito total, c' - efeito direto

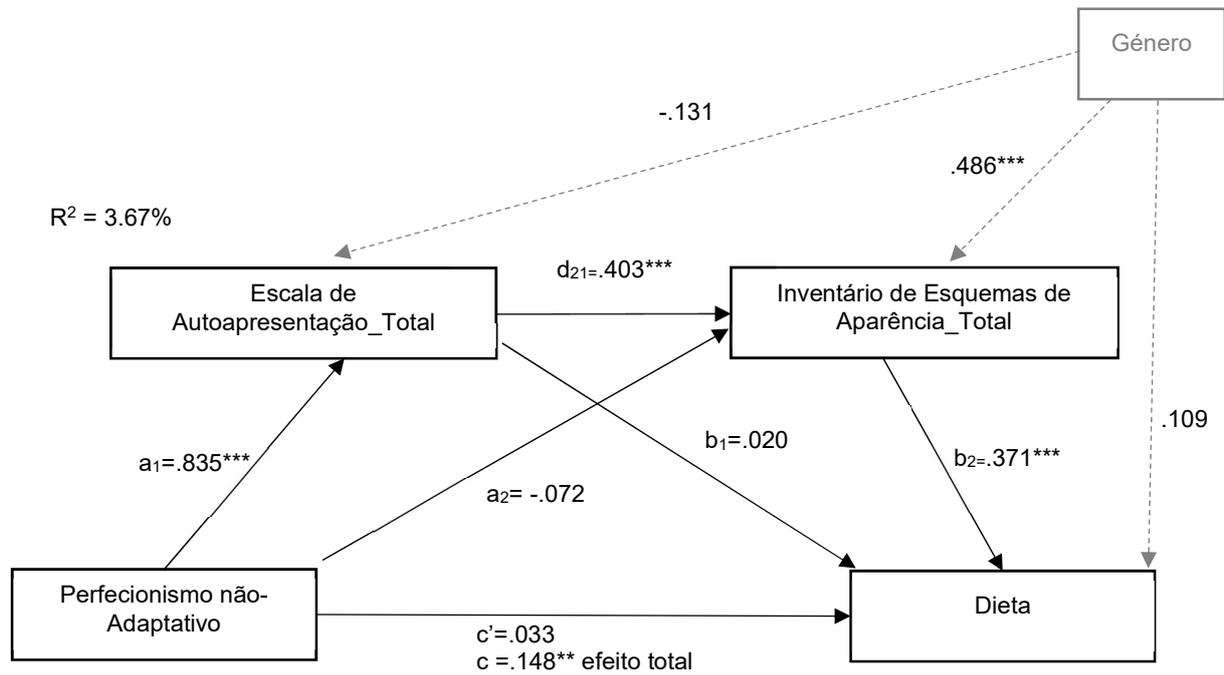
**Modelo 4:** Papel mediador da Autoapresentação perfeccionista (total) (M1) e dos Esquemas de aparência (total) (M2) na relação entre o Perfeccionismo não-adaptativo (X) e os Comportamentos bulímicos (Y).



Modelo de mediação IV. Os valores representam os coeficientes não estandardizados.

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ , c - efeito total, c' - efeito direto

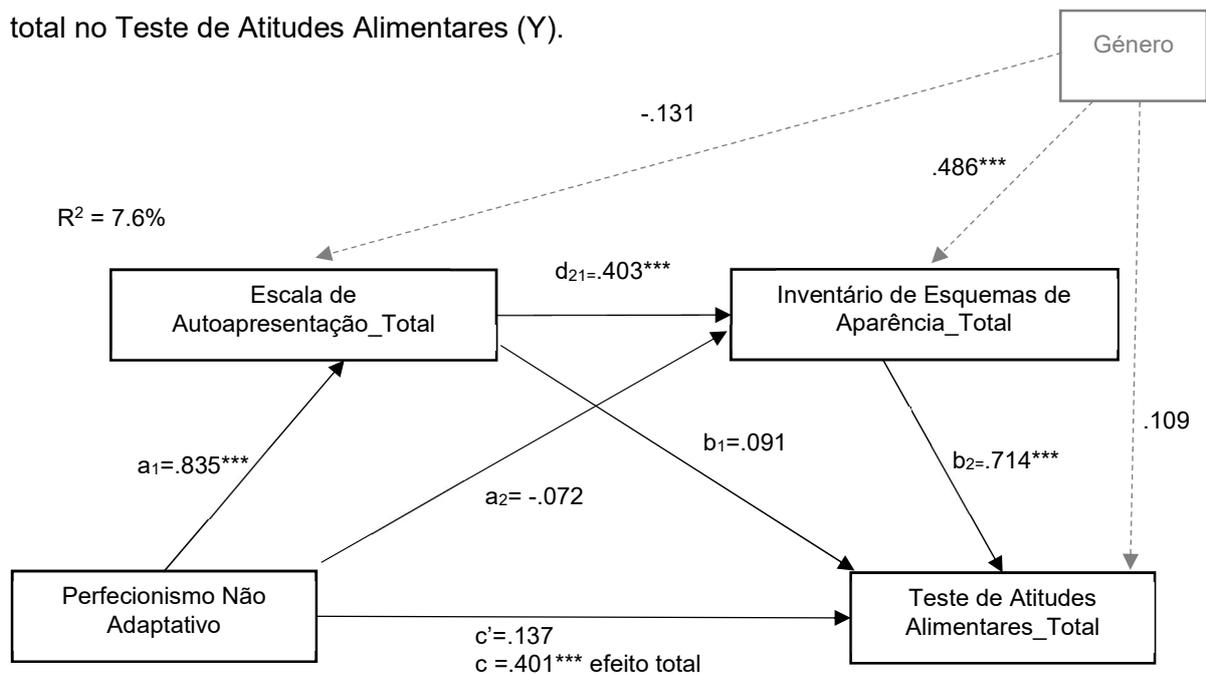
**Modelo 5:** Papel mediador da Autoapresentação perfeccionista (total) (M1) e dos Esquemas de aparência (total) (M2) na relação entre o Perfeccionismo não-adaptativo (X) e a Dieta (Y).



Modelo de mediação V. Os valores representam os coeficientes não padronizados.

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ , c - efeito total, c' - efeito direto

**Modelo 6:** Papel mediador da Autoapresentação perfeccionista (total) (M1) e dos Esquemas de aparência (total) (M2) na relação entre o Perfeccionismo não-adaptativo (X) e a pontuação total no Teste de Atitudes Alimentares (Y).



Modelo de mediação VI. Os valores representam os coeficientes não padronizados.

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ , c - efeito total, c' - efeito direto

**Tabela 5 - Efeitos total, direto e indireto dos modelos de mediação**

	Coeficiente	EP	$p$	Bootstrapping	
				Inferior	Superior
<b>Modelo I: Papel mediador da Autoapresentação perfeccionista (total) (M1) e dos Esquemas de aparência (total) (M2) na relação entre o Perfeccionismo adaptativo (X) e os Comportamentos bulímicos (Y)</b>					
<i>Efeito total</i>	.2440	.0467	<.001	.1584	.3415
<i>Efeito direto</i>	.0432	.0619	Não Sig.	-.0790	.1653
<i>Efeito indireto 1</i>	.0642	.0365	Sig.	.0019	.1330
<i>Efeito indireto 2</i>	.0794	.0260	Sig.	.0182	.1610
<i>Efeito indireto 3</i>	.1004	.0260	Sig.	.0534	.1541
<i>Indireto 1: Perfeccionismo adaptativo → Autoapresentação perfeccionista (total) → Comportamentos bulímicos</i>					
<i>Indireto 2: Perfeccionismo adaptativo → Esquemas de aparência (total) → Comportamentos bulímicos</i>					
<i>Indireto 3: Perfeccionismo adaptativo → Autoapresentação perfeccionista (total) → Esquemas de aparência (total) → Comportamentos bulímicos</i>					
<b>Modelo II: Papel mediador da Autoapresentação perfeccionista (total) (M1) e dos Esquemas de aparência (total) (M2) na relação entre o Perfeccionismo adaptativo (X) e a Dieta (Y)</b>					
<i>Efeito total</i>	.1719	.0485	<.001	.0810	.2723
<i>Efeito direto</i>	.1638	.0670	<.05	.0316	.2959
<i>Efeito indireto 1</i>	.0017	.0433	Não Sig.	-.0830	.0835
<i>Efeito indireto 2</i>	.0752	.0357	Sig.	.0179	.1555
<i>Efeito indireto 3</i>	.0950	.0269	Sig.	.0486	.1525
<i>Indireto 1: Perfeccionismo adaptativo → Autoapresentação perfeccionista (total) → Dieta</i>					
<i>Indireto 2: Perfeccionismo adaptativo → Esquemas de aparência (total) → Dieta</i>					
<i>Indireto 3: Perfeccionismo adaptativo → Autoapresentação perfeccionista (total) → Esquemas de aparência (total) → Dieta</i>					

**Modelo III:** Papel mediador da Autoapresentação perfeccionista (total) (M1) e dos Esquemas de aparência (total) (M2) na relação entre o Perfeccionismo adaptativo (X) e a pontuação total no Teste de Atitudes Alimentares (Y)

<i>Efeito total</i>	.4258	.0911	<.001	.2547	.6057
<i>Efeito direto</i>	.2109	.1206	Não Sig.	-.0270	.4488
<i>Efeito indireto 1</i>	.0913	.0705	Não Sig.	-.0453	.2350
<i>Efeito indireto 2</i>	.1477	.0703	Sig.	.0330	.3030
<i>Efeito indireto 3</i>	.1867	.0512	Sig.	.0941	.2975

*Indireto 1:* Perfeccionismo adaptativo → Autoapresentação perfeccionista (total) → Teste de atitudes alimentares (total)  
*Indireto 2:* Perfeccionismo adaptativo → Esquemas de aparência (total) → Testes de atitudes alimentares (total)  
*Indireto 3:* Perfeccionismo adaptativo → Autoapresentação perfeccionista (total) → Esquemas de aparência (total) → Teste de atitudes alimentares (total)

**Modelo IV:** Papel mediador da Autoapresentação perfeccionista (total) (M1) e dos Esquemas de aparência (total) (M2) na relação entre o Perfeccionismo não-adaptativo (X) e os Comportamentos bulímicos (Y)

<i>Efeito total</i>	.1355	.0430	<.001	.0539	.2234
<i>Efeito direto</i>	.0934	.0527	Não Sig	-.0105	.1973
<i>Efeito indireto 1</i>	.0373	.0350	Não Sig.	-.0305	.1091
<i>Efeito indireto 2</i>	-.0268	.0266	Não Sig.	-.0805	.0251
<i>Efeito indireto 3</i>	.1250	.0318	Sig.	.0683	.1934

*Indireto 1:* Perfeccionismo não-adaptativo → Autoapresentação perfeccionista (total) → Comportamentos bulímicos  
*Indireto 2:* Perfeccionismo não-adaptativo → Esquemas de aparência (total) → Comportamentos bulímicos  
*Indireto 3:* Perfeccionismo não-adaptativo → Autoapresentação perfeccionista (total) → Esquemas de aparência (total) → Comportamentos bulímicos

**Modelo V:** Papel mediador da Autoapresentação perfeccionista (total) (M1) e dos Esquemas de aparência (total) (M2) na relação entre o Perfeccionismo não-adaptativo (X) e a Dieta (Y)

<i>Efeito total</i>	.1150	.0476	<.01	.0224	.2082
<i>Efeito direto</i>	.0333	.0583	Não Sig	-.0816	.1483
<i>Efeito indireto 1</i>	.0171	.0420	Não Sig.	-.0649	.1003
<i>Efeito indireto 2</i>	-.0268	.0280	Não Sig.	-.0865	.0241
<i>Efeito indireto 3</i>	.1247	.0339	Sig.	.0642	.1949

**Indireto 1:** Perfeccionismo não-adaptativo → Autoapresentação perfeccionista (total) → Dieta

**Indireto 2:** Perfeccionismo não-adaptativo → Esquemas de aparência (total) → Dieta

**Indireto 3:** Perfeccionismo não-adaptativo → Autoapresentação perfeccionista (total) → Esquemas de aparência (total) → Dieta

**Modelo VI:** Papel mediador da Autoapresentação perfeccionista (total) (M1) e dos Esquemas de aparência (total) (M2) na relação entre o Perfeccionismo não-adaptativo (X) e a pontuação total no Teste de Atitudes Alimentares (Y)

<i>Efeito total</i>	.2640	.0864	<.001	.0944	.4392
<i>Efeito direto</i>	.1374	.1037	Não Sig	-.0671	.3419
<i>Efeito indireto 1</i>	.0756	.0701	Não Sig.	-.0651	.2117
<i>Efeito indireto 2</i>	-.0515	.0542	Não Sig.	-.1704	.0460
<i>Efeito indireto 3</i>	.2399	.0657	Sig.	.1271	.3822

**Indireto 1:** Perfeccionismo não-adaptativo → Autoapresentação perfeccionista (total) → Testes de atitudes alimentares (total)

**Indireto 2:** Perfeccionismo não-adaptativo → Esquemas de aparência (total) → Testes de atitudes alimentares (total)

**Indireto 3:** Perfeccionismo não-adaptativo → Autoapresentação perfeccionista (total) → Esquemas de aparência (total) → Testes de atitudes alimentares (total)

## Discussão e Conclusão

O presente estudo analisou o efeito mediador da autoapresentação perfeccionista e dos esquemas de aparência na relação entre o perfeccionismo e a psicopatologia alimentar. Diversos estudos anteriores já tinham demonstrado as relações existentes entre a autoapresentação perfeccionista e o perfeccionismo<sup>21</sup> e que ambos mostravam ter uma relação positiva com a patologia alimentar<sup>17</sup>, sendo que apenas recentemente a autoapresentação perfeccionista foi descrita como sendo um mediador importante na relação entre o perfeccionismo e a patologia alimentar<sup>18</sup>. Relativamente aos esquemas de aparência, têm sido associados a diversas variáveis importantes na etiologia da patologia alimentar<sup>19</sup>, no entanto a investigação relativamente a este processo cognitivo é escassa e meramente correlacional. Por isso, este estudo revela-se inovador, pois ainda não há nenhum estudo, do qual tenhamos conhecimento, que teste o papel mediador dos esquemas de aparência na relação entre o perfeccionismo e a psicopatologia alimentar, nem que teste estes dois mediadores em simultâneo.

Na comparação dos resultados das escalas entre indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino, verificou-se que apenas os níveis de perfeccionismo não-adaptativo apresentaram diferenças significativas, tendo sido mais elevados no sexo masculino. Este achado pode ser justificado pelos estereótipos ainda presentes na cultura portuguesa, no desporto, nos meios de comunicação, ..., que pode levar os indivíduos do sexo masculino a sentir uma maior pressão social para ser bem-sucedidos e para não cometer erros<sup>27</sup>. Por essa razão, nos modelos de mediação em que esta componente do perfeccionismo foi a variável independente, a variável género foi controlada.

Na comparação das pontuações médias das diversas escalas consoante as pontuações no TAA-25, superiores a 25, ponto de corte previamente validado para jovens portugueses<sup>28</sup>, e inferiores a esse valor, todas as variáveis, exceto a pressão social para comer foram significativamente mais elevadas no primeiro grupo. Este resultado vai de encontro à proposta de Bardone-Cone et al.<sup>17</sup>, mostrando que, efetivamente as pessoas com níveis mais elevados de patologia alimentar, distinguem-se também por apresentarem pontuações superiores de perfeccionismo, de autoapresentação perfeccionista e de crenças relacionadas com a importância do aspeto físico para o valor pessoal ou social e da gestão da aparência.

Assim sendo, também com o estudo correlacional, verificaram-se, como era esperado, correlações positivas e significativas entre todas as variáveis, com exceção para a pressão social para comer, que não se correlacionou com nenhuma das outras variáveis em estudo. Estes efeitos vão ao encontro dos resultados de Stoeber et al.<sup>18</sup> que já tinha descrito

igualmente uma relação positiva entre ambas as formas de perfeccionismo e da autoapresentação perfeccionista e as diferentes dimensões das perturbações alimentares.

O facto da dimensão pressão social para comer não se ter relacionado significativamente com nenhuma outra variável em estudo, fortalece a hipótese de que a psicopatologia tem origem em cognições do próprio indivíduo, uma vez que esta é a única dimensão em estudo dependente apenas da opinião/comportamento de outros e em que a visão da pessoa perfeccionista não interfere, indicando ainda uma possível resistência em aceitar opiniões externas e conseqüentemente uma potencial menor eficácia do tratamento. Sabendo-se que o ambiente pode ser tanto um fator agravante como protetor relativamente à psicopatologia alimentar<sup>28</sup>, seria interessante explorar de forma mais profunda e direcionada os efeitos que fatores ambientais podem gerar na relação entre o perfeccionismo e a psicopatologia alimentar.

Relativamente aos modelos de mediação, estes revelaram que o perfeccionismo tem efeito na psicopatologia alimentar através da autoapresentação perfeccionista e/ou dos esquemas de aparência. A literatura prévia já tinha explorado a relação entre o perfeccionismo e a psicopatologia alimentar<sup>6,7,8,9,10</sup>, mas estas putativas vias de influência ainda não haviam sido testadas.

Neste estudo, verificou-se que o perfeccionismo adaptativo influencia as dimensões do comportamento alimentar avaliadas, destacando-se a significância do efeito total e dos efeitos direto e indiretos nos modelos de mediação em relação (Modelos de mediação I, II e III). Isto sugere que os três mediadores têm um efeito sinérgico relativamente à psicopatologia alimentar, pelo que uma pessoa que apresente simultaneamente níveis elevados de perfeccionismo, autoapresentação perfeccionista e esquemas de aparência, estará mais vulnerável a apresentar psicopatologia alimentar. Observou-se no entanto, que, isoladamente, apenas os esquemas de aparência medeiam a relação entre o perfeccionismo adaptativo e a dieta, mostrando que os indivíduos que fazem dieta não dão tanta importância a mostrar a perfeição aos outros, sendo mais impactante as crenças que têm acerca da sua imagem corporal. No que diz respeito à bulimia, a autoapresentação perfeccionista também tem ação mediadora, explicada pela necessidade de estes indivíduos criarem uma imagem de perfeição nos outros e de esconderem os seus erros. No entanto, parece que o medo de mostrarem os seus erros, possa levar a uma desregulação emocional, que favorece o descontrolo alimentar e, portanto, a ocorrência de comportamentos bulímicos.

No caso do perfeccionismo não adaptativo, verificámos que este não influi nos esquemas de aparência, apesar de estes contribuírem para a patologia alimentar (Modelos IV, V e VI). No entanto, quando as vias de influência do perfeccionismo não adaptativo passam

pela autoapresentação perfeccionista e pelos esquemas de aparência, estes têm efeito mediador significativo e considerável, em semelhança com os resultados obtidos para o perfeccionismo adaptativo. Tendo em conta que o perfeccionismo não adaptativo está mais associado à preocupação com os seus erros e com as opiniões das outras pessoas, poderá justificar que a autoapresentação perfeccionista esteja sempre presente devido à sua componente de apresentação perante os outros.

Verificou-se que em todos os modelos, com ambas as dimensões do perfeccionismo, a relação passa sempre pelos esquemas de aparência, demonstrando que os indivíduos com psicopatologia alimentar dão muita importância à aparência e moldam as suas atitudes e pensamentos com base na aparência que têm, característica central das perturbações do comportamento alimentar.

Estes resultados sugerem que a autoapresentação perfeccionista e os esquemas de aparência têm impacto no aumento da psicopatologia alimentar quando as pessoas apresentam elevados níveis de perfeccionismo; isoladamente a autoapresentação perfeccionista não é mediadora da relação entre o perfeccionismo e a patologia alimentar (a única exceção é na relação entre o perfeccionismo adaptativo e os comportamentos bulímicos); já os esquemas de aparência são mediadores entre o traço de perfeccionismo e os comportamentos e atitudes alimentares perturbados. Estes, para além do efeito mediador, sugerido neste estudo, ambas apresentam um efeito preditor sobre a psicopatologia alimentar, como já demonstrado pela literatura<sup>18</sup>. Sendo o perfeccionismo determinado por um desejo de perfeição, estabelecimento de padrões pessoais demasiado elevados e tendência para autoavaliação rígida e excessivamente crítica, quando aliado à tendência para ocultar erros e imperfeições e a crenças rígidas relativamente à aparência, cria-se um terreno propício para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos perturbados relativamente ao controlo da alimentação e da forma, e à sua sobrevalorização na equação do valor pessoal, que, mais frequentemente irão ultrapassar o limiar do saudável.

Quando se trata de psicopatologia alimentar, a distinção entre perfeccionismo negativo/positivo ou adaptativo/não-adaptativo geralmente tende a diluir-se, encontrando-se associados, principalmente a dimensões relacionadas com a restrição, como a dieta, contrariamente ao que tende a acontecer com outros *outcomes*, como a depressão e a ansiedade, em que é predominantemente ou mesmo exclusivamente o perfeccionismo negativo que se relaciona<sup>29</sup>. Esta tendência verificou-se também nos resultados deste trabalho, em que ambos os tipos de perfeccionismo se relacionam com as dimensões de patologia alimentar com magnitude semelhante. Surge, portanto, uma questão relativamente à designação “negativo/positivo” ou “adaptativo/não-adaptativo” ser ou não aplicável no

contexto da psicopatologia alimentar. Provavelmente quando se estuda o papel do perfeccionismo na psicopatologia alimentar, o termo “adaptativo” não será o mais correto, já que ambas as dimensões se associam a comportamentos e atitudes alimentares perturbados, pois levam a uma sequência de influência entre traços e cognições que culmina em níveis mais elevados tanto de comportamentos bulímicos, como de dieta.

Estes achados sugerem que, tanto a autoapresentação perfeccionista como os esquemas de aparência, constituem importantes alvos a ter em conta, na prevenção ou tratamento da psicopatologia alimentar, uma vez que em pacientes com elevados níveis de perfeccionismo com distúrbios coocorrentes é mais benéfico focar o tratamento no perfeccionismo do que realizar tratamento específico para esses distúrbios, tendo ainda um efeito positivo na redução dos sintomas de vários distúrbios em simultâneo<sup>30</sup>. Podem ser utilizadas estratégias cognitivo-comportamentais<sup>31</sup>, nomeadamente de reestruturação cognitiva das atitudes e crenças disfuncionais relacionadas com a forma e a aparência, bem como estratégias mais contextuais, baseadas no *mindfulness*, auto-compaixão e aceitação, que ajudem as pessoas com perfeccionismo elevado a lidarem com os pensamentos e emoções negativos que este gera<sup>32</sup>.

Este estudo tem algumas limitações importantes de referir. Uma vez que os questionários eram de autorresposta, poderá ter existido um efeito de desejabilidade social, que pode ter influenciado as respostas. Para além disso, o desenho de estudo transversal tem algumas desvantagens, como não permitir estabelecer relações causais.

Em conclusão, pode dizer-se que este estudo traz novos contributos para o conhecimento sobre a relação entre o perfeccionismo e a psicopatologia alimentar, nomeadamente o papel de alguns mecanismos psicológicos que atuam na psicopatologia alimentar, mais especificamente, a autoapresentação perfeccionista e os esquemas de aparência. Estes achados têm potenciais implicações na prevenção e tratamento das perturbações do comportamento alimentar, dado que a autoapresentação perfeccionista e os esquemas de aparência poderão constituir importantes alvos de intervenção.

## Referências

1. Limburg, Karina, et al. "The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis." *Journal of Clinical Psychology* 73.10 (2017): 1301-1326.
2. Macedo A., Pereira A.T., Amaral A.P., Marques M., Soares M.J., Valente J., Nogueira V., Azevedo M.H. (2012). Domains of perfectionism. *European Psychiatry*, 27, Suppl. 1, P-934.
3. Nilsson, Karin, et al. "Causes of adolescent onset anorexia nervosa: patient perspectives." *Eating Disorders* 15.2 (2007): 125-133.
4. Lavender, J. M., Mason, T. B., Utzinger, L. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., ... & Peterson, C. B. (2016). Examining affect and perfectionism in relation to eating disorder symptoms among women with anorexia nervosa. *Psychiatry research*, 241, 267-272.
5. Holland, Lauren A., Lindsay P. Bodell, and Pamela K. Keel. "Psychological factors predict eating disorder onset and maintenance at 10-year follow-up." *European Eating Disorders Review* 21.5 (2013): 405-410.
6. Macedo, A., Soares, M. J., Azevedo, M. H., Gomes, A., Pereira, A. T., Maia, B., & Pato, M. (2007). Perfectionism and eating attitudes in Portuguese university students. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 15(4), 296-304.
7. Soares, M. J., Macedo, A., Bos, S. C., Marques, M., Maia, B., Pereira, A. T., ... & Azevedo, M. H. (2009). Perfectionism and eating attitudes in Portuguese students: A longitudinal study. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 17(5), 390-398.
8. Maia, B. R., Soares, M. J., Gomes, A., Marques, M., Pereira, A. T., Cabral, A., ... & Azevedo, M. H. (2009). Perfectionism in obsessive-compulsive and eating disorders. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31(4), 322-327.
9. Bento, C., Pereira, A. T., Maia, B., Marques, M., Soares, M. J., Bos, S., ... & Macedo, A. (2010). Perfectionism and eating behaviour in Portuguese adolescents. *European Eating Disorders Review*, 18(4), 328-337.
10. Pereira AT., Duarte F., Marques M., Macedo A. (2016). Processos Cognitivos. In, A Macedo, AT Pereira & J. Andrade (Coords.) *Perturbação Obsessivo-Compulsiva. O insustentável peso da dúvida*. pp.175-168 , Lidel.
11. Beebe D. (1994). Bulimia nervosa and depression: a theoretical and clinical appraisal in light of the binge-purge cycle. *British Journal of Clinical Psychology*; 33: 259-76.
12. Shafran R., Cooper Z., Fairburn C. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research Therapy*; 40: 773-91.

13. Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical psychology review*, 31(2), 203-212.
14. Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of eating disorders*, 18(4), 317-326.
15. Hewitt PL, Flett GL, Sherry SB, Habke M, Parkin M, Lam RW, McMurtry B, Ediger E, Fairlie P, Stein MB (2003) The interpersonal expression of perfection: perfectionistic self-resentation and psychological distress. *J Pers Soc Psychol* 84:1303–1325. doi:10.1037/0022-3514.84.6.1303.
16. Hewitt PL, Habke AM, Lee-Baggley DL, Sherry SB, Flett GL (2008) The impact of perfectionistic self-presentation on the cognitive, affective, and physiological experience of a clinical interview. *Psychiatry* 71:93–122. doi:10.1521/psyc.2008.71.2.93.
17. Bardone-Cone AM, Wonderlich SA, Frost RO, Bulik CM, Mitchell JE, Uppala S, Simonich H (2007) Perfectionism and eating disorders: current status and future directions. *Clin Psychol Rev* 27:384–405. doi:10.1016/j.cpr.2006.12.
18. Stoeber, J., Madigan, D. J., Damian, L. E., Esposito, R. M., & Lombardo, C. (2017). Perfectionism and eating disorder symptoms in female university students: The central role of perfectionistic self-presentation. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(4), 641-648.
19. Cash, Thomas F., Susan E. Melnyk, and Joshua I. Hrabosky. "The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory." *International Journal of eating disorders* 35.3 (2004): 305-316.
20. Soares, M. J., Pereira, A. T., Araújo, A., Silva, D., Valente, J., Nogueira, V., ... & Macedo, A. (2016). The H&F-Multidimensional Perfectionism Scale 13 (H&F-MSP13): Construct and Convergent Validity. *European Psychiatry*, 33, S345.
21. Hewitt PL, Flett GL, Sherry SB, Habke M, Parkin M, Lam RW, et al. The interpersonal expression of perfection: perfectionistic self-presentation and psychological distress. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84(6):1303-25.
22. Pereira A, Marques C, Martins M, Araújo A, Cabaços C, Brito M, et al. Portuguese validation of the Perfectionism Self-Presentation Scale. *Eur Psychiatry*. 2017; 41S:S255.
23. Nazaré, B., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2010). Uma perspectiva cognitivo-comportamental sobre o investimento esquemático na aparência: Estudos psicométricos do Inventário de Esquemas sobre a Aparência–Revisto (ASI-R). *Laboratório de Psicologia*, 8(1), 21-36.
24. Cash, Thomas F., and Andrew S. Labarge. "Development of the Appearance Schemas Inventory: A new cognitive body-image assessment." *Cognitive therapy and Research* 20.1 (1996): 37-50.

25. Pereira, A. T., Maia, B., Bos, S., Soares, M. J., Marques, M., Macedo, A., & Azevedo, M. H. (2008). The Portuguese short form of the Eating Attitudes Test-40. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 16(4), 319-325.
26. Marques, C., Pereira, A. T., Marques, M., Soares, M. J., Roque, C., & Macedo, A. (2017). Confirmatory factor analysis of the eating attitudes test short version in a sample of Portuguese women. *European Psychiatry*, 41, S556.
27. Caglar, E., Bilgili, N., Karaca, A., Ayaz, S., & Aşçi, F. H. (2010). The psychological characteristics and health related behavior of adolescents: The possible roles of social physique anxiety and gender. *The Spanish journal of psychology*, 13(2), 741-750.
28. Bento, C., Pereira, A. T., Maia, B., Marques, M., Soares, M. J., Bos, S., ... & Macedo, A. (2010). Perfectionism and eating behaviour in Portuguese adolescents. *European Eating Disorders Review*, 18(4), 328-337.
29. Striegel-Moore, Ruth H., and Cynthia M. Bulik. "Risk factors for eating disorders." *American psychologist* 62.3 (2007): 181.
30. Macedo, António, et al. "Are perfectionism cognitions and cognitive emotion regulation strategies mediators between perfectionism and psychological distress?." *Personality and Individual Differences* 119 (2017): 46-51.
31. Bieling, Peter J., et al. "Perfectionism as an explanatory construct in comorbidity of axis I disorders." *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 26.3 (2004): 193-201.
32. Lloyd, Samantha, et al. "Can psychological interventions reduce perfectionism? A systematic review and meta-analysis." *Behavioural and cognitive psychotherapy* 43.6 (2015): 705-731.

## Anexos

### Anexo I – Parecer da Comissão de Ética



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

#### COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Refª **029-CE-2018**

Data 26/03 2018

C/C aos Exmos. Senhores  
Investigadores e co-investigadores

Exmo. Senhor  
Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira  
Director da Faculdade de Medicina de  
Universidade de Coimbra

**Assunto: Pedido de parecer à Comissão de Ética - Projeto de Investigação autónomo (refª CE-026/2018).**

**Investigador(a) Principal:** Ana Telma Fernandes Pereira

**Co-Investigador(es):** Berta Maria Marinho Rodrigues Maia, António João Ferreira de Macedo e Santos, Maria João de Castro Soares, Maria Del Carmen Bento Teixeira e Cristiana de Campos Marques

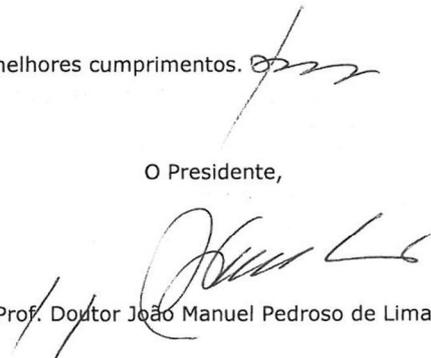
**Título do Projeto: "Padrões de uso e correlatos psicossociais do Uso Problemático Generalizado da Internet".**

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projeto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve:

**"Parecer favorável não se excluindo, no entanto, a necessidade de submissão à Comissão de Ética, caso exista, da(s) Instituição(ões) onde será realizado o Projeto".**

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos.

O Presidente,

  
Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

HC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG • COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: [comissaoetica@fmed.uc.pt](mailto:comissaoetica@fmed.uc.pt) | [www.fmed.uc.pt](http://www.fmed.uc.pt)

## Anexo II – Consentimento informado e questionário entregue aos participantes

### PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Convidamo-lo a participar numa investigação sobre o uso da internet. Trata-se de um tema bastante atual e pouco estudado no contexto Português. Por isso, pretendemos explorar os **padrões de uso da internet e os seus correlatos psicossociais** para melhor compreendermos este fenómeno. Para tal, pedimos-lhe que preencha um conjunto de questionários de autorresposta. Demorará cerca de **30 minutos** a responder.

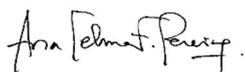
A sua participação é **voluntária** e tem toda a liberdade de recusar ou de a abandonar. Caso não esteja interessado(a) em participar, por favor, não preencha nada no protocolo e devolva-o ao docente/investigador. A sua relação com este(s) não será prejudicada.

Caso pretenda participar, será garantida completa **confidencialidade** da informação recolhida. Leia atentamente todas as questões e responda segundo as instruções. Aos interessados em participar, pedimos que leiam atentamente todas as questões e respondam segundo as instruções. Não há respostas certas ou erradas. O que interessa é que cada um responda como de facto se aplica a si. Necessitamos de grandes amostras e as respostas não serão analisadas individualmente. Pedimos que **não deixe questões por responder**. Tenha em atenção, por favor, o verso das páginas que também contém questões.

Muito obrigada pela sua colaboração.

A Investigadora Responsável (IR),

Doutora Ana Telma Pereira



(Investigadora Auxiliar, Instituto de Psicologia Médica, FMUC)

---

#### Autorização

Eu, \_\_\_\_\_ (nome),  
li e decidi participar no estudo sobre **padrões de uso da internet**.

Assinatura \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

No caso de ter alguma dúvida ou questão  
contacte as investigadoras responsáveis: [apereira@fmed.uc.pt](mailto:apereira@fmed.uc.pt); [bmaia@braga.ucp.pt](mailto:bmaia@braga.ucp.pt)

**NOTA:** Antes da informatização dos dados, esta folha será destacada do formulário.  
e arquivada num armário fechado, ao qual apenas a IR tem acesso.

ÚLTIMOS CINCO ALGARISMOS DO CARTÃO DE CIDADÃO □□□□□

CÓDIGO \_\_\_\_\_ (atribuído pelo investigador)

### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino  Feminino

Estado Civil: Solteiro(a)  Casado(a)  União de facto  Divorciado(a)  Viúvo(a)

Nacionalidade \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Ano de escolaridade: \_\_\_\_\_

**TAA-25** - Para cada uma das afirmações seguintes faça um círculo à volta da resposta que melhor se aplica a si.

	Nunca	Raras vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes	Sempre
1. Fico nervoso(a) antes de comer.	0	1	2	3	4	5
2. Ter peso a mais, aterroriza-me.	0	1	2	3	4	5
3. Preocupo-me com comida.	0	1	2	3	4	5
4. Tenho tido episódios de comer de mais, em que me sinto incapaz de parar.	0	1	2	3	4	5
5. Conheço o valor calórico das comidas que como.	0	1	2	3	4	5
6. Evito especialmente comidas ricas em hidratos de carbono (ex., pão, batatas, arroz, etc.).	0	1	2	3	4	5
7. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.	0	1	2	3	4	5
8. Vomito depois de comer.	0	1	2	3	4	5
9. Sinto-me muitíssimo culpado(a) depois de comer.	0	1	2	3	4	5
10. Ando preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a).	0	1	2	3	4	5
11. Faço exercício energeticamente, para queimar calorias.	0	1	2	3	4	5
12. Penso em queimar calorias, quando faço exercício.	0	1	2	3	4	5
13. As outras pessoas acham que estou demasiado magro(a).	0	1	2	3	4	5
14. Preocupo-me com a ideia de ter gordura no meu corpo.	0	1	2	3	4	5
15. Tomo laxantes.	0	1	2	3	4	5
16. Evito comidas que tenham açúcar.	0	1	2	3	4	5
17. Como comida de dieta.	0	1	2	3	4	5
18. Sinto que a comida controla a minha vida.	0	1	2	3	4	5
19. Controlo-me em relação à comida.	0	1	2	3	4	5
20. Sinto que os outros me pressionam para comer.	0	1	2	3	4	5
21. Dedico tempo e preocupação demais à comida.	0	1	2	3	4	5
22. Sinto-me desconfortável depois de comer doces.	0	1	2	3	4	5
23. Ocupo-me em coisas para fazer dieta.	0	1	2	3	4	5
24. Gosto de sentir o estômago vazio.	0	1	2	3	4	5
25. Tenho vontade de vomitar depois das refeições.	0	1	2	3	4	5

### IMC

Por favor indique o seu peso e a sua altura (atual): **Peso:** \_\_\_\_\_ Kgs; **Altura:** \_\_\_\_\_ ms.

**ASI-R** - As afirmações que se seguem são opiniões que as pessoas podem ou não ter acerca da sua aparência física e da influência que esta tem nas suas vidas. Decida em que medida concorda ou discorda com cada afirmação e assinale com uma cruz a alternativa que melhor corresponde à sua opinião. **Não há respostas certas ou erradas. Procure apenas ser fiel às suas opiniões pessoais.**

Em que medida concorda ou discorda com cada afirmação:

		Discord o Forte- mente	Discord o	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Fortemente
1	Perco pouco tempo com a minha aparência física.	1	2	3	4	5
2	Quando vejo pessoas com boa aparência, pergunto a mim próprio(a) se a minha aparência estará à altura.	1	2	3	4	5
3	Tento ser fisicamente tão atraente quanto consigo.	1	2	3	4	5
4	Nunca dei muita atenção ao meu aspecto físico.	1	2	3	4	5
5	Raramente comparo a minha aparência com a das outras pessoas.	1	2	3	4	5
6	Vejo-me muitas vezes ao espelho, para ter a certeza de que a minha aparência física está bem.	1	2	3	4	5
7	Quando acontece alguma coisa que me faz sentir bem ou sentir mal em relação à minha aparência, tenho tendência a pensar muito nisso.	1	2	3	4	5
8	Se, num determinado dia, eu gostar da minha aparência, é fácil sentir-me feliz com outras coisas.	1	2	3	4	5
9	Se alguém tivesse uma reação negativa em relação ao meu aspecto físico, isso não me incomodaria.	1	2	3	4	5
10	No que respeita à minha aparência física, tenho padrões de exigência muito elevados.	1	2	3	4	5
11	A minha aparência física tem tido pouca influência na minha vida.	1	2	3	4	5
12	Vestir-me bem não é uma prioridade para mim.	1	2	3	4	5
13	Quando conheço pessoas, penso no que elas irão achar da minha aparência.	1	2	3	4	5
14	No meu dia-a-dia, acontecem muitas coisas que me fazem pensar no meu aspecto físico.	1	2	3	4	5
15	Se eu não gostar da minha aparência num determinado dia, é difícil sentir-me feliz com outras coisas.	1	2	3	4	5
16	Costumo fantasiar sobre como seria a minha vida se fosse fisicamente mais atraente do que sou.	1	2	3	4	5
17	Antes de sair de casa, certifico-me de que a minha aparência está tão bem quanto me é possível.	1	2	3	4	5
18	A minha aparência é uma parte importante daquilo que sou.	1	2	3	4	5
19	Ao controlar a minha aparência, consigo controlar muitos aspectos sociais e emocionais na minha vida.	1	2	3	4	5
20	A minha aparência é responsável por muitas das coisas que aconteceram na minha vida.	1	2	3	4	5

**PSPS (EAAP)** - Assinale com um círculo o número que melhor corresponde ao seu grau de acordo ou desacordo relativamente a cada uma das afirmações. Use a seguinte escala de avaliação.

	1	2	3	4	5	6	7						
	Discordo completamente	Discordo bastante	Provavelmente discordo	Indeciso	Provavelmente concordo	Concordo bastante	Concordo completamente						
<b>1</b>	<b>Não há problema em mostrar aos outros que não sou perfeito(a)</b>						1	2	3	4	5	6	7
<b>2</b>	Avalio-me em função dos erros que cometo à frente das outras pessoas						1	2	3	4	5	6	7
<b>3</b>	Farei quase tudo para encobrir um erro						1	2	3	4	5	6	7
<b>4</b>	São muitos piores os erros cometidos em público do que em privado						1	2	3	4	5	6	7
<b>5</b>	Tento sempre apresentar uma imagem de perfeição						1	2	3	4	5	6	7
<b>6</b>	Seria horrível se fizesse figura de tonto(a) em frente das outras pessoas						1	2	3	4	5	6	7
<b>7</b>	Se eu parecer perfeito(a), os outros irão ver-me mais positivamente						1	2	3	4	5	6	7
<b>8</b>	Fico a remoer sobre os erros que cometi à frente das outras pessoas						1	2	3	4	5	6	7
<b>9</b>	Nunca deixo que os outros percebam o quanto trabalho nas coisas						1	2	3	4	5	6	7
<b>10</b>	Gostaria de parecer mais competente do que realmente sou						1	2	3	4	5	6	7
<b>11</b>	Não tem mal se houver alguma falha na minha aparência						1	2	3	4	5	6	7
<b>12</b>	Não quero que as pessoas me vejam a fazer uma coisa, a não ser que seja muito bom(boa) nela						1	2	3	4	5	6	7
<b>13</b>	Devo sempre guardar os meus problemas para mim						1	2	3	4	5	6	7
<b>14</b>	Devo resolver os meus problemas em vez de os admitir perante os outros						1	2	3	4	5	6	7
<b>15</b>	Devo dar a entender que tenho sempre as minhas ações sob controlo						1	2	3	4	5	6	7
<b>16</b>	Não faz mal admitir os erros perante os outros						1	2	3	4	5	6	7
<b>17</b>	É importante comportar-me de forma perfeita nas situações sociais						1	2	3	4	5	6	7
<b>18</b>	Não me preocupo muito em estar arranjado(a) de forma perfeita						1	2	3	4	5	6	7
<b>19</b>	Admitir os erros perante outros é a pior coisa possível						1	2	3	4	5	6	7
<b>20</b>	Odeio cometer erros em público						1	2	3	4	5	6	7
<b>21</b>	Tento esconder as minhas falhas						1	2	3	4	5	6	7
<b>22</b>	Não me preocupo em cometer erros em público						1	2	3	4	5	6	7
<b>23</b>	Preciso que me vejam como sendo perfeitamente capaz em tudo que faço						1	2	3	4	5	6	7
<b>24</b>	Falhar em alguma coisa é horrível se as outras pessoas souberem disso						1	2	3	4	5	6	7
<b>25</b>	É muito importante que pareça sempre estar “em cima do acontecimento”						1	2	3	4	5	6	7
<b>26</b>	Tenho de parecer sempre perfeito(a)						1	2	3	4	5	6	7
<b>27</b>	Esforço-me para parecer perfeito(a) aos olhos dos outros						1	2	3	4	5	6	7

**Por favor, verifique se respondeu a todas as questões. Muito obrigada pela sua colaboração.**

***Anexo III - The role of perfectionism self-presentation in the relationship between perfectionism and eating psychopathology***

José Miguel Rodrigues<sup>1</sup>, Ana Telma Pereira<sup>2</sup>, Cristiana Marques<sup>2</sup>, Ana Araújo<sup>2,3</sup>, Vasco Nogueira<sup>2</sup>, Miguel Bajouco<sup>2,3</sup>, Nuno Madeira<sup>2, 3</sup>, António Macedo<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal

<sup>2</sup> Institute of Psychological Medicine, Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal

<sup>3</sup> Department of Psychiatry, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

**Introduction:** Perfectionism is a consistent risk-factor for eating pathology. Perfectionism self-presentation/PSP, the need to appear perfect to others, has also been associated to disordered eating attitudes and behaviours. Two decades ago, Hewitt, Flett and collaborators have already stressed the need to analyse personal and interpersonal aspects of perfectionism when it comes to understand its role in eating pathology.

**Objectives:** The present study analyses if PSP is a mediator of the relationship between perfectionism and disordered eating behaviours.

**Methods:** 191 university students (77% girls; Mean age=20.18±2.160) completed a battery of self-report questionnaires including the Portuguese validated versions of the following questionnaires: Eating Attitudes Test-25, Reduced Composite Multidimensional Scale of Perfectionism and Perfectionism Self Presentation Scale. Hayes' Process Macro for SPSS was used.

**Results:** Diet and Bulimic Behaviours/BB significantly and moderately correlated with Adaptive Perfectionism and Non-adaptive Perfectionism ( $r \cong .30$ ) and with PSP ( $r \cong .40$ ). The mediation analyses revealed that PSP is a partial mediator of the relationship between Adaptive Perfectionism and Diet and a full mediator between Non-adaptive Perfectionism and Diet. In which respects Bulimic behaviours, the effect of both perfectionism dimensions is full mediated by PSP.

**Conclusions:** The evidence that both negative and "positive" perfectionism dimensions are associated to eating pathology is in line with previous research. The present study adds that the effect of this trait on eating psychopathology operates through PSP. Intervention and prevention strategies to diminish eating psychopathology should focus specifically on the the need to appear perfect and to avoid the display and disclosure of imperfection.

# The role of perfectionism self-presentation in the relationship between perfectionism and eating psychopathology

José Miguel Rodrigues<sup>1</sup>, Ana Telma Pereira<sup>2</sup>, Cristiana Marques<sup>2</sup>, Ana Araújo<sup>2,3</sup>, Vasco Nogueira<sup>2</sup>, Miguel Bajouco<sup>2,3</sup>, Nuno Madeira<sup>2,3</sup>, António Macedo<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal

<sup>2</sup> Institute of Psychological Medicine, Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal

<sup>3</sup> Department of Psychiatry, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

## Introduction

Perfectionism is a consistent risk-factor for eating pathology (Macedo et al. 2007; Soares et al. 2009).

Perfectionism self-presentation, the need to appear perfect to others, has also been associated to disordered eating attitudes and behaviours.

Since the last century, Hewitt et al. (1995) have stressed the need to analyse personal and interpersonal aspects of perfectionism when it comes to understand its role in eating pathology.

but the available literature is scarce (Stoerber et al. 2017).

### Objective

The present study analyses if PSP is a mediator of the relationship between perfectionism and disordered eating behaviours.

## Methods

Aproved by FMUC Ethical Committee (Ref. 026-CE-2018)

### Participants and instruments

191 university students (77% girls; Mean age=20.18±2.160) completed a battery of self-report questionnaires including the Portuguese validated versions of the following questionnaires:

- Eating Attitudes Test-25 (EAT-25; Pereira et al. 2008)
- Composite Multidimensional Scale of Perfectionism (CMSP; Soares et al. 2016)
- Perfectionism Self Presentation Scale (PSPS; Pereira et al. 2017)

### Statistical analysis

Was performed with IBM SPSS v26.0. Mediation analyses were carried out using PROCESS macro developed by Hayes (2013) - model 4.

## Results

All variables, except Social Pressure to Eat, significantly correlated (Table 1).

Table 1. Pearson correlations

	1	2	3	4	5	6
1 Adaptive perfectionism	1					
2 Maladaptive perfectionism	.538**	1				
3 PSAS, Self-presentation perfectionism	.442**	.432**	1			
4 EAT25, Bulimic behaviours	.320**	.305**	.374**	.384**	.406**	1
5 EAT25, Diet	.365**	.392**	.283**	.284**	.363**	.341**
6 EAT25, Social pressure to eat	NS	NS	NS	NS	NS	NS

\*\*p<.05; NS, Non-significant

Mediation models 3 (R<sup>2</sup>=6.4%) and 4 (R<sup>2</sup>=1.4%). Values represent non-standardized coefficients.



\*\*\* p < .001; \*\* p < .01

## Discussion and conclusion

The evidence that both negative and "positive" perfectionism dimensions are associated to eating pathology is in line with previous research.

The present study adds that the effect of this trait on eating psychopathology operates through PSP (Stoerber et al. 2017)

Intervention and prevention strategies to diminish eating psychopathology should focus specifically on the the need to appear perfect and to avoid the display and disclosure of imperfection.