



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Auto-Compaixão, Perfeccionismo e Atitudes Alimentares
Disfuncionais em Estudantes Universitários

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Marília Pereira Fernandes

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

NOVEMBRO 2015



CATÓLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Auto-Compaixão, Perfeccionismo e Atitudes Alimentares Disfuncionais em Estudantes Universitários

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Marília Pereira Fernandes

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Berta Rodrigues
Maia**.

*“A vida, no que tem de melhor, é um processo
que flui, que se altera e onde nada está
paralisado”*

Carl Rogers (1978, Pp 38)

Agradecimentos

À minha orientadora **Prof. Doutora Berta Rodrigues Maia**, que foi o meu maior suporte ao longo desta grande jornada. Além de uma excelente orientadora, mostrou-se amiga e companheira. Um bem-haja!

A todos os alunos da Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa por se disponibilizarem a participar neste estudo. E aos meus colegas **Bruna, Luísa, Alexandra, Mónica e Rúben** que participaram na recolha da amostra e na introdução dos dados em suporte estatístico. Um agradecimento, também, a todos os docentes que nos cederam uns minutos das suas aulas para que o estudo fosse apresentado aos alunos.

Aos meus pais, **Martinho Rodrigues Fernandes e Maria Aurora Gomes Pereira**, que tornaram o meu maior sonho em realidade. Por permitirem, também, ter acesso a um ensino de qualidade e de prestígio. A vocês, um obrigado por tudo. Sem o vosso apoio, paciência, esforço e dedicação, não seria possível estar aqui.

Um agradecimento também especial a todos os que me são especiais, mas cujos nomes não foram mencionados, por todo o apoio e companheirismo, obrigada! Obrigada, também, pela imensa paciência durante esta fase.

Resumo

Dada a escassez de investigações sobre o tema, os objetivos principais deste estudo foram analisar a relação do perfeccionismo e da auto-compaixão com as atitudes alimentares disfuncionais; Analisar se há diferenças de género nas atitudes alimentares disfuncionais; Analisar se as atitudes alimentares disfuncionais diferem consoante a nacionalidade e, analisar o papel preditor do perfeccionismo, da auto-compaixão, do género e da nacionalidade nas atitudes alimentares disfuncionais em estudantes universitários. Participaram 164 universitários e foram aplicadas a Escala da Auto-Compaixão (EAC), a Escala Multidimensional do Perfeccionismo (EMP) e o Teste de Atitudes Alimentares (TAA-25). Os dados foram introduzidos no programa informático de análise estatística SPSS. Encontramos correlações entre o Perfeccionismo e o TAA-25, bem como entre a Auto-Compaixão e o TAA-25. O género, por seu turno, só se correlacionou com os Comportamentos Bulímicos. No entanto, a nacionalidade, correlacionou-se com todas as dimensões do TAA-25. No que concerne ao teste de diferenças entre o TAA-25 e o género, apenas os Comportamentos Bulímicos se mostraram significativos. Por último, relativamente às variáveis preditoras de todas as subescalas do TAA-25, apenas o PSP apresentou uma contribuição preditiva para a Motivação para a Magreza, para os Comportamentos Bulímicos e, ainda, para a Pressão Social para Comer. Os nossos resultados contribuem para uma melhor compreensão da relação entre o perfeccionismo, a auto-compaixão e as atitudes alimentares disfuncionais.

Palavras-chave: Auto-compaixão, Perfeccionismo, Atitudes Alimentares Disfuncionais

Abstract

Given the paucity of research on the subject, the main objectives of this study were to analyze the relationship between perfectionism and self-pity with dysfunctional eating attitudes; Analyze whether there are differences of gender in dysfunctional eating attitudes; Consider whether dysfunctional eating attitudes differ depending on the nationality and examine the role predictor of perfectionism, self-pity, gender and nationality in dysfunctional eating attitudes in college students. They participated 164 university and were applied to the Self-Compassion Scale (EAC), the Multidimensional Scale of perfectionism (EMP) and the Eating Attitudes Test (SAT-25). Data were entered into the computer of SPSS statistical analysis program. We find correlations between perfectionism and the TAA-25 and between the Self-Compassion and the TAA-25. Gender, on the other hand, only correlated with bulimic behaviors. However, nationality, was correlated with all dimensions of TAA-25. With regard to test differences between the AAR-25 and the like, only the bulimic behaviors were significant. Finally, for the predictor variables of all subscales of the TAA-25, only the PSP had a predictive contribution to the motivation for Thinness, for Bulimics behaviors and also for social pressure to eat. Our results contribute to a better understanding of the relationship between perfectionism, self-pity and dysfunctional eating attitudes.

Keywords: Self-compassion, Perfectionism, Dysfunctional Eating Attitudes

GUIA DE ABREVIATURAS

AC – Auto-Compaixão

ANG - Angolana

BR – Brasileira

C.B – Cabo Verdiana

CH – Chinesa

EAT – Eating Atitudes Test

EMP – Escala Multidimensional do Perfeccionismo

ESP – Espanhola

FR – Francesa

G – Guineense

C.B. – Comportamentos Bulímicos

M.M – Motivação para a Magreza

MEC – Maldaptative Evaluative Concerns

P.S.P.C – Pressão Social Para Comer

PAO – Perfeccionismo auto-orientado

POO – Perfeccionismo orientado para os outros

PS – Positive Striving

PSP – Perfeccionismo socialmente prescrito

PT – Portuguesa

SCS – Self-Compassion Scale

TTAA – Total Teste de Atitudes Alimentares

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract	III
Índice	IV
Índice de Tabelas	V

Índice

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	2
1. Auto-Compaixão	3
2. Perfeccionismo	4
3. Auto-Compaixão, Perfeccionismo e Atitudes Alimentares Disfuncionais	6
CAPÍTULO II: ESTUDO EMPÍRICO	10
1. Objetivos do estudo	11
2. Metodologia	11
2.1. Procedimentos	11
2.2. Instrumentos	11
2.2.1. Avaliação Sociodemográfica	11
2.2.2. Escala da Auto-Compaixão	11
2.2.3. Escala Multidimensional do Perfeccionismo	13
2.2.4. Teste de Atitudes Alimentares	13
2.3. Análise Estatística	15
2.4. Amostra	15
CAPÍTULO III: DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	22
Referências Bibliográficas	31

Índice de Tabelas

Quadro 1.1. Características Sociodemográficas	24
Quadro 1.2. Características Académicas	24
Quadro 2.1. Correlações de Pearson entre o Perfeccionismo e TAA-25 Total	25
Quadro 2.2. Correlações de Pearson entre a Auto-Compaixão e TAA-25 Total	26
Quadro 2.3. Resultados do Teste de Diferenças Mann Withney	27
Quadro 2.4. Resultados do Teste de Diferenças de Kruskal Wallis	27
Quadro 2.5. Resultados das variáveis preditoras de TAA-25 Total	28
Quadro 2.6. Resultados das variáveis preditoras de Motivação para a Magreza	29
Quadro 2.7. Resultados das variáveis preditoras de Comportamentos Bulímicos	29
Quadro 2.8. Resultados das variáveis preditoras de Pressão Social para Comer	30

INTRODUÇÃO

A auto-compaixão é tratada na literatura científica como uma estratégia de regulação emocional adaptativa, protetora, face a situações de stress. Indivíduos auto-compassivos apresentam uma atitude saudável em relação a si mesmos e assumem que o sofrimento, o fracasso e a inadequação fazem parte da condição humana.

O perfeccionismo, por sua vez, é um construto que assume características adaptativas/positivas e mal-adaptativas/negativas, sendo um traço de personalidade que assenta na tendência para estabelecer padrões excessivamente elevados, pela rígida adesão a esses mesmos padrões, e pelas autoavaliações demasiado críticas.

Se a investigação relacionada com o perfeccionismo é vasta, a que diz respeito à auto-compaixão é recente e escassa. Que seja do nosso conhecimento, há apenas um estudo que se dedica a analisar a relação da auto-compaixão com o perfeccionismo e com as atitudes alimentares disfuncionais. Deste modo, o objetivo geral deste estudo será o de analisar a relação e o papel preditivo destes dois construtos na sintomatologia alimentar disfuncional.

No capítulo I aborda-se a auto-compaixão, o perfeccionismo e a relação destes construtos com as atitudes alimentares disfuncionais.

O capítulo II é dedicado ao estudo empírico, onde são definidos os objetivos do estudo e é descrita a metodologia utilizada, tendo em conta os instrumentos utilizados, os procedimentos, a análise estatística e a amostra e, por fim, são apresentados os resultados. Finalmente, o capítulo III é dedicado à discussão dos resultados e às devidas conclusões.

CAPÍTULO I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Auto-compaixão

A compaixão é um construto que provém do pensamento filosófico oriental e do Budismo e tem vindo a ser alvo de interesse por parte da Psicologia, nos últimos anos (Gilbert, 2005, cit. por Cunha, Xavier & Vitória, 2013). Segundo Gilbert (2005) a compaixão envolve ser contagiado pelo sofrimento dos outros, abrir a consciência ao sofrimento dos outros, não o evitando ou desconectando, o que permite a emergência de sentimentos calorosos para com os outros, bem como o desejo de aliviar o seu sofrimento. Ainda sobre a perspetiva do mesmo autor, por seu turno, a auto-compaixão ocorre quando a compaixão e as capacidades compassivas são dirigidas a si mesmo e não ao outro.

Na auto-compaixão, os sentimentos e os pensamentos negativos são vistos de forma clara, compreensiva e cuidada, juntamente com um sentido comum de partilha da experiência. Neste sentido, pode-se considerar a auto-compaixão como uma estratégia, bastante vantajosa, de regulação emocional (Castilho & Gouveia, 2011). Em suma, a auto-compaixão tem sido apresentada como uma concetualização alternativa de uma atitude saudável em relação a si mesmo (Neff, 2003, cit. por Stuart, 2009) e como tal, pode servir como um ponto útil de intervenção para indivíduos que possuam atitudes menos saudáveis, por exemplo, ao nível da autocrítica e do autojulgamento (Stuart, 2009).

Na literatura disponível sobre a auto-compaixão existe considerável acordo, sendo a auto-compaixão considerada uma resposta emocional que aparece em momentos de stress (e.g., Elson, 1997; Kahn, 1965; Wilson, 1985, cit. por Stöber & Halle-Wittenberg, 2003). A auto-compaixão implica reconhecer que o sofrimento, fracasso e inadequação fazem parte da condição humana, e que todas as pessoas são dignas de compaixão (Goldstein & Kornfield, 1987, cit. por Neff, 2003).

No âmbito da investigação sobre a auto-compaixão foi efetuado um estudo piloto com o intuito de construir uma escala - Self-Compassion Scale – (Neff, 2003) que permitisse avaliar este construto. Este estudo foi constituído por duas fases: a primeira fase teve como objetivo identificar como é que as pessoas expressam, naturalmente, as suas reações às experiências de dor ou de falha, para que os itens da escala fossem relevantes e de fácil compreensão para o sujeito; e, a segunda parte consistiu em abolir todos os itens que, de algum modo, pareciam confusos aos participantes. Os resultados confirmaram as expectativas dos investigadores, ou seja, foram encontradas correlações significativas entre a pontuação da auto-compaixão (medida pela média de respostas para todos os itens da potencial escala) e convicções, tais como: "Eu acredito que é importante para mim ser tão gentil e atencioso

como eu sou para as outras pessoas”. Posto isto, surgiu a Escala da Auto-Compaixão, composta por 26 itens divididos em 6 subescalas, a saber: Calor/Compreensão (ou seja, a capacidade para ser amável e compreensível consigo próprio em vez de ser demasiado crítico e punitivo); Autocrítica (isto é, sermos duros e críticos para connosco próprios por termos fracassado ou cometido um erro); Humanidade Comum (entender as próprias experiências como parte de uma experiência humana maior); Isolamento (sentimentos de isolamento em relação aos outros); *Mindfulness* e Sobreidentificação (consciência equilibrada e aceitação dos próprios sentimentos e sentimentos dolorosos sem sentir demasiada sobreidentificação) (Castilho & Gouveia, 2011).

2. Perfeccionismo

O perfeccionismo tem sido discutido na literatura da psicologia da personalidade com cada vez mais frequência.

Segundo Hollender (1965, cit. por Macedo, 2006), o perfeccionismo é entendido como “a prática de exigir a si ou aos outros, uma qualidade de desempenho maior do que aquela que é requerida para a situação” (p. 1). Neste traço da personalidade é aparente uma propensão para acreditar que existem soluções corretas e perfeitas para todos os problemas e que o mínimo descuido e/ou erro poderá implicar fortes e sérias consequências a vários níveis (*Obsessive Compulsive Cognitions Working Group*, 1997).

É unânime entre os vários autores que o perfeccionismo deve ser compreendido como um construto multifacetado e multidimensional, adotando características positivas e negativas (Chang, 2003; Enns & Cox, 2002). As diferentes concetualizações do perfeccionismo têm feito a distinção entre o carácter unidimensional e multidimensional. Numa perspetiva unidimensional são enfatizados os aspetos intrapessoais na forma de fatores cognitivos, como crenças irracionais ou atitudes disfuncionais (Burns, 1980). Por seu turno, a perspetiva multidimensional pressupõe as descrições clínicas dos indivíduos com perfeccionismo que mencionavam tratar-se de indivíduos duvidosos acerca do seu eficaz desempenho. Isto é, indivíduos excessivamente preocupados com os erros, que atribuíam valores consideráveis às expectativas parentais que enfatizavam a ordem (Frost *et. al.*, 1990), e a par das observações clínicas independentes que mostram que o perfeccionismo abrange aspetos interpessoais que complicam o ajustamento do indivíduo (Hewitt & Flett, 1991). No que concerne ao perfeccionismo negativo, este distingue-se pela dureza nas próprias críticas, pelas atitudes extremamente negativas face aos erros e pela perceção de mal ajustamento entre as expectativas criadas e o rendimento obtido (Stoeber & Otto, 2006). Assim sendo, o lado

negativo manifesta-se numa tendência para o neuroticismo, enquanto o lado positivo assume um carácter funcional, saudável e adaptativo (Rice, Ashby & Slaney, 1998; Strumpf & Parker, 2000; Terry-Short, Owens, Slade & Dewey, 1995).

Apesar deste construto poder ser considerado como um traço adaptativo da personalidade (quer isto dizer que pode ser um motivo intrínseco para definir metas pessoais para o sucesso), os autores continuam a discutir o seu carácter mal-adaptativo (Brown, 2011).

Desde há várias décadas que a ligação entre o perfeccionismo e os problemas psicológicos tem sido comprovada por vários autores, quer seja por descrições de casos clínicos, quer seja como tem acontecido mais recentemente, em diversos estudos empíricos que reportam a ligação entre alguns aspetos do perfeccionismo e vários estados ou sintomas psicopatológicos. Assim sendo, a ligação do perfeccionismo aos problemas psicológicos, tem sido fortemente enfatizada (Horney, 1950, cit. por Macedo, 2012).

Segundo Bieling e colaboradores (2004), de entre as medidas que existem para avaliar o perfeccionismo, existem duas com designações comuns e que decorrem de uma perspetiva clínica que identifica o construto como uma característica da personalidade que é problemática e carece de modificação: a Escala Multidimensional do Perfeccionismo (EMP) de Frost e colaboradores desenvolvida em 1990 e a EMP de Hewitt e Flett desenvolvida em 1991. Segundo Hewitt e Flett, o perfeccionismo consiste num construto multidimensional com conteúdo intrapessoal e interpessoal. Esta escala é composta por três dimensões, designadamente o perfeccionismo auto-orientado (PAO) – o indivíduo estabelece padrões pessoais excessivos e avalia o seu comportamento de forma excessivamente rigorosa, o perfeccionismo orientado para os outros (POO) – expectativas que o indivíduo tem perante o comportamento dos outros, e o perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) – a perceção de que os outros esperam de si um ser perfeito.

No que concerne à Escala Multidimensional do Perfeccionismo de Frost, esta é constituída por 35 itens agrupados em seis dimensões: Padrões Pessoais (esta dimensão é definida pelo fato do sujeito traçar objetivos excessivamente elevados e, por consequente, atribuir um peso excessivo na autoavaliação dos mesmos); Preocupação com os erros (preocupação excessiva com os erros e com as falhas em diferentes áreas de vida); Dúvidas sobre as ações (tendência excessiva para duvidar da qualidade da própria ação); Expectativas Parentais (perceção de que os seus pais têm expectativas demasiado elevadas para si); Crítica parental (avaliações paternas, ou seja, perceção dos seus pais como extremamente críticos); e, por último a Organização (esta dimensão é caracterizada pela importância dada à organização

e à ordem). Foi considerada, pelos autores originais, como a dimensão claramente mais ligada à presença de sintomatologia (Frost e DiBartolo, 2002).

3. Auto-compaixão, Perfeccionismo e Atitudes Alimentares Disfuncionais

As atitudes alimentares disfuncionais envolvem conceitos rígidos sobre a alimentação saudável, a culpa, o medo e a ansiedade. Estes sentimentos estão relacionados com as escolhas alimentares e, pensamentos obsessivos sobre alimentos e calorias, bem como em usar a comida para compensar problemas emocionais, entre outros (Alvarenga, Carvalho, Philippi & Scagliusi, 2013).

São vários os estudos que têm demonstrado que o perfeccionismo é um preditor significativo de mal ajustamento psicológico e, como tal, desempenha um importante papel na etiologia, desenvolvimento e manutenção de diversos estados psicopatológicos (Shafran & Mansell, 2001, cit. por Soares, Macedo, Bos, Marques, Maia, Pereira et al, 2009). Mais concretamente, o perfeccionismo é considerado um fator de risco, consubstanciado, nas perturbações alimentares, ou seja, níveis elevados de perfeccionismo, em adolescentes, são preditivos de perturbação alimentar (Tyrka, Waldron, Graber & Brooks-Gunn, 2002; cit. por Soares, Macedo, Bos, Marques, Maia, Pereira *et al*, 2009). Existe um crescente número de estudos empíricos a apoiar esta relação forte e complexa entre o perfeccionismo e as atitudes alimentares (Bardone-Cone et al., 2007; Franco-Paredes, Mancilla-Diaz, Vazquez-Arevalo, Lopez-Aguilar, & Alvarez-Rayon, 2005, cit. por Stuart, 2009).

O perfeccionismo tem sido implicado como um fator de risco significativo no desenvolvimento de perturbações alimentares. Apesar de ser bem visível em indivíduos com diagnóstico de perturbações do comportamento alimentar disfuncional, quando comparado com indivíduos não diagnosticados (Bastiani *et al*, 1995; Lilenfeld *et al.*, 2006, cit. por Stuart, 2009), há evidências de que o perfeccionismo precede, temporariamente, o aparecimento de sintomas de perturbações alimentares (Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999). A par disto, os níveis de perfeccionismo tendem a continuar elevados mesmo quando as perturbações alimentares remitem. Ou seja, tal sugere que o perfeccionismo é uma característica subjacente mais estável e não o resultado de um comportamento alimentar disfuncional (Bardone-Cone *etal*, 2007; Bastianiet *al.*, 1995, cit. por Stuart, 2009).

Bulik, Tozzi, Anderson, Mazzeo, Aggen e Sullivan (2003) verificaram que elevadas pontuações de perfeccionismo, principalmente na subescala da preocupação com os erros da

EMP de Frost estavam significativamente associadas à presença de anorexia e bulimia nervosas. Também se verificou que a preocupação com os erros e as dúvidas sobre as ações parecem ser as que mais fortemente se associam à presença de perturbações alimentares (Bulik, Tozzi, Anderson, Mazzeo, Aggen & Sullivan, 2003).

Um estudo realizado por Bardone-Cone (2007), com o objetivo de testar as associações entre o perfeccionismo e a dieta, verificou que apenas o perfeccionismo auto-orientado predizia uma variância única na dieta. Isto é, quando os indivíduos com altos níveis de dieta foram comparados com aqueles que possuíam baixos níveis de dieta, os que possuíam elevados níveis de dieta apresentavam níveis significativamente mais elevados no perfeccionismo auto-orientado. Também se verificou que o perfeccionismo auto-orientado, e o perfeccionismo socialmente prescrito da MPS de Hewitt e Flett, predisseram uma quantidade significativa de variância única de sintomas bulímicos.

Estudos conduzidos por Neff e pelos seus colaboradores (2003, 2005, 2007), encontraram uma relação significativa positiva entre a auto-compaixão e a saúde psicológica, principalmente com a satisfação com a vida, a ligação social e a inteligência emocional. De modo antagónico, a auto-compaixão mostrou-se negativamente correlacionada com o auto-criticismo, a depressão, a ansiedade, a ruminação, a supressão do pensamento e o perfeccionismo neurótico (Gilbert & Procter, 2006; Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007, cit. por Gouveia & Castilho, 2011). É ainda, importante salientar, que num destes estudos, os autores pretenderam estudar, em situações de ameaça do eu, as capacidades protetoras da auto-compaixão (comparando com as qualidades da autoestima), causadores de ansiedade. Os resultados confirmaram que a hipótese de que as capacidades da auto-compaixão em situações de ameaça (ansiedade avaliativa) desempenham um efeito protetor, distinto da autoestima (Neff et al., 2007, cit. por Gouveia & Castilho, 2011).

Investigações recentes têm sugerido que os indivíduos variam no traço de auto-compaixão e que esta se encontra fortemente ligada à saúde psicológica, constituindo uma estratégia de autorregulação emocional com efeito protetor no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia (Neff, 2003; Neff, Hsieh, & Dejitterat, 2005, cit. por Gouveia & Castilho, 2011). De acordo com um estudo conduzido por Santos (2012), verificou-se que os indivíduos com níveis elevados de auto-compaixão têm menor predisposição para desenvolver sintomas psicopatológicos, como ansiedade, depressão e *stress*.

A pesquisa sobre a auto-compaixão é nova, porém, têm surgido algumas ligações deste construto com vários aspetos do funcionamento psicológico. Contudo, no que concerne aos

estudos sobre a auto-compaixão, perfeccionismo e atitudes alimentares, estes são escassos. Que seja do nosso conhecimento, apenas um estudo avaliou a relação destes três constructos (Stuart, 2009).

Stuart (2009) realizou um estudo, numa amostra de 173 estudantes universitários, com o objetivo de investigar a relação entre o *Mindfulness*, a Auto-Compaixão, o Perfeccionismo e as Perturbações Alimentares.

O estudo foi composto por cinco hipóteses, a saber: 1 - O *Mindfulness* está positivamente correlacionado com a auto-compaixão e negativamente correlacionado com o perfeccionismo mal adaptativo e com as perturbações alimentares; 2 - A auto-compaixão é mediada pela relação entre o *Mindfulness* e as perturbações alimentares. Especificamente, se o *Mindfulness* está relacionado com níveis mais altos de auto-compaixão, que estão relacionados com níveis mais baixos de perturbações alimentares; 3 - A auto-compaixão é mediada pela relação entre o perfeccionismo mal-adaptativo e as perturbações alimentares. Em concreto, se o perfeccionismo mal-adaptativo se relaciona com níveis mais baixos de auto-compaixão, que se relacionam com níveis mais altos de perturbações alimentares; 4 - O modelo envolve o perfeccionismo mal-adaptativo, a auto-compaixão e as perturbações alimentares, moderado pelo género. Isto é, espera-se que a auto-compaixão esteja mais fortemente relacionada com a perturbação alimentar nas mulheres do que nos homens; 5 - A força desta relação é, também, moderada pela importância da imagem corporal, pelo que a auto-compaixão está mais fortemente relacionada com a perturbação alimentar quando os indivíduos têm níveis mais altos de investimento na imagem corporal.

Os resultados do estudo de Stuart confirmam várias das hipóteses supramencionadas. A saber: as correlações confirmaram que o *Mindfulness* está positivamente correlacionado com a auto-compaixão e negativamente correlacionado com o perfeccionismo mal-adaptativo e com as perturbações alimentares. Dois modelos de mediação simples indicam que a auto-compaixão atua como mediador entre o perfeccionismo mal-adaptativo e as perturbações alimentares, e é um mediador parcial entre o perfeccionismo mal-adaptativo e as perturbações alimentares. Este modelo de mediação parcial foi moderado pelo género, onde se verificou um efeito indireto significativo para as mulheres, mas não para os homens. No entanto, o modelo de mediação não foi moderado por investimentos na imagem corporal. Um modelo de mediação múltipla suportou ainda mais a importância da auto-compaixão que se manteve como um mediador significativo, mesmo quando incluída no modelo a autoestima. O modelo de mediação final indicou que a auto-compaixão parcialmente mediada pela relação entre o

perfeccionismo mal-adaptativo e as perturbações alimentares tem um efeito indireto mais forte para as mulheres com baixa autoestima.

É ainda importante ressaltar que este estudo destacou a importância da auto-compassão como um conceito adequado de uma auto-atitude saudável em estudantes universitários, embora as auto-attitudes negativas tenham sido previamente examinadas como fatores de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares. Ainda, um aspeto único deste estudo foi o foco sobre a auto-compassão, em vez da autoestima (Stuart, 2009). Assim, o objetivo geral do nosso estudo é analisar a relação entre a auto-compassão, o perfeccionismo e as atitudes alimentares disfuncionais.

CAPÍTULO II
ESTUDO EMPÍRICO

1. Objetivos

A presente investigação tem como objetivo analisar o papel da auto-compassão e do perfeccionismo nas atitudes alimentares disfuncionais em estudantes universitários. Os objetivos específicos deste trabalho são: Analisar a relação da auto-compassão com o perfeccionismo; Analisar a relação do perfeccionismo e da auto-compassão com as atitudes alimentares disfuncionais; Analisar se há diferenças de género nas atitudes alimentares disfuncionais; Analisar se as atitudes alimentares disfuncionais diferem consoante a nacionalidade e, analisar o papel preditor do perfeccionismo, da auto-compassão, do género e da nacionalidade nas atitudes alimentares disfuncionais.

2. Metodologia

2.1. Procedimentos

A amostra – estudantes universitários - neste estudo foi de conveniência. Os estudantes que se disponibilizaram a participar foram informados acerca do carácter voluntário e confidencial da recolha e tratamento dos dados, tendo assinado um consentimento informado.

Desta forma, foram distribuídos 175 questionários, tendo sido recolhidos 170, uma vez que houve 5 recusas (2,9%). Contudo, 6 questionários (3,4%) não estavam em condições para serem utilizados por estarem bastante incompletos (menos de 50% do protocolo proposto preenchido). Desse modo, a taxa de retorno efetiva foi de 93,7%.

2.2. Instrumentos

2.2.1 Avaliação Sociodemográfica e Académica

A avaliação de dados sociodemográficos e académicos permitiu recolher a seguinte informação: idade, género, estado civil, habilitações literárias, nacionalidade, curso e ano de escolaridade.

2.2.2 Escala da Auto-Compaixão (EAC)

A Escala de Auto-Compaixão de Neff (Self-Compassion Scale - SCS, Neff, 2003; tradução e adaptação para a população portuguesa de Castilho, & Pinto-Gouveia, 2006) tem

sido o instrumento de autorresposta mais utilizado para avaliar esse construto. Esta escala é composta por 26 itens divididos em 6 subescalas com opções de resposta do tipo *Likert* (de “Quase Nunca” a Quase Sempre”), em que pontuações elevadas, significam níveis mais elevados de auto-compaixão: Calor/Compreensão (ex: “Tento ser compreensivo e paciente em relação aos aspectos da minha personalidade e que não gosto”); Auto-Crítica (ex: “Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações”); Humanidade Comum (ex: “Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana”); Isolamento (ex: “Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado e desligado do resto do mundo”); *Mindfulness* (ex: “Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação”) e Sobreidentificação (ex: “Quando me sinto em baixo tendo a ficar obcecado com tudo aquilo que está errado”).

No estudo das características psicométricas da versão original da escala (Neff, 2003) os resultados obtidos indicaram uma elevada inter-correlação entre as seis dimensões teóricas. A análise confirmatória determinou a existência de um único fator de ordem superior a explicar estas inter-correlações, o que sugere a auto-compaixão enquanto traço de segunda ordem, resultante da combinação de diferentes sub-traços (Neff, 2003). A escala apresenta uma boa consistência interna .92 e uma boa fidelidade temporal .93. Outra característica analisada foi a validade do construto e os dados obtidos sugerem uma boa validade, na medida em que esta não evidenciou uma correlação significativa com enviesamentos de desejabilidade social. No que concerne à validade de conteúdo, os dados mostraram que os indivíduos com níveis mais elevados de auto-compaixão relataram serem igualmente amáveis consigo próprios e com os outros, enquanto os indivíduos com níveis mais baixos de auto-compaixão descreveram ser mais amáveis com os outros do que consigo próprios. Estes resultados parecem sugerir que a existência de uma atitude de respeito e de cuidado para com o eu (assim como para com o outro) é uma componente importante da auto-compaixão. Para estudar a validade convergente da escala da auto-compaixão foram calculadas as suas correlações com outras escalas que avaliam constructos relacionados (auto-criticismo, inteligência emocional, ligação social). As correlações encontradas de magnitude moderada indicam que as escalas medem constructos diferentes (validade divergente) (Neff, 2003). Este conjunto de dados mostra que a SCS na sua versão original possui boas qualidades psicométricas e validade, e aponta para a sua utilidade na avaliação da auto-compaixão.

A consistência interna da versão portuguesa da EAC foi realizada através do cálculo de alfa de Cronbach, tanto para a totalidade dos itens da escala (26), como para cada uma das

dimensões teóricas que a compõem. Os resultados mostraram uma boa consistência interna: .89 para o total da escala; .84 para a subescala de Calor/Compreensão; .82 para a subescala Auto-crítica; .77 para a subescala Condição Humana; .75 para a subescala Isolamento; .73 para a subescala *Mindfulness*; e, por último, .78 para a Sobre-identificação. Isto indica que, este instrumento possui uma boa fidedignidade e que, de um modo geral, os dados obtidos sugerem que esta escala tem uma validade convergente e divergente satisfatória (Castilho & Pinto Gouveia, 2006).

2.2.3 Escala Multidimensional do Perfeccionismo (EMP)

A Escala Multidimensional do Perfeccionismo (*Multidimensional Perfectionism Scale-MPS* - Hewitt & Flett, 1991; adaptada para a população portuguesa por Soares, Gomes, Macedo & Azevedo, 2003) é um instrumento constituído por 45 itens que avaliam o perfeccionismo auto-orientado (Ex: “Não consigo relaxar enquanto não estiver tudo perfeito), o perfeccionismo orientado para os outros (Ex: “Tenho dificuldade em satisfazer as expectativas dos outros sobre mim”) e o perfeccionismo socialmente prescrito (Ex: “Mesmo que não mostrem, os outros ficam perturbados quando falho”).

A versão portuguesa, da EMP, foi administrada a 943 estudantes universitários e um subgrupo (n=464) completou o reteste com um intervalo de 4 a 6 semanas. A análise de fidelidade mostrou um Alfa de Cronbach de .885 e um coeficiente de Spearman-Brown de .847. A estabilidade temporal teste-reteste da escala foi de .854; $p=.000$, o que indica uma boa estabilidade temporal da escala. Com base no Scree test de Cattell foi selecionada uma estrutura de três fatores, sendo que a variância explicada (VE) foi de 33,18% da variância total: Fator 1, Perfeccionismo auto-orientado (VE 18,996%), Fator 2, Perfeccionismo Socialmente Prescrito (VE 9,232%) e Fator 3, Perfeccionismo Orientado para os Outros (VE 4,953%). Os estudos da fidelidade e da estrutura fatorial da tradução portuguesa da EMP mostram resultados bastante satisfatórios.

Esta escala é constituída por opções de resposta que variam de 1 a 7 (de discordo completamente a concordo completamente), do tipo *Likert*, onde pontuações elevadas indicam níveis mais elevados de perfeccionismo.

2.2.4 Teste de Atitudes Alimentares (TAA-25)

O Teste de Atitudes Alimentares 25 (TAA-25) é a versão resumida do Teste de

Atitudes Alimentares – TAA-40 (EAT-40; Eating Attitudes Test-40) de Garner *et al.* (1979) Soares *et al.*, 2004), desenvolvido para a população Portuguesa por Pereira *et al.*(2008).

O TAA-25 é um questionário de autorresposta, constituído por 25 itens, de tipo “*likert*” com 6 opções de resposta: ”nunca”, “raras vezes”, “algumas vezes”, “muitas vezes”, “muitíssimas vezes” e “sempre”. Como se ajusta aos questionários deste género (Almeida, 2001), os itens são frases curtas, simples e que contém uma única ideia, desenvolvida com linguagem simples, adequada aos destinatários da escala e evitando a dupla negação. Uma resposta “sempre” recebe a cotação de 3 pontos; “muitíssimas vezes” recebe a cotação de 2 pontos; “muitas vezes” cotação de 1 ponto; o resto das categorias de resposta não são cotadas (zero pontos). Não existem respostas de cotação invertida. A pontuação total é calculada somando a pontuação de cada item, sendo que quanto maior for a pontuação global, mais disfuncionais serão as atitudes e os comportamentos alimentares. No estudo original, o instrumento apresentou boa fidelidade (consistência interna) e todos os seus itens, à exceção do item 15 (“*vomito depois de comer*”), demonstraram excelente validade discriminativa entre raparigas doentes e controlos. Os itens que compõem o TAA-25 foram selecionados através da análise fatorial do TAA-40, retendo aqueles que apresentaram pesos fatoriais (*loadings*) elevados ($>0,30$) nos respetivos fatores (Pereira *et al.*, 2006, 2008). Esta estrutura fatorial do TAA-40 que serviu de base ao desenvolvimento da versão reduzida é composta por 3 fatores: Fator 1 – *Motivação para a Magreza*, relacionado com o evitar de comidas calóricas e com a preocupação com magreza (ex: “Preocupo-me com a ideia de ter gordura no meu corpo”); Fator 2 – *Comportamentos Bulímicos*, relacionado com pensamentos acerca da comida e com a bulimia (ex: “Tenho vontade de vomitar depois das refeições”); Fator 3 – *Pressão Social para Comer*, está relacionado com o autocontrolo sobre a comida e com a pressão social para aumentar o peso (ex: “Sinto que os outros me pressionam para comer”). Por último, a versão portuguesa do TAA apresentou um coeficiente alfa de cronbach de .839,; .839 na motivação para a magreza; .670 nos comportamentos bulímicos e de .758 na pressão social para comer. Estes resultados são abonatórios de uma boa consistência interna global e, indicam uma boa consistência interna, bem como uma boa estabilidade temporal dos resultados.

2.3. Análise Estatística

Para a execução deste estudo recorreu-se a um programa informático de análise estatística: o Statistical Package for the Social Sciences - SPSS -, versão 21.0. Foram determinadas frequências medidas de tendência central e de dispersão e medidas de assimetria e achatamento. Foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson (r) e/ou de Spearman (ρ) para explorar a relação entre as variáveis em estudo, consoante a aplicação da opção paramétrica ou não paramétrica. Analisou-se a direção das correlações significativas e finalmente a magnitude dos coeficientes seguindo os critérios de Cohen (1988; cit. por Pallant, 2007, p. 132) em que um coeficiente entre .10 e .29 é considerado baixo, um coeficiente de .30 a .49 é considerado moderado e um coeficiente entre .50 e 1.0 é considerado elevado. Seguidamente, usou-se o teste U de Mann-Whitney e o teste de Kruskal Wallis para testar as diferenças. Foram, também, realizadas análises de regressão linear múltipla com método Enter.

2.4. Amostra

Participaram neste estudo 164 estudantes (108 mulheres, 66,3%; 55 homens, 33,7%), com idades entre os 17 e os 49 anos ($M=21,73$, $DP=4,512$).

No quadro 1.1 encontram-se descritas as características sociodemográficas da amostra e, no quadro 1.2 as características académicas.

3. Resultados

Quadro 1.1

Características Sociodemográficas

	n (%)
Género	
Masculino	55 (33,7)
Feminino	108 (66,3)
Idade (M=21,73; DP=4,512; variação=17-49)	
17-19	60 (37,1)
20-24	74 (45,7)
25-49	28 (16,9)
Nacionalidade	
Portugal	118 (72)
Outros países europeus	2 (1,2)
Países africanos	35 (21,4)
Países sul-americanos	2 (1,2)
Países asiáticos	7 (4,3)
Estado Civil	
Solteiro	159 (97)
Casado	3 (1,8)
União de facto	1 (0,6)
Divorciado	1 (0,6)
Total	164 (100)

Quadro 1.2

Características académicas

Variáveis académicas	n (%)
Curso	
Psicologia	60 (36,6)
Turismo	43 (26,2)
Serviço Social	20 (12,2)
Tecnologias de Informação e Comunicação	13 (7,9)
Filosofia	11 (6,7)
Estudo Portugueses e Espanhóis	9 (5,5)
Ciências da Comunicação	8 (4,9)
Ano de Escolaridade (M=1,52; DP=0,687; variação=1-4)	
1º ano ensino superior	94 (57,3)
2º ano ensino superior	56 (34,1)
3º ano ensino superior	12 (7,3)
Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde	2 (1,2)
Total	164 (100)

O PAO revelou uma correlação positiva, fraca, e significativa com o TAA total e os Comportamentos Bulímicos e uma correlação negativa, fraca, e significativa com a Pressão Social para Comer. O PSP apresenta uma correlação positiva, fraca com o TAA total, a Motivação para a Magreza e a Pressão Social para Comer, a par de uma correlação positiva, forte, e significativa com os Comportamentos Bulímicos. O POO, por sua, vez, mostrou-se correlacionado, positivamente com todas as dimensões do Total TAA-25, à exceção da Pressão Social para Comer, com a qual se correlacionou de forma negativa. O EMP Total, à exceção da PSPC, correlacionou-se significativa e positivamente com todas as dimensões.

Quadro 2.1

Correlações de Pearson entre o Perfeccionismo e TAA-25

	Total TAA	M.M	C.B.	P.S.P.C.
PAO	.174*	NS	.161*	-.159*
PSP	.244**	.255**	.784**	.171*
POO	-.023**	.099**	-.073**	-.159*
EMP TOTAL	.222*	.192*	.233**	NS

* 0.05, ** 0.01; NS: Não Significativo

Legenda: Total TAA – Total Teste Atitudes Alimentares; M.M. – Motivação para a Magreza; C.B. Comportamentos Bulímicos; P.S.P.C. – Pressão Social para Comer; PAO – Perfeccionismo Auto-Orientado; PSP – Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO – Perfeccionismo Orientado para os Outros; EMP Total – Escala Multidimensional do Perfeccionismo Total

O Calor/Compreensão apresenta uma correlação positiva significativa, fraca, com a Pressão Social para Comer, as restantes correlações são não significativas. A Auto-crítica apresenta correlações positivas, significativas, moderadas com o TAA total e uma correlação fraca com os Comportamentos Bulímicos, com a Pressão Social para Comer e com a Motivação para a magreza. A Humanidade Comum apresenta correlações fracas com todas as subescalas do TAA, à exceção da Pressão Social para Comer, que é não significativa. O Isolamento apresenta uma correlação moderada com o TAA total e com a Motivação para a Magreza, e correlações positivas, fracas, com os Comportamentos Bulímicos e com a Pressão Social para Comer. O *Mindfulness* apresenta correlações não significativas, à exceção da Motivação para a Magreza que é positiva, fraca e significativa. A Sobreidentificação apresenta correlações significativas, moderadas, com o TAA total e com a Motivação para a

Magreza e, apresenta ainda, uma correlação significativa, fraca, com os Comportamentos Bulímicos. Por último, a Auto-Compaixão apresenta correlações significativas moderadas com todas as subescalas do TAA à exceção da Pressão Social para Comer que apresenta uma correlação fraca (ver quadro 2.2).

Quadro 2.2

Correlações de Pearson entre Auto-Compaixão e TAA-25

	Total TAA	M.M	C.B.	P.S.P.C.
Calor/Compreensão	NS	NS	NS	.206**
Auto-Crítica	.317*	.289**	.295**	.227**
Humanidade Comum	.260**	.249**	.198*	NS
Isolamento	.365**	.359**	.279**	.274**
Mindfulness	NS	.165*	NS	NS
Sobreidentificação	.323**	.361**	.246**	NS
Auto-Compaixão Total	.396**	.396**	.314**	.230**

* 0.05, ** 0.01; NS: Não Significativo

Legenda: Total TAA – Teste de Atitudes Alimentares; MM – Motivação para a Magreza; C.B.- Comportamentos Bulímicos; PSPC – Pressão Social Para Comer.

Os resultados do teste U de Mann-Whitney revelaram que só há diferenças significativas por género na subescala comportamentos bulímicos, sendo que o género masculino apresenta níveis mais elevados (MD =7.500, n=54) do que o género feminino (MD = 6.500, n = 106) $U = 2320.5$, $z = -1.960$, $p \leq .05$, $r = -0.264$.

Quadro 2.3.

Resultados do Teste de Diferenças Mann Withney (TAA-25 e Género)

	Masculino (n=55)	Feminino (n=108)	U	p
Total TAA	85.36	74.39	2276.500	NS
Motivação para a magreza	83.46	78.27	2625.500	NS
Comportamentos Bulímicos	90.53	75.39	2320.500	.05
Pressão Social para Comer	88.32	78.09	2547.500	NS

O teste de Kruskal-Wallis revela que há diferenças estatisticamente significativas no Total TAA nos diferentes grupos de nacionalidade (G1, n=114, Portuguesa, G2, n= 16,

Guineense, G3, $n= 9$, Cabo Verdiana, G4, $n= 7$, Chinesa, G5, $n= 2$, Brasileira, G6, $n= 6$, Angolana, G7, $n= 1$, Espanhola e G8, $n= 1$, Francesa, ($X^2 (7, n= 156) = 16,586, p = .020$). Revelou, também, que os espanhóis apresentaram as pontuações mais baixas e, por seu turno, os Guineenses, os Chineses e os Cabo-Verdianos as pontuações mais elevadas.

Quadro 2.4

Resultados do Teste de Diferenças KruskalWallis (Nacionalidade e TAA Total)

	PT (n=114) <i>Ordem</i> <i>Média</i>	C.B (n=9) <i>Ordem</i> <i>Média</i>	G (n=16) <i>Ordem</i> <i>Média</i>	ESP (n=1) <i>Ordem</i> <i>Média</i>	FR (n=1) <i>Ordem</i> <i>Média</i>	BR (n=2) <i>Ordem</i> <i>Média</i>	CH (n=7) <i>Ordem</i> <i>Média</i>	ANG (n=6) <i>Ordem</i> <i>Média</i>
TTAA	71.69	98.17	103.69	3.00	91.50	51.25	102.64	16.58
M.M	74.64	92.15	99.53	8.50	107.00	52.50	111.21	101.21
C.B	74.27	86.75	109.62	31.50	63.00	70.00	105.71	107.67
PSPC	72.14	118.55	116.09	21.50	51.50	55.25	109.36	99.86

Legenda: PT – Portugueses; C.B. – Cabo-Verdianos; G – Guineenses; ESP - Espanhóis; FR – Franceses; BR – Brasileiros; CH - Chineses; ANG - Angolanos; TTAA – Total Teste de Atitudes Alimentares;

Tal como descrito nos quadros seguintes, as variáveis que apresentaram correlações significativas com as variáveis critério Motivação para a Magreza, Comportamentos Bulímicos e Pressão Social para Comer, foram inseridas como predictoras de uma regressão linear múltipla com método Enter.

O modelo como um todo explica 31.1% da variância de Total TAA, $F (6,718) = 9.103$ $p= ,000$. Ainda assim, nenhuma das variáveis inseridas no modelo se revelou preditora de TAA Total (Ver quadro 2.6).

Quadro 2.5.

Resultados das variáveis predictoras de TAA Total

	B	T	P
PAO	.033	.188	NS
PSP	.191	1.711	NS
EMP TOTAL	.012	.061	NS
Auto-Crítica	.034	.268	NS
Humanidade Comum	.150	.964	NS
Isolamento	.166	1.404	NS
Sobreidentificação	.075	.580	NS
Auto-Compaixão Total	.105	.450	NS
Nacionalidade	.149	1.933	NS

Legenda: PAO – Perfeccionismo Auto-Orientado; PSP – Perfeccionismo Socialmente Prescrito; EMP Total – Escala Multidimensional do Perfeccionismo Total

Quando a variável critério é a Motivação para a Magreza, o modelo como um todo explica 24.8% da variância, $F(5, 571) = 8,134$ $p = .000$. Apenas o PSP apresenta uma contribuição preditiva para a motivação para a magreza (Ver quadro 2.6).

Quadro 2.6.

Resultados das variáveis predictoras de Motivação para a Magreza

	B	T	P
PSP	.212	2.276	.024
EMP TOTAL	.029	.313	NS
Auto-Crítica	-.119	-.712	NS
Humanidade Comum	-.030	-.152	NS
Isolamento	.042	.211	NS
Mindfulness	-.095	-.440	NS
Sobreidentificação	.022	.126	NS
Auto-Compaixão Total	.539	.995	NS

Legenda: PSP – Perfeccionismo Socialmente Prescrito; EMP – Escala Multidimensional do Perfeccionismo Total; SELFCS Total – Escala da Auto-Compaixão Total

O modelo como um todo explica 25.4% da variância dos Comportamentos Bulímicos, $F(5,078) = 9.134$ $p=.000$. Apenas o PSP apresenta uma contribuição preditiva para os Comportamentos Bulímicos (Ver quadro 2.7)

Quadro 2.7.

Resultados das variáveis predictoras de Comportamentos Bulímicos

	B	T	P
Género	-.022	-.273	NS
PAO	.287	1.633	NS
PSP	.360	3.212	.002
EMP Total	-.304	-1.502	NS
Auto-Crítica	.016	.116	NS
Condição Humana	.023	.137	NS
Isolamento	.008	.059	NS
Sobreidentificação	-.001	-.005	NS
Auto-Compaixão Total	.318	1.195	NS

O modelo como um todo explica 19.2% da variância da Pressão Social para Comer, $F(4,100) = 8,138$ $p=.000$. Apenas o PSP apresenta uma contribuição preditiva para Pressão Social para Comer (Ver quadro 2.9)

Quadro 2.8.

Resultados das variáveis predictoras de Pressão Social para Comer

	B	T	P
PAO	.093	1.117	NS
PSP	.218	2.426	.017
POO	.045	.496	NS
Calor/Compreensão	.212	1.187	NS
Auto-Critica	.004	.512	NS
Isolamento	.185	1.320	NS
SELFCS Total	-.075	-.258	NS

Legenda: PAO – Perfeccionismo Auto-Orientado; PSP – Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO – Perfeccionismo Orientado para os Outros; SELFCS Total – Escala da Auto-Compaixão Total

CAPÍTULO III
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os objetivos principais deste estudo, e tendo em conta a escassez de investigações, foram analisar a relação entre a auto-compaixão, o perfeccionismo e as atitudes alimentares disfuncionais em estudantes universitários.

Neste sentido, correlacionado o perfeccionismo e o TAA-25, os resultados indicam uma relação positiva entre o PAO e o total TAA e os Comportamentos Bulímicos. Estes resultados vão de encontro à literatura, onde se verifica que mulheres com diagnóstico de anorexia nervosa (isto é, uma perturbação alimentar, onde está presente o medo de engordar e o desejo persistente de emagrecer, que desencadeiam uma preocupação excessiva com os alimentos e, conseqüentemente, uma alteração do comportamento alimentar (Alves, Vasconcelos, Calvo & Neves, 2008) apresentam valores mais elevados de perfeccionismo (Halmi, Sunday, Strober, Kaplan, Woodside *et al.*, 2000). Ou seja, consistindo o PAO numa dimensão caracterizada por padrões pessoais elevados, envolvendo cognições e comportamentos como o estabelecer de normas rigorosas e metas elevadas para si próprio (Soares, Gomes, Macedo & Azevedo, 2003), indicando que valores mais elevados desta dimensão tendem a valores mais elevados de TAA e Comportamentos Bulímicos. No que concerne à correlação entre as dimensões de PAO e MM, esta mostrou-se não significativa, resultado que reforça o carácter menos disfuncional deste traço de personalidade. Assim, este resultado pode ser explicado pelo facto do PAO ser a dimensão mais positiva do perfeccionismo.

A correlação negativa encontrada entre o PAO (dimensão mais positiva) e a PSPC, indica que quanto maior o PAO, menor será a pressão social para comer. Resultado esperado, uma vez que consistindo o PAO no facto do indivíduo estabelecer normas e objetivos bastante rigorosos para si próprio, e a PSPC no facto do indivíduo ceder, facilmente à pressão social para que coma e, conseqüentemente aumente o peso (Pereira *et al.*, 2006, 2008, 2011).

O PSP (dimensão negativa mais consistentemente associada à psicopatologia), correlacionou-se com todas as dimensões do TAA-25 (Total TAA; MM; CB e PSPC). Este resultado é consistente com o resultado encontrado no estudo de Pratt, Telch, Labouvie, Wilson e Agras (2001), em que o PSP se mostrou significativamente associado com as atitudes alimentares disfuncionais. Um outro estudo realizado por Bulik *et al.* (2003) revelou que pontuações elevadas nas dimensões do perfeccionismo podem estar particularmente associadas a perturbações alimentares. Tais correlações podem ser explicadas pelo fato do PSP ser caracterizado pela crença que o indivíduo tem de que as outras pessoas o avaliam de forma rigorosa e exercem pressão para que seja perfeito, ou seja, característica desta dimensão do perfeccionismo percecionada como sendo irrealista, excessiva e incontrolável, podendo

ainda acompanhar-se da experiência de fracasso, medo da avaliação negativa, evitamento da desaprovação dos outros e estados emocionais como a angústia (Soares, Gomes, Macedo & Azevedo, 2003).

No que concerne ao POO este correlaciona-se, à exceção da MM, de forma negativa com todas as dimensões do TAA-25. Facto este comprovado no estudo de Bardone-Cone (2007), onde os resultados mostraram que o POO está fortemente ligado à motivação para a magreza. Adicionalmente, por ser uma subescala que se relaciona de forma inconsistente com a psicopatologia, e que tem sido excluída das investigações.

Relativamente à EMP Total, esta dimensão, à exceção da PSPC, correlacionou-se de forma positiva com todas as dimensões do TAA-25. Este resultado vai de encontro ao exposto pela literatura, a saber: os estudos realizados com amostras comunitárias, têm sugerido uma associação entre o perfeccionismo e as atitudes alimentares disfuncionais, fortalecendo a hipótese do perfeccionismo ser um fator de risco para o desenvolvimento, na população em geral, de perturbações alimentares (Hewitt et al., 1995; Davidson, 1989; Plinner & Haddock, 1995; Macedo *et al.*, 2007).

Concomitantemente, às correlações entre a auto-compassão e o TAA-25, a dimensão Calor/Compreensão apenas se correlacionou com a PSPC. Este resultado, era não esperado, uma vez que, a dimensão Calor/Compreensão consiste no facto do sujeito tentar ser compreensivo e paciente em relação a aspetos da sua personalidade que não gosta.

Na dimensão autocrítica, as correlações com todas as dimensões do TAA-25 (Total TAA; MM; CB e PSPC), são significativas. Porém, no âmbito desta temática, os estudos são escassos. No entanto, no estudo de Dunkley e Grilo (2007), com o objetivo de avaliar a autocrítica, autoestima, sintomas depressivos e sobreidentificação, demonstrou que existe relação entre a autocrítica e a sobreidentificação, estando estas duas dimensões ligadas ao peso, à baixa autoestima e às atitudes alimentares disfuncionais. Este resultado pode ser explicado pelo facto do auto-criticismo consistir em assumir, face ao próprio sofrimento, uma postura dura, intolerante e de autoavaliação negativa. Trata-se, portanto, de uma parte do eu que descobre falhas e defeitos, acusa, condena ou eventualmente se detesta (Amaral, Castilho & Pinto-Gouveia, 2010).

Relativamente à Humanidade Comum, esta dimensão, apresentou também um resultado não esperado. À exceção da PSPC, relacionou-se com as restantes dimensões do TAA-25.

No que concerne à dimensão Isolamento, verificaram-se correlações com o Total TAA, MM, CB e PSPC. O Isolamento é caracterizado por pensamentos acerca das inadequações e defeitos do sujeito, o que faz com que este se sinta mais separado e desligado do mundo (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). Assim sendo, quanto maior for o Isolamento, maior serão as atitudes alimentares disfuncionais, isto porque os sujeitos se centram mais nos aspetos que menos gostam e têm mais tendência a experimentar comportamentos alimentares inadequados. Estes resultados vão de encontro ao exposto no estudo de Csipke e Horne (2007), que concluiu que os participantes que interagiram com os outros e procuravam maior apoio emocional relataram melhorias no seu tratamento. Ou seja, quanto menor o isolamento, menor a probabilidade de desenvolver atitudes alimentares disfuncionais. Outros estudos (Sepulveda, Whitney, Hankins & Treasure, 2008; Zaitsoff, Fehon & Grilo 2009), revelaram, que existe uma associação entre o isolamento e as atitudes alimentares disfuncionais, bem como, o facto de o isolamento estar positivamente relacionado com a insatisfação corporal e com os comportamentos bulímicos. A dimensão *Mindfulness* correlacionou-se apenas com a MM.

Quanto à sobreidentificação, esta dimensão, à exceção da PSPC, correlacionou-se com todas as dimensões do TAA-25. Estes resultados são corroborados pelo estudo de Warren, Schaferm Crowley e Olivardia (2013), que revelou que o excesso de sobreidentificação pode influenciar de forma negativa o tratamento de comportamentos alimentares disfuncionais.

Por último, a auto-compaixão total, correlacionou-se com todas as dimensões do TAA-25. Segundo, Adams e Leary (2007), a indução de auto-compaixão reduz a angústia e faz com que a forma de se alimentarem seja atenuada e restrita. Isto significa, a importância das diferenças individuais específicas em comer de forma controlada e sugerem que a auto-compaixão é um ponto fulcral no desenvolvimento de atitudes alimentares disfuncionais.

Relativamente ao teste de diferenças entre TAA-25 e o género, verificou-se que os homens apresentaram resultados mais elevados em todas as dimensões do TAA-25, nomeadamente na dimensão comportamentos bulímicos. É possível constatar, que este resultado não vai de encontro à literatura existente. No entanto, a anorexia e a bulimia nervosas, em homens, continuam pouco compreendidas devido ao baixo número de frequência de atitudes alimentares disfuncionais no género masculino (Melin & Araújo, 2002). Porém, a insatisfação corporal, a dieta e as atitudes alimentares disfuncionais, são prevalentes nos estudantes universitários, homens e mulheres em todo o mundo (Yager &

O’Dea, 2008). Este baixo índice de perturbações alimentares no género masculino contribui para que haja uma desvalorização deste problema, acreditando-se que os homens não sofrem dessas perturbações (Melin & Araújo, 2002). Os resultados obtidos no presente estudo, comprovam, como já é sabido, que a literatura sobre as perturbações alimentares nos homens é bastante marcada por controvérsias e dúvidas do que por fortes evidências (Melin & Araújo, 2002). Alegria, Woo, Cao, Torres, Meng e Striegel-Moore, 2007, realizaram um estudo com 1056 jovens adultos, em que os resultados revelaram que as mulheres tinham pontuações bastante mais elevadas em todos os fatores, exceto no exercício excessivo. Nesta subescala, os homens apresentaram resultados significativamente mais elevados. Em suma, quando comparados ambos os sexos, no que diz respeito, aos comportamentos alimentares problemáticos, o género feminino apresentou maior probabilidade de terem procurado tratamento. Existem, ainda, vários estudos na literatura que revelam que a bulimia e as atitudes alimentares disfuncionais são mais frequentes e as que tem tido um maior aumento da sua prevalência, principalmente em populações de mulheres jovens (Batista, Sampaio, Carmo, Reis & Galvão-Teles, 1996). A literatura sobre as atitudes alimentares disfuncionais concentra-se, em grande parte, no género feminino (Greenberg, Teri & Schoen, 2008).

Não obstante, o teste de diferenças entre a nacionalidade e o TAA Total, a dimensão TTAA apresentou valores mais elevados na nacionalidade Guineense e, de seguida, a nacionalidade Chinesa. Na MM, a nacionalidade Chinesa obteve maiores resultados. Quanto aos comportamentos bulímicos, a nacionalidade Guineense voltou a apresentar os resultados mais elevados. Por último, na dimensão PSPC, a nacionalidade Cabo-Verdiana apresentou os resultados mais elevados. Estes resultados não vão de encontro com os resultados obtidos nas investigações já realizadas. Sabe-se que o padrão alimentar dos sujeitos é influenciado por vários determinantes, nomeadamente: influências psicológicas, socioeconómicas, culturais e ambientais (Rossi, Moreira & Rauen, 2008). Kennedy (2003) com o objetivo de analisar a importância de potenciais fatores de risco para as atitudes alimentares disfuncionais, em várias culturas, revelou que existem diferenças significativas entre as várias culturas e, que a preocupação com a magreza e a pressão social para comer são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de atitudes alimentares disfuncionais. Verificou-se, ainda, que alguns grupos latino-americanos estão em risco de desenvolver atitudes alimentares disfuncionais. Outro estudo realizado nos Estados Unidos, a vários grupos étnicos por Striegel-Moore, Dohm, Kraemer, Taylor, Daniels, Crawford *et al.* (2003) sobre atitudes alimentares disfuncionais, analisou a prevalência de anorexia, bulimia nervosa e atitudes alimentares

disfuncionais numa amostra geográfica e economicamente diversificada de jovens mulheres brancas e negras, que revelou que as atitudes alimentares disfuncionais, principalmente a anorexia e a bulimia nervosas, são mais comuns nas mulheres brancas do que nas mulheres negras. Posto isto, os resultados do atual estudo, não vão de encontro aos resultados encontrados na literatura, uma vez que são os estudantes africanos que apresentam pontuações mais elevadas. Ainda assim, os nossos resultados têm que ser interpretados com cautela dado o número de sujeitos por grupo.

Relativamente às regressões das variáveis preditoras de TAA-25 (TAA Total), a dimensão PAO não se mostrou uma variável preditora de TAA Total. Castro-Fornieles *et al.* (2007), com o objetivo de avaliar as dimensões do perfeccionismo e das atitudes alimentares disfuncionais, comparativamente com outras perturbações de foro psiquiátrico e com sujeitos da população geral, revelou que os sujeitos com atitudes alimentares disfuncionais obtiveram pontuações mais elevadas na dimensão PAO e que o mesmo se mostrou um preditor de atitudes alimentares disfuncionais. No que concerne à dimensão PSP, esta também não se mostrou preditora de TAA Total. Segundo o mesmo estudo, os resultados na dimensão PSP, evidenciaram que os sujeitos com atitudes alimentares disfuncionais obtiveram pontuações semelhantes às encontradas nos sujeitos com outras perturbações psiquiátricas. Estes resultados não vão de encontro aos encontrados no presente estudo, isto porque o PAO não se mostrou como preditor de TAA Total. Esta controvérsia, é ainda constatada por Pratt, Telch, Labouvie, Wilson e Agras (1999), em que o PSP se mostrou significativamente associado a atitudes alimentares disfuncionais.

A dimensão PSP também não se mostrou preditora de atitudes alimentares disfuncionais, não indo de encontro com o exposto na literatura. Lampard, Byrne, Mclean e Fursland (2012), realizaram um estudo, medindo o PAO e PSP, com o objetivo investigar o papel destas em indivíduos do género feminino que procuravam tratamento para as atitudes alimentares disfuncionais, bem como para determinar a associação das mesmas. Os resultados mostraram que o PAO (e não o PSP), representou uma variância única no peso, na forma, na preocupação e na restrição dietética. Assim, os resultados destacam a importância do papel do PAO nas atitudes alimentares disfuncionais.

O EMP Total também não se mostrou como variável preditora de atitudes alimentares disfuncionais. Goldner, Elliot, Cockell e Srikameswaran (2002), realizaram um estudo em que avaliaram o papel do perfeccionismo nas atitudes alimentares disfuncionais, que revelou que o perfeccionismo pode desempenhar um papel significativo na etiologia e manutenção de

anorexia e bulimia nervosas. Na mesma linha de investigação, Lethbridge, Watson, Egan, Street e Nathan (2011), realizaram um estudo com o objetivo de examinar o papel do PAO e do PSP, a forma e a sobrevalorização do peso, verificando que o perfeccionismo, a forma e a sobrevalorização do peso tiveram uma implicação de longa data, quer no desenvolvimento, quer na manutenção de atitudes alimentares disfuncionais.

A autocrítica não se mostrou uma variável preditora de atitudes alimentares disfuncionais. Os resultados obtidos no atual estudo, não vão de encontro aos resultados encontrados na literatura. A saber: Fening *et al* (2008), realizaram um estudo, com o objetivo de avaliar o papel dos estilos da personalidade depressiva (ou seja, a dependência, a autocrítica, e o senso de eficácia), e sintomas de atitudes alimentares disfuncionais. Os resultados mostraram que a autocrítica surgiu como um preditor independente, robusto e forte dos sintomas de atitudes alimentares disfuncionais. Todavia, os esforços para compreender o papel da autocrítica nas atitudes alimentares continuam.

Quer a dimensão Condição Humana, o Isolamento e a Sobreidentificação, não se mostraram preditoras de TAA Total. Fato este que pode ser explicado pelo fato de a auto-compassão ser caracterizada como uma estratégia de regulação emocional extremamente útil, onde os sentimentos e pensamentos negativos não são evitados, mas sim encarados com uma consciência clara, cuidada e compreensiva e com um sentido de partilha comum da experiência (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011).

Quanto à auto-compassão total, esta dimensão não se mostrou uma variável preditora de TAA Total. Assim sendo e neste âmbito, os resultados do atual estudo não vão de encontro à literatura: Mosewich, Kowalsk, Sabiston, Sedgwick e Tracy (2011), realizaram um estudo com os objetivos de explorar as relações entre a auto-compassão, a propensão para emoções auto-conscientes, os pensamentos potencialmente insalubres e comportamentos autoavaliativos. Os resultados mostraram que a auto-compassão explicou uma variância única além da autoestima, da vergonha, da culpa, da consciência corporal, do medo do fracasso e do medo da avaliação negativa.

Por último, a nacionalidade também não se mostrou uma variável preditora de TAA Total. Este resultado é contradito pela literatura já existente, ou seja, a nacionalidade e as diferentes etnias, tem um efeito preditor nas atitudes alimentares disfuncionais (Miller, Gleaves, Hirsch, Green, Snow & Corbett, 2000; Alegria; Woo, Cao, Torres, Meng & Striegel-Moore, 2007; Shelly & Shibley, 2012; Wildes, Emery & Simons, 2001; Robinson, 1996).

Em relação à regressão das variáveis predictoras de MM, a dimensão PSP mostrou-se preditora. Significa isto, que o perfeccionismo socialmente prescrito, isto é, a percepção que os outros esperam do sujeito à perfeição, mostra-se como uma variável preditora na procura de um corpo perfeito. Posteriormente, a dimensão EMP Total, não se revela uma variável preditora na MM. Este resultado, não vai de encontro à literatura. Assim sendo, um estudo realizado por Macedo *et al.* (2007), com o objetivo de explorar quais as dimensões do perfeccionismo que estão ligadas às atitudes alimentares disfuncionais, mostrou que altos níveis de perfeccionismo estão associados às atitudes alimentares disfuncionais.

Quanto à autocrítica, esta variável não se mostrou como preditora de motivação para a magreza. Pinto-Gouveia, Ferreira e Duarte (2014), realizaram um estudo onde foi possível concluir que níveis mais elevados de autocrítica e níveis mais baixos de auto-compassão aumentam a motivação para a magreza. Neste sentido, os resultados supracitados do nosso estudo, mais uma vez, não vão de encontro com o que já é expresso pela literatura.

No que diz respeito à condição humana, esta mesma não se revelou uma variável preditora para a MM. Este mesmo resultado é encontrado na variável Isolamento, *Mindfulness*, Sobreidentificação e Nacionalidade. Estes resultados podem ser explicados pelo fato de a auto-compassão ser uma estratégia de regulação emocional, e que o sujeito está aberto ao próprio sofrimento, experienciando sentimentos de calor, de cuidado e de compreensão para com o eu, sempre numa atitude compreensiva e de não avaliação dos seus erros (Neff, 2003).

Por último, relativamente à dimensão Auto-Compaixão Total, a mesma não se mostrou preditora de MM. Neste âmbito, Maija, Daiss e Krietsch (2015), realizaram um estudo em que avaliou as relações entre auto-compassão, alimentação consciente, atitudes alimentares disfuncionais e o índice de massa corporal em estudantes universitários. Os resultados concluíram que quanto maior a auto-compassão menor o índice de massa corporal e as atitudes alimentares disfuncionais.

Relativamente às variáveis predictoras de comportamentos bulímicos, o género não se mostrou preditor. Smolak, Levine e Murnen (2015), desenvolveram um estudo onde se verificou que o género é um factor de risco para as atitudes alimentares disfuncionais. Assim, o resultado do atual estudo, não vai de encontro ao exposto na revisão da literatura.

O PSP apresentou a contribuição preditiva mais elevada para os comportamentos bulímicos. A confirmar este resultado, Bardone-Cone (2007), num estudo em que avaliou a relação do PAO e do PSP com as atitudes alimentares disfuncionais, verificou que o PSP está

fortemente associado aos sintomas/comportamentos bulímicos. Isto pode ser explicado pelo fato do PSP ser definido como a percepção de que os outros esperam de si um ser perfeito e, ainda, ser a dimensão mais negativa do PSP bem como ser consistentemente associada à psicopatologia (Bieling *et al.*, 2004).

No que diz respeito ao PAO, EMP Total, Autocrítica, Condição Humana, Isolamento, Sobreidentificação e Auto-Compaixão Total, nenhuma destas dimensões apresentou uma contribuição preditiva para os comportamentos bulímicos. Estes resultados podem ser explicados pelo fato de a auto-compaixão representar uma atitude calorosa e de aceitação pelos aspetos negativos do self ou da vida, bem como por ser considerada uma estratégia de regulação emocional (Neff, 2003), e, por ser turno, o PAO luta pela perfeição, tem sido descrito como o lado positivo e adaptativo do perfeccionismo (Stoeber & Otto, 2006).

Quanto à regressão das variáveis preditoras de PSPC, apenas a dimensão PSP apresenta uma contribuição preditiva. Estes resultados são comprovados pelo estudo de Bento *et al.* (2010), em que os resultados mostraram que o PSP está fortemente associado à PSPC. O perfeccionismo é uma mescla: isto é, possui uma vertente adaptativa e saudável, bem como uma vertente mal-adaptativa (e menos saudável), que tem sido frequentemente associada à pressão exagerada para ultrapassar os erros, perturbações emocionais (stress, ansiedade e ira ou raiva), depressão, problemas de autoestima e perturbações alimentares (Carter *et al.*, 2001; Cruz, 1996; Dunn *et al.*, 2002; 2005; 2006; Stoeber, 2006; Stoeber & Otto, 2009).

Por último e ainda referente às variáveis preditoras de PSPC, o PAO, o POO, Calor/Compreensão, autocrítica, isolamento e Auto-Compaixão Total não apresentaram uma contribuição preditiva.

É ainda relevante referir algumas limitações deste estudo: o fato de este ser um estudo não representativo e que recorreu a uma amostra de conveniência; O fato de termos uma amostra reduzida e maioritariamente feminina (no entanto, este fato vai de encontro ao que nos ilustram as estatísticas portuguesas relativamente à população académica). Assim, em estudos futuros, seria pertinente realizar um estudo longitudinal com uma amostra mais representativa, bem como aumentar o número de sujeitos de outras nacionalidades. Seria, também, importante analisar longitudinalmente os fatores de risco para as atitudes alimentares disfuncionais e, se a auto-compaixão e o perfeccionismo se apresentam como fatores de risco para o desenvolvimento de atitudes alimentares disfuncionais, bem como verificar se o género masculino continua a apresentar maiores resultados de atitudes alimentares disfuncionais e, se as diferentes nacionalidades têm implicação nas atitudes alimentares disfuncionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, C. & Leary, M. (2007). Promoting Self-Compassionate Attitudes Toward Eating Among Restrictive and Guilty Eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26 (10) 1120-114.
- Alegria, M., Woo, M., Cao, Z., Torres, M., Meng, X., & Striegel-Moore. (2007). Prevalence and correlates of eating disorders in Latinos in the United States. *International Journal of Eating Disorders*, 40 15-21.
- Altabe, M. (1998). *Ethnicity and Body Image: Quantitative and Qualitativ Analysis*. Department of Psychology, University of South Florida, Tampa, Florida.
- Alvarenga, M., Carvalho, P., Philippi, S. & Scagliusi, F. (2013). Propriedades psicométricas da Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas para adultos do sexo masculino. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62 (4) 253-260.
- Alves, E., Vasconcelos, F., Calvo, M. & Neves, J. (2008). Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Caderno Saúde Pública*, 24 (3) 503-512.
- Amaral, V., Castilho, P. & Gouveia, J. (2010). A contribuição do auto-criticismo e da ruminação para o afecto negativo. *Psychologica*, 52 (2) 271-292.
- Bardone-Cone, A. (2007). Self-oriented and socially prescribed perfectionism dimensions and their associations with disordered eating. *Behavior Research and Terapy* 45 (8) 1977-1986.
- Bardone-Cone, A. (2007). Self-oriented and socially prescribed perfectionism dimensions and their associations with disordered eating. *Behaviour Research and Therapy* 45 (8) 1977-1986.
- Batista, F., Sampaio, D., Carmo, I., Reis, D., & Galvão-Teles, A. (1996). The prevalence of disturbances of eating behaviour in a Portuguese female university population. *European Eating Disorders Review*, 4, 260-270.
- Bento, C., Pereira, A. T., Maia, B., Marqués, M., Soares, M. J., Bos, S., et al. (2010). Perfectionism and eating behaviour in portuguese adolescents. *European Eating Disorder Review*, 18, 328-337.

- Bieling, P., Israeli, A. & Antony, M. (2004). Is perfectionism good, bad, or booth? Examining mols of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, 36, 1373-1385.
- Borges, N., Sicchieri, J., Ribeiro, R., Marchini, J. & Santos, J. (2006). Transtornos Alimentares – Quadro Clínico. *Transtornos Alimentares: Anorexia e Bulimia Nervosas* (3) 340-348.
- Brown, J. (2011). Exploring Perfectionism, Ruminations and Social Anxiety: Theoretical and Casual Implications. *Theses and Dissertations (Comprehensive)*.
- Bulik, C., Tozzi, F., Anderson, C., Aggen, S. & Sullivan, P. (2003). The Relation Between Eating Disorders and Components of Perfectionism. *Am J Psychiatry* 160, 366-368.
- Burns, D. (1980). The Perfectionist's Script of Self-Defeat. *Psychology Today*, 34-51.
- Castilho, P., & Gouveia, J. (2011). Auto-compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica* 54, 203-229.
- Castro-Fornieles, J., Gual, P., Lahortiga, F., Gila, A., Casulá, V., Fuhrmann, C., Imirizaldu, M., Saura, B., Martínez, E., Toro, J. (2007). Self-oriented perfectionism in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 40 (6) 562-568.
- Chang, E. C. (2003). On the perfectibility of the individual: going beyond the dialectic of good versus evil. In: E. C. Chang & L. J. Sanna (Eds.), *Virtue, vice, and personality: the complexity of behavior*. (pp. 125-144). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cruz, J.F. (1996). Stress, ansiedade e rendimento na competição desportiva. Braga: Edições do Centro de Estudos em Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Csipke, E., & Horne, O. (2007). *European Eating Disorders Review.Ltd and Eating Disorders Association*, 15.
- Cunha, M. & Xavier, A. (2013). Avaliação da auto-compaixão em adolescentes: adaptação e qualidades psicométricas da escala de auto-compaixão. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*. Lisboa, 4(2).
- Cunha, M., Xavier, A., & Vitória, I. (2013). Avaliação da auto-compaixão em adolescentes: Adaptação e qualidades psicométricas da escala de auto-compaixão. *Revista de Psicologia da criança e dos adolescentes*, 4 (2).

- Dunkley, D. & Grilo, C. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour Research Therapy*, 45 (1).
- Dunn, J.G., Causgrove Dunn, J., & Syrotuik, (2002). Relationship between multidimensional perfectionism and goal orientations. *Sport Journal of Sport and Exercise Psychology*, 24, 376-395.
- Dunn, J.G., Dunn, J.C., Gotwls, J.K., Vallance, J.K., Craft, J. M., & Syrotuik, D.G. (2006). Establishing construct validity evidence for the Sport Multidimensional Perfectionism Scale. *Psychology of Sport and Exercise*, 7, 57-79.
- Dunn, R.O., Gotwals, J.K., & Causgrove Dunn, J. (2005). An examination of the domain specificity of perfectionism among intercollegiate student-athletes. *Personality and Individual Differences*, 38, 1439-1448.
- Enns, Murray. & Cox, Brian. (2002). The nature and assessment of perfectionism: A critical analysis. American Psychological Association, Washington, DC.
- Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H. & Welch, S. (1999). Risk Factors for Anorexia Nervosa Three Integrated Case-Control Comparisons. *Arch Gen Psychiatry* 56 (5) 468-476.
- Fening, S., Hadas, A., Itzhaky, L., Roe, D., Apter, A. & Shahar, G. (2008). Self-criticism is a key predictor of eating disorder dimensions among inpatient adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 41 (8) 762-765.
- Flett, G.L. & Hewitt, P.L. (2002). Perfectionism: Theory, research and treatment. Washington, DC: American Psychological Association.
- Frost, R. O. y DiBartolo, P. M. (2002). Perfectionism, anxiety and obsessive-compulsive disorder. En G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism. Theory, research and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association pp. 341-371.
- Frost, R., Marten, P., Lahart, C. & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Galhardo, A., Cunha, M. & Pinto-Gouveia, J. (2011). Aspects psychologiques des couples infertiles. *Elsevier SAS* 20 (4). 255-260.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J.N.V. & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43 (1), 31-50.

- Goldner, E., Cockell, M., Srikaneswaran, S. (2002). Perfectionism and eating disorders. *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. Washington, DC, US: American Psychological Association, XIV.
- Greenberg, B., Teri, S. & Schoen, E. (2008). Males and eating disorders: Gender-based therapy for eating disorder recovery. American Psychological Association.
- Halmi, K., Sunday, S., Strober, M., Woodside, B., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W. & Kaye, W. (2000). Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior. *Am J Psychiatry*, 157.
- Halmi, K., Tozzi, F., Thornton, L., Fichter, M., Kaplan, A., Keel, P., Klump, K., Lilenfeld, L., Mitchell, J., Plotnicov, K., Pollice, C., Rotondo, A., Strober, M., Woodside, D., Kaye, W., & Bulik, C. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38 371-374.
- Haring, M., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2003). Perfectionism, coping, and quality of intimate relationships. *Journal of Marriage & Family*, 65, 143-158.
- Hewitt, P.L. & Flett, G.L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Ivone, G. & Peixoto, F. (2013). “Os meus pais só me criticam” – Relações entre práticas educativas parentais (perfeccionismo e crítica) e a autoestima, o autoconceito académico, a motivação e a utilização de estratégias de self-handicapping. *Análise Psicológica* (4). 343-358.
- Jonathan W. Kunstman, April R. Smith, and Jon K. Maner (2014). Overpowering Restriction: Power Reduces Restriction Among Self-Critical Perfectionists. *Journal of Social and Clinical Psychology* 33 (7), 630-652. doi: 10.1521/jscp.2014.33.7.630.
- Kelly, A., Carter, J., Zuroff, D., & Borairi, S. (2013). Self-compassion and fear of self-compassion interact to predict response to eating disorders treatment: A preliminary investigation. *Psychotherapy Research*, 23 (3).
- Kunstman, J., Smith, A. & Maner, J. (2004). Overpowering Restriction: Power Reduces Restriction Among Self-Critical Perfectionists. *Journal of Social and Clinical Psychology* 33 (7) 630-652. Doi: 10.1521/jscp.2014.33.7.630.

- Lampard, A., Byrne, S., Mclean, N. & Fursland, A. (2012). The Eating Disorder Inventory-2 Perfectionism scale: Factor structure and associations with dietary restraint and weight and shape concern in eating disorders. *Eating Behaviors* 13 (1) 49-53.
- Lethbridge, J., Watson, H., Egan, S., Street, H. & Nathan, P. (2011). The role of perfectionism, dichotomous thinking, shape and weight overvaluation, and conditional goal setting in eating disorders. *Eating Behaviors*, 12 (3) 200-206.
- Macedo, A. (2012). Perfeccionismo: Perfeccionismo – Instrumentos de Avaliação. In A. Macedo, *Ser ou não ser (perfeito)? Perfeccionismo e Psicopatologia*.(15-25). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Macedo, A., Soares, M., Azevedo, M., Gomes, A., Pereira, A., Maia, B. & Pato, M. (2007). Perfectionism and Eating Attitudes in Portuguese University Students. *European Eating Disorders Review* 15 296-304.
- Maia, B. (2011). *Perfeccionismo e Depressão Pós-Parto*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Maija, T., Daiss, B. & Krietsch, K. (2015). Associations among self-compassion, mindful eating, eating disorder symptomatology, and body mass index in college students. *Translational Issues in Psychological Science*, 1 (3), 229-238. <http://dx.doi.org/10.1037/tps0000035>.
- Maximiano, J., Miranda, M., Tomé, C., Luís, A., & Maia, T. (2004). Imagem Corporal e Doenças do Comportamento Alimentar. *Revista do serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 69-76.
- Melin, P., & Araújo, A. (2002). Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista brasileira de Psiquiatria*, 24.
- Miller, K., Gleaves, H., Snow, A. & Corbett, C. (2000). Comparisons of body image dimensions by race/ethnicity and gender in a university population. *International Journal of Eating Disorders* 27 (3) 310-316.
- Mosewich, A., Kowalski, K., Sabiston, C., Sedgwick, A. & Tracy, J. (2011). Self-Compassion: A Potential Resource for Young Women Athletes. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 33 103-123.
- Neff, K. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity* 2 223-250.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.

- P., Kennedy (2003). Risk Factors for the Onset of Eating Disorders in Adolescent Girls: Results of the McKnight Longitudinal Risk Factor Study. *Understanding Mental Disorders* 160 (2) 248-254.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 Itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.
- Pallant, J. (2011). SPSS Survival Manual – A step by step guide to data analysis using SPSS. 4th Edition. Alexandre: National Library of Australia.
- Pereira, AT., Maia, B., Boss, S., Soares, M., Marques, M., Macedo, A. & Azevedo, MH. (2008). The Portuguese Short form of the Eating Attitudes Test 40. *European Eating Disorders Review*, 16 (4), 319-325.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2005). Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS (4ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C. & Duarte, C. (2014). Thinness in the Pursuit for Social Safeness: An Integrative Model of Social Rank Mentality to Explain Eating Psychopathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 21 (2) 1254-165.
- Pliner, P., & Haddock, G. (1996). Perfectionism in weight-concerned and -unconcerned women: An experimental approach. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 381–389.
- Pratt, E., Telch, C., Labouvie, E., Wilson, G. & Agras, S. (1999). Perfectionism in Women with Binge Eating. *Disorder.Perfectionism in BED* 177-186.
- Pratt, E., Telch, C., Labouvie, E., Wilson, G. & Agras, S. (2001). Perfectionism in Women with Binge Eating Disorder. *Perfectionism in Bed*.
- Rice, K. G.; Ashby, J. S. & Slaney, R. B. (1998). Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: a structural equation analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 304-314.
- Rossi, A., Moreira, A. E., & Rauen, S. M. (2008). Determinantes do Comportamento Alimentar: Uma Revisão com Família. *Revista de Nutrição*, 21 739-748.
- Santos, I. (2012). Auto-Compaixão: A sua relação com os estados emocionais negativos. Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior Enfoque na de Altos Estudos, Portugal.

- Sepulveda, A., Whitney, J., Hankins, M. & Treasure, J. (2008). Development and validation of an Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) for carers of people with eating disorders. *Health and Quality of Life Outcomes* (6) 28.
- Shafran, R. & Mansell, W. (2001). Perfectionism and Psychopathology: a Review of Research and Treatment. *Clinical Psychology Review*, 21 (6), 879-906.
- Slaney, R.B., Ashby, J.S. & Trippi, J. (1995). Perfectionism: its measurement and career relevance. *Journal of Career Assessment*, 3, 279-297.
- Soares, M., Gomes, A., Macedo, A., Santos, V. & Azevedo, M. (2003). Escala Multidimensional de Perfeccionismo: Adaptação à População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5 (1), 46-55.
- Soares, M., Macedo, S., Bos, S., Marques, M., Maia, B., Pereira, T., Gomes, A., Valente, J., Pato, M., & Azevedo, M. (2009). Perfectionism and Eating Attitudes in Portuguese Students: A Longitudinal Study. *Review Eating Disorders* (17) 390- 398.
- Stöber, J., & Halle-Wittenberg, M. (2003). Self-Pitty: Exploring the links to personality control beliefs and anger. *Journal of Personality*, 71 (2).
- Stoeber, J. & Otto, K. (2006). Positive Conceptions of Perfectionism: Approaches, Evidence, Challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10 (4), 295-319.
- Striegel-Moore, R., Dohm, F., Kraemer, H., Taylor, C., Daniels, S., Crawford, P., & Schreiber, G. (2003). Eating Disorders in White and Black Women. *Am J Psychiatry* 160 (7) 1326-1331.
- Striegel-Moore, R., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., May, A., & Kraemer, H. (2008). Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 42 471-474.
- Strumpf, H. & Parker, W. D. (2000). A hierarchical structural analysis of perfectionism and its relation to other personality characteristics. *Personality and Individual Differences*, 28, 837-852.
- Stuart, J. (2009). Maladaptive perfectionism and disordered eating in college women: The mediating role of self-compassion. University Of Florida.
- Terry-Short, L. A.; Owens, R. G.; Slade, P. D. & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18, 663-668.
- Thompson, J. K. (2004). *Handbook and Eating Disorders and Obesity*. John Wiley & Sons, Inc., New Jersey.

- Vilela, J., Lamounier, J., Filho, Marcos., Neto, J., & Horta, G. (2004). Transtornos alimentares em escolares. *Jornal de Pediatria* 80 (1).
- Warren, C., Schafer, K., Crowley, E., & Olivardia, R. (2013). Treatment Providers With a Personal History of Eating Pathology: A Qualitative Examination of Common Experiences. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 21 (4) 295-309.
- Wildes, J., Emery, R., & Simons, A. (2001). The Roles of Ethnicity and Culture in the Development of Eating Disturbance and Body Dissatisfaction: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review* 21 (4) 521-551.
- Zaitsoff, S., Fehon, D. & Grilo, C. (2009). Social competence and social-emotional isolation and eating disorder psychopathology in female and male adolescent psychiatric inpatients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9 (2) 219-228.