

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

*O papel do perfeccionismo no desenvolvimento de
sintomas psicopatológicos numa amostra de jovens
adultos*

Sara Cristina Rosado Crispim

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia
Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação de:

Prof.^a Doutora Cláudia Carmo

2016

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

*O papel do perfeccionismo no desenvolvimento de
sintomas psicopatológicos numa amostra de jovens
adultos*

Sara Cristina Rosado Crispim

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia
Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação de:

Prof.^a Doutora Cláudia Carmo

2016

O papel do perfeccionismo no desenvolvimento de sintomas psicopatológicos numa amostra de jovens adultos

Declaração de Autoria de Trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

(Sara Cristina Rosado Crispim)

«Copyright» em nome de Sara Cristina Rosado Crispim

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero fazer um especial agradecimento a todos os participantes que colaboraram connosco para que a realização deste estudo fosse possível.

À minha orientadora: Prof.^a Doutora Cláudia Carmo por todo o apoio, disponibilidade, por todo o conhecimento transmitido e por contribuir para o meu crescimento enquanto profissional.

Aos meus pais, por terem acreditado sempre em mim, por nunca me deixarem desistir e pela ajuda na realização dos meus sonhos. Aos meus avós que sempre me deram carinho, me levantaram do chão nos momentos mais difíceis da minha vida e pelo amor sempre transmitido quando eu tão pouco tempo tinha para estar com eles.

A ti Pedro, homem e amor da minha vida, que sabes que este foi o ano mais difícil da minha vida, que sempre estiveste ao meu lado, que reconheces sempre o meu profissionalismo, a minha vontade e ambição, pelo teu amor, obrigada por seres a pessoa que és para mim e pelo abraço que dissolve o medo e a ansiedade.

Aos meus amigos: Laura, Daniela, Pedro, Rita, Gonçalo e Rui por todo o carinho, paciência e por existirem na minha vida.

Por ti e para ti, avó “Gui”.

Resumo

O perfeccionismo tem suscitado uma atenção e interesse crescentes por parte de muitos investigadores. Apesar de todo o suporte teórico e conceptual, os resultados de várias investigações empíricas são pouco conclusivas, assim, tornou-se pertinente investigar até que ponto poderá o perfeccionismo ser saudável e responsável para o eclodir de sintomas psíquicos, torna-se também primordial perceber qual o tipo de perfeccionismo que se distingue nas manifestações de sintomatologia psíquica.

O objetivo do presente estudo recai sobre a importância do perfeccionismo enquanto característica de personalidade para a eclosão e manutenção de sintomas psicopatológicos. Deste modo foram traçados alguns objetivos, tais como: Avaliar os níveis de perfeccionismo nas diferentes componentes deste traço de personalidade; Explorar a relação entre as diferentes componentes do perfeccionismo e sintomatologia psicopatológica; Analisar quais os tipos de perfeccionismo que estão intimamente relacionados com o emergir e a manutenção de sintomatologias específicas; Avaliar o contributo do perfeccionismo na explicação da sintomatologia.

Participaram neste estudo 127 jovens adultos de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos. Os instrumentos aplicados para avaliar o perfeccionismo foram a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (HMPS) (Hewitt & Flett, 1991) e a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (FMPS) (Frost, Marten, Lahart e Rosenblate, 1990), para avaliar a psicopatologia procedeu-se à aplicação do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999).

Os resultados demonstraram que é o perfeccionismo socialmente prescrito o maior preditor para o eclodir de perturbações psicológicas. O presente estudo realçou também que, é o género feminino aquele que apresenta uma maior predisposição para a sintomatologia psíquica e, por último, relativamente à situação profissional dos participantes é de realçar que são os estudantes os que apresentam sintomas psicopatológicos em detrimento dos não estudantes.

Palavras-Chave: Perfeccionismo, psicopatologia, traço de personalidade.

Abstract

Perfectionism has been a case of interest that investigators studying a lot. Besides all of the theoretical and conceptual support the results of various empirical investigations are not enough. So it is important to investigate how perfectionism can be responsible and healthy to cross with the psychology symptoms. Also it is important to distinguish distinguish the difference of perfectionism on the manifestation of psychology.

The propose of this study lies the importance of perfectionism as a personality characteristic for the onset and maintenance of psychopathology. Thus it was set some goals, such as: Assessing levels of perfectionism in the different components of this personality trait; Explore the difference between the different types of perfectionism and the multiple frames of psychopathological disorders; Analyze whether personality traits have influence on the development of psychopathology; Analyze what types of perfectionism that are closely related to the emergence and maintenance of specific symptomatology and, at last, Assess the contribution of perfectionism in the symptomatology explanation.

Participated in the study 127 young adults of both sexes aged 18 to 30 years. The instruments used to assess perfectionism were the Multidimensional Scale of perfectionism (HMPS) (Hewitt & Flett, 1991) and Multidimensional Scale of perfectionism (FMPS) (Frost, Marten, Lahart e Rosenblate, 1990); to assess psychopathology proceeded to the application of Brief Symptom Inventory (BSI) (Canavarro, 1999).

The results show that the social perfectionism is the most prescribed mental disease. The prison study show us how the feminine gender has more possibility to display these symptoms. Lastly, the professional situation of the participant is to students who are more likely to have this problem then other people.

Keywords: Perfectionism, psychopatology, personality trait.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Objetivos	14
3. Método	14
3.1. Participantes.....	14
3.2. Instrumentos.....	15
3.2.1. Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Frost et al., 1990).....	15
3.2.2. Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991)	16
3.2.3. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999).....	17
4. Procedimento.....	18
4.1. Procedimento de recolha de dados.....	18
4.2. Procedimento de análise dos dados	18
5. Apresentação dos resultados	19
6. Discussão dos Resultados.....	28
7. Conclusões e Limitações no estudo	32
8. Referências Bibliográficas	33
9. ANEXOS.....	38

Índice de Tabelas

Tabela 1	<i>Caraterização sociodemográfica dos participantes em função do curso universitário (N =127)</i>	20
Tabela 2	<i>Caraterização sociodemográfica dos participantes em função dos participantes que apontaram que tinham ou tiveram um problema psicológico (N =127)</i>	20
Tabela 3	<i>Diferenças estatísticas nas subescalas da Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Frost et al., 1990) em função do género (N =127).....</i>	21
Tabela 4	<i>Diferenças estatísticas nas subescalas da Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991) em função do género (N =127)</i>	22
Tabela 5	<i>Diferenças estatísticas nas subescalas do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999) em função do género (N =127)</i>	22
Tabela 6	<i>Correlações entre a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Frost, 1990) e a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991) (N =127)</i>	24
Tabela 7	<i>Correlações entre o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999) e a Escala Multidimensional do Perfeccionismo (Frost et al., 1990) (N =127).....</i>	25
Tabela 8	<i>Correlações entre o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999) e a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991) (N =127).....</i>	26

Índice de Anexos

Anexo A - Pedido de autorização para recolha de dados aos Presidentes dos Conselhos Diretivos das Faculdades

Anexo B - Pedido de autorização de recolha de dados aos Diretores dos Cursos de Licenciaturas

Anexo C - Consentimento Informado

Anexo D – Questionário Sociodemográfico

Lista de Siglas

FMPS: Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost et al., (1990)

HMPS: Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett (1991)

B.S.I.: *Brief Symptom Inventory* / Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999)

IGS: Índice Geral de Sintomas

PAO: Perfeccionismo Auto Orientado

POO: Perfeccionismo Orientado para os Outros

PSP: Perfeccionismo Socialmente Prescrito

PE: Preocupação com os Erros

PP: Padrões Pessoais

DA: Dúvida sobre as Ações

EP: Expetativas Parentais

CP: Crítica Parental

POC: Perturbação Obsessivo-Compulsiva

QSD: Questionário Sociodemográfico

1. Introdução

O perfeccionismo é um traço de personalidade que se caracteriza pela necessidade de alcançar padrões pessoais bastante elevados acompanhados de avaliações extremamente críticas do comportamento que se pretende alcançar. Existe desta forma, uma incessante procura da perfeição nos comportamentos e valores tanto num contexto social como cultural (Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990; Stoeber & Janssen, 2011; Macedo, 2012).

O conceito de perfeccionismo é conotado como sendo objeto de interesse e de atenção crescentes, por parte de investigadores e clínicos, contudo a sua definição sofreu algumas modificações ao longo das décadas (e.g., Hollender, 1965; Hamachek, 1978).

Freud (1926/1959) conotou o perfeccionismo como um sintoma comum da neurose obsessiva, onde um superego severo e punitivo faz exigências para obter uma realização sublime. Horney (1950), definiu da mesma forma o perfeccionismo como sendo a tirania do dever, para a autora esta característica da personalidade envolvia não só uma procura pela supra realização como também seria um meio de controlo da vida. Hollender (1978) foi também um dos primeiros autores a definir o perfeccionismo como “a prática de exigir de si mesmo ou a outras pessoas uma melhor qualidade de desempenho do que o exigido pela situação”.

O estudo do perfeccionismo tem sido alvo de grande relevância científica apresentando-se como um construto cognitivo da personalidade que se encontra relacionado com comportamentos desadaptativos de reação ao *stress* e que parece predizer diversas perturbações psíquicas (Frost et al., 1990; Shafran & Mansell, 2001; Egan, Wade & Shafran, 2011; Amaral et al., 2013), nomeadamente a Depressão (e.g., Hewitt & Flett, 1991; Hewitt, Flett & Ediger, 1996), a perturbação Obsessivo-Compulsiva (e.g., Frost & Steketee, 1997; Maia, et al., 2009), as perturbações do Comportamento Alimentar (e.g., Bardone-Cone et al., 2007; Maia et al., 2009), as perturbações da Ansiedade (e.g., Alden, Bieling & Wallace, 1994; Antony & Swinson, 1998; Purdon, Antony & Swinson, 1999), encontrando-se também no seio de vários problemas interpessoais e de funcionamento familiar (e.g., Haring, Hewitt & Flett, 2003). Assim sendo, denota-se a relevância de realizar uma investigação sobre esta característica de personalidade pois na atualidade a mesma é considerada como um

processo transdiagnóstico. Deste modo, o estudo do perfeccionismo remete-nos para a importância de que existem facetas negativas do perfeccionismo que se associam ao desenvolvimento e manutenção de perturbações psíquicas tanto em amostras clínicas como não clínicas (Egan et al., 2011; Macedo, Marques & Pereira, 2014).

De acordo com Hamachek (1978), as pesquisas sobre o conceito em questão permitiram assim fazer uma distinção entre um perfeccionismo considerado normativo e um perfeccionismo considerado neurótico o que abrange os aspectos positivos e negativos do conceito em questão. O perfeccionismo normativo é assim associado a características positivas sendo saudável para o funcionamento psicológico do indivíduo, pois toda a procura e todo o esforço para alcançar determinada meta só se relaciona com a necessidade de realização pessoal e de obtenção de auto-estima no próprio. É um tipo de perfeccionismo no qual o indivíduo tende a ser menos exigente e apenas procura uma sensação de prazer ao alcançar os objetivos traçados. Em contrapartida, o perfeccionismo neurótico já tem uma conotação mais obsessiva e revela exigência nas tarefas a que o indivíduo se propõe, de forma a evitar o fracasso e o temor ao mesmo. Estes indivíduos estabelecem metas bastante elevadas que não correspondem à exigência da própria situação, ao realizar determinada tarefa existe uma falta de satisfação devido à exigência no desempenho na mesma. O perfeccionismo disfuncional pode ainda conduzir à procrastinação (adiamento do confronto com situações em que é necessário estar à altura dos seus elevados padrões) e ao término prematuro das tarefas, uma vez que os padrões perfeccionistas são improváveis de serem alcançados (Antony & Swinson, 1998; Arana, Scappatura, Elizathe & Rutzstein, 2011; Cruce, Pashak, Handal, Munz & Gfeller, 2012).

Segundo, Tozzi et al., (2004) o perfeccionismo engloba inúmeras controvérsias não só na sua definição mas também na sua conceptualização que foi evoluindo ao longo do tempo. Assim, este conceito foi primeiramente considerado como sendo um construto unidimensional, no qual os indivíduos se predisõem a alcançar metas inatingíveis e mantêm atitudes disfuncionais (Burns, 1980). O perfeccionismo era encarado como uma característica disfuncional e negativa que se focava apenas nos aspectos intrapessoais, ou seja, nos fatores cognitivos. Em contrapartida, várias investigações científicas (e.g., Frost, et al., 1990; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003) desenvolveram a conceção de que o perfeccionismo se afirma agora como um conceito que denota alguma complexidade devido à sua multidimensionalidade que abrange

ações tanto desadaptativas como adaptativas. O perfeccionismo segundo uma perspectiva multidimensional assume a sua componente adaptativa e desadaptativa ao invés da perspectiva unidimensional que só assumia a componente desadaptativa e clínica do construto. Deste modo, numa perspectiva multidimensional irá abranger tanto componentes intrapessoais como interpessoais, umas consideradas positivas e outras negativas (e.g., Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991; Hill, McIntire & Bacharac, 1997; Stoeber & Otto, 2006).

Assim, o perfeccionismo compreende várias dimensões tais como: o Perfeccionismo Auto Orientado, o Perfeccionismo Orientado aos Outros e o Perfeccionismo Socialmente Prescrito. O que distingue estas três dimensões é essencialmente o objeto a partir do qual o comportamento perfeccionista é orientado. Todas estas dimensões fazem parte do comportamento perfeccionista global e distinguem o perfeccionismo adaptativo do perfeccionismo desadaptativo (Hewitt & Flett, 1991). O Perfeccionismo Auto Orientado é assim descrito como todo o comportamento perfeccionista direcionado para o próprio indivíduo que implica traçar metas e objetivos altamente rigorosos e, a avaliação desses mesmos padrões é extremamente exigente (Hewitt & Flett, 1991). O Perfeccionismo Orientado aos Outros é caracterizado pelo desenvolvimento de crenças e expectativas relativamente ao comportamento dos outros (Hewitt & Flett, 1991). Por último, o Perfeccionismo Socialmente Prescrito designa-se como a crença que o indivíduo tem sobre o que os outros exigem do próprio, ou seja, indivíduos com esta dimensão perfeccionista preocupam-se excessivamente com o que os outros pensam e avaliam sobre si próprio (Hewitt & Flett, 1991).

Ainda numa perspectiva multidimensional, (Frost et al., 1990) é de realçar seis componentes do perfeccionismo: a preocupação com a possibilidade de cometer erros ou falhas; os altos padrões pessoais; a perceção das expectativas e críticas parentais; a dúvida constante relativamente às acções e a necessidade de ordem e organização. Estas duas descrições do perfeccionismo, dão origem a dois dos instrumentos de avaliação do perfeccionismo mais utilizados na investigação científica deste construto transdiagnóstico, a Escala Multidimensional Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991) e a Escala Multidimensional do Perfeccionismo (Frost et al., 1990).

Os autores Frost, Heimberg, Holt, Mattia e Neubauer, (1993) realizaram um estudo com o objetivo de fazer uma comparação entre ambas as escalas que avaliam o

perfeccionismo, o mesmo demonstrou que, a pontuação na escala FMPS estava correlacionada com o Perfeccionismo Auto Orientado (PAO), com o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) e um pouco menos mas ainda assim associada com o Perfeccionismo Orientado aos Outros (POO). O Perfeccionismo Auto Orientado (PAO) estava fortemente correlacionado com os Padrões Pessoais (PP) e de forma moderada com a dimensão Preocupações com os Erros (PE), enquanto o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) estava de forma significativa correlacionado com as dimensões Preocupação com os Erros (PE), Expetativas Parentais (EP) e Crítica Parental (CP).

Apesar de existir uma vasta literatura sobre o perfeccionismo ainda inúmeros aspetos ficam por esclarecer relativamente à sua etiologia e desenvolvimento, desta forma, é este tema que abordaremos de seguida.

Segundo vários autores, (e.g., Blatt, 1995; Hamachek, 1978; Pacht, 1984; Shafran & Mansell, 2001) o perfeccionismo é originado no seio da relação entre os membros que constituem uma família, especialmente na relação com os pais, sendo assim o ambiente familiar considerado um fator central no desenvolvimento do perfeccionismo. A literatura aponta (Flett & Hewitt, 2004) várias características parentais que determinam o perfeccionismo na interação entre pais e filhos, tais como: pais que são direta ou indiretamente críticos e demasiado exigentes, que possuem expetativas e padrões elevados, pais com aprovação ausente ou condicional, pais que insistem em modelar os comportamentos dos filhos de forma a que estes atinjam a perfeição; são particularidades como estas que poderão determinar características e ações perfeccionistas também nos filhos.

Em contrapartida, e de acordo com investigações mais recentes, (e.g., Flett, Fletcher & Neumeister, 2014) o contexto é conotado como um fator bastante influente no que diz respeito à estruturação da personalidade do indivíduo, ou seja, o indivíduo não só adquire traços perfeccionistas na relação com os pais como também na relação com colegas e professores em meio escolar. Dado ao facto de que na atualidade existe medo de falhar, de cometer erros, as escolas apoiam somente os alunos que não cometem erros estando desta forma a formar indivíduos perfeitos. Assim, os adolescentes perfeccionistas apresentam níveis mais elevados de perspetiva social do que os não-perfeccionistas. Esta conclusão parece referir assim que, a perspetiva social pode

ser uma capacidade que os adolescentes perfeccionistas usam para prever como os outros vêem o seu comportamento e desempenho.

Os adolescentes estão constantemente atentos aos comportamentos sociais que acontecem ao seu redor tanto no contexto familiar como escolar e muitos sofrem pressões constantes para atingir a perfeição tanto como indivíduo como profissional. A consequência da possível falta de perfeição nos seus comportamentos poderá traduzir os indivíduos em alvos de humilhação caso cometam falhas (Flett et al., 2014). Assim e, de acordo com Flett et al., (2014), torna-se importante alertar para que se fomente a procura pela excelência e não pela perfeição e que deverá existir uma reformulação positiva na forma como se percebem os erros e a falhas cometidas, pois estas são parte integrante do processo de aprendizagem.

Existem alguns modelos explicativos do perfeccionismo, que parecem prever quais os fatores que poderão estar na base do desenvolvimento do mesmo. Assim, iremos de seguida abordar o Modelo das Expetativas Sociais, o Modelo da Aprendizagem Social e o Modelo da Reação Social, todos estes modelos estão em sintonia quando se trata de considerar a infância como um período crucial para o desenvolvimento de perfeccionismo e o papel dos pais como fator principal, tal como descrito anteriormente (e.g., Hamachek, 1978; Blatt, 1995; Flett, Hewitt, Oliver & Macdonald, 2002; Stoeber, Childs, Hayward & Feast 2011; Shafran & Mansell, 2001).

O Modelo das Expetativas Sociais remete-nos para a ideia de que após uma avaliação parental dos comportamentos, a criança irá gerar uma resposta consequente que irá contribuir para o eclodir de comportamentos perfeccionistas, ou seja, a criança orienta as suas ações de forma a dar resposta às expetativas exigentes e perfeccionistas dos seus pais pensando desta forma que só assim irá adquirir valor pessoal. Assim, e dado que um reforço positivo por parte dos pais só é adquirido através do comportamento da criança ir de encontro aos padrões exigidos pelos mesmos, se a criança fracassa irá sentir abandono, frustração, desesperança e rejeição. Estes sentimentos realçados são resultado da incapacidade para atingir os padrões e expetativas parentais excessivamente elevados que lhes são impostos (Flett & Hewitt, 2002).

O Modelo da Aprendizagem Social (Bandura, 1969) salienta a ideia de que o perfeccionismo na idade adulta é o resultado de uma aprendizagem realizada na infância

acerca dos comportamentos observados nos pais. O autor propõe assim que, na infância as crianças seriam expostas a modelos que as auto recompensavam como resultado da obtenção de determinada meta ou conquista e, que era muito difícil se auto-recompensarem igualmente se não tivessem atingido metas exigentes. O autor referido realizou um estudo com Grusec e Menlove (1967) e constatou que, um estilo exigente de auto reforço direccionava-se com maior frequência a crianças que já tinham sido expostas a um modelo parental de metas e exigências irrealistas que não satisfazia qualquer necessidade nas mesmas. Posteriormente, outro estudo de Frost et al., (1991) confirmou de forma parcial estes resultados. Este estudo foi realizado com uma amostra de estudantes universitários e com os seus pais que recorrendo à Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Frost et al.,1990) os autores concluíram que: apenas o perfeccionismo das mães estava relacionado com o perfeccionismo desenvolvido nas filhas e, um estilo super exigente e severo por parte do pai de igual forma se associava ao perfeccionismo das filhas. Deste modo os filhos rapazes estavam de certa forma imunes ao perfeccionismo parental. Por outro lado, Vieth e Trull (1999) utilizando a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991) concluíram que: o perfeccionismo das filhas relacionava-se com o perfeccionismo das mães mas não dos pais; o perfeccionismo dos filhos encontrava-se positivamente correlacionado com o perfeccionismo dos pais e negativamente correlacionado com o perfeccionismo das mães; entre as filhas e as suas mães associa-se positivamente o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP).

Um outro modelo que nos elucida sobre de que forma se manifesta o perfeccionismo é o Modelo da Reação Social e refere que as crianças que posteriormente na idade adulta manifestam comportamentos perfeccionistas são o resultado prolongado de um ambiente social e educativo hostil, que inclui maus tratos, abusos sexuais, abusos físicos, abandono, humilhações e défice afetivo. Deste modo, a criança iria desenvolver traços perfeccionistas em resposta a um ambiente caótico no qual o perfeccionismo se apresenta como uma estratégia de coping que lhe permitiria ter alguma defesa e controlo sobre o seu meio e, ao mesmo tempo reduzindo a possibilidade de voltar a sofrer maus tratos. Assim, nestes casos as crianças iriam evitar o mais possível provocar mais dano (Flett et al., 2002). O modelo em questão sugere que existem três variáveis base: as expectativas parentais, o controlo exercido por partes dos pais e, a severidade versus afeto por parte dos mesmos. Cada uma das três variáveis evolui ao longo de um eixo

que varia entre o excessivamente alto e excessivamente baixo. Para Flett et al., (2002), as expectativas exigentes por parte dos pais estão sempre presentes e relacionam-se com as restantes variáveis produzindo assim diferentes tipos de perfeccionismo. O perfeccionismo considerado saudável estaria associado aos pais que demonstram ter expectativas demasiado exigentes para com os seus filhos mas que por outro lado são calorosos, e demonstram afeto pelos seus filhos não agindo de forma crítica e desiludida quando os filhos não atingem as expectativas esperadas. O perfeccionismo patológico associa-se a pais que demonstram ter expectativas elevadas perante os seus filhos mas que por outro lado respondem de forma crítica, aplicam castigos com severidade relativamente aos seus fracassos e só demonstram aprovação e afeto quando os seus filhos atingem as metas esperadas e idealizadas pelos pais.

Como mencionado anteriormente, o perfeccionismo contribui para a predisposição e manutenção de várias perturbações psíquicas, nomeadamente, na Depressão (e.g., Egan et al., 2011; Schiena, Luminet, Philippot & Douillinez, 2012; Cheng et al., 2015;), na perturbação Obsessivo-Compulsiva (e.g., Soreni et al., 2014), nas perturbações do Comportamento Alimentar (e.g., Egan et al., 2011; Egan et al., 2013; Goldstein, Peters, Thornton & Touyz, 2014) e nas perturbações da Ansiedade (e.g., Egan et al., 2011; Scott, Yap, Francis & Schuster, 2014).

A relação existente entre o perfeccionismo e a psicopatologia é também explicada pelo *stress*, uma vez que o mesmo contribui não só para a eclosão de uma perturbação mas também para a sua manutenção. Numa determinada perturbação ao ser detetada a presença de perfeccionismo geralmente isso irá traduzir uma grande severidade na mesma pois existirá a possibilidade da recuperação ser mais lenta e de justificar recaídas (Hewitt & Flett, 2002).

De acordo com Hewitt e Flett (2002) o perfeccionismo pode influenciar o *stress* para produzir ou manter estados psicopatológicos, através de quatro formas possíveis: génese, antecipação, perpetuação e intensificação do *stress*. As três primeiras formas dizem respeito ao grau ou à quantidade de exposição ao *stress*, enquanto a intensificação do *stress* envolve o modo como o indivíduo reage ao mesmo. Hewitt e Flett (2002) referem que os perfeccionistas, comparativamente aos não-perfeccionistas, estão expostos a um maior número de acontecimentos que causam *stress*, simplesmente como consequência da conduta irrealista da vida. Tendo em conta o *stress* considerado

usual, ou seja, que pode acontecer a qualquer pessoa, o *stress* ou fracasso também pode também ser fomentado pelo perfeccionista, uma vez que este procura a perfeição em todo o seu comportamento.

De acordo com Cruz (2009), os indivíduos que apresentam traços perfeccionistas geralmente tendem a viver o seu quotidiano com um nível elevado de *stress* por três razões: impõem objetivos demasiados exigentes para concluir determinada atividade com sucesso, objetivos estes demasiado elevados do que a atividade necessita para atingir qualquer objetivo a que se propõem, os indivíduos avaliam as suas competências de forma errónea, ou seja, como insuficientes; o seu desempenho em determinada tarefa é visto como um fracasso mesmo que o objetivo tenha sido alcançado. Os três fundamentos apresentados afetam uma avaliação primária, ou seja, a importância de determinada tarefa para o próprio; a avaliação secundária, que determina quais os recursos que o indivíduo detém para solucionar uma tarefa e, por último, a avaliação retrospectiva que denota o grau de sucesso com que a tarefa foi desempenhada.

Como já mencionado anteriormente, o perfeccionismo possuiu uma associação com vários quadros psicopatológicos, entre eles a Depressão. Segundo Shafran e Mansell (2001) existem cada vez mais evidências empíricas de uma associação positiva entre ambos (Blatt, 1995; Hill et al., 1997; Lynd-Stevenson & Hearne, 1999). Em amostras de estudantes e clínicos, a associação mais forte é entre Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) e Depressão, medida pelo Beck Depression Inventory (Beck, 1976). Num estudo longitudinal, o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) previu um aumento nos níveis de sintomas depressivos ao longo de um período de 4 meses (Hewitt et al., 1996).

Relativamente ao Perfeccionismo Auto Orientado (PAO), num estudo realizado por Hewitt e Flett (1991) com uma amostra de 22 pacientes com Depressão foram encontrados níveis elevados de Perfeccionismo Auto Orientado (PAO) em comparação com 13 pacientes com sintomatologia ansiosa e 22 indivíduos considerados normais. No entanto, o Perfeccionismo Auto Orientado (PAO) está positivamente relacionado com a Depressão em amostras clínicas (e.g., Hewitt & Flett, 1991; Hewitt et al., 1996); não apontando nenhuma relação com a Depressão encontrada em amostras de estudantes (Flett et al., 1991). Os autores concluíram que o Perfeccionismo Auto Orientado (PAO) é

um fator de vulnerabilidade pois alia a si *stressores* que irão produzir sintomas depressivos (Hewitt et al., 1996).

Vários autores (e.g., Bagby, Vacho, Bulmash & Quilty, 2008; Schiena et al., 2012), denotaram uma associação do perfeccionismo com a Depressão sendo que a título mais específico se referem à Depressão Major. Deste modo, o perfeccionismo não só se associa à Depressão Major como é conotado como uma barreira no tratamento da Depressão. Num estudo realizado por Cheng et al., (2015) os autores revelam que indivíduos com altos padrões de desempenho são mais vulneráveis a relatar resultados negativos quando associados ao perfeccionismo o que demonstra uma maior gravidade na Depressão, particularmente os sintomas cognitivos. Os indivíduos que apresentam baixa auto-eficácia sobre o seu desempenho são mais vulneráveis a apresentar comportamentos depressivos tais como pessimismo e procrastinação, tais comportamentos podem desencadear ou subsequentemente manter os sintomas depressivos.

De acordo com os autores Boivin e Marchand (1996) o perfeccionismo encontra-se associado, da mesma forma, a várias perturbações de Ansiedade e constitui um dos principais fatores para a eclosão e manutenção desta problemática. A associação entre o perfeccionismo e a Ansiedade é explicada devido aos elevados padrões que os perfeccionistas auto impõem. Estes padrões juntamente com as preocupações excessivas, a avaliação externa e o medo do fracasso, irão aumentar significativamente a pressão sentida perante todo o tipo de desempenho numa determinada tarefa e irá promover o comportamento defensivo comum da Ansiedade (Cruz, 2009).

Os autores Shafran e Mansell (2001) remetem-nos para a associação do perfeccionismo com uma perturbação da Ansiedade específica, a Fobia Social, considera-se assim que o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) possui um papel importante no que diz respeito ao desenvolvimento e manutenção deste problema. Na verdade, a Fobia Social foi concebida como a dúvida sobre a capacidade de conseguir adquirir uma boa imagem social que fosse assim desejada por parte dos outros. Como consequência as pessoas que procuram uma percepção perfeita (por possuírem características perfeccionistas) por parte dos outros têm mais probabilidade de sofrer de Fobia Social. Porém, também os autores Hewitt e Flett (1991) denotaram no seu estudo uma relação da Ansiedade Fóbica com o Perfeccionismo Orientado aos Outros (POO).

Os autores Heimberg, Juster, Hope e Mattia (1995) desenvolveram um modelo cognitivo de Fobia Social, que propõe que a suscetibilidade genética está associada à sensibilidade de as pessoas perceberem encontros sociais como experiências ameaçadoras. Um conjunto de crenças perfeccionistas desenvolve nas pessoas percepções de que existem consequências negativas em situações sociais, resultando em ansiedade e muitas vezes em evasão. A crença básica de pessoas com fobia social é que situações sociais são potencialmente perigosas, isto está associado com o pressuposto disfuncional que tal perigo social pode ser evitado apenas por um perfeito desempenho social (e.g., -“eu só posso evitar uma humilhação social se eu manifestar um alto padrão de desempenho social”) (Heimberg et al., 1995).

Os autores Antony, Purdon, Huta e Swinson (1998), realizaram um estudo com uma amostra clínica com vários tipos de perturbações de Ansiedade e utilizaram a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Frost et al., 1990) e a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991) onde concluíram que pacientes com diagnóstico de fobia social apresentaram resultados significativos nas subescalas: Preocupações com os Erros (PE), Dúvidas sobre as Ações (DA) e Crítica Parental (CP). Da mesma forma apresentaram resultados significativos na subescala Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP). Porém, os pacientes com perturbação de pânico e perturbação Obsessivo-Compulsiva apresentaram resultados significativos nas dimensões: Dúvidas sobre as Ações (DA) e Preocupações com os Erros (PE) (Cruz, 2009).

Um outro estudo realizado por Flett, Hewitt e DeRosa, (1996) com uma amostra de alunos universitários demonstrou que o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) foi associado a uma variedade de problemas de ajustamento psicossocial, incluindo maior solidão, timidez e medo da avaliação negativa, bem como níveis mais baixos de auto-estima. Assim, indivíduos com Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) possuíam competências sociais mais baixas. Os resultados sugerem que as pessoas com Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) estão predispostas a sofrer de vários problemas psicossociais e a apresentarem dificuldades em manifestar competências sociais

De acordo com George e Stopa (2008) através de interações gravadas de forma digital e perante um espelho demonstraram que as pessoas que detinham altos níveis de

Ansiedade Social tendem a demonstrar comparativamente com as pessoas sem Ansiedade Social: atenção concentrada, atenção seletiva para os erros, atribuições internas para os erros, atribuições externas para os êxitos, mais preocupação e atenção relativamente ao ambiente (Cruz, 2009).

Recentemente, Scott et al., (2014) realizaram um estudo sobre Ansiedade Social e denotaram que, padrões excessivamente altos no desempenho de um indivíduo ansioso irão reforçar crenças cognitivas. Após a ocorrência de uma determinada situação o indivíduo irá fazer uma avaliação de si próprio e do seu desempenho avaliando-se com rigidez, deste modo, o facto do indivíduo sentir que não correspondeu às expectativas tem como resultado a apresentação de sintomas físicos de Ansiedade. Assim sendo, o indivíduo ansioso desenvolve uma representação mental da percepção dos outros acerca de si discrepante e bastante negativa, o indivíduo por si só já espera uma avaliação negativa por parte dos outros o que irá ter como consequência comportamentos e cognições que irão renovar o ciclo de Ansiedade Social.

Esta avaliação cognitivo-comportamental sugere que em vez de terem altos padrões pessoais, os indivíduos socialmente ansiosos acreditam que os outros têm grandes expectativas acerca do seu desempenho social. Uma série de estudos onde foi utilizada a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Frost et al., 1990) revelaram que em relação a população não clínica, os indivíduos com Fobia Social pontuaram mais nas subescalas Preocupação com Erros (PE), Dúvidas sobre as Ações (DA), e Crítica Parental (CP) (e.g., Antony & Swinson, 1998; Frost & DiBartolo, 2002; Jain & Sudhir, 2010).

Vários fatores têm sido propostos como explicações para o início da perturbação de Pânico, incluindo o *stress* percebido, a ansiedade fisiológica, a sensibilidade à ansiedade e, mais recentemente, o perfeccionismo (e.g., Egan et al., 2011; Wood, Cano-Vindel & Salguero, 2015).

Como já referido anteriormente as cognições erróneas e, presumivelmente, as emoções associadas parecem contribuir de forma independente para respostas corporais induzidas por *stress* que por sua vez podem ser interpretadas como um perigo iminente ou um sinal de falta de controlo. É de salientar que, também este facto contribui e muito para o aumento de desenvolvimento de perturbações de pânico. Os indivíduos que

sofrem de perturbação de pânico revelam pontuações mais elevadas do que indivíduos não ansiosos (Wood et al., 2015).

As perturbações do Comportamento Alimentar têm sido alvo de grande preocupação e de grandes debates nas últimas décadas pois vários investigadores sustentam que o perfeccionismo tem um papel fulcral no desenvolvimento e manutenção deste problema (e.g., McGee, Hewitt, Sherry, Parkin & Flett, 2005) uma vez que em processos de autoavaliação, geralmente os indivíduos com traços perfeccionistas atribuem uma extrema importância à sua forma corporal e ao seu peso procurando a perfeição. Os indivíduos com elevados níveis de perfeccionismo fomentam expectativas irrealistas relativamente à sua aparência física constituindo assim o perfeccionismo como um fator de risco para a manutenção deste problema de saúde. Os indivíduos têm necessidade de se apresentarem de forma perfeita perante os outros e como tal preocupam-se excessivamente com o peso que ostentam, pois consideram ser alvo de avaliação por parte dos outros (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

Num estudo de revisão, os autores Bardone-Cone et al., (2007) referiram que o perfeccionismo só se associa aos problemas de Comportamento Alimentar na fase mais aguda da problemática, todavia associa-se a piores resultados no que diz respeito à fase de tratamento (Scappatura, Férran, Elizathe, Rutzstein, 2011).

Um estudo transversal (Macedo, et al., 2007) realizado com uma amostra de estudantes universitários portugueses ($N = 1163$) demonstrou que: níveis elevados de perfeccionismo apresentavam uma associação significativa com comportamentos alimentares disfuncionais. O estudo em questão verificou uma associação entre os níveis elevados de Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) e os indivíduos com comportamentos alimentares mais disfuncionais, em ambos os sexos, enquanto o Perfeccionismo Auto Orientado (PAO) tinha apenas um papel relevante no sexo feminino. No seguimento deste estudo outros autores (Soares et al., 2009) desenvolveram um estudo longitudinal que tinha como objetivo de que forma o perfeccionismo influenciava o desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar, o estudo foi realizado com uma amostra de estudantes universitários, utilizando como base os mesmos instrumentos que o estudo transversal (Macedo et al., 2007). Os resultados demonstraram que o Perfeccionismo Auto Orientado (PAO) e o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) constituíam fatores de risco para o eclodir

de perturbações do Comportamento Alimentar a curto, médio e longo prazo. Este estudo permitiu desta forma uma compreensão mais clara da associação entre perfeccionismo e as perturbações do Comportamento Alimentar.

O perfeccionismo, enquanto característica de personalidade também tem sido associada à Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) na medida em que é considerado um traço necessário mas insuficiente para o seu desenvolvimento. Os indivíduos não clínicos que apresentam perfeccionismo revelam uma forte relação com alguns sintomas de POC, e aqueles que foram diagnosticados com POC apresentam elevadas pontuações em algumas dimensões do perfeccionismo (Macedo et al., 2007). De acordo com a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Frost et al., 1990), as subescalas Padrões Pessoais (PP) e a Preocupação com Erros (PE) são significativamente elevados em indivíduos com POC e de acordo com a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991) o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) é significativamente elevada em indivíduos com POC em comparação com os grupos de controlo (Antony et al., 1998; Buhlmann, Etkoff & Wilhelm, 2008; Frost, Steketee, Cohn & Griess, 1994; Frost & Steketee, 1997; Sassaroli et al., 2008).

Diversos autores (Pinto, Liebowitz, Foa & Simpson, 2011) testaram cada critério de diagnóstico da Perturbação Obsessivo-Compulsiva separadamente e descobriram que o perfeccionismo previu piores resultados no tratamento em todos os critérios.

Recentemente, os autores Buyukbayraktar e Ure (2014) referem que uma pessoa perfeccionista também pode apresentar tristeza e várias condições psicopatológicas como resultado dos seus pensamentos. Recentemente, um estudo investigou os efeitos do Perfeccionismo Auto Orientado (PAO) e o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) em estudantes universitários examinando três emoções negativas: ansiedade, depressão e raiva. Os resultados evidenciaram que, o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) previu o aumento da ansiedade, depressão, e raiva após uma falha inicial e aumentou ainda mais a raiva após fracassos repetidos (Stoeber, 2014). Deste modo, é provado que os perfeccionistas na sua procura pela excelência quando deparados com uma falha ou um fracasso desenvolvem sentimentos de raiva, esta, ao mesmo tempo é a consequência do *stress* vivenciado (Buyukbayraktar & Ure, 2014).

Após a revisão de literatura acima descrita podemos concluir que diferentes tipos de perfeccionismo assumem uma responsabilidade primordial na origem de sintomatologias psíquicas e denota-se assim importante aprofundar o estudo desta temática em jovens adultos portugueses de ambos os sexos de modo a confirmar os variados estudos aprofundados no presente estudo. Assim, de seguida, passamos a identificar o objetivo geral, os objetivos específicos, qual o método utilizado e o seu procedimento.

2. Objetivos

Este estudo teve como principal objetivo analisar a influência do perfeccionismo na eclosão e manutenção de vários sintomas psicopatológicos numa amostra de jovens adultos.

De modo a alcançar este objetivo geral delinear-se os seguintes objetivos específicos: (1) Avaliar os níveis de perfeccionismo nas diferentes componentes deste traço de personalidade; (2) Explorar a relação entre as diferentes componentes do perfeccionismo e sintomatologia psicopatológica; (3) Analisar quais os tipos de perfeccionismo que estão intimamente relacionados com o emergir e a manutenção de sintomatologias específicas; (4) Avaliar o contributo do perfeccionismo na explicação da sintomatologia.

3. Método

3.1. Participantes

A amostra foi composta por 127 jovens adultos de ambos os sexos, 49 sujeitos do sexo masculino (38,6) e 78 do sexo feminino (61,4%) com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos ($M = 23,09$, $DP = 4,130$). Todos os participantes são de nacionalidade portuguesa. De acordo com a situação profissional dos participantes, é de salientar que 64 são estudantes (50,4%) e 63 não estudantes (49,6%). Relativamente ao estado civil, os participantes são maioritariamente solteiros (81,9%), seguem-se os casados (15,7%) e por fim os divorciados (2,4%). Tendo em conta o local de residência os participantes são maioritariamente residentes em Vendas Novas (25,2%), segue-se Faro (18,1%) e por fim, Évora (14,2%).

3.2. Instrumentos

Para avaliar o Perfeccionismo foram utilizadas as seguintes medidas: A Escala Multidimensional de Perfeccionismo (FMPS), (Frost, et al., 1990, adaptado para português por Carmo, 2012) e a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (HMPS); (Hewitt & Flett, 1991, adaptado por Soares, Gomes, Macedo, & Azevedo, 2003). Por último, para avaliar a sintomatologia psicopatológica os participantes irão preencher o *Brief Symptom Inventory* (Inventário de Sintomas Psicopatológicos) (L. Derogatis, 1982, adaptado para português por Canavarro, 1999).

3.2.1. Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Frost et al., 1990)

Compreende 35 itens que correspondem a cinco pontos na escala de Likert na qual 1 ponto se refere a “discordo completamente” e os 5 pontos referem-se a “concordo totalmente”. A presente escala encontra-se dividida por seis subescalas tais como: os Padrões Pessoais (PP) que se caracterizam pela definição de padrões bastante elevados que envolve o esforço para alcança-los e a avaliação que o indivíduo faz do seu próprio desempenho na realização desses mesmos padrões (e.g., -“É muito importante para mim ser muito competente em tudo o que faço”; “Tenho objetivos extremamente elevados”); a Preocupação com Erros (PE) que se traduz pela elevada preocupação em fracassar e envolve a percepção negativa dos outros relativamente a esse fracasso (e.g., -“Devo ficar preocupado se cometer um erro”; “Se falhar no meu trabalho/escola, falho enquanto pessoa”); as Dúvidas sobre as Ações (DA) que representa todas as dúvidas sobre as capacidades e desempenho do próprio sujeito (e.g., -“Demoro muito tempo a fazer qualquer coisa bem feita”; “Habitualmente tenho dúvidas acerca das coisas simples que faço no dia-a-dia”); as Expetativas Parentais (EP) que salienta a percepção de que os pais mantêm altas expetativas no desempenho do indivíduo (e.g., -“Os meus pais estabeleciam padrões muito elevados para mim”; “Os meus pais queriam que eu fosse o melhor em tudo”); a Crítica Parental (CP) que denota a preocupação com as elevadas críticas por parte dos pais (e.g., -“Quando era criança era punido quando não fazia as coisas de forma perfeita”; “Os meus pais nunca tentaram compreender os meus erros”); e, por fim a Organização (OR) que se traduz pela necessidade de ordem e organização sistemáticas (e.g., -“A organização é muito importante para mim”; Tento ser uma pessoa organizada”) (Amaral et al., 2013).

A Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost et al. (1990) foi adaptada para português por Carmo (2012), tendo apresentado boas propriedades psicométricas, nomeadamente índices de fiabilidade adequados (coeficiente de alfa de Cronbach $\geq .75$), valores de consistência interna e estabilidade temporal satisfatórios (Carmo, 2012).

3.2.2. *Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991)*

Esta escala é composta por 45 itens que corresponde a sete pontos na escala de Likert na qual 1 ponto se refere a “discordo completamente” e os 7 pontos referem-se a “concordo totalmente”. Esta escala tem como objetivo avaliar três dimensões do perfeccionismo: O Perfeccionismo Auto Orientado (PAO), o Perfeccionismo Orientado para os Outros (POO) e o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP). O Perfeccionismo Auto Orientado (PAO) é assim descrito como todo o comportamento perfeccionista orientado para o próprio indivíduo que inclui a definição de padrões que incluem alto rigor, acompanhado de uma avaliação extremamente exigente desses mesmos padrões. É de salientar que segundo os autores, esta dimensão de perfeccionismo também inclui uma motivação com o objetivo de atingir a perfeição bem como não cometer falhas durante o percurso (e.g., “Um dos meus objetivos é ser perfeito em tudo o que faço”; “Raramente sinto desejo de ser perfeito”) (Hewitt & Flett, 1991).

O Perfeccionismo Orientado para os Outros (POO) é caracterizado pelo desenvolvimento de crenças e expectativas relativamente ao comportamento dos outros, ou seja, o indivíduo avalia o comportamento dos outros com bastante exigência e com padrões relativamente irrealistas e de certa forma exigem que o comportamento dos outros seja sublime (e.g., - “Espero muito das pessoas que são importantes para mim”; “Não espero muito dos meus amigos”) (Hewitt & Flett, 1991).

Por último, o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) designa-se como a crença que o indivíduo tem sobre o que os outros exigem do próprio, ou seja, trata-se de uma perceção errónea do indivíduo perfeccionista de que os outros mantêm expectativas elevadas sobre o seu comportamento e têm necessidade que o indivíduo seja perfeito. Indivíduos com esta dimensão perfeccionista preocupam-se excessivamente com o que os outros pensam e avaliam sobre si próprio e mantêm a convicção de que estão constantemente a ser avaliados rigorosamente pelos outros o que irá resultar em sintomas de ansiedade e depressão pois existe uma grande necessidade de estar sempre a agradar aos outros. Estes indivíduos vivem preocupados com a avaliação negativa

externa e necessitam de atenção para ir contra a desaprovação dos outros (e.g., - “Quanto mais sucesso tenho mais esperam de mim”; “Não posso tolerar que as pessoas que me rodeiam façam erros” (Hewitt & Flett, 1991).

O instrumento em questão foi adaptado para a população portuguesa por Soares, Gomes, Macedo e Azevedo (2003). O valor de Alfa de Cronbach obtido foi de .885, o que revela uma boa consistência interna. Por sua vez, o coeficiente de Spearman-Brown foi de .847 e o de Guttman (entre metades) foi de .842 (Soares et al., 2003).

3.2.3. *Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999)*

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*Brief Symptom Inventory – B.S.I.*) traduz-se numa versão abreviada do SCL-90 de Derogatis (1977) realizada no ano de 1982. Trata-se assim de um inventário de autoresposta utilizado para avaliar a psicopatologia e é constituído por 53 itens. É constituído por nove dimensões e três índices globais. As nove dimensões são as seguintes: Somatização, que reflecte o mal-estar como consequência do funcionamento somático (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37) (e.g., “Desmaios ou tonturas”; “Dores sobre o coração ou no peito”); Obsessões-Compulsões inclui cognições, impulsos e comportamentos persistentes e aos quais é difícil o indivíduo resistir (itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36) (e.g., Dificuldades em se lembrar de coisas passadas ou recentes”; Sentir necessidade de verificar várias vezes o que se faz”); Sensibilidade Interpessoal reflecte o desconforto, timidez, auto-depreciação nas relações sociais e a comparação com outras pessoas (itens 20, 21, 22 e 42) (e.g., “Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos”; “Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si”); Depressão que visa avaliar o humor disfórico, perda de energia e falta de motivação/interesse pela vida (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50) (e.g., “Pensamentos de acabar com a vida”; Sentir-se sozinho”); Ansiedade que reflecte a tensão, nervosismo e os sintomas capazes de gerar ataques de pânico (itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49) (e.g., “Nervosismo ou tensão interior”; “Ter um medo súbito sem motivo para isso”); Hostilidade que visa avaliar os sintomas característicos do estado afectivo negativo da cólera (itens 6, 13, 40, 41 e 46) (e.g., “Ter impulsos que não se podem controlar”; “Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém”); Ansiedade Fóbica que inclui a resposta de medo persistente, irracional e desproporcional face a um determinado estímulo (itens: 8, 28, 31, 43 e 47) (e.g., “Sentir medo na rua ou praças públicas”; “Medo de viajar de autocarro, metro ou comboio”); Ideação Paranóide que reflecte o comportamento

paranóide como um modo perturbado do funcionamento cognitivo (itens: 4, 10, 24, 48 e 51) (e.g., “Sentir que não se pode confiar na maioria das pessoas”; “Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si”); Psicoticismo que abrange itens de isolamento e de estilo de vida esquizóide e também sintomas primários de esquizofrenia (itens: 3, 14, 34, 44 e 53) (e.g., “Ter a impressão de que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos”; “Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados”). Os três índices globais são os seguintes: Índice Geral de Sintomas (número total de sintomas e sua intensidade), Índice de Sintomas Positivos (medida que combina a intensidade da sintomatologia com o número de sintomas presentes) e Total de Sintomas Positivos (número de sintomas assinalados).

O instrumento em questão foi adaptado para a população portuguesa por Canavarro (1999) e apresentou boas qualidades psicométricas. Os níveis de consistência interna da escala em questão são satisfatórios e situam-se entre .40 e .70. Quanto à estabilidade temporal os valores obtidos situam-se entre .45 e .80 (Canavarro, 1999).

4. Procedimento

4.1. Procedimento de recolha de dados

O processo de recolha de dados foi iniciado com um pedido de autorização ao Presidente do Conselho Diretivo das Faculdades onde se pretendeu realizar a recolha de dados. De seguida foi necessário pedir a colaboração dos docentes para que os alunos pudessem preencher as escalas de avaliação na presença da investigadora e em contexto de sala de aula de acordo com a disponibilidade horaria de cada docente. Foi entregue a cada aluno um consentimento informado antes do preenchimento do protocolo de resposta, de modo que, os alunos fossem informados de que a sua participação é totalmente voluntária, os seus dados seriam confidenciais e que não existem respostas corretas ou erradas. Aos participantes não estudantes que foi pedida a colaboração para o presente estudo foi de igual forma entregue o consentimento informado e garantidas todas as questões éticas de sigilo profissional nos dados recolhidos.

4.2. Procedimento de análise dos dados

Após recolhida a informação, procedeu-se ao seu lançamento em suporte informático, sendo calculadas as pontuações para as diferentes dimensões de cada um dos instrumentos utilizados. No caso de respostas deixadas em branco (situação

pontual), procedeu-se à imputação de valores, atendendo à média da dimensão correspondente ao item com resposta omissa.

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva e estatística inferencial. O nível de significância para aceitar ou rejeitar a hipótese nula foi fixado em $(\alpha) \leq 0,05$. Utilizou-se os coeficientes de correlação de Pearson e o teste t de Student para amostras independentes. Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene. Nas amostras com dimensão superior a 30 aceitou-se a normalidade de distribuição dos valores de acordo com o teorema do limite central. Recorremos também à análise de regressão múltipla para avaliar a associação entre as variáveis em estudo.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.0 para Windows.

5. Apresentação dos resultados

Caraterização da amostra

Colaboraram na nossa investigação 127 sujeitos, todos de nacionalidade portuguesa, maioritariamente são residentes em Vendas Novas (25,2%), Faro (18,1%) e Évora (14,2%) dos quais 61,4% são do género feminino e 38,6% do género masculino.

Relativamente ao estado civil, uma percentagem muito elevada da nossa amostra é solteira (81,9%), seguem-se os casados (15,7%) e os divorciados (2,4%).

Na nossa amostra 64 dos participantes são estudantes (50,4%) e 63 não-estudantes (49,6%) o que revela algum equilíbrio na mesma relativamente à situação profissional. De acordo com a nossa amostra, o ano mais frequentado é o primeiro ano da universidade (65,1%). Relativamente ao rendimento escolar da nossa amostra, a maioria dos participantes apresenta um bom rendimento académico (73%).

Tabela 1

Caraterização sociodemográfica dos participantes em função do curso universitário (N =127)

	Frequência	Percentagem
Psicologia	58	45,7
Ciências da Educação e Formação	1	,8
Gestão	2	1,6
Línguas Literaturas e Culturas	2	1,6
Total	63	49,6
Não se aplica/Não Revela	63	49,6
Omissos	1	,8
Total	64	50,4

Como podemos observar na Tabela 1, na nossa amostra contemplam 64 estudantes (50,4%) sendo que os mesmos são maioritariamente do curso de Psicologia, ou seja, cerca 58 dos participantes (45,7%).

Tabela 2

Caraterização sociodemográfica dos participantes em função dos participantes que apontaram que tinham ou tiveram um problema psicológico (N =127)

	Frequência	Percentagem
Ansiedade	2	16,7
Perturbação Obsessivo-Compulsiva	2	16,7
Depressão	8	66,6
Total	12	100

Do total da nossa amostra, cerca de 12 participantes referem ter um problema psicológico (9,4%) sendo que o restante, 115 participantes demonstram não ter qualquer problema psíquico (90,6%). Como podemos observar na Tabela 2, a perturbação psicológica mais apontada no nosso estudo foi a Depressão (66,6%), a Ansiedade e a perturbação Obsessivo-Compulsiva foram também evidenciadas pelos participantes (16,7%).

De acordo com a nossa amostra, 24 dos participantes indicaram ter recebido tratamento psicológico (18,9%) e os restantes 103 referiram não ter recebido qualquer tratamento psíquico (81,1%). É de salientar que, tendo em conta o tratamento psiquiátrico, 9 dos participantes mencionaram ter recebido tratamento psiquiátrico (7,1%) sendo que, os restantes 117 não receberam (92,9%). Apenas um dos participantes não respondeu a esta questão.

Tabela 3

Diferenças estatísticas nas subescalas da Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Frost et al., 1990) em função do gênero (N = 127)

	M	DP	Masculino		Feminino		t	p
			M	DP	M	DP		
PP	22,35	4,70	23,29	4,01	21,76	5,02	1,800	,074
PE	23,18	7,06	25,22	6,50	21,90	7,13	2,647	,009**
DA	11,16	3,03	11,76	2,90	10,78	3,07	1,777	,078
EP	12,88	4,86	14,02	4,40	12,17	5,02	2,122	,036*
CP	9,54	3,87	10,61	3,60	8,87	3,90	2,521	,013*
O	22,71	5,21	21,02	5,25	23,77	4,93	-2,982	,003**
Total FMPS	160,40	21,07	161,49	22,33	159,72	20,35	,460	,646

Nota. N= Número de participantes; M= Média; DP= Desvio Padrão; t = Teste t de Student para amostras independentes; p= Nível de significância; PP= Padrões Pessoais; PE= Preocupação com os Erros; DA= Dúvida sobre as Ações; EP= Expetativas Parentais; CP= Crítica Parental; O= Organização; Total FMPS= Total obtido nas subescalas da Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Frost et al., 1990).

* $p \leq ,05$ ** $p \leq ,01$ *** $p \leq ,001$

Como podemos observar na Tabela 3, encontramos as seguintes diferenças estatisticamente significativas: Na subescala Preocupação com os Erros (PE), $t(125) = 2,647$, $p = ,009$, os homens obtêm valores significativamente mais elevados ($M = 25,22$, $DP = 6,50$) em detrimento das mulheres ($M = 21,90$, $DP = 7,13$).

Na subescala Expetativas Parentais (EP), $t(125) = 2,122$, $p = ,036$, os homens obtêm valores significativamente mais elevados ($M = 14,02$, $DP = 4,40$) quando comparados com as mulheres ($M = 12,17$, $DP = 5,02$). Relativamente à subescala Crítica Parental (CP), $t(125) = 2,521$, $p = ,013$, são os homens os que obtêm valores significativamente mais elevados ($M = 10,61$, $DP = 3,60$) em detrimento das mulheres ($M = 8,87$, $DP = 3,90$).

Por último, de acordo com a subescala Organização (O), $t(125) = -2,982$, $p = ,003$, são as mulheres que obtêm valores estatísticos mais elevados ($M = 23,77$, $DP = 4,93$) quando comparadas com os homens ($M = 21,02$, $DP = 5,25$).

Tabela 4

Diferenças estatísticas nas subescalas da Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991) em função do género (N = 127)

	M	DP	Masculino		Feminino		t	p
			M	DP	M	DP		
PAO	79,94	15,45	79,61	15,17	80,14	15,72	-,187	,852
PSP	48,06	11,26	50,39	9,85	46,60	11,89	1,862	,065
POO	41,13	7,55	40,45	7,17	41,55	7,80	-,800	,425
Total HMPS	184,72	24,52	186,08	26,15	183,86	23,56	,496	,621

Nota. N= Número de participantes; M= Média; DP= Desvio Padrão; t = Teste t de Student para amostras independentes; p= Nível de significância; PAO= Perfeccionismo Auto Orientado; PSP= Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO= Perfeccionismo Orientado aos Outros; Total HMPS= Total obtido nas subescalas da Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991).

* $p \leq ,05$ ** $p \leq ,01$ *** $p \leq ,001$

Relativamente à comparação estatística entre as subescalas da Escala Multidimensional do Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991) em função do género como podemos observar na Tabela 4, as diferenças não são estatisticamente significativas.

Tabela 5

Diferenças estatísticas nas subescalas do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999) em função do género (N = 127)

	M	DP	Masculino		Feminino		t	p
			M	DP	M	DP		
Somatização	3,49	4,48	3,56	4,52	3,45	4,48	,136	,892
Obsessão Compulsão	5,81	3,84	5,46	3,86	6,03	3,83	-,825	,411
Sensibilidade Interpessoal	3,49	3,08	2,97	2,63	3,81	3,31	-1,569	,119
Depressão	5,09	4,36	4,38	4,09	5,54	4,49	-1,476	,142
Ansiedade	4,83	3,94	4,06	3,67	5,31	4,06	-1,740	,084
Hostilidade	4,76	3,55	4,31	3,16	5,05	3,77	-1,149	,253
Ansiedade Fóbica	2,28	3,07	2,43	3,37	2,19	2,89	,432	,666
Ideação Paranóide	4,82	3,54	4,69	3,33	4,90	3,68	-,327	,744
Psicoticismo	3,43	3,35	3,29	3,11	3,52	3,52	-,374	,709
Índice Geral de Sintomas	48,04	35,08	44,53	32,94	50,25	36,40	-,895	,373
Total de Sintomas Positivos	27,24	14,57	27,18	16,19	27,28	13,56	-,037	,971
Índice de Sintomas Positivos	1,64	0,53	1,50	,50	1,72	,54	-2,291	,024*

Nota. N= Número de participantes; M= Média; DP= Desvio Padrão; t = Teste t de Student para amostras independentes; p= Nível de significância.

* $p \leq ,05$ ** $p \leq ,01$ *** $p \leq ,001$

Na Tabela 5, podemos encontrar apenas a seguinte diferença estatisticamente significativas: Na subescala Índice de Sintomas Positivos, $t(125) = -2,291$, $p = ,24$, as

mulheres obtêm valores significativamente mais elevados ($M = 1,72$, $DP = ,54$) do que os homens neste índice ($M = 1,50$, $DP = ,50$).

Relativamente às diferenças estatísticas nas subescalas da Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Frost et al., 1990) em função da situação profissional encontrámos apenas a seguinte diferença estatisticamente significativa: Na subescala Crítica Parental (CP), $t(125) = -2,869$, $p = ,005$, são os não estudantes que obtêm uma pontuação mais elevada ($M = 10,51$, $DP = 3,27$) nesta subescala quando comparados com os estudantes. ($M = 8,59$, $DP = 4,19$). Por outro lado, aquando da análise das diferenças estatísticas nas subescalas da Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991) em função da situação profissional, constatámos que existem diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente, no Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) $t(125) = -2,561$, $p = ,012$, os não estudantes foram aqueles que obtiveram uma pontuação superior nesta subescala ($M = 50,59$, $DP = 9,08$) quando comparados com os estudantes ($M = 45,58$, $DP = 12,64$). Todavia, quando procurámos analisar o Perfeccionismo Orientado aos Outros (POO) em função da situação profissional, $t(125) = 2,620$, $p = ,010$, constatámos que são os estudantes aqueles que detêm uma pontuação mais elevada ($M = 42,83$, $DP = 7,78$) em detrimento dos não estudantes ($M = 39,40$, $DP = 6,95$).

De acordo com as diferenças estatísticas evidenciadas nas subescalas do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999) em função da situação profissional encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas: Na subescala da Depressão, $t(125) = 2,470$, $p = ,015$, são os estudantes aqueles que obtêm valores significativamente mais elevados ($M = 6,02$, $DP = 4,62$) quando comparados com os não estudantes nesta sintomatologia ($M = 4,15$, $DP = 3,89$). Da mesma forma, encontrámos diferenças estatisticamente significativas na subescala da Ansiedade, $t(125) = 2,087$, $p = ,039$, assim são os estudantes que se apresentam mais ansiosos ($M = 5,54$, $DP = 4,06$) quando comparados com os não estudantes. Por último, a subescala Índice de Sintomas Positivos apontou da mesma forma diferenças estatisticamente significativas, $t(125) = 2,328$, $p = ,022$, sendo os estudantes aqueles que exibem uma pontuação mais elevada ($M = 1,74$, $DP = ,57$) ao contrário dos não estudantes ($M = 1,53$, $DP = ,47$).

Tabela 6

Correlações entre a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Frost, 1990) e a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991) (N=127)

	PAO	PSP	POO	Total HMPS
PP	,651**	,324**	,189*	,644**
PE	,329**	,669**	,003	,538**
DA	,098	,552**	-,021	,326**
EP	,052	,591**	-,026	,312**
CP	-,179*	,589**	-,169	,105
O	,428**	-,185*	,269**	,289**
Total FMPS	,861**	,503**	,502**	,987**

Nota. N= Número de participantes; PAO= Perfeccionismo Auto Orientado; PSP= Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO= Perfeccionismo Orientado aos Outros; Total HMPS= Total obtido nas subescalas da Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991); PP= Padrões Pessoais; PE= Preocupação com os Erros; DA= Dúvida sobre as Ações; EP= Expetativas Parentais; CP= Crítica Parental; O= Organização; Total FMPS= Total obtido nas subescalas da Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Frost et al., 1990).

* $p \leq ,05$ ** $p \leq ,01$ *** $p \leq ,001$;

Quando analisamos os coeficientes de correlação entre Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Frost, 1990) e a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991) na Tabela 6, encontramos os seguintes coeficientes de correlação estatisticamente significativos: O Perfeccionismo Auto Orientado (PAO) correlaciona-se de forma moderada e positiva com os Padrões Pessoais (PP) e com a Organização (O) e, de forma positiva mas fraca com as Preocupações com os Erros (PE). Da mesma forma se correlaciona de forma negativa e muito fraca com a Crítica Parental (CP) e de forma positiva e elevada com o total FMPS. O Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) está correlacionado de forma negativa mas muito fraca com a Organização (O) e de forma positiva mas fraca com os Padrões Pessoais (PP), todavia, correlaciona-se de forma positiva mas moderada com a Preocupação com os Erros (PE), com a Dúvida sobre as Ações (DA), com as Expetativas Parentais (EP), com a Crítica Parental (CP) e com o total da FMPS. O Perfeccionismo Orientado para os Outros (POO) encontra-se correlacionado de forma positiva e muito fraca com os Padrões Pessoais (PP) e de forma positiva mas fraca com a Organização (O) e, por fim, de forma positiva e moderada com o total FMPS.

Por último, o total obtido na Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991) (total HMPS) correlaciona-se de forma positiva e moderada com os Padrões Pessoais (PP), com a Preocupação com os Erros (PE) e de forma muito elevada com o total da Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Frost et al., 1990). Da

mesma forma, correlaciona-se de forma positiva mas fraca com Dúvida sobre as Ações (DA), com as Expetativas Parentais (EP) e com a Organização (O).

Tabela 7

Correlações entre o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999) e a Escala Multidimensional do Perfeccionismo (Frost et al., 1990) (N =127)

	PP	PE	DA	EP	CP	O	Total FMPS
Somatização	,087	,303**	,219*	,213*	,330**	-,088	,123
Obsessão-Compulsão	,143	,314**	,352**	,227*	,248**	-,026	,204*
Sensibilidade Interpessoal	,131	,272**	,256**	,174	,234**	-,101	,193*
Depressão	,051	,209*	,231**	,178*	,272**	-,131	,058
Ansiedade	,138	,231**	,271**	,176*	,210*	-,022	,124
Hostilidade	,153	,259**	,201*	,234**	,259**	-,120	,159
Ansiedade Fóbica	,014	,188*	,230**	,298**	,358**	-,197*	,024
Ideação Paranóide	,191*	,233**	,127	,130	,214*	,104	,281**
Psicoticismo	,180*	,354**	,244**	,246**	,363**	-,101	,257**
Índice Geral de Sintomas	,134	,306**	,279**	,247**	,320**	-,093	,189*
Total de Sintomas Positivos	,119	,293**	,272**	,230**	,277**	-,080	,181*
Índice de Sintomas Positivos	,068	,107	,123	,099	,155	-,100	,151

Nota. N= Número de Participantes; PP= Padrões Pessoais; PE= Preocupação com os Erros; DA= Dúvida sobre as Ações; EP= Expetativas Parentais; CP= Crítica Parental; O= Organização; Total FMPS= Total obtido nas subescalas da Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Frost et al., 1990).

* $p \leq ,05$ ** $p \leq ,01$ *** $p \leq ,001$

Ao procedermos à análise dos coeficientes de correlação entre o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (B.S.I.) (Canavarro, 1999) e a Escala Multidimensional do Perfeccionismo (Frost et al., 1990) na Tabela 7, encontramos os seguintes coeficientes de correlação estatisticamente significativos: A subescala Padrões Pessoais (PP) correlaciona-se de forma positiva e muito fraca com as subescalas Ideação Paranóide e Psicoticismo. A subescala Preocupações com os Erros (PE) correlaciona-se de forma positiva e fraca com as subescalas Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ideação Paranóide, Psicoticismo, com o Total de Sintomas Positivos e por fim com o Índice Geral de Sintomas. Porém, a subescala Preocupações com os Erros (PE) correlaciona-se de forma positiva mas muito fraca com a Ansiedade Fóbica.

A subescala Dúvida sobre as Ações (DA) correlaciona-se de forma positiva mas fraca com as seguintes subescalas: Somatização, Obsessão-Compulsão, a Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Psicoticismo, Total de Sintomas Positivos e Índice Geral de Sintomas. Relativamente à subescala

Expetativas Parentais (EP), a mesma correlaciona-se de forma positiva mas fraca com as seguintes subescalas: Somatização, Obsessão-Compulsão, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Psicoticismo, Total de Sintomas Positivos e Índice Geral de Sintomas. Todavia, correlaciona-se de forma positiva mas muito fraca com a Depressão e com a Ansiedade.

De acordo com a subescala Crítica Parental (CP), esta correlaciona-se de forma positiva mas fraca com a Somatização, a Obsessão-compulsão, a Sensibilidade Interpessoal, a Depressão, a Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide, Psicoticismo, Índice Geral de Sintomas e Total de Sintomas Positivos.

Relativamente à subescala Organização (O), esta correlaciona-se de forma muito fraca e negativa com a Ansiedade Fóbica. Por último, o total obtido nesta escala (total FMPS) correlaciona-se de forma positiva e fraca com a Obsessão-Compulsão, com a Ideação Paranóide e com o Psicoticismo. Por outro lado, correlaciona-se positivamente mas de forma muito fraca com a Sensibilidade Interpessoal, com o Índice Geral de Sintomas e com o Total de Sintomas Positivos.

Tabela 8

Correlações entre o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999) e a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991) (N =127)

	PAO	PSP	POO	Total HMPS
Somatização	,001	,415**	-,243**	,130
Obsessão-Compulsão	,118	,397**	-,139	,226*
Sensibilidade Interpessoal	,019	,401**	-,068	,200*
Depressão	-,062	,305**	-,164	,068
Ansiedade	,043	,277**	-,091	,145
Hostilidade	,078	,307**	-,082	,176*
Ansiedade Fóbica	-,128	,382**	-,223*	,041
Ideação Paranóide	,156	,356**	-,009	,287**
Psicoticismo	,059	,433**	-,067	,246**
Índice Geral de Sintomas	,040	,425**	-,138	,202*
Total de Sintomas Positivos	,039	,404**	-,130	,194*
Índice de Sintomas Positivos	,088	,236**	-,080	,159

Nota. N= Número de participantes; PAO= Perfeccionismo Auto Orientado; PSP= Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO= Perfeccionismo Orientado aos Outros; Total HMPS= Total obtido nas subescalas da Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991).

* $p \leq ,05$ ** $p \leq ,01$ *** $p \leq ,001$

Quando analisamos os coeficientes de correlação entre o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999) e a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991) na Tabela 8, encontramos os seguintes coeficientes de correlação

estatisticamente significativos: O Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) correlaciona-se de forma moderada e positiva com as subescalas Somatização, Sensibilidade Interpessoal, Psicoticismo, Índice Geral de Sintomas e Total de Sintomas Positivos. Da mesma forma, correlaciona-se de forma positiva mas fraca com a Obsessão-Compulsão, a Depressão, a Ansiedade, a Hostilidade, a Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Índice de Sintomas Positivos. O Perfeccionismo Orientado para os Outros (POO) correlaciona-se de forma negativa mas fraca com a Somatização e com a Ansiedade Fóbica. Por último, o total obtido na escala (total HMPS), correlaciona-se de forma positiva e fraca com a Obsessão-Compulsão, com a Sensibilidade Interpessoal, com a Ideação Paranóide, Psicoticismo e o Índice Geral de Sintomas. No entanto, correlaciona-se de forma positiva mas muito fraca com a Hostilidade e com o Total de Sintomas Positivos.

A influência do Perfeccionismo no Índice Geral de Sintomas (Sintomatologia) foi examinada através da análise de regressão múltipla, considerando os níveis de Perfeccionismo nas três dimensões avaliadas (PAO, POO e PSP) variáveis preditivas e o Índice Geral de Sintomas (IGS) a variável dependente.

O contributo das diferentes dimensões do perfeccionismo para o Índice Geral de Sintomas (IGS) parece ser bastante diferenciado. Através do método *Enter*, em conjunto as três dimensões de perfeccionismo explicam 43,1% do IGS, contudo podemos notar que apenas se assinala um contributo significativo do Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP). Quando se analisam os resultados através do método *Stepwise* é possível verificar que a dimensão Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) ($\beta = 1.325$; $p = .000$), isoladamente explica 42,5% do Índice Geral de Sintomatologia.

6. Discussão dos Resultados

Este estudo teve como principal objetivo analisar a influência do perfeccionismo na eclosão e manutenção de vários sintomas psicopatológicos numa amostra de jovens adultos. Assim, pretende-se discutir os resultados obtidos na presente investigação tendo como base os objetivos específicos previamente formulados: Avaliar os níveis de perfeccionismo nas diferentes componentes deste traço de personalidade; Explorar a relação entre as diferentes componentes do perfeccionismo e sintomatologia psicopatológica; Analisar quais os tipos de perfeccionismo que estão relacionados com o emergir e a manutenção de sintomatologias específicas e por último; Avaliar o contributo do perfeccionismo na explicação da sintomatologia.

Desde já, pensamos ser importante referir alguns aspetos da caracterização sociodemográfica da nossa amostra para melhor compreender qual o problema psicológico mais evidenciado e a percentagem de participantes que demonstra ter ou já ter tido o mesmo.

A análise dos resultados relativamente à evidência de problemas psicológicos demonstra que, sendo a nossa amostra não clínica, apenas 12 participantes referiram ter tido algum problema psicológico, tal como esperado. Por sua vez, 66,6%, ou seja, 8 dos participantes assinalaram a Depressão como o problema psicológico mais apresentado. De realçar que, 2 participantes mencionaram também a perturbação Obsessivo-Compulsiva e os restantes 2 a perturbação da Ansiedade como problemas psicológicos já manifestados.

Neste estudo também verificámos que cerca de 9,4% dos participantes revelam que não tiveram nem têm nenhum problema psicológico todavia, 18,9% da nossa amostra atesta ter recebido tratamento psicológico. Esta constatação poderá ter como explicação o facto de os participantes terem recebido tratamento psicológico como consequência de sofrimento psíquico e assim considerarem que não têm qualquer perturbação diagnosticada.

As dimensões de perfeccionismo que apresentaram valores médios mais elevados foram o Perfeccionismo Auto Orientado (PAO) da HMPS e a Preocupação com os Erros (PE) da FMPS. Deste modo, a adaptação à população portuguesa da Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett (1991) realizada por Soares, Gomes, Macedo e Azevedo (2003) vai corroborar esta nossa constatação. Por sua vez, relativamente à adaptação da Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost et al., (1990) à população portuguesa realizada por Carmo, (2012) a subescala de

perfeccionismo que obteve valores médios mais elevados no nosso estudo foi a Preocupação com os Erros (PE), esta constatação não vai ao encontro ao estudo da autora uma vez que, Carmo (2012) obteve como valor médio mais elevado a subescala Organização (O). Contudo, Frost et al., (1993) refere que a subescala Preocupação com os Erros (PE) poderá explicar uma possível presença de perfeccionismo desadaptativo e que a mesma encontra-se relacionada com sintomas depressivos, logo, esse facto vai apoiar o nosso estudo.

Segundo os resultados obtidos no Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999), a subescala que obteve valores médios mais elevados foi a Obsessão-Compulsão. De acordo com a adaptação do *Brief Symptom Inventory (B.S.I.)* (Inventário de Sintomas Psicopatológicos) para a população portuguesa realizada por Canavarro (1999), a autora verificou que a subescala que obteve valores médios mais elevados na população geral foi a Obsessão-Compulsão, o que vai de encontro aos nossos resultados.

Verificámos ainda que, o Perfeccionismo Auto Orientado (PAO) se relaciona com os Padrões Pessoais (PP), o estudo realizado por Frost et al., (1993) vai assim apoiar esta afirmação uma vez que, da mesma forma comprovou uma relação entre ambas as subescalas. Por sua vez, obtivemos também uma relação do Perfeccionismo Auto Orientado (PAO) com a Preocupação com os Erros (PE), à qual os autores anteriormente referidos confirmam os nossos resultados pois evidenciaram também uma relação entre as subescalas referidas. No que diz respeito ao Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP), certificámos a sua relação com as subescalas Preocupação com os Erros (PE), Expetativas Parentais (EP) e Crítica Parental (CP), deste modo, o estudo dos autores Frost et al., (1993) vai corroborar os nossos resultados. De acordo com o Perfeccionismo Orientado aos Outros (POO), determinámos uma relação desta subescala com o total FMPS, face a este resultado, o estudo dos autores mencionados anteriormente verificou a mesma relação entre as subescalas referidas.

Quando analisámos a relação entre o Perfeccionismo e a sintomatologia psíquica, verificámos que a dimensão Preocupação com os Erros (PE) se relaciona com os sintomas da Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC), o que vai de encontro com os estudos realizados pelos autores Buhlmann, et al., (2008); Frost et al., (1994); Frost e Steketee (1997); Sassaroli et al., (2008) e Antony et al., (1998). Os autores referidos encontraram efectivamente uma relação da subescala Preocupação com os Erros (PE)

em indivíduos diagnosticados com POC. Porém, constatámos também que a subescala Dúvida sobre as Ações (DA) se encontra relacionada com sintomas de Perturbação Obsessivo-Compulsiva, assim sendo, estes resultados são confirmados pelo estudo dos autores Antony et al., (1998).

No decorrer das nossas análises, averiguámos uma associação da Ansiedade e Ansiedade Fóbica com as subescalas Preocupação com Erros (PE), Dúvidas sobre as Ações (DA), e Crítica Parental (CP), deste modo os estudos realizados por Antony et al., (1998); Frost e DiBartolo, (2002); Jain e Sudhir, (2010); Juster et al., (1996) relativamente a população não clínica demonstraram que indivíduos com Fobia Social pontuaram mais nas subescalas acima referidas, assim, esta confirmação vai corroborar o nosso estudo pois o mesmo contempla população não clínica e evidenciou os mesmos resultados.

A componente adaptativa de Perfeccionismo, ou seja, o Perfeccionismo Auto Orientado (PAO) não apresenta relações estatisticamente significativas com nenhuma sintomatologia. Esta afirmação não vai de encontro com o estudo realizado por Hewitt e Flett (1991) que constataram níveis de Perfeccionismo Auto Orientado (PAO) em indivíduos com Depressão. Assim, o que pode explicar esta divergência de resultados é o facto de o nosso estudo ter sido realizado com uma amostra não clínica o que não se verifica no estudo dos autores Hewitt e Flett (1991) que utilizaram uma amostra clínica.

O facto de no presente estudo não ter sido encontrada qualquer relação entre o Perfeccionismo Auto Orientado (PAO) e a sintomatologia psíquica não vai da mesma forma ser apoiado por Macedo et al., (2007), os autores denotaram no seu estudo que, o Perfeccionismo Auto Orientado (PAO) se correlacionava significativamente com as perturbações do Comportamento Alimentar com principal destaque em indivíduos do género feminino. Uma possível explicação para este resultado poderá ser o facto de que no nosso estudo nenhum participante referiu ter sintomas relacionados com a perturbação do Comportamento Alimentar, fator esse que poderá ser explicativo para o sucedido.

A componente desadaptativa de Perfeccionismo, ou seja, o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) apresentou uma relação com a sintomatologia associada à Depressão, sendo este resultado igualmente confirmado por Hewitt et al., (1996) e Stoeber (2014). Da mesma forma, denotámos que o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) está associado à Ansiedade, à Ansiedade Fóbica e à Hostilidade o que

vai corroborar os estudos realizados por Shafran e Mansell (2001), Antony et al., (1998) e Stoeber (2014).

No decorrer das nossas análises, o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) apresentou também uma relação com a Sensibilidade Interpessoal, deste modo, pensamos que este facto possa ser apoiado pelo estudo realizado por Flett et al., (1996). Os autores referidos evidenciaram que o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) estaria relacionado com problemas de ajustamento psicossocial o que iria trazer como consequência a apresentação de competências sociais mais baixas, embora esta evidência não possa ser propriamente traduzida em sintomas psicopatológicos pensamos que a conformidade encontrada nesta investigação, possa ser corroborada pelos autores acima referidos.

Paralelamente, o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) apresentou uma relação com a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) o que irá confirmar os estudos realizados por Antony et al., (1998), Buhlmann et al., (2008), Frost et al., (1994) e Sassaroli et al., (2008).

Tendo em conta o Perfeccionismo Orientado aos Outros, existe uma relação desta subescala com a Ansiedade Fóbica, esta premissa é apoiada pelo estudo de Hewitt e Flett (1991).

Em suma, o Perfeccionismo Auto Orientado (PAO) foi a subescala que obteve o valor médio mais elevado na nossa amostra todavia, quando correlacionado com a sintomatologia psíquica não obteve correlações significativas. Assim, e dado o exposto, este resultado seria completamente esperado uma vez que o nosso estudo não utilizou uma amostra clínica.

Deste modo, afirmamos que a subescala Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) de forma isolada explica em grande parte a sintomatologia psíquica o que irá corroborar com os estudos dos autores Hewitt et al., (1996), Shafran e Mansell (2001), Antony et al., (1998), Buhlmann et al., (2008), Frost et al., (1994), Sassaroli et al., (2008) e Stoeber (2014). Mediante os nossos resultados, esta subescala isoladamente apresenta quase a mesma pontuação comparativamente com a junção das três subescalas na explicação da sintomatologia psíquica sendo assim aquela que apresentou um contributo mais significativo.

7. Conclusões e Limitações no estudo

De acordo com os resultados do nosso estudo, podemos concluir que a dimensão que apresentou níveis mais elevados foi Perfeccionismo Auto Orientado (PAO), uma dimensão considerada como adaptativa. De facto esta dimensão não apresentou qualquer relação com os índices de sintomatologia. Por outro lado, tal como seria de esperar, de acordo com a revisão de literatura, a dimensão Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP), parece explicar uma parte importante dos sintomas psicopatológicos, confirmando-se a sua natureza desadaptativa, podendo ser responsável pelo eclodir de perturbações psicológicas. É de ressaltar que, a perturbação psicológica mais apontada pelos sujeitos da nossa amostra, foi sem dúvida, a Depressão.

Como limitações no nosso estudo apontamos a escassez de estudos que comparem as duas escalas de perfeccionismo o que nos limitou ao retirar mais conclusões neste objetivo; uma outra limitação apontada é o facto dos instrumentos aplicados serem de auto-resposta pois consideramos que a interpretação dada às questões irá influenciar as respostas dos sujeitos e conseqüentemente poderá enviesar os resultados.

Por último, teria sido importante, comparar a nossa amostra com uma amostra clínica, com características sociodemográficas semelhantes, de forma a conseguir compreender as diferenças relativas ao índice e tipo de sintomatologia e as diferentes dimensões do perfeccionismo.

8. Referências Bibliográficas

- Alden, L. E., Bieling, P. J., Wallace, S. T., (1994). Perfectionism in an interpersonal context: A self-regulation analysis of dysphoria and social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 18(4), 297-316.
- Antony, M., & Swinson, R. (1998). *When perfect isn't enough: strategies for coping with perfectionism*. Oakland: New Harbinger Publication, Inc.
- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V. & Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1143- 1154.
- Amaral, A. P., Soares, M. J., Pereira, A. T., Bos, S .C., Marques, M., Valente, J., Nogueira, V., Azevedo, M. H. & Macedo, A. (2013). Frost Multidimensional Perfectionism Scale: the portuguese version, *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40(4): 144-145.
- Arana, F., Scappatura, M. L., Elizathe, L., Rutzstein, G., (2011). Perfeccionismo adaptativo y desadaptativo en trastornos alimentários: un estudio de revision, 8(8): 81-88.
- Bagby, R. M., Vachon, D. D., Bulmash, E., Quilty, L. C. (2008). Personality disorders and pathological gambling: A review and re-examination of prevalence rates. *Journal of Personality Disorders*, 22(2):191-207.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala., S., Simonich, H., (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27, 384-405.
- Blatt, S. J. (1995). The Destructiveness of Perfectionism - Implications for the Treatment of Depression. *American Psychologist*, 50(12), 1003-1020.
- Boivin, I., & Marchand, A. (1996). Le perfectionnisme et les troubles anxieux. *Revue québécoise de psychologie*, 17 (1), 125- 154.
- Buhlmann, U., Etcoff, N.L., & Wilhelm, S. (2008). Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 540-547.
- Burns, D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 14(6), 34-52.
- Buyukbayraktar, C., Ure, O. (2014). The relationship between perfectionism and anger. *Anthropologist*, 18(3): 835-846.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carmo, C. (2012). *A Influência do Perfeccionismo Parental, dos Estilos Parentais e dos Padrões de Vinculação no Desenvolvimento do Perfeccionismo em Jovens Adultos*.

Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve. Algarve.

- Cruce, S. E., Pashak, T. J., Handal, P. L., Munz, D. C., Gfeller, J.D. (2012). Conscientious perfectionism, self-evaluative perfectionism, and the five-factor model of personality traits. *Personality and Individual Differences*, 53, 268-273.
- Cruz, J.P. (2009). Perfeccionismo, saúde e doenças. In Cruz, J.P., Jesus, S.N., Nunes, C. (Eds.), *Bem-Estar e Qualidade de Vida: Contributos da Psicologia da Saúde*. 127-160). Alcochete: Textiverso.
- Cheng, P., Dolsen, M., Girz, L., Rudowski, M., Chang, E., Deldin, P. (2015). Understanding perfectionism and depression in an adult clinical population: Is outcome expectancy relevant to psychological functioning? *Personality and Individual Differences*, 75: 64-67.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). Minneapolis: National Computers Systems.
- Egan, S. J.; Wade, T. D. & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 203-212.
- Egan, S. J., Watson, H. J., Kane, R. T., McEvoy, P., Fursland, A., Nathan, P., (2013). Anxiety as a Mediator Between Perfectionism and Eating Disorders. *Cognitive Therapy and Research*. 37, 905-913.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R., (2003). Cognitive Behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & DeRosa, T. (1996). Dimensions of perfectionism, psychosocial adjustment, and social skills. *Personality and Individual Differences*, 20, 143– 150.
- Flett, G.; Hewitt, P.; Oliver, J. M.; Macdonald, S. (2002). Perfectionism in children and their parents: a developmental analysis, in Gordon Flett & Paul Hewitt (eds.). *Perfectionism: theory, research and treatment*, 89-133. Washington. American Psychological Association.
- Flett, G.; Fletcher, K.; Neumeister, K., (2014). Introduction to the special issue: Perfectionism in the school context. *Psychology in the Schools*, 51, 9.
- Frost, R. O., Marten, P. A., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism, *Cognitive therapy and Research*, 14, 449-468.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 119-126.
- Frost, R. O., Steketee, G., Cohn, L., & Greiss, K. (1994). Personality traits in subclinical and non-obsessive compulsive volunteers and their parents. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 47-56.

- Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291-296.
- Frost, R. O., DiBartolo, P. M. (2002). Perfectionism, anxiety, and obsessive-compulsive disorder, in in Gordon Flett & Paul Hewitt (eds.). *Perfectionism: theory, research and treatment*, 89-133. Washington. American Psychological Association.
- Goldstein, M., Peters, L., Thornton, C. E., Touyz, S. W., (2014). The Treatment of Perfectionism within the Eating Disorders: A Pilot Study. *European Eating Disorders Review*, 22(3) 217-221.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27-33.
- Haring, M., Hewitt, P. L. & Flett, G. L. (2003). Perfectionism, coping, and quality of intimate relationships. *Journal of Marriage and the family*, 65, 143-158
- Heimberg, R. G., Juster, H. R., Hope, D. A., & Mattia, J. I. (1995). Cognitive behavioral group treatment: description, case presentation, and empirical support. In: M. B. Stein (Ed.), *Social phobia: clinical and research perspectives*, 293–321. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 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.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 276–280.
- Hewitt, P.L. & Flett, G.L. (2002). Perfectionism and Stress Processes in Psychopathology. In G.L. Flett & P.L. Hewitt. *Perfectionism. Theory, Research and Treatment*. (pp. 255-284). American Psychological Association.
- Hill, R. W., McIntire, K., & Bacharach, V. R. (1997). Perfectionism and the Big Five factors. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 12, 257-270.
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6(2), 94-103.
- Hollender, M. H. (1978). Perfectionism, a Neglected Personality-Trait. *Journal of Clinical Psychiatry*, 39(5), 384-384.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and Human Growth*. New York: Norton.
- Jain, M., & Sudhir, P. M., (2010). Dimensions of perfectionism and perfectionistic self-presentation in social phobia. *Asian Journal of Psychiatry*, 3, 216-221, doi:10.2016/j.ajp.2010.08.006.
- Lynd-Stevenson, R. M., & Hearne, C. M. (1999). Perfectionism and depressive affect: the pros and cons of being a perfectionist. *Personality and Individual Differences*, 26(3), 549-562.

- Macedo, A., Soares, M., Azevedo, M., Pereira, A., Maia, B., & Pato, M. (2007). Perfectionism and Eating Attitudes in Portuguese University Students. *European Eating Disorders Review*, 296-304.
- Macedo, A. F. (2012). *Ser ou não ser (perfeito)? Perfeccionismo e psicopatologia*. Lisboa: Lidel.
- Macedo, A., Marques, M., Pereira, A. T. (2014). Perfectionism and psychological distress: a review of the cognitive factors. *Internacional Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*. 1: 6.
- McGee, B., Hewitt, P., Sherry, S., Parkin, M. & Flett, G. (2005). Perfectionistic self-presentation, body image, and eating disorder symptoms. *Body Image*. 2, 29–40.
- Maia, B.R., Soares, M.J., Gomes, A., Marques, M., Pereira, T., Cabral, A., Bos, S., Cabral, A., Valente, J., Pato, Michele, Pocinho, F., Macedo, A. & Azevedo, M.H.P. (2009). Perfectionism in Obsessive Compulsive and Eating Disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(4), 322-327.
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on Perfection. *American Psychologist*, 39(4), 386-390.
- Pinto, A., Liebowitz, M.R., Foa, E.B., & Simpson, H.B. (2011). Obsessive compulsive personality disorder as a predictor of exposure and ritual prevention outcome for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 453-458.
- Sassaroli, S., Lauro, L.J.R., Ruggiero, G.M., Mauri, M.C., Vinai, P., & Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 757- 765
- Scappatura, M. L., Féran, A., Elizathe, L., Rutzstein, G., (2011). Perfeccionismo Adaptativo y Desadaptativo en Trastornos Alimentarios: Un estudio de revisión. *Secretaria de investigaciones – Anuario de investigaciones*. 18, 81-88
- Schiena, R. D., Luminet, O., Philippot, P., Douilliez, C. (2012). Adaptative and maladaptative perfectionism in depression: Preliminary evidence on the role of adaptative and maladaptative rumination. *Personality and individual differences* 53, 774-778.
- Scott, J., Yap, K., Francis, A., Schuster, S. (2014). Perfectionism and its relationship with anticipatory processing in social anxiety. *Australian Journal of Psychology*, 66, 187-196.
- Soares, M., Gomes, A., Macedo, A., Santos, V. & Azevedo, M. (2003). Escala Multidimensional de Perfeccionismo: Adaptação à População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5, 46-55.
- Soares, M., Macedo, A., Pereira, A., Gomes, A., Marques, M., Maia, B., Pereira, A.T., Gomes, A., Valente, J., Pato, M., Azevedo M. (2009). Perfectionism and eating attitudes in Portuguese university students: A longitudinal study. *European Eating Disorders Review*, 17(5), 390-398.
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21, 879-906.

- Soreni, N., Streiner, D., McCabe, R., Bullard, C., Swinson, R., Greco, A., Pires, P., Szatmari, P., (2014). Dimensions of Perfectionism in Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescents psychiatry*, 23(2), 136-143.
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 295-319.
- Stoeber, J., Janssen, D. P. (2011). Perfectionism and coping with daily failures: positive reframing helps achieve satisfaction at the end of the day. *Anxiety, Stress & Coping: An international Journal*, 24(5): 477-497.
- Stoeber, J., (2014). Perfectionism and negative affect after repeated failure anxiety, depression, and anger. *Journal of Individual Differences*, 35(2): 87-94.
- Tozzi, F., Anderson, C., Bulik, C., Mazzeo, S., Aggen, S., Neale, B., & Neale, M. (2004). The Structure of Perfectionism: a Twin Study. *Behavior Genetic*, 34(5), 483-494.
- Wood, C., Cano-Vindel, A., Salguero, J. (2015). A multifactor model of panic disorder: Results of a preliminary study integrating the role of perfectionism, stress, physiological anxiety and anxiety sensitivity. *Anales de Psicologia*, 31(2): 481-487.

9. ANEXOS

ANEXO A

Pedido de autorização para recolha de dados aos Presidentes dos Conselhos Diretivos das Faculdades

Pedidos de autorização para recolha de dados

Exmo. Sr. Professor Doutor ...

Presidente do Conselho Diretivo da Faculdade de ...

Assunto: Colaboração dos alunos em projecto de investigação: As Dimensões do Perfeccionismo e o Modelo de Personalidade dos Cinco Grandes Fatores numa Amostra de Estudantes Universitários

O meu nome é Sara Rosado Crispim, sou aluna do 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve e encontro-me neste momento a realizar a minha dissertação de mestrado, cujo projecto se denomina por "O papel do perfeccionismo no desenvolvimento de sintomas psicopatológicos numa amostra de jovens adultos".

Para proceder à recolha de dados, é imprescindível a participação de estudantes universitários, com idades compreendidas entre os 18 anos e os 30 anos, através do preenchimento de um protocolo com a duração de aproximadamente 30 minutos.

A participação dos alunos no estudo é voluntária e, como tal será apresentado um consentimento informado a cada aluno que irá assegurar o cumprimento de questões éticas de confidencialidade e anonimato.

Assim sendo, venho, por este meio, solicitar a Vossa Ex.^a autorização para estabelecer contacto com alguns dos docentes desta Faculdade e pedir a sua colaboração para disponibilizar os alunos sem comprometer o normal funcionamento da aula.

Agradeço toda a colaboração e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Sara Rosado Crispim

ANEXO B

Pedido de autorização de recolha de dados aos Diretores dos Cursos de Licenciaturas

Pedidos de autorização para recolha de dados

Exmo. Sr. (nome)

Director do Curso de Licenciatura em ...

O meu nome é Sara Rosado Crispim, sou aluna do 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve e encontro-me neste momento a realizar a minha dissertação de mestrado, cujo projecto se denomina por " O papel do perfeccionismo no desenvolvimento de sintomas psicopatológicos numa amostra de jovens adultos".

Esta investigação tem como principais objetivos o estudo da génese das dimensões do perfeccionismo de acordo com as características de personalidade, identificando também, possíveis psicopatologias.

Para dar início à recolha de dados, é imprescindível a participação de estudantes universitários, com idades compreendidas entre os 18 anos e os 30 anos, através do preenchimento de um protocolo.

Será apresentado um documento de consentimento informado a cada aluno que visa assegurar o cumprimento de questões éticas de confidencialidade e anonimato bem como de participação voluntária.

Deste modo, gostaria de solicitar a participação dos alunos do 1.º ano do curso (nome) para o preenchimento dos instrumentos com a duração aproximada de 30 minutos sem prejudicar o funcionamento normal das aulas.

Agradeço desde já toda a colaboração e disponibilidade,

Os meus sinceros cumprimentos,

Sara Rosado Crispim

ANEXO C

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

A presente recolha de dados destina-se a fins de investigação na qual **a sua colaboração é fundamental**.

Caso aceite participar neste estudo, agradecemos que responda o mais sinceramente possível a todas as questões seleccionando aquela que melhor se aplica a si.

Os dados recolhidos são totalmente **confidenciais** e pode obter quaisquer esclarecimentos adicionais sobre a natureza desta investigação através do contacto a42197@ualg.pt e a42595@ualg.pt.

Salienta-se ainda que **a sua colaboração é voluntária**. Caso recuse participar ou desista durante o preenchimento dos questionários, isso não terá qualquer consequência negativa.

Não existem respostas certas nem erradas.

Obrigada pela sua colaboração e disponibilidade!

ANEXO D

QSD: Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO

Os dados são totalmente confidenciais e anónimos. Unicamente utilizados para fins de investigação.

Leia atentamente as seguintes perguntas:

1. Idade: _____
2. Sexo: _____
3. Naturalidade: _____
4. Nacionalidade: _____
5. Estado Civil: Solteiro Casado/União de Facto Divorciado Viúvo
6. Com quem vive atualmente? Mãe Pai Ambos Cônjuge
 Outro _____
7. Estudante Não estudante Se não é estudante, passe para a questão 11.
8. Curso que frequenta: _____
9. Ano que frequenta: _____
10. Qual o seu rendimento escolar médio neste ano letivo?
 - Insuficiente (inferior a 10 valores)
 - Suficiente (10 a 13 valores)
 - Bom (14 a 16 valores)
 - Muito Bom (superior a 16 valores)
11. Tem ou já teve algum problema psicológico diagnosticado? Sim Não
Se sim, qual? _____
12. Já recebeu ou recebe algum tratamento psicológico? Sim Não
13. Já recebeu ou recebe algum tratamento psiquiátrico? Sim Não
14. Já cometeu atos que sabia serem perigosos, ao ponto de pôr a sua vida em risco (e.g. fazer cortes ou consumir álcool até ficar inconsciente), mas sem a intenção que fossem fatais?
Sim Não
15. Já pensou em por fim à própria vida? Sim Não Quantas vezes? _____
16. Conhece familiares ou amigos que tenham cometido uma tentativa suicídio? Sim Não
Quem? _____