

Desordens alimentares e perfeccionismo: um estudo com atletas portugueses

Eating disorders and perfectionism: a study with Portuguese athletes

Trastornos alimentarios y perfeccionismo: un estudio con atletas portugueses

*Rui Gomes**

*Luiz Silva***

Resumo

Este trabalho analisa a relação entre desordens alimentares e tendência para o perfeccionismo no desporto. Participaram no estudo 299 atletas a competirem nas principais divisões de diferentes modalidades. Foi aplicado um protocolo de avaliação com o Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares (Fairburn & Beglin, 1994) e a Escala Multidimensional de Perfeccionismo no Desporto (Dunn et alii, 2006). Aplicaram-se procedimentos de análise de variância multivariada (Manovas) e análises de regressão hierárquica no tratamento dos dados. Dois resultados devem ser salientados: i) atletas mais novos e atletas com maior tendência para as desordens alimentares evidenciaram maior perfeccionismo; ii) a dimensão de preocupação com os erros foi a principal variável preditora das desordens alimentares. Concluindo, observou-se uma relação entre a tendência para as desordens alimentares e a orientação para a exigência pessoal e preocupação com os erros por parte dos atletas.

Palavras-chave: perfeccionismo; desordens alimentares; Psicologia do desporto.

Abstract

This study analyses the relationship between eating disorders and perfectionism in sport. Two hundred and ninety nine athletes competing in the main sport leagues were included. The assessment protocol included the Eating Disorder Examination Questionnaire (Fairburn & Beglin, 1994) and the Sport Multidimensional Perfectionism Scale (Dunn et al., 2006). Data analysis involved multivariate variance analysis and regression analysis with blocked entry procedures. Two results should

* Doutor em Psicologia pela Universidade do Minho, Braga, professor auxiliar na Escola de Psicologia da Universidade do Minho.

** Mestre em Psicologia do Desporto pela Universidade do Minho, licenciado em Psicologia pelo Instituto Superior da Maia (Ismai).

be highlighted: i) younger athletes and athletes with a greater tendency to have eating disorders assumed a higher orientation to perfectionism; ii) the dimension of concern with the mistakes was the main predictor variable of eating disorders. In conclusion, we observed a relationship between the tendency in having eating disorders, the orientation for personal standards of demand and concern with the mistakes.

Keywords: perfectionism; eating disorders; sport Psychology.

Resumen

Este trabajo analiza la relación entre los trastornos alimentarios y la tendencia al perfeccionismo en 299 atletas que compiten en las principales divisiones de diferentes modalidades. El protocolo de evaluación incluye el Cuestionario de Evaluación de los Trastornos Alimentarios (Fairburn y Beglin, 1994) y la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en el Deporte (Dunn *et al.*, 2006). Se aplicaron procedimientos de análisis de varianza multivariada (MANOVAS) y análisis de regresión jerárquica en el tratamiento de los datos. De los resultados se deben destacar: i) los atletas más jóvenes y atletas con mayor tendencia a los trastornos alimentarios evidenciaron mayores modelos de perfeccionismo; ii) la dimensión de preocupación con los errores fue la principal variable predictiva de los trastornos alimentarios. En conclusión, se observó una relación entre la tendencia a los trastornos alimenticios y la orientación hacia la exigencia personal y la preocupación con los errores por parte de los atletas.

Palabras clave: perfeccionismo; trastornos alimentarios; Psicología del deporte.

Introdução

A pesar de, nos últimos 20 anos, termos vindo a assistir a um interesse crescente pelo estudo das desordens alimentares em atletas, existe ainda um entendimento pouco claro sobre o impacto desse problema em contextos desportivos (Byrne & McLean, 2001). De fato, quando analisamos a investigação sobre a prevalência dessas patologias em atletas, os dados são ainda muito discrepantes, existindo estudos que apontam valores residuais (Petrie, Greenleaf, Carter & Reel, 2007; Reel, SooHoo, Doetsch, Carter & Petrie, 2007; Sanford-Martens *et alii*, 2005), até trabalhos que sugerem índices a variar entre os 15% e os 20% (Beals & Hill, 2006; Sundgot-Borgen, 1994; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004).

Devido a essa disparidade de resultados, alguns autores têm vindo a chamar a atenção para a necessidade dos estudos assumirem um “caráter mais utilitário”, identificando os fatores psicológicos que estão associados às desordens alimentares nos atletas (Ferrand, Magnan, Rouveix & Filaire, 2007; Petrie & Greenleaf, 2007). De fato, e como referem Thompson e Sherman (1999), é fundamental que os autores se centrem no estudo das características individuais dos atletas que podem contribuir não só para o sucesso desportivo, mas também para o surgimento de comportamentos problemáticos, de que são exemplo as desordens alimentares.

É nesse sentido que este trabalho pode ser entendido, analisando a relação entre os comportamentos alimentares de risco em atletas e a tendência para o perfeccionismo, representando duas variáveis pouco estudadas em conjunto, isso apesar de serem dois domínios com bastantes investigações realizadas separadamente na área da Psicologia.

Começando pelo entendimento das desordens alimentares, estas dizem respeito a problemas psiquiátricos potencialmente ameaçadores da vida, caracterizados por distorções ao nível perceptivo e cognitivo, necessitando de tratamento clínico (American Psychiatric Association, 2002). A esse nível, as perturbações mais conhecidas são a anorexia, que se caracteriza por um medo mórbido em engordar, que leva a uma perda gradual e desejada de peso (Raich, 2001), e a bulimia nervosa, que se caracteriza por episódios de ingestão alimentar incontrolável, seguidos por algum tipo de comportamento compensatório (ex.: indução de vômito, uso abusivo de laxantes e, ou, diuréticos, prática excessiva de exercício físico e adoção de dietas extremas) (American Psychiatric Association, 2002).

A prevalência desses problemas na população geral não é muito elevada, atingindo, no caso da anorexia, entre 0,5% a 1% das mulheres no final da adolescência e jovens adultas (American Psychiatric Association, 2002); enquanto que, na bulimia nervosa, estimam-se valores entre 1% a 3% nas mulheres e 0,1% a 0,3% nos homens (American Psychiatric Association, 1994). Apesar dos valores de prevalência não serem elevados, as perturbações alimentares devem merecer a devida atenção dos sistemas de saúde, devido aos efeitos nefastos para o indivíduo e para o seu funcionamento social.

No que diz respeito ao perfeccionismo, os indivíduos com essa disposição de personalidade caracterizam-se por formular padrões de exigência elevados, acompanhada por uma tendência para serem demasiado críticos na avaliação do seu próprio comportamento (Flett & Hewitt, 2002). Um aspecto interessante na análise desse fenómeno em contextos desportivos relaciona-se com o fato

de existirem investigadores que entendem essa característica como um traço de personalidade adaptativo facilitador do rendimento dos atletas de elite (Gould, Dieffenbach & Moffett, 2002), enquanto outros autores sugerem exatamente o contrário, associando o perfeccionismo a um traço negativo prejudicial a esse a mesmo rendimento (Flett & Hewitt, 2005). Estes últimos autores designam essa discrepância como o “paradoxo do perfeccionismo”, pois, apesar de ser esperado que os atletas (particularmente os de elite) tenham desempenhos excepcionais (“perfeitos”), a identificação do perfeccionismo em termos de personalidade pode estar associada a consequências psicológicas que prejudicam a performance desportiva, de que são exemplo os elevados níveis de ansiedade.

Seja como for, é praticamente unânime entre os autores que o perfeccionismo deve ser entendido como um construto multidimensional e multifacetado, assumindo características positivas e negativas (Chang, 2003; Enns & Cox, 2002). Aplicando essa ideia ao desporto, quando um atleta formula padrões elevados de rendimento pessoal pode sentir-se mais motivado e com vontade de realizar os objetivos estabelecidos (Bieling, Israeli, Smith & Antony, 2003). Pelo lado inverso, se o atleta for demasiado crítico face a si próprio, isso pode reduzir a sensação de bem-estar e colocá-lo em risco para problemas psicológicos (Dunkley, Blankstein, Masheb & Grilo, 2006).

Assim sendo, o lado positivo do perfeccionismo tende a ser representado pela formulação de elevados padrões de rendimento, e o lado negativo é caracterizado pelas atitudes negativas face aos erros, a dureza nas críticas pessoais e a percepção de desajustamento entre o rendimento obtido e as expectativas estabelecidas (Stoeber & Otto, 2006). Nesse sentido, tende-se a atribuir ao lado positivo um carácter saudável, funcional e adaptativo, enquanto que o lado negativo se traduz numa propensão para o neuroticismo, para a doença e para o desajustamento pessoal (Rice, Ashby & Slaney, 1998; Stumpf & Parker, 2000; Terry-Short, Owens, Slade & Dewey, 1995).

Colocando em conjunto as duas variáveis centrais deste estudo (comportamentos alimentares de risco e perfeccionismo), verifica-se uma escassez evidente de dados da investigação sobre esse tema, não só em atletas, mas também na população em geral. Seja como for, esse cenário parece-nos mais evidente no domínio desportivo, uma vez que, apesar de tudo, existem algumas indicações com populações não desportivas. Neste último caso, o perfeccionismo tem vindo a ser associado a mulheres com um diagnóstico de anorexia, bulimia nervosa e com sintomas relacionados com os comportamentos alimentares de risco (*e.g.*, restrição na dieta, preocupação extrema com o peso e aspeto corporal, e desejo de ser magra) (Bastiani, Rao,

Weltzin & Kaye, 1995; Hewitt, Flett & Ediger, 1995; Joiner, Heatherton, Rudd & Schmidt, 1997; Pratt, Telch, Labouvie, Wilson & Agras, 2001). Os dados desses estudos justificam a importância de observar a relação entre as perturbações alimentares e o perfeccionismo, fazendo, por isso, sentido analisar essa possibilidade em contextos desportivos.

Foi com base nessa necessidade que este trabalho foi efetuado. Dada a insuficiência de dados da investigação, assumimos uma natureza exploratória do estudo entre ambos os fenômenos, procurando-se atingir os seguintes objetivos:

1. analisar a relação entre a tendência para as desordens alimentares e o perfeccionismo;
2. examinar a existência de diferenças nas variáveis psicológicas em relação à idade dos atletas;
3. examinar a existência de diferenças no perfeccionismo, em relação à tendência dos atletas para as desordens alimentares; e
4. analisar as dimensões preditoras das desordens alimentares, controlando variáveis pessoais e desportivas dos atletas.

Método

Amostra

Participaram neste estudo 299 atletas (146 mulheres, 48,8%; 153 homens, 51,2%) com idades entre os 14 e os 39 anos ($M=18,2$, $DP=4,3$). Na distribuição por modalidades, a maioria era praticante de desportos coletivos ($n=195$, 65,2%), enquanto 104 atletas (34,8%) estavam em desportos individuais. De um modo geral, os participantes competiam nas principais divisões das respectivas modalidades ($n=111$, 77,1%). Um número significativo de atletas obteve êxitos desportivos nas modalidades praticadas (alcançaram o título de campeões nacionais) ($n=86$, 28,8%). Os atletas distribuíram-se por três escalões competitivos: juvenis ($n=133$, 44,5%), juniores ($n=90$, 30,1%) e seniores ($n=76$, 25,4%).

Instrumentos

Foi administrado a todos os atletas um questionário que englobava os seguintes instrumentos de avaliação psicológica:

Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares (QADA). Trata-

se da versão original do “Eating Disorder Examination Questionnaire” (EDE-Q6.0), desenvolvido por Fairburn e Beglin (1994) e traduzido para a língua portuguesa por Machado (2007). O instrumento é constituído por 28 itens, derivando dos trabalhos originais realizados com a entrevista EDE, que foi construída para avaliar as atitudes e comportamentos relacionados com os distúrbios alimentares. Assim, é solicitado às pessoas que indiquem a frequência de cada um dos itens, tendo por base o número de episódios de cada comportamento ocorrido nas últimas quatro semanas (28 dias). Os itens são respondidos numa escala tipo “Likert” de sete pontos (0= “nenhum”; 6= “todos os dias”), distribuindo-se por quatro dimensões: i) restrição: comportamentos relacionados com o evitamento da comida e com as regras seguidas nas dietas e na alimentação (ex.: “Quantos dias nos últimos 28 dias tentou limitar propositadamente (com ou sem sucesso) a quantidade de comida que ingeriu para influenciar o seu peso ou forma corporal?”); ii) preocupação com a comida: comportamentos relacionados com o medo de perder o controle sobre a comida e sentimentos de apreensão relativamente aos alimentos a ingerir (ex.: “Quantos dias nos últimos 28 dias pensou sobre comida, comer ou calorias, tornando muito difícil concentrar-se em coisas em que estava interessado(a) (por exemplo, trabalhar, seguir uma conversa ou ler)?”); iii) preocupação com a aparência física: importância dada à condição física, evidenciada pela insatisfação com a forma corporal e a exposição do corpo em situações públicas (ex.: “Quantos dias nos últimos 28 dias teve um desejo claro de ter um estômago completamente liso?”); e iv) preocupação com o peso: necessidade de manter ou conseguir um determinado peso corporal, incluindo os sentimentos de insatisfação com o peso (ex.: “Quantos dias nos últimos 28 dias teve um grande desejo de perder peso?”). De referir que essa versão da escala incluiu ainda seis itens adicionais relacionados com as desordens alimentares, que são analisados de um modo individual (e.g., tendência para comer uma quantidade invulgar de comida, provocar o vômito como estratégia de controle de peso, uso de laxantes, prática de exercício físico excessivo, etc.). Retirando estes seis itens adicionais, pode-se obter uma pontuação de escala global resultante da média dos “scores” das quatro subescalas referidas;

Escala Multidimensional de Perfeccionismo no Desporto (EMPD). Esse instrumento foi traduzido para a língua portuguesa por Cruz (2006), com base nos trabalhos de Dunn e colaboradores (2006). A escala procura avaliar a tendência para o perfeccionismo por parte dos atletas, sendo constituída por quatro fatores e 30 itens, respondidos numa escala

tipo “Likert” de cinco pontos (1= discordo totalmente; 5= concordo totalmente): i) padrões de exigência pessoal: engloba as expectativas pessoais e exigências excessivas que o atleta estabelece para si próprio na competição e enquanto desportista (ex.: “Detesto ser outra coisa que não o/a melhor naquilo que faço no meu desporto”); ii) preocupação com os erros: aponta os sentimentos negativos do atleta face à possibilidade de falhar na competição e ter um desempenho abaixo do esperado, bem como a crença de que os erros cometidos resultam numa perda de respeito por parte dos significativos (ex.: “Se falhar na competição, sinto-me uma pessoa falhada”); iii) pressão parental percebida: descreve as percepções do atleta acerca das expectativas elevadas dos pais e críticas que efetuam quando ele não consegue atingir elevados níveis de rendimento na competição. Dada a idade de alguns participantes neste estudo, os itens dessa subescala foram adequados à necessidade de refletirem não apenas a pressão parental, mas sim de toda a família (ex.: “A minha família (*e.g.*, pais, esposa/marido, namorado(a), etc.) espera de mim a excelência no desporto”); e iv) pressão percebida do treinador: refere-se às percepções do atleta acerca dos elevados níveis de performance estabelecidos pelos treinadores bem como as interações negativas estabelecidas com os técnicos quando o atleta não consegue atingir elevados níveis de rendimento na competição (ex.: “O meu treinador estabelece padrões de exigência muito altos para mim na competição”). Valores mais elevados nas dimensões descritas significam uma maior orientação para o perfeccionismo no domínio em causa.

Procedimento

A amostra de participantes neste estudo foi de conveniência, tendo os atletas sido escolhidos aleatoriamente. Assim sendo, começamos por contactar os clubes participantes e os respectivos treinadores. Após a anuência para fazerem parte do estudo, encetamos os contatos com os atletas. Os que se disponibilizaram a participar foram informados acerca do carácter voluntário e confidencial da recolha e tratamento dos dados, tendo assinado um consentimento informado. No caso dos atletas menores de idade, foi igualmente solicitada aos pais a assinatura do mesmo tipo de documento.

Assim sendo, foram distribuídos 361 questionários aos atletas, tendo sido recolhidos 312. No entanto, 13 questionários não estavam em condições para serem utilizados devido ao fato de estarem bastante incompletos (menos de 50% do protocolo proposto preenchido). Desse modo, a taxa de retorno efetiva foi de 82,8%.

Análise dos dados

O tratamento e análise estatística dos dados foram efetuados no programa SPSS (versão 17.0 para *Windows*) e incluiu vários procedimentos que serão explicados no decorrer desta parte do trabalho. Convém esclarecer o fato de termos efetuado previamente uma análise exploratória a todos os resultados apresentados neste trabalho, no sentido de testar os pressupostos de aplicação dos testes paramétricos. Assim, sempre que os pressupostos foram cumpridos, optamos pela utilização de medidas paramétricas. Nos casos onde tal não foi evidente, aplicamos o teste paramétrico e não paramétrico equivalente, seguindo assim as indicações de Fife-Schaw (2006). Sempre que esse procedimento foi empregado, observamos resultados similares, tendo, por isso, sido nossa opção privilegiar a apresentação dos testes paramétricos, dado o fato de serem mais robustos e permitirem-nos usar análises multivariadas, que têm como vantagem a redução do número de testes a executar, diminuindo assim a probabilidade do erro tipo 1.

Resultados

Estatísticas descritivas e associações entre as variáveis

A tabela 1 apresenta uma descrição de todas as variáveis em estudo, sendo possível observar os valores médios e desvio padrão obtidos. Convém salientar que analisamos previamente os valores de fidelidade das subescalas constituídas neste estudo, tendo sido encontrados, em geral, valores de “alpha” muito aceitáveis (Nunnally & Bernstein, 1994). As únicas exceções foram a dimensão da preocupação com a comida do QADA ($\alpha=.69$) e da pressão do treinador do EMPD ($\alpha=.68$), tendo sido mantidos nas análises devido à sua proximidade do valor aceitável de $\alpha=.70$ (ver tabela 1).

As análises das associações existentes entre as variáveis em estudo foram realizadas por meio do cálculo dos coeficientes de correlação de Pearson, descrevendo-se os valores encontrados na tabela 1. Tendo por base os dados das correlações, dois aspectos devem ser destacados. Em primeiro lugar, as dimensões do Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares correlacionaram-se positivamente entre si, significando isso que aumentos em cada uma das facetas implicaram aumentos nas restantes facetas em análise. Esse padrão foi igualmente verificado entre as quatro dimensões da Escala Multidimensional de Perfeccionismo no Desporto, verificando-se associações positivas entre todas elas. Em segundo lugar, a preocupação com os erros da EMPD foi a única variável que se correlacionou positivamente com

todas as dimensões do QADA. Ainda a esse nível, foi possível verificar que a pressão parental da EMPD associou-se positivamente com três facetas do QADA (restrição, preocupação com a comida e “score” total). Já os padrões de exigência pessoal associaram-se positivamente com os comportamentos de restrição.

Tabela 1: Valor médio, desvio padrão, correlações entre as variáveis em estudo e valores de “alpha

	M (DP)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. QADA: restrição	.82 (1.09)	($\alpha=.76$)								
2. QADA: preocupação com a comida	.41 (.69)	.595***	($\alpha=.69$)							
3. QADA: preocupação com a aparência	1.09 (1.31)	.653***	.717***	($\alpha=.90$)						
4. QADA: preocupação com o peso	1.08 (1.30)	.653***	.703***	.912***	($\alpha=.82$)					
5. QADA: “score” total	.85 (.98)	.819***	.815***	.945***	.942***	($\alpha=.94$)				
6. EMPD: padrões de exigência pessoal	3.43 (.82)	.141*	.102	.092	.065	.110	($\alpha=.77$)			
7. EMPD: preocupação com os erros	2.49 (.90)	.189**	.230***	.215***	.215***	.237***	.372***	($\alpha=.77$)		
8. EMPD: pressão parental	2.02 (.86)	.123*	.179**	.089	.090	.125*	.271***	.453***	($\alpha=.85$)	
9. EMPD: pressão do treinador	2.44 (.95)	.017	.112	.075	.075	.074	.314***	.493***	.463***	($\alpha=.68$)

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; entre parênteses, encontram-se os valores de “alpha” das subescalas dos instrumentos (colunas 1 a 9).

Diferenças nas variáveis psicológicas em relação à idade dos atletas

Para a realização desta análise, foram constituídos três grupos de comparação que refletem os níveis competitivos e a própria idade dos atletas: atletas mais novos, representados pelos escalões de juvenis (média de idades de 15,5 anos; $DP=.97$) e de juniores (média de idades de 17,4 anos; $DP=1,57$) e pelos

atletas seniores, incluídos na competição de adultos (média de idades de 23,8 anos; $DP=4,91$). Para tal, foram aplicadas procedimentos de análise “*one-way*” Anova para testar as diferenças no valor total do QADA e análises de variância multivariadas (Manova) para testar as diferenças nos vários fatores do QADA e da EMPD.

Assim, no que se refere às diferenças nas dimensões do Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares, não foram encontradas diferenças entre os três escalões de atletas nos quatro fatores do instrumento ($Wilks' \lambda = .97$, $F(8, 586)=1.21$, $p=.293$, $\eta^2 = .02$) nem no QADA-Total ($F(2, 296)=1.19$; $p=.307$, $\eta^2 = .01$).

Quanto às diferenças nas facetas da Escala Multidimensional de Perfeccionismo no Desporto, observaram-se diferenças entre os grupos ($Wilks' \lambda = .92$, $F(8, 584)=2.99$, $p<.01$, $\eta^2 = .04$). Nesse caso, os testes univariados apontaram diferenças em três dimensões do instrumento: na preocupação com os erros ($F(2, 295)=6.22$; $p<.01$, $\eta^2 = .04$), na pressão parental percebida ($F(2, 295)=4.03$; $p<.05$, $\eta^2 = .03$) e na pressão percebida do treinador ($F(2, 295)=7.69$; $p<.01$, $\eta^2 = .05$). Os testes de “*post-hoc*” de Scheffé revelaram no caso da preocupação com os erros, que os atletas mais novos, ou seja, os juvenis ($M=2.53$; $DP=.85$) e os juniores ($M=2.68$; $DP=.92$) percepcionaram maiores valores nessa dimensão do que os atletas seniores ($M=2.20$; $DP=.92$). Na pressão parental percebida, verificou-se que os atletas juvenis sentiram maior pressão ($M=2.13$; $DP=.79$) do que os seus colegas seniores ($M=1.78$; $DP=.80$). Na pressão percebida do treinador, observou-se o mesmo tipo de padrão, ou seja, os atletas juvenis ($M=2.58$; $DP=.94$) e os juniores ($M=2.54$; $DP=1.00$) percepcionaram maiores valores nesta dimensão do que os atletas seniores ($M=2.08$; $DP=.83$).

Diferenças no perfeccionismo em relação à tendência para as desordens alimentares

O objetivo desta análise prendeu-se com avaliação das diferenças nas dimensões psicológicas da Escala Multidimensional de Perfeccionismo no Desporto em relação às pontuações dos atletas no Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares. Nesse sentido, foram determinados dois grupos de comparação, um com as pontuações mais baixas e outro com as pontuações mais elevadas no QADA (“score total”), aplicando-se análises de variância multivariadas (Manova). Nessa distinção, procuramos equilibrar os elementos de cada grupo, seguindo-se assim indicações de outros estudos em que esse procedimento foi igualmente aplicado (Lipsey, Barton, Hulley & Hill, 2006).

Nesse sentido, na comparação entre os dois grupos de atletas, não foram encontradas diferenças significativas (Wilks' $\lambda=.92$, $F(4, 78)=1.69$, $p=.160$, $\eta^2=.08$). No entanto, os testes univariados indicaram valores significativos nos padrões de exigência pessoal ($F(1, 81)=5.30$; $p<.05$, $\eta^2=.06$) e na preocupação com os erros ($F(1, 81)=4.21$; $p<.05$, $\eta^2=.05$). Numa análise dos valores médios, confirmou-se que os atletas com maior pontuação no QADA-Total assumiram maiores padrões de exigência pessoal ($M=3.62$, $DP=.70$) do que os seus colegas com menor pontuação no QADA-Total ($M=3.24$, $DP=.82$). De igual modo, os atletas com maiores pontuações no QADA-Total evidenciaram maior preocupação com os erros ($M=2.95$, $DP=.99$) quando comparados com os atletas com menor pontuação no instrumento ($M=2.59$, $DP=1.02$).

Predição das dimensões do questionário de desordens alimentares

Esta parte do trabalho procurou analisar até que ponto algumas características dos atletas poderiam contribuir para a explicação das quatro dimensões do Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares e do “score” total do instrumento, efetuando-se análises de regressão hierárquica. O objetivo desta análise prendeu-se com a avaliação da capacidade preditiva das facetas da Escala Multidimensional de Perfeccionismo no Desporto relativamente a cada um dos quatro fatores do QADA e respectivo “score” total, controlando-se variáveis pessoais e desportivas dos atletas. Os resultados obtidos podem ser consultados na tabela 2.

Começando pela subescala da restrição, as dimensões sexo e obtenção de títulos nacionais apresentaram associações significativas com essa área do QADA. Nesse sentido, no modelo de regressão a variável sexo foi inserida no primeiro bloco de entrada, seguida depois pela variável registros desportivos, no segundo bloco de entrada. No terceiro e último bloco de entrada, foram inseridas as dimensões psicológicas que tinham assumido associações significativas com a restrição, nomeadamente os padrões de exigência pessoal, a preocupação com os erros e a pressão percebida dos treinadores. No primeiro bloco de entrada, verificou-se que as mulheres evidenciaram mais comportamentos de restrição do que os homens. Quanto aos registros desportivos, os atletas campeões nacionais assumiram maiores níveis de restrição. Já no terceiro bloco, constatou-se que a tendência para a restrição foi predita pela maior preocupação com os erros.

No que se refere à preocupação com a comida, a dimensão sexo apresentou uma associação significativa com esta área do QADA, tendo por isso sido inserida no primeiro bloco de entrada. No segundo bloco de entrada, foram inseridas a preocupação com os erros e a pressão parental percebida, uma vez que foram

estas as variáveis a evidenciarem uma associação significativa com a preocupação com a comida. No primeiro bloco de entrada, constatou-se que as mulheres evidenciaram maior preocupação com a comida do que os homens. A adição das variáveis psicológicas permitiu verificar que tendência para a preocupação com a comida foi predita pela maior preocupação com os erros.

Quanto à preocupação com a aparência física, as dimensões sexo e percepção de peso ideal apresentaram associações significativas com esta área do QADA. Por isso, no modelo de regressão a variável sexo foi inserida no primeiro bloco de entrada, seguida depois pela percepção de peso ideal no segundo bloco de entrada. Neste último caso, foram constituídos dois grupos de comparação, distinguindo-se entre atletas que gostariam de pesar menos e atletas que queriam ter o mesmo peso e pesar mais. No terceiro e último bloco de entrada, foi inserida a dimensão psicológica que tinha assumido associações significativas com a preocupação com a aparência física, nomeadamente a preocupação com os erros. O primeiro bloco de entrada permitiu constatar que as mulheres evidenciaram maior preocupação com a aparência física do que os homens. No segundo bloco de entrada, observou-se que os atletas com vontade em pesar menos assumiram maiores níveis de preocupação com a aparência física. A adição da preocupação com os erros no terceiro bloco tornou evidente que a tendência para a preocupação com a aparência física foi predita pela maior preocupação com os erros.

Para a faceta preocupação com o peso, as dimensões sexo e percepção de peso ideal apresentaram associações significativas com esta área do QADA. Por isso, no modelo de regressão, a variável sexo foi inserida no primeiro bloco de entrada, seguida depois pela percepção de peso ideal no segundo bloco de entrada. Nesse último caso, foram constituídos os mesmos grupos já referidos. No terceiro e último bloco de entrada, foi inserida a preocupação com os erros, dado o fato de ter assumido uma associação significativa com a preocupação com peso. Assim, no primeiro bloco de entrada verificou-se que as mulheres evidenciaram maior preocupação com o peso do que os homens. No segundo bloco de entrada, concluiu-se que os atletas com vontade em pesar menos assumiram maiores níveis de preocupação com o peso. No terceiro bloco, constatou-se que tendência para a preocupação com o peso foi predita pela maior preocupação com os erros.

Finalmente, o “score” total do QADA também foi analisado, tendo as dimensões sexo e percepção de peso ideal apresentado associações significativas com essa área. Nesse sentido, no modelo de regressão, a variável sexo foi inserida no primeiro bloco de entrada, seguida pela percepção de peso ideal no segundo bloco de entrada. Neste último caso, foram constituídos os mesmos grupos já referidos. No terceiro e último bloco de entrada, foram inseridas as dimensões psicológicas que tinham assumido associações significativas com QADA-Total, nomeadamente

a preocupação com os erros e a pressão parental percebida. No primeiro bloco de entrada, verificou-se que as mulheres evidenciaram maior tendência para os comportamentos de desordem alimentar do que os homens. No segundo bloco de entrada, observou-se que os atletas com vontade em pesar menos assumiram maiores problemas relacionados com o comportamento alimentar. No terceiro bloco, constatou-se que a tendência para os comportamentos de desordem alimentar foi predita pela maior preocupação com os erros.

Tabela 2: Modelo de regressão para a predição das desordens alimentares

QADA: predição da restrição				
	R ² (R ² ajustado)	F	β	t
Bloco 1: sexo	.05 (.05)	(1, 292) 16.65***	.23	4.09***
Bloco 2: registros desportivos	.09 (.09)	(2, 291) 14.58***	.20	3.45**
Bloco 3: variáveis psicológicas preocupação com os erros	.14 (.12)	(5, 288) 9.02***	.18	2.82**
QADA: predição da preocupação com a comida				
	R ² (R ² ajustado)	F	β	t
Bloco 1: sexo	.03 (.02)	(1, 296) 8.24**	.17	2.87**
Bloco 2: variáveis psicológicas preocupação com os erros	.10 (.09)	(3, 294) 10.63***	.20	3.22**
QADA: preocupação com a aparência física				
	R ² (R ² ajustado)	F	β	t
Bloco 1: sexo	.17 (.17)	(1, 274) 56.64***	.41	7.53***
Bloco 2: percepção peso ideal	.30 (.30)	(2, 273) 59.25***	.38	7.17***
Bloco 3: variáveis psicológicas preocupação com os erros	.36 (.36)	(3, 272) 51.84***	.25	5.11***
QADA: preocupação com o peso				
	R ² (R ² ajustado)	F	β	t
Bloco 1: sexo	.15 (.15)	(1, 274) 49.21***	.39	7.02***
Bloco 2: percepção peso ideal	.34 (.33)	(2, 273) 68.91***	.44	8.68***
Bloco 3: variáveis psicológicas preocupação com os erros	.39 (.38)	(3, 272) 57.65***	.23	4.87***

QADA: "Score" total				
	R ² (R ² ajustado)	F	β	t
Bloco 1: sexo	.14 (.13)	(1,274) 43.04***	.37	6.56***
Bloco 2: percepção peso ideal	.31 (.34)	(2,273) 62.29***	.44	8.40***
Bloco 3: variáveis psicológicas Preocupação com os erros	.37 (.37)	(4,271) 41.51***	.26	4.83***

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

Discussão

Os resultados obtidos neste estudo reforçaram a relação entre a tendência para os comportamentos alimentares de risco e o perfeccionismo. Esse aspecto ficou evidente nos dados relativos às associações entre as variáveis em estudo bem como na comparação entre diferentes grupos de atletas com pontuações distintas no instrumento de avaliação das desordens alimentares.

Começando pelos dados das associações, o dado mais saliente prendeu-se com o fato de ter sido a faceta da preocupação com os erros da EMPD aquela que mais associações assumiu com a tendência para as desordens alimentares. De seguida, também não é de desprezar o fato de a pressão parental aparecer com associações positivas ao nível da restrição e da preocupação com a comida por parte dos atletas. Já os padrões de exigência pessoal evidenciaram apenas uma associação positiva com a restrição. Um dado curioso foi o fato de, neste caso, não ter sido encontrada qualquer associação com a pressão assumida pelo treinador, não se confirmando assim a importância que outros estudos têm vindo a atribuir aos técnicos na promoção de comportamentos alimentares problemáticos nos atletas (Biesecker & Martz, 1999; Kerr, Berman & De Souza, 2006).

Quanto à comparação entre os atletas em função da idade, dois aspetos merecem ser realçados. Em primeiro lugar, o fator idade não apontou diferenças na tendência para as desordens alimentares, tanto no fator geral do Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares bem como nos seus quatro fatores. De algum modo, esses resultados podem ser considerados algo surpreendente, uma vez que a tendência para as perturbações alimentares tem sido associada aos mais novos. Por exemplo, Ferrand e colaboradores (2007), num estudo com 33 adolescentes nadadores de elite, verificaram que

todos apresentavam comportamentos alimentares de risco. Do mesmo modo, DiBartolo e Shaffer (2002) constataram que enquanto os atletas aumentavam a sua experiência desportiva (tornando-se também mais velhos), diminuía a tendência para apresentarem problemas de comportamento alimentar.

Em segundo lugar, as diferenças de idade tornaram evidente o fato de os mais novos apresentarem padrões de perfeccionismo mais elevados do que os seus colegas mais velhos, nomeadamente em três dimensões da Escala Multidimensional de Perfeccionismo no Desporto: na preocupação com os erros, na pressão parental percebida e na pressão percebida do treinador. Curiosamente, essas três dimensões têm sido entendidas na literatura como aspetos mais “disfuncionais” do perfeccionismo (Bieling, Israeli & Antony, 2004; Bieling *et alii*, 2003) ou, como recomendam Stoeber e Otto (2006), como áreas representativas de uma maior preocupação com o perfeccionismo (“perfectionistic concerns”). Repare-se que, no nosso caso, não foram observadas diferenças entre os grupos na dimensão da EMPD “padrões de exigência pessoal”, estando esta mais associada a uma tendência ou aspiração “funcional” do perfeccionismo (“perfectionistic strivings”). Esse aspeto parece-nos importante, pois, se analisarmos as correlações obtidas entre as desordens alimentares e o perfeccionismo, podem-se constatar maiores correlações entre duas das dimensões “disfuncionais” do perfeccionismo e os diferentes fatores do Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares (ex.: a preocupação com os erros evidenciou correlações positivas com todas as dimensões do QADA e a pressão parental assumiu correlações positivas com duas das dimensões do mesmo instrumento). No sentido inverso, apenas se registraram relações positivas entre os padrões de exigência pessoal e os comportamentos de restrição do QADA. Esses dados enquadram-se na literatura, uma vez que as avaliações mais “disfuncionais” do perfeccionismo tendem a correlacionar-se positivamente com a depressão e o afeto negativo, enquanto a aspiração pelo perfeccionismo tende a assumir uma correlação positiva com o afeto positivo (Frost, Heimberg, Holt, Mattia & Neubauer, 1993).

No que se refere à comparação entre atletas com maiores e menores pontuações no QADA, verificou-se que aqueles que apresentaram maiores valores neste instrumento demonstraram maior tendência para os padrões de exigência pessoal e para a preocupação com os erros. Repare-se que as diferenças entre os dois grupos de atletas emergiram, mesmo não tendo sido encontrados valores de significância clínica em nenhuma das dimensões avaliadas pelo QADA, isso tendo por base as indicações seguidas na literatura para o diagnóstico de comportamentos alimentares de risco neste questionário (Carter, Stewart & Fairburn, 2001; Luce, Crowther & Polé, 2008; Mond,

Hay & Owen, 2006). Na prática, isso significa que “ligeiros” aumentos nos “scores” do instrumento de avaliação das desordens alimentares equivalem a alterações no padrão de funcionamento dos atletas (i.e., maior tendência para o perfeccionismo).

No último agrupamento de análises, dois aspetos merecem ser destacados. Por um lado, emergiram dimensões pessoais (*e.g.*, sexo, percepção de peso ideal) e desportivas (*e.g.*, títulos obtidos) como sendo preditoras da tendência para as desordens alimentares. Em segundo lugar, tal como nas análises de associação entre as variáveis, foi a dimensão da preocupação com os erros da EMPD que representou a principal variável preditora das facetas avaliadas pelo QADA.

No que respeita ao primeiro caso, existem alguns dados da investigação que sustentam os resultados deste estudo, nomeadamente a maior tendência das mulheres para os comportamentos alimentares de risco (Hausenblas & McNally, 2004; Sanford-Martens *et alii*, 2005), bem como o fato dos atletas que manifestam um ideal de peso corporal abaixo do atual tenderem a ter mais problemas de comportamento alimentar, bem como maiores níveis de insatisfação corporal e preocupação com as avaliações dos outros acerca da sua forma corporal (Ferrand *et al.*, 2007; Grieve, Wann, Hensen & Ford, 2006; Harris & Foltz, 1999). Já os resultados relativos ao percurso desportivo carecem de confirmação em estudos futuros, pois tanto existem dados que confirmam essa relação (Picard, 1999; Stoutjesdyk & Jevne, 1993) como outros que apontam em sentido contrário (Harris & Greco, 1990; Hausenblas & Carron, 1999).

Quanto ao segundo padrão de resultados, tornou-se claro que a preocupação com os erros representou a principal dimensão associada e preditora dos comportamentos alimentares de risco. Esse aspeto é tão mais relevante se tivermos em consideração o fato de a investigação recente ter vindo a demonstrar que as dimensões negativas do perfeccionismo (*e.g.*, preocupação com os erros, dúvidas acerca das opções assumidas, sentimentos de discrepância entre o que se esperava e o que se obteve e as reações negativas face aos erros cometidos) estarem associadas a problemas psicológicos como, por exemplo, a ansiedade, o “burnout”, a baixa autoestima, etc. (ver Gould, Udry, Tuffey & Loehr, 1996; Hall, Kerr & Matthews, 1998; Stoeber, Otto, Pescheck, Becker & Stoll, 2007).

Em termos da investigação futura, os estudos devem avançar relativamente à natureza exploratória e transversal deste trabalho, procurando estabelecer relações de causa e efeito entre os fatores psicológicos (de que é exemplo o

perfeccionismo) e as desordens alimentares ao longo do tempo. Além disso, torna-se necessário compreender se esses padrões psicológicos correspondem não “apenas” a problemas alimentares, mas também têm um efeito no rendimento desportivo e na experiência pessoal dos atletas. Ao adotar-se esse curso de ação na investigação, poderemos conhecer melhor os efeitos positivos e negativos da prática desportiva e qual a influência dos fatores psicológicos na atividade desportiva.

Referências

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais – Texto Revisto* (4ª ed.) (DSM-IV-TR). Lisboa: Climepsi Editores. (Publicação original 2000).

Bastiani, A. M.; Rao, R.; Weltzin, T. & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 147-152.

Beals, K. A. & Hill, A. K. (2006). The prevalence of disordered eating, menstrual dysfunction, and low bone mineral density among US collegiate athletes. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 16, 1-23.

Bieling, P. J.; Israeli, A. L. & Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, 36, 1373-1385.

Bieling, P. J.; Israeli, A.; Smith, J. & Antony, M. M. (2003). Making the grade: the behavioral consequences of perfectionism in the classroom. *Personality and Individual Differences*, 35, 163-178.

Biesecker, A. C. & Martz, D. M. (1999). Impact of coaching style on vulnerability for eating disorders: An analog study. *Eating Disorders*, 7 (3), 235-244.

Byrne, S. & McLean, N. (2001). Eating disorders in athletes: a review of the literature. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 4 (2), 145-159.

Carter J. C.; Stewart D. A. & Fairburn, C. G. (2001). Eating Disorder Examination Questionnaire: norms for young adolescent girls. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 625-632.

- Chang, E. C. (2003). On the perfectibility of the individual: going beyond the dialectic of good versus evil. *In: E. C. Chang & L. J. Sanna (Eds.), Virtue, vice, and personality: the complexity of behavior.* (pp. 125-144). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cruz, J. C. (2006). *Escala Multidimensional de Perfeccionismo no Desporto (EMPD): versão para investigação.* Manuscrito não publicado. Braga: Universidade do Minho.
- DiBartolo, P. M. & Shaffer, C. (2002). A comparison of female college athletes and nonathletes: eating disorder symptomatology and psychological well-being. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 24*, 33-41.
- Dunkley, D. M.; Blankstein, K. R.; Masheb, R. M. & Grilo, C. M. (2006). Personal standards and evaluative concerns dimensions of “clinical” perfectionism: a reply to Shafran et al. (2002, 2003) and Hewitt et al. (2003). *Behaviour Research and Therapy, 44*, 63-84.
- Dunn, J. G. H.; Dunn, J. C.; Gotwals, J. K.; Vallance, J. K.; Craft, J. M. & Syrotuik, D. G. (2006). Establishing construct validity evidence for the Sport Multidimensional Perfectionism Scale. *Psychology of Sport and Exercise, 7*, 57-79.
- Enns, M. W. & Cox, B. J. (2002). The nature and assessment of perfectionism: a critical analysis. *In: G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), Perfectionism: theory, research, and treatment.* (pp. 33-62). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). The assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders, 16*, 363-370.
- Ferrand, C.; Magnan, C.; Rouveix, M. & Filaire, E. (2007). Disordered eating, perfectionism and body-esteem of elite synchronized swimmers. *European Journal of Sport Science, 7* (4), 223-230.
- Fife-Schaw, C. (2006). Levels of measurement. *In: G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw & J. A. Smith (Eds.), Research methods in psychology* (3rd ed.). (pp. 50-63). London: Sage.
- Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: an overview of theoretical, definitional, and treatment issues. *In: G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), Perfectionism: theory, research, and treatment.* (pp. 5-13). Washington, DC: American Psychological Association.

- Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (2005). The perils of perfectionism in sports and exercise. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 14-18.
- 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, 119-126.
- Gould, D.; Dieffenbach, K. & Moffett, A. (2002). Psychological characteristics and their development in Olympic champions. *Journal of Applied Sport Psychology*, 14, 172-204.
- Gould, D.; Udry, E.; Tuffey, S. & Loehr, J. (1996). Burnout in competitive junior tennis players: I. A quantitative psychological assessment. *The Sport Psychologist*, 10, 322-340.
- Grieve, F. G.; Wann, D.; Henson, C. T. & Ford, P. (2006). Healthy and unhealthy weight management practices in collegiate men and women. *Journal of Sport Behavior*, 29, 229-241.
- Hall, H. K.; Kerr, A. W. & Matthews, J. (1998). Precompetitive anxiety in sport: the contribution of achievement goals and perfectionism. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 20, 194-217.
- Harris, M. B. & Foltz, S. (1999). Attitudes toward weight and eating in young women tennis players, their parents, and their coaches. *Eating Disorders*, 7, 191-205.
- Harris, M. B. & Greco, D. (1990). Weight control and weight concern in competitive female gymnasts. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 12, 427-433.
- Hausenblas, H. A. & Carron, A. V. (1999). Eating disorder indices and athletes: an integration. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 21, 230-258.
- Hausenblas, H. A. & McNally, K. D. (2004). Eating disorder prevalence and symptoms for track and field athletes and nonathletes. *Journal of Applied Sport Psychology*, 16, 274-286.
- Hewitt, P. L.; Flett, G. L. & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 317-326.
- Joiner, T. E.; Heatherton, T. F.; Rudd, M. D. & Schmidt, N. B. (1997). Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: two studies testing a diathesis-stress model. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 145-153.

Kerr, G.; Berman, E. & De Souza, M. (2006). Disordered eating in women's gymnastics: perspectives of athletes, coaches, parents and judges. *Journal of Applied Sport Psychology*, 18, 28-43.

Lipse, Z.; Barton, S. B.; Hulley, A. & Hill, A. J. (2006). "After a workout": beliefs about exercise, eating and appearance in female exercisers with and without eating disorder features. *Psychology of Sport and Exercise*, 7, 425-436.

Luce, K. H.; Crowther, J. H. & Pole, M. (2008). Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q): norms for undergraduate women. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 273-276.

Machado, P. P. P. (2007). *Questionário de alimentação: EDE-Q6.0*. Centro de Investigação em Psicologia. Braga: Universidade do Minho.

Mond, J. M.; Hay, P. J.; Rodgers, B. & Owen, C. (2006). Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q): norms for young adult women. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 53-62.

Nunnally, J. C. & Bernstein, I. H. (1994). (3rd Ed.). *Psychometric theory*. New York: McGraw Hill.

Petrie, T. A. & Greenleaf, C. (2007). Eating disorders in sport: from theory to research to intervention. In: G. Tenenbaum & R. Eklund (Eds.). *Handbook of sport psychology* (3rd ed., pp. 352-378). Hoboken, NJ: J. Wiley & Sons.

Petrie, T. A.; Greenleaf, C.; Carter, J. E. & Reel, J. J. (2007). Psychosocial correlates of disordered eating among male collegiate athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 1, 340-357.

Picard, C. (1999). The level of competition as a factor for the development of eating disorders in female collegiate athletes. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 583-594.

Pratt, E. M.; Telch, C. F.; Labouvie, E. W.; Wilson, G. T. & Agras, W. S. (2001). Perfectionism in women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 29 (2), 177-186.

Raich, R. (2001). *Anorexia e bulimia*. Amadora: McGraw-Hill.

Reel, J. J.; SooHoo, S.; Doetsch, H.; Carter, J. E. & Petrie, T. A. (2007). The female athlete triad: is the triad a problem among division I female athletes? *Journal of Clinical Sport Psychology*, 1, 358-370.

Rice, K. G.; Ashby, J. S. & Slaney, R. B. (1998). Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: a structural equation analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 304-314.

Sanford-Martens, T. C.; Davidson, M. M.; Yakushko, O. F.; Martens, M. P.; Hinton, P. *et alii.* (2005). Clinical and subclinical eating disorders: an examination of collegiate athletes. *Journal of Applied Sport Psychology*, 17, 79-86.

Stoeber, J. & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 295-319.

Stoeber, J.; Otto, K.; Pescheck, E.; Becker, C. & Stoll, O. (2007). Perfectionism and competitive anxiety in athletes: differentiating striving for perfection and negative reactions to imperfection. *Personality and Individual Differences*, 42, 959-969.

Stoutjesdyk, D. & Jevne, R. (1993). Eating disorders among high performance athletes. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 271-282.

Stumpf, H. & Parker, W. D. (2000). A hierarchical structural analysis of perfectionism and its relation to other personality characteristics. *Personality and Individual Differences*, 28, 837-852.

Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 26 (4), 414-419.

Sundgot-Borgen, J. & Torstveit, M. K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical Journal of Sports Medicine*, 14, 25-32.

Terry-Short, L. A.; Owens, R. G.; Slade, P. D. & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18, 663-668.

Thompson, R. A. & Sherman, R. T. (1999). "Good athlete" traits and characteristics of anorexia nervosa: Are they similar? *Eating Disorders*, 7, 181-190.