

SINTOMAS DEPRESSIVOS, SINTOMAS ANSIOSOS, DISMORFISMO CORPORAL E ESQUEMAS COGNITIVOS DISFUNCIONAIS EM UNIVERSITÁRIOS

Gabriela Perin

Psicóloga, formada pela URI/Erechim. Especialista em Psicologia Cognitivo-Comportamental pela IMED.
E-mail: <gabyperin@hotmail.com>.

Vinícius Renato Thomé Ferreira

Doutor em Psicologia pela PUCRS. Professor do curso de psicologia da IMED.
E-mail: <vthome2@gmail.com>.

RESUMO

A forma como percebemos o corpo tem a ver com os aspectos cognitivos, afetivos e sociais. A cultura tem uma forte influência no ideal de corpo e a sociedade está cada vez mais exigente em relação ao padrão de beleza; estes comportamentos podem estar associados a distorções cognitivas. Objetivou-se levantar a prevalência de sintomas corporais, sintomas depressivos, sintomas de ansiedade e esquemas iniciais desadaptativos numa amostra de 55 universitários. Os resultados apontaram que houve presença mínima de sintomas depressivos, de ansiedade, distorções corporais e de esquemas cognitivos disfuncionais; entretanto houve uma maior prevalência de sintomas corporais no sexo feminino que no masculino. O grupo com mais sintomas corporais apresentou mais sintomas depressivos, de ansiedade e de esquemas cognitivos disfuncionais, sugerindo um fator de vulnerabilidade para psicopatologias.

Palavras-chave: Dismorfismo corporal, esquemas cognitivos, depressão, ansiedade

Atualmente percebe-se que os indivíduos estão cada vez mais preocupados com a aparência física, criando uma luta diária com o espelho. Essa busca pela imagem corporal perfeita faz com que os mesmos busquem por diversas formas de emagrecimento, como cirurgias plásticas precoces, dietas mirabolantes, excesso de exercícios físicos, utilização inadequadas de medicamentos, assim em risco a saúde física e emocional. Contudo, a forma inadequada de conquistar um corpo perfeito pode trazer muito sofrimento e prejuízo na vida social e pessoal.

A imagem corporal é o conceito que o ser humano tem em sua mente sobre o tamanho e forma de seu corpo, abrangendo sentimentos que diz respeito a essas características e as partes que constituem o corpo. A imagem corporal pode ser de forma perceptiva, quando a mesma é construída

na mente ou atitudinal que se refere aos sentimentos, pensamentos e ações que envolvem a imagem corporal (Slade, 1994). O desenvolvimento da imagem corporal e o desenvolvimento da identidade do próprio corpo acontecem concomitantemente, tendo relações com o fisiológico, afetivo e social. Essa construção ocorre durante toda a vida, é um processo que está sempre em transformação e envolve aspectos cognitivos, afetivos, sócio-culturais e motores, sendo que a imagem que o ser humano tem de si mesmo pode ser influenciável pelas interações sociais (Tavares, 2003).

A imagem corporal é a representação que um sujeito faz de seu corpo em sua mente, como sente o corpo (Thompson, 1996; Schilder, 1999). A imagem corporal integra os níveis físico, emocional e mental em cada ser humano, em relação à percepção de seu corpo, mas não é apenas uma

percepção, pois o córtex sensorial grava impressões passadas que podem aparecer como imagem, desenvolvendo modelos organizados nomeados esquemas. Assim, o que temos como sendo a percepção corporal é o efeito da relação feita entre um esquema postural e a nova informação dada pela nova postura, onde por meio de perpétuas alterações de posição, construímos uma imagem corporal de nós mesmos e que se altera constantemente (Schilder, 1999).

O conceito de imagem corporal que os seres humanos têm em relação ao corpo está ligada a diversos fatores, principalmente ao fator cultural (De Freitas, Lima, Costa, & Lucena Filho, 2010). O padrão de beleza que a sociedade “exige” através dos meios de comunicação é a magreza, tendo um conflito com a natureza e a cultura, o real e o ideal (Andrade, 2003). Especialmente para as mulheres o ideal é ser magra, enquanto para os homens o padrão é músculos desenvolvidos (Damasceno, Lima, Vianna, & Novaes, 2005). A cultura dita normas em relação ao corpo e é muito rígida (Bruhns, 1989). A importância do corpo e a sua imagem têm um papel muito valorizado em termos sociais. As crenças culturais geram regras sociais em relação ao corpo (Henriques, 2009). A busca incessante do corpo ideal, produzido pela mídia tem demonstrado a falta de bom senso, onde o importante é estar dentro dos padrões determinados pela sociedade, não importando as consequências que esta busca pode trazer (Beatty, 1995; Ferreira, 2008). A cultura sempre ditou os padrões de beleza, porém essa manifestação esta cada vez mais intensa e sem limites, gerando patologias alimentares, como por exemplo a bulimia e anorexia nervosa (Lupton, 2000; Capoani, 2007).

Com todas essas exigências que sobre o padrão de beleza e culto a magreza, pode-se perceber o aumento de distorções cognitivas e de comportamentos dos indivíduos em relação ao corpo, fazendo com que cresça significativamente o aparecimento de transtornos relacionados à imagem corporal como anorexia nervosa, bulimia nervosa, compulsão alimentar periódica e transtorno dismórfico corporal. Conforme o DSM-5 (APA, 2014), o transtorno dismórfico corporal (TDC) está no grupo do transtorno obsessivo-compulsivo e relacionados. Como característica principal, consiste em preocupações com um ou mais defeitos ou falhas percebidas na aparência física, que não são observáveis ou são pequenas para outros. Em algum período do transtorno, a pessoa apresentou comportamentos repetitivos, tais

como checar-se no espelho, arrumar-se excessivamente ou teve atos mentais, tais como comparar sua aparência com de outros como resposta a preocupações com a sua própria. As reclamações normalmente envolvem falhas imaginadas ou leves na face ou na cabeça. Outras preocupações incluem tamanho, forma ou outros aspectos do rosto como nariz, olhos, pálpebras, sobrancelhas, lábios, boca, dentes, mandíbula, orelha, queixo, bochechas ou cabeça. Entretanto, qualquer outra parte do corpo pode ser o foco de preocupação. Pode concentrar-se concomitantemente em várias partes do corpo. Os indivíduos com TDC evitam expor seus “defeitos” detalhadamente, apenas mencionam de forma geral sua “feiúra”. A maioria dos indivíduos com esse transtorno expõe suas preocupações como sendo muito dolorosas e considera difícil controlar as preocupações e passam horas por dia pensando em seu “defeito”, causando prejuízos.

Considerando-se a íntima relação entre os aspectos psicológicos e a autoimagem corporal, objetivou-se identificar a prevalência de sintomas de dimorfismo corporal, sintomas de ansiedade, de depressão e de esquemas cognitivos disfuncionais numa amostra de universitários. Além disso, objetivou-se correlacionar se as pessoas que apresentaram mais sintomas de dimorfismo corporal também possuem mais prejuízo na ansiedade, sintomas depressivos e em esquemas cognitivos disfuncionais.

MÉTODO

Participaram da pesquisa 55 estudantes universitários, com idade superior a 18 anos, sem presença de transtorno mental. Os participantes responderam a uma ficha sócio-demográfica, para caracterizar a amostra dos participantes; Inventário de Depressão de Beck – (BDI), escala com 21 itens de múltipla escolha que avalia sintomas depressivos; inventário de Ansiedade de Beck (BAI), escala com 21 itens de múltipla escolha que avalia sintomas de ansiedade (Cunha, 2001); Questionário de esquemas de Young – forma breve (QEY), inventário com 75 questões que avalia esquemas cognitivos (Cazassa, 2007); o questionário de Esquemas Corporais (BSQ), composto por 34 itens e que avalia a preocupação com a imagem corporal (Di Pietro, 2009); e o Levantamento de Intensidade de Sintomas Depres-

sivos (LIS-D), questionário com 42 itens que avalia a intensidade de sintomas depressivos e tríade cognitiva (Ferreira, não publicado).

Para a coleta dos dados, inicialmente foi realizado um contato com a instituição de ensino superior para solicitar autorização e para realizar o estudo, bem como, esclarecendo os objetivos da pesquisa e a forma de participação dos universitários. A partir do aceite, o projeto tramitou por CEP e, após aprovação (CAAE 20153113.5.0000.5319), foi dado andamento na coleta das informações. Os coordenadores de curso foram convidados a dar acesso às suas turmas para a coleta dos dados. Os cursos de psicologia e odontologia, os dois primeiros a serem convidados, aceitaram a proposta e a amostra consiste, portanto, em alunos destes dois cursos. Para a coleta de informações, os pesquisadores entraram em sala e explicaram o objetivo da pesquisa, bem como convidaram a participar todos os que estivessem dentro dos critérios de inclusão da amostra. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e responderam aos instrumentos, o que durou aproximadamente uma hora. A partir do material coletado, os resultados foram analisados estatisticamente.

RESULTADOS

Participaram do estudo 55 estudantes universitários, sendo uma turma do curso de odontologia e outra do curso de psicologia, composto no total por 45 mulheres (81,82%) e 10 homens (18,18%), na maioria com ensino superior incompleto ($n=50$, 90,91%). A idade predominante ficou na faixa de 18 a 25 anos ($n=37$, 67,27%), solteiro ($n=45$, 81,82%), de religião cristã ($n=50$, 90,91%) e que trabalham ($n=37$, 67,27%) pelo regime de CLT ($n=24$, 43,64%). As principais ocupações citadas foram: estudante ($n=13$, 23,64%) e auxiliar administrativo/geral ($n=10$, 18,18%).

A estatística descritiva da amostra apontou para a presença mínima de sintomas. Os valores normativos para o BDI considera sintomas mínimos até 11 pontos (média encontrada=9,45, DP=7,58); para o BAI, foram encontrados sintomas leves de ansiedade (faixa de 11 a 19 pontos; média=12,38, DP=10,27) (Cunha, 2001). Para o questionário de esquemas corporais, o limite para a presença de sintomas é de 111 pontos ou acima (média encontrada=74,04, DP=29,50), ficando na faixa média de sintomas normais (DiPietro & Sil-

veira, 2009). Para o questionário de esquemas iniciais desadaptativos de Young, não há valores normativos, mas a baixa pontuação média dos itens (2,45) sugere a presença de baixos sintomas (média encontrada na amostra=182,45, DP=54,43) (Cazassa, 2007). O LIS-D, por estar em processo de validação, não apresenta ainda valores normativos (Ferreira, não publicado).

Tabela 1
Desempenho dos participantes nos instrumentos.

Instrumento	Média	EP (95%)	dp
BAI	12,38	1,41	10,27
BDI	9,45	1,02	7,58
LIS-D	50,80	3,40	25,25
Young	182,45	7,34	54,43
BSQ	74,04	3,98	29,50

Fonte: primária.

Foi observada a prevalência de 7 pessoas (feminino=6, 10,91%; masculino=1, 1,82%; total=12,73%) com a presença de sintomas de BSQ sendo que os demais participantes obtiveram escores de sintomas normais. Considerando-se os respectivos tamanhos da amostra masculina e feminina, houve uma prevalência 30% superior de sintomas corporais na amostra feminina do que na masculina.

Para analisar os dados foram utilizadas técnicas não-paramétricas, tendo em vista que os dados não são escalares e não atendem a uma distribuição normal (Dancey & Reidy, 2013), e foram considerados valores estatisticamente significantes quando $p \leq 0,05$. O teste de Mann-Whitney não apontou diferença estatisticamente significativa entre os escores de sintomas depressivos, de ansiedade e de esquemas cognitivos disfuncionais no que diz respeito ao sexo dos participantes, ficando estes sintomas na faixa mínima (BDI, média masculina 11,5, média feminina 9, $p=0,95$; LIS-D, média masculina 60,7, média feminina 48,6, $p=0,60$; BAI, média masculina 9,1, média feminina 12,56, $p=0,88$; Young, média masculina 199,3, média feminina 178,71, $p=0,51$). Contudo, houve diferença estatisticamente significativa entre a amostra masculina e a feminina no BSQ, com a feminina mostrando mais sintomas corporais (média masculina=59,80, média feminina=77,20, $p=0,01$).

Identificada uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos de BSQ normal e presente, a estatística inferencial considerou que escores mais elevados levam a mais prejuízos de

sintomas nos demais instrumentos. A diferença entre estes grupos pelo BSQ apontou para uma diferença grande entre as médias pelo teste de Mann-Whitney (tamanho de efeito $d=3,90$, $p < 0,001$), sugerindo que os dois grupos constituem-se diferentes em função da gravidade dos sintomas corporais. Considerando-se os escores do BSQ presente, houve prejuízo identificado em todos os instrumentos e praticamente em todas

as dimensões do QEY e do LIS-D. Não apresentaram diferença estatisticamente significativa apenas os sintomas de pensamento e a visão de mundo do LIS-D ($p=0,93$ e $p=0,45$, respectivamente). No QEY, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas em inibição emocional ($p=0,17$), autossacrifício ($p=0,10$), autocontrole insuficiente ($p=0,12$), dependência ($p=0,14$), merecimento ($p=0,14$) e desconexão ($p=0,11$).

Tabela 2

Estatística descritiva e inferencial comparando os grupos com BSQ normal/leve e moderado/grave.

	Dimensão/fator	BSQ normal			BSQ presente			Effect size	Mann-Whitney	
		Média	EP(95%)	dp	Média	EP(95%)	dp	d	U	p*
BSQ	Normal/presente	65,04	2,52	11,49	135,71	6,96	18,76	3,90	1176,00	<0,001
BAI	Total	10,63	1,20	8,13	23,86	5,86	15,51	1,12	80,00	0,03
BDI	Total	8,60	1,05	7,30	15,29	2,81	7,43	0,91	73,00	0,02
LIS-D	Afetivos	10,85	0,83	5,73	15,71	2,60	6,87	0,77	99,50	0,08
	Comportamento	6,40	0,49	3,40	11,43	2,66	7,04	0,96	94,00	0,06
	Pensamento	7,58	0,60	4,14	7,86	1,79	4,74	0,06	164,50	0,93
	Comportamento	8,85	0,68	4,70	13,57	2,14	5,65	0,91	80,50	0,03
	Visão de si	5,98	0,68	4,72	10,86	2,36	6,26	0,89	90,00	0,05
	Visão do mundo	5,54	0,62	4,29	6,71	1,76	4,64	0,26	138,50	0,45
	Visão do futuro	2,42	0,54	3,75	6,43	1,96	5,19	0,90	84,00	0,03
	Total	47,63	3,25	22,54	72,57	12,67	33,53	0,89	93,50	0,06
Young	Privação emocional	12,96	1,01	7,00	21,14	2,87	7,60	1,12	71,00	0,01
	Fracasso	10,71	0,66	4,56	17,43	2,78	7,35	1,13	53,50	<0,01
	Inibição emocional	10,90	0,88	6,12	15,86	3,81	10,09	0,61	113,50	0,17
	Autossacrifício	20,19	0,83	5,77	23,86	1,37	3,63	0,78	102,50	0,10
	Abandono	14,27	0,83	5,78	23,43	2,43	6,43	1,50	49,50	<0,01
	Emaranhamento	9,94	0,63	4,39	15,29	1,92	5,09	1,13	68,00	0,01
	Autocontrole insuficiente	11,31	0,77	5,31	13,86	1,62	4,30	0,53	106,00	0,12
	Vulnerabilidade a dores e doenças	10,25	0,70	4,86	18,14	3,25	8,59	1,17	73,50	0,02
	Vergonha	5,25	0,40	2,76	12,29	2,02	5,35	1,74	19,00	<0,001
	Dependência	7,40	0,43	3,01	10,86	2,04	5,40	0,82	109,50	0,14
	Padrões inflexíveis	14,56	0,64	4,41	18,43	2,06	5,44	0,78	87,00	0,04
	Subjugação	3,15	0,25	1,76	6,86	1,62	4,30	1,22	76,50	0,01
	Desconfiança	9,04	0,55	3,81	13,29	1,96	5,19	0,94	83,50	0,03
Isolamento social	9,06	0,54	3,71	17,29	1,95	5,15	1,86	31,00	<0,001	
Merecimento	11,48	0,72	4,97	14,43	2,09	5,53	0,56	110,00	0,14	
Autocrítica insuficiente	2,75	0,13	0,93	4,29	0,78	2,06	1,03	83,00	0,02	
Desconexão	8,21	0,46	3,19	11,43	2,09	5,53	0,74	105,50	0,11	
Total	171,42	6,28	43,48	258,14	24,48	64,76	1,60	35,50	0,00	

*Valores de p para um teste bicaudal.

Fonte: primária.

Foi efetuada a análise das correlações entre os instrumentos (ρ de Spearman), considerando-se os grupos com BSQ normal/leve e moderado/grave. No grupo com BSQ normal/leve, foram observadas correlações moderadas/fortes ($\rho \geq 0,60$) entre os escores do BAI e LIS-D ($\rho=0,61$, $p \leq 0,01$) e do BDI e QEY ($\rho=0,68$, $p \leq 0,01$), sendo as demais correlações mais fracas ou sem significação esta-

tística no nível de $p \leq 0,05$. Para o grupo com BSQ moderado/grave, as correlações foram moderadas/fortes entre praticamente todos os instrumentos; as exceções ficaram com o BAI e o LIS-D ($\rho=0,27$, $p=0,28$) e BAI e BDI ($\rho=0,43$, $p=0,17$). A tabela 2 mostra os resultados das correlações; na diagonal superior, entre os instrumentos no BSQ normal/leve, e na diagonal inferior, BSQ normal/leve.

Tabela 3

Correlação entre os instrumentos considerando BSQ normal/leve e moderado/grave.

BSQ normal/leve					
	LIS-D	BSQ	QEY	BDI	BAI
LIS-D	1 (-)	0,04 (0,39)	0,57 (<0,01)	0,56 (<0,01)	0,61 (<0,01)
BSQ	0,86 (0,01)	1 (-)	0,14 (0,18)	0,05 (0,37)	-0,06 (0,34)
QEY	0,90 (<0,01)	0,95 (<0,01)	1 (-)	0,68 (<0,01)	0,44 (<0,01)
BDI	0,75 (0,03)	0,75 (0,03)	0,67 (0,05)	1 (-)	0,49 (<0,01)
BAI	0,27 (0,28)	0,61 (0,07)	0,61 (0,07)	0,43 (0,17)	1 (-)

BSQ moderado/grave					
--------------------	--	--	--	--	--

Entre parênteses, o valor de p ; um traço (-) indica não calculado.

Fonte: primária.

DISCUSSÃO

Os sintomas apresentados pelos universitários, de forma geral, estão dentro do esperado para uma população normal, com escores mínimos de sintomas depressivos, de ansiedade, sintomas corporais e esquemas cognitivos disfuncionais. Isso confere com o esperado de desempenho pela população geral. O DSM-5 (APA, 2014) aponta para prevalências de 7%-21% para o transtorno depressivo maior e transtornos de ansiedade também nesta faixa aproximada. O transtorno dismórfico corporal tem uma prevalência estimada, para a população americana, de cerca de 2,4%. Este estudo não objetivou identificar a prevalência de diagnóstico, mas sim a prevalência de sintomas corporais, partindo-se do pressuposto de que a presença de sintomas pode eventualmente levar ao desenvolvimento de um quadro patológico.

No que diz respeito a sintomas corporais, o estudo apontou que, mesmo com escores dentro da normalidade, a amostra feminina apresentou mais sintomas corporais que a amostra masculina pelo BSQ. Houve uma prevalência de 12,73% de sintomas corporais na amostra de universitários, e a prevalência em mulheres é 30% superior do que em homens. É esperada maior prevalência de sintomas alimentares e de imagem corporal em mulheres (Paxton, Wertheim, Gibbons, & Sz-

mukler, 1991; Andrade, Viana, & Silveira, 2006). A mídia e a sociedade reforçam a imagem de corpos atraentes, com isso, parte da sociedade se lança na busca de uma aparência física idealizada (Bucarechi, 2003). A exibição de modelos de corpos belos tem determinado nas últimas décadas uma compulsão a buscar uma anatomia ideal, e principalmente entre as mulheres tem aumentado os transtornos de alimentação como a anorexia nervosa e a bulimia (Nagel & Jones, 1992).

A análise das correlações apontou que, para os universitários com BSQ na faixa normal/leve, o BAI e o LIS-D correlacionaram-se positivamente e de maneira moderada ($\rho=0,61$, $p \leq 0,01$), assim como o BDI e o QEY ($\rho=0,68$, $p \leq 0,01$). Na amostra com BSQ moderado/grave, quase todos os instrumentos apresentaram correlações positivas e fortes, com exceção do BAI e do LIS-D ($\rho=0,27$, $p=0,28$) e do BAI e o BDI ($\rho=0,43$, $p=0,17$). O grupo com BSQ moderado/grave apresentou diferença estatisticamente significativa para sintomas depressivos, de ansiedade e esquemas cognitivos disfuncionais. Os sintomas depressivos ficaram na faixa de sintomas leves (média=15,29), os de ansiedade na faixa de sintomas moderados (média=23,86) e os esquemas cognitivos disfuncionais apresentaram diferença, também com mais prejuízo (média=258,19). Os tamanhos de efeito identificados em todos os instrumentos apresentaram valores que variaram entre 0,89 e

3,90, apontando que a diferença entre as médias foi alta, e com pouca variância compartilhada (Dancey & Reidy, 2013). Este dado aponta, portanto, para uma diferença entre os grupos, sendo que aquele com BSQ moderado/grave apresenta mais prejuízos. Portanto, pode-se dizer que a presença de sintomas corporais apresentou-se associada com maior risco de sintomas depressivos, de ansiedade e de que ocorram esquemas cognitivos disfuncionais, sendo identificada a presença de sintomas depressivos entre os indivíduos com imagem corporal negativa (Koenig & Wasserman, 1995). Alguns estudos têm apontado uma correlação direta entre preocupações com a autoimagem e sintomas de depressão e ansiedade (Ghaderi, 2005; O'Dea, 2006; Rosen et al., 1991) e outros têm mostrado que apenas as mulheres com insatisfações corporais encontram-se sob risco crescente de vivenciar sintomas de afeto negativo (Davison & McCabe, 2006). No caso deste estudo, a correlação entre a presença de sintomas corporais e maior prevalência de sintomas foi confirmada. Pessoas não atraentes são discriminadas, chegando a ser rejeitadas, o que pode gerar vulnerabilidades para sintomas depressivos, de ansiedade e dificultar o desenvolvimento de habilidades sociais e da autoestima (Saikali, Soubhia, Scalfaro, & Cordás, 2004). Desta forma, as correlações moderadas/fortes no grupo com BSQ moderado/grave apontam para um prejuízo amplo em diversas dimensões do comportamento.

O desempenho no QEY entre os universitários com sintomas no BSQ normal/leve e moderado/grave apresentou diferença estatisticamente significativa em praticamente todos os esquemas cognitivos disfuncionais. Apenas não alcançaram um nível de $p \leq 0,05$ os esquemas de inibição emocional ($p=0,0882$), autocontrole e autodisciplina insuficientes ($p=0,066$), dependência/incompetência ($p=0,0728$), merecimento ($p=0,0676$) e desconexão ($p=0,0627$). Contudo, estes valores de p aproximam-se de 0,05; isto permite considerar um amplo prejuízo em esquemas cognitivos quando os valores do BSQ alcançam a faixa de moderado/grave. A interpretação do valor de p depende basicamente daquilo que o pesquisador atribui como aceitável (Dancey & Reidy, 2013); assim, pode-se considerar que estes esquemas cognitivos disfuncionais possam apresentar um desempenho mais prejudicado do que a amostra com BSQ menor. Esquemas cognitivos disfuncionais apontam para distorções sobre a realidade e consequentemente prejuízo o comportamento de

forma ampla (Cazassa, 2007). Na psicologia cognitiva, esquema sugere um plano cognitivo abstrato que tem por função nortear o indivíduo na interpretação das informações e na resolução de problemas (Duarte, Nunes, & Kristensen, 2009). Estas estruturas tornam-se mais complexas ao longo do tempo havendo necessidade de uma coerência cognitiva para que o indivíduo mantenha uma visão estável de si mesmo e do mundo, mesmo que essa visão seja distorcida e imprecisa (Young, Klosko, & Weishaar, 2008). As distorções cognitivas são uma alteração das informações do ambiente para conservar os esquemas intactos. Deste modo, o indivíduo entende as situações equivocadamente, de maneira que o esquema seja potencializado e se acentue a informação que o confirme e enfraqueça a informação que o contrarie (Beck, 1997; Young, Klosko, & Weishaar, 2008). Portanto, as pessoas com mais sintomas corporais estão em maior risco de apresentar esquemas cognitivos disfuncionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma geral, a presença de sintomas corporais, sintomas depressivos, sintomas de ansiedade e de esquemas cognitivos disfuncionais em universitários apresenta-se na faixa esperada conforme o sugerido pela literatura. É esperado que estes sintomas sejam baixos na população, e o estudo confirmou este dado.

Houve a presença de sintomas corporais em apenas 12,73% da amostra ($n=7$). Neste grupo, a prevalência de mulheres foi 30% superior do que de homens, apontando para uma vulnerabilidade maior na amostra feminina. O grupo com BSQ moderado/grave também apresentou maior presença de sintomas depressivos, sintomas de ansiedade e esquemas cognitivos disfuncionais, sugerindo que possui mais risco para o desenvolvimento de psicopatologias.

Como limitadores do estudo, o tamanho da amostra foi um fator que pode ter reduzido o poder de estimativa das diferenças entre os dois grupos. A prevalência de sete estudantes com sintomas de BSQ moderados/graves foi baixa, e a reprodução do estudo em amostras maiores ($n \geq 60$) é recomendável. Da mesma forma, a presença de poucos homens no estudo não permite uma avaliação mais segura a respeito dos dados de prevalência. Este fator deveu-se ao fato de que os cursos

estudados possuem predominância de alunas. A presença de uma amostra maior de homens pode ser útil na identificação mais precisa da prevalência de sintomas corporais neste grupo.

A identificação acurada da presença de sintomas corporais, bem como sua correlação com sintomas depressivos, de ansiedade e com esquemas cognitivos disfuncionais é relevante para o clínico, visto que estes sintomas podem se realimentar e dificultar as intervenções. Portanto, é fundamental avaliar a presença e intensidade destes sintomas e tratá-los conjuntamente com os sintomas corporais e esquemas disfuncionais, aumentando as chances de sucesso da psicoterapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, S. (2003). Saúde e beleza do corpo feminino: algumas representações no Brasil do século XX. *Movimento*, 9(1), 119-43.
- Andrade, L. H. S. G., Viana, M. C. & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 43-54.
- Barros, D. D. (2005). Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde – Manuais*, 12(2), 547-54.
- Beatty, D. F. S. C. (1995). Position of the American Dietetic Association and the Canadian Dietetic Association: women's health and nutrition. *J. Am. Diet. Assoc.*, 95, 362-6.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bucarechi, H. A. (2003). *Anorexia e Bulimia Nervosa: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bruhns, H. (1989). *Conversando sobre o corpo*. 2 ed. Campinas: Papirus.
- Damasceno, V. O., Lima, J.R.P.; Vianna, J. M., Vianna, V. R. A. & Novaes, J. S. (2005). Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Rev. Bras. Med. Esporte*, 11(3).
- Dancey, C. P. & Reidy, J. R. (2013). *Estatística sem matemática para a psicologia*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Davison, T. E. & McCabe, M. P. (2006). Adolescent body image and psychosocial functioning. *The Journal of Social Psychology*, 146, 15-30.
- Capoani, S. N. C. & Neto, P. P. (2007). A medicalização da beleza. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 569-584.
- Cazassa, M. J. (2007). *Mapeamento de esquemas cognitivos: validação da versão brasileira do young schema questionnaire-short form*. Dissertação de mestrado: Porto Alegre, PUCRS.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- De Freitas, C. M. S. M., Lima, R. B. T., Costa, A. S. & Lucena Filho, A. (2010) O padrão de beleza corporal sobre o corpo feminino mediante o IMC. *Rev. bras. Educ. Fis. Esporte*, 24(3), 389-404.
- Di Pietro, M. & Silveira, D. X. (2009). Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 31(1).
- Duarte, A. L. C., Nunes, M. L. T. & Kristensen, C. H. (2008). Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1).
- APA (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5. Ed.rev. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- Ferreira, M. E. C., De Castro, A. P. A. & Gomes, G. (2008). A obsessão masculina pelo corpo: malhado, forte e sarado. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 27(1).
- Ferreira, V. R. T. (não publicado). *Levantamento da Intensidade de Sintomas Depressivos –LIS-D*. Passo Fundo.
- Ghaderi, A. (2005). Psychometric properties of the self-concept questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 139-146.
- Koenig, L. J. & Wasserman, E. L. (1995). Body image and dieting failure in college men and women: Examining links between depression and eating problems. *Sex roles*, 32(3-4), 225-249.
- Lupton, D. (2000). Corpos, prazeres e práticas do eu. *Educação e Realidade*, 25(2), 15-48.
- Nagel, K. & Jones, K. (1992). Sociological factors in the development of eating disorders. *Adolescence*, 27, 107-113.
- O'dea, J. A. (2006). Self-concept, self-esteem and body weight in adolescent females: A three-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 11, 599-611.
- Paxton, S. J., Wertheim, E. M., Gibbons, K. & Szmulker, G. I. (1991) Body image satisfaction, dieting beliefs and weight loss behaviors in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 20(3), 361-379.
- Rosen, J. C., Srebnik, D. Saltzberg, E. & Wendt, S. (1991). Development of a Body Image Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 3, 32-37.

- Savoia, M. G. (2000). Diagnóstico diferencial entre fobia social e transtorno dismórfico corporal. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(6), 316-318.
- Saikali, C. J., Soubhia, C. S., Scalfaro, B. M. & Cordás, T. A. (2004). Imagem corporal nos Transtornos Alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4).
- Schilder, P. (1999). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Slade, P. D. (1994). What is body image? *Behavioral Research Therapy*, 32(5), 497-502.
- Tavares, M. C. C. (2003). *Imagem corporal: conceito e desenvolvimento*. Barueri: Manole.
- Thompson, J. K. (1996). *Body Image, Eating Disorders and Obesity*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Wichstrom, L. (1995). Social, psychological and physical correlates of eating problems: A study of the general adolescent population in Norway. *Psychological Medicine*, 25(3), 567-579.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.
- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada em esquemas*. Porto Alegre: Artmed.

Depressive Symptoms, Anxiety, Corporal Dismorphism and Disfuncional Cognitive Schema in Undergraduates

ABSTRACT

The way we perceive the body is related with cognitive, affective and social aspects. Culture has a strong influence on the ideal body and society is increasingly demanding in the standard of beauty; these behaviors may be associated with cognitive distortions. It was aimed to evaluate the prevalence of physical, depressive and anxiety symptoms, and maladaptive schemas in a sample of 55 university students. The results showed that there was minimal presence of depressive symptoms, anxiety, body distortion and dysfunctional cognitive schemas; however women had greater body dissatisfaction. The main cognitive schemes that presented with high BSQ losses were: emotional deprivation, failure, self-sacrifice, abandonment, entanglement, vulnerability to pain and sickness, shame, uncompromising standards, subjugation, mistrust / abuse, social isolation and poor self-criticism. The findings points to a complex formation between body image and dysfunctional cognitive schemas.

Keywords: body dimorphism, cognitive schema, depression, anxiety

Recebido em: 20/4/2016

Avaliado em: 20/5/2016

Correções em: 20/6/2016

Aprovado em: 1/6/2016

Editor: Luiz Ronaldo Freitas de Oliveira