



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Sílvia Alexandra Martins Lopes Baptista

**AUTOAVERSÃO PELO CORPO E OS COMPORTAMENTOS
ALIMENTARES PERTURBADOS:
O PAPEL DA AUTOCOMPAIXÃO, APRECIÇÃO CORPORAL E
SUPRESSÃO COGNITIVA RELACIONADA COM A COMIDA**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Psicologia Clínica e da Saúde orientada pela Professora Doutora Paula Cristina de Oliveira de Castilho Freitas e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

setembro de 2022

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra

**AUTOAVERSÃO PELO CORPO E OS
COMPORTAMENTOS ALIMENTARES
PERTURBADOS:**

**O PAPEL DA AUTOCOMPAIXÃO, APRECIACÃO CORPORAL E
SUPRESSÃO COGNITIVA RELACIONADA COM A COMIDA**

Sílvia Alexandra Martins Lopes Baptista

Dissertação no âmbito do Mestrado em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Psicologia Clínica e da Saúde, orientada pela Professora Doutora Paula Cristina de Oliveira de Castilho Freitas e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

setembro de 2022

1 2  9 0

UNIVERSIDADE D
COIMBRA

“Casa de Hóspedes” (Jalaluddin Rumi)

O “ser humano” é uma casa de hóspedes.

Toda a manhã uma nova chegada.

Uma alegria, uma depressão, uma maldade,

Uma percepção momentânea aparece,

como uma visita inesperada.

Receba e entretenha-os a todos!

Mesmo que seja uma multidão de tristezas,

mágoas que varrem violentamente a tua casa

e a esvazia de toda a mobília,

Ainda assim trata honradamente cada hóspede.

Eles podem estar-te a limpar

para que possas receber uma nova alegria.

O pensamento escuro, a vergonha, a malícia,

receba-os à porta, sorrindo

e convida-os a entrar.

Sê grato a quem vier

porque cada um foi enviado

como um guia do além.

Agradecimentos

É com este trabalho final que se encerra o meu percurso pela academia. A construção desta dissertação desafiou-me e testou-me a vários níveis, trouxe frustração e medo, mas também o sabor de ser capaz de fazer algo que há tanto tempo ansiava. Durante estes meses de trabalho, percebi que houve sempre uma rede de suporte e vários portos seguros personificados em pessoas, e às quais agradeço profundamente.

À Professora Doutora Paula Castilho, pelo exemplo de profissionalismo e excelência. Pela gentileza das suas palavras, sempre compassivas e de encorajamento. Obrigada por despertar em mim a curiosidade e vontade de querer saber mais.

À Doutora Lara Palmeira, pela oportunidade de experienciar em consulta alguns dos processos emocionais e cognitivos estudados neste trabalho. Agradeço também pela ajuda e esclarecimento de dúvidas sobre o SPSS.

À equipa de psicólogas da consulta das Perturbações Alimentares do CHUC, Doutora Lara Palmeira, Dr^a Lígia Fonseca, Dr^a Mariana Marques e Dr^a Margarida Robalo, e às minhas colegas estagiárias Ana Temido, Maria Carolina Torres e Bruna Duarte, agradeço a prontidão para ajudar na recolha da amostra clínica ainda que, infelizmente, não tenha sido possível a sua utilização.

A todas as participantes mulheres que colaboraram no preenchimento do protocolo de avaliação, agradeço pelo tempo e interesse que dedicaram a este estudo.

Aos Mestres Cristiana Marques e Diogo Carreiras, agradeço a ajuda no esclarecimento de dúvidas sobre as análises estatísticas, bem como na revisão final deste trabalho.

À minha família, em particular aos meus Pais, os quais apesar de todas as divergências e dificuldades prestaram sempre o seu apoio e acompanhamento incondicionais. Estarei sempre grata por todas as viagens que fizeram até Coimbra para cuidar de mim em momentos difíceis. Ao meu pai, exemplo de rigor e dedicação, agradeço todo o incentivo e força para continuar a trabalhar. À minha mãe, poço de amor e cuidado, obrigada por todos os mimos e palavras de encorajamento.

À minha irmã Catarina, pelas longas horas de estudo embaladas ao som do teu violino, pelas gargalhadas e risos genuínos.

À Bea, a “irmã do meio”, agradeço por todo o teu amor, o sentido de conexão, as partilhas profundas, por todas as vezes que com atenção escutaste os meus medos e me deste amparo.

À minha Avó Lurdes, agradeço o carinho e palavras amigas.

À minha Madrinha, pelos abraços, sorrisos, amor e orgulho que manifestas pelas minhas conquistas.

À Ana Luz, a amiga com quem me cruzei num dos “percalços” deste meu percurso académico, e desde então que caminhamos juntas neste que é o sonho de sermos psicólogas. Agradeço a amizade bonita que construímos nestes anos.

Ao Miguel, o irmão que a faculdade me deu. Agradeço pelo profundo companheirismo e amizade. Por abraçares os meus medos e lágrimas, por todas as palavras de incentivo e coragem. Por me veres além do que a minha mente me permite.

À Casa do Manel, e em particular a todas as pessoas com quem lá me cruzei, Joana Alagoinha, Joana Mateus, Rita e Joana Ferreira. Obrigada por trazerem leveza à minha vida!

À Joana, pelos abraços reconfortantes, serões de música, partilhas e gargalhadas. Por despertares o meu lado divertido e pelo porto seguro que encontro em ti.

À Flávia, por todas as palavras sábias, por todo o incentivo, pelo carinho e pela profunda compreensão.

Ao João, o mais bonito encontro que Coimbra me proporcionou. Obrigada por me permitires experimentar esta dimensão do amor, por cuidares de mim e por me fazeres sentir segura. Obrigada por me dares espaço para ser espontânea e livre, contigo sinto que expresso o meu verdadeiro eu.

Às minhas colegas do grupo de estágio/tese, agradeço as partilhas das conquistas, mas também dos medos e erros. Obrigada por me permitirem experienciar esta dimensão da compaixão que é a humanidade comum.

A todos os meus amigos de Alcains – Beatriz, Bruno, Eduarda, Mariana, Joana e Miguel –, e que apesar das circunstâncias de vida não nos permitirem estarmos juntos tão frequentemente quanto gostaria, foram sempre fonte de suporte. Obrigada por todas as palavras amigas, pelos momentos de partilha e gargalhadas. É bom ter-vos e estar perto de vós.

Resumo

As perturbações do comportamento alimentar são problemas de saúde que surgem normalmente durante a infância ou adolescência comprometendo várias áreas da vida dos indivíduos. Pretendemos estudar o papel preditor da autoaversão dirigida ao corpo, sintomatologia depressiva, supressão cognitiva de pensamentos sobre comida, autocompaixão e apreciação corporal, relação aos comportamentos alimentares perturbados, manifestos na forma de comer emocional e comer descontrolado. Este estudo, de desenho transversal, incluiu uma amostra de 361 mulheres portuguesas. Os dados foram recolhidos online através do preenchimento de um protocolo de investigação composto por diferentes instrumentos de autorresposta e que avaliavam os construtos referidos. Os resultados das análises de correlação demonstraram que as variáveis se associam de forma significativa e no sentido esperado. Os estudos de regressão sugeriram que a supressão cognitiva de pensamentos sobre comida e a apreciação corporal são importantes preditores dos comportamentos alimentares perturbados. Seria importante que as abordagens terapêuticas integrassem estes mecanismos cognitivo-emocionais, e desta forma, atuassem de modo a diminuir a supressão cognitiva, bem como a promover uma atitude de autoapreciação do corpo. O treino da autocompaixão poderá ser uma ferramenta eficaz a utilizar.

Palavras-chave: autoaversão da imagem corporal, comportamento alimentar perturbado, supressão cognitiva, autocompaixão, apreciação corporal

Abstract

Eating disorders are health problems that usually occur during childhood or adolescence, compromising several areas of patients' lives. We aim to study the relation between self-disgust directed to body image, depression, food though suppression, self-compassion, body appreciation and eating disordered behaviours, such as emotional eating and uncontrolled eating. This cross-sectional study included a sample of 361 portuguese women. The data was collected through filling an online research protocol composed of several self-report measures that mediate the referred constructs. Results showed that the variables were significantly associated in the expected way. The regression analysis suggests that food though suppression and body appreciation are relevant predictors of eating disordered behaviours. It would be important that therapeutic aprouches could integrate these cognitive-emotional mechanisms, and acted in order to reduce cognitive suppression, as well as promote na attitude of self-appreciation of the body. Self-compassion training can be an effective tool to use.

Keywords: self-disgust directed to body image, eating disordered behaviours, cognitive suppression, self-compassion, body appreciation

Índice

| | |
|------------------------------------|-----------|
| Enquadramento teórico | 2 |
| Método | 9 |
| Resultados | 13 |
| Discussão | 20 |
| Conclusão | 26 |
| Declarações..... | 26 |
| Bibliografia..... | 27 |

Baptista, S., Palmeira, L. & Castilho, P. (2022). Autoaversão pelo corpo e os comportamentos alimentares perturbados: o papel da autocompaixão, apreciação corporal e supressão cognitiva relacionada com a comida. Manuscrito em preparação.

Autoaversão pelo corpo e os comportamentos alimentares perturbados: o papel da autocompaixão, apreciação corporal e supressão cognitiva relacionada com a comida

Autores

Sílvia Baptista, B.S. ^{a, c *} (ORCID: 0000-0003-1934-2951)

Lara Palmeira, PhD. ^b (ORCID: 0000-0001-7191-1002)

Paula Castilho, PhD. ^{a,b,c} (ORCID: 0000-0003-1864-3146)

^a University of Coimbra, Portugal

^b CINEICC - Center for Research in Neuropsychology and Cognitive Behavioral Intervention

^c Faculty of Psychology and Educational Sciences of the University of Coimbra, Portugal

*Correspondência relativa a este artigo deve ser enviada para:

Sílvia Baptista

Email: silviaalexandra998@hotmail.com

CINEICC, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Telephone: (+351) 239851450

Fax: (+351) 239851462

Enquadramento teórico

As perturbações do comportamento alimentar (PCA) são problemas de saúde que surgem normalmente durante a infância ou adolescência comprometendo várias áreas da vida dos indivíduos. De acordo com Fairburn e Harrison (2003) a definição de uma PCA implica que haja uma perturbação clara e significativa nos hábitos alimentares e comportamentos para o controlo do peso, que a perturbação se reflita num disfuncionamento psicológico e/ou da saúde física clinicamente significativo e que não seja secundária a outra condição médica geral ou psiquiátrica.

Dado que os vários quadros diagnósticos partilham entre si características clínicas e que se verifica a migração dos pacientes entre os vários diagnósticos ao longo do tempo, Fairburn et al. (2003) propuseram a leitura desta psicopatologia à luz de um modelo transdiagnóstico. Segundo este modelo a principal característica das PCA consiste na existência de um esquema de autoavaliação disfuncional que se traduz numa sobrevalorização do peso, forma corporal e alimentação. Esta psicopatologia de base expressa-se através de atitudes e comportamentos semelhantes nos diferentes quadros diagnósticos das PCA, nomeadamente, através de uma dieta restritiva, comportamentos de controlo do peso, verificação do corpo e evitamento, e preocupação com pensamentos acerca da forma corporal, peso e alimentação (Fairburn, 2008).

Especificamente, a anorexia nervosa caracteriza-se pela preocupação com a manutenção de um baixo peso (índice de massa corporal (IMC) $\leq 17.5 \text{ kg/m}^2$), pela perturbação do modo como o próprio peso ou a forma corporal são percecionados, e uma elevada restrição da ingestão de alimentos dado o medo de ganhar peso (American Psychiatric Association [APA], 2013). Indivíduos com anorexia nervosa podem tentar manter um baixo peso corporal através de uma dieta restritiva (tipo restritivo), ou através do uso de vômito autoinduzido ou abuso de diuréticos, laxantes e/ou enemas (tipo purgativo) (APA, 2013). A bulimia nervosa envolve a ocorrência de episódios de ingestão alimentar compulsiva e comportamentos compensatórios os quais ocorrem pelo menos uma vez por semana durante um período de três meses, bem como uma marcada insatisfação com a forma corporal/peso (APA, 2013). A perturbação de ingestão alimentar compulsiva caracteriza-se pela ocorrência de episódios recorrentes de compulsão alimentar, pelo menos uma vez por semana durante um período de três meses (APA, 2013).

No que diz respeito à prevalência, a anorexia nervosa em jovens do sexo feminino tem uma prevalência de aproximadamente 0.4%, a bulimia nervosa varia entre 1 e 1.5% e, a perturbação de ingestão alimentar compulsiva apresenta uma prevalência de 1.6% (APA, 2013). Entre a população de mulheres jovens portuguesas a prevalência de todas as perturbações alimentares é de 3.06%. A prevalência da anorexia nervosa é de 0.39%, a bulimia nervosa de 0.30% e a perturbação alimentar sem outra especificação é 2.37% (Machado et al., 2007).

Relativamente aos padrões de comportamento alimentar, a literatura tem evidenciado a existência de distintas formas entre eles a restrição alimentar, comer emocional ou comer descontrolado (Duarte et al., 2020). No presente estudo iremos investigar em detalhe estas duas últimas formas. O comer descontrolado refere-se à tendência para comer em demasia como resultado da sensação de perda de controlo da ingestão, bem como sentimentos subjetivos de fome. Por sua vez, o comer emocional define-se como a tendência para comer em resposta a emoções negativas como a ansiedade ou irritabilidade (Anglé et al., 2009). Num estudo anterior (Duarte et al., 2020) estes comportamentos alimentares perturbados apresentaram associações positivas com sintomas psicopatológicos nomeadamente a depressão, ansiedade, *stress*, vergonha externa e autocrítico na forma do eu detestado e eu inadequado. No sentido oposto, apresentam associações negativas com a subescala eu tranquilizador.

Relativamente aos mecanismos cognitivos e emocionais que constituem fatores de risco para o desenvolvimento e manutenção de comportamentos alimentares perturbados/PCA a investigação tem destacado vários, tais como a supressão cognitiva de pensamentos sobre comida (Barnes et al. 2009), a vergonha (Ferreira et al., 2013; Goss & Allan, 2009) ou fusão cognitiva com a imagem corporal (Ferreira et al., 2014).

A autoaversão e comportamento alimentar

Nas últimas décadas tem crescido o interesse em estudar a emoção de autoaversão, a qual surge quando a emoção básica de nojo/aversão é dirigida a características do *self* (Powell et al., 2015), tendo sido desenvolvidas várias medidas para compreender melhor esta emoção. No entanto, no âmbito das abordagens clínicas para as perturbações do comportamento alimentar, o nojo/aversão carece ainda de mais investigação. Rozin e Fallon (1987) definiram a aversão como uma atitude de repulsa perante a perspectiva de ingestão (oral) de um objeto prejudicial. Este estado emocional manifesta-se através de

quatro componentes: comportamental, a qual se manifesta através de uma atitude de distanciamento de um objeto, acontecimento ou situação considerados aversivos (Rozin et al., 2000); fisiológica, expressa através de náusea; expressiva que se caracteriza pela retração do lábio superior, enrugamento do nariz, queda dos cantos da boca e das bochechas (Darwin, 1965; Ekman, 1972 citados por Rozin et al., 2000); e, por fim, qualia (componente mental) que se manifesta através de atitudes de repulsa (Rozin et al., 2000).

A aversão é uma emoção multifacetada que pode ser despoletada por estímulos externos, nomeadamente o desvio social e comportamento imoral, relações interpessoais (sentir aversão aos comportamentos do outro) ou estímulos internos como avaliações relativas ao *self* (sobre o corpo, emoções, pensamentos, comportamentos ou o *self*), conduzindo assim a diferentes respostas. Segundo a perspetiva evolucionária, a aversão tem uma função adaptativa na medida em que visa proteger o indivíduo de doenças, infeções e intoxicações. No entanto esta reação pode deixar de ser adaptativa quando é despoletada por estímulos relativos ao *self* (Gilbert, 2015; Overton et al., 2008).

Sendo uma emoção negativa, seria de prever que quando dirigida ao *self* estivesse associada a dificuldades psicológicas (Clarke et al., 2019); de facto, vários estudos têm evidenciado a relação da autoaversão com a psicopatologia, nomeadamente com depressão, ansiedade e suicidalidade (Overton et al., 2008; Powell et al., 2013; Carreiras, 2014).

Apesar de, no âmbito das abordagens clínicas para as PCA o nojo/aversão carecer de investigação, nos últimos anos alguns estudos têm analisado este conceito. Ille e colaboradores (2014) desenvolveram o *Questionnaire for the Assessment of Self-Disgust* (QASD; Ille et al., 2014), uma medida de autorrelato composta por duas subescalas, que avalia a aversão que o próprio sente pela sua aparência física e personalidade (*personal disgust*) e pelo seu comportamento (*behavioral disgust*). Compararam diferentes quadro diagnósticos (perturbação *borderline* da personalidade, depressão major, esquizofrenia, perturbações do comportamento alimentar e fobia a aranhas) com grupos controlo saudáveis e verificaram que os grupos clínicos apresentaram níveis mais elevados de autoaversão. Entre os grupos clínicos, os pacientes com perturbação *borderline* da personalidade e PCA foram aqueles nos quais os níveis de autoaversão dirigida à aparência física e à personalidade foram mais elevados.

A investigação tem demonstrado uma relação entre experiências emocionais aversivas, como a autoaversão, e psicopatologia do comportamento alimentar (Espeset et

al., 2012; Ille et al., 2014; Palmeira et al., 2017; Marques et al., 2021; Bektas et al., 2022), particularmente nas formas de insatisfação corporal, desejo de perder peso, restrição alimentar, purga, e tendência para evitar comida, consciência corporal e interações sociais nas quais o corpo possa ser exposto aos outros (Espeset et al., 2012) ou procura da magreza (“*drive for thinness*”) (Marques et al., 2021).

Contudo, até ao momento (e que seja do nosso conhecimento) não existe qualquer estudo que considere o papel da autoaversão pelo corpo nos comportamentos alimentares perturbados e sintomas associados. A fim de ultrapassar esta limitação foi construída e desenvolvida a Escala de Autoaversão dirigida ao Corpo (EAAC) (Loureiro et al., 2017) e que mede a autoaversão dirigida a aspetos corporais (peso, forma e tamanho) em quatro componentes – cognitivo/emocional, ativação fisiológica, comportamental e exclusão. Neste estudo, os autores mostraram que a autoaversão pelo corpo apresentou associações positivas com vários indicadores psicopatológicos, como a depressão, ansiedade, vergonha externa, fusão cognitiva relativa à imagem corporal, inflexibilidade psicológica com a imagem corporal e autocrítico. Importa destacar que as associações foram mais fortes com a versão detestada do autocrítico. Além disso, a autoaversão pelo corpo revelou-se um preditor significativo dos sintomas psicopatológicos (i.e., depressão, ansiedade e *stress*).

Recentemente, Glashouwer e Jong (2021) sugeriram um modelo no qual destacaram o papel da autoaversão relacionada com o corpo na sintomatologia da anorexia nervosa. Segundo estes autores, o nojo é despoletado pelo receio do impacto que a comida pode ter no corpo, isto é, no ganho de peso.

Supressão cognitiva e comportamento alimentar

A supressão cognitiva pode ser definida como um mecanismo cognitivo através do qual os indivíduos tentam não pensar sobre um determinado conteúdo. De acordo com a Teoria dos Processos Irónicos, a tentativa de supressão do pensamento induz dois processos cognitivos: um processo operacional, consciente e exigente que procura distratores e um processo de monitorização inconsciente e relativamente fácil que procura o pensamento indesejado (Wegner, 1994). Este mecanismo/processo cognitivo tem sido amplamente estudado e associada à psicopatologia, como ansiedade, depressão e abuso de substâncias (Klein, 2007). No que diz respeito ao seu efeito no comportamento

alimentar, vários estudos têm destacado a necessidade de avaliar a relação entre supressão do pensamento e comportamentos alimentares (Ward et al., 1996).

Vários estudos têm revelado que a supressão cognitiva está implicada na psicopatologia alimentar. E, em particular, este mecanismo foi associado a sintomas bulímicos em homens e mulheres de uma amostra universitária (Lavender et al., 2009) e a níveis mais elevados de purga e jejum (Smith et al., 2019). No entanto, nestes estudos foi utilizado o Inventário de Supressão do Urso Branco (WBSI), uma medida que avalia o mecanismo geral da supressão cognitiva. De maneira a avaliar a supressão de pensamentos especificamente relacionados com comida, foi construído por Barnes et al. (2009) o Inventário de Supressão de Pensamento Alimentar (FTSI), o qual se encontra validado para a população portuguesa (Ferreira et al., 2021). Neste estudo, a supressão de pensamentos sobre comida e o evitamento experiencial da imagem corporal e a incapacidade na autocompaixão e autotranquilização demonstraram ser preditores significativos de comportamentos alimentares perturbados, nomeadamente, restrição alimentar, preocupação com a forma, peso e alimentação. Alguns estudos já utilizaram este instrumento e os resultados têm confirmado a relação entre supressão cognitiva de pensamentos sobre comida e a manifestação de comportamentos alimentares perturbados, tendo sido identificado como estando associado a episódios de compulsão alimentar numa amostra de pessoas com obesidade (Barnes et al., 2013).

Apreciação corporal, autocompaixão e comportamento alimentar

A apreciação corporal é uma das várias facetas da imagem corporal positiva e define-se como a capacidade que o indivíduo tem de adotar opiniões favoráveis acerca do corpo independentemente da aparência física, de aceitar o corpo apesar das incongruências com os ideais sociais, de respeitar o corpo atendendo às suas necessidades e de adotar comportamentos saudáveis e proteger o corpo rejeitando ideais de aparência irrealistas (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Uma meta-análise recente mostrou que o construto de apreciação corporal se associa negativamente com vários índices alimentares (e.g., patologia alimentar, restrição alimentar), perturbações da imagem corporal (e.g., internalização de um ideal de beleza, *body surveillance*, pressões socioculturais) e psicopatologia geral (e.g., depressão e ansiedade). No sentido oposto, a apreciação corporal foi positivamente associada com vários constructos relativos ao bem-estar e

saúde psicológica, como autoestima, autocompaixão e satisfação sexual (Linardon et al., 2022).

A compaixão tem sido incorporada em várias abordagens terapêuticas para as perturbações relacionadas com o corpo e alimentação em adultos (Steindl et al., 2017). Este é um constructo multidimensional que defende que o sofrimento e a falha fazem parte da condição humana, e que todas as pessoas – incluindo o próprio – são dignas de receber compaixão (Neff, 2003a). Neff (2003a) conceptualizou a autocompaixão considerando três dimensões que se encontram relacionadas entre si: (a) autobondade – referente à capacidade de ser gentil e compreensivo consigo mesmo, em vez de se envolver em autojulgamento e criticismo; (b) mindfulness – referente à capacidade de lidar com pensamentos e emoções aversiva de forma consciente, em vez de ocorrer uma sobreidentificação com os mesmos; e (c) humanidade comum – envolve o reconhecimento de que todos os humanos são imperfeitos e enfrentam dificuldades ao longo da vida.

A investigação tem evidenciado o papel da autocompaixão, particularmente a capacidade de o indivíduo desenvolver uma relação com o eu baseada na aceitação, preocupação e cuidado, calor emocional, empatia e simpatia e não julgamento, para a saúde mental e bem-estar (Neff, 2003a; Gilbert, 2010). A capacidade de ser autocompassivo está integrada no sistema de tranquilização, o qual pertence aos três sistemas de regulação emocional (i.e., defesa-ameaça, procura e tranquilização) propostos por Gilbert (2010). No âmbito dos comportamentos alimentares perturbados, considera-se que estes estão relacionados com uma hiperativação dos sistemas defesa-ameaça e procura, e um subdesenvolvimento do sistema de tranquilização (Goss & Allan, 2014). Com efeito, promover o desenvolvimento deste último sistema, vai aumentar os níveis de autocompaixão, a qual funciona como um antídoto para a hiperativação dos sistemas responsáveis pelos comportamentos alimentares perturbados.

A autocompaixão tem sido estudada em várias populações (clínicas e não-clínicas), tendo sido associada a vários indicadores. Ferreira et al. (2013), verificaram que a autocompaixão se associou negativamente com a vergonha externa, sintomas psicopatológicos (ansiedade, depressão e stress) e sintomatologia relativa às PCA. Os resultados deste estudo revelaram ainda que nas mulheres da amostra não-clínica, níveis mais elevados de vergonha externa foram preditores da procura da magreza, parcialmente através de níveis mais baixos de autocompaixão. Nessa mesma amostra, a insatisfação

com a imagem corporal foi um preditor direto da procura da magreza. Por sua vez, na amostra clínica o aumento da vergonha e a insatisfação com a imagem corporal previram um aumento do impulso para a magreza através da diminuição da autocompaixão.

Tal como referido anteriormente, vários estudos relacionaram a capacidade de ser autocompassivo com maiores níveis de apreciação corporal (Kelly & Stephen, 2016; Marta-Simões et al. 2016a, 2016b). Os dados sobre a autocompaixão destacam o seu papel como amortecedor (*buffer*) do efeito nocivo dos sentimentos gerais de vergonha nos níveis de apreciação do corpo (Marta-Simões et al., 2016b). Um outro estudo mostrou que elevados níveis de autocompaixão foram associados a memórias precoces de cuidado e segurança com os pares, e que estes dois constructos se relacionaram positivamente com a apreciação corporal que, por sua vez, se mostrou associada a menos comportamentos alimentares perturbados (Marta-Simões et al., 2020).

Objetivos deste estudo

O presente estudo tem como objetivo testar o papel preditor da autoaversão dirigida ao corpo, a sintomatologia depressiva, a supressão cognitiva de pensamentos sobre comida, a autocompaixão e a apreciação corporal, em relação aos comportamentos alimentares perturbados, manifestos na forma de comer emocional e comer descontrolado.

Mais especificamente, espera-se que níveis elevados de autoaversão do corpo e de supressão cognitiva de pensamentos sobre comida estarão associados a mais comportamentos alimentares perturbados. No sentido oposto espera-se que os comportamentos alimentares perturbados estejam associados a menores níveis de autocompaixão e apreciação corporal. Além disso, espera-se que a autoaversão do corpo e a supressão cognitiva de pensamentos sobre a alimentação estejam relacionadas a dificuldades na capacidade de autotranquilização e autocompaixão (hipótese 1).

Espera-se ainda que a autoaversão do corpo, supressão cognitiva de pensamentos sobre comida, autocompaixão e apreciação corporal sejam preditores significativos dos comportamentos alimentares perturbados (hipótese 2).

Método

Participantes

Foi constituída uma amostra de conveniência com participantes adultos da população não clínica (população geral), do género feminino, num total de 361. Nesta amostra as idades variaram entre os 18 e 64 anos, sendo que a média de idades foi de 30.56 ($DP = 12.69$). Os anos de escolaridade situaram-se entre os 6 e 24 anos, com média de 14.68 ($DP = 2.67$). No que diz respeito ao estado civil 71.2% das participantes eram solteiras, 23.5% casadas/união de facto, 4.4% divorciadas/separadas e 0.8% viúvas. Relativamente à área de residência 50.4% eram da zona Centro, 24.1% da área metropolitana de Lisboa, 21.1% do Norte, 1.7% do Alentejo, 1.4% da Região Autónoma da Madeira, 1.1% do Algarve e 0.3% da Região Autónoma dos Açores. Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), a média obtida foi de 24.09 ($DP = 4.88$), sendo que os valores mínimo e máximo foram respetivamente, 12.64 e 46.87.

Instrumentos de medida

Dados demográficos. As participantes foram questionadas acerca da sua idade, anos de escolaridade, estado civil, área de residência, peso atual e altura. Calculou-se o IMC ($\text{peso}/\text{altura}^2$) face à natureza do estudo.

Escala da Ansiedade, Depressão e Stress (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro et al., 2004). A DASS-21 é um instrumento de autorrelato constituído por 21 itens que avalia os estados afetivos negativos na última semana. Os itens são cotados numa escala Likert de 4 pontos (0=Não se aplicou nada a mim; 3=Aplicou-se a mim a maior parte das vezes) e distribuem-se por três escalas: ansiedade (sete itens) (e.g., “*Senti dificuldades em respirar*”), depressão (sete itens) (e.g., “*Senti-me desanimado e melancólico*”) e stress (sete itens) (e.g., “*Senti que estava a utilizar muita energia nervosa*”). Na versão original os valores da consistência interna foram de $\alpha=.91$ para a subescala de depressão, $\alpha=.81$ para a subescala de ansiedade e $\alpha=.89$ para a subescala de stress. Na versão portuguesa o alfa de Cronbach foi de .85 para a subescala da depressão, .74 para a subescala da ansiedade e .81 para a subescala de stress. Neste estudo o alfa de Cronbach para a subescada de depressão foi de .92.

Escala da Apreciação Corporal – 2 (BAS-2; Tylka & Wood-Barcalow, 2015; Marta-Simões et al., 2016b). A BAS-2 é um instrumento de autorrelato constituído por 10 itens apresentados numa escala tipo Likert de 5 pontos (Nunca = 1; Sempre =5) e que avalia a relação com o corpo ou imagem corporal (e.g., “*Estou atenta às necessidades do meu corpo*”; “*Eu sinto amor pelo meu corpo; Aprecio as características diferentes e únicas do meu corpo/imagem corporal*”). A cotação é feita através da média das cotações dos itens, onde valores mais elevados indicam uma apreciação corporal mais positiva. Na versão original o alfa de Cronbach para a amostra feminina foi de .94. Na versão portuguesa o valor da consistência interna foi de .95. Neste estudo o valor da consistência interna foi de .96.

Escala Multidimensional da Autoaversão dirigida ao Corpo (BDSO; Loureiro et al., 2017). A BDSO é uma medida de autorrelato constituída por 42 itens que avaliam a autoaversão dirigida ao corpo. Os itens são apresentados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (0: Nunca; 4: Sempre) e agrupam-se em quatro subescalas: Cognitivo-Emocional (15 itens) (e.g., “*Sinto-me profundamente desgostosa por essas partes do meu corpo*”), Ativação Fisiológica (15 itens) (e.g., “*Tenho a sensação de que o meu corpo se contrai*”), Comportamental (sete itens) (e.g., “*Tento esconder essas partes do meu corpo pelas quais tenho aversão*”) e Exclusão (cinco itens) (e.g., “*Sinto vontade de cortar, queimar, excluir essas partes do meu corpo*”). A cotação é feita através da média do somatório dos itens, onde valores mais elevados são indicadores de mais autoaversão do corpo. Na versão original a escala total revelou um alfa de Cronbach excelente ($\alpha=.97$). No presente estudo a consistência interna obtida foi de .97.

Inventário de Supressão de Pensamentos Alimentares (FTSI; (Barnes et al., 2009; Ferreira et al., 2021). O FTSI é um instrumento de autorrelato constituído por 15 itens e que avalia a supressão cognitiva relacionada com a alimentação. Os itens são cotados numa escala tipo Likert de 5 pontos (1 = Discordo totalmente; 5 = Concordo totalmente) (e.g., “*Tenho pensamentos sobre comida que não consigo parar*”; “*Eu tento sempre tirar da minha cabeça os problemas relacionados com comida*”; “*Por vezes gostava mesmo de poder parar de pensar em comida*”). As pontuações mais elevadas indicam maior supressão cognitiva sobre os alimentos. Tanto a versão original como a versão portuguesa

apresentaram uma consistência interna muito boa, tendo um alfa de Cronbach de .96 e .97, respetivamente. No presente estudo a consistência interna obtida é de .97.

Escala de Autocompaixão (SELFCS; Neff, 2003b; Castilho et al., 2015). Este é um instrumento de autorrelato constituído por 26 itens que avalia a capacidade de um indivíduo ser autocompassivo perante o sofrimento. Os itens são apresentados numa escala tipo Likert de 5 pontos (1 = Quase Nunca; 5 = Quase Sempre), distribuídos por seis subescalas: Autobondade (cinco itens) (e.g., *“Tento ser carinhoso comigo próprio quando estou a sofrer emocionalmente”*); Auto-Ajuizamento (autocriticismo) (cinco itens) (e.g., *“Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações”*); Humanidade Comum (quatro itens) (e.g., *“Quando as coisas me correm mal vejo as dificuldades como fazendo parte da vida, e pelas quais toda a gente passa”*); Isolamento (quatro itens) (e.g., *“Quando falho nalguma coisa importante para mim tendo a sentir-me sozinha no meu fracasso”*); Mindfulness (quatro itens) (e.g., *“Quando me sinto em baixo tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura”*); Sobre-Identificação (quatro itens) (e.g., *“Quando alguma coisa dolorosa acontece tendo a exagerar a sua importância”*). Quanto maior a pontuação na escala total então maior o nível de autocompaixão. Tanto a versão original ($\alpha=.92$), como a versão portuguesa ($\alpha=.94$) apresentaram uma consistência interna muito boa para o total da escala. No presente estudo a consistência interna obtida foi de .94.

Questionário de Três Fatores do Comportamento Alimentar (TEFQ-R21; Stunkard & Messick, 1985; Duarte et al., 2020). O TFEQ-R21 é uma medida de autorrelato constituída por 21 itens que avalia o comportamento alimentar em três domínios: a subescala restrição cognitiva que avalia o controlo sobre a quantidade de comida ingerida para influenciar o peso e forma corporal (e.g., *“Escolho deliberadamente pequenas porções de comida como forma de controlar o peso”*), a subescala comer descontrolado que avalia a propensão para comer demais quando são experienciados estados emocionais negativos (e.g., *“Às vezes quando começo a comer, parece que não consigo parar”*) e por último, a subescala comer emocional que avalia a tendência para perder o controlo sobre a alimentação quando há sensação de fome ou exposição a estímulos externos (e.g., *“Começo a comer quando me sinto ansioso(a)”*). Os primeiros 20 itens são cotados numa escala Likert de quatro pontos e o item 21 é respondido com base numa escala Likert de oito pontos. Cappelleri et al. (2009) confirmaram que as três escalas apresentam

consistência interna adequada ($\alpha = .76$ para a subescala restrição cognitiva, $\alpha = .83$ para a subescala comer emocional e $\alpha = .85$ para a subescala comer descontrolado). Na versão portuguesa os valores da consistência interna foram de $\alpha=.83$ para a subescala restrição cognitiva, $\alpha=.84$ para a subescala comer descontrolado e $\alpha=.92$ para a subescala comer emocional. No presente estudo foram utilizadas apenas as subescalas comer emocional e comer descontrolado, as quais revelaram uma consistência interna de .94 e .89, respetivamente.

Procedimentos metodológicos

O presente estudo integrou-se no projeto de doutoramento da Psicóloga Mestre Cristiana Marques intitulado por “*The neural basis of self-criticism and self-compassion in eating disorders: The role of an integrative intervention approach on neuroplasticity*”, financiado pela FCT (SFRH/BD/129749/2017), e que recebeu aprovação pelo comité de ética da Faculdade de Psicologia e Ciência das Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC). Para a recolha da amostra, foram considerados os seguintes critérios, sendo os de inclusão: a) ser do sexo feminino; b) nacionalidade portuguesa; e c) terem idade superior a 18 anos e inferior a 65 anos, e os critérios de exclusão: a) não ser do sexo feminino; b) idade inferior a 18 anos ou superior a 65 anos; c) ser de nacionalidade estrangeira; d) preenchimento incompleto dos questionários de autorresposta e e) evidência clara do incumprimento das instruções de resposta. O estudo foi divulgado através das redes sociais (Facebook, Twitter, Instagram) e a recolha decorreu entre fevereiro e maio de 2022, tendo sido feita online através da plataforma LimeSurvey. As participantes foram informadas sobre a natureza voluntária e confidencial da sua colaboração, bem como dos objetivos do estudo, em que assinaram o consentimento informado, redigido de acordo com a declaração de Helsínquia. O preenchimento do protocolo de avaliação apresentou uma duração média aproximada de 20 minutos.

Estratégia analítica

Todos os procedimentos estatísticos, análises descritivas, correlacionais e análises de regressão múltipla hierárquica foram feitos através do IBM SPSS Statistic 27 software (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). O estudo apresentou um desenho transversal. Para explorar as características amostrais foram conduzidas estatísticas descritivas. A normalidade dos dados foi avaliada a partir do teste de Kolmogorov-Sminorv (K-S) e

pelos valores de assimetria e curtose, considerados adequados quando < 3 e < 10 , respetivamente (Kline, 2011). Para a análise da consistência interna dos instrumentos, calculou-se o alfa de Cronbach, em que, de acordo com Pestana e Gajreiro (2014), se consideram os valores de Cronbach inferiores a .60 como inadmissível, entre .61 e .70 fraco, entre .71 e .80 aceitável, entre .81 e .90 bons, e entre .90 e 1 muito bons. Foram conduzidas matrizes de correlação de Pearson, de modo a explorar o grau da relação entre as variáveis, em que a magnitude dos coeficientes de correlação inferior a .20 é considerada muito fraca, entre .20 e .40 como fraca, entre .40 e .70 como moderada, entre .70 e .90 como elevada e entre .90 e 1 como muito elevada, sendo que o coeficiente de correlação múltipla mede a magnitude da relação entre a variável dependente e o conjunto de variáveis independentes (Pestana & Gajreiro, 2014). Foram realizadas duas análises de regressão múltipla hierárquica para testar a contribuição da sintomatologia depressiva, da autoaversão do corpo, da supressão cognitiva de pensamentos sobre comida, da autocompaixão e da apreciação corporal (variáveis independentes) na explicação da variância dos comportamentos alimentares perturbados (comer emocional e comer descontrolado) (variáveis dependentes).

Resultados

Análise preliminar dos dados

Relativamente à normalidade da distribuição das variáveis, esta foi explorada com a utilização do teste Kolmogorov-Smirnov, e o enviesamento em relação à média utilizando-se os valores de assimetria (*skewness*) e de curtose (*kurtosis*). Verificou-se que as variáveis não seguem uma distribuição normal. Contudo, os enviesamentos não se revelaram problemáticos (valores de assimetria entre -0.069 e 1.366; valores de curtose entre -0.989 e 3.004) (assimetria < 3 e curtose < 10 ; Kline, 2016). De maneira a observar os *outliers*, procedeu-se à análise do diagrama de extremos e quartis. Devido ao facto de existirem poucos extremos, decidiu-se não eliminar nenhum, de maneira a não comprometer os procedimentos estatísticos e a variabilidade amostral. No que diz respeito à regressão múltipla hierárquica foram tidos em conta os pressupostos relativos à normalidade (teste de K-S e valores de assimetria e curtose), homogeneidade (gráfico de probabilidade normal) e independência de resíduos (estatística de Durbin-Watson; $d = 1.998$ para o comer emocional e $d = 1.939$ para o comer descontrolado). As variáveis não

se revelaram multicolineares ($VIF < 5$), tendo este pressuposto sido analisado através dos cálculos dos VIF (*Variance Inflation Factor*). O cálculo dos valores de alfa de Cronbach mostrou que todas as escalas apresentam níveis de consistência interna bons e muito bons (valores α entre .89 e .97).

Análises de correlação

Um estudo de natureza correlacional foi realizado com vista a explorar a relação entre as variáveis em estudo. Descrevem-se, de seguida, os coeficientes de correlação obtidos entre as variáveis em estudo (cf. Tabela 1). As correlações obtidas foram todas significativas ($p < .001$), à exceção da correlação do IMC com a depressão e autocompaixão. Os resultados revelaram que o IMC não se correlaciona significativamente com a subescala depressão e autocompaixão, tendo apresentado associações positivas, mas fracas com as restantes variáveis, à exceção da apreciação corporal com a qual teve uma associação negativa.

A subescala depressão apresentou uma associação positiva e moderada com a autoaversão do corpo, e uma associação negativa e moderada com a autocompaixão e apreciação corporal. Por sua vez, com as variáveis supressão cognitiva relacionada com a comida, e com as subescalas comer emocional e comer descontrolado a subescala depressão apresentou correlações positivas e fracas.

Relativamente à autoaversão do corpo, as correlações obtidas são positivas e moderadas com a supressão cognitiva relacionada com a comida, e com as subescalas comer emocional e comer descontrolado como esperado. Esta variável apresentou ainda associações negativas com as variáveis autocompaixão e apreciação corporal, com magnitudes moderada e elevada, respetivamente.

A supressão cognitiva teve uma associação negativa e fraca com a autocompaixão e apreciação corporal, e uma associação positiva e fraca com as subescalas comer emocional e comer descontrolado.

A autocompaixão teve uma associação negativa e fraca com ambas as subescalas do TEFQ, e uma associação positiva e moderada com a apreciação corporal. A associação entre as subescalas comer descontrolado e comer emocional revelou-se negativa e moderada com a apreciação corporal. As duas subescalas da TEFQ mostraram-se associadas positivamente de forma significativa com uma magnitude de correlação

elevada. A associação entre as subescalas comer descontrolado e comer emocional revelou-se negativa e fraca com a autocompaixão.

Tabela 1*Médias (M), Desvio-padrão (DP), Coeficientes de alfa e Correlações de Pearson das variáveis em estudo (N = 361)*

| Variáveis | M (DP) | α | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-----------------------------------|---------------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| 1. IMC | 24.09 (4.89) | - | --- | | | | | | |
| 2. Sintomas depressivos (DASS-21) | 5.73 (4.96) | .92 | .07 | --- | | | | | |
| 3. BDSI | 34.39 (30.69) | .96 | .24*** | .65*** | --- | | | | |
| 4. FTSI | 28.93 (16.77) | .97 | .21*** | .34*** | .51*** | --- | | | |
| 5. SELFCS | 75.84 (18.29) | .97 | -.01 | -.61*** | -.60*** | -.31*** | --- | | |
| 6. BAS-2 | 3.28 (0.93) | .94 | -.26*** | -.61*** | -.77*** | -.40*** | .65*** | --- | |
| 7. Comer Emocional (TEFQ) | 13.65 (5.28) | .94 | .31*** | .22*** | .40*** | .50*** | -.25*** | -.42*** | --- |
| 8. Comer Descontrolado (TEFQ) | 17.44 (5.71) | .89 | .26*** | .29*** | .47*** | .56*** | -.30*** | -.45*** | .75*** |

Nota. *** $p < .001$. IMC = Índice de Massa Corporal; DASS-21 = Escala Ansiedade, Depressão e Stress; BDSI = Escala Autoaversão Imagem Corporal; FTSI = Inventário de Supressão dos Pensamentos sobre Comida; SELFCS = Escala de Autocompaixão; BAS-2 = Escala de Apreciação Corporal; TEFQ = Questionário dos Três Fatores Alimentares

Análises de regressão

Com o intuito de explorar a contribuição relativa da sintomatologia depressiva (DASS-21), da autoaversão do corpo (BDSD), da supressão cognitiva de pensamentos sobre comida (FTSI), da autocompaixão (SELFCS) e da apreciação corporal (BAS-2) sobre as variáveis dependentes, comer emocional e comer descontrolado (TEFQ), foram conduzidas duas análises de regressão múltipla hierárquica ou por blocos, as quais são apresentadas nas tabelas 2 e 3, respectivamente.

Tal como indicado na tabela 2, quando considerada a variável sintomatologia depressiva verificou-se que esta explicou 4.7% da variância do comer emocional ($F_{(1,359)} = 17.838$, $p < .001$). Quando a autoaversão e repugnância do corpo foi adicionada ao modelo (modelo 2), a sintomatologia depressiva deixou de ser significativa e a autoaversão corporal explicou 16.1% da variância do outcome ($F_{(2,358)} = 34.301$, $p < .001$). Ao adicionar a variável supressão cognitiva de pensamentos sobre comida ao modelo (modelo 3), a sintomatologia depressiva continuou a ser não-significativa e as restantes variáveis explicaram 27.8% da variância do outcome ($F_{(3,357)} = 45.751$, $p < .001$). Por fim, foram adicionadas as variáveis autocompaixão e apreciação corporal ao modelo (modelo 4), sendo que este foi significativo e explicou 32% da variância do comer emocional ($F_{(5,355)} = 33.392$, $p < .001$). No entanto, apenas a supressão cognitiva de pensamentos sobre comida e a apreciação corporal foram preditores significativos.

A análise de regressão múltipla hierárquica revelou que a supressão de pensamentos relacionados com comida e a apreciação corporal são preditores significativos do comer emocional.

Tabela 2

Resultados da Regressão Múltipla Hierárquica para o Comer Emocional

| Variáveis | B | 95% IC para B | | SE B | β | R^2 | ΔR^2 |
|--------------------------------|-------|---------------|-------|------|---------|-------|--------------|
| | | LI | LS | | | | |
| Modelo 1 | | | | | | .047 | .047*** |
| Constante | 12.32 | 11.51 | 13.14 | 0.42 | | | |
| Sintomas depressivos (DASS-21) | 0.23 | 0.12 | 0.34 | 0.06 | 0.22*** | | |
| Modelo 2 | | | | | | .161 | .113*** |
| Constante | 11.45 | 10.64 | 12.25 | 0.41 | | | |
| Sintomas depressivos (DASS-21) | -0.07 | -0.21 | 0.06 | 0.07 | -0.07 | | |
| Autoaversão corporal (BDSS) | 0.08 | 0.06 | 0.10 | 0.01 | 0.44*** | | |

| Modelo 3 | | | | | | .278 | .117*** |
|---|-------|-------|-------|------|----------|------|---------|
| Constante | 9.04 | 8.06 | 10.01 | 0.50 | | | |
| Sintomas depressivos (DASS-21) | -0.08 | -0.20 | 0.05 | 0.06 | -0.07 | | |
| Autoaversão corporal (BDSS) | 0.04 | 0.02 | 0.06 | 0.01 | 0.24*** | | |
| Supressão cognitiva pensamentos sobre comida (FTSI) | 0.13 | 0.09 | 0.16 | 0.02 | 0.40*** | | |
| Modelo 4 | | | | | | .320 | .042*** |
| Constante | 15.80 | 11.79 | 19.81 | 2.04 | | | |
| Sintomas depressivos (DASS-21) | -0.13 | -0.26 | 0.00 | 0.07 | -0.12 | | |
| Autoaversão corporal (BDSD) | 0.01 | -0.02 | 0.03 | 0.01 | 0.04 | | |
| Supressão cognitiva pensamentos sobre comida (FTSI) | 0.13 | 0.09 | 0.16 | 0.02 | 0.40*** | | |
| Autocompaixão (SELFCS) | 0.02 | -0.02 | 0.05 | 0.02 | 0.05 | | |
| Apreciação corporal (BAS-2) | -1.97 | -2.80 | -1.14 | 0.42 | -0.35*** | | |

Nota. IC = Intervalo de Confiança; LI = limite inferior; LS = limite superior.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Tal como indicado na tabela 3, quando considerada a variável sintomatologia depressiva verificou-se que esta explicou 9% da variância do comer descontrolado ($F_{(1,359)} = 33.16$, $p < .001$). Quando a autoaversão do corpo foi adicionada ao modelo (modelo 2), a sintomatologia depressiva deixou de ser significativa e a autoaversão corporal explicou 22% da variância do outcome ($F_{(2,358)} = 50.39$, $p < .001$). Ao adicionar a variável supressão cognitiva de pensamentos sobre comida ao modelo (modelo 3), a sintomatologia depressiva continuou a ser não-significativa e as restantes variáveis explicaram 36% da variância do outcome ($F_{(3,357)} = 65.73$, $p < .001$). Por fim, foram adicionadas as variáveis autocompaixão e apreciação corporal ao modelo (modelo 4), sendo que este foi significativo e explicou 38% da variância do comer descontrolado ($F_{(5,355)} = 43.26$, $p < .001$). No entanto, apenas a supressão cognitiva de pensamentos sobre comida e a apreciação corporal foram preditores significativos.

A análise de regressão múltipla hierárquica revelou que a supressão de pensamentos relacionados com comida e a apreciação corporal são preditores significativos do comer descontrolado.

Tabela 3*Resultados da Regressão Múltipla Hierárquica para o Comer Descontrolado*

| Variáveis | B | 95% IC para B | | SE B | β | R^2 | ΔR^2 |
|---|-------|---------------|-------|------|----------|-------|--------------|
| | | LI | LS | | | | |
| Modelo 1 | | | | | | 0.09 | 0.08*** |
| Constante | 15.53 | 14.66 | 16.39 | 0.44 | | | |
| Sintomas depressivos (DASS-21) | 0.33 | 0.22 | 0.45 | 0.06 | 0.30*** | | |
| Modelo 2 | | | | | | 0.22 | 0.14*** |
| Constante | 14.50 | 13.66 | 15.34 | 0.43 | | | |
| Sintomas depressivos (DASS-21) | -0.02 | -0.16 | 0.12 | 0.07 | -0.02 | | |
| Autoaversão corporal (BDSB) | 0.09 | 0.07 | 0.11 | 0.01 | 0.48*** | | |
| Modelo 3 | | | | | | 0.36 | 0.14*** |
| Constante | 11.69 | 10.70 | 12.68 | 0.51 | | | |
| Sintomas depressivos (DASS-21) | -0.03 | -0.15 | 0.10 | 0.06 | -0.03 | | |
| Autoaversão corporal (BDSB) | 0.05 | 0.03 | 0.07 | 0.01 | 0.26*** | | |
| Supressão cognitiva pensamentos sobre comida (FTSI) | 0.15 | 0.11 | 0.18 | 0.02 | 0.43*** | | |
| Modelo 4 | | | | | | 0.38 | 0.02** |
| Constante | 17.35 | 13.21 | 21.48 | 2.10 | | | |
| Sintomas depressivos (DASS-21) | -0.07 | -0.21 | 0.06 | 0.07 | -0.06 | | |
| Autoaversão corporal (BDSB) | 0.02 | -0.01 | 0.05 | 0.01 | 0.11 | | |
| Supressão cognitiva pensamentos sobre comida (FTSI) | 0.15 | 0.11 | 0.18 | 0.02 | 0.43*** | | |
| Autocompaixão (SELFCS) | 0.01 | -0.03 | 0.05 | 0.02 | 0.03 | | |
| Apreciação corporal (BAS-2) | -1.55 | -2.41 | -0.69 | 0.44 | -0.25*** | | |

Nota. IC = Intervalo de Confiança; LI = limite inferior; LS = limite superior.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Discussão

Ao longo dos últimos anos a investigação tem procurado estudar o papel da autoaversão na psicopatologia. Vários estudos vieram demonstrar a sua relevância para a compreensão de quadros diagnósticos, tais como a perturbação *borderline* da personalidade e as perturbações do comportamento alimentar (Ille et al., 2014). Até ao momento, vários mecanismos cognitivo-emocionais têm sido estudados e associados aos comportamentos alimentares perturbados, como é o caso da vergonha, autocriticismo ou fusão cognitiva (Goss & Allan, 2009; Duarte et al., 2014; Ferreira et al., 2014). Desta forma, o presente estudo teve como objetivo testar o papel preditor da experiência de autoaversão e repugnância do corpo, a supressão cognitiva de pensamentos sobre comida, a autocompaixão, a capacidade de apreciação corporal e os sintomas depressivos, em relação aos comportamentos alimentares perturbados (comer descontrolado e o comer emocional), numa amostra comunitária de mulheres portuguesas.

O estudo correlacional corroborou as hipóteses previamente delineadas. Tal como previsto, verificou-se que as subescalas de comer emocional e comer descontrolado foram positivamente associadas com sintomas depressivos, resultado consistente com estudos anteriores (Konttinen et al., 2010; Duarte et al., 2020). Este dado sugere que mulheres que apresentam sintomas depressivos comem mais de forma emocional e descontrolada. De facto, o comportamento de comer emocionalmente implica a tendência para comer em resposta a emoções negativas e, tem-se verificado que ocorre na presença de elevados níveis de sintomas depressivos (Anglé et al., 2009).

As associações entre autoaversão da imagem corporal e os dois comportamentos alimentares em estudo revelaram-se positivas e com uma magnitude moderada. Estes dados mostram que mulheres com maiores níveis de aversão pelo próprio corpo tendem a envolver-se mais em comportamentos de comer emocionalmente e de forma descontrolada. Apesar de não existirem na literatura dados relativos à autoaversão da imagem corporal, alguns estudos confirmaram que existe uma associação significativa entre a autoaversão (medida geral) e as perturbações do comportamento alimentar (Ille et al., 2014), os comportamentos de procura da magreza (“drive for thinness”) (Espeset et al., 2012; Marques et al., 2021) e o excesso de peso e obesidade (Palmeira et al., 2017). Na mesma linha, vários estudos associam outros fenómenos emocionais que apresentam uma faceta de aversão e repugnância, como o autocriticismo e vergonha, à psicopatologia alimentar (Goss & Allan, 2009). Particularmente, o autocriticismo, nomeadamente na

forma do eu detestado, foi associado positivamente com comportamentos de compulsão alimentar (Duarte et al., 2014).

Da mesma forma, também a supressão de pensamentos relacionados com a alimentação apresentou uma correlação negativa com os comportamentos alimentares perturbados. Este resultado sugere que quanto mais uma mulher utiliza este mecanismo cognitivo associado ao sistema defensivo, maior a probabilidade de envolvimento em comportamentos alimentares perturbados. Estes dados vão ao encontro de estudos anteriores que constataram a relação entre a supressão cognitiva de pensamentos alimentares e episódios de compulsão alimentar numa amostra de pessoas com obesidade (Barnes et al., 2013). Mais recentemente, Ferreira et al. (2021), verificaram também que existe uma relação entre a supressão de pensamentos relacionados com a alimentação e a restrição alimentar, e preocupação com a forma, peso e alimentação, comportamentos que constituem fatores preditores da psicopatologia alimentar.

Tal como esperado, a autocompaixão correlacionou-se negativamente com ambas as formas de comportamentos alimentares desajustados. Sugere-se então que perante a incapacidade de uma pessoa adotar uma relação calorosa e de cuidado consigo mesma, maior a probabilidade de envolvimento em comportamentos alimentares perturbados. Este é um resultado consistente com estudos anteriores. Ferreira et al., (2013) destacaram que ser mais autocompassivo contribui para aliviar a psicopatologia alimentar. Numa amostra de adultos com excesso de peso e obesidade, Palmeira et al. (2017), verificaram que a dificuldade em adotar uma postura autocompassiva mediou a relação entre a autoaversão e os comportamentos alimentares perturbados. No mesmo sentido, Marques et al. (2021), controlando o efeito da vergonha externa, verificaram que a relação entre a autoaversão e procura da magreza (“*drive for thinness*”) foi tamponada quando a autocompaixão apresentou níveis médios ou baixos, numa amostra clínica.

Da mesma forma, a apreciação corporal também se correlacionou negativamente com ambas as formas de comportamentos alimentares desajustados. Estes dados vão ao encontro de vários estudos que evidenciaram que menores níveis de apreciação corporal estão relacionados com padrões alimentares rígidos e inflexíveis e com psicopatologia alimentar (Pinto et al., 2017; Bento et al., 2017). Este dado sugere que perante a incapacidade de uma pessoa apreciar o seu corpo aumenta a probabilidade de se envolver em comportamentos alimentares desajustados.

A autoaversão do corpo mostrou-se correlacionada com a autocompaixão, como esperado, de forma negativa. Estes resultados sugerem que indivíduos que apresentem elevados níveis de repulsa e aversão pelo próprio corpo tendem a apresentar mais dificuldades na capacidade de se autotranquilizarem e adotarem uma postura compassiva, validante e bondosa para consigo mesmos. Num estudo levado a cabo por Loureiro et al. (2017), a autoaversão do corpo relacionou-se também com a forma detestada do autocriticismo. Esta forma do autocriticismo envolve uma postura de repugnância e aversão pelo eu, sendo também por isso o aspeto do autocriticismo mais patogénico e que se associa a fracas capacidades de autotranquilização (Gilbert, 2010).

No mesmo sentido também a supressão cognitiva de pensamentos alimentares se correlacionou negativamente com a autocompaixão, resultados que vão ao encontro dos obtidos no estudo de Ferreira et al., (2021). Anteriormente, foram identificados outros processos de regulação emocional maladaptativos com um papel importante na explicação da psicopatologia alimentar, como a fusão cognitiva relacionada à imagem corporal (Ferreira et al., 2014; Trindade & Ferreira, 2014, 2015). Parece que os comportamentos alimentares perturbados estão associados a elevados níveis de fusão com pensamentos sobre o corpo ou comida, sendo por isso que ocorre o recurso ao mecanismo de supressão cognitiva, numa tentativa de aliviar o desconforto associado a estes pensamentos.

O principal objetivo deste estudo foi explorar a contribuição dos sintomas depressivos, da autoaversão pelo corpo, da supressão cognitiva de pensamentos alimentares, da autocompaixão e da apreciação corporal em relação ao desenvolvimento de comportamentos alimentares desajustados, numa amostra comunitária de mulheres portuguesas. No sentido de compreender melhor o contributo destas variáveis em estudo para a variância dos comportamentos alimentares perturbados realizaram-se análises de regressão múltipla hierárquica, tendo-se considerado o comer emocional e comer descontrolado como as variáveis critério e as restantes variáveis em estudo, como as variáveis preditores. Os resultados obtidos com a análise de regressão múltipla hierárquica revelaram que o modelo foi significativo na explicação da variância única do comer emocional (32% da VD) e do comer descontrolado (38% da VD), sendo que a supressão cognitiva de pensamentos sobre comida e a apreciação corporal foram os únicos preditores significativos. Isto sugere que, na presença de todas as variáveis descritas, os indivíduos estão mais vulneráveis a desenvolver comportamentos

alimentares perturbados quando não conseguem adotar uma postura de apreciação e respeito pelo seu corpo e suprimem pensamentos sobre comida. Estes dados vão, em parte, ao encontro dos resultados de Ferreira et al. (2021), onde a supressão cognitiva, evitamento experiencial e autocompaixão se mostraram preditores significativos da psicopatologia alimentar (EDEQ-global). Ao contrário dos resultados de Ferreira et al. (2021), no presente estudo a autocompaixão não se revelou um preditor significativo; no entanto a apreciação corporal foi significativa. Colocamos a hipótese de que a apreciação corporal possa ser considerada como fazendo parte da autocompaixão, traduzida numa atitude de reforço e cuidado em relação ao corpo. A autocompaixão caracteriza-se pela adoção de uma atitude de consciência das experiências internas, pela capacidade de ser gentil consigo perante o sofrimento, e ainda de experienciar a dor e sofrimento como experiências partilhadas por todos os seres humanos (Neff, 2003a). Assim sendo, a apreciação corporal pode ser considerada como a adoção de uma atitude compassiva perante o próprio corpo, isto é, pode ser conceptualizada como a capacidade para ser gentil, compreender e reconhecer que as partes do corpo percebidas como falhas são na verdade uma experiência comum a todas as pessoas. De facto, no presente estudo estas duas variáveis associaram-se significativamente com uma correlação positiva e moderada ($r = .65$), sendo que tal associação foi também confirmada por estudos anteriores (Homan & Tylka, 2015; Kelly & Stephen, 2016; Marta-Simões et al. 2016a, 2016b). Especificamente, a autocompaixão atuou como um mediador da relação entre a vergonha e a apreciação corporal (Marta-Simões et al., 2016b).

Esperava-se também que a autoaversão corporal fosse um preditor significativo das formas de comer emocional e descontrolado, o que não se verificou. Tal poderá dever-se ao facto de ter sido utilizado uma amostra comunitária, pelo que se espera que os níveis de repugnância pelo corpo não sejam tão elevados como numa amostra clínica. Uma outra hipótese explicativa poderá ser que, de facto, na presença da apreciação corporal, a autoaversão pelo corpo deixa de ser significativa, o que parece indicar que aquilo que mais influencia os comportamentos alimentares perturbados não são níveis elevados de nojo pelo corpo, mas sim baixos níveis de apreço pelo corpo.

Implicações terapêuticas

Os resultados obtidos no presente estudo mostraram que, na presença de todas as variáveis em estudo, a supressão cognitiva de pensamentos sobre comida e a apreciação corporal foram aquelas que se constituíram como preditores significativos dos comportamentos alimentares perturbados.

Evidencia-se assim a importância de desenvolver uma atitude de não ajuizamento do corpo, bem como de respeito e cuidado para com o mesmo, a fim de diminuir o envolvimento em comportamentos alimentares desajustados. A apreciação corporal mostra-se como um aspeto promissor e estes dados parecem suportar a importância de promover uma relação afetuosa e saudável com a própria imagem corporal, a qual pode beneficiar da inclusão de práticas de autocompaixão. De facto, Albertson et al., (2014), chegaram a estas mesmas conclusões ao avaliarem o efeito de uma intervenção baseada na autocompaixão nas dimensões da imagem corporal. Num ensaio clínico randomizado conduzido nos EUA, 228 mulheres com preocupações relativas à imagem corporal foram distribuídas por duas condições: três semanas de um podcast sobre autocompaixão baseado no protocolo de treino Mindful Self-Compassion (MSC) ou para uma lista de espera. Após a intervenção, os participantes do grupo de treino da autocompaixão melhoraram significativamente nos níveis de autocompaixão e apreciação corporal, e apresentaram menores níveis de insatisfação corporal, vergonha com o corpo e avaliação do valor pessoal baseada na aparência física, resultados estes que se mantiveram após 3 meses de follow-up. Parece que ao adotar uma postura de bondade e gentileza, a meditação da autocompaixão parece gerar uma atitude positiva em relação ao corpo, ajudando as mulheres a parar de tomar os seus corpos como garantidos e a serem gratas pelo seu corpo, tal como ele é (Albertson et al., 2014).

Da mesma forma, a supressão cognitiva de pensamentos alimentares, uma estratégia cognitiva através da qual as pessoas fazem um esforço para evitar pensamentos, neste caso relacionados com comida, foi também um preditor significativo dos comportamentos alimentares perturbados. Esta é uma estratégia que acaba por ter um efeito paradoxal, pois apesar da tentativa de evitar determinado pensamento, este acaba por se manter e leva a que o indivíduo se envolva em comportamentos alimentares. Desta forma, torna-se essencial promover uma forma mais eficaz de lidar com os pensamentos ao invés de os suprimir. Também neste ponto a autocompaixão poderá constituir uma abordagem útil, visto que esta envolve a consciência plena dos pensamentos e a adoção

de uma postura de não julgamento e aceitação, o que pode constituir-se como uma estratégia mais adaptativa de lidar com os pensamentos relacionados com a comida.

Limitações e investigações futuras

Os resultados deste estudo parecem constituir um acréscimo importante e inovador à compreensão dos mecanismos envolvidos no desenvolvimento de comportamentos alimentares perturbados. Contudo, devem ser consideradas algumas limitações.

A primeira limitação relaciona-se com a natureza transversal do estudo, o que impossibilita a inferência de relações de causalidade. Deste modo, seria pertinente em investigações futuras, o recurso a um desenho longitudinal, prospetivo, de maneira a testar hipóteses de causalidade.

A segunda limitação prende-se com a utilização de medidas de autorresposta, o que leva a uma maior subjetividade dos dados recolhidos, assim como à existência de uma maior probabilidade de respostas socialmente desejáveis e até de evitamento do conteúdo dos itens e dos constructos que as medidas medem. Seria por isso útil recorrer a entrevistas para avaliar os comportamentos alimentares perturbados.

A terceira limitação é referente ao facto de a amostra ser constituída por um grupo etário específico, o que não permite generalizar os resultados para o sexo masculino ou para outras faixas etárias.

A quarta limitação relaciona-se com o facto de apenas ter sido estudada uma amostra da população geral, pelo que no futuro seria interessante explorar estas variáveis e a sua expressão numa amostra clínica.

A quinta limitação prende-se com o facto de a amostra ter sido recolhida online, o que pode ter conduzido a uma amostra auto-selecionada, isto é, visto que o preenchimento do protocolo de avaliação decorreu online, poderá ter acontecido que apenas pessoas com elevados níveis de compreensão e maior acessibilidade à internet tenham participado. Para ultrapassar esta limitação, recorreremos a uma linguagem simples para disseminar a investigação e utilizámos procedimentos simples para aceder aos questionários (por exemplo, apenas um clique ou acesso universal do navegador aos questionários sem a necessidade de instalar nenhum software ou funcionalidade adicional).

Conclusão

Este estudo oferece resultados que são bastante promissores para a prática clínica, particularmente o papel preditor da supressão cognitiva de pensamentos alimentares e da apreciação corporal na predição do comer emocional e descontrolado. Deste modo, seria importante que as abordagens terapêuticas integrassem estes mecanismos cognitivo-emocionais, e desta forma, atuassem de modo a diminuir a supressão cognitiva, bem como a promover uma atitude de autoapreciação do corpo. O treino da autocompaixão poderá ser uma ferramenta eficaz a utilizar.

Declarações

Declaração de integridade

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Bibliografia

- Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (2014). Self-compassion and bodydissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditationintervention. *Mindfulness*, 6, 444–454. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-014-0277-3>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-5*. Climepsi Editores.
- Anglé, S., Engblom, J., Eriksson, T., Kautiainen, S., Saha, M. T., Lindfors, P., Lehtinen, M., & Rimpelä, A. (2009). Three factor eating questionnaire-R18 as a measure of cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating in a sample of young Finnish females. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 6, 41. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-6-41>
- Barnes, R. D., Fisak Jr, B., & Tantleff-Dunn, S. (2009). Validation of the food thought suppression inventory. *Journal of Health Psychology*, 15(3), 373–381. <https://doi.org/10.1177/1359105309351246>
- Barnes, R. D., Masheb, R. M., White, M. A., & Grilo, C. M. (2013). Examining the relationship between food thought suppression and binge eating disorder. *Comprehensive psychiatry*, 54(7), 1077–1081. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.04.017>
- Bento, S., Ferreira, C., Mendes, A.L., & Marta-Simões, J. (2017). Emotion regulation and disordered Eating: The distinct effects of body-image related cognitive fusion and body appreciation. *Psychologica*, 60(2). http://doi.org/10.14195/1647-8606_60-2_1
- Bektas, S., Keeler, J. L., Anderson, L. M., Mutwalli, H., Himmerich, H., & Treasure, J. (2022). Disgust and self-disgust in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 14, 1-30. <https://doi.org/10.3390/nu14091728>
- Cappelleri, J., Bushmakin, A., Gerber, R., Leidy, N., Sexton, C., Lowe, M., Karlsson, J. (2009). Psychometric analysis of the Three-Factor Eating Questionnaire-R21: Results

- from a large diverse sample of obese and non-obese participants. *International Journal of Obesity*, 33, 611–620. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.74>
- Carreiras, D. (2014). *The toxicity of the self: Developing a new measure and testing a comprehensive model of the nature of self-disgust*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/27653>
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J., (2015). Evaluating the multifactor structure of the long and short versions of the self-compassion scale in a clinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 71(9), 856-870. <http://doi.org/10.1002/jclp.22187>
- Clarke, A., Simpson, J., & Varese, F. (2019). A systematic review of the clinical utility of the concept of self-disgust. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(1), 110–134. <https://doi.org/10.1002/cpp.2335>
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2014). Escaping from body image shame and harsh self-criticism: Exploration of underlying mechanisms of binge eating. *Eating behaviors*, 15(4), 638-643. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.08.025>
- Duarte, P.A.S., Palmeira, L. & Pinto-Gouveia, J. (2020). The three-factor eating questionnaire-R21: A confirmatory factor analysis in a portuguese sample. *Eating and Weight Disorders*, 25(1), 247–256. <http://doi.org/10.1007/s40519-018-0561-7>
- Espeset, E. M., Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H., Skårderud, F., & Holte, A. (2012). The link between negative emotions and eating disorder behaviour in patients with anorexia nervosa. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 20(6), 451–460. <https://doi.org/10.1002/erv.2183>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)

- Ferreira, C., Palmeira, L., & Trindade, I. A. (2014). Turning eating psychopathology risk factors into action. The pervasive effect of body image-related cognitive fusion. *Appetite*, 80, 137–142. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.05.019>
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors*, 14(2), 207-210. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.005>
- Ferreira, J., Marques, C., & Castilho, P. (2021). Suprimindo os pensamentos sobre a comida: Análise fatorial e estudo das propriedades psicométricas da Food Thought Suppression Inventory (FTSI) numa amostra adulta portuguesa. Manuscrito em preparação.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy: The CBT distinctive Features Series*. Routledge.
- Gilbert, P. (2015). Self-disgust, self-hatred, and compassion focused therapy. In P.A. Powell, P.G. Overton & J. Simpson (Eds.). *The revolting self: Perspectives on the psychological, social, and clinical implications of self-directed disgust* (pp. 223-242). Karnak Books.
- Glashouwer, K. A., & de Jong, P. J. (2021). The revolting body: Self-disgust as a key factor in anorexia nervosa. *Current opinion in psychology*, 41, 78–83. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2021.03.008>
- Goss, K., & Allan, S. (2009). Shame, pride and eating disorders. *Clinical psychology & psychotherapy*, 16(4), 303–316. <https://doi.org/10.1002/cpp.627>
- Goss, K., & Allan, S. (2014). The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E). *The British journal of clinical psychology*, 53(1), 62–77. <https://doi.org/10.1111/bjc.12039>
- Homan, K. J., & Tylka, T. L. (2015). Self-compassion moderates body comparison and appearance self-worth's inverse relationships with body appreciation. *Body image*, 15, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.007>

- Ille, R., Schögl, H., Kapfhammer, H. P., Arendasy, M., Sommer, M., & Schienle, A. (2014). Self-disgust in mental disorders—symptom-related or disorder-specific? *Comprehensive psychiatry*, *55*(4), 938-943. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.020>
- Kelly, A. C., & Stephen, E. (2016). A daily diary study of self-compassion, body image, and eating behavior in female college students. *Body image*, *17*, 152–160. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.03.006>
- Klein, A. A. (2007). Suppression-induced hyperaccessibility of thoughts in abstinent alcoholics: A preliminary investigation. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 169–177. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.12.012>
- Kontinen, H., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., & Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, *54*(3), 473-479. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.01.014>
- Lavender, J., Jardin, B., & Anderson, D. (2009). Bulimic symptoms in undergraduate men and women: Contributions of mindfulness and thought suppression. *Eating Behaviors*, *10*, 228-231. <http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.07.002>
- Linardon, J., McClure, Z., Tylka, T. L., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2022). Body appreciation and its psychological correlates: A systematic and meta-analysis. *Body Image*, *42*, 287 – 296. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.07.003>
- Loureiro, S., Palmeira, L., Goss, K., & Castilho, P. (2017). Escala de autoaversão dirigida ao Corpo (EAAC): Desenvolvimento e validação numa amostra de estudantes universitários portugueses. Manuscrito em preparação.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behaviour research and therapy*, *33*(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)

- Machado, P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S., & Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 212-217. <https://doi.org/10.1002/eat.20358>
- Marques, C., Simão, M., Guiomar, R., & Castilho, P. (2021). Self-disgust and urge to be thin in eating disorders: how can self-compassion help?. *Eating and weight disorders*, 26(7), 2317–2324. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01099-9>
- Marta-Simões, J. & Ferreira, C. (2020). Self-to-others and self-to-self relationships: Paths to understanding the valence of body image and eating attitudes in emerging adult women. *Eating Weight Disorders*, 25(2), 399–406. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0612-0>
- Marta-Simões, J., Ferreira, C., & Mendes, A. L. (2016a). Exploring the effect of external shame on body appreciation among portuguese young adults: The role of self-compassion. *Eating Behaviors*, 23, 174–179. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.10.006>
- Marta-Simões, J., Mendes, A. L., Oliveira, S., Trindade, I. A., & Ferreira, C. (2016b). Validation of the body appreciation scale-2 for portuguese women. *BMC Health Services Research*, 16, 82-92. <http://doi.org/10.1186/s12913-016-1423-5>
- Neff, K. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101. <http://doi.org/10.1080/15298860390129863>
- Neff, K. (2003b). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250. <http://doi.org/10.1080/15298860390209035>
- Overton, P. G., Markland, F. E., Taggart, H. S., Bagshaw, G. L., & Simpson, J. (2008). Self-disgust mediates the relationship between dysfunctional cognitions and depressive symptomatology. *Emotion*, 8(3), 379–385. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.8.3.379>
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens

- de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
<http://hdl.handle.net/10400.12/1058>
- Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2017). The role of self-disgust in eating psychopathology in overweight and obesity: Can self-compassion be useful? *Journal of Health Psychology*, 24(13), 1-10. <https://doi.org/10.1177/1359105317702212>
- Pestana, M. H., & Gajreiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS* (6a ed.). Edições Sílabo.
- Pinto, C., Ferreira, C., Mendes, A. L., & Trindade, I. A. (2017). Social safeness and disordered eating: Exploring underlying mechanisms of body appreciation and inflexible eating. *Eating and weight disorders*, 22(2), 303–309.
<https://doi.org/10.1007/s40519-017-0384-y>
- Powell, P., Simpson, J., & Overton, P. (2013). When disgust leads to dysphoria: A three-wave longitudinal study assessing the temporal relationship between self-disgust and depressive symptoms. *Cognition & Emotion*, 27(5), 900-913.
<https://doi.org/10.1080/02699931.2013.767223>
- Powell, P., Simpson, J., & Overton, P. (2015). An introduction to the revolting self: Self-disgust as an emotion schema. In P. Powell, P. Overton, & J. Simpson (Eds.), *The revolting self: Perspectives on the psychological, social, and clinical implications of self-directed disgust* (pp. 1-24). Karnac Books.
- Rozin, P., & Fallon, A. (1987). A perspective on disgust. *Psychological Review*, 94, 23-41. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.1.23>
- Rozin, P., Haidt, J., & McCauley, C. (2000). Disgust. In L. F. Barrett, M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones (Eds.). *Handbook of Emotion* (2^a ed., pp. 637-653). The Guildford Press.
- Smith, K. E., Mason, T. B., Anderson, N. L., & Lavender, J. M. (2019). Unpacking cognitive emotion regulation in eating disorder psychopathology: The differential relationships between rumination, thought suppression, and eating disorder symptoms

- among men and women. *Eating behaviors*, 32, 95–100.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.01.003>
- Steindl, S. R., Buchanan, K., Goss, K., & Allan, S. (2017). Compassion focused therapy for eating disorders: A qualitative review and recommendations for further applications. *Clinical Psychologist*, 21(2), 62–73. <https://doi.org/10.1111/cp.12126>
- Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(1), 71–83. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90010-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(85)90010-8)
- Trindade, I., & Ferreira, C. (2014). The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eating behaviors*, 15(1), 72–75.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.014>
- Trindade, I., & Ferreira, C. (2015). Falling in the traps of your thoughts: The impact of body image-related cognitive fusion on inflexible eating. *Eating Behaviors*, 15, 49–52.
<http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.06.004>
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). The body appreciation scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 12, 53–67.
<https://doi:10.1016/j.bodyim.2014.09.006>
- Ward, T., Bulik, C., & Johnston, L. (1996). Return of the Suppressed: Mental Control and Bulimia Nervosa. *Behaviour Change*, 13(2), 79–90.
<http://doi.org/10.1017/S0813483900003788>
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101(1), 34–52. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.1.34>