



Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

UC/EPCE\_2016

**O contributo da auto-aversão para os comportamentos alimentares perturbados**

Marta Cristina Dias Simão (e-mail: [martasimao\\_91@hotmail.com](mailto:martasimao_91@hotmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Perturbações Psicológicas e da Saúde sob a orientação da Professora Doutora Paula Castilho

# **O contributo da auto-aversão para os comportamentos alimentares perturbados**

Marta Cristina Dias Simão

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (Especialização em  
Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e da Saúde)  
sob orientação da Professora Doutora Paula Castilho



**FPCEUC** FACULDADE DE PSICOLOGIA  
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Paula Castilho pelos ensinamentos, orientação e confiança ao longo deste último ano. Muito obrigado por tudo o que me proporcionou e pela motivação de querer continuar a saber cada vez mais.

Agradeço a todos os profissionais que se disponibilizaram a colaborar na recolha de amostra, nomeadamente, Doutora Lígia Fonseca, Doutora Mariana Marques, Doutora Margarida Robalo e Doutora Alzira Albuquerque. Às restantes colegas do CHUC, Dra. Mariana e Diana por me terem apoiado e ajudado neste processo de recolha. Também agradeço aos senhores da secretaria, Anabela, Isabel e Paulo, pela paciência e colaboração pelas informações e cedências de gabinetes.

Às doentes que se disponibilizaram em participar nesta investigação e sem as doentes não seria possível. Também agradeço aos restantes participantes que colaboraram e participaram na investigação, tornando-a assim possível.

Aos que sempre estiveram presentes, que se mostraram disponíveis e apoiaram-me em tudo, incentivando-me a ser cada vez melhor. A vocês Marina, Vânia, Davide e Manso obrigada por este ano e por me ter acompanhado em todos os momentos bons e menos bons.

Às minhas colegas de mestrado Sofia, Teresa e Joana, com quem partilhei este último ano e que sempre se mostraram disponíveis para o esclarecimento de qualquer dúvida.

À minha família, que com muita paciência e confiança foram-me acompanhando ao longo destes últimos cinco anos e que sem eles não estaria onde estou.

Aos meus amigos, aqueles que vieram da infância até aos que ganhei atualmente. Pelos incentivos, preocupação e pela presença nesta etapa. Com vocês aprendi a ser o que sou hoje. São, sem dúvida, o melhor que a vida me dá!

À Desconcertuna, que para além de um grupo académico, tornou-se a minha segunda família. Nela aprendi a viver Coimbra de uma forma especial. Foram muitos os momentos, as partilhas e amizades que se transformaram em histórias e essas certamente, levo na minha memória e no coração.

A cada um de vocês, Muito Obrigado!

## Nota Introdutória

A auto-aversão é definida por sentimentos de repulsa e repugnância em relação ao comportamento, características da personalidade e forma corporal. A literatura e a prática clínica sugerem que esta emoção pode ter um contributo importante em algumas perturbações, em particular, a Perturbação *Borderline* da Personalidade e Perturbações do Comportamento Alimentar. A ineficácia (caraterizada por sentimentos de inutilidade, insegurança, inadequação e autoavaliação negativa) é um construto que se encontra relacionado com as Perturbações do Comportamento Alimentar constituindo um fator de risco e de manutenção.

Ainda são poucos os estudos que abordam estas temáticas e, por isso muito pouco se sabe sobre tudo o que envolve esta emoção relacionada com a identidade e a forma como influencia a psicopatologia em geral, e em particular a patologia alimentar.

O presente estudo, teve como objetivo estudar a relação entre a auto-aversão, as memórias de calor e afeto por parte dos pares, autoacompaixão e ineficácia numa amostra feminina da comunidade.

## Índice

**Artigo** – Auto-aversão nos comportamentos alimentares perturbados: a influência da autocompaixão e das memórias de calor e afeto com os pares.

Resumo .....	2
Abstract .....	3
Introdução .....	4
Metodologia .....	10
Resultados .....	17
Discussão .....	21
Referências bibliográficas .....	28

### **Artigo**

Simão, M. & Castilho, P. (2016). Auto-aversão nos comportamentos alimentares perturbados: a influência da autocompaixão e das memórias de calor e afeto com os pares. Artigo em elaboração para submeter à revista *Appetite*.

**Auto-aversão nos comportamentos alimentares perturbados: a influência da autocompaixão e das memórias de calor e afeto com os pares**

**Autores**

Marta Simão<sup>1\*</sup>

Paula Castilho, Ph.D<sup>1,2</sup>

**Filiação**

<sup>1</sup>Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra

<sup>2</sup>Centro de Investigação e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC)

\* A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada a:

Marta Cristina Dias Simão

Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Email: martasimao\_91@hotmail.com



## Resumo

A auto-aversão é uma emoção que se encontra associada à desvalorização do corpo, personalidade e comportamento. Apesar de os estudos serem escassos, a literatura sugere que existe uma relação entre a auto-aversão e a patologia alimentar. Dentro da psicopatologia alimentar, uma das características clínicas associadas é a ineficácia. Esta consiste em sentimentos de inadequação e inutilidade. Diversos estudos mostraram que a autocompaixão e as memórias de calor e afeto são fatores protetores na psicopatologia alimentar. Contudo, os processos mediacionais envolvidos na relação entre os sentimentos de aversão e repugnância pelo eu e a ineficácia implícita na patologia alimentar continuam por explorar e esclarecer. O presente estudo visou estudar a relação entre auto-aversão, autocompaixão, memórias de calor e afeto pelos pares e a ineficácia. Especificamente, pretendeu-se testar o efeito mediador da autocompaixão e das memórias de calor e afeto pelos pares na relação entre auto-aversão e ineficácia. Mais ainda, analisaram-se as diferenças entre mulheres com e sem psicopatologia alimentar nas variáveis em estudo. A recolha de dados pressupôs o preenchimento de um protocolo de escalas de autorresposta em ambas as amostras clínica ( $n = 32$ ) e não clínica ( $n = 119$ ), sendo que às participantes da amostra clínica foi passada uma mini-entrevista para a confirmação do diagnóstico de patologia alimentar. Os resultados das correlações foram congruentes com as hipóteses formuladas. As memórias de calor e afeto pelos pares e a autocompaixão medeiam, parcialmente, o impacto da auto-aversão na ineficácia. Estes dados sugerem que, a influência dos sentimentos de aversão pelo eu na ineficácia ocorrem pela incapacidade de autotranquilização e ausência (ou poucas) de memórias de suporte e afeto pelos pares. Por fim, as diferenças encontradas nas duas amostras vão no sentido do esperado e de acordo com a literatura.

*Palavras-chave:* auto-aversão; ineficácia; autocompaixão; memórias de calor e afeto; psicopatologia do comportamento alimentar.

### Abstract

Self-disgust is an emotion associated with body, personality and behavior depreciation. Although we lack studies on this subject, literature suggests a relation between self-disgust and eating pathology. One of the clinical features within eating psychopathology is ineffectiveness, which involves feelings of inadequacy and worthlessness. Several studies have shown that self-compassion and early memories of warmth and safeness play a protective role in eating psychopathology. However, there is still a lack in exploration and understanding of the mediational processes between feelings of self-disgust and self-repugnancy and implicit ineffectiveness in eating pathology. The current study aimed to understand the relation between self-disgust, self-compassion, early memories of warmth and safeness with peers and ineffectiveness. Specifically, we intended to test the mediational effect of self-compassion and early memories of warmth and safeness with peers between self-disgust and ineffectiveness. Furthermore, the differences between women with and without eating psychopathology were also analyzed on these variables. Participants on both clinical (n=32) and non-clinical (n=119) samples completed a protocol with instruments; clinical subjects also answered a short interview to confirm the eating pathology diagnostic. The results of the correlation analysis were congruous with the initial hypothesis. The early memories of warmth and safeness with peers and self-compassion partially mediate the impact of self-disgust on ineffectiveness. These data suggest that the influence of self-disgust feelings on ineffectiveness occur through the inability that one has to self-sooth himself and the absence of early memories of warmth and safeness with peers. Lastly, the differences found on both samples are in accordance with the expected and with the literature.

*Keywords:* self-disgust; ineffectiveness; self-compassion; early memories of warmth and safeness; eating behavior psychopathology.

## I – Introdução

### Sistema de defesa-ameaça: Auto-aversão

Recentemente, a auto-aversão tem sido alvo de atenção empírica no âmbito das condições psicológicas, nomeadamente a Perturbação Depressiva *Major*. Contudo, continua-se por explorar qual a relação entre a auto-aversão e as Perturbações do Comportamento Alimentar, em particular o impacto do papel da aversão dirigida ao *self* e aos atributos corporais (Moncrieff-Boyd, Allen, Byrne, & Nunn, 2014).

A aversão (nojo) segundo Darwin é uma emoção onde é experienciada a repulsa e a repugnância, sendo esta caracterizada por uma expressão facial específica (Rozin, Haidt, & Mccauley, 1999; Overton, Markland, Taggart, Bagshaw, & Simpson, 2008). Oaten, Stevenson e Case (2009) consideram a aversão uma emoção básica que surge pela activação de estímulos com possibilidade de contaminação (e.g., comida estragada ou pobre higiene). Devido a esse receio e no sentido de evitar a doença, esses estímulos são rejeitados (e.g., comida) (Ille et al., 2014; Fox, Grange, & Power, 2015). Estudos sugerem duas formas de aversão: a aversão primária e secundária. A primeira consiste no evitamento da comida e a secundária é caracterizada por comportamentos morais e sociais inaceitáveis (Chapman, Kim, Sussking, & Anderson, 2009).

Embora a literatura aponte para diversas definições de auto-aversão, geralmente esta é definida pela internalização de uma resposta adaptativa aversiva (Powell, Simpson, & Overton, 2013, 2015). Deste modo, a auto-aversão surge quando o foco se centra no mundo interior e existe a percepção do eu como defeituoso, incapaz e incompetente na forma corporal, personalidade e/ou comportamento (Ille et al., 2014; Overton et al., 2008). Quando esta emoção é experienciada, o sistema de defesa-ameaça ativa-se e o corpo torna-se alvo de uma ameaça (Overton et al., 2008).

Um estudo levado a cabo por Castilho, Carreiras e Pinto-Gouveia (2014) concluiu que existem quatro componentes diferentes de resposta associadas à auto-aversão: ativação defensiva (e.g., vômito, tremores), cognitivo-emocional (e.g., autocrítica), exclusão (e.g., comportamentos de auto-dano) e evitamento (e.g., evita expor-se aos outros). Ou seja, quando a pessoa experiencia sentimentos aversivos em direção ao *self*, tende a desenvolver várias estratégias (e.g., evitamento do corpo, distração) como forma de prevenir o despoletar da auto-aversão (Powell et al., 2013).

Um estudo longitudinal elaborado por Powell et al., (2013) concluiu que a auto-

aversão é uma emoção importante para o estado depressivo, uma vez que pode prever os sintomas ao longo de 12 meses. Sendo que foi encontrado que a auto-aversão influencia a relação entre as cognições disfuncionais e os sintomas depressivos (Overton et al., 2008; Powell et al., 2013, 2015). Mais ainda, no estudo conduzido por Castilho e colaboradores (2014) os autores mostraram que a auto-aversão se revelou um forte preditor de sintomas depressivos, ansiosos e ideação suicida.

No que concerne aos comportamentos alimentares perturbados a investigação é escassa, senão quase inexistente, em relação à contribuição da auto-aversão na manutenção das Perturbações do Comportamento Alimentar (Fox & Power, 2009). Especificamente, Ille e col. (2014) pretenderam estudar a auto-aversão nos vários distúrbios mentais e sintomas relacionados e concluíram que tanto o grupo com patologia *Borderline* e o grupo com Perturbação do Comportamento Alimentar tinham maior auto-aversão, em comparação com outros quadros psicopatológicos. Para além disso, um estudo elaborado com mulheres diagnosticadas com Perturbação do Comportamento Alimentar evidenciou que o sentimento de aversão em relação ao corpo, estava associado à insatisfação corporal, desejo de perder peso, comportamentos alimentares disfuncionais (e.g., alimentação restritiva, vômito) e comportamentos de evitamento de certos alimentos e do corpo (Espeset, Gulliksen, Nordbø, Skårderud, & Holte, 2012).

Pesquisas apontaram para a existência de diferenças entre a autocrítica e a auto-aversão. Assim, por estar associada ao sistema de defesa-ameaça, a auto-aversão conduz a sentimentos aversivos de carácter emocional (Powell et al., 2013).

### **Sistema afiliativo e tranquilização: Autocompaixão e funcionamento psicológico**

Nos últimos tempos, a compaixão tem-se tornando crucial na vertente de pesquisa psicologia, embora seja um construto com uma longa história na filosofia oriental e tradição budista (Watson, Batchelor, & Claxton, 1999).

Segundo Neff (2003b) a autocompaixão define-se pela capacidade de ser compreensivo e cuidadoso quando o *self* se encontra em sofrimento ou se depara com as suas inadequações e falhas, tendo uma atitude *mindfulness* em vez de adotar comportamentos de evitamento, supressão de emoções e de pensamentos. Para além disso, consegue perceber que os erros fazem parte da vida humana não levando, assim, ao isolamento. De igual forma, Gilbert e col. (Gilbert, 2005; Gilbert & Irons, 2004;

Gilbert & Procter, 2006) destacaram vários componentes do núcleo da compaixão como estar atento ao bem-estar dos outros e fornecer cuidado; capacidade para compreender o sofrimento do outro; reconhecer o sofrimento, sem fazer juízos de valor sobre o comportamento e situação; proporcionar calor emocional. Tal como todas estas capacidades são envolvidas em prol do outro, a autocompaixão, surge nestes mesmos componentes, sendo neste caso direccionadas ao próprio.

São vários os estudos que têm afirmado que a autocompaixão se encontra relacionada com um funcionamento psicológico adaptativo. Neff, Rude e Kirkpatrick (2007), referiram que a autocompaixão se associa a indicadores psicológicos positivos (e.g., afeto positivo). Neff e McGehee (2010) concluíram que a autocompaixão está relacionada com uma redução da depressão e ansiedade em adolescentes e adultos jovens.

Ainda outros estudos revelaram que, face ao insucesso escolar, os estudantes universitários que se tornavam compassivos com os próprios apresentavam uma melhoria do bem-estar e *coping* adaptativo (Neely, Schallert, Mohammed, Roberts, & Chen, 2009; Neff, Hsieh, & Dejitterat, 2005).

Assim sendo, o envolvimento em comportamentos de calor, bondade e compreensão em direção ao *self*, sem julgar o sofrimento e aceitando este, promove a manutenção do bem-estar na vida em geral (Neff, 2003b). Desta forma, torna-se fundamental adotar uma atitude compassiva com o próprio, uma vez que a autocompaixão surge como um fator protetor contra a psicopatologia (Barnard & Curry, 2011; Duarte, Ferreira, Trindade, & Pinto-Gouveia, 2015).

Neste sentido, um estudo levado a cabo por Gilbert e Procter (2006) onde pretenderam desenvolver as capacidades compassivas (aceitação e compreensão) dos doentes, através de um programa de treino da mente compassiva ao longo de doze sessões. Os resultados deste estudo mostraram uma redução significativa do estado depressivo, sintomas ansiógenos, sentimentos de vergonha e inferioridade, discurso autocrítico e comportamentos submissos (ver por exemplo, Neff & Germer, 2013).

Deste modo, a Terapia Focada na Compaixão tem revelado resultados promissores no bem-estar emocional e na capacidade de autotranquilização, perante os acontecimentos adversos de vida (Neff & Germer, 2013).

Outros estudos relacionados com a patologia alimentar mostraram que, numa amostra de estudantes, a autocompaixão exerce efeitos positivos tanto ao nível da saúde

mental, como do bem-estar e da psicopatologia alimentar (Duarte et al., 2015).

Estudos de Wasylkiw, Mackinnon e Mackellan (2012) e Kelly e col. (2014) em amostras femininas revelaram que a autocompaixão, entendida como a capacidade de adotar atitudes compassivas face ao sofrimento, conduz a uma menor preocupação com a imagem corporal, assim como com os comportamentos alimentares perturbados.

Deste modo, verifica-se que a autocompaixão detém um impacto benéfico nos vários comportamentos alimentares mal adaptativos, tanto em amostras clínicas, como nas amostras de controlo (Ferreira et al., 2011; Ferreira, Matos, Duarte, & Pinto-Gouveia, 2014; Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2013; Goss & Allan, 2010; Kelly, Vimalakanthan, & Miller, 2014; Pinto-Gouveia, Ferreira, & Duarte, 2014; Schoenfield & Webb, 2013).

### **Memórias emocionais positivas**

Nos últimos anos, foram vários os estudos que destacaram a importância do contributo das relações afiliativas precoces no bem-estar (Gilbert & Irons, 2008). Neste sentido, as interações sociais, tanto na infância como na adolescência, quando são envolvidas em experiências de calor e afeto, têm um impacto relevante na maturação, na regulação emocional e na saúde mental (Baldwin & Dandeneau, 2005), conduzindo, assim, a uma maior capacidade de autotranquilização e aceitação face a experiências adversas (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus, & Palmer, 2006).

A literatura sugere que as experiências durante a infância, principalmente quando se vivenciam sentimentos de ameaça ou de segurança têm um impacto importante sobre os aspetos fisiológicos, psicológicos e sociais. Portanto, ambientes seguros e afetuosos tendem a desenvolver emoções positivas, conduzindo a uma menor probabilidade de psicopatologia (DeHart, Pelham, & Tennen, 2006). No entanto, ambientes que proporcionam experiências de rejeição, ameaça e negligência conduzem a uma maior probabilidade de psicopatologia (Rohner, 2004). Este facto pode ser verificado no estudo de Richter, Gilbert e McEwan (2009) em que os dados obtidos evidenciam uma associação negativa entre as memórias de calor e afeto e a psicopatologia (sintomas depressivos). O que significa que indivíduos que contêm uma falha na recordação de experiências de calor e afeto na infância, têm maior predisposição para a psicopatologia.

Recentemente, um estudo conduzido por Marta-Simões, Ferreira e Mendes (2016)

concluiu que a autocompaixão é um componente importante na relação entre as memórias de calor e afeto (com os pais e pares) e a qualidade de vida ao nível psicológico. Ainda neste estudo, foi revelado que a recordação de memórias positivas com os pares (e.g., amigos e colegas) predizem uma melhor qualidade de vida, uma vez que os indivíduos tendem a comportar-se de uma forma compassiva com o próprio e com os outros, mesmo vivendo situações desafiantes.

Noutro estudo, Mendes, Marta-Simões e Ferreira (2016) exploraram qual o impacto que as memórias precoces positivas com os pares têm no comportamento alimentar, numa amostra feminina. Este estudo concluiu que as memórias de suporte e afeto por parte dos pares ou amigos se correlaciona com níveis baixos de vergonha externa e menores atitudes alimentares disfuncionais. Sugerindo que mulheres com ausência de memórias positivas com os pares na infância, vivenciam experiências de inferioridade e inadequação envolvendo-se em julgamentos autocríticos, que por sua vez as podem vulnerabilizar para comportamentos alimentares disfuncionais.

Pelo exposto, parece que as memórias de calor e afeto com os pares são importantes para a prevenção da psicopatologia. Isto porque viver experiências precoces baseadas no afeto e suporte, nomeadamente com os pares e envolver-se em comportamentos compassivos com o *self*, impede o desenvolvimento de sentimentos de inadequação e inferioridade, e por isso, o aparecimento de sofrimento emocional, e em particular a patologia alimentar (ver por exemplo, Richter, et al., 2009; Mendes, et al., 2016).

São esses sentimentos como a inferioridade, a inadequação, inutilidade e insuficiência que estão relacionados com o conceito em estudo: Ineficácia.

### **Ineficácia e sua relação com o comportamento alimentar**

Os estudos relacionados com o constructo ineficácia são escassos. Wagner, Halmi e Maguire (1987) afirmaram que a ineficácia está relacionada com as Perturbações do Comportamento Alimentar, afetando várias áreas de vida, como por exemplo a falta de controlo sobre o comportamento alimentar, sendo um fator de risco para esta patologia (e.g., Wilksh & Wade, 2009). A ineficácia engloba vários sentimentos relacionados com a inutilidade, inadequação, insegurança e autoavaliação negativa (Strober, 1980). Para além disso, inclui dificuldades em lidar com as várias situações de vida, em que o

indivíduo experiencia a sensação que não tem controlo sobre a sua vida (Gamer, Garfinkel, & Bemis, 1982). Tal como o perfeccionismo, a ineficácia é um fator de risco para o envolvimento em comportamentos e atitudes alimentares disfuncionais (Schmidt & Treasure, 2006).

Um estudo qualitativo elaborado por Serpell, Treasure, Teasdale e Sullivan (2006) revelou que os comportamentos anoréticos (e.g., restrição alimentar) conduzem a um sentido de controlo sobre a vida, principalmente sobre o corpo e alimentação. Deste modo, as mulheres em estudo sentiam-se mais seguras, suprimindo as emoções negativas, reduzindo, assim, os sentimentos de ineficácia.

Apesar das doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar procurarem a magreza através de uma dieta restritiva e se preocuparem com o peso e a forma corporal, também possuem outras preocupações. Neste sentido, Sternheim et al., (2012) abordaram as preocupações mais frequentes em doentes com patologia alimentar. Os autores mostraram que para além da preocupação com a alimentação e com o peso, estas doentes também se preocupavam com o medo da rejeição ou do abandono, o medo de serem julgadas e avaliadas negativamente pelos outros, sendo que face a isso, sentem-se inadequadas e inseguras, não confiando em ninguém.

Noutro estudo ainda, Wade, Wilksch, Paxton, Byrne e Austin (2015) exploraram a influência da ineficácia sobre a relação entre o perfeccionismo e as mudanças nos fatores de risco da perturbação alimentar, ao longo do tempo. Os resultados obtidos sugeriram que maiores níveis de perfeccionismo aumentam a preocupação com o peso e com a forma corporal através da influência dos sentimentos de ineficácia (inutilidade, vazio), ou seja, a relação entre o perfeccionismo e o risco de perturbação alimentar é reforçada pelos sentimentos de inutilidade, inadequação e insegurança do *self*.

Assim sendo, a ineficácia parece ser um constructo importante para adoção de comportamentos alimentares perturbados, pois desta forma surge um maior controlo sobre a vida, o peso, a forma corporal, evitando a rejeição e desvalorização por parte de outros.

Partindo destes dados, constata-se que a investigação empírica (ainda escassa) tem revelado o contributo significativo da auto-aversão para o sofrimento psicológico, em particular a depressão e as perturbações alimentares (Castilho, Carreiras, & Pinto-Gouveia, 2014; Olatunji, Kim, & Wall, 2015; Powell et al., 2013). Contudo, os processos



mediacionais envolvidos na relação entre os sentimentos de aversão dirigidos ao eu e a ineficácia estão ainda por explorar. Nesse sentido, é provável que a capacidade de autotranquilização e de aceitação, de suporte e de não ajuizamento possa funcionar como um mediador importante. O presente estudo apresenta três objetivos principais: (1) analisar a relação entre a auto-aversão, as memórias de calor e afeto com os pares, autocompaixão e a ineficácia, numa amostra não clínica do sexo feminino; (2) testar o efeito mediador da autocompaixão e das memórias de calor e afeto com os pares na relação entre a auto-aversão e ineficácia, (3) e por último, fazer um estudo comparativo entre duas amostras (clínica e não clínica) em relação às variáveis em estudo.

## II - Metodologia

### 2.1. Participantes

#### 2.1.1. Amostra não clínica

A recolha decorreu entre março de 2016 a junho do mesmo ano e foi conduzida da seguinte forma: (a) parte da amostra foi recrutada presencialmente, em que os participantes são estudantes da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra que frequentavam o curso de Serviço Social e o Mestrado Integrado em Psicologia e foi pedido que preenchessem o protocolo de investigação; (b) outra parte foi recrutada via *online*, tendo sido solicitado que participantes do género feminino com idades compreendidas entre os 14 e os 35 anos preenchessem o protocolo de escalas. Feito a selecção de acordo com os critérios de exclusão previamente definidos, a amostra ficou constituída por 128 pessoas, sendo que 9 foram excluídos, uma vez que eram participantes do género masculino. Assim sendo, a amostra final ficou constituída por 119 participantes do género feminino com uma média de 22,45 anos de idade ( $DP = 3.50$ ) e 14,36 anos de escolaridade completos ( $DP = 1.97$ ). Em relação ao estado civil, a maioria das mulheres, em estudo, são solteiras (114; 95.8%), 3 são casadas (2.5%) e 2 vivem em união de facto (1.7%). A maioria das participantes são estudantes (96; 80.7%), e as restantes pertencem ao nível socioeconómico médio (22; 18.5%) e apenas 1 se situa no nível socioeconómico baixo (0.8%). Os critérios de exclusão considerados neste estudo foram: (a) preenchimento incompleto das escalas; (b) evidência clara do incumprimento de resposta; e (c) problemas de compreensão que poderiam comprometer o preenchimento das escalas.

### 2.1.2. Amostra clínica

A amostra clínica foi recolhida entre janeiro a julho de 2016. Contou com a colaboração de Psicólogos do serviço de psiquiatria do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra e Centro Hospitalar Tondela-Viseu, tendo sido recrutada na Consulta de Distúrbios Alimentares. A recolha das doentes foi autorizada pelo director clínico dos CHUC e do Hospital de Viseu e após a aprovação prévia da Comissão Ética da Saúde Mental de cada unidade hospitalar participante.

Através da colaboração de psicólogos experientes, as doentes foram sinalizadas para participarem na investigação. Apesar de as doentes não terem sido sujeitas à passagem de entrevistas clínicas estruturadas com base nos critérios do DSM-V, foram sujeitas à passagem de uma entrevista clínica semi-estruturada com base nos critérios do DSM-V (baseada numa *checklist* de sintomas alimentares e características da personalidade), tornando-se assim possível a confirmação do diagnóstico clínico das doentes.

Prévio ao preenchimento do protocolo, procedeu-se à explicação dos objetivos do estudo e critérios de inclusão e exclusão. Entre os critérios de inclusão consideraram-se (1) o preenchimento dos critérios de uma das Perturbações Alimentares, segundo o DSM-V e (2) serem mulheres. Os critérios de exclusão foram o (1) não cumprir com os critérios da uma das Perturbações Alimentares, (2) preenchimento incompleto dos questionários, (3) serem do género masculino, (4) evidência clara do incumprimento das instruções na grelha de resposta; (5) presença de doença mental crónica (psicose, bipolaridade); (6) presença de défice cognitivo.

A amostra final ficou composta por 32 doentes diagnosticadas com Perturbação do Comportamento Alimentar, no qual 50% preenche critérios para Anorexia Nervosa ( $n = 16$ ), 6.3% cumpre os critérios para Bulimia Nervosa ( $n = 2$ ) e 43.8% preenchem os critérios para a Perturbação de Ingestão Compulsiva ( $n = 14$ ). A média das idades das pacientes é de 29.75 ( $DP = 13.30$ ), em que as idades variam entre os 14 e os 61 anos. No que concerne aos anos de escolaridade, a média obtida é de 12.28 ( $DP = 3.54$ ), variando entre os 5 e os 22 anos de escolaridade. A maioria das doentes é solteira (68.8%), 21.9% são casadas, 6.3% vivem em união de facto e apenas uma é divorciada (3.1%). Quanto ao nível socioeconómico, 14 são estudantes (43.8%), 9 pertencem ao nível socioeconómico médio e baixo (28.1%).

As diferenças entre a amostra não clínica e clínica nas variáveis sociodemográficas foram analisadas com o recurso ao teste paramétrico *t*-Student para amostras independentes. De acordo com o teste *t*-Student as diferenças observadas entre os dois grupos são estatisticamente significativas, ou seja, verificou-se a existência de diferenças entre os dois grupos nas variáveis sociodemográficas em análise, nomeadamente, na idade ( $t_{(32,162)} = -3.08; p = .004$ ) com um tamanho do efeito da diferença médio ( $d$  de Cohen =  $-.75$ ), anos de escolaridade ( $t_{(36,330)} = 2.98; p = .005$ ) com um tamanho do efeito da diferença médio ( $d$  de Cohen =  $.70$ ), nível socioeconómico ( $\chi^2_{(2)} = 34.21; p = .000$ ) e estado civil ( $\chi^2_{(3)} = 22.02; p = .000$ ).

Assim sendo, as participantes que compõem a amostra clínica são mais velhas, têm menos anos de escolaridade, a maioria é solteira e estudantes do ensino superior.

## 2.2. Instrumentos

**2.2.1. Escala Multidimensional da Auto-aversão (MSDS; Castilho, Pinto-Gouveia & Carreiras, 2014)** consiste numa escala de autorrelato, cujo objetivo é a avaliação da emoção de aversão dirigida ao eu. É constituída por 32 itens e estes estão divididos em quatro subescalas: *cognitivo-emocional* (10 itens) que se refere a pensamentos e emoções que demonstram a relação hostil com o próprio, por exemplo “*Sinto que gostaria de fugir de mim*”; *ativação defensiva*, com 14 itens, consiste numa componente fisiológica intrínseca ao sentimento de auto-aversão (e.g., “*A minha respiração fica ofegante*”); o *evitamento* é constituído por 4 itens e define-se pelos comportamentos de esconder ou evitar aspetos que são considerados repugnantes, como por exemplo “*Desvio o olhar do meu corpo*”; e por fim, a *exclusão* (4 itens) que inclui os comportamentos que pretendem eliminar aspetos considerados repulsivos em si, por exemplo, “*Sinto vontade de cortar, queimar, excluir essa parte de mim mesmo(a)*”. A escala de resposta é do tipo *Likert*, no qual 0 corresponde a “Nunca” e 4 a “Sempre”, em que pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de auto-aversão. Esta escala, apresentou coeficientes de consistência interna excelentes nas subescalas *ativação defensiva* ( $\alpha = .95$ ) e *cognitivo-emocional* ( $\alpha = .97$ ), na sub-escala *evitamento* obteve uma boa consistência interna ( $\alpha = .84$ ) e na subescala *exclusão* apresentou uma consistência interna aceitável ( $\alpha = .77$ ) (Castilho, Pinto-Gouveia, & Carreiras, 2014). No presente estudo, foi apenas utilizado o total da auto-aversão ( $\alpha = .95$ ) na amostra não clínica.

**2.2.2. Escala de Autocompaixão (Self-Compassion-Scale – SELFCS; Neff, 2003a; Castilho, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2015)** é o instrumento de autorrelato mais usado na avaliação da autocompaixão. Esta é composta por três componentes: calor/compreensão e auto-crítica; humanidade comum e isolamento; *mindfulness* e sobreidentificação. A autocompaixão proporciona a capacidade para, perante as falhas ou inadequações, aliviar o sofrimento, não o criticando e encarando este como fazendo parte da experiência de vida humana (Neff, 2003b).

É uma escala constituída por 26 itens que pretende avaliar os seis componentes básicos da autocompaixão: *calor/compreensão* com 5 itens (e.g., Tendo ser carinhoso comigo próprio quando estou a sofrer emocionalmente); *autocritica* (5 itens) como por exemplo, “*Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações*”; a *humanidade comum* (4 itens, “Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana”; *mindfulness* composto por 4 itens, por exemplo, “*Quando me sinto em baixo tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura*”; *sobreidentificação* (4 itens, “Quando alguma coisa dolorosa acontece tendo a exagerar a sua importância”); e *isolamento* (4 itens, “Quando falho nalguma coisa importante para mim tendo a sentir-me sozinha no meu fracasso”). A avaliação é feita a partir de uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos, na qual 1 corresponde a “Quase nunca” e 5 a “Quase sempre”. A cotação total é obtida através do somatório da pontuação de todos os itens. Além disso, também fornece os resultados parciais (pontuação média de cada subescala). Pontuações elevadas indicam mais autocompaixão. A versão original obteve bons índices de consistência interna da escala total ( $\alpha = .92$ ; Neff, 2003a). Na versão portuguesa, as consistências internas das subescalas foram entre .70 a .88 e o total da autocompaixão foi de .94. Neste estudo, para a amostra não clínica apenas foi usado o total da autocompaixão ( $\alpha = .94$ ).

**2.2.3. EMWS\_P (memórias emocionais positivas dos pares) (EMWS\_P: Ferreira, Matos, Cunha, Duarte & Pinto-Gouveia, 2014)** explora as memórias referentes à infância ou adolescência. É constituído por 21 itens que remetem para os vários sentimentos e emoções que possam ter sido experienciados no grupo de amigos ou pares, como por exemplo “*Sentia-me seguro(a) e protegido(a) com o meu grupo de pares*”. Cada item é cotado numa escala tipo *Likert* de 4 pontos (0 = *Não, nunca*; 4 = *Sim, a maior parte do tempo*). No estudo presente, a consistência interna da amostra não clínica obtida para o total da EMWS\_P revelou-se excelente ( $\alpha = .99$ ).

**2.2.4. Eating Disorder Inventory (EDI; Garner, Olmsted, & Polivy, 1983; Versão portuguesa: Machado, Gonçalves, Martins, & Soares, 2001)** é um questionário de autorresposta que pretende avaliar os traços psicológicos e comportamentais presentes nas perturbações do comportamento alimentar podendo também ser útil como medida diagnóstica. É constituído por 64 itens, dividido em 8 subescalas, em que 3 subescalas avaliam as atitudes e os comportamentos relativos ao peso, à forma corporal e à alimentação e as restantes 5 avaliam as características psicológicas subjacentes à perturbação alimentar. A subescala usada no presente estudo foi a ineficácia constituída por 10 itens (e.g., “sinto-me inútil como pessoa”), no qual esta pretende avaliar os sentimentos de inutilidade e falta de controlo sobre a vida (Garner, Olmstead, & Polivy, 1983). A consistência interna obtida na versão portuguesa foi de .88 e neste estudo, para a amostra não clínica, foi de .78.

**2.2.5. Entrevista Semi-estruturada Clínica das Perturbações da Alimentação e da Ingestão (Fonseca & Marques, 2015)** foi elaborada com o objetivo de diagnosticar perturbações da Alimentação e da Ingestão. Para além disso, também são abordadas outras perturbações do eixo dois, tais como a Perturbação *Bordeline* da Personalidade, Perturbação da Personalidade Evitante e Perturbação Obsessiva e Compulsiva da Personalidade. A entrevista clínica semi-estruturada (mini-entrevista) foi construída de acordo com os critérios do DSM-V, baseando-se essencialmente numa *checklist* de sintomas alimentares perturbados e características da personalidade.

### **2.3. Procedimento metodológico**

Para a realização dos estudos subsequentes, foi necessário a recolha de duas amostras: amostra não clínica e amostra clínica. Importa referir que a amostra clínica foi apenas utilizada no último estudo.

#### **2.3.1. Amostra não clínica**

Os participantes da amostra não clínica foram recolhidos entre março a junho de 2016, de duas formas: via *online*, através do programa *Limesurvey* onde foi pedido que mulheres dos 14 aos 35 anos preenchessem o protocolo com uma duração de 20 a 25 minutos e por via presencial, em contexto de sala de aula, onde foi solicitado aos alunos da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, dos

curso de Serviço Social e Mestrado Integrado em Psicologia (diversos anos) que preenchessem o referido protocolo com uma duração de 30 a 35 minutos. Antes de serem administrados os protocolos, foi explicado o objetivo da investigação aos alunos. Para além disso, esclareceu-se que a sua participação era voluntária assim como a importância de não deixar nenhuma questão por responder. Também foi referido que os dados seriam totalmente confidenciais, de forma a obter o consentimento informado do aluno participante. O protocolo de investigação era composto por uma folha de rosto onde continha a informação relativamente aos objetivos do estudo e o consentimento informado, depois uma outra página para a recolha dos dados demográficos e posteriormente os questionários de autorresposta.

### **2.3.2. Amostra Clínica**

A amostra clínica foi recrutada entre janeiro a julho de 2016 com a colaboração dos profissionais do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC) e Centro Hospitalar Tondela-Viseu, sendo recolhida na consulta dos Distúrbios Alimentares. A recolha das doentes foi autorizada pelo director clínico dos CHUC e do Centro Hospitalar Tondela-Viseu e após aprovação prévia da Comissão Ética da Saúde Mental de cada unidade hospitalar participante. Durante a consulta, a investigadora ou a terapeuta responsável forneceu a explicação do objetivo do estudo e garantiu que a participação da doente seria voluntária e confidencial, sendo assim passado o consentimento informado. Após a autorização da doente, era entregue o protocolo de avaliação, em que este era composto por uma folha de rosto onde se pedia para preencher com os dados sociodemográficos e depois eram apresentados os questionários com as medidas de autorresposta em estudo, pedindo para devolver na consulta seguinte. Em relação à entrevista, apesar de não ter sido passado uma entrevista clínica estruturada com base nos critérios do DSM-V, foi feito a cada doente uma entrevista clínica semi-estruturada (“mini-entrevista” baseada num *checklist* de sintomas alimentares e características da personalidade) de forma a confirmar o diagnóstico. A entrevista era, posteriormente, marcada com a doente.

### **2.4. Estratégia Analítica**

O estudo teve um desenho transversal. Os procedimentos estatísticos foram conduzidos com o recurso ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*

– versão 22.0) e ao *Software Amos (Analysis of Moment Structures*, versão 22, SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Para obter os índices de consistência interna dos instrumentos utilizados foram calculados os alfas de Cronbach, sendo estes analisados de acordo com os valores de referência estipulados por Pestana e Gageiro (2005) (alfa de Cronbach inferior a .60 inadmissível, entre .60 a .70 fraco, entre .70 e .80 razoável, entre .80 e .90 bom e superior a .90 muito bom). Para a comparação da média amostral de dois grupos independentes recorreu-se ao teste *t* de Student para amostras independentes. Os pressupostos do teste *t* de Student foram considerados e a homogeneidade das variâncias foi analisada através do teste de Levene. Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujo *p-value* do teste fosse inferior ou igual a .05 (Marôco, 2010). Foi analisado o tamanho do efeito através do *d* de Cohen de forma a explorar a magnitude das diferenças encontradas. As diretrizes de *d* de Cohen que se situam entre .20 e .40 representam tamanho do efeito pequeno; entre .50 e .70 tamanho do efeito médio e maior que .80 tamanho do efeito grande (Tabachnick & Fidell, 2007).

Foram realizadas matrizes de correlação de Person, de forma a explorar as relações entre as variáveis em estudo. Os critérios de referência de Pestana e Gageiro (2005) foram usados para interpretar os coeficientes de correlação (coeficientes de correlação inferiores a .20 associações muito baixas; entre .20 e .39 associações baixas; entre .40 e .69 moderadas; entre .70 e .89 elevadas; e superior a .90 associações muito elevadas.

Com objetivo de explorar o papel mediador da autocompaixão e das memórias de calor e afeto pelos pares na relação entre a auto-aversão e o sentimento de inutilidade e perda de controlo sobre a vida (ineficácia, medida pelo EDI) usou-se o modelo de análise de trajetórias (*Path Analysis*) que visa estudar as relações estruturais (efeitos diretos e indiretos) entre as variáveis manifestas (exógenas e endógenas) (Schumacker & Lomax, 2004). O efeito de mediação é considerado quando (1) a variável independente (preditora) apresenta um efeito significativo sobre a variável critério (resultado), (2) há uma relação significativa entre a variável preditora e a mediadora e (3) a variável preditora e a mediadora são preditoras da variável resultado. Quando o efeito direto da variável preditora na variável resultado sob a presença da mediadora é nulo, a mediação é significativa. Ou seja, a variável mediadora influencia a relação entre a variável preditora

e a variável dependente. Para calcular o efeito total da variável preditora (VI) sobre a variável resultado (VD) são somados os efeitos diretos com os indiretos. Através do método de reamostragem *Bootstrap*, foi analisado a significância do efeito indireto. Este método fornece maior poder estatístico assim como controla os erros do Tipo I. A estimativa *bootstrapped* do efeito indireto baseou-se em 2000 amostras, no entanto o valor boot não confirma a presença (ou não) de um efeito de mediação, apenas o I.C. 95%. Caso os ICs não contenham zero, existe um efeito de mediação ou indireto (Marôco, 2014).

### III - Resultados

#### 3.1. Análise preliminar dos dados

Para analisar a normalidade das variáveis em estudo recorreu-se ao Teste de *Kolmogorov-Smirnov* e o enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria (*Skewness*) e de achatamento (*Kurtosis*). Os resultados revelaram que as variáveis não seguem uma distribuição normal ( $K-S, \rho \leq .001$ ) e os valores de assimetria (*Sk*) e achatamento (*Ku*) não apresentaram desvios significativos ( $-.773 < Sk < 1.636$ ;  $-.188 < Ku < 2.576$ ) ( $Skewness < |3|$  e  $Kurtosis < |10|$ ; Kline, 2011). Como a amostra apresenta um  $n > 30$ , recorreu-se ao uso de testes paramétricos, pois estes são mais robustos face à violação do pressuposto da normalidade das variáveis (Marôco, 2014). Em relação à análise dos *outliers*, esta foi realizada através de uma representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis-Box Plot) que por sua vez detetou a existência de valores extremos. Ainda assim, optou-se por manter os valores na análise, uma vez que este procedimento torna os dados mais representativos da população estudada (Tabachnick & Fidell, 2007).

#### 3.3. Análises de correlação

De forma a estudar a associação entre a autocompaixão, memórias de calor e afeto por parte dos pares, a auto-aversão e a *ineficácia* (medida pelo EDI) realizou-se um estudo de natureza correlacional (cf. Quadro 1).

A *ineficácia* apresenta uma correlação significativa ( $p \leq .01$ ) com a auto-aversão e com a autocompaixão e estão no sentido esperado da associação. Ambas obtiveram uma correlação moderada, sendo que a auto-aversão foi positiva e a autocompaixão negativa.



Ou seja, estes dados sugerem que níveis elevados de *ineficácia* estão associados a maiores níveis de auto-aversão e a menores níveis de autocompaixão (cf. Quadro 1).

#### Quadro 1

*Matrizes de correlação de Pearson entre a ineficácia (EDI), auto-aversão (MSDS), autocompaixão (SELFCS) e memórias de calor e afeto com os pares (EMWS\_P)*

Variáveis	1	2	3	4
1. Autocompaixão (SELFCS)	-			
2. EMWS_P	.49**	-		
3. Auto-aversão (MSDS)	-.50**	-.39**	-	
4. Ineficácia (EDI)	-.58**	-.53**	.54**	-

*Nota.* \*  $p \leq .05$ . \*\*  $p \leq .01$ . EDI = Questionário de Distúrbios Alimentares; MSDS = Escala Multidimensional da Auto-aversão; SELFCS = Escala da Autocompaixão; EMWS\_P = Escala de Memórias Emocionais Positivas com os Pares.

A correlação entre a *ineficácia* e as memórias emocionais positivas por parte dos pares foi significativa ( $p \leq .01$ ), sendo de forma moderada e negativa, predizendo que mais memórias de calor e afeto obtidas na infância com os pares, menores os níveis de ineficácia. Quanto à correlação entre a autocompaixão com as memórias emocionais positivas, esta apresenta-se de forma significativa ( $p \leq .01$ ) e é positiva e moderada, demonstrando que quanto mais se possuem memórias positivas por parte dos pares na infância, maiores são os níveis de autocompaixão.

O valor da correlação entre a auto-aversão e a autocompaixão apresenta-se de forma significativa, assim como entre as memórias emocionais positivas ( $p \leq .01$ ).

A correlação entre a auto-aversão e a autocompaixão é moderada e negativa. Ou seja, maiores níveis de auto-aversão estão associados a menores níveis de autocompaixão. Por fim, a correlação entre a auto-aversão e as memórias emocionais positivas apresentou-se de forma moderada e negativa, sugerindo que mais memórias positivas obtidas na infância pelos pares ou amigos estão associadas a menores níveis de auto-aversão.

### 3.4. Efeito mediador das memórias de calor e afeto pelos pares/amigos e autocompaixão na relação entre a auto-aversão e a ineficácia

Partindo dos resultados obtidos propusemo-nos a explorar o papel mediador da autocompaixão e das memórias de calor e afeto com os pares ou amigos na relação causal entre a auto-aversão e os sentimentos de inutilidade e falta de controlo.

O modelo final ajustado explica 47% da variabilidade da ineficácia. O modelo obtido para a variável auto-aversão mostrou um efeito total de .536 sobre a ineficácia, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites ]0.069; 0.122[ e  $p = .001$ ; sendo o efeito indireto sobre ineficácia mediado pela autocompaixão de .157 ( $\beta = -.497 \times -.316$ ). Isto significa que as mulheres que possuem mais auto-aversão em relação a aspetos do corpo, do comportamento e personalidade e tem mais dificuldades em se auto-tranquilizarem apresentam mais sentimentos de ineficácia. Este efeito indireto representa 29% ( $.157/.536 = .29$ ) do efeito total da auto-aversão sobre a ineficácia. A auto-aversão apresentou também um efeito indireto sobre a ineficácia mediado pelas memórias de calor e afeto pelos pares de .11 ( $\beta = -.393 \times -.267$ ). Este efeito representa 20% ( $.105/.536 = .20$ ) do efeito total da auto-aversão sobre a ineficácia. Estes resultados apontam que as mulheres que têm mais auto-aversão e são menos suportadas pelos pares na infância sentem-se mais ineficazes (inferiores, inúteis e inadequadas). O teste da significância estatística destes efeitos indiretos foi efetuado mediante a reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites].169; .357[, sendo estatisticamente diferente de zero para  $p = .010$ .

O modelo causal hipotético corresponde ao modelo final obtido e este está representado graficamente na Figura 1. Todas as trajetórias foram estatisticamente significativas e no sentido esperado. Dado que o modelo teórico inicial continha todas as trajetórias directas e indirectas, e que por esse motivo apresentava um ajustamento perfeito à matriz de dados, não são apresentados os índices de ajustamento global do modelo inicial.

Em síntese, os resultados supracitados parecem sugerir que a emoção de auto-aversão, a incapacidade de autotranquilização e a inexistência de memórias de suporte, bondade e afeto por parte dos pares ou amigos estão implicados na vulnerabilidade para possuir sentimentos de incompetência e perda de controlo na vida em geral.

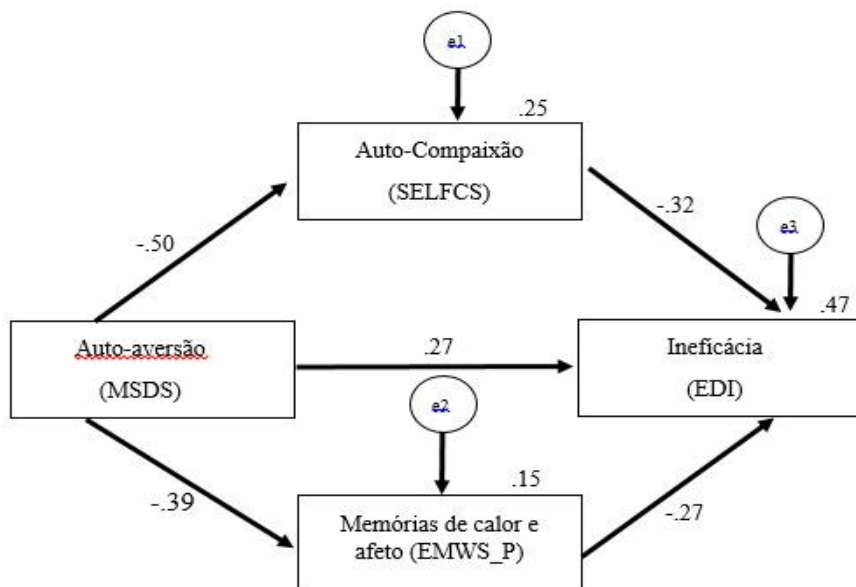


Figura 1. Modelo final de mediação da autocompaixão e memórias de calor e afeto sobre a ineficácia. \*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$

### 3.5. Estudo comparativo entre a amostra não clínica e a amostra clínica

Procurou-se testar as diferenças entre a amostra não clínica e a amostra clínica em relação às médias nas variáveis em estudo. Foram calculados os valores das médias e desvios-padrão para todas as variáveis em estudo, bem como os valores de  $t$  e de  $p$ , assim como o  $d$  de Cohen para determinar o tamanho das diferenças.

A amostra clínica ficou composta por 32 pacientes diagnosticadas com Perturbação do Comportamento Alimentar, em que 50% preenche os critérios para Anorexia Nervosa ( $n = 16$ ), 6.3% cumpre os critérios para Bulimia Nervosa ( $n = 2$ ) e 43.8% preenche os critérios da Perturbação Alimentar de Ingestão compulsiva ( $n = 14$ ).

Quanto à média das idades das pacientes é de 29.75 ( $DP = 13.30$ ), sendo que o mínimo é 14 e o máximo é 61 anos. Os anos de escolaridade situam-se entre o 5 e os 22 anos ( $M = 12.28$ ;  $DP = 3.54$ ). A maioria das participantes é solteira (68.8%), 21.9% são casadas, 6.3% vivem em união de facto e apenas uma é divorciada (3.1%). Quanto ao nível socioeconómico, 14 são estudantes (43.8%) e 9 pertencem ao nível socioeconómico médio (28.1%) e as restantes 9 ao nível socioeconómico baixo (28.1%).

No que concerne à amostra não clínica em análise, da amostra total ( $n = 119$ ) aleatorizaram-se 50 % dos casos, tendo-se obtido 52 participantes do sexo feminino, com uma média de idades de 23,08 anos ( $DP = 4.40$ ) e 14,17 anos de escolaridade completos ( $DP = 1.81$ ). Quanto ao estado civil, a maioria das participantes são solteiras (49;

94.23%), 2 são casadas (3.85%) e 1 vive em união de fato (1.92%). Assim sendo, a maioria é estudante (38;70.08%) e 14 pertencem ao nível socioeconómico médio (26.92%).

#### Quadro 2

*Médias e desvios-padrão para a amostra clínica (n = 32) e amostra não clínica (n = 52) e comparação entre os grupos nas variáveis em estudo e valores de d Cohen.*

	Amostra não clínica (n = 52)		Amostra clínica (n = 32)		t	ρ	d
	M	DP	M	DP			
<b>Ineficácia (EDI)</b>	2.35	2.81	7.53	7.32	-4.60	.000	-.93
<b>Auto-Aversão (MSDS)</b>	19.56	14.96	51.13	22.73	-7.68	.000	-1.64
<b>Autocompaixão (SELFCS)</b>	93.54	12.40	73.91	12.33	7.06	.000	1.59
<b>Memórias de calor e afeto (EMWS_P)</b>	64.46	20.01	47.63	21.49	3.64	.000	.81

*Nota.* EDI = Questionário de Distúrbios Alimentares; MSDS = Escala Multidimensional da Auto-aversão; SELFCS = Escala da Autocompaixão; EMWS\_P = Escala de Memórias Emocionais Positivas com os Pares.

Como se pode verificar no Quadro 2, os resultados obtidos mostraram diferenças significativas entre os grupos. Como esperado a amostra clínica apresentou pontuações médias mais elevadas na auto-aversão e na ineficácia (EDI) (tamanho do efeito da diferença grande), no entanto a amostra não clínica apresentou pontuações médias mais elevadas na autocompaixão e nas memórias de calor e afeto pelos pares ou amigos em relação à amostra clínica (tamanho do efeito da diferença grande). Todas as diferenças refletem tamanhos de efeito elevados para as variáveis em estudo (cf. Quadro 2).

#### IV - Discussão

As Perturbações do Comportamento Alimentar são caracterizadas por uma excessiva preocupação com o corpo e com o peso, de tal forma que os indivíduos executam certos comportamentos disfuncionais (e.g., restrição alimentar, exercício físico excessivo) para, desta forma, obter o corpo ideal (Tiggemann & McGill, 2004). As

características psicológicas subjacentes ao desenvolvimento destes comportamentos alimentares disfuncionais relacionam-se com sentimentos de ineficácia pessoal, acabando por comprometer as atitudes e comportamentos alimentares, não tendo controlo sobre estes comportamentos (Wagner et al., 1987).

Assim sendo, a ineficácia surge com um culminar de sentimentos de inadequação e inferioridade que podem influenciar a conduta social e comportamental dos indivíduos. São esses sentimentos que levam a uma autoavaliação negativa e um sentido de falta de controlo sobre a vida e comportamentos, inclusive o alimentar (Schmidt & Treasure, 2006; Strober, 1980; Wagner et al., 1987; Wilksh & Wade, 2009).

A literatura sugere que um ambiente que envolva carinho, afeto e segurança produz memórias que conduzem ao desenvolvimento de emoções positivas e atitudes compassivas com o *self* e com os outros (Gilbert et al., 2006). Por outro lado, ambientes hostis, negligentes e onde se vivenciam experiências de rejeição e abandono (Rohner, 2004) estão na base do desenvolvimento de atitudes autocríticas e repulsivas pelo *self* (pela aparência física, personalidade e comportamento), em que existe uma maior probabilidade de aparecimento de comportamentos alimentares disfuncionais (Fox et al., 2012) e sentimentos de ineficácia (perceção negativa do *self*, inadequação e emoções negativas) (Sternheim et al., 2012). Estes sentimentos são emoções que estão associadas ao sistema de defesa-ameaça (que está relacionado com os sentimentos de insegurança e inferioridade) e que funcionam de acordo com a regra “mais vale prevenir que remediar” (Gilbert, 2005).

Pelo contrário, o sistema de afiliação e tranquilização permite a regulação do *stress* (desativa o sistema de defesa-ameaça) e promove a afiliação e proximidade social (Gilbert, 2009). A autocompaixão, ligada ao sistema de tranquilização, funciona como uma competência nuclear de regulação emocional com efeitos positivos no bem-estar psicológico (Barnard & Curry, 2011; Duarte et al., 2015) e no comportamento alimentar disfuncional (Goss & Allan, 2010; Ferreira et al., 2013; Ferreira et al., 2014; Kelly et al., 2014; Pinto-Gouveia et al., 2014;).

Posto isto, através da literatura revista, o estudo pretendeu explorar a relação entre a ineficácia e a auto-aversão, assim como as memórias de calor e afeto com os pares e a autocompaixão; saber qual a influência que estas duas variáveis podem ter na relação entre a auto-aversão e a ineficácia, sendo que estes objetivos foram operacionalizados

numa amostra não clínica do gênero feminino; por fim, fez-se uma comparação entre duas amostras (clínica e não clínica) quanto às variáveis em estudo.

No estudo correlacional os resultados obtidos corroboraram as hipóteses formuladas. Ou seja, revelaram que existe uma associação entre a auto-aversão e a ineficácia, sugerindo que mulheres que se vêem de forma repulsiva e com nojo em relação a aspetos do seu corpo, do comportamento e da personalidade tendem a sentir-se mais inúteis, inferiores e inadequadas, obtendo um sentimento de vazio e uma autoavaliação negativa. Dados da literatura sugerem que tanto os sentimentos de ineficácia e de auto-aversão estão associados com o comportamento alimentar (Wagner, Halmi, & Maguire, 1987; Schmidt & Treasure, 2006; Ille et al., 2014). Quanto à ineficácia correlacionada com a autocompaixão, esta foi negativa e moderada, sugerindo que mulheres que são compassivas consigo próprias, sentem-se menos inúteis e inadequadas. Ou seja, a capacidade de ser compassiva com o *self*, tornando-se aberto ao sofrimento, compreendendo-o e não o julgando pode inibir ou ajudar a lidar com os sentimentos de insegurança, inutilidade e uma percepção negativa do *self*, que é característico da ineficácia. Neste sentido, são vários os estudos que têm comprovado que a autocompaixão tem um efeito benéfico na prevenção dos comportamentos alimentares perturbados (Ferreira et al., 2011, 2013; Kelly et al., 2014; Schoenfield & Webb, 2013;).

No que diz respeito à correlação entre a ineficácia e as memórias de calor e afeto, esta foi negativa, afirmando que mulheres que detêm memórias de suporte e afeto por parte dos pares, durante a infância e a adolescência, onde se sentiram compreendidas e acarinhadas, sentem-se menos inadequadas, inseguras e inferiores. Estes dados podem ser corroborados num estudo recente de Mendes e col. (2016). Os autores mostraram que mulheres que não possuem memórias de calor e afeto com os pares durante a infância, onde se sentiram suportadas e acarinhadas, sentem-se inferiores e inúteis, autocriticam-se constantemente e envolvem-se em comportamentos alimentares disfuncionais. Já a auto-aversão, apresentou correlações significativas e negativas com a autocompaixão e memórias de calor e afeto com os pares. Ou seja, mulheres que durante a infância não foram suportadas pelos pares, não se sentindo compreendidas e incluídas num grupo de amigos e que possuem menos atitudes compassivas com as próprias, face ao seu sofrimento e situações de vida desafiantes, sentem mais nojo em relação aos seus atributos físicos, comportamento e características da personalidade. A literatura afirma que a auto-

aversão está associada ao sistema de ameaça-defesa, no qual experiências de rejeição, abandono e negligência na infância podem conduzir a um diálogo interno autocrítico e auto-aversivo, focado em sentimentos de desprezo e aversão pelo eu. Desta forma, vulnerabiliza o indivíduo para a emissão de comportamentos alimentares disfuncionais (Fox et al., 2012). Por sua vez, estes sentimentos aversivos desativam o sistema de tranquilização e afiliação, impedindo o desenvolvimento de atitudes compassivas com o próprio, tais como a capacidade de não criticar ou julgar o seu sofrimento e inadequações, adotando uma postura de aceitação perante os seus erros (Gilbert, 2005, 2009).

Por fim, a correlação entre a autocompaixão e as memórias de calor e afeto com os pares foi positiva, sugerindo que mulheres que possuem memórias da infância ou adolescência onde se sentiram integradas, compreendidas e apoiadas pelos pares têm mais atitudes compassivas com as próprias, face ao sofrimento (ver por exemplo Kelly et al., 2014). Marta-Simões e col. (2016) reforçam este dado, em que concluíram que memórias de suporte e calor por parte dos pares (e.g., amigos e colegas), durante a infância, conduzem a uma melhor qualidade de vida, pois os indivíduos envolvem-se em comportamentos e atitudes autocompassivas, mesmo vivendo situações de vida difíceis, aceitando o sofrimento sem o julgar ou criticar.

Tendo em conta os resultados obtidos, e como são construtos pouco estudados, pretendeu-se de seguida explorar a influência que as memórias de calor e afeto e a autocompaixão têm na relação entre a auto-aversão e a ineficácia. Desta forma foi proposto um modelo de mediação através da análise de trajetórias (*Path Analyses*).

O modelo de mediação obtido explicou 47% da variabilidade da ineficácia. Mais concretamente, os resultados mostraram que o efeito da auto-aversão na ineficácia ocorre, pelo menos em parte, indirectamente, através da autocompaixão e das memórias de calor e afeto. O sentimento de aversão e repugnância dirigido ao eu torna-se especialmente patológico quando conduz a dificuldades na capacidade de tranquilização e ausência de memórias de calor e afeto.

A análise estatística permitiu estudar ambas as variáveis em simultâneo, na qual os resultados obtidos permitiram identificar o efeito significativo direto da auto-aversão sobre a ineficácia, mas também um efeito indireto da auto-aversão na ineficácia parcialmente mediado pelas memórias de calor e afeto e autocompaixão. Deste modo, os dados parecem mostrar que as mulheres que sentem nojo em relação a aspetos do *self*,

estão mais vulneráveis para o desenvolvimento de sentimentos de insegurança, inutilidade e vazio (ineficácia). Acresce a isto que, as mulheres que não tiveram a capacidade para se tranquilizarem e compreenderem as suas falhas e inadequações e que durante a infância não vivenciaram com os pares experiências de calor, afeto e cuidado, estão mais vulneráveis à ineficácia. Dito de outra forma, o facto de estas mulheres serem incapazes de se tranquilizarem, de adotarem uma postura compassiva, de não-julgamento e bondade consigo próprias, assim como não terem tido memórias afiliativas na infância, no qual se sentiram suportadas, compreendidas e acarinhadas pelos pares, vulnerabiliza as mulheres a percecionarem a sua forma corporal, as suas características da personalidade e o seu comportamento como aversivo, sentindo-se mais inúteis, inferiores e vazias. Os resultados obtidos sobre o impacto da autocompaixão e as memórias de calor e afeto vão na linha de alguns estudos, como por exemplo, o estudo de Marta-Simões e col. (2016) que refere que a autocompaixão é importante na relação entre as memórias de calor e afeto (com os pais e pares), a qualidade de vida ao nível psicológico e previne a psicopatologia. Assim como são vários os estudos que apontam que a autocompaixão e as memórias de calor e afeto são fatores protetores para a psicopatologia (Barnard & Curry, 2011; DeHart et al., 2006; Duarte et al., 2015; Ferreira et al., 2013; Ferreira et al., 2014; Gilbert & McEwan, 2009; Goss & Allan, 2010; Kelly et al., 2014; Pinto-Gouveia et al., 2014) e psicopatologia alimentar (Ferreira et al., 2011, 2013; Kelly et al., 2014; Mendes et al., 2016; Schoenfield & Webb, 2013).

Por último, foi elaborado um estudo no qual o objetivo visava a comparação entre as variáveis ineficácia, auto-aversão, autocompaixão e memórias de calor e afeto com os pares nas duas amostras: clínica constituída por 32 mulheres com diagnóstico de Perturbação do Comportamento Alimentar e não clínica composta por 119 mulheres da população geral. Comparando as duas amostras, encontrou-se que a amostra clínica obteve pontuações médias mais elevadas na auto-aversão e ineficácia, sendo que a diferença entre as duas amostras foi grande e a amostra não clínica teve maior pontuação na autocompaixão e memórias de calor e afeto, com um tamanho do efeito grande. Estes resultados sugerem que as mulheres que usam a comida como regulador emocional, fazem uma alimentação restritiva e usam comportamentos compensatórios para impedir o ganho do peso, sendo esse um dos maiores medos, apresentam mais nojo em relação às suas características da personalidade, atributos físicos e aos seus comportamentos assim



como evidenciam mais sentimentos de vazio, inutilidade e inadequação (ineficácia). No entanto, face à falta de memórias afiliativas na infância com os pais, as doentes não possuem capacidades para lidarem com o sofrimento e com as falhas de forma adaptativa.

Em relação à amostra não clínica, os resultados indicam que as mulheres que viveram, durante a infância ou adolescência, em ambientes envolvidos pelo afeto e segurança, no qual se sentiram apoiadas e acarinhadas pelos seus pais, apresentam mais atitudes compassivas (e.g., aceitação, compreensão e empatia) com as próprias. Portanto, os resultados obtidos foram de acordo com o esperado e congruente com a literatura apresentada, em que estudos realizados nas duas amostras, revelaram que a amostra não clínica possui mais níveis de autocompaixão e memórias de calor e afeto, no entanto o resultado é inverso para a amostra clínica (Goss & Allan, 2010; Ferreira et al., 2013; Pinto-Gouveia et al., 2014; Ferreira et al., 2014; Kelly et al., 2014; Wasilkiw et al., 2012; Marta-Simões et al., 2016; Mendes et al., 2016). Em relação à auto-aversão e ineficácia, já era esperado que a amostra clínica obtivesse maiores pontuações, uma vez que são dois construtos psicopatológicos (Wagner et al., 1987; Serpell et al., 2006; Sternheim et al., 2012; Wade et al., 2015; Castilho et al., 2014; Overton et al., 2008; Ille et al., 2014).

### **Limitações e futuras investigações**

Ao longo dos vários estudos incluídos neste artigo, foram destacados resultados inovadores que acrescentaram à literatura uma nova compreensão dos mecanismos subjacentes às Perturbações do Comportamento Alimentar. Ainda assim, surgem algumas limitações que se devem ter em conta. As limitações são: natureza transversal do desenho experimental; a utilização de escalas de autorresposta que podem comprometer a generalização dos dados, pois poderá haver o efeito de desejabilidade social e o evitamento do item e das variáveis medidas em estudo; apesar de as participantes da amostra clínica terem sido sinalizadas por psicólogos responsáveis pelo processo terapêutico, devido ao tempo limitado apenas foi passado uma entrevista semi-estruturada (construída para o efeito) com base nos critérios do DSM-V (*checklist* de sintomas alimentares disfuncionais e de personalidade); e por último, o reduzido tamanho da amostra clínica.

De forma a retificar estas limitações, seria importante que numa investigação futura a amostra clínica recolhida fosse maior, sendo que seria interessante que o tamanho

desta fosse equilibrável entre as três Perturbações Alimentares e que fosse replicado o estudo, ou até explorar outras variáveis relacionadas com o comportamento alimentar. Embora tenhamos passado uma mini-entrevista clínica semi-estruturada para a confirmação do diagnóstico, seria importante que no futuro fosse aplicado uma entrevista clínica estruturada sobre as Perturbações do Comportamento Alimentar. Ainda assim, como a entrevista clínica passada neste estudo é recente, seria importante e interessante que numa investigação futura, esta fosse aferida para a população clínica, principalmente numa amostra de Perturbação do Comportamento Alimentar.

### **Implicações Clínicas**

A relação entre a auto-aversão e a ineficácia parece ser importante para o envolvimento em comportamentos alimentares, em que as memórias de calor e afeto com os pares e a autocompaixão indicaram ser fatores mediadores desta relação. Seria importante que em termos de abordagem terapêutica, os sentimentos de ineficácia (sentimento de inutilidade, vazio e inadequação), assim como o nojo relativamente à aparência física e sua personalidade, fizessem parte do protocolo terapêutico de intervenção. Mais ainda, a Terapia Focada na Compaixão (TFC) como abordagem dirigida para a vergonha e autocrítico (Gilbert et al., 2010; Gilbert & Procter, 2006) parece indicada para diminuir o impacto da auto-aversão na ineficácia. Esta terapia revela que uma das dificuldades apresentadas pelos doentes é a incapacidade em não conseguirem aceder ao sistema de afiliação/tranquilização (segurança, afiliação, calor e afeto). Desta forma, a TFC centra-se em desenvolver esse sistema e a equilibrar os outros dois sistemas: defesa-ameaça (ativa-se através de sinais de perigo e procura de segurança) e impulso (comportamento de procura e obtenção de recursos).

Posto isto, esta terapia seria vantajosa, uma vez que o objetivo passaria por estimular o sistema de *soothing* (tranquilização e afiliação), conduzindo ao desenvolvimento de comportamentos adaptativos, face ao despoletar dos sentimentos aversivos tanto em relação à sua personalidade, ao seu comportamento, como à sua forma corporal.

Concluindo, é importante frisar que neste estudo foram obtidos resultados relevantes para futuras investigações. Como principal resultado, é de salientar o impacto que a auto-aversão e a ineficácia exercem no desenvolvimento dos comportamentos alimentares disfuncionais. Para além disso, importa referir que a incapacidade na

autotranquilização e as poucas (ou inexistentes) memórias emocionais positivas com os pares, durante a infância e adolescência, podem vulnerabilizar as mulheres a perceberem o seu corpo, as suas características da personalidade e o seu comportamento como aversivo, conduzindo ao despoletar de sentimentos relacionados com a ineficácia (e.g., insegurança, inadequação, inutilidade), sendo esta uma característica psicológica subjacente à psicopatologia alimentar.

## V - Referências bibliográficas

- Baldwin, M. W., & Dandeneau, S. D. (2005). Understanding and modifying the relational schemas underlying insecurity. In: Baldwin M (ed.) *Interpersonal Cognition*. New York: Guilford Press, 33–61.
- Barnard, L. K., & Curry J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, and interventions. *Review of General Psychology*, 15(4): 289–303.
- Chapman, H. A., Kim, D. A., Susskind, J. M., & Anderson, A. K. (2009). In bad taste: evidence for the oral origins of moral disgust. *Science*, 323, 1222–1226.
- Castilho, P., Carreiras, D., & Pinto-Gouveia, J. “The toxicity of the self: Development and exploratory factor analysis of the Multidimensional Self-Disgust Scale (MSDS)” Master’s thesis, University of Coimbra, 2014.
- 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*, 00 (0), 1–15. doi: 10.1002/jclp.22187
- DeHart, T., Pelham, B. W., & Tennen, H. (2006). What lies beneath: Parenting style and implicit self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, 4, 1–17. doi: 10.1016/j.jesp.2004.12.005
- Duarte, C., Ferreira, C., Trindade, I. A., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Body image and college women’s quality of life: The importance of being self-compassionate. *Journal of Health Psychology*, 20(6), 754-764. doi: 10.1177/1359105315573438
- Espeset, E., Gulliksen, K., Nordbø, R., Skårderud, F., & Holte, A. (2012). The link

between negative emotions and eating disorder behaviour in patients with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20 (6), 451-460. doi:10.1002/erv.2183

Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2011). The validation of the Image Acceptance and Action Questionnaire: Exploring the moderator effect of acceptance on disordered eating. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 14, 207-210.

Ferreira, C., Matos, M., Duarte, C. & Pinto-Gouveia, J. (2014). Shame Memories and Eating Psychopathology: The Buffering Effect of Self-Compassion. *Eating Disorders*, 22(6), 487-94. doi: 10.1002/erv.2322

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, 207–210. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.01.005

Fox, J. R. E., Federici, A., & Power, M. J. (2012). Emotions and eating disorders. In J. R. E. Fox & K. Goss (Eds.), *Eating and Its Disorders* (pp. 167–184). Chichester: Wiley-Blackwell.

Fox, J. R. E., Grange, N. & Power, M. J. (2015). Self-digust in eating disorders: a review of the literature and clinical implications. 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.167-186). London: Karnac Books.

Fox, J. R. E., & Power, M. J. (2009). Eating disorders and multi-level models of emotion: an integrated model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 240–267. Doi: 10.1002/cpp.626

Gamer, D. M., Garfinkel, P. H., & Bemis, K. M. (1982). A multidimensional psychotherapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 3-46. doi: 10.1002/1098-108X(198224)1:2<3::AID-EAT2260010202>3.0.CO;2-J

- Garner, D., Olmsted, M., & Polivy, J. (1983). Development and validation of multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15–34. doi:10.1002/1098-108X(198321)
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A Biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9–74). London: Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introducing Compassion-Focused Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264
- Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Self-Criticism and Self-Warmth: An Imagery Study Exploring Their Relation to Depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 20 (2), 183-200. doi: 10.1891/088983906780639817
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate in a group of self-critical people. *Memory*, 12 (4), 507-516
- Gilbert, P., & Irons, C. (2008). Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. In: Allan, N. B., Sheeber, L. B. (Eds). *Adolescence emotional development and the emergence of depressive disorders* (pp. 195–214). Cambridge University Press, London.
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13 (6), 353-379.
- Goss, K., & Allan, S. (2010). Compassion Focused Therapy for Eating Disorders. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3 (2), 143-158. doi: 10.1521/ijct.2010.3.2.141
- Hood, J., Moore, T. E., & Gamer, D. M. (1982). Locus of control as a measure of ineffectiveness in anorexia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50,3-13. doi: 10.1037//0022-006X.50.1.3

- Ille, R. et al., (2014). Self-disgust in mental disorders – symptom-related or disorder specific? *Comprehensive Psychiatry*, 55, 938–943. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.12.020
- Kelly, A. C., Vimalakanthan, K., & Miller, K. E. (2014). Self-compassion moderates the relationship between body mass index and both eating disorder pathology and body image flexibility. *Body Image*. 11, 446–453. doi: 10.1016/j.bodyim.2014.07.005
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3<sup>a</sup> Ed.). New York: Guilford Press.
- Machado, P. P. P., Gonçalves, S., Martins, C., & Soares, I. C. (2001). The Portuguese Version of Eating Disorders Inventory: Evaluation of its Psychometric Properties. *European Eating Disorders Review*, 9, 43-52. doi: 10.1002/erv.359
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações*. Lisboa: ReportNumber, Lda.
- Marôco, J. (2014). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações* (2<sup>a</sup> Ed). Lisboa: ReportNumber, Lda.
- Marta-Simões, J., Ferreira, C., & Mendes, A. L. (2016). Self-compassion: An adaptive link between early memories and women's quality of life. *Journal of Health Psychology*, 1-10. doi: 10.1177/1359105316656771
- Mendes, A., Marta-Simões, J., & Ferreira, C. (2016). How can the recall of early affiliative memories with peers influence on disordered eating behaviours?. *Eat Weight Disord*. doi:10.1007/s40519-016-0267-7
- Moncrieff-Boyd, J., Allen, K., Byrne, S., & Nunn, K. (2014). The self-disgust scale revised version: validation and relationships with eating disorder symptomatology. *Journal of Eating Disorders*, 2(1), 0-48. doi: 10.1186/2050-2974-2-s1-o48
- Neely, M., Schallert, D., Mohammed, S., Roberts, R., & Chen, Y. (2009). Self-kindness

- when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33(1), 88-97. doi:10.1007/s11031-008-9119-8
- Neff, K. D. (2003a). Self-Compassion. The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250. doi: 10.1080/15298860390209035
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–102. doi: 10.1080/15298860390129863
- Neff, K. & Germer, C. (2012). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44. doi:10.1002/jclp.21923
- Neff, K., Hsieh, Y., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4(3), 263-287. doi: 10.1080/13576500444000317
- Neff, K. & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240. doi:10.1080/15298860902979307
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908–916. doi: 10.1016/j.jrp.2006.08.002
- Oaten, M., Stevenson R. J. & Case, T. I. (2009) Disgust as the disease-avoidance mechanism. *Psychological Bulletin*, 135 (2), 303-321. doi: 10.1037/a0014823
- Olatunji, B., Kim, S., & Wall, D. (2015). Extracting body image symptom dimensions among eating disorder patients: The Profile Analysis via Multidimensional Scaling (PAMS) approach. *Body Image*, 15, 16-23. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.04.008

- 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. doi: 10.1037/1528-3542.8.3.379
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4th ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Duarte, C. (2014). Thinness in the pursuit for social safeness: An integrative model of social rank mentality to explain eating psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 154–165. doi: 10.1002/cpp.1820
- Powell, P. A., Simpson, J., & Overton, P. G. (2013). When disgust leads to dysphoria: A three-wave longitudinal study assessing the temporal relationship between self-disgust and depressive symptoms. *Cognition and Emotion*, 27, 900–913. doi: 10.1080/02699931.2013.767223
- Powell, P. A., Simpson, J., & Overton, P. G. (2015). An introduction to the revolting self: Self-disgust as an emotion schema. 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. 1–24). London: Karnac.
- Power, M. J., & Dalgleish, T. (2008). *Cognition and Emotion: From Order to Disorder* (2<sup>a</sup> Ed.). Hove: Psychology Press.
- Richter, A., Gilbert, P., & McEwan, K. (2009). Development of an early memories of warmth and safeness scale and its relationship to psychopathology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 171–184. doi: 10.1348/147608308X395213
- Rohner, R. P. (2004). The parent ‘acceptance-rejection syndrome’ universal correlates of perceived rejection. *American Psychologist*, 59, 830–840. doi: 10.1037/0003-066X.59.8.830
- Rozin, P., Haidt, J., & McCauley, C. R. (2008). Disgust. In M. Lewis, J. M. Haviland-



Jones & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 757-776). New York: The Guilford Press.

Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, *45*, 343-366. doi: 10.1348/014466505X53902

Schoenefeld, S. J., & Webb, J. B. (2013). Self-compassion and intuitive eating in college women: Examining the contributions of distress tolerance and body image acceptance and action. *Eating Behaviors*, *14*, 493-496. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.09.001

Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. London: Lawrence Erlbaum Association.

Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., & Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: friend or foe?. *International Journal of Eating Disorders*, *25*, 177-186. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2<177::AID-EAT7>3.0.CO;2-D

Sternheim, L., Startup, H., Saeidi, S., Morgan, J., Hugo, P., Russell, A., et al., (2012). Understanding catastrophic worry in eating disorders: process and content characteristics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *43*, 1095-1103. doi: 10.1016/j.jbtep.2012.05.006

Strober, M. (1980). Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. *Journal of Psychosomatic Research*, *24*, 353-359. doi: 10.1016/0022-3999(80)90027-6

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson/Allyn & Bacon.

Tiggemann, M., & McGill, B. (2004). The role of social comparison in the effect of magazine advertisements on women's mood and body dissatisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *23* (1), 23-44.

- Wade, T. D., Wilksch, S. M., Paxton, S. J., Byrne, S. M., & Austin, S. B. (2015). How perfectionism and ineffectiveness influence growth of eating disorder risk in young adolescent girls. *Behaviour Research and Therapy*, *66*, 56-63. doi: 10.1016/j.brat.2015.01.007
- Wagner, S., Halmi, K. A., & Maguire, T. V. (1987). The sense of personal ineffectiveness in patients with eating disorders: One construct or several? *International Journal of Eating Disorders*, *6* (4), 495-505. doi: 10.1002/1098-108X(198707)6:4<495::AID-EAT2260060406>3.0.CO;2-I
- Wasylikiw, L., MacKinnon, A. L., & MacLellan, A. M. (2012). Exploring the link between self-compassion and body image in university women. *Body Image*, *9*, 236–245. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.01.007
- Watson, G., Batchelor, S., & Claxton, G. (Eds.). (1999). *The psychology of awakening*. Boston: Red Wheel/Weiser.
- Wilksch, S. M., & Wade, T. D. (2009). Reduction of shape and weight concern in young adolescents: a 30-month controlled evaluation of a media literacy program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *48*(6), 652-661. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181a1f559

