

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

A Imagem Corporal Positiva nas Perturbações do Comportamento Alimentar – Influência das Dimensões da Vinculação e Regulação Emocional

Catarina Oliveira Ferreira

M

2022



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**A Imagem Corporal Positiva nas Perturbações do Comportamento Alimentar –
Influência das Dimensões da Vinculação e da Regulação Emocional**

Catarina Oliveira Ferreira

Junho, 2022

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, área de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora **Sandra Torres** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade intelectual.

O presente estudo é parte integrante do projeto de investigação “A aceitação do corpo na doença: Estudo da imagem corporal positiva em diferentes condições clínicas”. Como colaboradora neste projeto de investigação, durante os anos letivos 2020/2021 e 2021/2022, participei na recolha de dados do grupo de controlo e na análise de dados. O trabalho aqui apresentado baseia-se apenas numa parte dos dados recolhidos e constitui uma análise quantitativa das variáveis associadas à imagem corporal positiva em pessoas com perturbação do comportamento alimentar.

AGRADECIMENTOS

Com o terminar de mais uma fase da minha vida académica, quero expressar o meu profundo agradecimento às pessoas que deram o seu contributo para o desenvolvimento desta tese, incentivando e apoiando a minha jornada de trabalho, dedicação e aprendizagem:

À *Prof. Dra. Sandra Torres*, o meu primeiro agradecimento. Por me ter recebido como aprendiz de investigação, pelas inúmeras sugestões e, sobretudo, pelos ensinamentos essenciais à realização desta dissertação. Agradeço por toda a disponibilidade, apoio, atenção e paciência que teve para comigo durante todo este processo. Obrigada pela liberdade que me ofereceu e por balancear tão metodicamente as minhas escolhas, sobretudo, por ter encontrado sempre o equilíbrio perfeito entre a instigação e o suporte e me direcionar incessantemente no sentido correto.

Um agradecimento especial à *Dra. Maria Xavier de Araújo*, por me ter orientado de forma atenta e perspicaz, por me ter colocado desafios diários que amadureceram o meu conhecimento e prática psicológica. Agradeço por ter sido a minha bússola no meio da adversidade, por todos os conselhos, ensinamentos e por todo o seu carinho e suporte ao longo de 8 meses de estágio. O seu profissionalismo, ética, altruísmo e humanidade sempre me inspiraram desde início a dar o melhor de mim. Obrigada por confiar no meu potencial e por me motivar a fazer sempre mais e melhor. Teria um enorme gosto que os nossos caminhos se voltassem a cruzar. Gratidão!

À *Prof. Dra. Filipa Vieira*, supervisora de estágio. Agradeço por me incentivar e incutir o entusiasmo e a motivação necessárias para encarar todo o percurso que agora termino. Por estar sempre disponível para acolher as minhas dúvidas e receios e por todas as palavras de apoio e carinho que me foi facultando ao longo de todo o processo. Foram essenciais todos os momentos de partilha, sobretudo, para o meu desenvolvimento académico, profissional e até pessoal.

À *Dra. Isabel Brandão*, ao *Dr. Sertório Timóteo* e à *Dra. Patrícia Nunes* pela prontidão em colaborar na recolha da amostra deste estudo e pela forma acolhedora com que me receberam na sua equipa de trabalho.

A *todas as pacientes* que se disponibilizaram a participar neste estudo, sem os quais, este não seria viável.

Aos *meus pais*, pelo amor, carinho, dedicação, apoio incondicional, compreensão, ajuda, e sobretudo pela oportunidade de alcançar mais um sonho, pois sem eles esta etapa seria impossível de concretizar. Obrigada pela paciência nas fases mais difíceis e pelo encorajamento em dar sempre o melhor de mim. São os melhores pais do mundo!

Aos *meus avós*, um muito obrigada por todos os conselhos sábios e por sempre acreditarem que consigo alcançar todos os meus objetivos. Por me ensinarem a olhar o mundo com leveza e a acalmar a minha ânsia de antecipação, fazendo-me valorizar as pequenas coisas da vida. Obrigada por valorizarem o meu potencial e por nunca duvidarem das minhas capacidades.

Ao *Pedro*, por ter estado sempre presente, por me ter amparado nos momentos menos bons, por acreditar sempre em mim e nas minhas capacidades, por lutar comigo todos os dias para que o hoje seja sempre melhor que o ontem. Agradeço o amor incondicional, o colo confortante, por ser um “chiribó” que me faz rir e sorrir. Obrigada por toda a paciência e compreensão. Obrigada por seres o meu porto seguro e o melhor namorado do mundo!

À *Oriana Francisco*, minha colega e companheira de estágio, um agradecimento por se ter tornado uma verdadeira amiga. Pela companhia nas horas de almoço, por ter sido um enorme apoio, por me escutar atentamente, pelos disparates partilhados, enfim... por todos os momentos jamais esquecidos. Desejo que Leiria se torne próxima para que possamos continuar a partilhar mais momentos como os que passaram.

À *Maria Ramunni, Andreia Silva, Filipa Felgueiras, e Daniela Nogueira*, pela amizade linda que foi criada durante o tempo de formação académica, pela motivação e troca de ideias, pela empatia demonstrada na hora dos desabafos, pelo incentivo e pela companhia. Obrigada por todas as reuniões *zoom*, e pelas “lágrimas” que derramamos juntas.

Um agradecimento a todos os que me são especiais, mas cujos nomes não foram mencionados, por todo o apoio e companheirismo. Obrigada, por terem estado sempre lá durante esta fase da minha vida.

Por último, agradeço aos restantes professores do curso de Psicologia, que ao longo desta jornada me mostraram que a Psicologia é muito mais que livros. Agradecer é o mínimo, pois são eles que nos ensinam a matéria e dão asas para o futuro!

Agradeço, ainda,
Ao que me apaixona.
Ao que me move.
À Psicologia!

Resumo

A Imagem Corporal Positiva (ICP) é um constructo complexo e multifacetado, definido pela capacidade de apreciar e respeitar o próprio corpo, aceitando e valorizando as suas capacidades. O interesse no conceito tem-se revelado crescente, pelo que o presente estudo busca dar resposta a questões que carecem de suporte empírico, mais especificamente, compreender em que medida a Vinculação e as Dificuldades de RE são variáveis relevantes na expressão das PCA, bem como, analisar duas dimensões da IC Positiva - a Positividade Interior e Aceitação do Corpo pelos Outros -, analisando o efeito da presença da Ingestão Alimentar Compulsiva e/ou Purgação. O estudo contou com 203 participantes do sexo feminino: 103 com diagnóstico de PCA e 100 saudáveis. Usou-se uma escala visual analógica - (VAS) para medir a Positividade Interior. Através de escalas de autorrelato avaliou-se a Aceitação do Corpo pelos Outros (*Body Acceptance by Others Scale - BAOS*), Vinculação (*Adult Attachment Scale - EVA*) e Dificuldades de RE (*Difficulties of Emotional Regulation Scale - DERS*). Os resultados indicaram que o Grupo PCA apresentou valores mais elevados de Ansiedade e Dificuldades de RE e valores inferiores de Conforto com Proximidade e Confiança nos Outros, comparativamente com o Grupo Não-Clínico. No Grupo PCA denotou-se uma tendência para os participantes com Comportamentos de Compulsão Alimentar e/ou Purgação apresentarem níveis superiores de Positividade Interior, Ansiedade e Dificuldades de RE. Em geral, as duas dimensões da ICP apresentaram correlações estatisticamente significativas com a EVA e DERS, à exceção do Conforto com a Proximidade que não se correlacionou com a BAOS. Os modelos de regressão linear múltipla evidenciaram que a Vinculação, Dificuldades de RE e Comportamentos de Compulsão Alimentar e/ou Purgação (estes apenas testados na predição da VAS), explicam uma baixa percentagem da variância da IC. Assim, este estudo propõe que a promoção da Positividade Interior e a Aceitação do Corpo pelos Outros podem ser dois aspetos centrais a ter em consideração nas intervenções clínicas, ao invés da redução dos sintomas e aspetos negativos da IC.

Palavras-chave: Imagem Corporal Positiva, Perturbações do Comportamento Alimentar, Positividade Interior, Aceitação do Corpo pelos Outros, Vinculação, Dificuldades de Regulação Emocional, Comportamentos de Compulsão Alimentar e/ou Purgação.

Abstract

Positive Body Image (ICP) is a complex and multifaceted construct, defined by the ability to appreciate and respect one's own body, accepting and valuing its capacities. The interest in the concept has been growing, so this study seeks to answer questions that lack empirical support, more specifically, to understand to what extent Attachment and RE Difficulties are relevant variables in the expression of PCA, as well as, to analyse two dimensions of the ICP to the two dimensions of the ICP - Inner Positivity and Acceptance of the Body by Others - ,analysing the effect of presence of Compulsive Eating and/or Purging. The study included 203 female participants: 103 diagnosed with PCA and 100 healthy. The Visual Analogue Scale - VAS was used to measure Inner Positivity. The self-report scales assessed Body Acceptance by Others (*Body Acceptance by Others Scale* - BAOS), Attachment (*Adult Attachment Scale* - EVA) and RE Difficulties (*Difficulties of Emotional Regulation Scale* - DERS). The results indicated the PCA Group showed higher values for Anxiety and RE Difficulties and lower values for Comfort with Proximity and Trust in Others, compared to the Non-Clinical Group. In the PCA Group there was a tendency for participants with Eating Disorder Behaviours and/or Purging to have higher levels of Inner Positivity, Anxiety and RE Difficulties. In general, the two ICP dimensions showed statistically significant correlations with VAS and DERS, with the exception of Comfort with Proximity which did not correlate with BAOS. Multiple linear regression models showed that Attachment, RE difficulties and Binge Eating and/or Purging Behaviours (these only tested in VAS prediction), explain a low percentage of the variance of IC. Thus, this study proposes that the promotion of Inner Positivity and Acceptance of the Body by Others may be two central aspects to be taken into account in clinical interventions, rather than the reduction of symptoms and negative aspects of IC.

Key-words: Positive Body Image, Eating Disorders, Inner Positivity, Acceptance of the Body by Others, Attachment, Emotional Regulation Difficulties, Binge Eating and/or Purging Behaviours.

Résumé

L'Image Corporelle Positive (ICP) est une construction complexe et à multiples facettes, définie par la capacité d'apprécier et respecter son propre corps, acceptant et valorisant ses capacités. L'intérêt pour ce concept s'est accru, aussi cette étude cherche-t-elle à répondre aux questions qui manquent de soutien empirique, plus spécifiquement, pour comprendre dans quelle mesure l'Attachement et les difficultés de RE sont des variables pertinentes dans l'expression de l'PCA, ainsi que d'analyser deux dimensions de l'ICP - Positivité Intérieure et Acceptation du Corps par les Autres -, en analysant l'effet de la présence d'une Alimentation Compulsive et/ou Purges. L'étude a porté sur 203 participantes: 103 diagnostiquées avec une PCA et 100 en bonne santé. Une échelle visuelle analogique - VAS a été utilisée pour mesurer la Positivité Intérieure. Les échelles d'auto-évaluation ont évalué l'Acceptation du Corps par les Autres (*Body Acceptance by Others Scale* - BAOS), l'Attachement (*Adult Attachment Scale* - EVA) et Difficultés de RE (*Difficulties of Emotional Regulation Scale* - DERS). Les résultats ont montré que le Group PCA présentait des valeurs plus élevées d'Anxiété et de Difficultés de RE et des valeurs plus faibles d'Aisance dans la Proximité et de Confiance dans les Autres par rapport au Groupe Non Clinique. Dans le Group PCA, les participants présentant des Comportements Alimentaires Compulsifs et/ou Purgatifs, avaient tendance à avoir des niveaux plus élevés de Positivité Intérieure, d'Anxiété et de Difficultés de RE. En général, les deux dimensions de l'ICP ont montré des corrélations statistiquement significatives avec l'VAS et DERS, à l'exception du Confort de Proximité qui n'a pas été corrélé avec le BAOS. Les modèles de régression linéaire multiple ont montré que l'Attachement, Difficultés de RE et Comportements Compulsifs et/ou de Purgatifs explique (ces derniers ne sont testés que dans la prédiction de l'VAS), expliquent un faible pourcentage de la variance de l'IC. Ainsi, cette étude propose que la promotion de la Positivité Intérieure et l'Acceptation du Corps par les Autres peuvent être deux aspects centraux à prendre en compte dans les interventions cliniques, plutôt que la réduction des symptômes.

Mots-Clés: Image Corporelle Positive, Troubles du Comportement Alimentaire, Positivité Intérieure, Acceptation du Corps par les Autres, Attachement, Difficultés de Régulation Émotionnelle, Comportements Compulsifs et/ou Purgatifs.

Índice

Enquadramento Teórico	1
1.1. Imagem Corporal Positiva	1
1.2. Imagem Corporal nas Perturbações do Comportamento Alimentar	3
1.3. Positividade Interior e Aceitação do Corpo pelos Outros	5
1.4. Relação da Imagem Corporal com a Vinculação nas Perturbações do Comportamento Alimentar	7
1.5. Relação da Imagem Corporal com a Regulação Emocional nas Perturbações do Comportamento Alimentar	9
Estudo Empírico	12
2. Método	12
2.1. Participantes	12
2.2. Materiais	13
2.3. Procedimentos	15
2.4. Análise de Dados	15
Resultados	17
3. Caracterização dos Grupos e Análises Preliminares	17
3.1. Análise Comparativa entre o grupo PCA e não-clínico relativamente às duas dimensões da ICP, Vinculação e Dificuldades de RE	17
3.2. Análise Comparativa entre as Tipologias de Comportamento Alimentar relativamente às duas dimensões da ICP, Vinculação e Dificuldades de RE	19
3.3. Papel preditivo da Vinculação, Dificuldades de RE e Presença de Compulsão Alimentar e/ou Purgação nas dimensões da ICP	21
Discussão	25
Conclusão	31
Referências Bibliográficas	33

Índice de Tabelas

Tabela 1	18
Tabela 2	20
Tabela 3	21
Tabela 4	22

Lista de Acrónimos e Abreviaturas

IC - Imagem Corporal

ICN - Imagem Corporal Negativa

ICP - Imagem Corporal Positiva

PCA - Perturbações do Comportamento Alimentar

AN - Anorexia Nervosa

AN-R - Anorexia Nervosa Tipo Restritivo

AN-B - Anorexia Nervosa Tipo Ingestão Compulsiva/ Purgativa ou Tipo Bulímico

BN - Bulimia Nervosa

BED - Ingestão Alimentar Compulsiva ou *Binge-Eating*

RE - Regulação Emocional

IMC - Índice de Massa Corporal

Enquadramento Teórico

1.1. Imagem Corporal Positiva

A imagem corporal (IC) é um constructo complexo que contém características positivas e negativas (Tylka, 2011; Wood-Barcalow et al., 2010), aspetos percetuais, atitudinais e comportamentais (Cash, 2004; Thompson, 2004). Essas características tendem a ser estáveis ao longo do tempo, mas também maleáveis ao impacto dos estados experienciais e contextuais, sugerindo que a IC inclui tanto aspetos disposicionais como situacionais (Melnik et al., 2004; Wood-Barcalow et al., 2010). Encontra-se relacionada com a forma como as pessoas experienciam o seu corpo, afetando o funcionamento cognitivo, comportamental, emocional (Tiggemann, 2015) e, consequentemente, a qualidade de vida e bem-estar psicossocial do indivíduo (Cash, 2011; Cash & Smolak, 2011).

A maior parte da investigação e prática tem-se concentrado na compreensão, prevenção e tratamento dos aspetos negativos da IC, em particular, a insatisfação e distorção corporal (Avalos et al., 2005; Tiggemann, 2015; Tylka, 2011). O enfoque na atenuação dos sintomas da IC Negativa, sem considerar como promover a IC Positiva, limitou o campo de estudo à patologia, impedindo uma descrição holística do conceito de IC (Avalos et al., 2005; Tylka, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Com o intuito de adquirir uma compreensão mais abrangente da experiência da IC, os investigadores procuraram mudar o paradigma, surgindo recentemente a definição do constructo de IC Positiva. Tylka e Wood-Barcalow (2015a) distinguem IC Positiva de Negativa, apesar de se encontrarem inversamente correlacionadas, por serem constituídas por diferentes dimensões e não se situarem no mesmo *continuum*. Tylka (2011) defende que IC Positiva não é equivalente a IC Negativa baixa, enquanto Wood-Barcalow et al. (2010) acrescentam que esta não se resume a uma mera ausência de características negativas.

A IC Positiva é definida pela capacidade de apreciar o próprio corpo, aceitando e valorizando as suas capacidades (Wood-Barcalow et al., 2010). A partir desta aceção é possível aferir que a IC Positiva transcende a satisfação corporal ou a avaliação da aparência. É caracterizada como um constructo independente e multifacetado, constituído por seis facetas distintas que se encontram inter-relacionadas (Tylka, 2018; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a; Wood-Barcalow et al., 2010).

De acordo com Tylka e Wood-Barcalow (2015b), a apreciação corporal é considerada uma faceta central da IC Positiva. Consiste em apreciar as características, funcionalidade e saúde do corpo (Wood-Barcalow et al., 2010), demonstrando gratidão pelo que este é capaz de fazer e representa (Tylka, 2018). A aceitação corporal traduz-se na capacidade de amar, sentir-se confortável com o corpo e aceitar as suas características como únicas (Wood-Barcalow et al., 2010), não reflete vaidade, preocupação com a aparência ou ideais socioculturais (Tylka, 2018). A conceptualização ampla de beleza constitui uma faceta que endossa uma definição flexível de beleza, pois aceita-se que várias aparências físicas (e.g., tamanhos e formas do corpo) ou diferentes tipos de estilo sejam bonitos (Tylka & Iannantuono, 2016). Acredita-se que esta aparência não deve ser comparada com os ideais da sociedade (Tylka, 2011) e que a beleza também está nas características interiores (e.g., confiança, generosidade; Tylka, 2018). O investimento adaptativo na aparência envolve comportamentos de *grooming* (e.g., higiene e autocuidado; Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Já a positividade interior envolve interação entre a IC Positiva, sentimentos positivos (e.g., confiança corporal, felicidade; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a) e comportamentos adaptativos (e.g., autocuidado, ajudar os outros; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Por fim, a interpretação da informação de forma protetora do corpo, implica ser recetivo a informação que seja consistente com a IC Positiva e rejeitar informações que possam colocá-la em perigo (Tylka, 2011, 2018), denominada por Wood-Barcalow et al. (2010) como um “filtro protetor”.

São diversos os estudos que revelam uma associação entre a IC Positiva e determinadas variáveis psicológicas, nomeadamente, menor sintomatologia depressiva (Gillen, 2015), maior otimismo, autocompaixão (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b), autoestima (Avalos et al., 2005) e felicidade subjetiva (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b), corroborando a ideia de que existe um impacto significativo da IC Positiva na saúde (Avalos et al., 2005), qualidade de vida (Baceviciene & Jankauskiene, 2020; Pinto et al., 2017), e bem-estar hedónico (emocional) e eudaimónico (psicológico e social) nos indivíduos (Swami et al., 2017).

Apesar da literatura escassa, o interesse empírico na IC Positiva tem-se revelado crescente, sendo a investigação impreterível para o futuro do campo e para a clarificação do seu papel no domínio da saúde física e mental.

1.2. Imagem Corporal nas Perturbações do Comportamento Alimentar

Nas últimas três décadas tem havido maior consciência do predomínio de problemas de IC e comportamentos alimentares desadaptativos, quer nas sociedades ocidentais (Rodgers et al., 2011) quer orientais (Chisuwa & O'Dea, 2010), constituindo uma ameaça grave para a saúde de jovens e adultos a nível mundial (Littleton & Ollendick, 2003).

Neste sentido, Fairburn et al. (2003) afirmam que a IC Negativa além de ser considerado o principal fator de risco, encontra-se envolvida na etiologia das Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PCA)¹. São vários os tipos de PCA, na qual a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN) e a Ingestão Alimentar Compulsiva ou *Binge-Eating* (BED) são os principais diagnósticos (APA, 2013). A AN é dividida em dois subtipos: A AN Restritiva (AN-R), caracterizada pela perda de peso, devido a restrição alimentar, jejum e/ou prática de exercício físico em excesso e a AN Compulsiva/Purgativa (AN-B), caracterizada por episódios de compulsão alimentar seguidos de comportamentos purgativos, com recurso a vômito autoinduzido e/ou uso de laxantes, diuréticos (APA, 2013). A BN é descrita por ciclos de comportamento alimentar compulsivo e compensatório, embora não exista um baixo peso como na AN (APA, 2013). Já a BED ocorre através de episódios de ingestão compulsiva e desordenada, sem que os mesmos sejam acompanhados de manobras compensatórias (APA, 2013).

Existe uma linha de investigação que defende uma visão transdiagnóstica das PCA. Segundo esta perspetiva, o foco nas perturbações alimentares está no que as assemelha e não no que as distingue, uma vez que as características nucleares, a gravidade e as manifestações destas perturbações parecem ser as mesmas (Fairburn et al., 2003). De acordo com esta perspetiva, os comportamentos alimentares desadaptativos, podem incluir-se nos vários diagnósticos, tais como a AN, BN e BED, sem que existam diferenças (Fairburn et al., 2003; Hoiles et al., 2012). No entanto, contrariamente ao que defende a visão transdiagnóstica, outras abordagens têm vindo a constatar que os vários perfis variam em função da ocorrência ou não de comportamentos de compulsão alimentar e/ou purgativos, sendo que a característica nuclear da AN-R é a restrição alimentar, enquanto na AN-B, BN e BED é a compulsão alimentar (Egan et al., 2021).

Na maioria dos diagnósticos pode verificar-se que a IC Negativa prediz de forma significativa o desenvolvimento de patologias de cariz alimentar (Baceviciene &

¹ Por uma questão de simplificação de escrita esta entidade nosológica será designada de “Perturbações do Comportamento Alimentar” (PCA).

Jankauskiene, 2020; Rosewall et al., 2019), sendo esta relação bastante consistente na literatura. São variados os estudos que reforçam o papel da insatisfação (Lantz et al., 2018) e da distorção corporal (Brooks et al., 2011) na predição das PCA. Estes resultam de uma discrepância entre a percepção da forma corporal real e ideal (Lantz et al., 2018), podendo despoletar comportamentos de restrição alimentar ou regulação do peso (Sharpe et al., 2018). A distorção perceptiva, associada a crenças cognitivas sobre a aparência do próprio corpo poderão reforçar esta insatisfação e distorção corporal (Brooks et al., 2011; Lantz et al., 2018; Sharpe et al., 2018), ideia apoiada pela investigação ao notar que na AN e BN existe sobrevalorização do peso, tamanho e formas corporais, resultantes de falhas na forma como os indivíduos se percebem (Lantz et al., 2018). Outras investigações apoiam a presença destas discrepâncias também na BED, ainda que a perturbação da IC não seja considerada um critério de diagnóstico tal como acontece na AN e BN (Ahrbeg et al., 2011; Lewer et al., 2017).

De salientar que os comportamentos de verificação e evitamento corporal são propostos como mecanismos etiológicos e de manutenção das PCA, que reforçam a IC Negativa e mantêm a distorção da IC (Walker et al., 2018). Estes resultam da excessiva preocupação com a forma, peso, alimentação e controlo (Fairburn et al., 2003). O evitamento é descrito como uma tendência para evitar conscientemente situações que favorecem a avaliação da aparência, ao usar roupas largas, evitar o confronto no espelho ou recusar ser pesado, já a verificação refere-se à propensão para escrutinar criticamente, realizar avaliações repetidas do peso, formas e tamanho através de pesagens ou medições frequentes (Nikodijevic et al., 2018). Enquanto os comportamentos de verificação amplificam a percepção do controlo, reforçando uma alimentação desadequada e a crença distorcida sobre o próprio corpo (Leonidas & Santos, 2012), o evitamento proporciona alívio temporário da angústia sentida, reforçando negativamente a IC e impedindo a invalidação de crenças distorcidas (Nikodijevic et al., 2018). Por outro lado, o afeto negativo que advém da IC Negativa, bem como dificuldades na autorregulação emocional podem, também, ser responsáveis pelas PCA (Cardoso et al., 2020).

O estudo da IC Positiva constitui-se relevante, uma vez que permite a realização de um enquadramento adaptativo acerca do indivíduo, possibilitando aos clínicos a sapiência basilar para intervir sob uma perspetiva de promoção da saúde, prevenindo as perturbações de IC e, consequentemente, as PCA. De realçar que do ponto de vista teórico, a IC Positiva é considerada um fator protetor ao desenvolvimento das PCA (Wood-Barcalow et al., 2010).

Segundo Tylka e Wood-Barcalow (2015b) níveis superiores de apreciação corporal, refletem níveis inferiores de PCA em adolescentes e/ou adultos (Baceviciene & Jankauskiene, 2020; Pinto et al., 2017; Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). Os estudos têm revelado que a apreciação corporal se encontra negativamente correlacionada com comportamentos alimentares desadequados e positivamente correlacionada com a apreciação da funcionalidade corporal e alimentação intuitiva (Baceviciene & Jankauskiene, 2020; Pinto et al., 2017). Halliwell (2013) verificou ainda que a apreciação corporal desempenha um fator protetor, relativamente aos efeitos negativos da exposição aos meios de comunicação social, sobretudo em mulheres com elevada interiorização dos ideais de beleza. Assim, verifica-se que a apreciação corporal tem vindo a demonstrar ser um importante fator protetor da IC.

No que se refere em particular à aceitação corporal, verifica-se que indivíduos com PCA demonstram menor aceitação da IC (Ferreira et al., 2011). Também se verificou que quanto maior for a funcionalidade corporal, maior a aceitação (Ferreira et al., 2011), menor a insatisfação corporal (Sandoz et al., 2013) e, conseqüentemente, menor o risco de desenvolver PCA (Webb, 2015). No que concerne à funcionalidade corporal, observou-se que esta se encontra intrinsecamente associada a uma IC mais saudável, a uma alimentação intuitiva e menos comportamentos alimentares desadequados (Alleva et al., 2017; Alleva & Tylka, 2021; Avalos & Tylka, 2006; Gillen, 2015). Adicionalmente, foram mencionados na literatura outros fatores protetores, suportados nas componentes da IC Positiva, tais como a conceção crítica face aos estereótipos (Piran, 2015), um ambiente social seguro que permita a vivência de experiências equitativas não relacionadas com a aparência, e relações interpessoais que propiciem a aceitação e validação (Piran, 2015).

O estudo da IC nas PCA tem-se debruçado, essencialmente, sobre a IC Negativa, averiguando-se que esta desempenha um papel proeminente na predição de sintomatologia alimentar. Apesar da literatura documentar o potencial da IC Positiva na prevenção e tratamento das PCA, os resultados das investigações relativamente a outras facetas deste construto, têm-se revelado escassas, pelo que carecem de mais suporte empírico.

1.3. Positividade Interior e Aceitação do Corpo pelos Outros

O estudo da IC Positiva tem sido muito centrado em algumas componentes, como a apreciação corporal e a funcionalidade do corpo, mas menos focadas em facetas como a

Positividade Interior (experiências internas; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a) e a Aceitação do Corpo pelos Outros (experiências externas; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a).

De acordo com Tylka e Wood-Barcalow (2015a) a positividade interior permite que qualidades interiores (e.g., otimismo) influenciem comportamentos exteriores (e.g., ajudar o próximo, sorrir, afirmar-se e emanar um “brilho especial”), sem que sejam considerados atos vãos ou narcisistas. No estudo de Wood-Barcalow et al. (2010) mulheres universitárias defenderam que a sua positividade interior orientou os seus compromissos para a realização de comportamentos de autocuidado (e.g., participar em atividades que conferem prazer e desafio, uso de cuidados preventivos, ter uma alimentação flexível). Complementarmente, no estudo de Holmqvist e Frisén (2012), rapazes adolescentes acreditaram que a disposição interior pode alterar a sua percepção de atratividade. Já McHugh et al. (2014) acrescentaram, tendo por base o relato de raparigas adolescentes, que a positividade corporal é sentida internamente ao estarem confortáveis e amando os seus corpos, e expressa externamente através da confiança, segurança e autorrespeito.

A dimensão da Aceitação do Corpo pelos Outros está ligada à autopercepção de que o próprio corpo (e.g., formas e tamanho corporal) é aceite por outros, tais como a família, amigos, parceiros amorosos ou a sociedade (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). Esta aceitação faz com que os indivíduos se preocupem menos em mudar a aparência exterior e prestem mais atenção ao modo como o corpo se sente e funciona (Avalos & Tylka, 2006; Webb et al., 2015). Quando há aceitação incondicional dos outros, se é amado e valorizado por qualidades autênticas não contingentes com a aparência, a IC Positiva é devidamente moldada e protegida (Tylka, 2011; Wood-Barcalow et al., 2010), e não dependente de elogios de terceiros (Tylka, 2011; Webb et al., 2015). De acordo com Tylka e Wood-Barcalow (2015a), elogios baseados na aparência estão associados a um maior investimento em comportamentos disfuncionais (e.g., insatisfação e vigilância corporal), podendo causar angústia devido à pressão sociocultural para a atratividade ou reforço de padrões de aparência da sociedade (e.g., internalização do ideal magro). Por outro lado, relações sociais positivas e seguras estão associadas a maior aceitação do próprio corpo (Pinto et al., 2017), investimento em comportamentos saudáveis (Gilbert et al., 2008) e menor envolvimento em comportamentos de compulsão alimentar e/ou purgação (Egan et al., 2021).

Por conseguinte, com o intuito de estudar a IC Positiva nas PCA, considera-se importante a análise das dimensões da Positividade Interior e Aceitação do Corpo pelos Outros, dado que a investigação encontrada acerca destas facetas é muito limitada.

1.4 Relação da Imagem Corporal com a Vinculação nas Perturbações do Comportamento Alimentar

Bowlby (1977) e Ainsworth (1991) descrevem a vinculação como um laço afetivo-emocional, fortalecido através do tempo e do espaço, construído tendo por base as interações entre criança-cuidador, que servem de orientadores à imagem (representação mental) que o indivíduo cria acerca do seu próprio *self* e do outro. Estes são designados de modelos internos dinâmicos. De acordo com Bowlby (1973) o modelo interno dinâmico positivo é criado quando os indivíduos se acham merecedores de amor e reconhecem o seu valor interno. Em contrapartida, o modelo interno dinâmico negativo é originado quando a figura de vinculação não é contingente às suas necessidades, gerando insegurança e não criando expectativa de suporte perante eventos considerados *stressores* (Bowlby, 1973). Estas representações assumem um papel preponderante no desenvolvimento socioemocional na infância e adolescência, bem como na prossecução de relações interpessoais ulteriores (Ainsworth, 1991; Bowlby, 1973; Mikulincer & Shaver, 2015).

A investigação tem demonstrado que a segurança social não está apenas relacionada com a ausência de experiências negativas (e.g., ameaça, abuso, negligência; Pinto et al., 2017), mas com a presença de experiências positivas (e.g., apoio, tranquilidade, segurança; Pinto et al., 2017). Além disso, os sentimentos de segurança parecem ligados a processos de regulação emocional (RE) eficazes, bem-estar e estados emocionais positivos (Gilbert et al., 2008). Tem-se, também, verificado que as experiências de sentir-se seguro e protegido no mundo social têm sido negativamente associadas a vários índices psicopatológicos (e.g., sentimentos de inferioridade, vergonha, submissão) ou ao surgimento de sintomas, tais como a depressão e ansiedade (Gilbert et al., 2008; Kelly et al., 2012). Estudos empíricos demonstraram que os contextos interpessoais podem ter um papel importante na etiologia da psicopatologia alimentar (Gilbert et al., 2008; Kelly et al., 2012; Pinto et al., 2017).

No que respeita à vinculação adulta, existem três principais padrões: seguro, evitante e ansioso-ambivalente, nomenclatura que teve origem nos padrões anteriormente postulados por Bartholomew e Horowitz (1991) e nas posteriores categorizações de Hazan e Shaver (1987). Estes estilos de vinculação encontram-se associados a um padrão sistemático de expectativas, emoções e comportamentos que variam consoante o reconhecimento e senso de valor interno de cada indivíduo (Mikulincer & Shaver, 2015, 2016).

Em idade adulta, a vinculação segura é determinada pela competência que o indivíduo possui em regular as suas emoções de forma eficaz, ter a capacidade de procurar apoio nas

suas relações e sentir-se confortável com intimidade, desejando proximidade com outros (Mallinckrodt, 2000). Por sua vez, a vinculação insegura pode diferenciar-se em evitante ou ansiosa-ambivalente. Uma vinculação evitante é caracterizada pela capacidade que o indivíduo apresenta em conseguir ignorar os sintomas de angústia e vulnerabilidade, pois este acha que expressar as emoções na procura de proximidade não produz resultados positivos (Maunder & Hunter, 2009), lidando com os *stressores* através do evitamento, distanciamento, supressão e/ou repressão de emoções negativas (Maunder & Hunter, 2009). Já as pessoas com um estilo de vinculação ansioso-ambivalente possuem dificuldades em regular as suas emoções, pelo que tendem a esforçar-se por obter amor e aprovação por parte dos outros nas suas relações (Mikulincer et al., 2009; Mikulincer & Shaver, 2016). Os diferentes padrões de vinculação e a qualidade das relações interatuam na forma como os indivíduos regulam as suas emoções (Han & Kahn, 2017) e influencia a construção do *self* corporal (Laporta-Herrero et al., 2020).

De acordo com a investigação, indivíduos com um padrão de vinculação seguro têm tendência a sentir-se mais seguros em relação a si próprios e às suas relações interpessoais (Amianto et al., 2017), a não valorizar imagens idealizadas propagadas pelos *media* (Grenon et al., 2016), a apresentar mais competências de RE ou autoconfiança (Han & Kahn, 2017), maior satisfação corporal (Laporta-Herrero et al., 2020), níveis de bem-estar psicológico, hábitos alimentares saudáveis (Cheng & Mallinckrodt, 2009) e IC Positiva (Amianto et al., 2017). Deste modo, esta dimensão da vinculação parece constituir um fator protetor face à PCA (Cortés-García et al., 2019; Mili & Raakhee, 2015). No estudo de Iannantuono e Tylka (2012) maiores níveis de IC Positiva relacionaram-se com baixos indicadores de vinculação insegura.

Os indivíduos com um padrão de vinculação evitante e ansioso-ambivalente têm tendência para sentir preocupação acrescida com a interação social e as relações interpessoais (Amianto et al., 2017), baixas competências de RE (Han & Kahn, 2017), insatisfação, baixa apreciação, distorção corporal (Frederick et al., 2016) e mais predispostos ao desenvolvimento de IC Negativa (Frederick et al., 2016; Laporta-Herrero et al., 2020). Estes indivíduos apresentam maior vulnerabilidade às influências externas, pois constroem a sua IC, tendo por base a aceitação corporal por parte dos outros (Frederick et al., 2016) e estão suscetíveis à internalização de mensagens veiculadas pelos *media*, inerentes aos ideais e padrões de beleza vigentes na sociedade (Amianto et al., 2017). Dado que procuram obter aprovação extrínseca, o medo de rejeição e abandono tem preeminência na avaliação do seu próprio *self* (Grenon et al., 2016). Uma diferença entre estes dois padrões de vinculação é

que o evitante tende a ser mais desinvestido na aparência, optando pelo evitamento e distanciamento, enquanto o padrão ansioso-ambivalente investe mais na aparência, na tentativa de obter aprovação por parte dos outros (Frederick et al., 2016). Deste modo, revela-se consensual que, dentro do espectro inseguro, as vinculações evitantes e ansiosas-ambivalentes parecem revelar-se fatores de vulnerabilidade para o aparecimento e manutenção de PCA (Amianato et al., 2017; Cortés-García et al., 2019; Grenon et al., 2016).

Segundo os autores, parece verificar-se a existência de mais diagnósticos de AN em indivíduos com vinculação evitante, e de BN e BED na vinculação ansiosa-ambivalente (Tasca, 2019; Tasca & Balfour, 2014). Contudo, também existem dados que apontam num sentido diferente. O estudo recente de Laporta-Herreto et al. (2020), apesar de ter verificado uma associação positiva entre vinculação segura, apreciação corporal e menos dificuldades de RE, não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os padrões de vinculação do grupo PCA e do grupo não-clínico.

Em suma, os resultados são consistentes em relação ao estilo de vinculação seguro e ansioso. Fica claro que o padrão de vinculação seguro se correlaciona positivamente com a apreciação corporal, constituindo um fator protetor à PCA, enquanto, o padrão de vinculação evitante e ansioso-ambivalente se encontram positivamente associados a uma IC Negativa e negativamente relacionados com a apreciação corporal. Porém, continua por esclarecer até que ponto grupos PCA e não-clínicos diferem nos padrões de vinculação.

1.5 Relação da Imagem Corporal com a Regulação Emocional nas Perturbações do Comportamento Alimentar

A RE define-se como um processo cognitivo e comportamental que permite ao indivíduo aumentar, reduzir ou manter os seus estados emocionais, procurando influenciar o que sente e a forma como expressa as emoções (Dingemans et al., 2017; Oldershaw et al., 2015). Dingemans et al. (2017) mencionam que há uma tendência exponencial para os indivíduos utilizarem estratégias de RE ao lidar com situações intensas. Acrescentam que os indivíduos que regulam as suas emoções de uma forma adaptativa têm a capacidade de atenuar e modular os seus estados afetivos, sobretudo, os negativos. Outros indivíduos não possuem esta capacidade, pelo que têm dificuldade na RE. De acordo com a literatura, dificuldades ao nível da RE são consideradas uma característica transdiagnóstica a todo o espectro das PCA (Dingemans et al., 2017; Oldershaw et al., 2015).

As revisões sistemáticas têm concluído que os indivíduos com este diagnóstico têm feito menor uso de estratégias de RE quando comparados com indivíduos saudáveis. Enquanto os saudáveis fazem mais uso de estratégias de aceitação racional positiva, isto é, assumem uma atitude adaptativa de aceitação psicológica ao compreender, aceitar de forma consciente, sem julgamento e sem empreender esforço, manipular ou evitar pensamentos, sentimentos ou experiências corporais que emergem (Christensen & Haynos, 2020; Ferreira et al., 2011), os indivíduos com AN, BN e BED utilizam estratégias de RE consideradas menos adaptativas, tais como a comparação social, a supressão e/ou repressão emocional, o evitamento e a ruminação (Levender et al., 2015; Oldershaw et al., 2015). Além das estratégias já mencionadas é, ainda, de destacar a recorrência a comportamentos de ingestão compulsiva com intuito de aliviar ou atenuar o afeto negativo (Dingemans et al., 2017). Segundo Waller et al. (2003) estas últimas são mais utilizadas em casos de BED e AN-B, embora no estudo de Svaldi et al. (2012) não se encontrem diferenças significativas quanto ao tipo de estratégias de RE utilizadas entre os diagnósticos AN, BN e BED. Já outros estudos reportam menores dificuldades de RE na BED em comparação com outras PCA (Brockmeyer et al., 2014; Svaldi et al., 2010).

Relativamente à investigação que incide na relação entre a RE e IC nas PCA, verificou-se que existem alguns indicadores de que a IC pode estar associada com a dimensão emocional. Por exemplo, na investigação de Hughes e Gullone (2011), os sintomas da BN encontraram-se associados a menor utilização de estratégias de RE - a aceitação racional positiva - e IC Negativa, enquanto uma maior utilização desta estratégia moderou os sintomas depressivos e as preocupações com a IC. No que concerne à IC Positiva, no estudo de Hughes e Gullone (2011) foi possível analisar que o foco na funcionalidade do corpo se encontrou negativamente associada a sintomas de ansiedade e depressão, permitindo concluir que a relação entre as preocupações com a IC e estes sintomas foram moderados pelo recurso a estratégias de *coping*, mais especificamente, a aceitação racional positiva.

Constata-se que os estudos que exploram o papel moderador da RE nas relações entre IC e sintomatologia psicológica, nas PCA em particular, incidem sobretudo na IC Negativa, pois apenas se encontrou o estudo de Hughes e Gullone (2011) com foco na IC Positiva. Assim, surge a necessidade de compreender o papel que a IC Positiva pode desempenhar no curso e tratamento da doença, em particular, de que forma se associa a dificuldades de RE, fator que contribui para a manutenção da patologia alimentar.

Em síntese, verifica-se que a tanto as Dificuldades de RE como a Vinculação são variáveis relevantes na expressão das PCA, além de estarem relacionadas com a IC Negativa. No entanto, a investigação empírica acerca da relação destas variáveis com a IC Positiva é, ainda, bastante escassa, encontrando-se essencialmente focada na dimensão da apreciação corporal. Sendo a IC uma área central na vivência das PCA, e estando a mesma associada ao bem-estar psicológico, a promoção de uma IC Positiva pode ter um efeito considerado benéfico ao nível do tratamento. Neste sentido, o presente estudo visa alargar o conhecimento no domínio da IC nas PCA, explorando duas dimensões da IC Positiva pouco estudadas - a Positividade Interior e a Aceitação do Corpo pelos Outros -, analisando-se o efeito da presença da ingestão alimentar compulsiva e/ou purgação.

Tendo em consideração os aspetos referidos, emerge a pertinência do presente estudo, que se visa a 1) comparar indivíduos diagnosticados com PCA com um grupo não-clínico, no que respeita a duas dimensões da IC Positiva - positividade interior e aceitação do corpo pelos outros -, bem como à vinculação e dificuldades de RE; 2) comparar os diferentes tipos de comportamento alimentar - com e sem presença de ingestão compulsiva e/ou purgação - (AN-B/BN/BED vs. AN-R) - para verificar se existem diferenças na positividade interior e aceitação do corpo pelos outros, dificuldades de RE e vinculação; 3) investigar se as dificuldades de RE, a vinculação e a presença de compulsão alimentar e/ou purgação são preditores significativos das duas dimensões da IC Positiva. Como hipótese, espera-se que a) indivíduos com PCA apresentem níveis inferiores nas duas dimensões da IC Positiva, níveis elevados no fator Ansiedade e maiores dificuldades de RE, quando comparado com o grupo não-clínico, que apresentará níveis elevados nas duas dimensões da IC Positiva, níveis superiores no fator Conforto com Proximidade, Confiança nos Outros e menores dificuldades de RE; b) independentemente dos diferentes tipos de comportamento alimentar - com e sem ciclos de ingestão compulsiva e/ou purgação - os indivíduos não apresentam diferenças nas várias dimensões em estudo, tendo por base a perspetiva transdiagnóstica das PCA; c) no grupo PCA, a relação entre as dimensões da IC Positiva e os fatores da EVA serão significativas e positivas em relação ao fator ansiedade, por outro lado, significativas e negativas em relação aos fatores conforto com proximidade e confiança nos outros. No que refere à DERS, as relações serão significativas e negativas, tanto na escala total como nos seus 6 fatores. Face à análise das três variáveis independentes na predição das duas dimensões da IC Positiva, não se estabelecem hipóteses, uma vez que o presente trabalho visa contribuir para a sua clarificação.

Estudo Empírico

2. Método

O presente estudo integra o projeto de investigação “A aceitação do corpo na doença: Estudo da imagem corporal positiva em diferentes condições clínicas”, levado a cabo no Centro de Investigação em Psicologia da Universidade do Porto (CPUP). Este projeto engloba várias amostras de participantes, diferenciados em função da sua tipologia clínica, porém, atendendo ao objetivo primordial deste estudo, apenas será tida em consideração a amostra com diagnóstico de PCA.

2.1 Participantes

O estudo incluiu dois grupos de participantes: grupo clínico e grupo não-clínico. O grupo clínico é constituído por 103 participantes do sexo feminino com diagnóstico de PCA (grupo PCA), com idades compreendidas entre os 16 e os 56 anos ($M = 27.70$; $DP = 1.03$). A amostra é considerada não-probabilística, pois o processo de amostragem foi efetuado por conveniência, em função dos participantes presentes na consulta de PCA agendada no Centro Hospitalar de São João. Este grupo teve como critérios de inclusão: a) ter diagnóstico de AN, BN, BED, outras PCA especificadas ou uma PCA não especificada, conforme os critérios definidos no DSM-5 (APA, 2013); b) ser do sexo feminino; c) apresentar idade igual ou superior a 16 anos; d) ter conhecimento do seu diagnóstico; e) ter um parecer positivo do seu médico assistente para participar no estudo; e f) ter uma acuidade visual normal e/ou corrigida para normal. Quanto aos critérios de exclusão, considerou-se: a) apresentar um défice cognitivo; b) estar grávida ou no período de seis meses pós-gravidez; c) possuir uma patologia oftalmológica significativa; d) apresentar disforia de género; e) demonstrar comportamentos de automutilação; e f) manifestar comorbilidade psiquiátrica severa que interfira na participação do estudo.

O grupo não-clínico foi recrutado com recurso ao método “bola-de-neve” e foi composto por 100 participantes do sexo feminino, saudáveis, sem histórico de PCA (critérios de inclusão), com idades compreendidas entre os 16 e os 50 anos ($M = 26.75$; $DP = .82$).

2.2. Materiais

Visual Analogue Scale (VAS). Esta escala permite avaliar a positividade interior do indivíduo, recorrendo a uma linha reta que varia entre 0 (“*nada positivo*”) e 10 (“*extremamente positivo*”), cujo extremo esquerdo da linha indica o nível mais baixo de positividade e o extremo direito da reta representa o nível máximo de positividade. É solicitado ao indivíduo que assinale o ponto nessa reta que melhor representa em que medida se considera uma pessoa positiva.

Body Acceptance by Others Scale (BAOS). A BAOS (Avalos & Tyla, 2006; versão portuguesa de Barbosa et al., 2018) avalia a aceitação do corpo pelos outros. Esta repercussão pode ser negativa, aumentando a necessidade de modificar o corpo, ou positiva, proporcionando respeito e autocuidado. A escala contém 10 *itens*, sendo cada resposta a esse item reportado numa escala de *Likert* de 5 pontos (1= *nunca*, 2= *raramente*, 3= *às vezes*, 4= *frequentemente* ou 5= *sempre*). Posteriormente é obtida a média das pontuações dos *itens*: *scores* mais elevados correspondem a maior perceção de aceitação por parte dos outros, enquanto *scores* mais baixos equivalem a menor perceção de aceitação por parte dos outros relativamente à forma e peso corporal (August-Horvath & Tylka, 2011). O estudo da versão original deste instrumento revelou uma boa consistência interna ($\alpha = .90$), bem como, bons indicadores de fidelidade teste-reteste e validade de construto (Avalos & Tylka, 2006). Na versão portuguesa, a consistência interna é muito boa ($\alpha = .94$), revelando validade convergente e discriminante (Barbosa et al., 2018). No presente estudo, o *alfa de Cronbach* foi de .82.

Adult Attachment Scale-R (EVA). A EVA (Canavarro, 1997; versão portuguesa da escala original de Collins & Read, 1990) pretende avaliar a vinculação do adulto, tendo por base a avaliação da perspetiva sobre o próprio *self* e o modelo que se possui do outro. A análise fatorial da EVA revelou a existência de 3 fatores: Segura, Ansiosa e Evitante, assemelhando-se à *Adult Attachment Scale* (ASSR; Collins & Read, 1990), com uma consistência interna das dimensões aceitável: α de .75, .72 e .69, respetivamente. Relativamente à adaptação para a população portuguesa, um estudo mais recente (Canavarro et al., 2006), vem reforçar as qualidades psicométricas reportadas por Canavarro (1997). Neste estudo a consistência interna na subescala Ansiedade ($\alpha = .84$) foi considerada adequada. Contudo, nas subescalas Conforto com a Proximidade ($\alpha = .67$) e Confiança nos outros ($\alpha = .54$) os valores situaram-se abaixo do esperado. Este estudo de validação

demonstrou apresentar bons indicadores de validade e fidelidade teste-reteste (Canavarro et al., 2006). A EVA é composta por 18 *itens* avaliados numa escala de *Likert* de 5 pontos que varia entre 1 = *nada característico em mim* e 5 = *Extremamente característico em mim*. Apresenta, portanto, uma estrutura fatorial de três fatores, contendo 6 *itens* cada, com uma terminologia que difere da AAS-R: Ansiedade, refere-se ao grau de ansiedade sentida pelo indivíduo, relacionada com questões interpessoais de medo, receio de abandono e de não ser amado; Conforto com proximidade, concerne ao grau com que o indivíduo consegue conceder proximidade, intimidade e sentir-se confortável nas suas relações; e, por último, Confiança nos outros, que remete para o grau de confiança que os indivíduos depositam nos outros e prontidão percebida por estes em circunstância de necessidade (Canavarro et al., 2006). Os resultados da escala correspondem à média das respostas assinaladas em cada dimensão (Canavarro et al., 2006). De ressaltar que, através de uma análise de *clusters*, tornou-se possível verificar que o conteúdo deste instrumento representa de forma satisfatória os estilos de vinculação na idade adulta, comumente retratados na literatura por Bartholomew e Horowitz (1991) e Hazan e Shaver (1987). No presente estudo, os 3 fatores apresentam os seguintes *alfa de Cronbach*: Ansiedade ($\alpha = .91$), Conforto com a Proximidade ($\alpha = .75$) e Confiança nos Outros ($\alpha = .53$). Este último valor, apesar de baixo assemelha-se ao encontrado no estudo da adaptação portuguesa

Difficulties of Emotional Regulation Scale (DERS). A DERS (Gratz & Roemer, 2004; versão portuguesa de Coutinho et al., 2010) avalia as dificuldades de RE clinicamente significativas. Mais especificamente, níveis de desregulação emocional em 6 domínios: 1) acesso limitado a estratégias de RE, 2) não-aceitação de emoções negativas, 3) falta de consciência emocional, 4) dificuldade em controlar o comportamento impulsivo assim que se experiencia emoções negativas, 5) incapacidade de envolvimento em comportamentos regidos por objetivos quando se experiencia emoções negativas e 6) ausência de clareza emocional (Coutinho et al., 2010). Este instrumento dispõe de 36 *itens*, respondidos de acordo com uma escala de *Likert* de 5 pontos que varia entre 1 = *quase nunca se aplica a mim* e 5 = *quase sempre se aplica a mim*. Os 6 domínios correspondem aos seguintes 6 fatores: 1- *estratégias*, 2- *não-aceitação*, 3- *consciência*, 4- *impulsos*, 5- *objetivos*, 6- *clareza*. De acordo com os resultados do estudo de Gratz e Roemer (2004), é possível verificar que a DERS é um instrumento que apresenta elevada consistência interna ($\alpha = .93$), boa fidelidade teste-reteste ($rs = .88$) e validade de construto e preditiva adequadas. Os resultados da versão portuguesa de Coutinho et al. (2010) também realçaram propriedades

psicométricas adequadas, especificamente, estrutura fatorial similar à medida original, boa fidelidade teste-retestes ($r_s = .82$), muito boa consistência interna ($\alpha = .92$) e boa validade externa. Neste estudo, os 6 fatores apresentam os seguintes *alfa de Cronbach*: Estratégias ($\alpha = .94$), Não-Aceitação ($\alpha = .94$), Consciência ($\alpha = .85$), Impulsos ($\alpha = .89$), Objetivos ($\alpha = .89$) e Clareza ($\alpha = .90$).

2.3. Procedimentos

O desenvolvimento do corrente estudo teve o parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Universitário de São João (Ref. CA-301/18), da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (Ref. 2018/12-6) e da Comissão de Proteção de Dados da Universidade do Porto (Ref. 4/2020).

A seleção dos participantes para o grupo clínico efetuou-se através das listagens de consulta do serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Universitário de São João, em articulação com as/os Psiquiatras ou Psicólogos Assistentes, que ao confirmarem um diagnóstico de PCA com base nos critérios do DSM-5 (APA, 2013), solicitavam a colaboração dos indivíduos a participar neste estudo. Sempre que havia disponibilidade por parte dos participantes, estes eram conduzidos até um gabinete cedido pelo centro hospitalar. Previamente à recolha de dados, eram explicados os objetivos do estudo, a total liberdade para desistir da participação em qualquer momento- sem interferir na assistência concedida pelo hospital- e a confidencialidade dos dados facultados pelos participantes, através da atribuição presencial de um código alfanumérico. Posteriormente, era solicitado o nome e assinatura referente ao consentimento informado, redigido segundo os princípios das Comissões de Ética. No caso de os participantes serem menores de idade, era pedida autorização e o consentimento dos pais, para que estes pudessem participar no estudo.

O recrutamento dos participantes para o grupo não-clínico realizou-se via *online*. Previamente ao preenchimento do questionário, através dos seus computadores particulares, foi apresentado um texto inicial no qual se encontravam descritos os objetivos do estudo, a duração e as questões éticas veiculadas pela Declaração de Helsínquia, nomeadamente, a participação voluntária, consentimento livre e informado, confidencialidade e possibilidade de interromper a sua participação a qualquer momento.

2.4. Análise de Dados

Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados e analisados com recurso ao IBM SPSS Statistics (Statistical Package for Social Sciences), versão 28.

Numa fase inicial foram realizadas análises preliminares e descritivas, de modo a verificar a existência de dados omissos, não se tendo verificado a ocorrência dos mesmos. O pressuposto da normalidade foi explorado nas variáveis em estudo, recorrendo-se ao teste *Kolmogorov-Smirnov* (KS; com significância de *Lilliefors Correction*) e à análise dos valores absolutos de assimetria e curtose da distribuição, cujo critério considerado para estes últimos foram $|sk| < 3$ e $|ku| < 8$ (Kline, 2016). Assim, confirmou-se a normalidade da distribuição para a generalidade das variáveis, tanto na amostra total, como no grupo PCA e no grupo não-clínico. A exceção verificou-se na variável BAOS, no grupo clínico, que revelou um enviesamento extremamente positivo ao nível da curtose e assimetria. Deste modo, optou-se pela transformação logarítmica ($\log_{10}$) desta variável, com vista a atingir uma distribuição aproximadamente normal (Tabachnick & Fidell, 2014). Assim, passou a revelar valores aceitáveis de assimetria e curtose: BAOS ($sk = 1.03$, $ku = 5.65$).

Na análise de dados, efetuaram-se Testes *t* de *Student* para amostras independentes, com a finalidade de comparar o grupo de PCA e o grupo não-clínico, quanto às duas dimensões da IC Positiva, vinculação e dificuldades de RE. De acordo com Cohen (1988) para mensurar a magnitude do efeito das diferenças deve analisar-se o valor de *g* de *Hedges*, pois o *n* é diferente nas duas amostras. Para isso, teve-se em consideração as seguintes diretrizes: $|g| \leq .20$, interpretado como um efeito pequeno, $|g| = .50$, interpretado como um efeito moderado e $|g| \geq .80$, interpretado como efeito grande.

Para comparar dois grupos de participantes (AN-B/BN/BED vs. AN-R), no que concerne às duas variáveis da IC Positiva em estudo, também, se utilizou o teste *t* de *Student* para amostras independentes.

Para explorar a relação entre as dimensões da IC Positiva, vinculação e dificuldades de RE nas PCA, recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de *Pearson* (*r*), utilizando-se para a interpretação destas associações algumas diretrizes. Segundo Cohen (1988), o valor de $r = .10$ a $.29$, é interpretado como correlação fraca, $r = .30$ a $.49$, é interpretado como correlação moderada e $r = .50$ a 1.0 é interpretado como correlação forte.

Por fim, com a finalidade de estudar a contribuição das dimensões da vinculação e dificuldades de RE na predição da IC Positiva, realizaram-se Regressões Lineares Múltiplas. A escolha das dimensões (variáveis independentes/preditores) efetuou-se com base nas

correlações obtidas com a respectiva faceta de IC Positiva (variável dependente), utilizando-se como critério ($r \geq 30$; Tabachnick & Fidell, 2014). Em todas as análises realizadas considerou-se o nível de significância de $p < .05$, além de terem sido verificados os pressupostos para todos os testes estatísticos utilizados.

Resultados

3. Caracterização dos Grupos e Análises Preliminares

O grupo clínico foi constituído por 103 indivíduos com diferentes tipos de PCA, dos quais 64 participantes (62.1 %) tinham diagnóstico de AN-R, 9 (8.7 %) de AN-B, 20 (19.4 %) de BN, 8 (7.8 %) de BED, 1 (1.0 %) de PCA especificada e 1 (1.0 %) de PCA não-especificada. Todos os participantes eram do sexo feminino e tinham idades compreendidas entre os 16 e 56 anos ($M = 27.70$; $DP = 1,03$). No que diz respeito ao IMC a média foi de 18.43 kg/m^2 ($DP = 0.53$), com uma amplitude que oscilou entre 12.19 kg/m^2 e 44.96 kg/m^2 .

No que concerne à duração da doença verificou-se que haviam participantes que ainda se encontravam numa fase inicial do tratamento PCA e outras que já tinham sido diagnosticadas há 504 meses, sendo a média desta variável 64.21 meses ($DP = 8.99$).

Relativamente ao grupo não-clínico, a amostra foi constituída por participantes com idades entre os 16 e 50 anos ($M = 26.75$; $DP = 0.82$), do sexo feminino e sem historial atual ou anterior de PCA. Este grupo apresentou um IMC médio de 21.42 ($DP = 0.20$), sendo o valor mínimo 18.03 kg/m^2 e o máximo 24.44 kg/m^2 .

3.1. Análise comparativa entre o grupo PCA e o grupo não-clínico relativamente às duas dimensões da ICP, Vinculação e Dificuldades de RE

Os resultados dos Testes t apresentados na Tabela 1 revelam que em todas as variáveis há uma diferença estatisticamente significativa ($p < .05$) entre os grupos. Comparativamente com o grupo não-clínico, verifica-se que o grupo PCA apresenta valores mais elevados de Ansiedade e Dificuldades de RE, e menos elevados de Positividade Interior, Aceitação do Corpo pelos Outros, Conforto com Proximidade e Confiança nos Outros. As diferenças com maior magnitude observam-se nas variáveis da Positividade Interior, Ansiedade e Dificuldades de RE.

Tabela 1

Diferenças entre o grupo PCA e o grupo não-clínico relativamente à Positividade Interior, Aceitação do Corpo pelos Outros, Vinculação e Dificuldades de RE

	PCA (<i>n</i> = 103) <i>M</i> (<i>DP</i>)	Não-clínico (<i>n</i> = 100) <i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>t</i>	<i>p</i> *	<i>g</i> de Hedges
VAS	3.85 (2.42)	7.15 (1.62)	-11.44	< . .001	2.07
BAOS	0.46 (0.21)	0.60 (0.07)	-6.73	< . .001	0.16
EVA					
Ansiedade	3.52 (0.92)	2.71 (0.88)	6.40	< . .001	0.90
Conforto proximidade	3.18 (0.74)	3.45 (0.61)	-2.84	.005	0.68
Confiança nos outros	2.78 (0.65)	3.14 (0.51)	-4.32	< . .001	0.59
DERS Total	116.12 (27.85)	79.20 (21.04)	10.48	< . .001	24.72
Estratégias	3.28 (0.98)	2.06 (0.81)	9.70	< . .001	0.90
Não-aceitação	3.37 (1.15)	2.07 (.85)	9.20	< . .001	1.02
Consciência	3.21 (0.79)	2.38 (0.77)	7.62	< . .001	0.78
Impulsos	2.83 (1.03)	1.97 (0.76)	6.76	< . .001	0.91
Objetivos	3.59 (0.95)	2.81 (0.94)	5.87	< . .001	0.95
Clareza	3.09 (0.98)	2.05 (0.69)	8.77	< . .001	0.85

Nota. VAS - Visual Analogue Scale; BAOS - Body Acceptance by Others Scale; EVA - Adult Attachment Scale; DERS - Difficulties of Emotional Regulation Scale.

* Os valores de *p* com significância estatística encontram-se a negrito

3.2. Análise comparativa entre as Tipologias de Comportamento Alimentar, relativamente às duas dimensões da IC Positiva, Vinculação e Dificuldades de RE

Na Tabela 2, podem-se observar os resultados obtidos nos Testes *t* para amostras independentes, nos quais se compara o grupo de indivíduos com comportamentos de compulsão alimentar e/ou purgativos e os participantes que não demonstram este tipo de comportamentos (AN-B/BN/BED vs. AN-R). Os resultados indicam que, apesar das

diferenças entre os grupos não terem tido significância estatística ($p \geq .05$), a magnitude das diferenças é elevada na Positividade Interior, Ansiedade e Dificuldades de RE.

Tabela 2

*Diferenças entre o Tipo de Comportamento Alimentar, relativamente à Positividade Interior
Aceitação do Corpo pelos Outros, Vinculação e Dificuldades de RE*

	AN-B/BN/BED (<i>n</i> = 37) <i>M</i> (<i>DP</i>)	AN-R (<i>n</i> = 64) <i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>t</i>	<i>p</i> **	<i>g</i> de Hedges
VAS	3.62 (2.41)	3.97 (2.43)	-0.69	.49	2.44*
BAOS	0.50 (0.21)	0.43 (0.21)	1.52	.13	0.21
EVA					
Ansiedade	3.55 (0.90)	3.49 (0.94)	0.33	.74	0.93*
Conforto proximidade	3.10 (0.76)	3.23 (0.72)	-0.83	.41	0.74
Confiança nos outros	2.64 (0.72)	2.85 (0.60)	-1.56	.12	0.65
DERS Total	118.39 (24.96)	115.68 (29.05)	0.46	.65	27.94*
Estratégias	3.37 (0.81)	3.23 (1.04)	-0.20	.84	0.98
Não-aceitação	3.24 (1.21)	3.48 (1.11)	-1.00	.32	1.15
Consciência	3.20 (0.79)	3.23 (0.78)	-0.20	.84	0.79
Impulsos	3.01 (0.98)	2.73 (1.04)	1.29	.20	1.03
Objetivos	3.63 (0.88)	3.61 (0.97)	0.10	.92	0.94
Clareza	3.06 (1.06)	3.13 (0.91)	0.33	.74	0.98

Nota. VAS - Visual Analogue Scale; BAOS - Body Acceptance by Others Scale; EVA - Adult Attachment Scale; DERS - Difficulties of Emotional Regulation Scale AN-B - Anorexia Nervosa Tipo Bulímico; BN - Bulimia Nervosa; BED - Ingestão Alimentar Compulsiva ou *Binge Eating*; AN-R - Anorexia Nervosa Tipo Restritivo.

*Valores com magnitude do efeito elevados $|g| \geq .80$

** Os valores de *p* com significância estatística encontram-se a negrito.

3.3. Papel preditivo da Vinculação, Dificuldades de RE e Presença de Compulsão Alimentar e/ou Purgação nas dimensões da IC Positiva

Na Tabela 3, encontram-se os resultados das correlações obtidas entre as variáveis em estudo no grupo PCA. Os resultados indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < .001$) entre todas as variáveis, exeto entre a BAOS e o Conforto com a Proximidade ($p = .16$). As correlações mais fracas foram verificadas entre a BAOS, os três fatores da EVA, fator Impulsos e Objetivos da DERS ($.10 < r < .23$).

Tabela 3

Correlações (r) entre as duas dimensões da IC Positiva em estudo, Vinculação e Dificuldades de RE no grupo PCA.

	VAS	BAOS
EVA		
Ansiedade	-.49**	-.22**
Conforto proximidade	.38**	.10
Confiança nos outros	.39**	.23**
DERS Total	-.61**	-.33**
Estratégias	-.64**	-.29**
Não-aceitação	-.47**	-.31**
Consciência	-.52**	-.31**
Impulsos	-.40**	-.20**
Objetivos	-.42**	-.20**
Clareza	-.52**	-.31**

Nota. VAS - Visual Analogue Scale; BAOS - Body Acceptance by Others Scale; EVA- Adult Attachment Scale; DERS - Difficulties of Emotional Regulation Scale.

* $p < .05$

** $p < .001$

Na Tabela 4, apresentam-se os resultados obtidos nos dois Modelos de Regressão Linear Múltipla, considerando como variável dependente as duas dimensões da IC Positiva (Positividade Interior e Aceitação do Corpo pelos Outros). A seleção das variáveis independentes (Vinculação e Dificuldades de RE) a integrar em cada modelo foi efetuada com base nas correlações obtidas ($r \geq .30$; Tabachnick & Fidell, 2014) com a respetiva faceta da IC Positiva (cf. Tabela 4), com acrescento da Presença de Compulsão Alimentar e/ou Purgação como variável independente.

No modelo 1, embora no seu conjunto, a Ansiedade, Conforto com Proximidade, Confiança nos Outros, DERS total e *Binge vs. Não-Binge* expliquem cerca de 15% da variância nos níveis de Positividade Interior, $F(5,89) = 4.40$, $p < .001$, $R^2 = 0.20$, R^2 ajustado = 0.15, individualmente cada uma destas dimensões da vinculação, dificuldades de RE e *Binge vs. Não-Binge*, não predizem significativamente a Positividade Interior.

No modelo 2, a DERS total e o *Binge vs. Não-Binge* $F(2,92) = 1.40$, $p = .25$, $R^2 = 0.03$, R^2 ajustado = 0.01 explicam uma percentagem muito baixa dos níveis de Aceitação do Corpo pelos Outros.

Tabela 4

Modelos de Regressão Linear Múltipla na Predição da IC Positiva em função das dimensões Vinculação, Dificuldades de RE e Presença de Compulsão Alimentar e/ou Purgação

	<i>Outcome</i>	Preditores	<i>B</i>	<i>DP</i>	β	95% IC
Modelo 1	VAS	Ansiedade	-0.02	0.01	-0.20	[-0.31, 8.73]
		Conforto proximidade	-0.37	0.28	-0.14	[-0.04, 0.00]
		Confiança nos outros	0.57	0.39	0.17	[-0.92, 0.17]
		DERS total	0.30	0.44	0.08	[-0.58, 1.18]
		<i>Binge vs. Não-Binge</i>	0.24	0.49	0.05	[-0.74, 1.21]
Modelo 2	BAOS	DERS total	-0.01	0.01	-0.08	[-0.02, 0.01]
		<i>Binge vs. Não-Binge</i>	-0.07	0.04	-0.15	[-0.15, 0.02]

Nota. VAS - Visual Analogue Scale; BAOS - Body Acceptance by Others Scale; DERS - Difficulties of Emotional Regulation Scale; *Binge vs. Não-Binge* - envolvimento ou não em comportamentos de compulsão alimentar e/ou purgação.

* $p < .05$

** $p < .001$

Discussão

Este estudo permitiu adquirir uma conceptualização mais abrangente da experiência da IC, mais especificamente, do conceito da IC Positiva, designado como um construto independente e multifacetado, cujo conhecimento mais detalhado acerca das suas facetas, além da apreciação corporal é, ainda, bastante parco. Desta forma, pretendeu-se refletir sobre outras dimensões do constructo, em concreto, a Positividade Interior e Aceitação do Corpo pelos Outros, de forma a compreender o papel que a IC Positiva pode desempenhar no curso e tratamento das PCA. Por outro lado, pretendeu-se verificar se as Dificuldades de RE e a Vinculação são variáveis relevantes na expressão da doença.

Em conformidade com as hipóteses levantadas, verificou-se que os resultados obtidos corroboram a primeira hipótese, isto é, o grupo PCA apresentou níveis mais baixos nas dimensões da IC Positiva. Na Vinculação, o grupo PCA apresentou níveis mais elevados no fator Ansiedade e níveis mais baixos de Conforto com Proximidade e Confiança nos Outros, quando comparado com o grupo não-clínico. Relativamente às Dificuldades de RE, os participantes com PCA apresentaram pontuações médias mais elevadas tanto na escala total como em todos os seis fatores desta.

Como já mencionado em capítulos anteriores, do ponto de vista teórico, a IC Positiva é considerada um fator protetor ao desenvolvimento das PCA (Wood-Barcalow et al., 2010), sendo expectável, a obtenção de resultados superiores no grupo Não-Clínico nas duas dimensões da IC Positiva em análise. Isto verifica-se, porque a Positividade Interior permite que qualidades interiores, tais como o otimismo e felicidade influenciem o comportamento exterior ao nível de confiança, segurança e autorrespeito (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a). De certo modo, possibilita que os indivíduos sejam orientados para a realização de comportamentos de autocuidado, tais como participar em atividades que conferem prazer e desafio, ter uma alimentação mais flexível ou fazer uso de cuidados preventivos (Wood-Barcalow et al., 2010). Além disso, uma disposição interna positiva pode, também, ser responsável por uma maior perceção de atratividade (Holmqvist & Frisén, 2012). Por outro lado, a Aceitação Incondicional dos Outros facilita que os indivíduos se sintam amados e valorizados pelas suas qualidades autênticas não contingentes com a aparência (Tylka, 2011). Assim sendo, parece haver uma maior tendência para que se preocupem menos com a aparência exterior e se centrem mais nas suas qualidades interiores ou no modo como o seu próprio corpo se sente e funciona (Avalos & Tylka, 2006). O facto dos indivíduos

ignorarem a pressão sociocultural para a atratividade, o reforço de padrões de aparência da sociedade, tais como a internalização do ideal magro ou o não estar dependente de elogios de terceiros, faz com que a IC Positiva se possa tornar devidamente protegida, tal como defende Wood-Barcalow et al. (2010). A proteção da IC Positiva pode justificar-se pela existência de relações sociais positivas e seguras que propiciam uma maior aceitação do próprio corpo e maior investimento em comportamentos saudáveis (Gilbert et al., 2008; Pinto et al., 2017).

Em relação à Vinculação, os resultados obtidos foram de encontro ao que foi sendo mencionado na literatura, mais especificamente, o facto dos indivíduos com um padrão evitante e ansioso-ambivalente possuírem maior tendência para sentir preocupações acrescidas com a interação social e as relações interpessoais (Aminto et al., 2017), dado que parecem apresentar maior vulnerabilidade às influências externas. Deste modo, parecem construir a IC, tendo por base a aceitação corporal por parte dos outros (Frederick et al., 2016), não sentindo Conforto com Proximidade, Confiança nos Outros e apresentando níveis elevados de Ansiedade. Assim sendo, revela-se consensual que, dentro do espectro inseguro, os três fatores da EVA parecem revelar-se fatores de vulnerabilidade ao aparecimento e manutenção de PCA (Amianato et al., 2017; Cortés-García et al., 2019; Grenon et al., 2016).

No que concerne às Dificuldades de RE, as revisões sistemáticas têm concluído que os indivíduos com PCA têm feito menor uso de estratégias de RE (Levender et al., 2015; Oldershaw et al., 2015) quando comparados com indivíduos saudáveis (Christensen & Haynos, 2020; Ferreira et al., 2011), o que vai de encontro aos dados obtidos no presente estudo, que confirmam que o grupo PCA apresenta 1) acesso limitado a estratégias de regulação emocional, 2) dificuldade em aceitar emoções negativas, 3) falta de consciência emocional, 4) dificuldade em controlar impulsos assim que experienciam emoções negativas, 5) incapacidade de se envolver em comportamentos regidos por objetivos, quando experienciam emoções negativas e 6) ausência de clareza emocional. De acordo com diferentes autores, indivíduos com PCA, apresentam dificuldade em utilizar estratégias de *coping* consideradas adaptativas para regular as suas emoções mais difíceis, recorrendo essencialmente à supressão e repressão emocional, evitamento, ruminação (Levender et al., 2015) ou comportamentos alimentares considerados disfuncionais (e.g., comportamentos de ingestão compulsiva) com intuito de aliviar ou atenuar o afeto negativo (Dingemans et al., 2017). Tendo por base os resultados obtidos, verificou-se que, contrariamente, ao que foi defendido por Laporta-Herreto et al. (2020), existiram diferenças significativas entre os padrões de vinculação e RE do grupo PCA e do grupo não-clínico.

A hipótese formulada face à comparação entre indivíduos com e sem comportamentos de compulsão alimentar e/ou purgação (AN-B/BN/BED vs. AN-R) nas várias dimensões em análise foi, também, corroborada. Os resultados obtidos demonstraram que não existiram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de Positividade Interior, Aceitação do Corpo pelos Outros, Ansiedade, Proximidade com os Outros, Confiança nos Outros e dificuldades de RE entre os grupos.

O facto dos resultados indicarem que os grupos não apresentam significância estatística, dão suporte à perspetiva transdiagnóstica das PCA. Esta defende que o foco nas perturbações alimentares não está no que as distingue mas no que as assemelha, pois as características nucleares, a gravidade e as manifestações destas perturbações parecem ser as mesmas (Fairburn et al., 2003). Assim sendo, as linhas de investigação que defendiam que os vários perfis variavam em função da ocorrência ou não de comportamentos de compulsão alimentar e/ou purgativos não se confirmam. Contudo, é importante ressaltar que a magnitude das diferenças se encontrou mais elevada na Positividade Interior, Ansiedade e Dificuldades de RE. O facto de se ter encontrado uma maior magnitude das diferenças nestas três variáveis, significa que poderá existir uma certa tendência para que a presença de Comportamentos de Compulsão Alimentar e/ou Purgação possam estar associados a menores níveis de Positividade Interior, maiores níveis de Ansiedade e à existência de dificuldades de RE nestes indivíduos. Tal poderá fazer sentido, uma vez que a literatura indica que a presença de Compulsão Alimentar e/ou Purgação tem frequentemente uma vertente emocional, surgindo como uma estratégia de RE perante as dificuldades de regular as emoções de forma adaptativa (Cardoso et al., 2020; Dingemans et al., 2017). Por outro lado, indivíduos com Vinculação ansiosa-ambivalente tendem a sentir níveis mais elevados de ansiedade ou *distress* (Amianto et al., 2017), pelo que podem recorrer à Ingestão Alimentar Compulsiva para regular emoções. Uma vez que estes episódios despoletam sentimentos de culpa e vergonha (Egan et al., 2021), podem afetar a disposição interior destes indivíduos, diminuindo a Positividade Interior.

Quanto às associações, os resultados sugerem que as duas facetas da IC Positiva em estudo se correlacionaram de forma diferente com as dimensões da Vinculação e Dificuldades de RE. Estes resultados sugeriram que as variáveis que traduzem um padrão de vinculação seguro (e.g., Conforto com Proximidade e Confiança nos Outros), se associaram positivamente com as dimensões da IC Positiva - a VAS e BAOS. Contudo é de ressaltar que a relação do Conforto com a Proximidade e a BAOS é bastante fraca. Contrariamente, o fator que traduz padrões de vinculação evitante e ansioso-ambivalente (e.g., Ansiedade)

associaram-se negativamente com a VAS e BAOS. Estes resultados são consistentes com a literatura, pois estes indivíduos têm tendência para a insatisfação, baixa apreciação, distorção corporal (Frederick et al., 2016), pelo que a disposição interior positiva é inexistente. Acrescidamente apresentam maior vulnerabilidade às influências externas, construindo a IC, tendo por base a aceitação corporal por parte dos outros (Frederick et al., 2016), estando, mais suscetíveis à internalização de mensagens veiculadas pelos *media*, inerentes aos ideais e padrões de beleza vigentes na sociedade (Amianto et al., 2017). Já as dificuldades de RE são, segundo a literatura, uma característica transdiagnóstica a todo o espectro das PCA (Dingemans et al., 2017; Oldershaw et al., 2015). Depois de analisar os resultados obtidos tornou-se possível verificar que as Dificuldades ao nível da RE encontram-se negativamente correlacionadas com a VAS e BAOS. Isto significa que quanto maiores as dificuldades de RE, menores serão os níveis de Positividade Interior e Aceitação do Corpo pelos Outros, ou seja, menor é a tendência para desenvolver uma IC Positiva.

Ao serem realizados modelos de regressão linear múltipla com o objetivo de aferir o papel preditivo da Vinculação, Dificuldades de RE e Presença de Compulsão Alimentar e/ou Purgação nas dimensões da IC Positiva em estudo, acabou por se comprovar que o efeito conjunto dos fatores da Vinculação, Dificuldades de RE e Presença de Compulsão Alimentar e/ou Purgação explicam 15% a variância da Positividade Interior no grupo PCA, enquanto as Dificuldades de RE e a Presença de Compulsão Alimentar e/ou Purgação explicam apenas 1% a variância de Aceitação do Corpo pelos Outros. Assim sendo, pode concluir-se que ainda que a Vinculação, Dificuldades de RE e Presença de Comportamentos de Compulsão Alimentar e/ou Purgação possam contribuir para a variabilidade da IC Positiva (em particular a VAS), o seu peso é relativamente pequeno. Seria importante, em futuros estudos considerarem outras variáveis que pudessem ter um peso mais elevado (e.g., características da personalidade, duração da doença, IMC, toma de medicação psicotrópica).

Em suma, no que diz respeito à Vinculação, existem três principais padrões (seguro, evitante e ansioso-ambivalente) que se encontram intimamente associados a uma determinada gama específica de expectativas, emoções e comportamentos que variam consoante o reconhecimento e senso de valor interno de cada indivíduo (Mikulincer & Shaver, 2015, 2016). Deste modo, os diferentes padrões de vinculação e a qualidade das relações interatuam na forma como os indivíduos regulam, não só as suas emoções (Han & Kahn, 2017) como também influenciam a construção do *self* corporal (Laporta-Herrero et al., 2020). Tendo em consideração os resultados obtidos no presente estudo, verificou-se que dependendo do estilo de vinculação em questão, a Positividade Interior pode ser maior ou

menor. Maior para padrões seguros e menor para padrões de espectro mais ansioso. No que concerne às Dificuldades de RE, concluiu-se que estas são consistentes com níveis menos elevados de Positividade Interior e maior uso de estratégias de *coping* desadaptativas. Face aos Comportamentos de Compulsão Alimentar e/ou Purgação, verificou-se que podem existir níveis inferiores de Positividade Interior e níveis superiores de Ansiedade e Dificuldades de RE, aquando da sua presença, ainda que não tenham existido diferenças estatísticas de relevo. Para concluir, tornou-se possível compreender que foi o conjunto dos três preditores em análise, capaz de explicar a variância da faceta Positividade Interior. Já os preditores das Dificuldades de RE e Presença de Compulsão Alimentar e/ou Purgação, explicaram muito pouco a variância da faceta da Aceitação do Corpo pelos Outros. De certo modo, isto pode ser justificado pelo facto de não se terem aferido diferenças entre os vários diagnósticos e da relação entre os fatores das Dificuldades de RE e a dimensão da Aceitação do Corpo por parte dos Outros, apesar de significativas, apresentarem uma correlação de magnitude tendencialmente fraca.

Os resultados do presente estudo sugerem que a IC Positiva tem implicações importantes para a prática clínica e psicológica, pois parece apresentar potencial na prevenção e tratamento das PCA. Em raparigas adolescentes com níveis elevados de insatisfação corporal, devido ao confronto constante com mensagens mediáticas que enfatizam um padrão de beleza magro e frequentemente inalcançável e que contribuem para o desenvolvimento de comportamentos alimentares desadaptados, seria fundamental promover a Positividade Interior, através de estratégias interventivas. Para promover a Aceitação do Corpo pelos Outros, a psicoeducação, seria uma ferramenta crucial a usar, tendo como principal objetivo aumentar a consciência dos familiares, amigos, cônjuges, parceiros amorosos de pessoas com PCA quanto à importância de mostrar uma atitude de aceitação e não julgamento em relação à aparência física (e.g., tamanho e formas corporais).

Apesar dos resultados ajudarem a clarificar a relação da IC Positiva com variáveis relevantes no âmbito das PCA, é necessário considerar algumas das limitações no estudo. Em primeiro lugar, é necessário ter em conta que a dimensão amostral do grupo de indivíduos com e sem comportamentos de compulsão alimentar (AN-B/BN/BED vs. AN-R) se encontra desequilibrada, não permitindo uma comparação entre diagnósticos, o que teria sido importante para investigar de forma mais robusta a perspetiva transdiagnóstica que se encontra em discussão, atualmente, na comunidade científica. Assim sendo, considera-se que a inclusão de uma maior variedade de diagnósticos com comportamentos de compulsão alimentar e/ou purgativos poderiam influenciar os resultados obtidos, encontrando-se

diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, o que não foi o caso. Em segundo, seria desejável que a amostra fosse mais diversificada relativamente ao género dos indivíduos, podendo incluir-se indivíduos do sexo masculino, de modo a tornar-se possível aferir a existência de diferenças existentes ao nível da IC, em função do sexo.

Enquanto sugestão para futuras investigações dentro da temática, considera-se pertinente a realização de análises comparativas entre géneros, pois segundo alguns autores, a IC dos indivíduos pode diferenciar-se devido aos papéis de género e os padrões de aparência presentes na nossa sociedade (Chisuwa & O'Dea, 2010; Halliwell, 2015). No entanto, optou-se por seleccionar como fator de inclusão o sexo feminino, dado que a literatura apontava para uma maior prevalência de indivíduos do sexo feminino com transtornos de cariz alimentar (Halliwell, 2015; Tiggeman, 2015). Tal, também, se reflete na realidade hospitalar, havendo muito poucos rapazes em acompanhamento. Por fim, considera-se importante a realização de estudos de carácter longitudinal para analisar se a relação da IC com a vinculação e as dificuldades de RE se altera ao longo do tempo e em função da recuperação da doença. Além disso, seria, ainda, enriquecedor o desenvolvimento de programas de promoção da IC Positiva como forma de prevenção das PCA.

Conclusão

O presente estudo permitiu adquirir uma conceptualização mais ampla acerca da forma como a Vinculação e as Dificuldades de RE são variáveis relevantes na expressão das PCA. Tendo em consideração que a investigação empírica acerca da relação destas variáveis com a IC Positiva é, ainda, bastante escassa, o presente estudo, pretendeu analisar as duas dimensões da IC Positiva pouco estudadas - a Positividade Interior e Aceitação do Corpo pelos Outros -, analisando o efeito da presença da Ingestão Alimentar Compulsiva e/ou Purgação.

Os dados obtidos sugerem que os indivíduos com PCA divergem nos padrões de Vinculação e na RE, por referência aos indivíduos saudáveis. Um olhar mais atento, permite afirmar que no contexto das PCA, a Positividade Interior, a Vinculação de espectro mais ansioso e as Dificuldades de RE são as dimensões onde as diferenças se revelam mais salientes, ou seja, apresentaram níveis inferiores de pontuação em cada um destes indicadores, comparativamente aos indivíduos saudáveis.

Adicionalmente, apesar do desequilíbrio entre diagnósticos, tornou-se possível comprovar que as várias tipologias de comportamento alimentar (AN, BN, BED) não variaram em função da ocorrência ou não de Comportamentos de Compulsão Alimentar e/ou Purgativos, indo, de certa forma, ao encontro da Teoria Transdiagnóstica das PCA. Ainda assim, verificou-se que a magnitude das diferenças é mais elevada na Positividade Interior, Ansiedade e as Dificuldades de RE. Contudo, uma vez que a dimensão amostral não é a desejável, os dados ficam impedidos de ser generalizados à população com PCA.

Comprovou-se, por fim, que no grupo PCA há um efeito conjunto dos fatores da Vinculação, Dificuldades de RE e Presença de Compulsão Alimentar e/ou Purgação na Positividade Interior, enquanto as Dificuldades de RE e a Presença de Compulsão Alimentar e/ou Purgação têm um efeito muito baixo na Aceitação do Corpo pelos Outros. Em suma, pode concluir-se que apesar das duas dimensões da IC Positiva se correlacionarem com a EVA e DERS, esta última não é determinante para explicar a sua variação.

Globalmente, os resultados do estudo demonstraram-se relevantes no âmbito clínico e psicológico, a nível prático e teórico, pois aferiram-se hipóteses que podem tornar a intervenção das PCA mais eficaz, através da realização de programas de promoção e consciencialização de familiares, amigos, cônjuges, parceiros amorosos quanto à pertinência e importância da existência de Positividade Interior e Aceitação do Corpo pelos Outros na

vida dos pacientes. Outro aspeto que pode ser considerado central, passa por intervir com pacientes com PCA, dotando-os de competências interpessoais para que possam estabelecer padrões de Vinculação mais seguros e fazer uso de competências e estratégias de *coping* de RE mais adaptativas, pois irá promover uma maior IC Positiva e prevenir o surgimento de PCA.

Deste modo é esperado que as conclusões deste estudo possam ser vistas como linhas orientadoras para a intervenção no âmbito das PCA, mais concretamente, centrar a intervenção no aumento da IC Positiva e não na redução dos sintomas e aspetos negativos da IC. Apesar dos avanços verificados ao longo das décadas, ainda existem muitas temáticas inerentes à IC Positiva por explorar (e.g., outros fatores protetores da IC Positiva, tais como o efeito da prática de exercícios de consciencialização corporal, como o yoga).

Para concluir, apela-se à comunidade científica que continue a investir no estudo e análise dos determinantes e principais preditores da IC Positiva, tendo por base tudo o que já foi referido anteriormente, inclusive, o facto do conceito conceber-se como promotor e protetor da saúde física e psicológica, com influência na qualidade de vida e bem-estar psicossocial dos indivíduos.

Referências Bibliográficas

- Ahrberg, M., Trojca, D., Nasrawi, N., & Vocks, S. (2011). Body Image Disturbance in Binge Eating Disorder: A Review. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 375-381. <https://doi.org/10.1002/erv.1100>
- Ainsworth, M. D. S. (1991). Attachment and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkers, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp.33-51). Routledge.
- Alleva, J. M., & Tylka, T. L. (2021). Body functionality: A review of the literature. *Body Image*, 36, 149-171. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.11.006>
- Alleva, J. M., Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2017). The Functionality Appreciation Scale (FAS): Development and psychometric evaluation in U.S. community women and men. *Body image*, 23, 28–44. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.07.008>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Amianto, F., Martini, M., Spalatro, A., Abbate Daga, G., & Fassino, S. (2017). Body image development within the family: Attachment dynamics and parental attitudes in cross-sectional and longitudinal studies. *Acta Psychopathologica*, 3(4). <https://doi.org/10.4172/2469-6676.100122>
- Andrew, R., Tiggeman, M., & Clark, L. (2015). The protective role of body appreciation against media-induced body dissatisfaction. *Body Image*, 15, 98-104. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.07.005>
- Augustus-Horvath, C. L., & Tylka, T. L. (2011). The acceptance model of intuitive eating: A comparison of women in emerging adulthood, early adulthood, and middle adulthood. *Journal of Conseling Psychology*, 58(1), 110-125. <https://doi.org/10.1037/a0022129>
- Avalos, L. C., & Tylka, T. (2006). Exploring a model of intuitive eating with college women. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 486-497. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.4.486>
- Avalos, L., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2(3), 285–297. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002>

- Baceviciene, M., & Jankauskiene, R. (2020). Associations between Body Appreciation and Disordered Eating in a Large Sample of Adolescents. *Nutrients*, 12(3), Article 752. <https://doi.org/10.3390/nu12030752>
- Barbosa, R., Vieira, M. F., Brandão, P. M., Meneses, L., Fernandes, R., & Torres, S. (2018). *Measurement of positive body image's facets: Psychometric properties of the BESSA and BAOS in Portuguese adolescents and adults*. Poster session presented at the Appearance Matters 8 Conference, 12-14 June, Bath, UK.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment style among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation: Anxiety and anger* (Vol. 2). Basic Books.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and Psychopathology in the light of attachment theory. *The British Journal of Psychiatry*, 130(3), 201-210. <https://doi.org/10.1192/bjp.130.3.201>
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive psychiatry*, 55(3), 565-571. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.001>
- Brooks, S., Prince, A., Stahl, D., Campbell, I. C., & Treasure, J. (2011). A systematic review and meta-analysis of cognitive bias to food stimuli in people with disordered eating behaviour. *Clinical psychology review*, 31(1), 37-51. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.006>
- Canavarro, M. C. (1997). *Relações afectivas ao longo do ciclo de vida e saúde mental*. [Dissertação de doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da educação da Universidade de Coimbra]. Repositório científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/980>
- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 155-186. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v20i1.381>
- Cardoso, A., Oliveira, S., & Ferreira, C. (2020). Negative and positive affect and disordered eating: The adaptive role of intuitive eating and body image flexibility. *Clinical Psychologist*, 24(2), 176-185. <https://doi.org/10.1111/cp.12224>

- Cash, T.F. (2004). Body image: past, presente, and future. *Body Image*, 1(1), 1-5. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00011-1](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00011-1)
- Cash, T. F. (2011). Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. In T. F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (2nd ed., pp. 39-47). Guilford Press.
- Cash, T. F., & Smolak, L. (2011). Understanding body images: Historical and contemporary perspectives. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (2nd ed., pp. 3-11). Guilford Press.
- Cheng, H., & Mallinckrodt, B. (2009). Parental bonds, anxious attachment, media internalization, and body dissatisfaction: Exploring a mediation model. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 365-375. <https://doi.org/10.1037/a0015067>
- Chisuwa, N., & O'Dea, J. A. (2010). Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents. A review of the literature. *Appetite*, 54(1), 5-15. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.11.008>
- Christensen, K. A., & Haynos, A. F. (2020). A theoretical review of interpersonal emotion regulation in eating disorders: enhancing knowledge by bridging interpersonal and affective dysfunction. *Journal of Eating Disorders*, 8(21), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00298-0>
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral* (2nd ed). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cook-Cottone, C. P. (2015). Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care. *Body image*, 14, 158–167. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.004>
- Collins, N., & Read, S. (1990). Adult attachment relationships, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>
- Cortés-García, L., Takkouche, B., Seoane, G., & Senra, C. (2009). Mediators linking insecure attachment to eating symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 14(3), 1-27. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213099>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(4), 145-151. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>

- Danner, U. N., Sternheim, L., & Evers, C. (2014). The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub)types when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry Research*, 215(3), 727-732. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.005>
- Dingemans, A., Danner, U., & Parks, M. (2017). Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A review. *Nutrients*, 9 (1274), 1-11. <https://doi.org/10.3390/nu9111274>
- Egan, S. J., Hessing, B. H., Hoiles, K. J., Shu, C., Jones, E.J., O'Brien, A., Morgan-Lowes, K. L., McCormack, J., Lampard, A., & Watson, H. J. (2021). Examining cognitive and behavioral symptoms across binge/purge profiles in adolescents with eating disorders. *Eating Behaviors*, 101516. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101516>
- 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)
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2011). The Validation of the Body Image Acceptance and Action Questionnaire: Exploring the Moderator Effect of Acceptance on Disordered Eating. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(3), 327-345. Consultado em: <http://www.ijpsy.com/>
- Frederick, D., Sandhu, G., Morse, P., & Swami, V. (2016). Correlates of appearance and weight satisfaction in a U.S. National sample: Personality, attachment style, television viewing, self-esteem, and life satisfaction. *Body Image*, 17, 191-203. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.04.001>
- Frisén, A., & Holmqvist, K. (2010). What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys. *Body Image*, 7, 205-212. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.04.001>
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Franks, L., Richter, A., & Rockliff, H. (2008). Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress and self-criticism. *The Journal of Positive Psychology*, 3(3), 182-191. <https://doi.org/10.1080/17439760801999461>
- Gillen, M. M. (2015). Associations between positive body image and indicators of men's and women's mental and physical health. *Body Image*, 13, 67-74. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.01.002>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties

- in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>
- Grenon, R., Tasca, G., Maxwell, H., Balfour, L., Proulx, G., & Bissada, H. (2016). Parental bonds and body dissatisfaction in a clinical sample: The mediating roles of attachment anxiety and media internalization. *Body Image*, 19, 49-56. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.08.005>
- Halliwel E. (2013). The impact of thin idealized media images on body satisfaction: does body appreciation protect women from negative effects?. *Body image*, 10(4), 509–514. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.004>
- Halliwel E. (2015). Future directions for positive body image research. *Body image*, 14, 177–189. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.003>
- Han, S., & Kahn, J. (2017). Attachment, emotion regulation difficulties, and disordered eating among college women and men. *The Counseling Psychologist*, 45(8), 1066-1090. <https://doi.org/10.1177/0011000017744884>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Hoiles, K. J., Egan, S. J., & Kane, R. T. (2012). The validity of the transdiagnostic cognitive behavioral model of eating disorders in predicting dietary restraint. *Eating Behaviors*, 13 (2), 123-126. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.11.007>
- Holmqvist, K., & Frisén, A. (2012). “I bet they aren’t that perfect in reality”: Appearance ideals viewed from the perspective of adolescents with a positive body image. *Body Image*, 9(3), 388-395. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.03.007>
- Hughes, E. & Gullone, E. (2011). Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Body Image*, 8(3), 224-231. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.04.001>
- Iannantuono, A., & Tylka, T. (2012). Interpersonal and intrapersonal links to body appreciation in college women: An exploratory model. *Body Image*, 9(2), 227-235. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.01.004>
- Jung, S., Woo, H., Cho, S., Park, K., Jeong, S., Lee, Y., Kang, D., & Shin, A. (2017). Association between body size, weight, change and depression: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 211, 14-21. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.186726>

- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Leybman, M. J., & Gilbert, P. (2012). Social Safeness, Received Social Support, and Maladjustment: Testing a Tripartite Model of Affect Regulation. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 815-826. <http://doi.org/10.1007/s10608-011-9432-5>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (4th ed.). Guilford Press.
- Lantz, E. L., Gaspar, M. E., DiTore, R., Piers, A. D., & Schaumberg, K. (2018). Conceptualizing body dissatisfaction in eating disorders within a self-discrepancy framework: a review of evidence. *Eating and weight disorders: Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(3), 275–291. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0483-4>
- Laporta-Herrero, I., Jáuregui-Lobera, I., Serrano-Troncoso, E., Garcia-Argibay, M., Cortijo-Alcarria, M. C., & Santed-Germán, M. A. (2020). Attachment, body appreciation, and body image quality of life in adolescents with eating disorders. *Eating disorders*, 1-14. Advance online publication. <https://doi.org/10-1080/10640266.2020.1763112>
- Lavender, J., Wonderlich, S., Engel, S., Gordon, K., Kaye, W., & Mitchell, J. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 111-122. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010>
- Leonidas, C. & Santos, M. (2012). Imagem Corporal e Hábitos Alimentares na Anorexia Nervosa: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 550-558. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000300015>
- Lewer, M., Bauer, A., Hartmann, A. S., & Vocks, S. (2017). Different Facets of Body Image Disturbance in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*, 9(12), Article 1294. <https://doi.org/10.3390/nu9121294>
- Littleton, H. L., & Ollendick, T. (2003). Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: what places youth at risk and how can these problems be prevented?. *Clinical child and family psychology review*, 6(1), 51–66. <https://doi.org/10.1023/a:1022266017046>
- Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support, and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10(3), 239-266. <https://doi.org/10.1093/ptr/10.3.239>

- Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2009). Assessing patterns of adult attachment in medical patients. *General Hospital Psychiatry*, 31(2), 123-130. <http://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2008.10.007>
- McHugh, T., Coppola, A., & Sabiston, C. (2014). "I'm thankful for being Native and my body is part of that": The body pride experiences of young Aboriginal women in Canada. *Body Image*, 11(3), 318-327. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.05.004>
- Melnik, S. E., Cash, T. F., & Janda, L. H. (2004). Body image ups and downs: prediction of intra-individual level and variability of women's daily body image experiences. *Body Image*, 1(3), 225-235. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.03.003>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2015). The psychological effects of the contextual activation of security-enhancing mental representations in adulthood. *Current Opinion in Psychology*, 1, 18-21. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.01.008>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Sapir-Lavid, Y., & Avihou-Kanza, N. (2009). What's inside the minds of securely and insecurely attached people? The secure-base script and its association with attachment-style dimensions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 615-633. <http://doi.org/10.1037/a0015649>
- Milli, M., & Raakhee, A. S. (2015). The relationship between body esteem, attachment anxiety and attachment avoidance among young adults. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 22(2), 119-123. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=118535810&lang=pt-br&site=ehost-live&scope=site>
- Nikodijevic, A., Buck, K., Fuller-Tyszkiewicz, M., de Paoli, T., & Krug, I. (2018). Body checking and body avoidance in eating disorders: Systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 26(3), 159-185. <https://doi.org/10.1002/erv.2585>
- Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D., & Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical Psychology Review*, 39, 83-95. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.005>
- Pereira, A., & Patrício, T. (2016). *Guia prático de utilização do SPSS- Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (8th ed.). 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- Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 303-309. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0384-y>
- Rodgers, R., Chabrol, H., & Paxton, S. J. (2011). An exploration of the tripartite influence model of body dissatisfaction and disordered eating among Australian and French college women. *Body Image*, 8(3), 208-215. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.04.009>
- Rosewall, J. K., Gleaves, D. H., & Latner, J. D. (2019). Psychopathology Factors That Affect the Relationship Between Body Size and Body Dissatisfaction and the Relationship Between Body Dissatisfaction and Eating Pathology. *Frontiers in psychology*, 9(2768). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02768>
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M., & Kate Kellum, K. (2013). Assessment of body image flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(1), 39-48. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.03.002>
- Sharpe, H., Griffiths, S., Choo, T. H., Eisenberg, M. E., Mitchison, D., Wall, M., & Neumark-Sztainer, D. (2018). The relative importance of dissatisfaction, overvaluation and preoccupation with weight and shape for predicting onset of disordered eating behaviors and depressive symptoms over 15 years. *The International journal of eating disorders*, 51(10), 1168–1175. <https://doi.org/10.1002/eat.22936>
- Svaldi, J., Caffier, D., & Tuschen-Caffier, B. (2010). Emotion Suppression but Not Reappraisal Increases Desire to Binge in Woman with Binge Eating Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(3), 188-190. <https://doi.org/10.1159/000296138>
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology?. *Psychiatric Research*, 197(1-2), 103-111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.009>
- Swami, V., Weis, L., Barron, D. & Furnham, A. (2017). Positive body image is positively associated with hedonic (emotional) and eudaimonic (psychological and social) well-being in British adults. *The Journal of Social Psychology*, 158(5), 541-552. <https://doi.org/10.1080/00224545.2017.1392278>

- Tabachnic, B., & Fidell, L. (2014). *Using multivariate statistics* (6 th ed). Pearson.
- Tasca, G. (2019). Attachment and eating disorders: a research update. *Current Opinion In Psychology*, 25, 59-64. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.03.003>
- Tasca, G., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710-717. <https://doi.org/10.1002/eat.22302>
- Thompson, J. K. (2004). The (mis)measurement of body image: tem strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body Image*, 1(1), 7-14. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00004-4](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00004-4)
- Tiggemann, M. (2015). Considerations of positive body image across various social identities and special populations. *Body Image*, 14, 168–176. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.002>
- Tylka, T. L. (2011). Positive psychology perspectives on body image. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2 nd ed), 56-64. Guilford Press.
- Tylka, T. L. (2018). Overview of the field of positive body image. In Daniels, E., Gillen, M., & Markey, C (Eds.), *Body positive: Understanding and improving body image in science and practice* (1st ed., pp. 6-33). Cambridge University Press.
- Tylka, T. & Iannantuono, A. (2016). Perceiving beauty in all women: Psychometric evaluation of the Broad Conceptualization of Beauty Scale. *Body Image*, 17, 67-81. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.005>
- Tylka, T. & Wood-Barcalow, N. (2015a). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118-129. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>
- Tylka, T. & Wood-Barcalow, N. (2015b). The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 12, 53-67. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.006>
- Walker, D. C., White, E. K., & Srinivasan, V. J. (2018). A meta-analysis of the relationships between body checking, body image avoidance, body image dissatisfaction, mood, and disordered eating. *The International journal of eating disorders*, 51(8), 745–770. <https://doi.org/10.1002/eat.22867>

- Waller, G., Babbs, M., Milligan, R., Meyer, C., Ohanian, V., & Leung, N. (2003). Anger and core beliefs in the eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 34(1), 118-124. <https://doi.org/10.1002/eat.10163>
- Webb, J. B. (2015). Body image flexibility contributes to explaining the link between body dissatisfaction and body appreciation in White college-bound females. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 176-183. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.06.001>
- Webb, J. B., Wood-Barcalow, N. L., & Tylka, T. L. (2015). Assessing positive body image: Contemporary approaches and future directions. *Body Image*, 14, 130–145. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.010>
- Wood-Barcalow, N., Tylka, T., & Augustus-Horvath, C. (2010). “But I Like My Body”: Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*, 7, 106-116. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.01.001>
- Zheng, Y. & Sun, Q. (2017). Testing Objectification Theory with Chinese Undergraduate Women and Men. *Social Behavior and Personality*, 45(4), 629-640. <https://doi.org/10.2224/sbp.5892>