

MESTRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

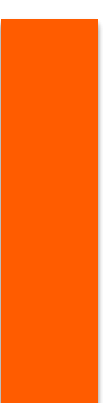
Entre o Corpo e as Emoções: Relação entre Imagem Corporal e Regulação Emocional na Perturbação de Personalidade Borderline

Marta Ferreira

M

2025

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**ENTRE O CORPO E AS EMOÇÕES: RELAÇÃO ENTRE IMAGEM CORPORAL E
REGULAÇÃO EMOCIONAL NA PERTURBAÇÃO DE PERSONALIDADE
BORDERLINE**

Marta Ferreira

Mês 2025

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora *Filipa Mucha Vieira* (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

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

Ao entregar esta dissertação, o/a autor/a 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/A autor/a declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

À Zi, pelo incentivo constante, por acreditar sempre em mim, por me motivar a crescer e a tornar-me uma melhor versão de mim mesma.

À minha família, por me transmitirem, desde sempre, a importância de dar o meu melhor em tudo o que faço.

À Sílvia e à Matilde, por me acolherem sempre com tanto carinho e pela presença ao longo deste percurso.

Às minhas amigas, pelos momentos de partilha e descontração que tornaram este caminho mais leve.

À Professora Doutora Filipa Vieira, pela orientação, disponibilidade e confiança que me motivaram a desenvolver um estudo numa área que tanto me apaixona.

Por fim, aos participantes, pela disponibilidade e colaboração que tornaram este estudo possível.

Resumo

A Perturbação de Personalidade Borderline (PPB) está frequentemente associada a dificuldades de regulação emocional, alterações da Imagem Corporal (IC) e elevada comorbilidade com Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA). A flexibilidade psicológica é apontada como fator protetor, combatendo o impacto da desregulação emocional e promovendo uma relação mais positiva com o corpo. Assim, o presente estudo visa compreender, principalmente, a relação entre a regulação emocional e a IC em pessoas com PPB. Foi utilizada uma metodologia quantitativa e a amostra final integrou 54 adultos com um diagnóstico formal de PPB. Foram aplicados instrumentos validados para a população portuguesa, nomeadamente *Sick Control One stone Fat Food*, *Borderline Symptom List-23*, *Difficulties in Emotion Regulation Scale*, *Body Appreciation Scale-2*, *Body Shape Questionnaire-8C* e *Body Image Acceptance and Action Questionnaire*. Os resultados revelam que a sintomatologia borderline se correlaciona positivamente com as dificuldades de regulação emocional e a insatisfação com a IC, e de forma negativa com a IC positiva e a flexibilidade psicológica. O grupo de pessoas com risco de PCA apresentou piores indicadores em todas as variáveis. Verificou-se também que a flexibilidade psicológica e as dificuldades de regulação emocional são variáveis mediadoras da relação entre a sintomatologia borderline e a IC. Os resultados encontrados no presente estudo reforçam a importância da promoção de competências de regulação emocional e flexibilidade psicológica nas intervenções dirigidas a pessoas com PPB, especialmente aquelas em risco de PCA.

Palavras-chave: Perturbação de Personalidade Borderline, Perturbação do Comportamento Alimentar, Imagem Corporal, Flexibilidade Psicológica, Regulação Emocional

Abstract

Borderline Personality Disorder (BPD) is often associated with difficulties in emotional regulation, alterations in Body Image (BI), and high comorbidity with Eating Disorders (ED). Psychological flexibility has been identified as a protective factor, mitigating the impact of emotional dysregulation and promoting a positive relationship with the body. Thus, the present study primarily aims to understand the relationship between emotional regulation and body image in individuals with BPD. A quantitative methodology was chosen and the final sample consisted of 54 adults with a formal diagnosis of BPD. Validated instruments for the Portuguese population were administered, namely: the *Sick Control One stone Fat Food Questionnaire*, *Borderline Symptom List-23*, *Difficulties in Emotion Regulation Scale*, *Body Appreciation Scale-2*, *Body Shape Questionnaire-8C* and the *Body Image Acceptance and Action Questionnaire*. The results reveal that borderline symptomatology is positively correlated with emotional regulation difficulties and body image dissatisfaction and negatively correlated with positive body image and psychological flexibility. The group of individuals at risk of eating disorders showed poorer indicators across all variables. It was also found that psychological flexibility and emotional regulation difficulties act as mediating variables in the relationship between borderline symptomatology and body image. The findings of the present study reinforce the importance of promoting emotional regulation and psychological flexibility skills in interventions targeting individuals with BPD, particularly those at risk of developing eating disorders.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Eating Disorder, Body Image, Psychological Flexibility, Emotional Regulation

Introdução

A Perturbação de Personalidade Borderline (PPB) é uma perturbação mental complexa, caracterizada por instabilidade emocional, relacional e da autoimagem (American Psychiatric Association [APA], 2013). Estima-se que cerca de 2% da população portuguesa tenha um diagnóstico de PPB, sendo que, aproximadamente uma em cada dez pessoas com este diagnóstico comete suicídio (Melo, 2020). Estes dados evidenciam a urgência de aprofundar a investigação científica junto das diversas áreas da vida destas pessoas, de modo a obter uma melhor compreensão desta perturbação e desenvolver intervenções que permitam uma melhor gestão da sintomatologia.

Segundo o DSM-V-TR (APA, 2022), a PPB pode ser diagnosticada através da presença de pelo menos cinco dos seguintes critérios: instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade de humor; sentimentos crónicos de vazio; raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la; ideação paranoide transitória associada a stress ou sintomas dissociativos intensos; esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado; padrão de relacionamentos instáveis e intensos; instabilidade acentuada e persistente da perceção de si mesmo; impulsividade em, pelo menos, duas áreas potencialmente autodestrutivas e recorrência de comportamentos, gestos ou ameaças suicidas ou automutilação.

Para além deste modelo categorial, o DSM-V-TR (APA, 2022) propõe também um modelo dimensional alternativo para as perturbações de personalidade, segundo o qual a PPB se caracteriza pela presença de dificuldades em pelo menos duas das seguintes áreas: identidade (e.g. capacidade de estabelecer um limite entre o *self* e o outro), autodireção (e.g. capacidade de estabelecer objetivos de vida), empatia (e.g. capacidade de compreender outras experiências e perspetivas) e intimidade (e.g. capacidade de desenvolver relações interpessoais profundas e duradouras). Além disso, devem estar presentes quatro ou mais dos seguintes traços de personalidade (sendo que, pelo menos, um destes deverá ser impulsividade, hostilidade ou comportamentos de risco): labilidade emocional, ansiedade, ansiedade de separação, depressão, impulsividade, hostilidade e comportamentos de risco (Leichsenring et al., 2024; Silva, 2021).

Atualmente, defende-se que esta psicopatologia tenha na sua génese múltiplos fatores cuja interação contribui significativamente para a sua complexidade, sendo estes genéticos (e.g., mutações dos sistemas neuronais que controlam a regulação emocional), ambientais (e.g. experiências adversas na infância) e neurológicos (e.g., redução do volume do hipocampo, da amígdala e do córtex pré-frontal) (Lieb et al., 2004; Melo, 2020).

A regulação emocional constitui uma das áreas do funcionamento psicológico mais

comprometidas nas perturbações de personalidade, assumindo um papel central na PPB. Por regulação emocional entende-se a capacidade de reconhecer, rotular, modular e refletir sobre as emoções de forma a responder adequadamente às necessidades e objetivos próprios (e.g., aumentar ou diminuir a intensidade de uma emoção) (Elliott et al., 2004; Gratz & Roemer, 2004; Bakhshandeh-Sajjad et al., 2022).

Estudos de meta-análise reforçam que pessoas com este diagnóstico tendem a adotar com maior frequência estratégias desadaptativas (como supressão, ruminação e evitamento) e com menor frequência estratégias adaptativas (como *cognitive reappraisal*, resolução de problemas e aceitação), promovendo a manutenção da desregulação emocional (Bud et al., 2023; Daros & Williams, 2019). De facto, pessoas com PPB tendem a perceber as suas emoções como avassaladoras, incontroláveis e intolleráveis, o que, aliado à ruminação, elevada sensibilidade e falta de clareza emocional promove o recurso a estratégias de *coping* não adaptativas que oferecem apenas um alívio imediato (Chapman, 2019; Fitzpatrick et al., 2023).

Outra dimensão muitas vezes afetada em pessoas com PPB é a imagem corporal (IC), definida como a representação mental do próprio corpo, englobando tanto a perceção visual e sensorial como as respostas emocionais associadas, que podem ser negativas (e.g., vergonha, insatisfação, desconforto) como positivas (e.g., aceitação, apreciação) (Ataria et al., 2021; Tylka, 2018).

O impacto da IC na PPB é, ainda, pouco estudado na literatura. No entanto, é notório que a avaliação corporal negativa afeta o bem-estar, a interação social e a autoestima, que, *a priori*, estão já comprometidos nesta patologia (Kleindienst et al., 2014). As pessoas com PPB são particularmente propensas ao desenvolvimento de uma IC negativa (Dyer et al., 2013), apresentando frequentemente atitudes negativas em relação ao seu corpo, baixa autoestima e um nível elevado de desconforto corporal. Além disso, a evidência revela que tendem a considerar a aparência como um fator importante para a felicidade e apresentam níveis mais altos de evitamento social devido a preocupações com a sua IC (Szily et al., 2023; Wayda-Zalewska et al., 2021). Comparativamente a um grupo de controlo não clínico, pessoas com PPB apresentaram níveis mais elevados de perceções corporais negativas, sendo que áreas com a presença de cicatrizes decorrentes de comportamentos autolesivos reportavam pior avaliação, já que podem propiciar a recordação de experiências traumáticas e stressantes, promovendo *distress* relacionado com o próprio corpo (Kleindienst et al., 2014; Wayda-Zalewska et al., 2021). O estudo de Sansone et al. (2010) sugere que as distorções cognitivas são a base da IC negativa nesta população, ainda que, por outro lado, Szily et al. (2023) sugeriram que esta pode decorrer de alterações visuais e táteis associadas aos sintomas dissociativos, por vezes presentes

nesta psicopatologia.

Destaca-se, ainda, que IC negativa e IC positiva são construtos conceitualmente distintos. A IC negativa caracteriza-se por uma preocupação e insatisfação persistentes com o corpo, a crença de que a imagem deste determina o próprio valor pessoal e esforços para mudar a sua imagem (e.g., dietas restritivas e exercício físico excessivo) (Hewitt & Murray, 2023). Por sua vez, a IC positiva, conceito ainda pouco explorado na literatura no âmbito da PPB, não se define apenas pela ausência de insatisfação corporal, mas pela presença de uma relação ativa de apreciação, valorização e aceitação incondicional do corpo, valorizando a sua funcionalidade e singularidade, independentemente da aparência física (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b; Wood-Barcalow et al., 2024).

A IC não se limita à aparência física, mas integra componentes cognitivos, afetivos e perceptivos, sendo, por isso, sensível às dificuldades de regulação emocional. De acordo com Hughes e Gullone (2011), uma maior utilização de estratégias disfuncionais de regulação emocional está associada a níveis mais altos de insatisfação corporal. Na PPB, esta interação entre IC e regulação emocional é bastante complexa, dado o papel que cada uma destas dimensões assume na manifestação do quadro clínico. Assim, dificuldades na regulação emocional podem levar a avaliações negativas da IC; contudo, simultaneamente uma IC negativa pode exacerbar a desregulação emocional, sendo que esta interação pode contribuir para a manutenção e agravamento dos sintomas da PPB (D'Aurizio et al., 2023; Wayda-Zalewska et al. 2021).

O desenvolvimento de competências de regulação emocional pode diminuir a dependência de estratégias disfuncionais para gerir emoções desagradáveis e facilitar uma relação mais positiva com o corpo e com as próprias emoções (Tylka et al., 2019). Um dos processos centrais que sustentam a regulação emocional adaptativa é a flexibilidade psicológica (Specker et al., 2023), que desempenha, também, um papel fundamental na gestão do sofrimento associado à aparência física (Rogers et al., 2018). Esta pode ser descrita como a capacidade de aceitar voluntariamente a experiência do momento presente, neste caso do corpo, sem julgamento, agindo de acordo com os valores pessoais, mesmo quando surgem pensamentos e/ou emoções indesejados e desagradáveis relacionados com a IC (Sandoz et al., 2013; Webb et al., 2014). Pessoas com níveis mais elevados de flexibilidade em relação à IC demonstram maior capacidade de evitar estratégias de regulação emocional desadaptativas em situações de desconforto ou insatisfação corporal (Rogers et al., 2018). Na PPB, a flexibilidade psicológica parece ser afetada pelos padrões rígidos de pensamento, pelos comportamentos impulsivos e pelas dificuldades em ajustar respostas emocionais a diferentes contextos

(Stoffers-Winterling et al., 2022).

A literatura evidencia uma alta comorbilidade entre a PPB e as Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) (Khosravi, 2020; Martinussen et al., 2017; Sansone et al., 2011). De acordo com o estudo de Khosravi (2020), numa amostra de 72 pessoas com PPB, 65,4% apresentavam também sintomatologia associada às PCA. Entre os aspetos que se cruzam nestes diagnósticos destaca-se a insatisfação com a IC e a dificuldade de regulação emocional, especificamente a alexitimia, que se caracteriza por uma incapacidade de reconhecer e expressar emoções (Miller et al., 2022). Os comportamentos alimentares disfuncionais podem ser usados como estratégias de regulação emocional, sendo a ingestão compulsiva associada ao alívio do *distress* emocional e a restrição alimentar à tentativa de recuperar um sentido de controlo (Borm et al., 2025; Haynos et al., 2018). Adicionalmente, sintomas associados à PPB, como a instabilidade afetiva, medo do abandono e sentimentos crónicos de vazio surgem, muitas vezes, em pessoas com PCA (Miller et al., 2022). A hipersensibilidade à rejeição, advinda do medo do abandono, pode motivar comportamentos alimentares desadaptativos como tentativa de corresponder aos ideais da sociedade, sendo que a aparência física e o peso se tornam áreas centrais para aprovação social (Miller et al., 2022).

Considerando as características específicas desta população clínica, torna-se essencial garantir um acompanhamento psicológico especificamente orientado para as suas dificuldades, de forma a minimizar o agravamento da sintomatologia e, em particular, na prevenção do suicídio (Leichsenring et al., 2024; Kavla & Uysal, 2024).

Apesar dos avanços nos estudos sobre a eficácia da intervenção psicológica, persiste a crença de que pessoas com PPB são resistentes ao tratamento (Porr, 2017) e não beneficiam de acompanhamento psicológico (Stoffers-Winterling et al., 2022). Estas crenças refletem a estigmatização do diagnóstico, que acontece a diversos níveis, incluindo o estigma internalizado (podendo dificultar a procura de acompanhamento psicológico), o público (estereótipos e consequentes comportamentos discriminatórios sustentados pela sociedade em geral) e o estigma dos profissionais de saúde (que referem expressar menos empatia e mais hostilidade em relação a pessoas com PPB) (Masland et al., 2023).

A PPB é uma perturbação bastante heterogénea, sendo que a literatura aponta para 256 combinações possíveis de critérios diagnósticos, o que dificulta o desenvolvimento de terapias universais e estandardizadas (Stoffers-Winterling et al., 2022). Ainda assim, a evidência científica demonstra que a psicoterapia apresenta benefícios significativos em relação à severidade da sintomatologia (Leichsenring et al., 2023). As *guidelines* da prática clínica recomendam a psicoterapia como intervenção de primeira linha para pessoas com PPB (APA,

2001; Crotty et al., 2023), recorrendo à farmacoterapia em períodos de maior severidade sintomatológica (Poloczek & Szczerba, 2024). Num estudo de *follow up*, Zanarini et al. (2010) verificaram que, num intervalo de tempo de dez anos, 50% dos participantes alcançaram durante, pelo menos, dois anos, não só a remissão dos sintomas, como também um funcionamento social e vocacional positivo. Mancke et al. (2018) observaram também que a intervenção terapêutica esteve associada a um aumento do volume da matéria cinzenta em regiões cerebrais implicadas na regulação emocional, indicando que a psicoterapia pode promover modificações estruturais relevantes no funcionamento cerebral desta população, para além da dimensão comportamental ou sintomatológica.

Diversas abordagens psicoterapêuticas têm demonstrado eficácia na redução da sintomatologia associada à PPB. Entre elas, destacam-se: a Terapia Comportamental Dialética, cujo foco é o desenvolvimento de competências de regulação emocional, a promoção da tolerância ao *distress* e a melhoria das relações interpessoais; a Terapia Focada nos Esquemas, que visa identificar e modificar padrões desadaptativos de pensamento e comportamento que provocam sofrimento, promovendo esquemas mais adaptativos e congruentes com as necessidades individuais; a Terapia Baseada na Mentalização que estimula a reinterpretação de pensamentos e emoções disfuncionais a partir de perspetivas alternativas (Juanmartí et al., 2017; Yao, 2021). De uma forma transversal, a flexibilidade psicológica parece assumir-se como um alvo terapêutico relevante, contribuindo para uma maior regulação emocional e adaptação em diversos contextos de vida (Dindo et al., 2017).

Pertinência e objetivos do estudo

Ainda que as evidências apontem para níveis elevados de insatisfação com a IC nas pessoas com PPB (Wayda-Zalewska et al., 2021), a investigação neste domínio é ainda incipiente quando comparada com outros contextos clínicos, nomeadamente as PCA. No entanto, parece ser evidente que este domínio da avaliação corporal negativa pode funcionar tanto como antecedente como consequência de estratégias de regulação emocional desadaptativas (Kleindienst et al., 2014). Sendo as dificuldades de regulação emocional um fenómeno central na PPB, torna-se pertinente desenvolver estudos que contribuam para uma melhor compreensão desta relação, que se entende bidirecional, entre regulação emocional e IC, considerando igualmente a eventual presença de risco de PCA nesta população clínica.

Assumindo a importância das intervenções psicoterapêuticas na PPB (Cristea et al., 2017; Leichsenring et al., 2024; Zanarini, 2009), importa também explorar o seu papel na relação entre regulação emocional, IC e severidade da PPB. Nomeadamente, explorar de que forma o

desenvolvimento de uma IC positiva e de uma maior flexibilidade psicológica poderão ser variáveis promissoras na melhoria do funcionamento clínico desta população.

O presente estudo distingue-se da literatura existente por integrar, simultaneamente, medidas de IC negativa e positiva, flexibilidade psicológica e regulação emocional numa amostra nacional de pessoas com PPB.

Tendo em conta o exposto, o presente estudo teve como objetivo central analisar a relação entre a regulação emocional e a IC em pessoas com PPB. Como objetivos específicos, pretendeu-se:

1. Caracterizar a amostra em termos sociodemográficos e clínicos;
2. Analisar a relação entre sintomas de PPB, perceção da IC (positiva e negativa), dificuldades de regulação emocional e flexibilidade psicológica;
3. Comparar os níveis de sintomatologia de PPB, perceção da IC, dificuldades de regulação emocional e flexibilidade psicológica em função da presença de sinais/sintomas de perturbações do comportamento alimentar;
4. Comparar pessoas em acompanhamento psicológico e sem acompanhamento psicológico quanto às dificuldades de regulação emocional, flexibilidade psicológica e perceção da IC;
5. Analisar o papel da sintomatologia Borderline na perceção da IC, verificando se a regulação emocional e/ou a flexibilidade psicológica atuam como mediadoras dessa relação.

Método

Participantes

Para a participação no presente estudo, foram definidos dois critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos e ter um diagnóstico de PPB realizado por um profissional de saúde mental.

A amostra inicial foi constituída por 119 participantes. Considerando os critérios de inclusão mencionados anteriormente, a amostra final integrou 54 participantes (Tabela 1), com idades compreendidas entre os 18 e os 54 anos ($M = 31.54$, $DP = 1.37$), sendo a maioria do género feminino (85.2%) e de nacionalidade portuguesa (92.6%). Relativamente à escolaridade, verificou-se um mínimo de 9 e um máximo de 17 anos de escolaridade ($M = 13.37$, $DP = 0.29$).

Relativamente aos dados clínicos, 75.9% dos participantes encontrava-se em acompanhamento psicológico, maioritariamente (68.5%) em formato individual. Quanto à frequência das consultas, 37% indicou ser acompanhado semanalmente, 16.7% quinzenalmente

e 18.5% de forma mensal. Relativamente à duração deste acompanhamento, 37% está a ser acompanhado há 25 ou mais meses (e.g., há mais de 2 anos), 14.8% entre 13 e 24 meses, 11.1% entre 7 meses e 12 meses e 9.3% há, no máximo, seis meses. Além disso, 20.4% dos participantes relataram já ter tido, anteriormente, acompanhamento psicológico, sendo que apenas um participante nunca teve este acompanhamento. Em relação a acompanhamento psiquiátrico, 96.3% da amostra refere que tem ou já teve. Adicionalmente, 35.2% da amostra referiu ter ou já ter tido um diagnóstico de alguma PCA.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes

Variáveis	M	DP	n	%
Idade	31.44	9.28	-	-
Género				
Feminino	-	-	46	85.2
Masculino	-	-	5	9.3
Não Binário	-	-	3	5.6
Nacionalidade				
Portuguesa	-	-	50	92.6
Brasileira	-	-	3	5.6
Outra	-	-	1	1.9
Escolaridade	13.37	1.99	-	-
Diagnóstico PPB	-	-	54	100
Tempo de Diagnóstico PPB				
Até 1 ano	-	-	11	20.4
Entre 1 e 3 anos	-	-	25	46.3
Entre 4 e 5 anos	-	-	6	11.1
Mais de 5 anos	-	-	12	22.2
Diagnóstico PCA				
Sim	-	-	19	35.2
AN	-	-	6	11.1
BN	-	-	7	13.0
PIAC	-	-	7	5.6
Mais que um diagnóstico	-	-	7	5.6
Não	-	-	33	61.1
N/A	-	-	2	3.7
Acompanhamento psicológico atual				
Sim	-	-	41	75.9
Não	-	-	12	22.2
N/A	-	-	1	1.9
Tempo acompanhamento psicológico atual				
Até 6 meses	-	-	5	9.3
Entre 7 e 12 meses	-	-	6	11.1
Entre 13 e 24 meses	-	-	8	14.8
Mais de 25 meses	-	-	20	37.0
N/A	-	-	15	27.8
Frequência consultas de psicologia				
Semanal	-	-	20	37.0
Quinzenal	-	-	9	16.7

Mensal	-	-	10	18.5
Outro	-	-	2	3.7
N/A	-	-	13	24.1
Formato consultas				
Individual	-	-	37	68.5
Individual e em Grupo	-	-	3	5.6
N/A	-	-	14	26.0
Modelo Teórico da Intervenção Psicológica				
Terapia Comportamental Dialética	-	-	9	16.7
Terapia Cognitivo-Comportamental	-	-	18	33.3
Terapia de Aceitação e Compromisso	-	-	3	5.6
Terapia Psicanalítica	-	-	6	11.1
Terapia Baseada na Mentalização	-	-	2	3.7
Outra	-	-	6	11.4
Sem acesso a esta informação	-	-	13	24.1
Avaliação processo terapêutico				
Totalmente insatisfeito	-	-	1	1.9
Insatisfeito	-	-	3	5.6
Neutro	-	-	6	11.1
Satisfeito	-	-	20	37.0
Totalmente satisfeito	-	-	11	20.4
N/A	-	-	13	24.1
Acompanhamento psicológico anterior				
Sim	-	-	11	20.4
Não	-	-	1	1.9
N/A	-	-	42	77.8
Acompanhamento psiquiátrico				
Sim	-	-	52	96.3
Não	-	-	2	3.7
Medicação Psiquiátrica				
Sim	-	-	46	85.2
Não	-	-	6	11.1
N/A	-	-	2	3.7

Nota. N = 54. A variável “Modelo Teórico da Intervenção Psicológica” permitia múltiplas respostas. AN = Anorexia Nervosa; BN = Bulimia Nervosa; PIAC = Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva.

Instrumentos

Dados Sociodemográficos e Clínicos

Os dados sociodemográficos foram recolhidos através da recolha de informações como idade, género, escolaridade e nacionalidade. Devido ao foco do presente estudo, recolheram-se, também, dados clínicos como a presença do diagnóstico de PPB e/ou de PCA, a possibilidade de envolvimento em acompanhamento psicológico e as características do mesmo.

Sick Control One stone Fat Food (SCOFF)

SCOFF, desenvolvido por Morgan et al. (1999), é um instrumento de rastreio com o objetivo de despiste da existência de uma PCA. Apresenta cinco questões (e.g., “Tem tendência

a provocar o vômito sempre que se sente cheio(a)?”, item 1) de resposta dicotômica (sim ou não), sendo, portanto, um teste de fácil e rápida administração. Duas ou mais respostas positivas (sim), indicam a possibilidade da existência de uma PCA.

Foi validado para a população portuguesa por Lima (2012), apresentando um *Alpha de Cronbach* de .62, que, apesar de inferior a .80, pode ser considerado como aceitável devido ao número reduzido de itens do instrumento (Cronbach, 1951). No presente estudo, o valor do *Alpha de Cronbach*, foi, também, de .62, mantendo-se a consideração descrita anteriormente.

Borderline Symptom List-23 (BSL-23)

BSL-23, desenvolvida por Bohus et al. (2009), é um instrumento de avaliação de sintomatologia de PPB. Este instrumento é uma versão abreviada do instrumento original, BSL-95, sendo que integra os itens considerados como mais sensíveis ao diagnóstico da PPB (Bohus et al., 2009).

É constituído por vinte e três itens (e.g., “O meu estado de humor foi alternando rapidamente entre ansiedade, raiva e depressão.”, item 14) avaliados numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos (de “nada” a “muitíssimo”). Pontuações mais altas indicam níveis mais altos de sintomatologia de PPB. Kleindienst et al. (2020), propuseram um sistema de classificação de severidade da sintomatologia de PPB, apresentando seis graus de severidade (de “nenhum/baixo” a “extremamente alto”).

Foi validada para a população portuguesa por Albuquerque & Medina (2010, citado em Silva, 2014), estudo em que se obteve um *Alpha de Cronbach* de .96, apresentando excelente consistência interna. Neste estudo, verificou-se um *Alpha de Cronbach* de .95.

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

DERS, desenvolvido por Gratz & Roemer (2003), é um instrumento que pretende avaliar dificuldades de regulação emocional, sendo constituído por trinta e seis itens, avaliados numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos (de “quase nunca se aplica a mim” a “aplica-se quase sempre a mim”).

Este instrumento avalia as dificuldades de regulação emocional em seis subescalas: Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (e.g., “Quando estou em baixo, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor”, item 28); Não Aceitação das Respostas Emocionais (e.g., “Quando estou em baixo, fico zangado(a) comigo próprio(a) por me sentir assim”, item 11); Falta de Consciência Emocional (e.g., “Presto atenção a como me sinto.”, item 2); Dificuldades no Controlo de Impulsos (e.g., “Quando estou em baixo, fico fora

de controlo.”, item 14); Dificuldades em Agir de Acordo com os Objetivos (e.g., “Quando estou em baixo, tenho dificuldade em realizar tarefas.”, item 13), e Falta de Clareza Emocional (e.g., “Não tenho nenhuma ideia de como me sinto.”, item 4) (Coutinho et al., 2010). Pontuações mais altas indicam níveis mais altos de dificuldades na regulação emocional.

Foi validado para a população portuguesa por Coutinho et al. (2010), apresentando um *Alpha de Cronbach* de .92. No presente estudo, obteve-se um *Alpha de Cronbach* de .96 para a escala total. Relativamente às subescalas, verificaram-se os seguintes valores referentes à consistência interna: $\alpha = .91$ para Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional; $\alpha = .93$ para Não Aceitação das Respostas Emocionais; $\alpha = .79$ para Falta de Consciência Emocional; $\alpha = .88$ para Dificuldades no Controlo de Impulsos; $\alpha = .85$ para Dificuldades em Agir de Acordo com os Objetivos e $\alpha = .84$ para Falta de Clareza Emocional.

Body Appreciation Scale-2 (BAS-2)

BAS-2, desenvolvido por Tylka & Wood-Barcalow (2015a), propõe-se avaliar a apreciação pelo próprio corpo, tendo sido utilizado como um instrumento de avaliação da IC positiva. É constituído por dez itens (e.g., “Respeito o meu corpo.”, item 1), avaliados numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos (de “nunca” a “sempre”). Uma maior pontuação nesta escala indica níveis mais altos de apreciação corporal.

Foi validado para a população portuguesa por Marta-Simões et al. (2016), apresentando um *Alpha de Cronbach* de .95, constituindo uma consistência interna excelente. No presente estudo, o *Alpha de Cronbach* foi de .95.

Body Shape Questionnaire-8C (BSQ-8C)

BSQ-8C, desenvolvido por Evans & Dolan (1993), é um instrumento que avalia a preocupação com a IC, tendo sido utilizado neste estudo como instrumento de avaliação da IC negativa. O BSQ-8C é derivado da versão original BSQ (com trinta e quatro itens) e é constituído por oito itens (e.g., “Tem sentido medo de ficar gordo(a) (ou mais gordo(a))?”, item 1), avaliados numa escala de tipo *Likert* de seis pontos (de “nunca” a “sempre”), sendo que esta versão demonstrou ser a melhor forma de aplicação do instrumento (Pook, et al., 2008). Pontuações mais elevadas indicam maiores níveis de preocupação corporal.

Foi validada para a população portuguesa por Silva et al. (2016), apresentando um *Alpha de Cronbach* de .87, o que indica uma consistência interna muito boa. No presente estudo, verificou-se um *Alpha de Cronbach* de .94.

Body Image Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ)

BI-AAQ, desenvolvido por Sandoz et al. (2013), propõe-se avaliar a flexibilidade psicológica relativamente a pensamentos e sentimentos relacionados com a IC. Este instrumento é constituído por doze itens (e.g., “A preocupação com o meu peso torna-me difícil viver a vida que valorizo”, item 1), avaliados numa escala de tipo *Likert* de 7 pontos (de “nunca verdadeiro” a “sempre verdadeiro”). Uma maior pontuação nesta escala indica maior flexibilidade psicológica relativamente a pensamentos e sentimentos relacionados com a IC.

Foi validado para a população portuguesa por Ferreira et al. (2011), estudo onde se obteve um *Alpha de Cronbach* de .95, evidenciando excelente consistência interna. No presente estudo, o *Alpha de Cronbach* foi de .95.

Procedimento de Recolha de Dados

O estudo obteve um parecer favorável por parte da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) (Ref.^a 2024/05-04b).

Os dados foram recolhidos entre outubro de 2024 e agosto de 2025, através de um questionário disponibilizado para preenchimento na plataforma Inquéritos@UP e divulgado com recurso às redes sociais e à Associação Portuguesa da Perturbação Borderline (APPB).

O questionário iniciou-se pelo Consentimento Informado, onde foi disponibilizada informação sobre o objetivo do estudo, o anonimato, a confidencialidade, entre outros aspetos éticos. Seguiu-se a recolha de dados sociodemográficos e de informação relativamente ao diagnóstico prévio de PPB, acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Por fim, foram aplicados os instrumentos de avaliação descritos na secção anterior. A participação foi totalmente anónima.

Devido aos temas potencialmente sensíveis explorados, o questionário terminou com a disponibilização de linhas e serviços de apoio psicológico.

Procedimentos de Análise de dados

Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao programa *IBM SPSS Statistics*, versão 30, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos participantes. Para todas as análises, foi assumido um nível de significância de $p < .05$.

Inicialmente, procedeu-se à identificação de valores extremos (*outliers*) através da observação de *Boxplots* para cada uma das variáveis em estudo (Schwertman et al., 2004), não tendo sido detetado nenhum valor extremo.

O pressuposto da normalidade foi testado através do teste de Kolmogorov-Smirnov

(Rosenthal, 1968), bem como pela análise dos valores absolutos da curtose e da assimetria (Kline, 2016), tendo sido este pressuposto assegurado para todas as variáveis contínuas em estudo.

As associações entre as variáveis contínuas relativas à IC, à regulação emocional, à flexibilidade psicológica e à sintomatologia borderline foram testadas através do Coeficiente de Correlação de *Pearson* (r), interpretando-se a magnitude do efeito segundo os critérios de Cohen (1988): correlação fraca ($r = .10$ a $.29$), correlação moderada ($r = .30$ a $.49$) e correlação forte ($r \geq .50$).

Para a comparação entre grupos independentes foi utilizado o teste t de Student (Student, 1908). Neste estudo, os testes t foram conduzidos para verificar a presença de diferenças significativas nos níveis de IC positiva, IC negativa, sintomatologia borderline, flexibilidade psicológica e dificuldades de regulação emocional entre o grupo com risco e sem risco de PCA. Foi também aplicado para analisar a presença de diferenças significativas nestas mesmas variáveis dependentes entre os grupos com e sem acompanhamento psicológico atual. A estatística d de Cohen foi utilizada como medida do tamanho do efeito, sendo que a interpretação da sua magnitude foi feita de acordo com as recomendações de Cohen (1988), onde $d = .0$ até $.19$ indica um efeito trivial, $d = .20$ a $.49$ efeito pequeno, $d = .50$ a $.79$ efeito médio, $d \geq .80$ efeito grande. O pressuposto da homogeneidade das variâncias foi analisado através do teste de *Levene*.

As análises de mediação em estudo foram conduzidas com recurso ao Modelo 4 do *Process Bootstrapping Macro* (Hayes, 2013), de forma a testar o papel mediador da flexibilidade psicológica e/ou das dificuldades de regulação emocional entre a sintomatologia borderline e a IC. O efeito indireto do modelo foi estimado com 5000 amostras *bootstrap* e foi considerado significativo quando o intervalo de confiança de 95% não incluiu o zero. (Preacher & Hayes, 2008).

Resultados

Associações entre as variáveis da sintomatologia borderline IC, regulação emocional, e flexibilidade psicológica.

As associações entre as variáveis em estudo encontram-se apresentadas na Tabela 2.

Os resultados evidenciaram que a sintomatologia borderline se correlacionou de forma positiva e significativa, com magnitude moderada a forte ($.40 < r < .72$), com as dificuldades

de regulação emocional e a IC negativa, indicando que quanto maior a intensidade dos sintomas da PPB maior a presença de dificuldades de regulação emocional e de preocupação com a IC. Paralelamente, a sintomatologia borderline associou-se de forma negativa e significativa à IC positiva ($r = -.38, p < .01$) e à flexibilidade psicológica ($r = -.47, p < .01$).

No que concerne à IC, a dimensão negativa deste construto, apresentou correlações significativas e positivas com o valor total das dificuldades de regulação emocional, assim como com todos os seus fatores ($.29 < r < .51$), sugerindo uma relação entre o desconforto com a IC e o uso de estratégias de regulação emocional menos adaptativas. Simultaneamente, os níveis de IC negativa associaram-se de forma negativa e forte à IC positiva ($r = -.77, p < .01$) e à flexibilidade psicológica ($r = -.83, p < .01$). De referir ainda, que a IC positiva apresentou uma correlação significativa positiva de magnitude forte com a flexibilidade psicológica ($r = .70, p < .01$), indicando que níveis mais altos de apreciação corporal se relacionam a pensamentos mais flexíveis sobre a IC.

Tabela 2

Médias, Desvios Padrão e Correlações das variáveis em estudo

Variável	<i>M</i>	<i>DP</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. BAS	2.49	0.83	-										
2. BSQ	3.60	1.42	-.77**	-									
3. BIAAQ	4.07	1.58	.70**	-.83**	-								
4. DERS	3.32	0.82	-.51**	.51**	-.60**	-							
5. F1	3.86	0.98	-.52**	.42**	-.54**	.89**	-						
6. F2	3.30	1.25	-.37**	.29*	-.52**	.79**	.69**	-					
7. F3	2.71	0.93	-.42**	.34*	-.25	.66**	.51**	.27	-				
8. F4	3.50	1.02	-.35*	.39**	-.50**	.85**	.65**	.60**	.44**	-			
9. F5	4.09	0.88	-.42**	.40**	-.52**	.81**	.77**	.57**	.33*	.77**	-		
10. F6	2.79	0.98	-.43**	.48**	-.46**	.82**	.63**	.47**	.70**	.69**	.55**	-	
11. BSL	2.31	0.93	-.38**	.40**	-.47**	.68**	.72**	.55**	.23	.41**	.51**	.54**	-

Nota. * indica que $p < .05$; ** indica que $p < .01$. F1 = Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional; F2 = Não Aceitação das Respostas Emocionais; F3 = Falta de Consciência Emocional; F4 = Dificuldades no Controlo de Impulsos; F5 = Dificuldades em Agir de Acordo com os Objetivos; F6 = Falta de Clareza Emocional.

Comparação entre grupos

Os resultados das comparações dos níveis de sintomatologia de PPB, perceção da IC, dificuldades de regulação emocional e flexibilidade psicológica em função da presença ou não de risco de PCA podem ser observados na Tabela 3. Estes evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em todas as variáveis dependentes analisadas.

O grupo com risco de PCA foi o que apresentou níveis mais elevados de IC negativa ($M = 4.42, DP = 0.93$), maiores dificuldades de regulação emocional ($M = 3.66, DP = 0.68$), níveis

mais elevados de sintomatologia borderline ($M = 2.57$, $DP = 0.86$), níveis mais baixos de IC positiva ($M = 2.17$, $DP = 0.70$) e de flexibilidade psicológica ($M = 3.04$, $DP = 1.08$).

O tamanho do efeito das análises variou de médio a grande ($0.77 < d < 2.28$).

Tabela 3

Diferenças entre os grupos com e sem risco de PCA nas variáveis em estudo

Variável	Com risco PCA		Sem risco PCA		t	df	p	d
	M	DP	M	DP				
BSQ	4.42	0.93	2.29	1.00	-7.14	41	<.001	2.28
BAS	2.17	0.70	3.14	0.63	4.76	42	<.001	1.46
DERS	3.66	0.68	2.95	0.71	-3.21	38	.003	1.03
BIAAQ	3.04	1.08	5.39	1.07	-2.42	6.91	.01	0.77
BSL	2.57	0.86	1.90	0.91	-2.42	39	.01	0.77

Na Tabela 4 estão descritos os resultados das comparações dos níveis de sintomatologia de PPB, percepção da IC, dificuldades de regulação emocional e flexibilidade psicológica entre o grupo de participantes que se encontrava em acompanhamento psicológico e o que não mantinha no presente esse tipo de acompanhamento. Tal como é possível observar, as análises indicam que, nas variáveis em estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Tabela 4

Diferenças entre o grupo sem e com Acompanhamento Psicológico nas variáveis em estudo

Variável	Com AP		Sem AP		t	df	p	d
	M	DP	M	DP				
BSQ	3.72	1.37	2.94	1.43	1.65	49	.11	0.56
BAS	2.40	0.76	2.88	0.96	-1.84	51	.07	-0.61
DERS	3.33	0.83	3.20	0.80	0.44	45	.66	0.15
BIAAQ	3.91	1.53	4.61	1.73	-1.30	47	.20	-0.45
BSL	2.32	0.90	2.12	0.99	0.62	45	.54	0.22

Nota. AP = Acompanhamento psicológico

Papel mediador da regulação emocional e flexibilidade psicológica

Os resultados dos modelos de mediação testados podem ser observados na Tabela 5. Na presente secção serão descritos apenas os modelos que foram confirmados, ou seja, modelos cujo efeito indireto foi significativo.

Sintomatologia borderline como preditora da IC, mediada pela flexibilidade psicológica

Os resultados evidenciaram que a sintomatologia borderline prediz significativamente a flexibilidade psicológica ($R^2 = .21$, $F = 10.82$, $p = .002$), que, por sua vez, prediz significativamente a IC negativa ($R^2 = .69$, $F = 102.25$, $p < .001$). O efeito direto da sintomatologia borderline sobre a IC negativa não foi estatisticamente significativo ($b = 0.05$, $SE = 0.12$, $t(41) = 0.34$, $p = .73$). Contudo, verificou-se um efeito indireto estatisticamente significativo da sintomatologia borderline na IC negativa através da flexibilidade psicológica ($b = 0.56$, $BootSE = 0.17$, IC95% [0.22, 0.90]), indicando que a flexibilidade psicológica mediou a relação entre sintomatologia borderline e IC negativa.

Da mesma forma, também se verificou que a flexibilidade psicológica prediz significativamente a IC positiva ($R^2 = .49$, $F = 44.96$, $p < .001$). Além disso, não se verificou um efeito direto estatisticamente significativo da sintomatologia borderline sobre a IC positiva ($b = -0.05$, $SE = 0.12$, $t(42) = -0.45$, $p = .55$). No entanto, observou-se um efeito indireto estatisticamente significativo da sintomatologia borderline sobre a IC positiva através da flexibilidade cognitiva ($b = -0.29$, $BootSE = 0.11$, IC95% [-0.53, -0.10]). Confirmou-se, então, que a flexibilidade psicológica é mediadora do efeito que a sintomatologia borderline exerce sobre a IC positiva.

Sintomatologia borderline como preditora da IC positiva, mediada pelas dificuldades de regulação emocional

A sintomatologia borderline prediz, de forma estatisticamente significativa as dificuldades de regulação emocional ($R^2 = .47$, $F = 36.71$, $p < .001$), que, por sua vez, predizem a IC positiva ($R^2 = .26$, $F = 16.24$, $p < .001$). Observou-se um efeito direto não significativo da sintomatologia borderline sobre a IC positiva ($b = -0.07$, $SE = 0.17$, $t(42) = -0.44$, $p = .67$) e um efeito indireto significativo da sintomatologia borderline sobre a IC positiva através das dificuldades de regulação emocional ($b = -0.26$, $BootSE = 0.12$, IC95% [-0.53, -0.26]), confirmando este modelo de mediação.

Tabela 5*Resultados dos modelos de mediação testados*

Modelo	Efeito	<i>b</i>	<i>SE/BootSE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	IC 95%		Mediação
						LI	LS	
BSL → BIAAQ → BSQ	Direto	0.05	0.15	0.34	.73	-0.25	0.36	Completa
	Indireto	0.56	0.17			0.22	0.90	
BSL → BIAAQ → BAS	Direto	-0.07	0.16	-0.44	.67	-0.41	0.26	Completa
	Indireto	-0.26	0.12			-0.53	-0.03	
BSL → DERS → BAS	Direto	-0.05	0.12	-0.45	.66	-0.23	0.18	Completa
	Indireto	-0.29	0.11			-0.54	-0.10	
BSL → DERS → BSQ	Direto	0.20	0.29	0.66	.51	-0.40	0.79	Ausente
	Indireto	0.38	0.23			-0.03	0.89	

Nota. SE = Erro Padrão do efeito direto; BootSE = Erro Padrão do efeito indireto obtido com 5000 amostras bootstrap; LI = Limite inferior, LS = Limite Superior.

Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo analisar a relação entre a regulação emocional e a IC em pessoas com PPB. Especificamente, pretendeu-se explorar o papel mediador da flexibilidade psicológica e/ou das dificuldades de regulação emocional entre a sintomatologia borderline e a IC e compreender de que forma a presença de risco de PCA e o acompanhamento psicológico impactam, de forma independente, as variáveis em estudo.

Tal como descrito na literatura, que refere que a PPB é mais prevalente em mulheres (Glover, 2021), a amostra do presente estudo é constituída por pessoas predominantemente do género feminino (85.2%). Este dado pode, contudo, resultar de uma menor tendência que homens apresentam para procurar acompanhamento psicológico, quando comparados com mulheres sendo, por isso, muitas vezes subdiagnosticados (Liddon et al., 2017). Além disso, Melo (2021) explica que muitos homens com PPB não têm este diagnóstico atribuído porque a intervenção privilegia outros tipos de diagnósticos que possam estar presentes (e.g., abuso de substâncias).

Igualmente congruente com a informação disponível na literatura atual (Khosravi, 2020; Martinussen et al., 2017; Sansone et al., 2011), a presente amostra apresenta uma significativa comorbilidade com as PCA, com cerca de 35% dos participantes a indicarem ter diagnóstico de alguma PCA, sendo a Bulimia Nervosa o diagnóstico mais comum, e 48% a registar risco detetado pelo SCOFF. A meta-análise de Paudex et al. (2025) sugere que experiências traumáticas vividas na infância, algo comumente experienciado por pessoas com PPB, podem afetar negativamente a regulação emocional e a autoestima, favorecendo uma IC negativa e

maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de PCA. Além disso, a compulsão alimentar e os comportamentos de purga parecem estar relacionados com a impulsividade e com comportamentos autolesivos, respetivamente, contribuindo para a elevada prevalência da BN nesta população (Paudex et al., 2025).

Quanto ao acompanhamento psicológico, 53 das 54 pessoas integrantes da amostra têm ou tiveram acompanhamento psicológico, sendo este, maioritariamente, baseado no modelo cognitivo-comportamental, seguido do modelo comportamental dialético, abordagens que se alinham com as recomendações de intervenção junto desta população (Crotty et al., 2023). O acompanhamento psicológico é fundamental para o ajustamento à PPB, corroborando as *guidelines* da prática clínica, que recomendam a psicoterapia como intervenção de primeira linha, recorrendo à farmacoterapia em períodos de maior severidade sintomatológica (APA, 2001; Crotty et al., 2023; Poloczeck & Szczerba, 2024). Na amostra do presente estudo, 86.2% dos participantes fazem medicação psiquiátrica, o que reforça a importância de complementar a intervenção psicológica com tratamento farmacológico quando necessário.

Relativamente às variáveis psicológicas em estudo, os resultados mostraram que a sintomatologia borderline se correlaciona positivamente com as dificuldades de regulação emocional, associação que reforça a literatura existente, na qual se considera a desregulação emocional um aspeto basilar da PPB, motivada por emoções intensas e poucas estratégias adaptativas para as regular (Chapman, 2019; Oakley, 2020). Numa avaliação mais detalhada dos fatores que compõe a escala de dificuldades de regulação emocional, podemos constatar que a sintomatologia borderline se correlaciona positivamente com cinco dos seis fatores em estudo (acesso limitado às estratégias, não aceitação das respostas emocionais, dificuldade no controlo de impulsos, dificuldade em agir de acordo com os objetivos e falta de clareza emocional) resultados que são corroborados pela literatura. O acesso limitado às estratégias de regulação emocional é indicador que pessoas com PPB apresentam uma fraca implementação e baixa perceção de eficácia de estratégias adaptativas e uma utilização excessiva de estratégias disfuncionais (Chapman, 2019; Fitzpatrick, 2016; Southward & Cheavens, 2020). Adicionalmente, a não aceitação das respostas emocionais negativas indica, tal como sugere a meta análise de Bud et al. (2023), que pessoas com PPB relatam uma baixa utilização de estratégias de regulação emocional baseadas na aceitação, demonstrando dificuldades em adaptar-se e em utilizar estas estratégias no seu quotidiano. A associação com a dificuldade no controlo de impulsos compreende-se à luz da própria caracterização da PPB, onde está presente uma impulsividade marcada, frequentemente associada a componentes emocionais (Mungo et al., 2020). Quanto às dificuldades em agir de acordo com os objetivos, a associação deste fator

com a sintomatologia borderline pode ser explicada pela adoção de estratégias que procuram aliviar o desconforto de forma imediata, muitas vezes afetando os seus objetivos a curto e longo prazo (Salgó et al., 2021; Southward & Cheavens, 2020). A falta de clareza emocional, que pode ser conceptualizada como uma dificuldade em perceber e decifrar as emoções experienciadas (Santos, 2021) reforça os resultados dos trabalhos de Leible e Snell (2004), Neacsiu e Tkachuck (2016) e Salgó et al. (2021), que sugerem que pessoas com PPB apresentam níveis mais baixos de clareza emocional. A dificuldade em compreender as próprias emoções, quando aliada a outras dificuldades de regulação emocional, contribui para a adoção de estratégias disfuncionais, que por sua vez, tendem a culminar em comportamentos tipicamente identificados como característicos de PPB (Salsman & Linehan, 2012).

Apesar desta associação generalizada entre as dificuldades de regulação emocional e a severidade da sintomatologia borderline, observa-se uma exceção relativamente ao fator falta de consciência emocional, que reflete as dificuldades em prestar atenção às próprias emoções (Osborne et al., 2017). Se por um lado, a meta análise de Derks et al. (2016), corrobora uma relação moderada entre a falta de consciência emocional e PPB, por outro lado, no estudo de Neacsiu & Tkachuck (2016) não foram encontrados valores superiores desta dificuldade no grupo com PPB, o que parece ser congruente com os resultados encontrados no presente estudo. Este resultado pode possivelmente ser explicado pelo facto de 53 dos 54 participantes terem, atualmente ou no passado, acompanhamento psicológico, sendo que o processo terapêutico baseado em abordagens cognitivo-comportamentais, terapia experiencial ou focada nas emoções junto de pessoas com PPB reconhece, como alvo fundamental, o aumento da consciência emocional dos pacientes, dotando-os de uma maior capacidade de reconhecer e descrever as suas experiências emocionais (Farrell & Shaw, 1994; Lane et al., 2020).

A correlação negativa entre a sintomatologia borderline e a flexibilidade psicológica corrobora as descobertas descritas na atual literatura, que sugere que pessoas com PPB tendem a apresentar menor capacidade de encontrar soluções alternativas para situações problemáticas e uma menor aceitação do seu mundo interno (Aslan et al., 2023; Firouzjaei et al., 2021), o que, por sua vez, afeta a regulação emocional (Cobos-Sánchez et al., 2020), podendo esta relação ser verificada, no presente estudo, pela associação negativa entre as dificuldades de regulação emocional e a flexibilidade psicológica.

Os resultados demonstram que a sintomatologia borderline está positivamente correlacionada com a IC negativa, resultado congruente com a literatura, que sugere que pessoas com PPB tendem a apresentar elevados níveis de IC negativa (Dyer et al., 2013). Simultaneamente, verificou-se que elevados níveis de sintomatologia borderline estão

associados a níveis mais baixos de IC positiva, associação que, até à data, não foi explorada na literatura. A IC positiva está estreitamente associada com a regulação emocional e com a flexibilidade psicológica, ou seja, níveis mais elevados de flexibilidade psicológica e o uso de estratégias de regulação emocional adaptativas contribuem para o desenvolvimento de uma IC positiva (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b), associação que também se verificou neste estudo. Sendo que, conforme mencionado anteriormente, estes processos se encontram comprometidos em pessoas com PPB, é expectável que a IC positiva também se encontre comprometida.

Compreender a base teórica destas interligações é relevante para a discussão dos modelos de mediação testados. Tal como hipotetizado, a flexibilidade psicológica relacionada com a IC apresenta um papel mediador entre a sintomatologia borderline e a IC, tanto negativa como positiva. Estes resultados sugerem que não é apenas a sintomatologia borderline que determina a insatisfação ou apreciação corporal, sendo, sobretudo, os níveis de flexibilidade psicológica (por norma, baixos nesta população) que influenciam a IC.

Quanto à IC negativa, níveis reduzidos de flexibilidade psicológica estão associados a uma tendência a interpretar pensamentos e emoções desagradáveis sobre o corpo como verdades absolutas, contribuindo para a adoção de estratégias de *coping* desadaptativas (e.g. restrição alimentar, isolamento social) que, por sua vez, alimentam a insatisfação corporal e reforçam padrões de autojulgamento e vergonha (Basarkod et al., 2017; Sandoz et al., 2013).

Por outro lado, relativamente à IC positiva, níveis elevados de flexibilidade psicológica permitem reconhecer e aceitar pensamentos e emoções desagradáveis sobre o corpo sem que estes determinem o comportamento, o que contribui para a adoção de comportamentos consistentes com os valores e objetivos pessoais (Rogers et al., 2018). Esta capacidade promove uma relação mais apreciativa e compassiva com o corpo, funcionando como um fator de desenvolvimento e manutenção de uma IC positiva (Rogers et al., 2018).

De forma complementar, destaca-se, também, o papel da regulação emocional como um processo relevante para a IC. Os resultados indicam que as dificuldades de regulação emocional assumem o papel de variável mediadora entre a sintomatologia borderline e a IC positiva. A regulação emocional tem sido associada a diversos aspetos da IC positiva, já que está intimamente ligada ao reconhecimento e consciência dos sinais corporais, ou seja, ao prestar atenção às necessidades do corpo, as pessoas têm uma maior probabilidade de adotar comportamentos de autocuidado, algo que impacta de forma substancial a IC positiva (Torres et al., 2024). A literatura atual defende que a IC positiva não se apresenta apenas como o oposto da negativa, mas sim como um construto com propriedades únicas, como o autorrespeito e

aceitação do corpo e ligação funcional com o mesmo, componentes que estão fortemente associados a uma regulação emocional adaptativa (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b; Morin et al., 2023; Bento et al., 2017). Neste sentido, e segundo Bento et al. (2017) e Morin et al. (2023), é perceptível que a regulação emocional impacta as capacidades de valorização e aceitação do corpo, princípios centrais para uma IC positiva.

Contudo, no presente estudo, as dificuldades de regulação emocional não mediaram a relação entre sintomatologia borderline e IC negativa. Este resultado pode ser explicado pela maior contribuição advinda da regulação emocional no sentido da aceitação e valorização corporal (aspectos positivos) quando comparada com os sentimentos negativos relativamente ao corpo, que tendem a ser mais cristalizados e enraizados em esquemas mentais e crenças de desvalorização. Além disso, a literatura indica que a ligação entre sintomas borderline e insatisfação corporal pode ser mais fortemente mediada por outros processos como a dissociação e o evitamento do que por competências de regulação emocional (Schmitz et al., 2021). Pessoas com PPB experienciam, frequentemente, um sentido instável do *self*, algo que abrange diversas áreas, como as dificuldades de autoaceitação, bem como a falta de estabilidade e integridade da autoimagem, sendo todas estas características consideradas pela literatura como preditoras significativas da avaliação da aparência e da satisfação corporal (Wayda-Zalewska et al., 2021). Adicionalmente, cerca de 60% das pessoas com PPB relatam histórico de abuso sexual, fator que contribuiu significativamente para o desenvolvimento de uma IC negativa (Dyer et al., 2013). Da mesma forma, pessoas com PPB parecem interiorizar um modelo do corpo disfuncional, apresentando não apenas cognições negativas e respostas emocionais disfuncionais relativamente aos seus corpos, mas também alterações ao nível da perceção visual do corpo e experiências táteis corporais, indo de encontro aos sintomas dissociativos muitas vezes presentes nesta população (Szily et al., 2023). Realça-se, ainda, a prevalência de PCA na presente amostra, diagnóstico que apresenta uma forte associação com a IC negativa (Dyer et al., 2013),

A compreensão destes resultados deve ser enquadrada numa perspetiva transdiagnóstica, ou seja, a partir do conhecimento de que diferentes perturbações psicológicas partilham mecanismos subjacentes entre si, como é o caso da desregulação emocional, rigidez psicológica e perceções alteradas da autoimagem (Fairburn et al., 2003; Harvey et al., 2004; Mansell et al., 2009). Assim, é possível interpretar a comorbilidade frequentemente observada entre PBB e PCA não apenas através da coexistência entre diagnósticos, mas como expressão de processos psicológicos transversais. Deste modo, as diferenças observadas entre grupos com e sem risco de PCA podem refletir níveis distintos de funcionamento transdiagnóstico,

nomeadamente na regulação emocional, flexibilidade psicológica e IC.

No presente estudo, o grupo com risco de PCA apresentou níveis mais elevados de IC negativa do que o grupo sem risco. Este resultado é consistente com a literatura, que indica que a presença de sintomas associados a PCA em pessoas com PPB contribui para o desenvolvimento de uma IC negativa, reforçando comportamentos de evitamento e pensamentos ruminativos associados ao corpo (Dyer et al., 2013). Paralelamente, verificou-se que o grupo com risco de PCA apresentou níveis inferiores de IC positiva. Uma das componentes centrais da IC positiva é a apreciação corporal que, segundo a literatura, envolve o respeito e a apreciação das características, funcionalidade e saúde do corpo (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). Estudos acerca do construto revelam que níveis mais elevados de apreciação corporal se correlacionam negativamente com sintomatologia da PCA (e.g. adoção de comportamentos alimentares disfuncionais) (Torres et al., 2024).

Relativamente à regulação emocional, os resultados revelam maiores dificuldades no grupo com risco de PCA. A Teoria Biossocial de Linehan (1993) propõe que a instabilidade afetiva constitui o núcleo central da PPB, sendo as manifestações comportamentais entendidas como estratégias desadaptativas usadas para regular emoções desagradáveis intensas, frequentemente desencadeadas por alterações rápidas de humor. Esta desregulação emocional, associada a dificuldades em identificar e descrever as emoções, motiva a adoção de comportamentos alimentares disfuncionais em pessoas com PPB e risco de PCA, como forma de lidar com o *distress* (Khosravi, 2020; Miller et al., 2022). Tal como descrito na literatura, estes resultados sugerem que a desregulação emocional não só contribuiu para a gravidades dos sintomas de PCA em pessoas com PPB, como também pode ser um mecanismo central que sustenta a comorbidade entre estas perturbações.

De forma complementar, o grupo com risco de PCA apresentou níveis inferiores de flexibilidade psicológica. Este resultado é coerente com a literatura, que indica que pessoas com PCA e PPB apresentam baixos níveis de flexibilidade psicológica, apresentando dificuldades em identificar, aceitar e tolerar as suas emoções, especialmente as desagradáveis (Goshen & Heled, 2025; Newton, 2019)

Por fim, quando analisados os níveis de sintomatologia borderline, o grupo com risco de PCA apresentou níveis mais elevados nesta variável. A literatura refere que a comorbidade entre PPB e PCA está frequentemente associada a níveis mais elevados de sofrimento psicológico, bem como a uma maior prevalência de ansiedade, depressão e comportamentos autolesivos, quando comparada com a presença isolada de um dos diagnósticos (Miller et al., 2022). De forma semelhante, os sintomas de BN estão relacionados com dimensões nucleares

da PPB, como a impulsividade e comportamentos autolesivos (Miller et al., 2022), reforçando a hipótese de uma partilha de processos comuns.

Apesar das diferenças significativas encontradas entre os grupos com e sem risco de PCA, o mesmo não se verificou na comparação entre os grupos com e sem acompanhamento psicológico atual. Diversos fatores podem ter influenciado este resultado, sendo que deve ser interpretado cautelosamente. Uma explicação possível prende-se com o facto de a maioria dos participantes já ter tido acompanhamento psicológico, sendo que apenas uma pessoa refere nunca ter tido contacto com este tipo de intervenção. Assim, é possível que os ganhos terapêuticos se mantenham após o término do acompanhamento, atenuando as diferenças entre os grupos. Adicionalmente, importa referir que a maioria da amostra (66.7%) tem o diagnóstico há 3 anos ou menos. É possível que tenham iniciado recentemente os processos terapêuticos e ainda não tenham tido ganhos significativos, nomeadamente em processos que poderão estar mais cristalizados. Por fim, a possível comorbilidade entre PPB e PCA (presente numa parte significativa da amostra) poderá, também, afetar a eficácia das intervenções aplicadas. Esta comorbilidade tem sido associada a uma grande complexidade sintomatológica, caracterizada por níveis mais elevados de sofrimento psicológico, impulsividade e instabilidade afetiva (Miller et al., 2022). Esta complexidade exige intervenções terapêuticas integradas e prolongadas, que abranjam as diversas raízes que alimentam os processos psicológicos em questão. Assim, a menor evolução em alguns dos casos poderá também refletir a necessidade de uma intervenção mais abrangente, que considere os processos transdiagnósticos partilhados por ambas as perturbações.

Implicações para a prática

Os resultados do presente estudo reforçam o papel central que a regulação emocional e a flexibilidade psicológica desempenham no decorrer de intervenções a nível da insatisfação corporal em pessoas com PPB, permitindo assim adequar as práticas clínicas às necessidades específicas dos pacientes. Em detrimento de combater apenas a insatisfação corporal, os planos terapêuticos devem ser adaptados de forma transdiagnóstica, incorporando estratégias que promovam a IC positiva, a flexibilidade psicológica e estratégias de regulação emocional.

A identificação das relações entre as variáveis em estudo permite conceber modelos de intervenção, individuais ou em grupo, que potenciem a aceitação corporal e a validação emocional, promovendo mudanças sustentadas no modo como os pacientes interagem com os seus pensamentos e emoções relacionados com a IC. Estes resultados salientam, ainda, a necessidade de intervenções que considerem diversas áreas da vida de pessoas com PPB, uma

vez que a prática clínica tende a concentrar-se em sintomas mais evidentes, deixando de abordar dimensões que são igualmente relevantes e que podem estar a reforçar esquemas e crenças desadaptativos, como a insatisfação corporal.

Para atingir estes objetivos, parece vantajoso recorrer a abordagens terapêuticas complementares que respondam de forma abrangente às necessidades desta população.

Para atingir estes objetivos terapêuticos parece ser benéfico utilizar abordagens complementares que respondam de forma mais abrangente ao duplo diagnóstico. Assim, combinando elementos das Terapias Comportamental Dialética, Aceitação e Compromisso, Cognitivo Comportamental e Mentalização, que abordam fatores comuns como a desregulação emocional, é possível colmatar limitações presentes quando estas intervenções são aplicadas isoladamente (Cunningham et al., 2025). Por exemplo, enquanto a ACT e a DBT ajudam a trabalhar fatores como a flexibilidade psicológica, a aceitação e a regulação emocional, a TCC permite abordar crenças e comportamentos diretamente associados com padrões alimentares disfuncionais (Cunningham et al., 2025), garantindo uma abordagem terapêutica integrada e mais eficaz.

Limitações

O presente estudo apresenta algumas limitações que são importantes de salientar como é o caso do tamanho da amostra que é reduzido e maioritariamente composto por pessoas do género feminino que já tiveram acompanhamento terapêutico, limitando assim a generalização para outros grupos sociodemográficos. Além disso, verificou-se bastante heterogeneidade no que diz respeito ao tipo, duração e modelo de acompanhamento psicológico, algo que dificulta a análise do impacto terapêutico e comparação entre grupos, já que na sua maioria, a amostra era composta por pessoas que já tinham estado envolvidas em processos terapêuticos, tornando assim mais complexa a análise de determinados resultados, impedindo uma avaliação objetiva do estágio dos diversos acompanhamentos, adesão e resultados dos mesmos.

A comorbilidade entre PPB e PCA, ou a possibilidade de risco desta última, pode constituir uma limitação à interpretação da relação direta entre a sintomatologia borderline e a IC, uma vez que os sintomas de PCA podem também influenciar a perceção sobre o corpo. No entanto, esta característica da amostra reflete a realidade clínica frequentemente observada nesta população, na qual a coexistência entre diagnósticos é comum, contribuindo assim para uma visão mais realista dos fenómenos em estudo.

Potencialidades e investigações futuras

Por outro lado, existem potencialidades que importam ressaltar, nomeadamente o estudo das dimensões negativa e positiva da IC, e da sua relação com outras variáveis psicológicas. Assim, os resultados permitiram também contribuir para o conhecimento científico relativo à PPB, especialmente quando em comorbilidade com PCA, alertando para as necessidades específicas desta população, permitindo assim desenvolver planos terapêuticos mais adequados, bem como formar profissionais de forma mais holística e empática no que respeita a pessoas com PPB.

Futuramente, pode ser importante desenvolver estudos com amostras mais robustas e diversas em termos de género e cultura, de modo a aumentar a generalização das descobertas, bem como perceber se existem diferenças significativas entre diferentes grupos. Além disso, pode ser relevante incluir medidas multimetodológicas, como uma análise qualitativa, não só com o objetivo de perceber os significados atribuídos pelos participantes às diferentes variáveis e interação entre as mesmas, como também para robustecer os resultados quantitativos obtidos. Deste modo, seria também pertinente analisar de forma mista o impacto de intervenções psicológicas com o objetivo da promoção da IC positiva em pessoas com PPB, em detrimento de intervenções mais tradicionais com ênfase na insatisfação corporal. Por fim, parece necessário compreender de forma mais completa a influência do tempo e tipo e acompanhamento psicológico nos resultados, bem como explorar de forma longitudinal o papel mediador da flexibilidade psicológica e da regulação emocional, testando as suas variações no decorrer das diferentes fases do acompanhamento psicológico.

Conclusão

O presente estudo demonstrou, de forma integrada, a relação entre sintomatologia borderline, IC, regulação emocional e flexibilidade psicológica e a forma como esta se manifesta em quadros clínicos específicos e complexos.

Os resultados obtidos tornaram evidente que o risco de PCA agrava, de forma significativa, a vulnerabilidade e sofrimento psicológicos, traduzindo-se assim em níveis mais elevados de insatisfação corporal e de dificuldades nos processos de regulação emocional, bem como em níveis inferiores de apreciação do corpo e de flexibilidade psicológica, resultados que refletem o conhecimento presente na atual literatura e reforçam a existência de processos psicológicos transversais entre a PPB e as PCA, nomeadamente a desregulação emocional e

rigidez cognitiva, que devem ser abordados de forma integrada em contexto terapêutico.

Globalmente, foram evidenciadas como características centrais do bem-estar psicológico em pessoas com PPB, a qualidade da relação com o próprio corpo e a capacidade de gestão das emoções. Além disso, foi demonstrado o papel mediador da flexibilidade psicológica e da regulação emocional, sublinhando-se assim a importância de intervenções terapêuticas que promovam a aceitação e a integração corpo-emoção como pilares fundamentais da recuperação. Estes resultados alertam para a necessidade de promover um olhar clínico e científico mais sensível, que considere as relações entre autoimagem, flexibilidade psicológica e estratégias de regulação emocional como elementos centrais nos modelos de avaliação e intervenção para a PPB, especialmente em contextos de risco de PCA.

Neste sentido, as estratégias psicoterapêuticas centradas no desenvolvimento da flexibilidade psicológica e da regulação emocional, nomeadamente abordagens baseadas nas Terapias de Aceitação e Compromisso e Comportamental Dialética, assumem um papel imprescindível para a promoção da saúde mental e qualidade de vida destas pessoas.

Concluindo, os resultados reforçam que a integração dos aspetos supracitados na intervenção psicológica devem ultrapassar a teoria, reforçando-a na prática clínica, de modo a proporcionar oportunidades mais eficazes de promoção de mudanças significativas na vida de pessoas com PPB, fortalecendo o papel transformador do acompanhamento psicológico adequado às necessidades da população.

Referências

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Åsberg K., Wagaman A. L. (2010). Emotion regulation abilities and perceived stress as predictors of negative body image and problematic eating behaviors in emerging adults. *American Journal of Psychological Research*. 6, 193–217
- Aslan, I. H., Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2023). Cognition in adults with borderline personality disorder. *CNS Spectrums*, 28(6), 674–679. <https://doi.org/10.1017/s1092852923001177>
- Ataria, Y., Tanaka, S. and Gallagher, S. (2021). *Body Schema and Body Image: New Directions*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198851721.001.0001>
- Bakhshandeh-Sajjad, A. R., Aali, S., Rajabi-Gol, B., & Hamedani, A. H. (2022). The Mediating Emotion Dysregulation in Relationship between Mindfulness and Body Image Concern among Female Students. *International Journal of Behavioral Sciences*, 16(1), 36–42. <https://doi.org/10.30491/IJBS.2022.315702.16997>
- Basarkod, G., Sahdra, B., & Ciarrochi, J. (2017). Body Image–Acceptance and Action Questionnaire–5: An Abbreviation using Genetic Algorithms. *Behavior Therapy*, 49(3), 388–402. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.09.006>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R.-D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A., & Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on

- psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32–39.
<https://doi.org/10.1159/000173701>
- Borm, I. M., Hartmann, S., Barnow, S., & Pruessner, L. (2025). Binge eating as emotion regulation? A meta-analysis of ecological momentary assessment studies. *Clinical Psychology Review*, 121, 102625. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102625>
- Bozzatello, P., Bellino, S., Bosia, M. & Rocca, P. (2019). Early Detection and Outcome in Borderline Personality Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 10.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00710>
- Bud, S., Nechita, D., & Tatar, A. S. (2023). Emotion regulation strategies in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychologist*, 27(2), 142–159.
<https://doi.org/10.1080/13284207.2022.2152668>
- Chapman, A. L. (2019). Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Development and Psychopathology*, 31(3), 1143–1156.
<https://doi.org/10.1017/S0954579419000658>
- Cobos-Sánchez, L., Fluja-Contreras, J. M., & Becerra, I. G. (2020). Relation between psychological flexibility, emotional intelligence and emotion regulation in adolescence. *Current Psychology*, 41(8), 5434–5443.
<https://doi.org/10.1007/s12144-020-01067-7>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreira, 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.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for Borderline personality Disorder. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 319. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/bf02310555>

- Crotty, K., Viswanathan, M., Kennedy, S., Edlund, M. J., Ali, R., Siddiqui, M., Wines, R., Ratajczak, P., & Gartlehner, G. (2023). Psychotherapies for the treatment of borderline personality disorder: A systematic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/ccp0000833>
- Cunningham, C., Broadbear, J. H., Rajaram, J., Rao, S., Newton, R., & Galligan, R. (2025). Toward Integrated Treatment for Co-Occurring Borderline Personality Disorder and Eating Disorders: A Clinician Perspective. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.24397>
- Daros, A. R., & Williams, G. E. (2019). A meta-analysis and systematic review of Emotion-Regulation Strategies in Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 27(4), 217–232. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000212>
- D'Aurizio, G., Di Stefano, R., Socci, V., Rossi, A., Barlattani, T., Pacitti, F., & Rossi, R. (2023). The role of emotional instability in borderline personality disorder: a systematic review. *Annals of General Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12991-023-00439-0>
- Derks, Y. P. M. J., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2016). A meta-analysis on the association between emotional awareness and borderline personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 31(3), 362–384. https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_257
- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy: a transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics*, 14(3), 546–553. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3>
- Dyer, A., Borgmann, E., Feldmann, R. E., Kleindienst, N., Priebe, K., Bohus, M., & Vocks, S. (2013). Body image disturbance in patients with borderline personality disorder: Impact of eating disorders and perceived childhood sexual abuse. *Body Image*, 10(2), 220–225–225. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.12.007>
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10725-015>

- Evans, C. & Dolan, B. (1993). Body Shape Questionnaire: Derivation of Shortened “Alternate Forms”. *International Journal of Eating Disorders*, 13(3), 315-321
- 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)
- Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (1994). Emotional awareness training: A prerequisite to effective cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1(1), 71–91. [https://doi.org/10.1016/s1077-7229\(05\)80087-2](https://doi.org/10.1016/s1077-7229(05)80087-2)
- 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.
- Firouzjaei, N., Soltani, E., & Dastgheib, S. A. (2021). The relationship between cognitive flexibility and cognitive fusion with the borderline personality disorder symptoms. *Researcher Bulletin of Medical Sciences*, 25(1), e9. Retrieved from <https://journals.sbm.ac.ir/index.php/rbms/article/view/34714>
- Fitzpatrick, S., Khoury, J. E., & Kuo, J. R. (2016). Examining the relationship between emotion regulation deficits and borderline personality disorder features: A daily diary study. *Counselling Psychology Quarterly*, 31(1), 42–58. <https://doi.org/10.1080/09515070.2016.1211509>
- Fitzpatrick, S., Dixon-Gordon, K. L., Turner, C. J., Chen, S. X., & Chapman, A. (2023). Emotion Dysregulation in Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 25(5), 223–231. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01418-8>
- Glover, K. (2021). *Gender differences in the clinical presentation of borderline personality disorder: a review*. [Tese de Doutorado, National Louis University]. <https://digitalcommons.nl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1646&context=diss>
- Goshen, K., & Heled, E. (2025). Psychological flexibility as a mediator and mechanism

- of change in disordered eating: a systematic review. *Appetite*, 108238.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2025.108238>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2003). 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/10.1023/b:joba.0000007455.08539.94>
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive Behavioural Processes across Psychological Disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford Academic.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198528883.001.0001>
- Hayes, A. (2013). *Introduction to mediation. moderation and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Hewitt, J., & Murray, K. (2023). Negative body image mental health literacy in women: Exploring aesthetic and functional concerns and the role of self-objectification. *Body Image*, 48, 101657. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.101657>
- Hughes E. K., 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>
- Juanmartí, F. B., & Lizeretti, N. P. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad: Una revisión. *Papeles Del Psicólogo*, 37(1), 148. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2832>
- Khosravi, M. (2020). Eating disorders among patients with borderline personality disorder: understanding the prevalence and psychopathology. *Journal of Eating Disorders*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00314-3>
- Kleindienst, N., Priebe, K., Borgmann, E., Cornelisse, S., Krüger, A., Ebner-Priemer, U., Dyer, A. (2014). Body self-evaluation and physical scars in patients with borderline personality disorder: an observational study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(2). <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1->

- Kleindienst, N., Jungkunz, M., & Bohus, M. (2020). A proposed severity classification of borderline symptoms using the borderline symptom list (BSL-23). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7, 11.
<https://doi.org/10.1186/s40479-020-00126-6>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). New York, NY: Guilford.
- Lane, R. D., Subic-Wrana, C., Greenberg, L., & Yovel, I. (2020). The role of enhanced emotional awareness in promoting change across psychotherapy modalities. *Journal of Psychotherapy Integration*, 32(2), 131–150.
<https://doi.org/10.1037/int0000244>
- Leible, T., & Snell, W. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 37, 393–404. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.09.011>
- Leichsenring, F., Heim, N., Leweke, F., Spitzer, C., Steinert, C., Kernberg, O. F. (2023) Borderline Personality Disorder: A Review. *JAMA*, 329(8), 670–679.
<https://doi:10.1001/jama.2023.0589>
- Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C., & Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *WORLD PSYCHIATRY*, 23(1), 4–25.
<https://doi.org/10.1002/wps.21156>
- Liddon, L., Kingerlee, R., & Barry, J. A. (2017). Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help-seeking. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 42–58. <https://doi.org/10.1111/bjc.12147>
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453–461.
- Lima, C. (2012) *Contributo para a validação da versão portuguesa do Questionário*

- SCOFF para deteção de casos de perturbação do comportamento alimentar*. [Tese de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/67767>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 97–110.
- Livesley, W. J., & Larstone, R. (2018). *Handbook of Personality Disorders, second edition: Theory, Research, and Treatment*. Guilford Publications.
- Mancke, F., Schmitt, R., Winter, D., Niedtfeld, I., Herpertz, S. C., & Schmahl, C. (2018). Assessing the marks of change: how psychotherapy alters the brain structure in women with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 43(3), 171. <https://doi.org/10.1503/jpn.170132>
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual Foundations of the Transdiagnostic Approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6–19. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- Marta-Simões, J., Mendes, A. L., Trindade, I. A., Oliveira, S., & Ferreira, C. (2016). Validation of the Body Appreciation Scale-2 for Portuguese women. *BMC Health Services Research*, 16, 82, 92. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1423-5>
- Martinussen, M., Friberg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Neunhoeffler, A., Martinsen, E. W., & Rosenvinge, J. H. (2016). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia Bulimia and Obesity*, 22(2), 201–209. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0345-x>
- Masland, S. R., Victor, S. E., Peters, J. R., Fitzpatrick, S., Dixon-Gordon, K. L., Bettis, A. H., Navarre, K. M., & Rizvi, S. L. (2023). Destigmatizing Borderline Personality Disorder: A Call to Action for Psychological Science. *Perspectives on Psychological Science*, 18(2), 445–460. <https://doi.org/10.1177/17456916221100464>

- Melo, J. C. (2020). *Refêns das próprias emoções*. Bertrand Editora.
- Miller, A. E., Trolio, V., Halicki-Asakawa, A., & Racine, S. E. (2022). Eating disorders and the nine symptoms of borderline personality disorder: A systematic review and series of meta-analyses. *International Journal of Eating Disorders*, 55(8), 993–1011. <https://doi.org/10.1002/eat.23731>
- Morin, G., & Meilleur, D. (2023). Association Between Emotion Regulation and Body Image Concerns in a Group of Adolescent Boys: Interaction With the Internalization of the Sociocultural Body Ideal. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. <https://doi.org/10.1177/10634266231179434>
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319, 1467–1467.
- Mungo, A., Hein, M., Hubain, P., Loas, G., & Fontaine, P. (2020). Impulsivity and its Therapeutic Management in Borderline Personality Disorder: a Systematic Review. *Psychiatric Quarterly*, 91(4), 1333–1362. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09845-z>
- Neacsiu, A. D., & Tkachuck, M. A. (2016). Dialectical behavior therapy skills use and emotion dysregulation in personality disorders and psychopathy: a community self-report study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0041-5>
- Newton, J. R. (2019). Borderline personality disorder and eating disorders: a trans-diagnostic approach to unravelling diagnostic complexity. *Australasian Psychiatry*, 27(6), 556–558. <https://doi.org/10.1177/1039856219852297>
- Oakley, M. (2020). *Associations Between Emotion Regulation Flexibility, Executive Functioning, and Borderline Personality Disorder Features* [Tese de Doutoramento, University of Massachusetts]. <https://doi.org/10.7275/15908338>
- Osborne, T. L., Michonski, J., Sayrs, J., Welch, S. S., & Anderson, L. K. (2017). Factor structure of the difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) in adult outpatients receiving Dialectical Behavior therapy (DBT). *Journal of*

- Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(2), 355–371.
<https://doi.org/10.1007/s10862-017-9586-x>
- Paudex, T., Endomba, F. T., Forestier, N., Pierandrei, A., Chauvet-Gélinier, J., & Pinoit, J. (2025). Prevalence of Eating Disorders in People with Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(5). <https://doi.org/10.1002/cpp.70150>
- Pimental, F., Leal, I., Marôco, J. & Rosa, B. (2012). Validação do Body Shape Questionnaire (BSQ) numa amostra de mulheres de meia-idade. Atas do 9 Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: Placebo, Editora LD
- Poloczek, A. & Szczerba, J. (2024). The Role of Pharmacotherapy and Psychotherapy in Borderline Personality Disorder - a literature review. *Journal of Education, Health and Sport*, 57. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2024.57.015>
- Pook, M., Tuschen-Caffier, B., & Brähler, E. (2007). Evaluation and comparison of different versions of the Body Shape Questionnaire. *Psychiatry Research*, 158(1), 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.08.002>
- Porr, V. (2017). Real Life Consequences of Stigmatization, Misdiagnosis, Misunderstanding, and Mistreatment of Borderline Personality Disorder. *European Psychiatry*, 41(S1), S259–S260.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.02.065>
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879–891. <https://doi.org/10.3758/brm.40.3.879>
- Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2005). The treatment of maladaptive shame in borderline personality disorder: A pilot study of “opposite action.” *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(4), 437–447. [https://doi.org/10.1016/s1077-7229\(05\)80071-9](https://doi.org/10.1016/s1077-7229(05)80071-9)
- Rogers, C. B., Webb, J. B., & Jafari, N. (2018). A systematic review of the roles of body image flexibility as correlate, moderator, mediator, and in intervention science (2011–2018). *Body Image*, 27, 43–60.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.08.003>

- Rosenthal, R. (1968). An Application of the Kolmogorov-Smirnov Test for Normality with Estimated Mean and Variance. *Psychological Reports*, 22(2), 570.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1968.22.2.570>
- Salgó, E., Szeghalmi, L., Bajzát, B., Berán, E., & Unoka, Z. (2021). Emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with borderline personality disorder, compared to healthy control subjects. *PLoS ONE*, 16(3), e0248409.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248409>
- Salsman, N. L., & Linehan, M. M. (2012). An Investigation of the Relationships among Negative Affect, Difficulties in Emotion Regulation, and Features of Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(2), 260–267. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9275-8>
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M., & Kate Kellum, K. (2013). Assessment of bodyimage flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(1-2), 39–48.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.03.002>
- Sansone, R. A., Chu, J. W., & Wiederman, M. W. (2010). Body image and borderline personality disorder among psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 51(6), 579–584–584. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.04.001>
- Sansone, R. A., Chu, J. W., Wiederman, M. W., & Lam, C. (2011). Eating disorder symptoms and borderline personality symptomatology. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia Bulimia and Obesity*, 16(2), e81–e85.
<https://doi.org/10.1007/bf03325313>
- Santos, C. (2021). *Dificuldades de Regulação Emocional, Imagem Corporal Positiva, Depressão, Ansiedade e Stress* [Tese de Mestrado, Universidade do Porto].
<https://www.proquest.com/docview/3039369869?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true&sourcetype=Dissertations%20&%20Theses>
- Schmitz, M., Bertsch, K., Löffler, A., Steinmann, S., Herpertz, S. C., & Bekerat-Bodmann, R. (2021). Body connection mediates the relationship between traumatic childhood experiences and impaired emotion regulation in borderline

- personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00157-7>
- Schwertman, N. C., Owens, M. A., & Adnan, R. (2003). A simple more general boxplot method for identifying outliers. *Computational Statistics & Data Analysis*, 47(1), 165–174. <https://doi.org/10.1016/j.csda.2003.10.012>
- Silva, A. S. M. (2014). *Patologia Borderline: Representações Relacionais e Vulnerabilidades do Self*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10451/18207>
- Silva, W. R., Costa, D., Pimenta, F., Maroco, J., & Campos, J. a. D. B. (2016). Psychometric evaluation of a unified Portuguese-language version of the Body Shape Questionnaire in female university students. *Cadernos De Saúde Pública*, 32(7). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00133715>
- Silva, C. (2021). *Perturbações de Personalidade Segundo o Modelo Alternativo do DSM-5* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/55722/1/ulfpie057738_tm.pdf
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 57, 141–163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
- Southward, M. W., & Cheavens, J. S. (2020). Quality or quantity? A multistudy analysis of emotion regulation skills deficits associated with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(1), 24–35. <https://doi.org/10.1037/per0000357>
- Specker, P., Sheppes, G., & Nickerson, A. (2023). Does emotion regulation flexibility work? Investigating the Effectiveness of Regulatory selection Flexibility in managing Negative affect. *Social Psychological and Personality Science*, 15(5), 561–569. <https://doi.org/10.1177/19485506231189002>
- Stoffers-Winterling, J. M., Storebø, O. J., Simonsen, E., Jørgensen, M., Ribeiro J.,

- Kongerslev, M. T., & Lieb, K. (2022). Perspectives on Dialectical Behavior Therapy and Mentalization-Based Therapy for Borderline Personality Disorder: Same, Different, Complementary? *Psychology Research and Behavior Management, 15*, 3179–3189.
- Student. (1908). The probable error of a mean. *Biometrika, 1*–25.
- Szily, D., Kelemen, R., Nagy, Z. S., Szabó, D. & Unoka, Z. S. (2023). Disturbed body schema, perceptual body image, and attitudinal body image in patients with borderline personality disorder. *Frontiers in Psychiatry, 14*.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1168611>
- Torres, S., Vieira, A. I., Vieira, F. M., Miller, K. M., Guerra, M. P., Lencastre, L., Reis, A. C., Timóteo, S., Nunes, P., & Barbosa, M. R. (2024). A comprehensive study of Positive body image as a Predictor of Psychological Well-Being in Anorexia Nervosa. *Nutrients, 16*(11), 1787. <https://doi.org/10.3390/nu16111787>
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2015a). 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>
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015b). 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. L. (2018). *Overview of the field of positive body image*. In Cambridge University Press eBooks. <https://doi.org/10.1017/9781108297653.002>
- Tylka, T. L., Piran, N. & Ivanova, I. (2019). Emotion-Focused Therapy to Facilitate Positive Body Image and Embodiment' in *Handbook of Positive Body Image and Embodiment: Constructs, Protective Factors, and Interventions*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190841874.003.0027>
- Wayda-Zalewska, M., Kostecka, B., & Kucharska, K. (2021). Body Image in Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of the Emerging Empirical Literature. *Journal of Clinical Medicine, 10*(18), 4264. <https://doi.org/10.3390/jcm10184264>

- Webb, J. B., Butler-Ajibade, P., & Robinson, S. A. (2014). Considering an affect regulation framework for examining the association between body dissatisfaction and positive body image in Black older adolescent females: Does body mass index matter? *Body Image*, 11(4), 426–437.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.07.002>
- Wood-Barcalow, N. L., Alleva, J. M., & Tylka, T. L. (2024). Revisiting positive body image to demonstrate how body neutrality is not new. *Body Image*, 50, 101741.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101741>
- Woodbridge, J., Reis, S., Townsend, M. L., Hobby, L., & Grenyer, B. F. S. (2021). Searching in the dark: Shining a light on some predictors of non-response to psychotherapy for borderline personality disorder. *PLoS ONE*, 16(7), e0255055.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255055>
- Woodbridge, J., Townsend, M. L., Reis, S. L., & Grenyer, B. F. S. (2023). Patient perspectives on non-response to psychotherapy for borderline personality disorder: a qualitative study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10(1).
<https://doi.org/10.1186/s40479-023-00219-y>
- Yao, X. (2021). Research on the Borderline Personality Disorder and Treatment. *International Conference on Public Health and Data Science (ICPHDS)*, 248–251.
<https://doi.org/10.1109/ICPHDS53608.2021.00057>
- Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(5), 373–377. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01448.x>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). Time to Attainment of Recovery from Borderline Personality Disorder and Stability of Recovery: A 10-year Prospective Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 663–667. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081130>