



UC/FPCE\_2012

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação Emocional na psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar**

Teresa Conceição de Neiva Forte (e-mail: [teresa.n.f@hotmail.com](mailto:teresa.n.f@hotmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (área de sub-especialização: Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Matos)

## **O papel da vergonha, Evitamento experiencial e Regulação Emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar**

Já é reconhecido pela literatura que não são as emoções *per se* que causam sofrimento e conduzem à psicopatologia mas sim a tentativa de controlar, alterar ou evitar a experiência e expressão dessas emoções.

A não aceitação de emoções indutoras de sofrimento como a vergonha leva a que os indivíduos se envolvam em tentativas ineficazes de regulação emocional como a adopção de estratégias de supressão, ruminação e dissociação que podem perpetuar o evitamento experiencial.

Esta investigação tem como principal objectivo estudar se os indivíduos com Patologia do Comportamento Alimentar e os indivíduos sem patologia apresentam diferenças na forma como lidam com a experiência de vergonha, isto é, se a sintomatologia do comportamento alimentar perturbado está associada ao evitamento experiencial e a tentativas ineficazes de regulação emocional. Ademais pretendemos estudar o impacto destas variáveis na sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress.

Partindo de uma amostra clínica constituída por 30 participantes do sexo feminino e de uma amostra da população geral composta por 60 sujeitos do sexo feminino, realizámos os nossos estudos separadamente para cada amostra.

Os resultados obtidos sugerem que os indivíduos com Patologia do Comportamento Alimentar apresentam índices mais elevados de vergonha, evitamento experiencial e sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress, recorrendo de forma mais rígida à Ruminação, Supressão e Dissociação do que os indivíduos sem patologia. Para além disso, os resultados apontam que a Ruminação se destaca como a estratégia mais comum para lidar com a experiência de vergonha, conduzindo sobretudo a mais sintomatologia depressiva.

**Palavras chave:** Vergonha, Evitamento experiencial, Regulação emocional, Patologia do Comportamento Alimentar e sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress

## **The role of shame, experiential avoidance and emotional regulation in the development of psychopathology: implications on Eating disorders**

It's well known that emotions don't cause suffering and drive to psychopathology themselves, but rather the attempts of controlling, changing or avoiding the experience and expression of those emotions.

The non acceptance of emotions that cause suffering as shame influences the adoption of desadaptative emotion regulation strategies as Supression, Rumination and Dissociation which may perpetuate the experiential avoidance.

This research has its main goal to study if there are differences between subjects with eating disorders and without pathology in the way of coping with shame, there is, if the eating disorders symptoms are linked with experiential avoidance and failed attemptatives of emotional regulation. In addition, we intended to study the impact of these variables in the development of symptoms of depression, anxiety and stress.

Based on one clinical sample with 30 female participants and one sample with 60 female participants from the general population, we held our studies separately for the two samples. The results suggest that subjects with eating disorders show higher levels of shame, experiential avoidance and psychopathology, and ruminate, suppress and dissociate more than the subjects without pathology. In addition, the results point also to Rumination as the most common strategy to deal with shame contributing mainly to more depression.

**Key words:** Shame, experiential avoidance, Emotional Regulation, Eating disorders, symptoms of depression, anxiety and stress

## **Agradecimentos**

À minha mãe pelo apoio, presença e carinho inquestionáveis e por ser a pessoa com quem aprendi o significado de empatia e compaixão.

Ao meu pai, por contribuir tanto para a minha aprendizagem e ser um modelo de referência a tantos níveis.

À minha irmã, por todas as manifestações de afecto, orgulho e apoio.

À minha avó, pela forma idiossincrática de mimo e conforto.

À Angelita, pela amizade inabalável, incentivo e presença essencial na minha vida, ainda que separadas por alguns kms.

Ao Sérgio e à Joana D.G. pelas tertúlias que diminuíram drasticamente o tamanho dos obstáculos. Obrigada pelo apoio, motivação e sobretudo inspiração.

À Ana Filipa, à Débora, à Luisa, à Sónia, à Rehana, à Tininha, à Joana Nunes, à Joaninha, à Tatas, à Cecília e à Ivone

À D. Rosário, pela sua disponibilidade e palavras de incentivo.

À Professora Doutora Ana Paula Matos pela orientação, atenção e apoio essenciais na realização deste trabalho.

A todos os que estiveram presentes nestes 5 anos e os tornaram inesquecíveis.





## Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>I. Enquadramento conceptual</b> .....	2
1.1 Patologias do Comportamento Alimentar: breve conceptualização.....	2
2. Vergonha .....	3
2.1 Vergonha e Patologia do Comportamento Alimentar .....	4
3. Regulação Emocional.....	6
3.1 Regulação Emocional e Patologia do Comportamento Alimentar .....	7
4. Evitamento Experiencial e Patologia do Comportamento Alimentar .....	9
5. Estratégias de Regulação Emocional e Patologia do Comportamento Alimentar.....	10
5.1 Supressão expressiva .....	10
5.2 Ruminação .....	11
5.3 Dissociação .....	12
<b>II. Objectivos</b> .....	13
<b>III. Metodologia</b> .....	14
1. Descrição da amostra .....	14
2. Instrumentos.....	15
3. Procedimento .....	18
<b>IV. Resultados</b> .....	19
1. Estudo das diferenças entre a população clínica e o grupo da população geral nas variáveis em estudo.....	19
<b>Estudo 1.</b> Relação entre Vergonha Interna, Vergonha externa, evitamento experiencial e sintomatologia depressiva e ansiosa e associada ao stress na população geral e clínica ...	19
1.1 Estudo correlacional entre vergonha interna, evitamento experiencial e psicopatologia .....	19
1.2 Estudo correlacional entre vergonha externa, evitamento experiencial e psicopatologia.....	20
1.3 Estudo da vergonha interna e vergonha externa como variáveis preditoras da psicopatologia .....	20
1.4 Estudo da vergonha interna e da vergonha externa como variáveis preditoras do evitamento experiencial .....	24
1.5 Estudo do evitamento experiencial enquanto variável preditora da psicopatologia .....	25
1.6 Estudo do efeito de mediação do evitamento experiencial na relação entre a vergonha interna e a psicopatologia.....	26
1.7 Estudo do efeito de mediação do evitamento experiencial na relação entre a vergonha externa e a psicopatologia.....	27
<b>Estudo 2.</b> Relação entre vergonha interna, vergonha externa, estratégias de regulação emocional e sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress na população geral e na população clínica .....	29

2.1 Estudo correlacional entre vergonha interna, vergonha externa, estratégias de regulação emocional (ruminação, supressão e dissociação) e psicopatologia.....	29
2.2 Estudo da vergonha interna e da vergonha externa enquanto variáveis preditoras das estratégias de regulação emocional (ruminação, supressão e dissociação) .....	30
2.3 Estudo das estratégias de regulação emocional (ruminação, supressão, dissociação) enquanto variáveis preditoras da psicopatologia .....	32
2.4 Estudo do efeito de mediação das estratégias de regulação emocional (ruminação, supressão e dissociação) na relação entre vergonha interna e psicopatologia.....	35
2.5 Estudo do efeito de mediação das estratégias de regulação emocional na relação entre vergonha externa e psicopatologia .....	38
Estudo III. Estudo da relação entre estratégias de regulação emocional, evitamento experiencial e sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress na população geral e na população clínica .....	41
3.1 Estudo correlacional entre estratégias de regulação emocional, evitamento experiencial e psicopatologia .....	41
3.2 Estudo das estratégias de regulação emocional enquanto variáveis preditoras do evitamento experiencial .....	42
3.3 Estudo do efeito de mediação das estratégias de regulação emocional na relação entre evitamento experiencial e a psicopatologia .....	43
<b>V. Discussão dos resultados</b> .....	45
<b>VI. Conclusões</b> .....	53
<b>VII. Bibliografia</b> .....	55
<b>Anexos</b>	



## Introdução

A literatura tem evidenciado de forma consistente os efeitos da vergonha na psicopatologia em geral (Cheung, Gilbert & Irons, 2003) hipotetizando o seu papel enquanto factor de vulnerabilidade, consequência e parte integrante da fenomenologia de diversos quadros clínicos.

A par deste interesse pela vergonha, também as competências de regulação de emoções percebidas como aversivas tem vindo a ser objecto de estudo, supondo-se que não é a emoção em si que contribui para a psicopatologia mas sim a forma como os indivíduos a processam e lidam com ela (Wiser & Telch, 1999 cit. in Evers, Marijin Stok & Ridder, D., 2010).

Neste sentido, o fenómeno de evitamento experiencial, isto é, a tentativa de evitar os estados emocionais percebidos como aversivos através da adopção de medidas para alterar a forma e a frequência destes estados e dos contextos que os originam, tem sido apontado como um factor preponderante para o desenvolvimento e manutenção de várias formas de psicopatologia (Orsillo, Roemer & Holowka, 2005). Como medidas frequentemente associadas a este processo de regulação emocional destacam-se algumas estratégias como a Ruminação, a Supressão e a Dissociação as quais se supõe que cumpram a função de evitamento do afecto negativo, contribuindo assim de forma paradoxal para a sua manutenção.

A análise destes processos que operam num contínuo normal-patológico revela-se profícua para a compreensibilidade de quadros clínicos como a Patologia do Comportamento Alimentar, no qual a vergonha e as tentativas disfuncionais de regular emoções tidas como aversivas constituem-se como factores preponderantes na sua etiologia e manutenção (Gee & Troop, 2003; Sanftner et al., 1995; Swan & Andrews, 2003 cit. in Gupta, Rosenthal, Mancini, Cheavens & Lynch, 2008). Estas dificuldades ao nível da regulação de emoções parecem também contribuir para os níveis elevados de Depressão, ansiedade e stress característicos deste quadro clínico, (Mayer, 2001 cit. in Harrison, Sullivan, Tchanturia & Treasure, 2009).

Não obstante o crescente interesse no estudo destes processos associados à Patologia do Comportamento Alimentar, não foram encontrados estudos que explorem os efeitos da Ruminação, Supressão e Dissociação na psicopatologia, assim como a sua função de evitamento experiencial do sofrimento associado à experiência de vergonha.

Neste sentido, esta investigação procura ajudar a compreender melhor de que forma é que os indivíduos com Patologia do Comportamento Alimentar, dadas as dificuldades na regulação emocional reconhecidas pela literatura, lidam com a experiência de vergonha. Partindo da premissa teórica que estes indivíduos procuram evitar emoções negativas, procuramos também explorar se a Ruminação, a Supressão e a Dissociação são

estratégias utilizadas para cumprir essa função e de que forma é que contribuem para a sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress.

## I – Enquadramento conceptual

### 1.1 Patologias do comportamento alimentar: breve conceptualização

O DSM - IV-TR reconhece como principais patologias do comportamento alimentar (PCA) em termos de prevalência e gravidade da sintomatologia a Anorexia e a Bulimia Nervosa, providenciando também uma categoria para perturbações alimentares sem outra especificação que inclui outros padrões alimentares disfuncionais.

A Anorexia constitui-se talvez como a perturbação psiquiátrica mais homogénea, atendendo ao seu início precoce, apresentação estereotipada dos sintomas e respectiva evolução e especificidade de género (Kaye, Fudge & Paulus, 2009 *cit. in* Vilarinho, S., 2003). A sua principal característica é a restrição alimentar excessiva, sendo que os critérios de diagnóstico incluem a recusa em manter um peso considerado normativo para a idade, amenorreia, medo inadequado de ganhar peso e a perturbação da avaliação do peso e forma corporal (Baer, Fischer & Huss, 2006), recorrendo geralmente ao exercício físico de forma excessiva.

Nesta perturbação destacam-se dois tipos de comportamento: o **restritivo**, no qual a perda ponderal é atingida somente através da dieta e o **purgativo** no qual a restrição é intercalada com períodos pontuais de desinibição da restrição ou comportamentos similares aos indivíduos com Bulimia Nervosa, nomeadamente de empanturramento e purga (Kaye, Fudge & Paulus, 2009).

A Bulimia Nervosa apresenta como características comportamentais mais salientes a ocorrência de episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva (Walsh & Garner, 1997) e o uso de métodos compensatórios inapropriados subsequentes aos episódios de ingestão compulsiva no sentido de evitar o ganho ponderal. Estes diferenciam-se entre comportamentos de purga discrimináveis, quantificáveis e fáceis de definir como o vômito auto-induzido e o abuso de laxantes e diuréticos os quais são consensualmente aceites como comportamentos patológicos e os comportamentos não purgativos como o exercício físico intenso ou dieta.

É de realçar que não obstante as diferenças, estas perturbações apresentam como mínimo denominador comum a presença de uma dieta e perda de peso que se constitui como uma fase crucial no seu desenvolvimento. O esforço envolvido na sua manutenção poderá advir da função que a perda de peso assume e que é consensualmente descrita pela literatura como uma forma de elevar o valor pessoal e obter a aprovação/aceitação dos outros (Strong & Huon, 1999).

Atendendo às dinâmicas das PCA, a investigação tem vindo a considerar que os respectivos sintomas reflectem sentimentos de inadequação e indignidade que são consistentes com o fenómeno da vergonha (Burney & Irwin, 2000) tendo já sido descritas como “perturbações de vergonha” (Kaufman, 1989 *cit. in* Keith, Gillanders & Simpson, 2009).

## 2. Vergonha

Segundo uma perspectiva evolucionária, os seres humanos desenvolveram competências específicas para aprender, compreender e desempenhar papéis sociais nas relações e desde cedo se aprende quais os sentimentos de aprovação ou desaprovação que estimulamos nos outros dada a importância de sermos atraentes para estes e potenciarmos o seu investimento em nós. Esta necessidade que evolucionariamente está correlacionada com um maior acesso a recursos sociais, como parceiros sexuais, aliados ou maior apoio social influenciou o desenvolvimento de vários mecanismos para dar resposta a certas ameaças à perda desta posição/status social (Gilbert, P., 2002). Neste sentido, a vergonha pode ser conceptualizada como uma estratégia de limitação de danos interpessoais que, na presença de uma ameaça, percebida ou real, ao estatuto social da pessoa, i.e, possibilidade de rejeição ou desvalorização decorrente de ser ou poder ser um objecto social indesejado activa um núcleo de defesas (e.g, fuga, submissão, camuflagem ou raiva (Gilbert, P., 2003) que se constituem como estratégias para evitar a perda de estatuto do indivíduo e a subsequente limitação dos recursos sociais supracitados.

A par de emoções como o orgulho, embaraço e culpa, a vergonha é uma emoção secundária, de ordem superior e auto - consciente. Estas desenvolvem-se depois das primárias / básicas (e.g, raiva, medo, ansiedade, tristeza, alegria), dependendo de algumas competências cognitivas em maturação que começam a surgir por volta dos dois anos de idade e que integram a capacidade para reconhecer o eu como agente social, tais como: a capacidade para reconhecer o *self* como objecto para os outros; a capacidade para fazer julgamentos acerca do que os outros poderão pensar (teoria da mente); capacidade de reflexão acerca dos seus pensamentos, sentimentos e comportamentos e capacidade de lhes atribuir um significado (metacognição); a consciência das contingências de aprovação/desaprovação e a capacidade para desempenhar papéis e compreensão das regras sociais (Gilbert, P., 2002).

As competências supracitadas aliadas à motivação inata para estabelecer relações de vinculação e à necessidade de gerar afecto positivo na mente dos outros, constituem condições *sine qua non* para a experiência desta emoção que abarca vários componentes: cognitivo social/ externo visto os afectos relacionados com a vergonha surgirem em contextos sociais e decorrerem de cognições nas quais os outros vêem o self como inferior, inadequado, não atraente e passível de ser rejeitado (vergonha externa); auto - avaliação interna relacionada com um conjunto de avaliações do self como mau, inadequado e sem valor (vergonha interna), auto - criticismo e ataques ao self e internalização dos pensamentos automáticos negativos que se prendem com a desvalorização do self (vergonha interna); emocional, sendo que as emoções mais associadas com a vergonha são a ansiedade, a raiva, a repulsa, e a interrupção e perda de afecto positivo; comportamental, associada a comportamentos defensivos, tais como inibição do comportamento, evitamento, fuga; fisiológico, podendo envolver nalguns casos a activação do sistema parassimpático (Gilbert, P., 2002, 2007).

Atendendo à premissa nuclear respeitante a este construto de que a forma como nos vemos a nós próprios está associada ao que pensamos que os outros pensam de nós, importa distinguir sumariamente as duas dimensões da vergonha, as quais dependem se a objectificação e avaliação negativa do self é feita pelos outros e/ou pelo indivíduo, correspondendo respectivamente às dimensões consideradas por Gilbert (2002, 2003, 2007)

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

de vergonha externa e interna. A vergonha externa está relacionada com pensamentos e sentimentos acerca do eu como objecto social, assim como com *experiências* de aceitação ou de rejeição e expectativas negativas de que os outros irão julgá-lo como não atractivo. É quando sentimos que os outros nos vêem com afecto negativo, desejo de criticar ou evitar que a vergonha externa é activada (Gilbert, P., 2002).

A internalização da vergonha surge quando existe uma identificação com a mente do outro que o indivíduo considera como significativo e detentor da capacidade para o avaliar, começando a construir um discurso interno pautado por auto-avaliações de teor auto - crítico nas quais vê o eu como inferior e sem valor.

Na verdade, a vergonha, em especial a interna, surgiu como uma forma distinta de considerar a auto-avaliação e a sua associação com a psicopatologia (Gilbert, P., 2002), constituindo-se como um construto com uma maior especificidade do que a “baixa auto-estima” comunmente considerada o denominador comum e transversal aos indivíduos com patologia do comportamento alimentar.

## 2.1 Vergonha e Patologia do Comportamento Alimentar

A vergonha é uma emoção complexa e universal que pode em níveis normativos facilitar interacções e actividades diárias através do encorajamento de comportamentos apropriados (*cit in.* Rubeis & Hollenstein, 2008). No entanto, alguns indivíduos experienciam vergonha de forma desproporcional à situação ou na generalidade das situações, o que aumenta o risco de desenvolvimento de várias formas de psicopatologia, de entre as quais se destacam a ansiedade, a depressão e a patologia do comportamento alimentar.

A experiência de emoções negativas intensas e uma elevada reactividade a estas é comum a mulheres com uma PCA ou com sintomas de uma PCA., sendo que aliada a esta maior vulnerabilidade em experienciar emoções conotadas como aversivas, encontram-se dificuldades na sua regulação, destacando-se de forma particular o coping com os sentimentos de vergonha (Gee & Troop *cit in.* Gupta, Rosenthal, Mancini, Cheavens, & Lynch.( 2008).).

A experiência de vergonha nos indivíduos com perturbações alimentares tende a ser dinâmica e variável, sendo que a literatura tende a associar as flutuações no comportamento alimentar perturbado à regulação de emoções percebidas como negativas.

Não obstante a escassez de estudos empíricos que relacionem a vergonha com a patologia do comportamento alimentar (Grabhorn et al., 2006) os existentes demonstram de forma consistente correlações positivas, não sendo ainda consensual se a vergonha é apenas um factor de vulnerabilidade para o desenvolvimento da patologia, uma consequência da perturbação, parte da fenomenologia da própria patologia ou o conjunto destas tres hipóteses.

A literatura destaca associações com a vergonha corporal, com a ingestão compulsiva e com os comportamentos de purga (Keith, Gillanders & Simpson, 2009), verificando-se geralmente uma maior ênfase no papel da vergonha como um factor de manutenção dos comportamentos bulímicos. No entanto, também no que toca aos comportamentos anorécticos é apontada como um construto importante para a sua compreensibilidade, visto ser uma experiência comum e reportada por indivíduos anorécticos que sentem vergonha pelo seu desejo por comida ou como uma consequência de uma ingestão alimentar objectiva.

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

No sentido de melhor perceber os efeitos desta emoção nas perturbações alimentares consideramos pertinente aludir à conceptualização de Gilbert (2002) que distingue dois tipos de espirais entre a vergonha e o orgulho relacionadas com a vergonha externa e interna: as espirais vergonha-orgulho tendencialmente mais associadas aos comportamentos anorécticos e as espirais de vergonha- vergonha associadas aos comportamentos bulímicos. Ambos os ciclos estão suportados por um modelo biopsicossocial (Goss, K. & Gilbert, P., 2002) que inclui disposições genéticas, temperamentais e valores socioculturais que intensificam a competição relativa à forma e aparência corporais (Stice, Agras & Hammer, 1999 *cit in*. Goss, K. & Gilbert, P., 2002). São estes mesmos factores que influem tanto na vergonha externa, como na vergonha interna (auto-percepção e identidade), acentuando a sensibilidade interpessoal.

Assim, a perda significativa de peso e a consideração da imagem corporal no sentido de elevar o valor pessoal é uma forma encontrada pelos indivíduos que desenvolvem uma perturbação alimentar de se defender das ameaças sociais (e.g. rejeição).

Na espiral vergonha- orgulho, tendencialmente mais associada aos comportamentos anorécticos, as estratégias de coping para lidar com a vergonha e com o feedback negativo focam-se no controlo da dieta alimentar, sendo que uma restrição alimentar bem sucedida conduz ao sentimento de orgulho e perpetuação do comportamento restritivo. Voltar a comer significa não só um retorno às ameaças que o envergonham (e.g. ser gordo, feio), mas também uma forma de abolir o comportamento que lhes transmite um sentimento de orgulho, perdendo assim a fonte de comparação social positiva com os outros (competição). A sensação de ser derrotado e controlado pelos outros têm implicações extremamente negativas ao nível da identidade do indivíduo (Goss, K. & Gilbert, P., 2002).

A segunda espiral, referente ao comportamento alimentar compulsivo, descreve uma auto - perpetuação cíclica distinta dos comportamentos associados à anorexia e restrição, embora os factores secundários relevantes para o desenvolvimento da vergonha interna e externa sejam semelhantes em ambos os modelos (Goss, K. & Gilbert, P., 2002). Apesar do controlo emocional (orgulho e evitamento da vergonha) ser extremamente importante nas patologias de restrição alimentar, como a anorexia, no comportamento alimentar compulsivo, as estratégias de *coping* inadequadas, especialmente em contextos interpessoais, parece ser o problema mais relevante na sua manutenção (Goss, K. & Gilbert, P., 2002).

Neste grupo de indivíduos, o comportamento compulsivo e a purga estão directamente relacionados com tentativas de controlo emocional, evitamento de emoções negativas e dissociação (Waters, Hill & Waller, 2001). Efectivamente, a literatura considera que a vergonha antecede e procede os episódios de ingestão compulsiva e purga, não se sabendo no entanto se esta emoção é uma causa primária ou um efeito da própria perturbação.

Num estudo que visava investigar a mediação de competências de regulação emocional nos efeitos da vergonha na sintomatologia de uma PCA (Gupta, Rosenthal, Mancini, Cheavens, & Lynch., 2008) os resultados apontaram que a experiência de vergonha não era uma consequência de mais afecto negativo geral visto verificar-se um aumento da tendência para experienciar vergonha após a tentativa de controlo do afecto negativo. Ademais, quando comparando a afectividade negativa geral com a vergonha, os resultados indicaram que esta foi a única variável com cariz preditivo dos sintomas de PCA, o que é consistente com os resultados de diversos estudos indicadores do importante papel da activação da vergonha na etiologia e

manutenção dos sintomas das PCA (Gee & Troop, 2003; Sanftner et al., 1995; Swan & Andrews, 2003 *cit. in* Gupta, Rosenthal, Mancini, Cheavens, & Lynch. (2008).

A este respeito, importa salientar que as emoções baseadas na vergonha que podem ser experienciadas como um misto de raiva, ansiedade, tristeza e desânimo e percebidas como negativas/ desagradáveis são precisamente aquelas que os indivíduos com perturbações alimentares se habituam a controlar (Goss, K. & Gilbert, P., 2002). Assim, por considerarem a sua experiência insustentável reúnem esforços para diminuir a sua forma, frequência e circunstâncias de forma rígida e inflexível.

### 3. Regulação emocional

A ideia consensualmente aceite de que todas as formas de psicopatologia são concomitantes com sintomas de desregulação emocional (Cole, Michel, & O'Donnell-Teti *cit. in*. Zeman, J. & Sim, L., 2004) e de que estes estarão na base de problemas pessoais e interpessoais (Simpson, Hughes & Snyder, 2006) contribuiu para um maior enfoque da investigação nos processos emocionais dos indivíduos e nas respectivas estratégias a que recorrem como forma de regulação.

Importa antes de mais abordar alguns pressupostos teóricos deste processo, começando pela conceptualização do construto de regulação emocional que engloba os processos pelos quais os indivíduos influenciam as suas emoções, nomeadamente, o momento em que as têm e a forma como as experienciam e as expressam, sendo que estes processos se estendem ao longo de um contínuo, cujos extremos são a regulação consciente, controlada e que envolve esforço e a regulação inconsciente e automática (Gross, 1998a).

O modelo conceptual da regulação emocional, proposto por Gross (1998a) preconiza um desenrolar sequencial dos processos regulatórios, ao qual subjaz a ideia de que as emoções iniciam-se com a avaliação de pistas emocionais internas e externas por parte do indivíduo, sendo que certas avaliações geram um conjunto de tendências comportamentais passíveis de ser moduladas, conferindo forma às respostas emocionais manifestas. Assim, a regulação emocional representa uma das formas para regular os afectos, sendo que todas essas formas implicam tentativas de alterar algum aspecto da interacção entre o sujeito e o ambiente percebido pelo sujeito de modo positivo ou negativo (Gross et al., 2006). Envolve também mudanças na natureza da emoção, na sua latência e tempo de activação, bem como na sua duração e intensidade (Gross et al., 2006).

Este processo está intimamente ligado ao nível de flexibilidade e capacidade de adaptação do sujeito às exigências do meio, remetendo para o início e/ou manutenção de estados emocionais positivos e para a diminuição de estados emocionais negativos (Bridges, Denham & Ganiban, 2004).

As estratégias de regulação emocional podem ser diferenciadas ao longo da linha temporal supracitada, segundo o momento em que vão ter impacto no processo gerador das emoções, podendo focar-se nos antecedentes da resposta emocional, isto é, antes das tendências de resposta emocional serem completamente activadas influenciando nas respostas comportamentais e fisiológicas (selecção da situação, modificação da situação, o desdobramento atencional e a mudança cognitiva/ reavaliação) ou focadas na resposta emocional que compreendem as tentativas do indivíduo alterar (intensificar, diminuir, prolongar a restrição da experiência ou expressão) as tendências de resposta (e.g. supressão expressiva).

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

A selecção da situação refere-se a um conjunto de acções que facilitam/ dificultam a vivência de situações com valência emocional positiva/ negativa para o sujeito. A modificação da situação visa alterar o seu impacto emocional através da criação de alternativas para alterá-la. Visando também a regulação das suas emoções, o desdobramento atencional diz respeito à forma como os indivíduos dirigem a sua atenção (e.g, ruminação na qual a atenção é sistematicamente dirigida às emoções e respectivas consequências) [Gross & Thompson, 2007].

A mudança cognitiva/ reavaliação subsiste em alterar a forma como a situação é avaliada de modo a alterar o seu significado emocional (Gross & Thompson, 2007).

Assim, uma regulação emocional eficaz implica respostas a estados afectivos que permitem a aceitação subjectiva e psicológica do sofrimento bem como a capacidade de prossecução de objectivos, valorizados pelo sujeito, a curto e a longo prazo. Envolve ainda a selecção de estratégias adequadas e um grau de flexibilidade na sua aplicação, o que, por si só, traduz-se como um indicador de ajustamento psicológico (Campbell-Sills & Barlow, 2007). Importa ainda realçar que a regulação emocional não se circunscreve apenas à adopção de comportamentos que temporariamente e de forma mal adaptativa reduzem o afecto negativo. Compreende entre outras coisas, a identificação e discriminação entre estados emocionais; a aceitação de emoções aversivas; a inibição do comportamento compulsivo e a acção consistente com objectivos mesmo quando emocionalmente activos e o acesso a um leque de estratégias para regular as emoções (Gratz & Roemer, 2004).

A ineficácia deste processo refere-se quer ao insucesso da tentativa de redução do afecto não desejado quer à precedência dos custos a longo prazo sobre os benefícios a curto prazo.

### **3.1 Regulação emocional e Patologia do Comportamento Alimentar**

A habilidade de regular e gerir as próprias emoções é um importante aspecto na conceptualização de uma perturbação alimentar sendo que a desregulação emocional ou as dificuldades na experiência emocional são considerados como factores preponderantes na sua etiologia e manutenção (Mayer, 2001, *cit in* Harrison, Sullivan & Tchanturia, 2009).

A literatura considera de forma consensual que há uma ligação entre factores emocionais e a psicopatologia alimentar, sendo que o comportamento alimentar perturbado é tendencialmente mais provável aquando da experiência de estados emocionais negativos (Meyer, C. et al., 2010). No entanto o processo exacto através do qual as emoções afectam o comportamento alimentar emerge como uma das questões centrais ainda por responder, supondo-se que não é a emoção em si que elicita a mudança no comportamento alimentar mas sim a forma como se lida com ela (Wiser & Telch, 1999 *cit in*. Evers, Marijn Stokl, & Ridder, 2010.)

A partir de uma análise transversal de modelos teóricos e estudos empíricos é possível reter algumas ideias consensuais nucleares. Uma delas é que a sintomatologia de uma PCA é marcada por níveis elevados de ansiedade e de depressão, sendo que os estados emocionais negativos são percebidos como aversivos pelos indivíduos e subsequentemente difíceis de aceitar (Gupta, Rosenthal, Mancini, Cheavens, & Lynch, (2008).

Esta não aceitação do afecto negativo conduz a tentativas para a sua redução temporária através da regulação da activação emocional aversiva (Heatherton & Burmeister, 1991; Polivy & Herman, 1993 *cit in* Gupta,

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

Rosenthal, Mancini, Cheavens, & Lynch. (2008).).

Assim, a percepção do afecto negativo como insuportável é considerada como um dos factores precipitantes para o comportamento alimentar perturbado predizendo a restrição, a ingestão alimentar compulsiva e os comportamentos compensatórios (e.g, vômito, exercício físico excessivo) [Costorphine, 2006 *cit in*, Harrison, Sullivan & Tchanturia, 2009].

No que concerne a este último ponto, os estudos apontam que a sintomatologia depressiva e os níveis elevados de afecto negativo predizem efectivamente um comportamento alimentar perturbado e sintomas bulímicos (Killen et al, 1996; Stice, 2001; Stice & Agras, 1998; Wertheim et al., 2001 *cit.in* Zeman & Sim, 2006) salientando-se o estudo de Polivy e Herman (1993) no qual os resultados indicam que as dificuldades em aceitar o afecto negativo é um dos factores precipitantes mais comuns para a ocorrência de um episódio de ingestão compulsiva. Supõe-se que este comportamento poderá ser influenciado pela crença de que comer ajuda a reduzir o *distress*, o que reforça a manutenção dos episódios supracitados.

Considera-se também que o exercício físico excessivo nas anorécticas actua também como um mecanismo alternativo aos ciclos típicos de “restrição - ingestão compulsiva - comportamentos compensatórios” da Bulimia, cumprindo também a função de regulação de estados afectivos disfóricos a par da restrição alimentar (Peñas- Lledó et al., 2002 *cit.in* Gilboa- Schechtman, Avnon, Zubery & Jeczmiem, 2006).

Rezek e Leary (1991) sugerem também que a restrição alimentar pode não ser apenas direccionada para a regulação de sensações de perda de controlo mas também, e talvez sobretudo, para a regulação de outras emoções negativas que acompanham esta percepção (Gilboa- Schechtman, Avnon, Zubery & Jeczmiem, 2006).

A adopção destes comportamentos alimentares disfuncionais contribui de facto para uma redução temporária do afecto negativo o que conduz à sua manutenção por reforço negativo. Num dos estudos verificou-se que sob uma condição de afecto negativo induzido, as participantes reportaram uma redução da ansiedade após a ingestão compulsiva (Agras & Telch, 1998; Telch & Agras, 1996) ao passo que noutro estudo (Steinberg et al, 1990) com participantes que procuravam tratamento para PCA, foi reportada uma redução na ansiedade após a purga.

Dada a relação encontrada em diversos estudos entre a experiência de afecto negativo e a sintomatologia de uma PCA considera-se ainda que as dificuldades ao nível da regulação emocional tornarão mais difícil a experiência de emoções conotadas como aversivas o que poderá predispor a adopção de comportamentos alimentares disfuncionais (Lavender, J., & Anderson, D.A., 2010). Verifica-se também que os indivíduos com PCA tendem a ter episódios de ingestão compulsiva e a exibir menos capacidades de regulação emocional quando comparados com os de grupos de controlo, no que concerne particularmente a identificar e compreender emoções e a alterar estados de humor percebidos como negativos (Hayaki, J., 2009).

Assim, é possível hipotetizar que as dificuldades na regulação e na expressão emocional em indivíduos com PCA podem dever-se em parte a dificuldades na identificação, discriminação e tolerância a experiências internas percebidas como aversivas, como estados emocionais, cognições e sensações. Importa ainda salientar que não obstante o modelo do processamento social e emocional de Ochsner's (2008) postular que o reconhecimento das emoções e a regulação emocional são competências interrelacionadas e que se influenciam reciprocamente o que as torna transversais a ambos os diagnósticos de PCA, há dificuldades que se



encontram tendencialmente mais associadas aos diagnósticos de Anorexia e Bulimia. Assim as dificuldades ao nível da regulação do afecto negativo associam-se mais aos comportamentos bulímicos e as dificuldades ao nível da identificação, reconhecimento e descrição das emoções aos comportamentos anorécticos, como apontam os resultados do estudo que usou o Negative Mood Regulation Scale<sup>1</sup> (Catanzaro & Mearns, 1990), no qual mulheres com PCA apresentam um nível mais baixo de reconhecimento de emoções na condição “anorexia” e défices na regulação emocional na condição “bulimia” (Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery & Jeczmiern, 2006).

Importa realçar que muitos dos estudos que correlacionam o afecto negativo e respectivas tentativas de auto-regulação com a sintomatologia de uma PCA, representam a regulação do afecto através dos índices globais de afecto negativo ou depressão, não atendendo aos processos, estratégias e funções de regulação emocional. Esta lacuna tem vindo a ser colmatada com o crescente interesse nesta área que se traduziu em mais estudos a considerar estas variáveis, indicando como especialmente relevante para a compreensão da etiologia das PCA (1) o evitamento experiencial (Hayaki, J., 2009) por constituir-se como uma das formas de regulação de afecto mais comuns (Schmidt & Treasure, 2006 *cit in* Harrison, Sullivan & Tchanturia, 2009). e (2) a inibição da experiência emocional (Bekker & Spoor, 2008; Schmidt & Treasure, 2006 *cit. in* Harrison, Sullivan & Tchanturia, 2009).

Sinalizadas frequentemente em contexto clínico, as estratégias de regulação emocional, nomeadamente a supressão expressiva, a ruminação e a dissociação têm vindo gradualmente a ser consideradas variáveis importantes para uma maior compreensibilidade da etiologia e manutenção de uma PCA (Cooper, Grocutt, Deepack & Bayley 2007 *cit. in* Rawal., Park., & Williams, 2010).

#### **4. Evitamento experiencial e Patologia do Comportamento Alimentar**

O evitamento experiencial pode ser entendido como um fenómeno que ocorre quando um indivíduo não quer permanecer em contacto com um conjunto de experiências privadas que são avaliadas negativamente (e.g, sensações corporais, emoções, pensamentos, memórias, predisposições comportamentais) e age no sentido de alterar a frequência desses eventos e dos contextos que os causam (evitamento, supressão e outras formas de controlo) (Hayes, Wilson, Strosahl, Gifford & Follette, 1996; Blackledge & Hayes, 2001).

Os efeitos imediatos do evitamento experiencial são geralmente positivos, sendo as consequências a curto - prazo mais valorizadas do que as de longo - prazo (Hayes, 1996), assumindo assim a função de regulação emocional na medida em que é uma estratégia usada com o objectivo de diminuir a experiência de emocionalidade negativa (e.g, ansiedade), e consequentemente a não vivência do que antecipa que acontecerá após a experiência emocional.

Este processo apresenta no entanto um cariz paradoxal visto que ao tentar inibir pensamentos e sentimentos desagradáveis aumenta-se a frequência e a perturbação emocional dessas mesmas experiências (Gross, 1998a, 2002). A sua disfuncionalidade relaciona-se sobretudo com uma

---

<sup>2</sup> Instrumento de auto- resposta que mede a percepção de competência de um sujeito no recurso a diferentes estratégias de regulação do afecto negativo.

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

aplicação rígida e inflexível pois implica muito esforço, tempo e energia para gerir, controlar ou lutar contra os acontecimentos internos avaliados como negativos e indesejáveis.

O modelo dos factores de manutenção da Anorexia Nervosa proposto por Schdmit e Treasure enfatiza a função de evitamento de emoções negativas e de relações que possam espoletar essas emoções. Diversos estudos com base numa metodologia quantitativa ou questionários de auto- resposta que visavam avaliar as percepções dos indivíduos com Anorexia acerca da função desses comportamentos mostraram que estes são sobretudo usados no sentido de evitar ou controlar emoções (Wildes, Ringham. & Marcus, 2010).

Hipotetiza-se também que a preocupação com a comida, o peso e a forma permite aos indivíduos com PCA um evitamento de estímulos internos e externos potencialmente aversivos e gradualmente uma menor saliência das emoções o que se traduz na sensação frequentemente reportada por estes indivíduos de “emocionalmente anestesiados” (Wildes, Ringham & Marcus, 2010). Assim, a própria sintomatologia de uma PCA aumenta *per se* o evitamento experiencial de emoções e de cognições indesejadas.

A investigação indica também que os indivíduos com PCA tendem a apresentar um padrão de evitamento experiencial mais rigidificado do que grupos de controlo, o que estará relacionado com a persistência dos sintomas, não prossecução de objectivos e regulação emocional maladaptativa (Hayes, S.C., et al., 1996) Supõe-se também que a própria sintomatologia pode facilitar a capacidade de evitar emoções reforçando assim o processo de evitamento experiencial (Serpell, Treasure, Teasdale, & Sullivan, 1999 cit. in Rawal, Park, & Williams, 2009).

## **5. Estratégias de regulação emocional e Patologia do Comportamento Alimentar**

As estratégias de regulação emocional / cognitiva constituem-se como respostas cognitivas a eventos evocadores de emoções que visam modificar a magnitude e/ ou o tipo de experiência emocional ou o evento em si (Aldao, A., & Nolen- Hoeksema, S., 2010). A selecção das estratégias regulatórias é influenciada pelas metacognições que os indivíduos possuem acerca das mesmas, sendo que uma selecção adequada e um grau de flexibilidade na sua aplicação traduz - se como indicador de ajustamento psicológico (Campbell-Sills & Barlow, 2007), ao invés de um recurso rígido e inflexível o qual contribui para a sua ineficácia.

A investigação tem vindo a debruçar-se sobre a relação entre disposições para recorrer a determinadas estratégias e o papel destas na etiologia e manutenção de diversas perturbações, de entre as quais constam as patologias do comportamento alimentar (Nolen- Hoeksema, Stice, Wade & Bohon, 2007; Piran & Cornier, 2005 *cit in* Aldao, A., & Nolen- Hoeksema, S., 2010).

### **5.1 Supressão Expressiva**

Indivíduos que possuem elevados níveis de evitamento experiencial geralmente confiam na supressão, evitamento e outras estratégias no sentido de controlar as emoções (Campbell- Sills, L., Barlow, H.D., Brown & Hofmann, S.G., 2006).

A Supressão expressiva é uma forma de modulação da resposta que

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

envolve a inibição do comportamento expressivo da emoção (Gross, 1998a), constituindo-se como uma estratégia focada na resposta que vem relativamente tarde no processo generativo emocional. O momento em que surge no processo de geração emocional requer um esforço do indivíduo para gerir as tendências de resposta à medida que estas ocorrem, podendo consumir recursos cognitivos úteis para um melhor desempenho nos contextos sociais nos quais as emoções surgem. Não obstante ser efectiva na diminuição de expressão comportamental de emoção negativa a Supressão não será útil na redução de emoções negativas, podendo criar no indivíduo um sentido de incongruência ou discrepância, entre a experiência interna e a externa (John & Gross, 2004). A Supressão do pensamento refere-se ao processo consciente de tentar prevenir certos pensamentos de entrarem no fluxo da consciência, sendo reconhecida como uma resposta geralmente maladaptativa a um conjunto de factores stressores e um factor de risco para a psicopatologia (Carver et al, 1989; Folkman & Lazarus, 1980 *cit. in* Aldao, A., & Nolen- Hoeksema, S., 2010).

A supressão emocional tem vindo a ser estudada em conjunto com o evitamento experiencial, sendo que o seu uso está associado a consequências negativas que incluem níveis elevados de afecto negativo, níveis baixos de afecto positivo, ajustamento social pobre e menor bem-estar subjectivo (Gross & John, 2003 *cit in* Campbell- Sills, L., et al., 2006). Verifica-se também que o seu uso contribui para um aumento da activação do sistema simpático (Wegner, Broome, & Bloomberg, 1997; Wegner & Cold, 1995 *cit in* Aldao, A., & Nolen- Hoeksema, S., 2010) e da ansiedade e depressão (Borton, Markowitz & Dieterich, 2005 *cit.in* Aldao, A., & Nolen- Hoeksema, S., 2010). Hipotetiza-se também que o recurso continuado à supressão emocional impede a habituação aos estímulos percebidos como aversivos, o que poderá resultar numa hipersensibilidade à depressão e a sintomas e cognições relacionados com ansiedade.

De forma similar, os modelos de regulação emocional atinentes às PCA sugerem que a supressão está associada a episódios de ingestão compulsiva e a comportamentos compensatórios maladaptativos (Aldao, A., & Nolen- Hoeksema, S., 2010).

A supressão expressiva encontra-se também relacionada com a ruminação, podendo ser usada no sentido de interromper a ruminação no afecto negativo, com os efeitos paradoxais supracitados, i.e, um aumento do processo ruminativo.

## 5.2. Ruminação

A ruminação integra um conjunto de cognições, estados emocionais e comportamentos que dirigem a atenção do indivíduo para as causas e consequências dos sintomas negativos e para as auto-avaliações relacionadas com estes (Morrow & Nolen-Hoeksema, 1991 *cit in*. Gerin, Davidson, Christenfeld, Goyal & Schwatz, 2006), após a experiência de um evento stressor (Alloy et al., 2000 *cit in* Smith & Alloy, 2008). Foram identificados dois tipos distintos de ruminação, a reflexão e o brooding, sendo que a reflexão consiste num foco propositado em si mesmo para empenhar-se na resolução de problemas a fim de diminuir os sintomas negativos e o brooding compreende não só uma comparação passiva do estado actual do indivíduo com um padrão inatingido (Treyner et al., 2003) como também um foco nas consequências negativas dos seus sintomas (Miranda & Nolen-Hoeksema, 2007 *cit. in* O'Connor & Noyce, 2008).

Assim, os diferentes componentes da ruminação possuem consequências funcionais diferenciadas, destacando-se como estratégia

menos adaptativa o brooding, não obstante a possibilidade da auto-reflexão poder conduzir a ciclos auto-perpetuantes de cognições e estados emocionais negativos.

Enquanto estratégia de regulação emocional, a ruminação tem sido associada a uma resolução de problemas deficitária, a uma deterioração da cognição e da concentração, a um aumento do stress e a uma evocação aumentada das memórias autobiográficas negativas (Lyubomirsky, Caldwell & Nolen-Hoeksema, 1998 *cit in* Joormann, Dkane & Gotlib, 2006). Sustenta-se ainda que não obstante ser orientada por crenças metacognitivas positivas acerca da eficácia em remediar as discrepâncias percebidas, assume uma função de evitamento das emoções negativas o que conduz paradoxalmente a um aumento da magnitude destas (Smith & Alloy, 2009), predizendo assim um aumento do afecto negativo (Ciesla & Roberts 2007 *cit in* Selby, E., Michael, A. & Joiner, T.E., 2010).

Outros estudos indicam ainda que um aumento da activação e intensidade emocional prediz um maior enfoque na emoção, i.é, um aumento da ruminação. Assim, não obstante a adopção da ruminação visar a resolução do problema, a sua utilização constante pode efectivamente agravar o afecto negativo.

Não obstante os escassos estudos que analisem o processo de ruminação nas Patologias do Comportamento Alimentar, os seus resultados indicam o cariz preditivo deste processo na ocorrência de episódios de ingestão compulsiva no sentido de escapar dos eventos cognitivos percebidos como aversivos (Heatherton & Baumeister, 1991 *cit in* Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S., 2010) contribuindo para um aumento dos sintomas bulímicos (Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S., 2010). Foi também encontrada uma maior tendência deste processo em indivíduos com perturbações alimentares comparativamente com indivíduos do grupo de controlo (Rawal, A., Park, R. & Williams, M., 2010). É curioso que existam tão poucos estudos a examinar o processo de ruminação nas perturbações alimentares, visto um dos seus aspectos centrais ser precisamente a preocupação excessiva e o processo de cisma (*brooding*) em torno do controlo de peso e forma.

Existem diversas hipóteses acerca da função desempenhada pela ruminação nas PCA. No caso dos comportamentos anorécticos, o tipo de pensamento ruminativo em torno da comida, peso e forma poderá servir a função de evitamento experiencial de outras emoções, sendo portanto percebida como eficaz o que reforça a sua utilização. Teorias mais recentes sugerem que a ruminação e o evitamento constituem-se como partes de um tipo de processamento cognitivo que domina a experiência subjectiva das anorécticas e que contribuiu para a manutenção das suas representações esquemáticas disfuncionais. Ou seja, a forma como as cognições e emoções acerca do self e do corpo são processadas podem ter efeitos causais nos sintomas (Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S., 2010).

### 5.3. Dissociação

A dissociação é conceptualizada como um conjunto de comportamentos e experiências dispostos num contínuo que envolvem alterações funcionais da memória, percepção e identidade, bem como os processos psicofisiológicos que se pensa estarem associados a este fenómeno. A (dis)funcionalidade da dissociação está relacionada com o contexto em que é produzida (em resposta ao trauma ou não) e o contexto em que é experienciada e expressada (se é percebida pelo self e pelos outros como disfuncional ou anormal).

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

As experiências dissociativas podem ocorrer como resposta a um stress agudo ou a um trauma; em rituais sociais associados a sistemas de significado religioso e em performances artísticas ou como flutuações espontâneas na experiência consciente quotidiana (Kirmayer & Santhanam, 2001 cit. in Kirmayer & Seligman, 2008). O contínuo supracitado integra as experiências quotidianas de absorção (variações normais na consciência decorrentes de mudanças funcionais no processamento atencional e que podem resultar do envolvimento em pensamentos gerados internamente, imagens ou conteúdos imaginários (sonhar acordada, fantasia, divagação, reflexão), formas mais intensas e prolongadas de experiências dissociativas, como a despersonalização (sentimento de que não se é real) e a desrealização (sensação de que o exterior não é real), e fenómenos mais profundos como a amnésia dissociativa e alterações da identidade (Kihlstrom, 2005, cit in Kirmayer & Seligman, 2008).

A tendência para dissociar em resposta aos eventos stressantes pode reflectir um traço de personalidade ou um estilo de coping que pode estar associado a um risco aumentado de psicopatologia.

A investigação nas PCA preconiza uma associação entre a estratégia de dissociação e os comportamentos bulímicos (Vanderlinden & Vandereycken, 1997 cit. in Hallings- Pott, Waller, Watson & Scragg, 2005), assumindo a par da ingestão compulsiva a função de bloqueio do afecto negativo. Diversos estudos corroboram esta associação, de entre os quais se destacam o de Beaumont e Abraham (1983) no qual os resultados apontam que 75% das pacientes bulímicas experienciam despersonalização e desrealização durante os episódios de ingestão compulsiva e o de Everill, Waller e Macdonald (1995) o que sustenta que as pacientes bulímicas apresentam níveis mais elevados de dissociação do que o grupo de controlo (Hallings-Pott, Waller, Watson & Scragg, 2005). Em sessões clínicas com pacientes bulímicas os relatos de estados dissociativos sugerem que as pacientes dissociam em resposta a uma activação emocional que se torna assim inacessível. Assim, mediante uma pista emocional percebida como aversiva a activação deste processo facilita o comportamento de ingestão compulsiva.

## II - Objectivos

A presente investigação foi delineada a partir de alguns objectivos gerais a nível metodológico e pragmático.

Sob o ponto de vista metodológico, estabeleceu-se como primeiro objectivo procurar compreender a relação da vergonha externa e da vergonha interna com o evitamento experiencial e a sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress em ambas as amostras. Assim, visámos averiguar se a forma como os indivíduos lidam com o sofrimento associado à vergonha prediz de alguma forma a psicopatologia

Atendendo à revisão teórica, espera-se que a população clínica apresente níveis mais elevados de vergonha externa e vergonha interna, mais sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress e um padrão de evitamento experiencial mais consistente do que os indivíduos amostra geral.

Seguidamente, será explorada a eventual relação entre a vergonha, as estratégias de regulação emocional (ruminação, supressão e dissociação) e a sintomatologia depressiva e ansiosa nos indivíduos da população geral e da população clínica. Mais concretamente, em relação às hipóteses experimentais, espera-se que na população clínica os maiores índices de vergonha influenciem um recurso mais frequente e rígido a estas estratégias

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

de regulação emocional no sentido de evitar o afecto negativo. Esta hipótese é sustentada pela ideia consensual que estes indivíduos percebem o afecto negativo como insuportável envolvendo-se em esforços para diminuir o seu impacto. Sabendo dos efeitos paradoxais das estratégias que visam a redução do afecto negativo espera-se que a sua utilização mais frequente nesta amostra conduza a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress.

Ainda no que toca a este ponto pretendemos testar se as estratégias de regulação emocional desempenham eventualmente um efeito mediador entre a vergonha e a sintomatologia depressiva e ansiosa em ambas as amostras. Ou seja pretendemos verificar se a sintomatologia depressiva e ansiosa é explicada apenas pela experiência de vergonha ou se a Ruminação, a Supressão e a Dissociação aumentam o poder preditivo desta emoção.

Sabendo-se que as estratégias de regulação emocional consideradas neste estudo são conceptualizadas pela literatura como formas de evitamento experiencial pretendemos averiguar a eventual existência de um efeito mediador da Ruminação, Supressão e Dissociação entre o evitamento experiencial e a sintomatologia depressiva e ansiosa e relacionada com o stress em ambas as amostras. Ou seja, visamos verificar se o impacto do evitamento experiencial na psicopatologia é directo e atinente a um padrão de evitamento geral ou se ocorre tendencialmente através de processos específicos

De cariz mais pragmático, o último objectivo prende-se com as implicações dos resultados da presente investigação para uma melhor compreensão de como estes processos operam e se relacionam. Para a prática clínica, constitui-se como um reforço premente para a consideração do papel da vergonha, do processo de evitamento experiencial e das estratégias de regulação emocional enquanto factores de manutenção da Patologia do Comportamento Alimentar.

### III - Metodologia

#### 1. Descrição da amostra

No sentido de atingir os objectivos propostos, conceptualizou-se um estudo transversal que avaliasse duas amostras, uma da população geral e outra clínica com Patologia do Comportamento Alimentar.

A selecção destas duas amostras prende-se com a pertinência de comparar e identificar eventuais diferenças nos resultados, sendo que a amostra da população geral é e como um grupo de contraste.

A amostra da população geral ficou constituída por 60 sujeitos com idades compreendidas entre os 14 e os 37 anos, sendo que a média de idades é de 23 anos ( $DP=4.8$ ). Nesta amostra 76.7% são estudantes e 23.3% são trabalhadores, sendo que 48.3% são licenciados e 28,3% completaram o ensino secundário. Em relação ao estado civil, 93.3% são solteiros e 6.7% casados.<sup>2</sup>

A amostra clínica é composta por 30 sujeitos com idades compreendidas entre os 15 e os 39 anos, com uma média de idades de 21.27 ( $DP=5.4$ ). Ao nível do diagnóstico, a amostra é composta por onze mulheres

<sup>2</sup> Anexo A, Tabela 1

diagnosticadas com anorexia; dez mulheres diagnosticadas com bulimia nervosa e nove diagnosticadas com perturbação alimentar sem outra especificação, sendo que sete haviam migrado do diagnóstico de anorexia nervosa. Na presente amostra 80% são estudantes e 20% trabalhadores, sendo que 46,7 % têm o ensino secundário e 26.7% uma licenciatura. No que toca ao estado civil, 83.3% são casados e 16.7% são solteiros.<sup>3</sup>

A recolha da amostra da população clínica efectuou-se no serviço de consulta externa dos Hopsitais da Universidade de Coimbra e no Gabinete de Apoio Psicológico dos Serviços Médicos da Universidade de Coimbra.

## 2. Instrumentos

Nesta investigação utilizou-se uma bateria de provas psicológicas, as quais passamos a descrever sumariamente.

### - Questionário de dados sócio-demográficos

Este questionário integra uma primeira parte de dados sócio – demográficos (e.g, idade, sexo, estado civil, nível sócio- económico, problemas psiquiátricos) comum à amostra geral e clínica e uma segunda parte que reporta só aos indivíduos da amostra clínica. Esta segunda parte foi preenchida pelos psicoterapeutas que acompanhavam os sujeitos com Patologia do Comportamento alimentar, integrando questões referentes ao diagnóstico e evolução da Perturbação.

### - **Acceptance and Action Questionnaire** (AAQ II Bond, F., et al, 2007) (Tradução e adaptação de Pinto Gouveia e Gregório., 2007).

O AAQ foi desenvolvido como uma medida de auto-relato que abrange vários aspectos da aceitação/ disposição *vs.* evitamento experiencial. Esta escala é constituída por 10 itens e visa avaliar o evitamento experiencial, o controlo, as avaliações negativas das *experiências* internas, a aceitação psicológica e a tendência para alterar o stress emocional.

Com base num formato de resposta tipo Likert, na qual 1 corresponde a “*Nunca Verdadeiro*” e 7 a “*Sempre Verdadeiro*”, os indivíduos analisam de que forma cada afirmação se aplica a si.

A versão original de 10 itens apresenta boas qualidades psicométricas, nomeadamente uma consistência interna de  $\alpha = .83$  e uma boa qualidade discriminante e convergente. No presente estudo, foi possível encontrar valores de *alpha de Cronbach* de .83 na amostra da população geral e de .65 na amostra clínica.

### - **Other As Shamer** (OAS; Goss, K., Gilbert, P. & Allan, S., 1994; Tradução e adaptação: Lopes, B., Pinto Gouveia, J. & Castilho, P., 2005)

Este questionário destina-se a avaliar a vergonha externa, sendo constituído por 18 itens que reportam a sentimentos ou experiências referentes à percepção do indivíduo acerca da forma como os outros o vêem. Tem por base uma escala de resposta tipo Lickert (em que 0 representa

<sup>3</sup> Anexo A, Tabela 2

“nunca” e 4 “quase sempre”.) As pontuações elevadas nesta escala traduzem um alto índice de vergonha externa.

Relativamente às propriedades psicométricas da versão original, esta apresentou uma boa consistência interna ( $\alpha=0.91$ ). Neste estudo, esta escala apresentou também uma consistência interna muito elevada para ambas as amostras ( $\alpha= .92$  na amostra da população geral e de  $\alpha=.93$  na população clínica.)

- **Eating Disorders Inventory** (EDI; Garner, Olmsted, & Polivy, 1983; Versão portuguesa de Machado, P., 2001).

Este questionário visa uma avaliação abrangente das dimensões comportamental e psicológica da patologia alimentar, podendo também ser utilizado como uma medida de diagnóstico. É constituído por 64 itens, divididos em oito subescalas, sendo que três das quais avaliam atitudes e comportamentos em relação ao peso, à forma corporal e à alimentação – procura da magreza (7 itens), bulimia (7 itens) e insatisfação corporal (9 itens). As restantes cinco escalas pretendem medir características psicológicas comuns aos indivíduos com patologia alimentar – ineficácia (10 itens), perfeccionismo (6 itens), desconfiança interpessoal (7 itens), consciência interoceptiva (10 itens) e medo da maturidade (8 itens). É pedido aos sujeitos que indiquem para cada item, em que medida se aplica a si próprios, existindo seis opções de resposta que variam entre “Sempre” e “Nunca”. Esta escala apresenta uma consistência interna adequada ( $\alpha$  de Cronbach de .80) (Garner et al., 1983). Relativamente à consistência interna da escala, para a versão portuguesa, verifica-se um  $\alpha$  de Cronbach de .91 para a procura da magreza, de .81 para a bulimia e de .91 para a insatisfação corporal.

Neste estudo, verifica-se que na amostra da população geral a escala apresenta uma boa consistência interna ( $\alpha= .92$ ) bem como na amostra da população clínica ( $\alpha=.85$ ). Na amostra clínica verifica-se que a subescala procura da magreza apresenta uma consistência interna baixa ( $\alpha=.52$ ) e a subescala bulimia e insatisfação corporal uma consistência interna elevada ( $\alpha= .87$  e  $\alpha= .81$  respectivamente). Na amostra geral, as subescalas supracitadas apresentam todos valores elevados de consistência interna, nomeadamente  $\alpha= .88$  para a procura da magreza;  $\alpha= .88.7$  para a bulimia e  $\alpha= .87.5$  para a insatisfação corporal.

É de salientar que neste estudo, esta escala foi usada apenas como uma escala de diagnóstico para confirmar o diagnóstico do psicoterapeuta que integra o questionário de dados sócio- demográficos, não sendo considerada para a análise

-**Internalized Shame Scale** (ISS Cook, 1987, 1994, 2001)

Esta escala foi construída no sentido de avaliar a emoção de vergonha enquanto traço, ou seja, como característica estável da personalidade em adolescentes e adultos. É constituída por duas subescalas que perfazem 30 itens: uma subescala com 24 itens que avalia a vergonha interna e uma segunda constituída por 6 itens atinentes à auto-estima. O formato de resposta é tipo Lickert, na qual 0 corresponde a “nunca” e 4 a “quase sempre”.

Quanto à consistência interna a versão original apresentou um valor

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012



de *alpha de Cronbach* de .88 e de .96 para a subescala de vergonha e de auto-estima, respectivamente. Neste estudo, apenas consideramos a subescala de vergonha para a análise, tendo encontrado uma boa consistência interna em ambas as amostras ( $\alpha=.91$  para a população clínica e de  $\alpha=.88$  para a amostra da população geral).

**- Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21;** Ribeiro, Honrado & Leal, 2004; tradução e adaptação portuguesa do DASS-42, Depression Anxiety Stress Scales-42; Lovibond & Lovibond, 1995).

A EADS consiste num questionário que visa medir os afecto negativo, sendo uma adaptação da escala original de 42 itens de Lovibond & Lovibond (1995, in Pais-Ribeiro, Honrado, Leal, 2004). A EADS organiza-se em tres sub-escalas: depressão, ansiedade e stress. Dentro da escala da depressão, destacam-se: a disforia (2 itens), o desânimo (2 itens), a desvalorização da vida (2 itens), a autodepreciação (2 itens), a falta de interesse ou de envolvimento (2 itens), a anedonia (2 itens) e a inércia (2 itens). A escala de ansiedade engloba a excitação do sistema autónomo (5 itens), os efeitos musculo-esqueléticos (2 itens), a ansiedade situacional (3 itens) e as *experiências* subjectivas de ansiedade (4 itens). No âmbito do item stress são contempladas a dificuldade em relaxar (3 itens), a excitação nervosa (2 itens), facilmente agitado/chateado (3 itens), a irritabilidade/reacção exagerada (3 itens) e a impaciência (3 itens). Para cada afirmação que reporta à semana anterior existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas num formato tipo Likert, numa escala de 4 pontos que vai desde “Não se aplicou nada a mim” a “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. No que concerne às características psicométricas, o *alpha de Cronbach* para as sub-escalas do EADS e de .83 para a depressão, .74 para a ansiedade e .81 para o stress. Verifica-se ainda que este instrumento permite diferenciar correctamente estes tres estados.

No presente estudo, o *alpha de Cronbach* é de .90 na subescala de depressão, .78 na subescala de ansiedade e .91 na subescala de stress na população clínica. Na amostra da população geral verifica-se uma boa consistência interna nas três subescalas, nomeadamente de  $\alpha=.76$  na subescala da depressão;  $\alpha=.89$  na subescala de ansiedade e de  $\alpha=.87$  na subescala de stress.

**- Questionário Respostas Ruminativas – versão reduzida (RRQ;** Nolen-Hoeksema, S., 2003; tradução e Adaptação: Pinto Gouveia, J. & Dinis, A., 2006).

Este questionário visa avaliar a extensão em que os indivíduos se focam repetidamente nas causas, significados e consequências do seu humor negativo e integra duas subescalas: a *cisma (brooding)*, que compreende uma comparação passiva do estado actual do indivíduo com um padrão inatingido e um foco nas consequências negativas e a *reflexão* que supõe metacognições com características mais epistémicas e que acede ao grau em que os indivíduos se empenham na resolução de problemas cognitivos para aliviar a sua aflicção (Treyner, Gonzalez e Nolen-Hoeksema, 2003)

Os entrevistados indicam quantas vezes eles pensam ou fazem cada item de quase “nunca” (1) a “quase sempre” (4). Ambas as subescalas são consistentes ( $\alpha=.82$  e  $\alpha=.85$  para cisma e reflexão, respectivamente).

No presente estudo ambas as escalas verificaram uma boa consistência interna, apresentando o valor de  $\alpha=.72$  quer na amostra da população geral quer na amostra clínica.

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

**-The White Bear Suppression Inventory** (WBSI, Wegner, D. & Zanakos, S., 1994) (Tradução e adaptação de Pinto Gouveia, J. e Albuquerque, P., 2007)

Este inventário de 15 itens visa medir a tendência geral para suprimir pensamentos negativos não desejados, com base numa escala tipo Likert, de 1 “*Discordo Fortemente*” a 5 “*Concordo Fortemente*”. Os estudos psicométricos em estudantes mostraram que WBSI mede um factor, sendo um instrumento fiável em termos de consistência interna e estabilidade teste-reteste (Wegner & Zanakos, 1994; Muris, Merckelbach & Horselenberg, 1996). Os itens desta escala correlacionam-se positivamente com as medidas de vulnerabilidade emocional e medidas de pensamento obsessivo, depressivo, e afecto negativo (Wegner & Zanakos, 1994; Muris et al., 1996). O WBSI prevê também sinais de obsessão clínica entre sujeitos predispostos a pensamentos obsessivos e depressão (Wegner & Zanakos, 1994). As pontuações do WBSI foram relacionadas positivamente com as frequências do pensamento intrusivo em experiências de supressão do pensamento (Muris et al., 1996).

No presente estudo ambas as escalas verificaram uma boa consistência interna, apresentando o valor de  $\alpha = 74.9$  na amostra clínica e na amostra geral.

**-Escala de Dissociação** (DES-II, Carlson & Putnam, 1993; Matos, M. & Pinto-Gouveia).

Este questionário de auto-resposta é constituído por 28 itens e tem como objectivo identificar sujeitos com psicopatologia dissociativa apesar de se constituir predominantemente como uma medida de quantificação das experiências dissociativas (Cabizuca, Figueira, Fiszman & Lanfredi, 2004). Neste sentido, são enumeradas um conjunto de experiências em que o indivíduo determina, numa escala de 0% a 100%, o grau com que se identifica com a situação descrita no enunciado

A versão portuguesa da escala possui boas qualidades psicométricas, apresentando um *alpha* de Cronbach de .95.

No presente estudo, verifica-se que a escala apresenta uma boa consistência interna ( $\alpha = 92$ ) na amostra da população geral e na amostra clínica ( $\alpha = 91.9$ )

### 3. Procedimento

Os 8 instrumentos supracitados constituíram a bateria de escalas usada nesta investigação e foram entregues aos participantes pessoalmente. Para além das escalas, o protocolo de investigação tinha ainda uma folha de rosto com uma breve explicação do estudo e um questionário de dados sociodemográficos. Este questionário incluía perguntas referentes à existência de problemas psicológicos prévios ou actuais, sendo que optámos por excluir aqueles sujeitos que referiam ter tido uma patologia do comportamento alimentar

Para a população clínica, o questionário inicial integrava um anexo a preencher pelo clínico no sentido de confirmar o diagnóstico e respectiva evolução da perturbação. O preenchimento do protocolo foi feito de forma voluntária pelos participantes, tendo uma duração de cerca de 50 minutos.

## IV - Resultados

### 1. Estudo das diferenças entre a população clínica e o grupo da população geral nas variáveis em estudo<sup>4</sup>

No sentido de comparar e averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas, entre as amostras geral e clínica, nas médias das variáveis contínuas em estudo, procedeu-se à estatística paramétrica do cálculo do teste t de Student para amostras independentes. Foi realizado também o teste de Levene, confirmando-se a homogeneidade para valores de  $p > .05$ .

Com efeito, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) entre as duas amostras na maioria das dimensões em análise. Mais concretamente os resultados permitem-nos apontar diferenças entre os dois grupos no que respeita à vergonha interna [ $t(88) = -10.487, p = .000$ ] e vergonha externa [ $t(88) = -8.742, p = .000$ ], cujos resultados foram significativamente mais elevados no grupo clínico. Foram também encontradas diferenças ao nível do evitamento experiencial [ $t(88) = 9.226, p = .000$ ] cujos valores foram significativamente mais elevados no grupo clínico. No que concerne às estratégias de regulação emocional foi possível verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas no que respeita à subescala de *brooding* da Ruminação (a qual utilizamos para as análises) [ $t(88) = 7.227, p = .000$ ]; à Supressão [ $t(88) = 6.024, p = .000$ ] e à Dissociação [ $t(88) = -4.413, p = .000$ ].

No que concerne à sintomatologia depressiva, ansiosa e relacionada com o stress (avaliada pela Dass- 21) os respondentes do grupo clínico obtiveram pontuações mais elevadas nas três escalas [ $t(88) = 6.934, p = .000$ ], [ $t(88) = 10.192, p = .000$ ], [ $t(88) = 5.760, p = .000$ ], respectivamente.

Dado que se verificaram diferenças estatisticamente significativas na maioria das variáveis em estudo, nomeadamente ao nível da sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress (que se constituem como o grupo de variáveis dependentes nas diferentes análises conduzidas) os estudos seguintes irão ser efectuados separadamente para cada grupo.

### Estudo 1. Relação entre Vergonha Interna, Vergonha externa, evitamento experiencial e sintomatologia depressiva e ansiosa e associada ao stress na população geral e clínica

#### 1.1. Estudo correlacional entre vergonha interna, evitamento experiencial e psicopatologia

No sentido de medir a força e a dimensão da associação entre variáveis, foram calculadas correlações de *Pearson*, utilizando no decurso da investigação a convenção de Pestana e Gageiro (2003) que sugere que uma associação é considerada muito baixa quando o coeficiente de correlação for inferior a .20; baixa quando se situar entre .20 e .39; moderada entre .40 e .69; alta entre .70 e .89 e muito alta entre .90 e 1.0.

Na amostra da população geral<sup>5</sup>, os resultados das correlações

<sup>4</sup> Anexo B, Tabela 1

<sup>5</sup> Anexo B, Tabela 2

produto -momento de *Pearson* indicam que a vergonha interna encontra-se positiva e significativamente correlacionada, com uma magnitude moderada, com a sintomatologia depressiva ( $r=.611$ ,  $p=.000$ ) ansiosa ( $r=.444$ ,  $p=.000$ ) e associada ao stress ( $r=.597$ ,  $p=.000$ ). Foi ainda encontrada uma correlação significativa, positiva e de magnitude moderada entre a vergonha interna e o evitamento experiencial ( $r=.680$ ,  $p=.000$ ).

Os resultados indicam ainda que o evitamento experiencial também se encontra correlacionado de forma significativa, positiva e moderada com a sintomatologia depressiva ( $r=.592$ ,  $p=.000$ ) ansiosa ( $r=.428$ ,  $p=.001$ ) e associada ao stress ( $r=.500$ ,  $p=.000$ ).

Por sua vez, na amostra **clínica**<sup>6</sup> verificou-se que a vergonha interna se encontra positiva e significativamente correlacionada, com uma magnitude moderada, com a sintomatologia depressiva ( $r=.645$ ,  $p=.000$ ), ansiosa ( $r=.406$ ,  $p=.026$ ) e associada ao stress ( $r=.487$ ,  $p=.006$ ). Foi ainda possível verificar que se encontra fortemente correlacionada com o evitamento experiencial ( $r=.557$ ,  $p=.001$ ).

Por sua vez, o evitamento experiencial encontra-se correlacionado de forma significativa, positiva, com uma magnitude baixa com a sintomatologia depressiva ( $r=.393$ ,  $p=.032$ ) e com uma magnitude moderada com a sintomatologia associada ao stress ( $r=.448$ ,  $p=.013$ ). Não se encontra correlacionado com a sintomatologia ansiosa.

### 1.2. Estudo correlacional entre vergonha externa, evitamento experiencial e psicopatologia

Na **amostra da população geral**<sup>7</sup>, os resultados indicam que a vergonha externa correlaciona-se de forma positiva e significativa, com uma magnitude moderada, com a sintomatologia depressiva ( $r=.486$ ,  $p=.000$ ) ansiosa ( $r=.426$ ;  $p=.000$ ) e associada ao stress ( $r=.502$ ,  $p=.000$ ). Foi também encontrada uma correlação significativa, positiva e de magnitude elevada entre a vergonha externa e o evitamento experiencial ( $r=.506$ ,  $p=.000$ ).

Na **amostra clínica**<sup>8</sup>, a vergonha externa encontra-se positiva e significativamente correlacionada, com uma magnitude elevada, com a sintomatologia depressiva ( $r=.610$ ,  $p=.000$ ) e de forma moderada com a sintomatologia ansiosa a ( $r=.463$ ,  $p=.010$ ) e associada ao stress ( $r=.421$ ,  $p=.020$ ). Já entre o evitamento experiencial e a vergonha externa foram encontradas correlações significativas, positivas e de magnitude elevada ( $r=.696$ ,  $p=.000$ ).

### 1.3. Estudo da vergonha interna e vergonha externa como variáveis preditoras da psicopatologia

Em seguida realizámos **regressões lineares simples** (método *enter*) no sentido de averiguar se a experiência de vergonha interna e vergonha externa predizem a sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress.

Na amostra da **população geral**, verificámos que a vergonha interna prediz 37.1% da variância da sintomatologia depressiva ( $F= 35.7$ ;  $\beta=.617$ ;  $p=.000$ ) (c.f. Quadro 1), 18.3% da sintomatologia ansiosa ( $F= 14.3$ ;  $\beta=.444$ ;  $p=.000$ ) (c.f. Quadro 2) e 35% da sintomatologia associada ao stress

<sup>6</sup> Anexo B, Tabela 3

<sup>7</sup> Anexo B, Tabela 2

<sup>8</sup> Anexo B, Tabela 3

( $F=32.03$  ;  $\beta=.597$ ;  $p=.000$ )( c.f. Quadro 3).

**Quadro 1 - Análise de regressão linear simples (método *enter*) para a vergonha interna sobre a sintomatologia depressiva**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	B	Fchange	p	t
Model 1 <sup>a</sup>	.617	.371			35,744	.000	
ISS			.112	.617			5,979***

\*\*\* $p\leq.001$ ; \*\* $p\leq.01$ ; \* $p\leq.05$

**Quadro 2 - Análise de regressão linear simples (método *enter*) para a vergonha interna sobre a sintomatologia ansiosa**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.444	.183			14,248	.000	
ISS			.113	.444			3,775***

\*\*\* $p\leq.001$ ; \*\* $p\leq.01$ ; \* $p\leq.05$

**Quadro 3 - Análise de regressão linear simples (método *enter*) para a vergonha interna sobre a sintomatologia associada ao stress**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	B	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.597	.345			32,036	.000	
ISS			.179	.597			5,660***

\*\*\* $p\leq.001$ ; \*\* $p\leq.01$ ; \* $p\leq.05$

Por sua vez a vergonha externa contribui para a explicação de 22.3% da variância da sintomatologia depressiva ( $F= 17.956$ ;  $\beta=.486$  ;  $p=.000$ )( c.f. Quadro 4), 16.8% da sintomatologia ansiosa ( $F= 12.884$ ;  $\beta=.426$ ;  $p=.001$ )( c.f. Quadro 5) e 23.9% da sintomatologia associada ao stress ( $F= 19.491$ ;  $\beta=.502$ ;  $p=.000$ )( c.f. Quadro 6).

**Quadro 4 - Análise de regressão linear simples (método *enter*) para a vergonha externa sobre a sintomatologia depressiva**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	B	Fchange	p	t
Model 1 <sup>a</sup>	.486	.223			17,956	.000	
OAS			.140	.486			4,237***

\*\*\* $p\leq.001$ ; \*\* $p\leq.01$ ; \* $p\leq.05$

**Quadro 5 - Análise de regressão linear simples (método *enter*) para a vergonha externa sobre a sintomatologia ansiosa**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.426	.168			12.884	.001	
OAS			-.172	.426			3.584***

\*\*\*p $\leq$ .001; \*\*p $\leq$ .01; \*p $\leq$ .05

**Quadro 6 - Análise de regressão linear simples (método *enter*) para a vergonha externa sobre a sintomatologia associada ao stress**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	B	Fchange	P	T
Model 1 <sup>a</sup>	.502	.239			19.491	.000	
OAS			.234	.502			4.415***

\*\*\*p $\leq$ .001; \*\*p $\leq$ .01; \*p $\leq$ .05

**Na amostra clínica,** verificámos que a vergonha interna contribui significativamente na explicação de 46.5% da sintomatologia depressiva (F= 26.155;  $\beta$ =.695; p= .000)( c.f. Quadro 7); de 15.5% da sintomatologia ansiosa (F= 6.322;  $\beta$ =.429; p= .018) (c.f. Quadro 8) e de 25.4% na sintomatologia associada ao stress (F= 10.887;  $\beta$ =. 529; p= .003)( c.f. Quadro 9)

**Quadro 7 - Análise de regressão linear simples (método *enter*) para a vergonha interna sobre a sintomatologia depressiva**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	P	t
Model 1 <sup>a</sup>	.695	.465			26.155	.000	
ISS			.237	.695			5.114***

\*\*\*p $\leq$ .001; \*\*p $\leq$ .01; \*p $\leq$ .05

**Quadro 8 - Análise de regressão linear simples ( método *enter*) para a vergonha interna sobre a sintomatologia ansiosa**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	P	t
Model 1 <sup>a</sup>	.429	.155			6,322	.018	
ISS			.126	.429			2.514**

\*\*\*p $\leq$ .001; \*\*p $\leq$ .01; \*p $\leq$ .05

**Quadro 9 - Análise de regressão linear simples (método *enter*) para a vergonha interna sobre a sintomatologia associada ao stress**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	t
Model 1 <sup>a</sup>	.529	.254			10,887	.003	
ISS			.155	.529			3,299**

\*\*\*p $\leq$ .001; \*\*p $\leq$ .01; \*p $\leq$ .05

Por sua vez, a vergonha externa prediz 21.6% da variância da sintomatologia depressiva (F= 8.736;  $\beta$ =.494, p= .006)( c.f. Quadro 10); % da variância da sintomatologia ansiosa (F= 46.307;  $\beta$ =.435; p= .018)( c.f. Quadro 11) por fim 14.8% da variância da sintomatologia associada ao stress (F= 4.925;  $\beta$ =.240; p= .001)( c.f. Quadro 12)

**Quadro 10 - Análise de regressão linear simples( método *enter*) para a vergonha externa sobre a sintomatologia depressiva**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	t
Model 1 <sup>a</sup>	.494	.216			8.736	.006	
OAS			.240	.494			2.956**

\*\*\*p $\leq$ .001; \*\*p $\leq$ .01; \*p $\leq$ .05

**Quadro 11 - Análise de regressão linear simples( método *enter*) para a vergonha externa sobre a sintomatologia ansiosa**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	t
Model 1 <sup>a</sup>	.435	.159			46,307	.018	
OAS			.185	.435			2.511*

\*\*\*p $\leq$ .001; \*\*p $\leq$ .01; \*p $\leq$ .05

**Quadro 12 - Análise de regressão linear simples (método *enter*) para a vergonha externa sobre a sintomatologia associada ao stress**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	t
Model 1 <sup>a</sup>	.430	.098			4.925	.001	
OAS			.863	.240			2.713***

\*\*\*p $\leq$ .001; \*\*p $\leq$ .01; \*p $\leq$ .05

Podemos então verificar que na amostra da população geral a experiência de vergonha interna explica mais a variância da psicopatologia do que a vergonha externa, ao passo que na amostra clínica quer a experiência de vergonha interna quer de vergonha externa contribuem de forma similar para a explicação da psicopatologia.

#### 1.4 Estudo da vergonha interna e da vergonha externa como variáveis preditoras do evitamento experiencial

De seguida recorreu-se novamente ao cálculo de regressões lineares simples (método *enter*) para averiguar se as experiências de vergonha interna e de vergonha externa prediziam o evitamento experiencial em ambas as amostras.

Na **amostra geral**, foi possível verificar que a vergonha interna explica 45.3% do evitamento experiencial dos participantes ( $F= 49.795$ ;  $\beta=.680$  ;  $p= .000$ )( c.f. Quadro 13) e que a vergonha externa contribui significativamente na explicação de 24.3% do evitamento experiencial ( $F= 19.938$ ;  $\beta=.506$  ;  $p< .000$ )(c.f. Quadro 14).

**Quadro 13 - Análise de regressão linear simples (método *enter*) da vergonha interna sobre o evitamento experiencial**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	B	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.680	.453			49,795	.000	
ISS			.341	.680			7,057***

\*\*\* $p\leq.001$ ; \*\* $p\leq.01$ ; \* $p\leq.05$

**Quadro 14 - Análise de regressão linear simples (método *enter*) da vergonha externa sobre o evitamento experiencial**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	B	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.506	.243			19,938	.000	
OAS			.402	.506			4,465***

\*\*\* $p\leq.001$ ; \*\* $p\leq.01$ ; \* $p\leq.05$

Na **amostra clínica**, a vergonha interna prediz significativamente 28.6% do evitamento experiencial ( $F= 12.592$ ;  $\beta=.557$ ;  $p=.001$ )( Quadro 15). Por sua vez, a vergonha externa contribui significativamente na explicação de 46.6% da variância do evitamento experiencial ( $F= 26,3152$ ;  $\beta=.696$ ;  $p=.000$ )( c.f. Quadro 16).

**Quadro 15 - Análise de regressão linear simples ( método *enter*) da vergonha interna sobre o evitamento experiencial**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.557	.286			12.592	.001	
ISS			.178	.557			3,548***

\*\*\* $p\leq.001$ ; \*\* $p\leq.01$ ; \* $p\leq.05$



**Quadro 16 - Análise de regressão linear simples (método *enter*) da vergonha externa sobre o evitamento experiencial**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.696	.466			26.315	.000	
OAS			.300	.696			5,130***

\*\*\*p $\leq$ .001; \*\*p $\leq$ .01; \*p $\leq$ .05

Em síntese, verifica-se que na amostra da população geral a vergonha interna apresenta um efeito preditivo superior do evitamento experiencial do que a vergonha externa ao passo que na amostra clínica, a variância do evitamento experiencial é melhor explicada pela experiência de vergonha externa do que de vergonha interna.

### 1.5 Estudo do evitamento experiencial enquanto variável preditora da psicopatologia

Prosseguimos com a realização de regressões lineares simples, no sentido de verificar um eventual efeito preditivo do evitamento experiencial na sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress.

Na **amostra geral**, verificamos que o evitamento experiencial contribui significativamente na explicação de 33.9% da sintomatologia depressiva (F=31.267;  $\beta$ =.592; p=.000) (c.f. Quadro 17) 16.9% da sintomatologia ansiosa (F= 13.026;  $\beta$ =.428; p= .001)(c.f. Quadro 18) e 23.7% da sintomatologia associada ao stress (F= 19.285;  $\beta$ =.500 ; p=.000)(c.f. Quadro 19).

**Quadro 17 - Análise de regressão linear simples ( método *enter*) para o evitamento experiencial sobre a sintomatologia depressiva**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.592	.339			31,267	.000	
ISS			.215	.592			5,592***

\*\*\*p $\leq$ .001; \*\*p $\leq$ .01; \*p $\leq$ .05

**Quadro 18 - Análise de regressão linear simples (método *enter*) para o evitamento experiencial sobre a sintomatologia ansiosa**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.428	.169			13,026	.001	
ISS			.218	.428			3,609***

\*\*\*p $\leq$ .001; \*\*p $\leq$ .01; \*p $\leq$ .05

**Quadro 19 - Análise de regressão linear simples( método *enter*) para o evitamento experiencial sobre a sintomatologia associada ao stress**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.500	.237			19,285	.000	
ISS			.299	.500			4,391***

\*\*\*p $\leq$ .001; \*\*p $\leq$ .01; \*p $\leq$ .05

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

Por sua vez, na **amostra clínica**, constatámos que o evitamento experiencial contribui para a explicação de 12.4% da sintomatologia depressiva ( $F= 5.101$   $\beta=.396$ ;  $p= .032$ ) (c.f. Quadro 20) e 17.2 % da sintomatologia associada ao stress ( $F= 7.016$ ;  $\beta=.448$ ;  $p= .013$ )(c.f. Quadro 21), apresentando um efeito preditivo menor do que na amostra da população geral. Não considerámos a sintomatologia ansiosa visto esta não se correlacionar significativamente com o evitamento experiencial.

**Quadro 20 - Análise de regressão linear simples (método enter) para o evitamento experiencial sobre a sintomatologia depressiva**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.393.	.124			5,101	.032	
ISS			.378	.396			2.259*

\*\*\* $p\leq.001$ ; \*\* $p\leq.01$ ; \* $p\leq.05$

**Quadro 21 - Análise de regressão linear simples( método enter) para o evitamento experiencial sobre a sintomatologia associada ao stress**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.448	.172			7,016	.013	
ISS			.426	.448			2.649**

\*\*\* $p\leq.001$ ; \*\* $p\leq.01$ ; \* $p\leq.05$

Estes resultados indicam-nos que na amostra da população geral o evitamento experiencial contribui mais para a explicação da variância da psicopatologia do que na amostra clínica.

### 1.6 Estudo do efeito de mediação do evitamento experiencial na relação entre a vergonha interna e a psicopatologia

Segundo os pressupostos recomendados por Baron e Kenny (1986) um efeito de mediação ocorre quando as variáveis predictoras se relacionam de forma significativa (1) com a potencial variável mediadora; e (2) com a variável critério e se (3) o potencial mediador se relacionar com a variável critério. Considera-se que ocorre uma mediação total quando a relação entre a variável independente e a dependente deixa de ser significativa quando introduzida no modelo a suposta variável mediadora, sendo que só esta mantém um efeito significativo na explicação da variável dependente. Quando a introdução da potencial variável mediadora contribui apenas para uma diminuição da relação da variável independente e da variável dependente, a qual se mantém significativa, diz-se que o efeito de mediação é parcial.

Após percebermos que as variáveis em estudo se encontravam significativamente correlacionadas (**Estudo 1.1**) e que a vergonha interna era um factor importante no desenvolvimento quer de sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress (**Estudo 1.2**) quer do evitamento experiencial (**Estudo 1.4**) procedemos à realização de estudos de mediação através da análise de **regressão hierárquica ou por blocos**.

No sentido de averiguar se o evitamento experiencial desempenha um papel de mediação entre a experiência de vergonha interna e a

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

sintomatologia supracitada considerámos como variável independente (VI) a vergonha interna, o evitamento experiencial como potencial variável mediadora (VM) e como variáveis critério, separadamente, a sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress.

Na amostra da população **geral**, adoptando o evitamento experiencial como variável mediadora, verificamos que a experiência de vergonha interna perde impacto na explicação da sintomatologia depressiva (de  $\beta = .617$  para  $\beta = .400$ ;  $p = .005$ ), continuando no entanto a exercer um efeito directo e independente significativo na sua explicação. Foi possível verificar que este modelo que considera a vergonha interna e o evitamento experiencial como variáveis predictoras passa a explicar 41,7% da sintomatologia depressiva ( $F = 22.065$ ,  $p = .000$ ), havendo um incremento de 4,6% ao modelo no qual a vergonha é a única variável preditora (c.f. Quadro 22).

**Quadro 22 - Análise de regressão hierárquica para a vergonha interna e o evitamento experiencial sobre a sintomatologia depressiva**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchange	p	B	$\beta$	T
Model 1	.661	.417	22.065	.000			
ISS					.073	.400	<b>2.951*</b>
AAQo					.116	.320	<b>2.360***</b>

\*\*\* $p \leq .001$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \* $p \leq .05$

Efectivamente, a estimação da significância do efeito indirecto através do teste de Sobel corrobora a ideia que a influência da vergonha interna na sintomatologia depressiva ( $Z = 2.246$ ;  $p = .025$ ) é parcialmente mediada pelo evitamento experiencial.

Quando introduzido o evitamento experiencial no modelo explicativo o seu contributo na explicação da ansiedade ( $\beta = .235$ ;  $p = .144$ ) e do stress ( $\beta = .175$ ;  $p = .227$ ) deixa de ser significativo, o que sugere uma ausência de mediação.

Na amostra **clínica**, não considerámos a sintomatologia ansiosa visto não se encontrar correlacionada de forma significativa com o evitamento experiencial. Assim, apenas considerámos a sintomatologia depressiva e associada ao stress como variáveis dependentes.

Ao introduzirmos o evitamento experiencial como variável mediadora na relação entre a vergonha interna e a depressão verificámos que o evitamento experiencial perde a significância estatística na predição da depressão ( $\beta = .048$ ;  $p = .788$ ), o que nos sugere uma ausência de mediação. Na relação entre a vergonha interna e o stress o evitamento experiencial também deixa de ser significativo ( $\beta = .255$ ;  $p = .204$ ), o que indica que não exerce nenhum efeito mediador nesta relação.

### 1.7 Estudo do efeito de mediação do evitamento experiencial na relação entre a vergonha externa e a psicopatologia

Após verificarmos através das **regressões lineares simples** (método *enter*) que a vergonha externa era um factor importante no desenvolvimento quer da sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress (**Estudo 1.3**) quer do evitamento experiencial (**Estudo 1.4**) e que o evitamento experiencial predizia significativamente a psicopatologia em ambas as amostras (**Estudo 1.5**) visamos explorar o potencial efeito mediador do

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

evitamento experiencial entre a vergonha externa e a sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress. Assim, consideramos como variável independente (VI) a vergonha externa, como variável mediadora o evitamento experiencial e como variáveis dependentes (VD) a sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress, as quais analisamos separadamente através de análises de **regressão hierárquica ou por blocos**

Na amostra da população **geral**, verificamos que a introdução da variável mediadora (evitamento experiencial) contribui para uma diminuição do impacto da vergonha externa na sintomatologia depressiva (de  $\beta = .486$  para  $\beta = .251$ ;  $p = .040$ ) (c.f. Quadro 23), na sintomatologia ansiosa ( $\beta = .426$  para  $\beta = .282$ ;  $p = .039$ ) (c.f. Quadro 24) e na sintomatologia associada ao stress (de  $\beta = .501$  para  $\beta = .334$ ;  $p = .010$ ) (c.f. Quadro 25). embora continue a ser um preditor significativo destas sintomatologias.

**Quadro 23 - Análise de regressão hierárquica (método enter) para a vergonha externa e evitamento experiencial sobre a sintomatologia depressiva**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchange	P	B	$\beta$	t
Model 1	.630	.376	18.778	.000			
OAS					.072	.251	<b>2.106*</b>
AAQ					.169	.465	<b>3.899***</b>

\*\*\* $p \leq .001$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \* $p \leq .05$

**Quadro 24 - Análise de regressão hierárquica (método enter) para a vergonha externa e evitamento experiencial sobre a sintomatologia ansiosa**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchange	P	B	$\beta$	t
Model 1	.492	.216	9.124	.000			
OAS					.114	.282	<b>2.109*</b>
AAQ					.145	.286	<b>2.138*</b>

\*\*\* $p \leq .001$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \* $p \leq .05$

**Quadro 25 - Análise de regressão hierárquica ( método enter) para a vergonha externa e evitamento experiencial sobre a sintomatologia associada ao stress**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchange	P	B	$\beta$	t
Model 1	.557	.309	14.213	.000			
OAS					.159	.334	<b>2.666***</b>
AAQ					.198	.330	<b>2.634**</b>

\*\*\* $p \leq .001$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \* $p \leq .05$

Este modelo que considera como variáveis predictoras a vergonha externa (VI) e o evitamento experiencial (VM) possui um valor preditivo mais elevado da variância da depressão, ansiedade e stress do que o modelo no qual a vergonha externa é a única variável preditora, passando a explicar 37.6% da variância da depressão (mais 15.6%), 21.6% da ansiedade (mais 4.8%) e 30.9% da sintomatologia associada ao stress.

Estes resultados sugerem-nos um efeito de mediação (parcial) por parte do evitamento experiencial no efeito que a vergonha externa desempenha na sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress. Efectivamente a estimação da significância do efeito indirecto através do teste Sobel corrobora a ideia que a influência da vergonha externa na sintomatologia depressiva ( $Z = 2.951$ ;  $p = .003$ ); na sintomatologia ansiosa ( $Z =$

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

1.924;  $p=.054$ ); e sintomatologia associada ao stress ( $Z= 2.273$ ;  $p=.023$ ) é parcialmente mediada pelo evitamento experiencial.

Na amostra **clínica**, ao ser introduzido no modelo explicativo o evitamento experiencial como potencial variável mediadora verificou-se que o contributo na explicação da sintomatologia depressiva ( $\beta=.063$ ;  $p=.777$ ), e associada ao stress ( $\beta=.299$ ;  $p=.216$ ) deixa de ser significativo, o que sugere uma ausência de mediação. Tal como no estudo anterior não consideramos a sintomatologia ansiosa visto não se encontrar correlacionada de forma significativa com o evitamento experiencial.

## **Estudo II. Relação entre vergonha interna, vergonha externa, estratégias de regulação emocional e sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress na população geral e na população clínica**

Com este estudo pretendemos averiguar de que forma é que a experiência de vergonha interna e/ou externa se relaciona com o recurso a determinadas estratégias de regulação emocional assim como com a experiência de sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress.

### **2.1 Estudo correlacional entre vergonha interna, vergonha externa, estratégias de regulação emocional (ruminação, supressão e dissociação) e psicopatologia**

Foram encontradas na **amostra geral**<sup>9</sup> correlações positivas e significativas de magnitude moderada entre a vergonha interna e a ruminação ( $r= .501$ ,  $p=.000$ ), a supressão ( $r= .598$ ,  $p=.000$ ) e a dissociação ( $r= .626$ ,  $p=.000$ ). Por sua vez a vergonha externa encontra-se correlacionada de forma positiva e significativa, com uma magnitude moderada, com a ruminação ( $r= .399$ ,  $p=.00$ ); com a supressão ( $r= .461$ ,  $p=.00$ ) e com a dissociação ( $r= .472$ ,  $p=.00$ ).

Quanto à relação entre as três estratégias supracitadas e a sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress, verificou-se que a ruminação encontrava-se moderadamente correlacionada com a sintomatologia depressiva, ( $r= .439$ ,  $p=.00$ ) e ansiosa ( $r= .557$ ,  $p=.00$ ) e associada ao stress ( $r= .518$ ,  $p=.00$ ). A supressão, por sua vez apresenta correlações positivas e significativas, de magnitude moderada, com a sintomatologia depressiva ( $r= .456$ ,  $p=.00$ ); com a sintomatologia ansiosa ( $r= .544$ ,  $p=.00$ ) e com a sintomatologia associada ao stress ( $r= .536$ ,  $p=.00$ ). Por fim, a dissociação encontra-se também correlacionada de forma significativamente positiva, com uma magnitude moderada com a sintomatologia depressiva ( $r= .526$ ,  $p=.00$ ); ansiosa ( $r= .487$ ,  $p=.00$ ) e associada ao stress ( $r= .531$ ,  $p=.00$ ).

Na **amostra clínica**<sup>10</sup>, encontraram-se correlações positivas e significativas, de magnitude elevada, entre a **vergonha interna** e a ruminação ( $r= .723$ ,  $p=.000$ ) e de magnitude moderada com a supressão ( $r=.460$ ,  $p=.011$ ) e com a dissociação ( $r=.422$ ,  $p=.020$ .) A **vergonha externa**, por sua vez, também se encontra correlacionada de forma significativamente positiva, com uma magnitude elevada com a ruminação ( $r=.730$ ,  $p=.000$ ) e com uma magnitude moderada com a dissociação ( $r=.422$ ,  $p=.020$ ). Já com a supressão foram encontradas correlações

<sup>9</sup> Anexo B, Tabela 2

<sup>10</sup> Anexo B, Tabela 3

significativas positivas de magnitude baixa ( $r=.371$ ,  $p=.044$ )

Os resultados indicam ainda correlações positivas e significativas, de magnitude moderada da **Ruminação** com a sintomatologia depressiva ( $r=.549$ ,  $p=.002$ ) e com a sintomatologia ansiosa ( $r=.424$ ,  $p=.020$ ) e de magnitude baixa com a sintomatologia associada ao stress ( $r=.361$ ,  $p=.050$ ). A **Supressão e a Dissociação** apenas se correlacionam de forma positiva e significativa com a sintomatologia depressiva, aquela com uma magnitude moderada ( $r=.424$ ,  $p=.026$ ), e esta com uma magnitude baixa ( $r=.371$ ,  $p=.043$ ).

## 2.2. Estudo da vergonha interna e da vergonha externa enquanto variáveis preditoras das estratégias de regulação emocional (ruminação, supressão e dissociação)

De seguida realizámos três regressões lineares simples (método *enter*) em ambas as amostras com o propósito de averiguar se a experiência de vergonha interna prediz o recurso às estratégias de regulação emocional.

Na amostra **geral**, os resultados indicam que a vergonha interna prediz significativamente 23.8% da variância da **Ruminação** ( $F= 19.389$ ;  $\beta=.501$ ;  $p= .000$ );( c.f. Quadro 26), 34.6% da variância da **Supressão** ( $F= 32.243$ ;  $\beta= .598$ ;  $p=.000$ )(c.f. Quadro 27) e 38.1 % da variância da **Dissociação** ( $F= 37.334$ ;  $\beta= .626$ ;  $p= .000$ )( c.f. Quadro 28).

**Quadro 26 - Análise de regressão linear( método *enter*) para a vergonha interna sobre a ruminação**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	P	t
Model 1 <sup>a</sup>	.501	.238			19,389	.000	
ISS			.022	.501			4,403***

\*\*\* $p\leq.001$ ; \*\* $p\leq.01$ ; \* $p\leq.05$

**Quadro 27 - Análise de regressão linear( método *enter*) para a vergonha interna sobre a Supressão**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	P	t
Model 1 <sup>a</sup>	.598	.346			32,243	.000	
ISS			.567	.598			5,678***

\*\*\* $p\leq.001$ ; \*\* $p\leq.01$ ; \* $p\leq.05$

**Quadro 28 - Análise de regressão linear( método *enter*) para a vergonha interna sobre a Dissociação**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	P	t
Model 1 <sup>a</sup>	.626	.381			37,334	.000	
ISS			.041	.626			6,110***

\*\*\* $p\leq.001$ ; \*\* $p\leq.01$ ; \* $p\leq.05$

Na amostra **clínica** a vergonha interna prediz significativamente 55.8% da variância da **Ruminação** ( $F= 37.674$ ;  $\beta= .757$ ;  $p= .000$ );(c.f. Quadro 29), 15.6% da variância da **Supressão** ( $F= 7.517$ ;  $\beta= .460$ ;  $p= .011$ )( c.f. Quadro 30) e 13.7 % da variância da **Dissociação** ( $F= 5.558$ ;  $\beta= .408$ ;  $p= .020$ ).( c.f. Quadro 31)

**Quadro 29 - Análise de regressão linear simples ( método *enter*) para a vergonha interna sobre a ruminação**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	β	Fchange	P	t
Model 1 <sup>a</sup>	.757	.558			37.674	.000	
ISS			.029	.757			6,138***

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

**Quadro 30 - Análise de regressão linear simples ( método *enter*) para a vergonha interna sobre a supressão**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	β	Fchange	P	t
Model 1 <sup>a</sup>	.430	.156			6,349	.018	
ISS			.138	.430			2.520*

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

**Quadro 31 - Análise de regressão linear simples ( método *enter*) para a vergonha interna sobre a dissociação**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	β	Fchange	P	t
Model 1 <sup>a</sup>	.408	.137			5.588	.025	
ISS			.038	.408			2.364*

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

Efectuamos o mesmo procedimento no sentido de verificar se a vergonha externa prediz o recurso às estratégias de regulação emocional.

Os resultados indicam que na **amostra geral**, a vergonha externa prediz 14.5% da variância da **Ruminação** ( $F= 10.993$ ;  $\beta=.399$ ;  $p=.002$ ) 19.9% da **Supressão** ( $F= 15.644$ ;  $\beta=.461$ ;  $p=.000$ ) e 21% da **Dissociação** ( $F= 16.639$ ;  $\beta=.472$ ;  $p=.000$ ).

**Quadro 32 - Análise de regressão linear simples ( método *enter*) para a vergonha externa sobre a ruminação**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	β	Fchange	P	t
Model 1 <sup>a</sup>	.399	.145			10,993	.002	
OAS			.027	.399			3,316**

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

**Quadro 33 - Análise de regressão linear simples( método *enter*) para a vergonha externa sobre a supressão**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	β	Fchange	P	t
Model 1 <sup>a</sup>	.461	.199			15,644	.000	
OAS			.693	.461			3,955***

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

**Quadro 34 - Análise de regressão linear simples( método *enter*) para a vergonha externa sobre a dissociação**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	β	Fchange	P	t
Model 1 <sup>a</sup>	.472	.210			16,639	.000	
OAS			.049	.472			4,079***

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

Na amostra **clínica**, a vergonha externa prediz significativamente 53.4% da variância da **Ruminação** ( $F= 33.060$ ;  $\beta=.742$ ;  $p=.000$ )(c.f. Quadro 35); 10.6% da **Supressão** ( $F= 4.455$ ;  $\beta=.371$ ;  $p=.044$ )(c.f. Quadro 36) e 14.9% da **Dissociação** ( $F= 6.067$ ;  $\beta=.422$ ;  $p=.020$ )( c.f. Quadro 37);

**Quadro 35 - Análise de regressão linear simples ( método enter) para a vergonha externa sobre a ruminação**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	P	t
Model 1 <sup>a</sup>	.742	.534			33,060	.000	
OAS			.041	.742			5,750***

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

**Quadro 36 - Análise de regressão linear simples( método enter) para a vergonha externa sobre a Supressão**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	t
Model 1 <sup>a</sup>	.371	.106			4.455	.044	
OAS			.162	.371			2.111*

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

**Quadro 37 - Análise de regressão linear simples( método enter) para a vergonha externa sobre a Dissociação**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	t
Model 1 <sup>a</sup>	.422	.149			6,067	.020	
OAS			.060	.422			2.463**

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

Os resultados indicam-nos que em ambas as amostras a vergonha externa e a vergonha interna explicam a variância da Ruminação, da Supressão e da Dissociação. Na amostra clínica, verifica-se que quer a vergonha externa quer a vergonha interna possuem um efeito preditor mais elevado na Ruminação.

### 2.3 Estudo das estratégias de regulação emocional (ruminação, supressão e dissociação) enquanto variáveis preditoras da psicopatologia

Na amostra **geral**, a **Ruminação** contribui para 20.5% da explicação da sintomatologia depressiva ( $F= 16.173$ ;  $\beta=.467$ ;  $p=.000$ )(c.f. Quadro 38); 34.2% da sintomatologia ansiosa ( $F= 31.714$ ;  $\beta=.595$ ;  $p=.000$ )( c.f. Quadro 39) e 23.7% da sintomatologia associada ao stress ( $F= 19.279$ ;  $\beta=.499$ ;  $p=.000$ )(c.f. Quadro 40).

**Quadro 38 - Análise de regressão linear simples ( método enter) para a Ruminação sobre a sintomatologia depressiva**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.467	.205			16,173	.000	
RRQ( brooding)			1,978	.467			4.022***

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar



\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

**Quadro 39 - Análise de regressão linear simples ( método *enter*) para a Ruminação sobre a sintomatologia ansiosa**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	β	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.595	.342			31,714	.000	
RRQ( <i>brooding</i> )			3,528	.595			5,631***

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

**Quadro 40 - Análise de regressão linear simples ( método *enter*) para a Ruminação sobre a sintomatologia associada ao stress**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	β	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.499	.237			19,279	.000	
RRQ( <i>brooding</i> )			3,486	.499			4.391***

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

A **Supressão** explica 19.4% da variância da sintomatologia depressiva (F= 15.186; β=.456; p=.000)( c.f. Quadro 41) 28.4% da sintomatologia ansiosa (F= 24.388; β=.544; p=.000)( c.f. Quadro 42) e 27.5% da sintomatologia associada ao stress (F= 23.372; β=.536; p=.000)( c.f. Quadro 43).

**Quadro 41 - Análise de regressão linear simples( método *enter*) para a Supressão sobre a sintomatologia depressiva**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	β	Fchange	p	t
Model 1 <sup>a</sup>	.456	.194			15,186	.000	
WBSI			.087	.456			3.897***

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

**Quadro 42 - Análise de regressão linear simples( método *enter*) para a Supressão sobre a sintomatologia ansiosa**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	β	Fchange	p	t
Model 1 <sup>a</sup>	.544	.284			24,388	.000	
WBSI			.146	.544			4.938***

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

**Quadro 43 - Análise de regressão linear simples( método *enter*) para a supressão sobre a sintomatologia associada ao stress**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	β	Fchange	p	t
Model 1 <sup>a</sup>	.536	.275			23,372	.000	
WBSI			.170	.536			4.834***

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

Por fim, a **Dissociação** contribui para a explicação de 26.4% da variância da sintomatologia depressiva (F= 22.162; β=.526; p=.000) (c.f. Quadro 44); 22.4% da variância da sintomatologia ansiosa (F= 18.012; β=.487; p=.000) (c.f. Quadro 45) e 26.9% da sintomatologia associada ao stress (F= 22.743; β=.531; p=.000) (c.f. Quadro 46).

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

**Quadro 44 - Análise de regressão linear simples( método *enter*) para a Dissociação sobre a sintomatologia depressiva**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	β	Fchange	p	t
Model 1 <sup>a</sup>	.526	.264			22.162	.000	
DES			1.456	.526			4.708***

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

**Quadro 45 - Análise de regressão linear simples( método *enter*) para a Dissociação sobre a sintomatologia ansiosa**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	β	Fchange	p	t
Model 1 <sup>a</sup>	.487	.224			18.102	.000	
DES			1.888	.487			4.244***

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

**Quadro 46 - Análise de regressão linear simples ( método *enter*) para a Ruminação sobre a sintomatologia associada ao stress**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	β	Fchange	p	t
Model 1 <sup>a</sup>	.531	.269			22.743	.000	
DES			2.422	.531			4.769***

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

Na amostra **clínica**, a **Ruminação** explica 27.6% da variância da sintomatologia depressiva (F= 12.070; β=.559; p=.002)( c.f. Quadro 47) 15% da variância da sintomatologia ansiosa (F=6.122; β=.424; p=.020)( c.f. Quadro 48) e apenas 9,9 % da variância da sintomatologia associada ao stress (F= 4.199; β=. 361; p=.050)( c.f. Quadro 49).

**Quadro 47 - Análise de regressão linear simples( método *enter*) para a Ruminação sobre a sintomatologia depressiva**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	β	Fchange	p	t
Model 1 <sup>a</sup>	.549	.276			12,070	.002	
RRQ( <i>brooding</i> )			4,210	.549			3,474**

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

**Quadro 48 - Análise de regressão linear simples( método *enter*) para a Ruminação sobre a sintomatologia ansiosa**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	β	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.424	.150			6,122	.020	
RRQ( <i>brooding</i> )			3,378	.424			2,474**

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

**Quadro 49 - Análise de regressão linear simples( método *enter*) para a Ruminação sobre a sintomatologia associada ao stress**

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.361	.099			4,199	.050	
RRQ( <i>brooding</i> )			2,734	.361			4,199*

\*\*\*p $\leq$ .001; \*\*p $\leq$ .01; \*p $\leq$ .05

A **Supressão e a Dissociação** apenas se correlacionaram de forma positiva e significativa com a sintomatologia depressiva, logo apenas fizemos regressão linear simples para esta variável dependente. Pudemos verificar que a **Supressão** explica 13.5% da variância da sintomatologia depressiva (F= 5.533;  $\beta$ =.406; p=.026) (c.f. Quadro 50) e a **Dissociação** explica 13.9% da variância da sintomatologia depressiva (F= 4.504;  $\beta$ =.371; p=.043) (c.f. Quadro 51).

**Quadro 50 - Análise de regressão linear simples (método *enter*) para a Supressão sobre a sintomatologia depressiva**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.406	.135			5.533	.026	
WBSI			.386	.406			2.352*

\*\*\*p $\leq$ .001; \*\*p $\leq$ .01; \*p $\leq$ .05

**Quadro 51 - Análise de regressão linear simples (método *enter*) para a Dissociação sobre a sintomatologia depressiva**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.371	.107			4.472	.043	
DES			1,091	.371			2.115*

\*\*\*p $\leq$ .001; \*\*p $\leq$ .01; \*p $\leq$ .05

Em síntese, verifica-se que na amostra clínica, a Ruminação contribui para a explicação da psicopatologia, destacando-se o seu impacto na sintomatologia depressiva o qual se revela superior ao impacto verificado na amostra da população geral. A supressão e a dissociação contribuem sobretudo para a explicação da sintomatologia depressiva.

## 2.4 Estudo do efeito de mediação das estratégias de regulação emocional (ruminação, supressão e dissociação) na relação entre vergonha interna e psicopatologia

Previamente estabelecida a premissa de que as variáveis em análise se encontram correlacionadas de forma significativa e obtidos os resultados que indicam que a experiência de vergonha interna prediz significativamente o recurso à ruminação, supressão e dissociação como estratégias de regulação emocional (**Estudo 2.2**) assim como a experiência de sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress (**Estudo 2.1**) fomos testar se as estratégias supracitadas mediavam a relação entre a vergonha interna e a psicopatologia. Neste sentido, foram realizadas, tal como nos estudos anteriores de mediação, análises de regressão hierárquica ou por blocos considerando-se a vergonha interna como variável independente (VI), a ruminação, a supressão e a dissociação, separadamente, como potenciais variáveis mediadoras (VM), e a depressão, ansiedade e stress, separadamente

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

como variáveis critério

Na amostra **geral**, verificou-se que a **Ruminação** como variável mediadora perde a significância estatística na explicação da sintomatologia depressiva ( $p = .077$ ), o que sugere ausência de mediação desta variável na relação entre a vergonha interna e a depressão.

No entanto, verificámos que a Ruminação contribui não só para uma diminuição da explicação da vergonha interna sobre a sintomatologia ansiosa (de  $\beta = .444$  para  $\beta = .195$ ;  $p = .110$ ) como esta deixa de ser estatisticamente significativa, o que parece sugerir um efeito de mediação total da Ruminação nesta relação, passando a explicar 36% (mais 17,7%) da ansiedade ( $F = 17.626$ ,  $p = .000$ ) (c.f. Quadro 52).

**Quadro 52 - Análise de regressão hierárquica (método *enter*) da vergonha interna e da Ruminação sobre a sintomatologia ansiosa**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchange	p	B	$\beta$	T
Model 1	.618	.360	17.626	.000			
ISS					.050	.195	<b>1.625</b>
RRQ ( <i>brooding</i> )					2.947	.497	<b>4.130***</b>

\*\*\* $p \leq .001$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \* $p \leq .05$

Efectivamente, a estimação da significância do efeito indirecto através do teste de Sobel corrobora a ideia de que a influência da vergonha interna na sintomatologia ansiosa ( $Z = 3.010$ ;  $p < .002$ ). é parcialmente mediada pelo evitamento experiencial

Quando consideramos a Ruminação como eventual variável mediadora na relação entre a vergonha interna e o stress, constatamos que a sua introdução no modelo contribui para uma diminuição do contributo da vergonha na explicação da sintomatologia associada ao stress (de  $\beta = .597$  para  $\beta = .462$ ;  $p = .000$ ) (c.f. Quadro 53). O facto da vergonha manter a significância estatística parece-nos sugerir que a ruminação medeia parcialmente a relação entre aquela e o stress, sendo que este modelo passa a explicar 39% (mais 4%) do stress. O teste de Sobel confirmou esta mediação entre a vergonha interna e o stress ( $Z = 2.026$ ;  $p = .04$ )

**Quadro 53 - Análise de regressão hierárquica (método *enter*) da vergonha interna e da Ruminação sobre a sintomatologia associada ao stress**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchange	p	B	$\beta$	T
Model 1	.640	.389	19.778	.000			
ISS					.139	.462	<b>3.933***</b>
RRQ ( <i>brooding</i> )					.187	.268	<b>2.280*</b>

\*\*\* $p \leq .001$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \* $p \leq .05$

Quando introduzida a **supressão** como variável mediadora, verificámos que o seu contributo deixa de ser significativo na explicação da sintomatologia depressiva ( $p = .301$ ), não exercendo portanto nenhum efeito mediador nesta relação<sup>11</sup>. Contribui no entanto para uma diminuição da explicação da vergonha na sintomatologia ansiosa (de  $\beta = .444$  para  $\beta = .185$ ;  $p = .181$ ) (c.f. Quadro 54) e associada ao stress ( $\beta = .597$  para  $\beta = .430$ ;  $p = .033$ ) (c.f. Quadro 55). O facto da vergonha interna perder significância estatística na explicação da ansiedade quando introduzida a Supressão

<sup>11</sup>

sugere-nos que esta tenha um efeito de mediação total entre estas variáveis. Este modelo passa a explicar 29.4% (mais 11.1%) da ansiedade ( $F= 13.289$ ,  $p=.000$ ).

O efeito indirecto da vergonha interna (que ocorre através da supressão) na sintomatologia ansiosa ( $Z= 2.762$ ;  $p= .006$ ) foi confirmado pelo teste de Sobel.

**Quadro 54 - Análise de regressão hierárquica ( método *enter*) da vergonha interna e da Supressão sobre a sintomatologia ansiosa**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchange	p	B	β	t
Model 1	.564	.294	13.289	.000			
ISS					.047	.185	1.356
WBSI					.117	.434	3.177**

\*\*\* $p\leq.001$ ; \*\* $p\leq.01$ ; \* $p\leq.05$

Já em relação ao stress, a vergonha interna vê o seu contributo na explicação desta diminuído, mantendo no entanto um efeito directo significativo, o que sugere um efeito de mediação parcial da Supressão entre a vergonha interna e o stress. O efeito indirecto da vergonha interna na sintomatologia associada ao stress ( $Z= 2.051$ ;  $p= .040$ ) foi confirmado pelo teste de Sobel.

**Quadro 55 - Análise de regressão hierárquica ( método *enter*) da vergonha interna e da Supressão sobre a sintomatologia associada ao stress**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchang e	P	B	β	t
Model 1	.637	.385	19.470	.000			
ISS					.129	.430	3.374***
WBSI					.088	.279	2.192**

\*\*\* $p\leq.001$ ; \*\* $p\leq.01$ ; \* $p\leq.05$

Por fim, ao controlarmos o efeito preditor da **dissociação**, concluímos que esta perde significância estatística na explicação da sintomatologia depressiva ( $p= .084$ ) e associada ao stress ( $p= .055$ ), o que nos indica que não medeia a relação entre a vergonha interna e estas sintomatologias.

Por outro lado, verificámos que a introdução da Dissociação contribui não só para uma diminuição do impacto da vergonha interna na ansiedade (de  $\beta=. 444$  para  $\beta=.229$ ;  $p=.12$ ) como para a perda da sua significância estatística.(c.f. Quadro 56) A vergonha e a Dissociação passam então a explicar 29.4% (mais 11.1% do que apenas a vergonha) da ansiedade ( $F= 13.289$ ;  $p=.00$ ).

**Quadro 56 - Análise de regressão hierárquica( método *enter*) da vergonha interna e da Dissociação sobre a sintomatologia ansiosa**

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchang e	p	B	β	T
Model 1	.519	.243	10.484	.000			
ISS					.058	.229	<b>1.579</b>
DESI					.1.33	.343	<b>2.365**</b>

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

Esta mediação foi confirmada pelo teste de Sobel, sendo que o efeito de mediação era estatisticamente significativo entre a vergonha interna e a sintomatologia ansiosa ( $Z=2.194$   $p=.028$ ).

Na amostra **clínica**, replicámos as mesmas análises, atendendo ao facto da Dissociação e da Supressão apenas se correlacionarem significativamente com a sintomatologia depressiva. Assim, apenas testamos o seu efeito mediador entre a vergonha e a depressão, excluindo a sintomatologia ansiosa e associada ao stress da análise de regressão regressão hierárquica ou por blocos.

Quando considerámos a Ruminação como eventual variável mediadora entre a vergonha interna e a sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress verificámos que o contributo da Ruminação diminui na explicação da depressão ( $\beta=.172$   $p=.421$ ) da ansiedade ( $\beta=.272$   $p=.284$ ) e do stress ( $\beta=.018$   $p=.942$ ), deixando de ser significativo, o que parece sugerir uma ausência de mediação.

Verificamos também que ao introduzirmos a Supressão e a Dissociação como variáveis mediadoras entre a vergonha interna e a depressão o seu contributo na explicação da depressão deixa de ser significativo ( $\beta=.139$   $p=.404$  e  $\beta=.120$   $p=.460$  respectivamente) não existindo portanto mediação.

## 2.5. Estudo do efeito de mediação das estratégias de regulação emocional na relação entre vergonha externa e psicopatologia

Neste estudo visamos os mesmos objectivos do anterior, considerando agora como variável independente a vergonha externa cujos resultados indicaram que predizia significativamente quer a ruminação, a supressão e a dissociação quer a sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress.

Na amostra **geral**, apesar da vergonha externa continuar a explicar de forma significativa a sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress houve uma diminuição do impacto da sua explicação na depressão ( $\beta=.486$  para  $\beta=.357$ ;  $p=.008$  (c.f. Quadro 57) na ansiedade ( $\beta=.444$  para  $\beta=.225$ ;  $p=.000$ ) (c.f. Quadro 58) e no stress ( $\beta=.597$  para  $\beta=.359$ ;  $p=.003$ ) (c.f. Quadro 59) quando controlado o efeito da **ruminação**. Quando esta variável é introduzida no modelo de regressão, este passa a explicar 30% (mais 8%) da variância na depressão ( $F=13.720$ ;  $p=.000$ ), 37.5% (mais 21.7%) da ansiedade ( $F=18.685$ ;  $p=.000$ ), e 33.6% (mais 9.7%) do stress.

### Quadro 57 - Análise de regressão hierárquica (método enter) da vergonha externa e da Ruminação sobre a sintomatologia depressiva

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchang e	p	B	β	T
Model 1	.570	.301	13.720	.000			
OAS					.103	.357	<b>3.005**</b>
RRQ					1.37	.325	<b>2.735**</b>

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

**Quadro 58 - Análise de regressão hierárquica ( método *enter*) da vergonha externa e da Ruminação sobre a sintomatologia ansiosa**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchang e	p	B	β	T
Model 1	.629	.375	9.124	.000			
OAS					.091	.225	<b>2.003*</b>
RRQI					2.99	.505	<b>4.496***</b>

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

**Quadro 59 - Análise de regressão hierárquica ( método *enter*) da vergonha externa e da Ruminação sobre a sintomatologia associada ao stress**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchang e	p	B	β	T
Model 1	.598	.336	15.898	.000			
OAS					.171	.359	<b>3.105**</b>
RRQ					2.48	.356	<b>3.076**</b>

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

Efectivamente, os valores da estimativa da significância do efeito indirecto (calculados através do teste de Sobel) da vergonha externa na depressão ( $Z= 2.638$ ;  $p= .008$ ), na ansiedade ( $Z=3.373$  ;  $p= .001$ ) e no stress ( $Z= 2.272$ ;  $p= .023$ ) corroboram a existência de um efeito de mediação parcial da Ruminação entre a vergonha e estas sintomatologias.

Quando introduzida a **supressão**, verifica-se uma diminuição do contributo da vergonha externa para a explicação da sintomatologia depressiva ( $\beta= .486$  para  $\beta=.351$ ;  $p=.007$ )(c.f. Quadro 60) e associada ao stress ( $\beta= .502$  para  $\beta=.323$ ;  $p=.008$ ), (c.f. Quadro 61) no entanto mantém-se o seu efeito directo significativo, o que sugere que a supressão medeia de forma parcial a vergonha externa e a depressão e o stress.

A significância do efeito indirecto da vergonha externa na depressão ( $Z= 2.010$  ;  $p= .044$ ) e no stress ( $Z= 2.534$ ;  $p= .011$ ) foi confirmado pelo teste de Sobel.

**Quadro 60 - Análise de regressão hierárquica( método *enter*) da vergonha externa e da Supressão sobre a sintomatologia depressiva**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchang e	p	B	β	T
Model 1	.552	.280	12.472	.000			
OAS					.101	.351	<b>2.818**</b>
WBSI					.056	.024	<b>2.361*</b>

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

**Quadro 61 - Análise de regressão hierárquica( método *enter*) da vergonha externa e da Supressão sobre a sintomatologia associada ao stress**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchan ge	p	B	β	T
Model 1	.608	.347	16.700	.000			
OAS					.154	.323	<b>2.727**</b>
WBSI					.122	.387	<b>3.265**</b>

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

Quanto à ansiedade, o contributo da vergonha externa não só diminui como também perde significância estatística na sua explicação com a introdução da Supressão ( $\beta=.426$  para  $\beta=.223$ ;  $p=.072$ ) (c.f. Quadro 62). A significância do efeito indirecto foi calculada mais uma vez através do teste de Sobel, e corroborou a existência de uma mediação total da Supressão no efeito indirecto que a vergonha externa têm na ansiedade ( $Z=2.666$ ;  $p=.008$ ).

**Quadro 62 - Análise de regressão hierárquica (método enter) da vergonha externa e da Supressão sobre a sintomatologia ansiosa**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchang e	p	B	$\beta$	t
Model 1	.579	.312	14,367	.000			
OAS					.090	.223	<b>1.832</b>
WBSI					.119	.441	<b>3.626***</b>

\*\*\* $p \leq .001$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \* $p \leq .05$

Assim, quando introduzida a supressão no modelo de regressão este passa a explicar 28% (mais 6%) da depressão, 31.2% (mais 15.4%) da ansiedade e 34.7% (mais 10.8%) do stress.

A adição da **Dissociação** ao modelo contribui para que a vergonha externa tenha um menor contributo na explicação da sintomatologia depressiva ( $\beta=.486$  para  $\beta=.306$ ;  $p=.014$ ) (c.f. Quadro 63) e associada ao stress ( $\beta=.502$  para  $\beta=.323$ ;  $p=.009$ ) (c.f. Quadro 64), não perdendo no entanto significância estatística, o que sugere que a dissociação medeia de forma parcial a relação entre a vergonha externa e a psicopatologia.

A significância do efeito indirecto da vergonha externa na sintomatologia depressiva ( $Z=2.491$ ;  $p=.013$ ) e associada ao stress ( $Z=2.497$ ;  $p=.013$ ) foi corroborado pelo teste de Sobel.

**Quadro 63 - Análise de regressão hierárquica ( método enter) para a vergonha externa e Dissociação sobre a sintomatologia depressiva**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchang e	p	B	$\beta$	t
Model 1	.591	.326	15.301	.000			
OAS					.088	.306	<b>2.526*</b>
DES					1.06	.381	<b>3.145**</b>

\*\*\* $p \leq .001$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \* $p \leq .05$

**Quadro 64 - Análise de regressão hierárquica ( método enter) para a vergonha externa e Dissociação sobre a sintomatologia associada aos stress**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchang e	p	B	$\beta$	t
Model 1	.602	.340	16.221	.000			
OAS					.154	.323	<b>2.692**</b>
DES					1.73	.378	<b>3.153**</b>

\*\*\* $p \leq .001$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \* $p \leq .05$

Em relação à ansiedade, verificou-se que a vergonha externa perde a significância estatística na sua explicação ( $\beta=.426$  para  $\beta=.253$ ;  $p=.051$ ) (c.f. Quadro 65), o que nos indica a possível existência de um efeito de

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar



mediação total da dissociação nesta relação. A estimação de significância do efeito indirecto da vergonha externa na ansiedade ( $Z= 2.362$ ;  $p=0.18$ ) através do teste de Sobel confirma-nos o efeito de mediação total da supressão na vergonha externa e ansiedade.

**Quadro 65 - Análise de regressão hierárquica( método *enter*) para vergonha externa e Dissociação sobre a sintomatologia ansiosa**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchang e	P	B	β	T
Model 1	.535	.262	11.452	.000			
OAS					.102	.253	<b>1.993</b>
DES					1.43	.367	<b>2.895**</b>

\*\*\* $p \leq .001$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \* $p \leq .05$

Com a introdução da dissociação no modelo de regressão, este passa a explicar 32.6% (mais 10.6%) da depressão ( $F= 15.301$ ;  $p=.00$ ) 26.2% (mais 9.6%) da ansiedade ( $F= 11.452$ ,  $p= .00$ ) e 34%( mais 11.1%) do stress ( $F= 16.221$ ;  $p= .00$ )

Na amostra **clínica** ao introduzirmos a Ruminação no modelo explicativo, verificamos que esta deixa de ser significativa na explicação da depressão ( $\beta=.221$   $p=.322$ ) da ansiedade ( $\beta=.182$   $p=.467$ ) e do stress ( $\beta=.114$   $p=.657$ ), o que parece sugerir uma ausência de mediação.

Tal como no estudo anterior, visto a Supressão e a Dissociação apenas se correlacionarem significativamente com a sintomatologia depressiva, apenas testamos o seu efeito mediador entre a vergonha e a depressão, excluindo a sintomatologia ansiosa e associada ao stress da análise de regressão regressão hierárquica ou por blocos.

Assim, ao introduzirmos a Supressão como variável mediadora entre a vergonha externa e a depressão o seu contributo na explicação da depressão deixa de ser significativo ( $\beta=.209$   $p=.201$ ), não existindo portanto mediação.

Ao testarmos a Dissociação como eventual variável mediadora entre a vergonha externa e a sintomatologia depressiva verificámos que o seu contributo na explicação desta deixa de ser significativo ( $\beta=.138$   $p=.413$ ), não se verificando portanto mediação.

### **Estudo III. Estudo da relação entre estratégias de regulação emocional, evitamento experiencial e sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress na população geral e na população clínica**

#### **3.1. Estudo correlacional entre estratégias de regulação emocional, evitamento experiencial e psicopatologia**

Na amostra **normal**<sup>12</sup>, foi possível encontrar correlações significativamente positivas entre as **estratégias de regulação emocional e o evitamento experiencial**. Os resultados indicam que o **Evitamento experiencial** se correlaciona de forma positiva e significativa com uma magnitude elevada com a **Ruminação** ( $r=.722$ ,  $p=.000$ ); bem como com a **Supressão** ( $r=.707$ ,  $p=.000$ ). Já com a **Dissociação** verifica-se uma

<sup>12</sup> Anexo B, Tabela 2

correlação positiva e significativa de magnitude moderada ( $r=.460$ ,  $p=.000$ ).

Como já foi referido no estudo 1.1, o evitamento experiencial correlaciona-se de forma positiva e significativa com as três dimensões da Psicopatologia.

Na amostra **clínica**<sup>13</sup>, os resultados indicam que o **Evitamento experiencial** se correlaciona de forma positiva e significativa, com uma magnitude moderada com a **Ruminação** ( $r=.557$ ,  $p=.001$ ) e com uma magnitude baixa com a **Dissociação** ( $r=.366$ ,  $p=.047$ ). Não se correlaciona significativamente com a Supressão.

Foram ainda encontradas correlações positivas e significativas com magnitude baixa entre o **evitamento experiencial** e a sintomatologia depressiva ( $r=.393$ ,  $p=.032$ ) e de magnitude moderada com a sintomatologia associada ao stress ( $r=.448$ ,  $p=.013$ ).

As correlações entre as estratégias de regulação emocional e a sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress na população geral e clínica encontram-se supracitadas no **Estudo 2.4**.

### 3.2. Estudo das estratégias de regulação emocional enquanto variáveis preditoras do evitamento experiencial

Na amostra **normal**, a **Ruminação** contribui em 51.3% para a explicação da variância do evitamento experiencial ( $F= 63.060$ ;  $\beta=.722$ ;  $p=.000$  (c.f. Quadro 66) a **Supressão** explica 49.2% da variância ( $F= 58.101$ ;  $\beta=.707$ ;  $p=.000$ ) (c.f. Quadro 67) e a **Dissociação** explica 19.8% da variância do evitamento experiencial ( $F= 15.576$ ;  $\beta=.460$ ;  $p=.000$ ) (c.f. Quadro 68).

**Quadro 66 - Análise de regressão linear simples( método enter) para a Ruminação sobre o evitamento experiencial**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	t
Model 1 <sup>a</sup>	.722	.513			63.060	.000	
RRQ( <i>brooding</i> )			8.415	.722			7.941***

\*\*\* $p\leq.001$ ; \*\* $p\leq.01$ ; \* $p\leq.05$

**Quadro 67 - Análise de regressão linear simples( método enter) para a Supressão sobre o evitamento experiencial**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.707	.492			58.101	.000	
WBSI			374	.707			7.622***

\*\*\* $p\leq.001$ ; \*\* $p\leq.01$ ; \* $p\leq.05$

**Quadro 68 - Análise de regressão linear simples( método enter) para a Dissociação sobre o evitamento experiencial**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.460	.198			15.576	.000	
DES			3.508	.460			3.947***

\*\*\* $p\leq.001$ ; \*\* $p\leq.01$ ; \* $p\leq.05$

<sup>13</sup> Anexo B, Tabela 3

Na amostra **clínica**, a **Ruminação** explica 28.6% da variância do evitamento experiencial ( $F=12.606$ ;  $\beta=.557$ ;  $p=.00$ ) (c.f. Quadro 69) e a **Dissociação** contribui para a explicação de 10.3% da variância do evitamento experiencial ( $F= 4.322$ ;  $\beta=.366$ ,  $p=0.47$ ) (c.f. Quadro 70).

**Quadro 69 - Análise de regressão linear simples( método enter) para a Ruminação sobre o evitamento experiencial**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.557	.286			12,606	.001	
RRQ			4,436	.557			3,550***

\*\*\* $p \leq .001$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \* $p \leq .05$

**Quadro 70 - Análise de regressão linear simples ( método enter) para a Dissociação sobre o evitamento experiencial**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Fchange	p	T
Model 1 <sup>a</sup>	.366	.103			4,322	.047	
DES			1,115	.366			2.079*

\*\*\* $p \leq .001$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \* $p \leq .05$

### 3.3. Estudo do efeito de mediação das estratégias de regulação emocional na relação entre evitamento experiencial e a psicopatologia

Pretendemos com este estudo averiguar a existência ou não de um efeito mediador do evitamento experiencial entre Ruminação, Supressão e Dissociação e a sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress. Neste sentido, conduzimos uma análise estatística baseada nos procedimentos recomendados por Baron e Kenny ( 1986).

Assim, após a constatação de que quer as variáveis predictoras (Ruminação, Supressão e Dissociação), quer a potencial variável mediadora (evitamento experiencial) explicam significativamente a variável critério (sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress) (ver estudo 1.5 e 2.1 respectivamente) procedemos a análises de regressão hierárquica ou por blocos.

Na amostra **geral**, quando introduzido o Evitamento experiencial como variável mediadora, os resultados indicam que o impacto da Ruminação não só diminui como perde significância estatística na explicação da sintomatologia depressiva ( $\beta=.439$  para  $\beta=.083$ ;  $p=.591$ )(c.f. Quadro 71) A realização do teste de Sobel permitiu-nos confirmar o efeito de mediação total entre a Ruminação e a Depressão ( $Z= 3.135$   $p= .002$ ).

**Quadro 71 - Análise de regressão hierárquica (método enter) da Ruminação e do evitamento experiencial sobre a sintomatologia depressiva**

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

Preditores	R	R <sup>2</sup>	F change	p	B	B	t
Model 1	.595	.331	15.558	.000			
RRQ					.352	.083	.540
AAQ					.193	.532	3.457***

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

Quando considerámos o Evitamento Experiencial como variável mediadora entre a Ruminação e a ansiedade e a Ruminação e o stress verificámos que o evitamento experiencial perde a significância estatística na explicação da ansiedade ( $p = .991$ ) e do stress ( $p = .077$ ), o que sugere uma ausência de mediação.

Quando introduzimos o evitamento experiencial como variável mediadora entre a Supressão e a sintomatologia depressiva, verificámos uma diminuição do seu contributo na explicação desta ( $\beta = .456$  para  $\beta = .074$ ;  $p = .63$ ) e também a perda da sua significância estatística. Este resultado indica um efeito de mediação total do evitamento experiencial entre a Supressão e a depressão ( $Z = 3.229$   $p = .001$ ), o que foi confirmado pelo teste de Sobel.

#### Quadro 72 - Análise de regressão método *enter* do evitamento experiencial e da Supressão sobre a sintomatologia depressiva

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchang e	p	B	$\beta$	t
Model 1	.594	.330	15.548	.000			
AAQ					.196	.540	3.580***
DES					.014	.074	.489

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

Foi possível verificar que o evitamento experiencial enquanto variável mediadora perde a significância estatística na explicação da sintomatologia ansiosa ( $p = .582$ ) e associada ao stress ( $p = .125$ ), o que nos indica que não medeia a relação entre a Supressão e a ansiedade e o stress.

Seguidamente, procurámos testar o efeito mediador do evitamento experiencial entre a Dissociação e a sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress. Foi possível verificar que a introdução do evitamento experiencial contribui para a diminuição do contributo da dissociação na explicação da sintomatologia depressiva ( $\beta = .617$  para  $\beta = .322$ ;  $p = .006$ ) (c.f. Quadro 73), ansiosa ( $\beta = .444$  para  $\beta = .368$ ;  $p = .01$ ) (c.f. Quadro 74) e associada ao stress ( $\beta = .597$  para  $\beta = .382$ ;  $p = .01$ ) (c.f. Quadro 75). O facto da Dissociação não perder a significância estatística parece indicar que o evitamento experiencial medeia parcialmente a relação entre esta e a depressão, ansiedade e o stress. A significância do efeito indirecto da Dissociação na sintomatologia depressiva ( $Z = 2.783$ ;  $p = .005$ ), ansiosa ( $Z = 2.121$ ;  $p = .034$ ) e associada ao stress ( $Z = 2.246$ ;  $p = .025$ ) obtida através do teste de Sobel confirma-nos o efeito de mediação parcial.

Com a introdução do evitamento experiencial no modelo de regressão, este passa a explicar 41,2% (mais 14,3%) da depressão ( $F = 21.656$ ;  $p = 0$ ); 26,5% (mais 5,1%) da ansiedade ( $F = 11.635$ ;  $p = 0$ ) e 34,2% (mais 7,3%) do stress ( $F = 16.338$ ;  $p = 0$ )

#### Quadro 73 - Análise de regressão hierárquica (método *enter*) do evitamento

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

**experiencial e da Dissociação sobre a sintomatologia depressiva**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchang		B	β	t
			e	p			
Model 1	.657	.412	21.656	.000			
DES					.891	.322	<b>2.860**</b>
AAQ					.161	.444	<b>3.947***</b>

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

**Quadro 74 - Análise de regressão hierárquica (método *enter*) do evitamento experiencial e da Dissociação sobre a sintomatologia ansiosa**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchang		B	β	t
			e	p			
Model 1	.538	.265	11.635	.000			
DES					1.43	.368	<b>2.924**</b>
AAQ					.132	.259	<b>2.061*</b>

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

**Quadro 75 - Análise de regressão hierárquica ( método *enter*) do evitamento experiencial e da Dissociação sobre a sintomatologia associada ao stress**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	Fchang		B	β	t
			e	p			
Model 1	.604	.342	16.338	.000			
DES					1.74	.382	<b>3.209</b>
					.194	.324	<b>2.723***</b>

\*\*\*p≤.001; \*\*p≤.01; \*p≤.05

Na amostra **clínica**, atendendo ao facto do evitamento experiencial não se encontrar correlacionado com a sintomatologia ansiosa ( como é possível verificar no **estudo 1.5**.) e da sua variância apenas ser explicada pela Ruminação e Dissociação, como demonstra o **estudo 3.2** , excluímos a Supressão e a ansiedade das análises. Assim, testámos o efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre a Ruminação e a sintomatologia depressiva e associada ao stress e na relação entre a Dissociação e a depressão e o stress. Este efeito não foi confirmado visto, quando introduzido, o evitamento experiencial perder a significância estatística.

**V - Discussão**

A influência da vergonha, do evitamento experiencial e da regulação emocional na Patologia do Comportamento Alimentar tem vindo a ser sustentada pela literatura, bem como a sua associação à psicopatologia.

No entanto não foram encontrados estudos empíricos que relacionassem especificamente (1) a Vergonha com o processo de evitamento experiencial e a psicopatologia e (2) a Vergonha com as três estratégias de Regulação emocional consideradas (Ruminação, Supressão e Dissociação) e o seu impacto na psicopatologia. Neste sentido, este estudo tomou como principais objectivos:

1-Explorar se havia diferenças nos índices de vergonha, evitamento experiencial, estratégias de regulação emocional (Ruminação, Supressão e Dissociação) e psicopatologia na amostra clínica e na amostra da população geral.

2. Compreender melhor de que forma a experiência de vergonha influencia o

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

processo de evitamento experiencial e o recurso à Ruminação, Supressão e Dissociação como estratégias de evitamento.

3. Explorar o impacto das variáveis descritas no ponto 2 na sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress.

## **Estudo 1**

### **Vergonha interna e vergonha externa, evitamento experiencial e sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress**

Este estudo visava primeiramente analisar eventuais diferenças entre amostras em relação aos níveis de vergonha externa e interna e aos níveis de psicopatologia e de evitamento experiencial para em seguida tentar compreender de que modo a vergonha interna e a vergonha externa influenciam a sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress e contribuem para o evitamento experiencial.

Conforme as previsões teóricas expostas na revisão da literatura, os indivíduos da amostra clínica apresentaram níveis mais elevados de vergonha externa e de vergonha interna do que os indivíduos da amostra da população geral. Estes resultados vêm no sentido de estudos anteriores que consideram que os indivíduos com patologia do comportamento alimentar tendem a experienciar mais vergonha em geral (Sanftner et al, 1995), sendo esta uma emoção que influencia o próprio curso da sintomatologia. De facto, num estudo que visava explorar se a vergonha se relacionava com a sintomatologia anoréctica e bulímica independentemente dos sintomas depressivos numa amostra de mulheres com história de PCA, concluiu-se que a severidade das sintomatologias supracitadas era influenciada pelos níveis e tipo de vergonha. Mais concretamente, verificou-se que a vergonha externa se correlacionava sobretudo com a severidade da sintomatologia anoréctica e a vergonha interna com a sintomatologia bulímica (Troop, Allan, Serpell & Treasure, 2008).

É de realçar que na literatura, a distinção entre o impacto da vergonha externa e vergonha interna não é muito comum, analisando-se geralmente a vergonha enquanto construto único que associa itens de ambas. No presente estudo, optamos por efectuar as análises separadamente, partindo da suposição previamente enunciada que existiriam diferenças entre anorécticas e bulímicas ao nível do tipo de vergonha. O facto dos índices de vergonha externa serem superiores aos de vergonha interna na nossa amostra clínica parecem corroborar esta hipótese, visto a amostra integrar 11 mulheres diagnosticadas com anorexia nervosa e 7 mulheres que migraram deste diagnóstico para o de Perturbação Alimentar sem outra especificação, apresentando no entanto características da sintomatologia anoréctica.

Hipotetizámos também que a experiência de vergonha influenciaria a sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress, isto é, que os indivíduos de ambas as amostras que reportassem níveis mais elevados de vergonha apresentariam também mais depressão, ansiedade e stress, o que foi corroborado no presente estudo

Os nossos resultados vão assim de encontro ao postulado teórico que considera como principais emoções associadas à vergonha a ansiedade e a interrupção e perda de afecto positivo (Gilbert, 2002, 2007) e que destaca a depressão e a ansiedade como patologias comumente relacionadas com esta emoção (Goss, K. & Allan, S., 2009). É de salientar que os níveis de sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress também são superiores na amostra clínica.

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

Seguidamente procurámos estudar a relação entre a vergonha, a psicopatologia e o evitamento experiencial. Considerámos pertinente introduzir este conceito na nossa análise partindo do pressuposto teórico que não será apenas a mera presença de vergonha que influencia a psicopatologia, mas sim a forma de coping com esta experiência.

Os nossos resultados indicam que quer na amostra da população geral quer na amostra clínica a vergonha interna e a vergonha externa explicam a variância do evitamento experiencial, cujos níveis são mais elevados nos indivíduos com PCA. Importa destacar que na amostra clínica a vergonha externa revela-se um preditor mais significativo do evitamento experiencial do que a vergonha interna.

Estes resultados vão de encontro aos poucos estudos que associam o evitamento experiencial com as patologias do comportamento alimentar, nos quais os indivíduos com PCA tendem a apresentar um padrão de evitamento experiencial mais consistente do que os indivíduos do grupo de controlo (Hayes et al, 2004). De facto, a descrição da função e processo da sintomatologia de uma PCA é congruente com o construto de evitamento experiencial, que pode ser visto como (1) uma estratégia de regulação emocional focada na resposta (Gross, 1998), mantida através de reforço negativo, visto diminuir a probabilidade de experienciar emoções aversivas, ou como (2) uma resposta previamente aprendida que pode manter a psicopatologia e constituir-se como um factor de risco para o seu desenvolvimento (Eifert & Forsyth, 2005). Sendo a vergonha uma emoção intensa e indutora de sofrimento supõe-se que dada a dificuldade destes indivíduos em lidar com emoções percebidas como aversivas, a sua experiência frequente esteja associada a maiores níveis de evitamento experiencial (Rubeis, S. & Hollenstein, T. 2008).

Por outro lado, procurámos também explorar se o evitamento experiencial prediz a sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress, isto é, se os indivíduos que apresentam mais evitamento experiencial experimentarão também mais depressão, ansiedade e stress.

Verificámos que não obstante os sujeitos do grupo clínico apresentarem mais inflexibilidade psicológica e evitamento experiencial este revela um valor preditivo menor na sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress do que nos sujeitos da amostra da população geral. Considerámos como principal hipótese para estes resultados o facto da amostra clínica ter um  $n$  reduzido e inferior (30 sujeitos) ao da amostra da população geral. Supomos então que caso o  $n$  fosse superior o evitamento experiencial apresentaria um poder explicativo superior, o que seria interessante verificar em estudos futuros.

Seguidamente, procurámos estudar o efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre a vergonha e a psicopatologia, tendo corroborado a nossa hipótese na amostra da população geral, visto a vergonha externa e a vergonha interna perderem significância estatística quando introduzimos o evitamento experiencial no modelo de equação. Estes resultados indicam que a vergonha não se constitui como uma causa directa no desenvolvimento da psicopatologia, sendo a tentativa de evitar esta experiência que poderá levar efectivamente a mais depressão, ansiedade e stress.

Na amostra clínica, não se verificou o efeito mediador do evitamento experiencial entre a vergonha e a psicopatologia. Estes resultados indicam que o impacto da vergonha na psicopatologia dos sujeitos desta amostra pode dever-se a outras variáveis que não o evitamento experiencial. Outra hipótese que poderá explicar os resultados é o facto da amostra apresentar um  $n$  reduzido, sendo interessante replicar este estudo posteriormente com

uma amostra clínica com um n superior.

## Estudo 2

### **Vergonha interna, vergonha externa, Ruminação<sup>14</sup>, Supressão, Dissociação e sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress**

O papel da vergonha na Patologia do Comportamento Alimentar ainda não está consensualmente definido, sendo que a maioria dos estudos incide sobre as suas causas e consequências, restando explorar interações mais complexas. Um dos aspectos que tem vindo a receber mais atenção prende-se com a forma como os indivíduos optam por regular a vergonha (

Partindo da ideia sustentada por Gilbert (2002) que os comportamentos característicos de uma PCA (e.g. ingestão alimentar compulsiva, restrição, purga) se constituem como estratégias de coping inadequadas para lidar com a vergonha e com as emoções negativas associadas é possível supor que estes indivíduos apresentarão dificuldades na regulação das emoções. Estas dificuldades podem traduzir-se ao nível do seu reconhecimento; identificação e adopção de estratégias de regulação emocional inadequadas. Esta hipótese foi corroborada no estudo de Gupta e colaboradores (2009) cujos resultados indicaram que as dificuldades ao nível da regulação emocional mediavam a relação entre a vergonha e os sintomas das perturbações alimentares, explicando 16 % da sua variância.

Neste sentido, considerámos pertinente explorar se existiam diferenças entre a amostra geral e a amostra clínica no recurso às estratégias de regulação emocional em análise, nomeadamente a Ruminação, a Supressão e a Dissociação, as quais a literatura tem vindo a associar com diversas patologias, incluindo a patologia do comportamento alimentar (Nolen-Hoeksema, Stice, Wade, & Bohon, 2007; Piran & Cormier 2005 *cit in* Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S., 2010). Os resultados corroboram a nossa hipótese, tendo-se verificado que os indivíduos da nossa amostra ruminam, suprimem e dissociam mais do que os indivíduos da amostra geral.

Em seguida procurámos também compreender se a experiência de vergonha interna e vergonha externa poderia influenciar o recurso à ruminação, à supressão e à dissociação tendo-se verificado que em ambas as amostras a vergonha se afirma de um modo geral como preditora, i.é, quanto mais os indivíduos experienciam vergonha maior a probabilidade de recorrerem a estas estratégias como forma de lidar com o afecto negativo associado.

Um dado curioso que se destacou na amostra clínica foi o elevado poder preditivo da vergonha externa e da vergonha interna na ruminação, o que vai de encontro à suposição da vergonha como uma das principais causas da ruminação, especialmente em indivíduos que se focam bastante em ameaças ao auto-conceito e falta de controlo (Beck, Emery & Greenberg, 1985 *cit in* Cheung, Gilbert, & Irons, 2003).

De acordo com diversos estudos que associam a ruminação com a percepção de perda de poder e atracção social, verifica-se que esta estratégia é usada no sentido de procurar formas de controlar as emoções e certos

---

<sup>14</sup> Neste estudo analisamos apenas a dimensão “brooding” da escala RRQ visto interessar-nos sobretudo verificar de que forma esta estratégia comumente considerada como desadaptativa influenciava as outras variáveis consideradas.

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012



stressores contextuais (Aldao, A. & Nolen- Hoeksema, S., 2010).

Atendendo à importância do sentimento de controlo na PCA (Fairburn et al, 1998 *cit in* Rawal, Park & Williams, 2009) e a alguns estudos empíricos cujos resultados associam a ruminação sobretudo à sintomatologia anoréctica, o destaque da Ruminação enquanto principal variável preditora revelou-se particularmente interessante visto a amostra do presente estudo integrar onze mulheres diagnosticadas com anorexia e sete com perturbação alimentar sem outra especificação que tinham migrado do diagnóstico de anorexia. Assim, é possível inferir por um lado que o destaque desta estratégia em detrimento da Supressão e da Dissociação poderá dever-se a esta questão da amostra e por outro supor a existência de uma correlação entre o recurso a determinada estratégia de regulação emocional e a sintomatologia apresentada. Esta ideia é já sustentada por alguns modelos teóricos que sugerem que as estratégias de regulação emocional associam-se de forma diferenciada com o tipo de comportamentos de uma PCA, destacando-se a associação da Ruminação à sintomatologia anoréctica e da Supressão e Dissociação aos comportamentos bulímicos. Considerámos que seria pertinente explorar esta hipótese em estudos futuros utilizando uma amostra com um n superior de indivíduos com PCA, no sentido de ser possível comparar um grupo de indivíduos com sintomatologia anoréctica com um grupo de sujeitos com sintomatologia bulímica.

Em seguida, procurámos averiguar de que modo a sintomatologia depressiva, ansiosa e relacionada com o stress era influenciada pelo recurso à Ruminação, à Supressão e à Dissociação, tendo-se verificado através das análises de regressão linear simples (método *enter*) que, de um modo geral, as três estratégias supracitadas afirmam-se como variáveis preditoras da sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress. Estes resultados vão de encontro ao que a Literatura postula acerca dos efeitos do recurso a estas estratégias. Efectivamente, a tentativa de controlar e evitar pensamentos e sentimentos desagradáveis conduz de forma paradoxal a um aumento da sua frequência e perturbação emocional dessas experiências (Gross, 1998a, 2002; Wegner, 1994; Kashdan, 2006) e logo a mais depressão, ansiedade e stress.

No que concerne especificamente à sintomatologia depressiva, a Ruminação destaca-se como preditora principal quer na amostra clínica quer na amostra geral. Estes dados parecem então sugerir, como evidenciado na literatura, que os indivíduos que ruminam, focando a atenção no eu e nos sintomas de mal estar e nas suas possíveis causas são mais propensos a experienciar um sofrimento prolongado (Rude, Maestas & Neff, 2007). Diversos estudos corroboram a ideia de que o pensamento ruminativo ao incidir sobre os antecedentes e natureza do afecto negativo intensifica e prolonga estados disfóricos, visto influenciar enviesamentos negativos que conduzem as pessoas a um maior auto- criticismo, menos auto- eficácia na resolução dos problemas e sobregeneralização dos seus erros (Liao, K., Wei, M., 2011). Assim, não é apenas a percepção de ser visto como inferior pelos outros e por si próprio que leva à depressão mas sim o enfoque repetido nesta ideia que poderá conduzir à psicopatologia. (Cheung, Gilbert & Irons 2003).

Não obstante os poucos estudos que associem a Ruminação com a patologia do comportamento alimentar, é possível verificar que os existentes corroboram a importância da percepção de controlo nesta patologia. As metacognições positivas acerca da eficácia da Ruminação no aumento desta percepção de controlo poderá explicar o facto dos indivíduos da amostra clínica recorrerem mais a esta estratégia. No que respeita à sintomatologia

ansiosa, a Ruminação destaca-se também como principal variável preditora em ambas as amostras, o que é sustentado pela literatura através da hipótese de que a maioria dos pensamentos ruminativos reflectem preocupações acerca da incerteza e incontrolabilidade de situações, as quais espoletam os sintomas de ansiedade.

No que concerne ao efeito mediador da Ruminação, Supressão e Dissociação entre a vergonha e a psicopatologia, os nossos resultados indicam que na amostra geral, a Ruminação, a Supressão e a Dissociação medeiam de forma total a vergonha interna e a ansiedade, visto a vergonha perder o seu poder preditivo. Ou seja, a experiência de ansiedade não resulta directamente da experiência de vergonha mas sim do facto dos indivíduos ruminarem sobre esta, tentarem suprimi-la ou dissociarem-se do afecto negativo sentido.

Por sua vez, a experiência de stress, segundo os nossos resultados, também não resulta directamente da experiência de vergonha, mas sim do facto dos indivíduos recorrerem à Ruminação e à Supressão como forma de lidar com esta experiência.

Inesperadamente não se verificou o efeito mediador de nenhuma destas estratégias na relação entre a vergonha interna e a Depressão, o que nos leva a supor que o seu impacto nesta sintomatologia se deve a outras variáveis que não o facto dos sujeitos recorrerem à Ruminação, à Supressão e à Dissociação.

No entanto, quando testamos o eventual efeito mediador das três estratégias entre a vergonha externa e a depressão, os resultados indicam que a Ruminação, a Supressão e a Dissociação contribuem efectivamente para uma diminuição do impacto da vergonha externa nesta sintomatologia.

Visto estas estratégias mediar a vergonha externa e a depressão seria interessante replicar este estudo com outra amostra no sentido de verificar se de facto não medeiam a relação da vergonha interna e da depressão, ou se o facto da vergonha ser externa ou interna influencia de forma distinta o desenvolvimento da sintomatologia depressiva.

Importa ainda destacar que a literatura tem vindo a incidir sobretudo na relação entre o impacto da Ruminação e da Supressão na depressão e na ansiedade, existindo ainda poucos estudos empíricos a considerar a dissociação como forma de lidar com a vergonha e o seu impacto na psicopatologia. Seria interessante desenvolver esta ideia em estudos futuros, considerando também o seu impacto em outros quadros clínicos, para além da Patologia do Comportamento Alimentar.

Atendendo ao facto dos indivíduos da nossa amostra clínica apresentarem índices mais elevados de vergonha interna e de vergonha externa e os resultados indicarem que ruminam, suprimem e dissociam mais do que os indivíduos da amostra da população geral, foi inesperado não se verificar o efeito de mediação da Ruminação, Supressão e da Dissociação na relação entre a vergonha e a psicopatologia.

Podemos supor que estes resultados indicam que o impacto da vergonha na psicopatologia se deve a outras variáveis não consideradas no nosso estudo.

A inexistência de estudos que comparem o efeito e o impacto destas três estratégias na patologia do comportamento alimentar e explorem a sua relação entre a vergonha e a psicopatologia, dificulta a fundamentação destes resultados na amostra clínica. Contudo, o facto dos resultados na amostra da população geral corroborarem as proposições teóricas leva-nos a supor que o facto da amostra clínica ter um  $n$  reduzido poderá contribuir para que não se verifique mediação. Assim, seria interessante replicar este estudo com uma amostra clínica com um  $n$  superior.

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

### Estudo 3

#### **Ruminação, Supressão e Dissociação, evitamento experiencial e sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress**

Após compreendermos de que forma a Ruminação, a Supressão e a Dissociação por um lado, e o evitamento experiencial, por outro, se relacionavam com a sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress, pretendemos explorar a relação entre a Ruminação, a Supressão e a Dissociação e o evitamento experiencial.

A literatura tem vindo a considerar que estas três estratégias encontram-se associadas ao fenómeno de evitamento experiencial por possibilitarem o evitamento de experiências privadas percebidas como aversivas e diminuírem o contacto com a experiência directa ( Hayes et al 2004). Aliás, de acordo com Kashdan e colaboradores (2006) é possível supor que o recurso a estas estratégias não seja *per se* problemático a não ser que sejam usadas de forma rígida e inflexível como métodos para evitar ou controlar pensamentos e emoções indesejados, isto é, como estratégias que cumprem a função de evitamento experiencial.

Visto a Ruminação, a Supressão e a Dissociação serem conceptualizadas como estratégias de regulação emocional que cumprem a função de evitamento, visámos compreender de que forma é que se relacionavam e explicavam o evitamento experiencial. Foi possível verificar que em ambas as amostras a Ruminação e a Dissociação encontravam-se correlacionadas e explicavam significativamente a variância do evitamento experiencial, i.é, quanto mais os indivíduos se envolvem em processos de ruminação e dissociação mais evitam o contacto directo com eventos internos e externos. No entanto, e contrariamente ao que era esperado, a supressão não se correlaciona significativamente com o evitamento experiencial na amostra clínica.

Atendendo à Ruminação, e não obstante as questões emergentes acerca da sua função, considera-se que enquanto estratégia de limitação do impacto emocional de eventos internos e externos negativos assume frequentemente uma função de evitamento (Moulds, 2007). Os nossos resultados na presente estudo parecem ir de encontro às suposições teóricas tendo-se verificado que a ruminação prediz o evitamento experiencial em ambas as amostras. No entanto, ao contrário do esperado a predição é mais elevada na amostra normal. Este resultado poderá ser explicado pelo facto dos indivíduos da amostra clínica que apresentam níveis mais elevados de ruminação, dispendendo de facto muito tempo a pensar e analisar eventos aversivos manterem expectativas positivas acerca deste processo o que poderá ter levado a uma percepção diferente dos itens do questionário que avalia o evitamento experiencial. Isto é, o facto de considerarem este processo de sobrenvolvimento eficaz e desconhecerem os efeitos paradoxais de aumento das cognições e afecto negativo, poderá não ser congruente com uma auto- percepção de evitamento experiencial, na resposta a itens como “ Tenho medo dos meus sentimentos” ou “ As minhas memórias dolorosas impedem-se de ter uma vida em pleno”.

Procurámos então averiguar um eventual efeito mediador do evitamento experiencial no impacto da Ruminação, Supressão e Dissociação na sintomatologia depressiva e associada ao stress. A partir do pressuposto teórico que estas estratégias cumprem a função de evitamento, procurámos testar se o seu impacto na psicopatologia se deve a esta função.

Na amostra normal, pudemos verificar que a influência da Ruminação

na depressão e no stress se deve ao facto de desempenhar uma função de evitamento, visto este ter mediado de forma total o seu impacto. Também concluímos que o efeito da dissociação na depressão, ansiedade e stress se deve em parte à função de evitamento, no entanto o facto de apenas mediar parcialmente esta relação leva a que suponhamos a existência de outras variáveis a contribuir para o seu impacto na psicopatologia.

Por sua vez, verificámos que o impacto da Supressão na depressão se deve sobretudo à função de evitamento que desempenha.

Na amostra clínica, não se verificou o efeito mediador do evitamento experiencial entre a Ruminação, a Supressão e a Dissociação e a psicopatologia. A escassez de estudos que incidam sobre o papel do evitamento experiencial na Patologia do Comportamento Alimentar dificulta a fundamentação destes resultados, sobretudo por teoricamente considerarmos que estas estratégias cumprem a função de evitamento e subsequentemente conduzem a mais psicopatologia. Por um lado, podemos hipotetizar que o facto de não se verificar mediação se possa dever ao facto destas estratégias contribuírem para a psicopatologia por cumprirem outra função que não a de evitamento experiencial. No entanto, e dada a incoerência com o que a investigação tem demonstrado, seria interessante replicar este estudo com outra amostra.

Apesar da validade dos resultados obtidos não podemos ignorar algumas limitações deste estudo.

Primeiramente, importa referir o facto da amostra clínica ser de dimensão reduzida (30 sujeitos), o que implicou uma menor variância de respostas que poderá explicar a ausência da correlação esperada entre o evitamento experiencial e a supressão. A ausência do efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre vergonha e psicopatologia e na relação entre as estratégias de Regulação emocional e Psicopatologia e das estratégias de Regulação emocional entre a Vergonha e a Psicopatologia também poderá dever-se a esta questão da amostra.

Consideramos também como limitação deste estudo o uso de uma metodologia baseada apenas em questionários de auto-resposta, uma vez que a literatura tem vindo a enfatizar a necessidade de cruzar métodos distintos que proporcionem uma avaliação multidimensional dos construtos analisados. Neste sentido seria pertinente replicar os estudos com informação recolhida por outros métodos de investigação, como a entrevista clínica.

Outra limitação deste estudo prende-se com o facto de apenas testarmos a efeito mediador das estratégias de Regulação Emocional e do evitamento experiencial. Visto nenhuma mediação ter sido corroborada na amostra clínica teria sido interessante verificar o efeito moderador das variáveis que considerámos, sendo pertinente replicar este estudo verificando este efeito.

Avaliando as limitações enunciadas previamente e o facto de alguns dos resultados da amostra clínica não serem congruentes com as premissas teóricas que têm vindo a ser desenvolvidas na literatura seria importante continuar a estudar as variáveis avaliadas e replicar este estudo utilizando uma amostra com um  $n$  superior.

## VI - Conclusões

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

Como esperado, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre amostras nos resultados das variáveis em análise. Assim, foi possível observar que os indivíduos com Patologia do Comportamento Alimentar apresentam mais vergonha externa e vergonha interna do que os sujeitos da amostra geral; adoptam mais o evitamento experiencial e a Ruminação, a Supressão e a Dissociação como processo e estratégias de regulação das emoções e apresentam mais depressão, ansiedade e stress do que os sujeitos da amostra da população geral.

É de salientar que as correlações entre as variáveis são de um modo geral mais elevadas na amostra da população geral do que na amostra clínica, o que provavelmente decorre do facto de ter um n superior (60 sujeitos) ao desta (30 sujeitos).

Pudémos comprovar que em ambas as amostras a experiência de vergonha contribui para a explicação da sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress. Na amostra da população geral, a vergonha interna possui um cariz preditivo superior ao da vergonha externa na psicopatologia, sendo que na amostra clínica ambas contribuem de igual forma para a experiência de depressão, ansiedade e stress.

Verificámos também que na amostra da população geral a vergonha interna contribui mais para a explicação da variância do evitamento experiencial do que a vergonha externa. Na amostra clínica, o evitamento experiencial é mais explicado pela experiência de vergonha externa do que de vergonha interna.

Foi possível observar ainda que na amostra geral o impacto da vergonha interna na depressão deve-se em parte ao evitamento experiencial. Por sua vez, o seu impacto na ansiedade e no stress não é diminuído pelo evitamento experiencial, sendo provável que estejam presentes outras variáveis não consideradas a mediar o efeito.

Já o impacto da vergonha externa na depressão, ansiedade e stress é parcialmente mediado pelo evitamento experiencial.

Na amostra clínica, o evitamento experiencial não medeia o impacto da vergonha na psicopatologia.

Observámos ainda que a Ruminação, a Supressão e a Dissociação explicam a variância da experiência de depressão, ansiedade e stress em ambas as amostras. Na amostra clínica, a Ruminação possui um poder explicativo mais elevado na depressão e na ansiedade do que a Supressão e a Dissociação.

Quando analisámos o eventual efeito mediador da Ruminação, Supressão e Dissociação na relação entre a Vergonha e a psicopatologia, verificámos que o impacto da vergonha interna na depressão não se deve ao recurso a nenhuma das estratégias consideradas. Já o seu impacto na ansiedade é mediado de forma total pela Ruminação, Supressão e Dissociação. No que concerne ao stress, verificámos que a Ruminação e a Supressão medeiam parcialmente o impacto da vergonha interna nesta sintomatologia.

Pudémos verificar também que estas três estratégias medeiam parcialmente o impacto da vergonha externa na depressão e no stress. Verificou-se ainda que o impacto da vergonha externa na ansiedade é mediado de forma parcial pela Ruminação e de forma total pela Supressão e Dissociação.

Na amostra clínica, não se verificou o efeito mediador de nenhuma das estratégias analisadas entre a vergonha e a psicopatologia.

Por fim, quando testámos o efeito mediador do evitamento experiencial entre as estratégias de Regulação emocional e a psicopatologia,

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

verificou-se que na amostra da população geral o impacto da Ruminação e da Supressão na depressão é totalmente mediado pelo evitamento experiencial. Por sua vez, verificámos que o evitamento experiencial não medeia a relação entre estas estratégias e a ansiedade. Quanto ao impacto da Dissociação sobre a sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress verificámos que é parcialmente mediado pelo evitamento experiencial.

Em suma, e do nosso ponto de vista, esta investigação contribuiu para uma melhor compreensão do efeito do evitamento experiencial e das estratégias de Regulação Emocional enquanto processos transversais ao contínuo normal- patológico. Possibilitou também explorar de que forma é que estes construtos se relacionam com a experiência de vergonha.

Efectivamente, e não obstante os indivíduos da amostra da população geral não apresentarem nenhuma patologia diagnosticada, verificou-se que a experiência de vergonha também leva a que recorram ao evitamento experiencial e que o envolvimento neste processo e recurso às estratégias de Regulação emocional também influi nos índices de depressão, ansiedade e stress o que corrobora a ideia destes processos como universais e com consequências negativas independentemente da existência de psicopatologia.

Pudémos também confirmar, ainda que não seja claro a forma como se relacionam devido à inexistência de mediações, que estes construtos são preponderantes para a compreensão da Psicopatologia do Comportamento Alimentar. O facto dos índices de vergonha, evitamento experiencial e estratégias de regulação emocional serem elevados e de se verificar que a experiência de vergonha contribui para o evitamento experiencial e para as estratégias de regulação emocional desadaptativas e que estas influem no desenvolvimento da psicopatologia corrobora a importância dos protocolos terapêuticos continuarem a incidir sobre estes processos que se revelam essenciais enquanto factores de manutenção deste quadro clínico.

## **Bibliografia**

- O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar  
Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

Aldao, A. & Nolen- Hoeksema, S. (2010) Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination, *Behaviour Research and therapy*, 48, 974- 983.

Allan, S. & Gilbert, P. (1997) Submissive behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*. 36, 467-488.

Baer, R., Fischer, S. & Huss, D. (2006) Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating *Journal of rational emotive & Cognitive- Behaviour Therapy*, vol 23, no. 4 doi: 10.1007/s10942-005-0015-9.

Baron, R.M, & Kenny, D.A. (1986) The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

Blackledge, J.T. & Hayes, S.C. (2001). Emotion Regulation in Acceptance and Commitment Therapy. *JCLP/In Session: Psychotherapy in Practice*, 57(2), 243-255.

Boelen, P., Reijntjes, A.(2008). Measuring Experiential Avoidance: reliability and validity of the Dutch 9-item acceptance and action questionnaire (AAQ). *Journal of Psychopathology Behaviour Assessment*. 30. 241-251.

Boulanger, J.L., Hayes, S.C. & Pistorello, J. (2010). Experiential Avoidance as a Functional Contextual Concept. In A.M. Kring & D.M. Sloan (Eds) *Emotional Regulation and Psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (107-136). The Guilford Press: New York/London.

Bueno, J. & Primi, R. (2003). Inteligência emocional: um estudo de validade sobre a capacidade de perceber emoções. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 16 (2), 279-291.

Burney, J. & Irwin, H. (2000). Shame and guilt in women with eating-disorder symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 51-61.

Butler, E.A.; Young, V.J.& Randall, A.K.(2010). Suppressing to please, eating to cope: the effect of overweight women's emotion suppression on romantic relationships and eating *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 29, no.6, pp. 599- 623.

Campbell-Sills, L. & Barlow. D. H.( 2007). Incorporating Emotion Regulation into Conceptualizations and Treatments. J. J. Gross (Ed.) *Handbook of emotion regulation* (542-559). New York: The Guildford Press.

Campbell- Sills, L., Barlow, D.H., Brown, T.A., & Hofmann, S.G. (2005). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders.*Behaviour Research and Therapy*, 44,1251- 1263.

Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential Avoidance as a Functional Dimensional Approach to Psychopathology: an empirical review.

O papel da Vergonha, Evitamento Experiential e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

*Journal of Clinical Psychology*. 63 (9), 871-890.

Cheung, M.S.P., Gilbert, P. & Irons, C. (2003). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression *Personality and Individual Differences*, 36, 1143- 1153.

Eifert, G.H. & Forsyth, J.P. (2005). *Acceptance & Commitment Therapy for Anxiety Disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance and values-based behavior change strategies*. New Harbinger Publications.

Evers, C., Marijn Stok, F. & Ridder, D. (2009). Feeding your feelings: Emotion Regulation Strategies and Emotional Eating *Pers Soc Psychol Bull* published online 11 May 2010 (DOI: 10.1177/0146167210371383).

Garner, D.; Garfinkel, P. ( ) *Handbook of treatment for eating disorders* The Guilford Press, New York.

Gerin, W., Davidson, K., Christenfeld, N., Goyal, T. & Schwartz, J. (2006). The Role of Angry Rumination and Distraction in Blood Pressure Recovery From Emotional Arousal. *Psychosomatic Medicine*. 68. 64-72.

Gilboa- Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E. & Jeczmierny, P. (2006). Emotional Processing in Eating Disorders: Specific impairment or general distress related deficiency. *Depression and Anxiety* 23:331-339.

Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*. 70, 113-147.

Gilbert, P. (2002). Body Shame: A biopsychological conceptualisation and overview, with treatment implications. In P. Gilbert and J. Miles (Eds.) *Body Shame: Conceptualisation Research and Treatment* (3-54). London: Brunner- Routledge.

Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles and the differences in shame and guilt. *Social research*, 70(4). 1205-1230.

Gilbert, P. & Thompson, J. (2002). Body shame in childhood and adolescence: Relations to general psychological functioning and eating disorders. In Gilbert, P. & Miles, G. (Eds.), *Body Shame – Conceptualisation, research and treatment*. Hove & New York: Brunner-Routledge

Goss, K & Allan, S. (2009) Shame, Pride and Eating Disorders *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 303-216 doi: 10.1002/cpp.627

Goss, K. & Gilbert, P. (2002). Eating Disorders, shame and pride: A cognitive-behavioural functional analysis. In Gilbert, P. & Miles, J. (Eds), *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment* .New York: Brunner- Routledge

Grabhorn (2006). Social anxiety in anorexia and bulimia nervosa: The mediating role of shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 12-19. doi:10.1002/cpp.463.

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar  
Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012



Gratz, K.L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.

Gross, J. (1998a). Antecedent-and Response – focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*. 74, 224-237.

Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.

Gross, J & Thompson, R. (2007). Emotional Regulation: Conceptual Foundation. In Gross, J. (Ed.). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press.

Gupta, S., Rosenthal, M.Z., Mancini, A. D., Cheavens, J.S. & Lynch, T.( 2008). Emotion regulation skills mediate the effects of shame on eating disorder symptoms in women; *Eating disorders*, 16( 5), 405- 417.

Hayaki, J.( 2009) Negative Reinforcement eating expectancies, emotion dysregulation, and symptoms of Bulimia Nervosa *Intr J Eating disorders*,42, 552- 556.

Hallings- Pott, C., Waller, G., Watson, D. & Scragg, P. (2005). State dissociation in Bulimic Eating Disorders: An experimental Study *Journal of Eating Disorders* ,38, 37-41.

Harrison,A. Sullivan,S., Tchanturia, K. & Treasure, J.(2009). Emotion Recognition and Regulation in Anorexia Nervos *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 348-356

Harrison,A., Sullivan,S., Tchanturia, K. & Treasure,J.(2010). Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and regulation. *Psychological Medicine*. 1-11. Cambridge University Press.

Hayes,S.C., Wilson, K.G., Stroschal, K.. Gifford, E.V. & Follette, V.M.(1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.

Hayaki, J. (2009), Negative reinforcement eating expectancies, Emotion Dysregulation, and Symptoms of Bulimia Nervosa *Int J. EAT DISORD*, 42, 552- 556.

John, O & Gross, J. (2004). Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: personality processes, individual differences and life span development. *Journal of Psychology*. 72 (6). 1302-1330.

Joorman, J., Dkane, M. & Gotlib, I. (2006). Adaptive and maladaptive components of rumination? Diagnostic specificity and relation to depressive biases. *Behavior Therapy*. 37, 269-280.

Kashdan, T., Barrios, V., Forsyth, J. & Steger, M. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behavior Research and Therapy*. 44, 1320.

Kaye, W., Fudge, J. & Paulus, M. (2009). New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Macmillan Publishers*, vol.10, 573-584.

Keith, Gillanders & Simpson, (2009) An exploration of the main sources of Shame in an Eating- Disordered Population *Clinical Psychology and Psychotherapy* 16, 317- 327.

Kirmayer, L. & Seligman, R. (2008). Dissociative Experience and Cultural Neuroscience: narrative, Metaphor and Mechanism. *Cult Med Psych*. 32, 31-64.

Lavender, J., & Anderson, D.A. (2010). Contribution of emotion Regulation difficulties to disordered eating and body dissatisfaction in college men, *International Journal of Eating Disorders*,43: 352-357

Lewis, M. (2000). Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame and guilt. In M. Lewis & M. Haviland-Jones (Eds). *Handbook of emotions*. New York: Guilford Press.

Liao, K. & Wei, M. (2011) Intolerance of uncertainty, Depression, and anxiety: The moderating and mediating roles of rumination *Inc. Journal Clinical Psychology*, 67, 1220- 1239.

Lowenstein, G. (2007). Affect Regulation and Affective Forecasting. In Gross, J. (Eds). *Handbook of Emotion Regulation*. New York/London: The Guilford Press. 180-203.

Markey, M. & Wal, J. (2007).The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology *Comprehensive Psychiatry*.

McMain, S., Korman, L. M & Dimeff, L. (2001). Dialectical behavior therapy and the treatment of emotion dysregulation. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (2), 183-196.

McEwen, C. &, Flouri, E. (2009). Father's parenting, adverse life events, and adolescent's emotional and eating disorder symptoms: the role of emotion regulation *European Child Adolescent Psychiatry* 18: 206-216

Meyer, C. et al. (2010). Emotion and Eating Psychopathology: Links with attitudes toward emotional expression among young woman *International Journal of Eating Disorders*,187-189.

Moulds et al( 2007) The Relationship between rumination, avoidance and depression in a non clinical sample. *Behaviour Research and Therapy* 45, 251-261.

O'Connor, R. & Noyce, R. (2008). Personality and Cognitive Processes: selfcriticism and different types of rumination as predictors of

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*. 46, 392-401.

Orsillo, S.M., Roemer, L. & Holowka, D.W. (2005). Acceptance-based behavioral therapies for anxiety: using acceptance and mindfulness to enhance traditional Cognitive-behavioral approaches. In Orsillo, S.M. & Roemer, L. (Eds), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment*. Ed. Springer.

Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2003). Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo.

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). *Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa da Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 229 – 239.

Rubeis, S; Hollenstein, T. (2008). Individual differences in shame and depressive symptoms during early adolescence *Personality and Individual Differences* 46, 477-482

Rawal, A., Park, R., & Williams, M. (2010) Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders, *Behaviour Research and therapy* 48, 851- 859.

Rubeis, S; Hollenstein, T. (2008) Individual differences in shame and depressive symptoms during early adolescence *Personality and Individual Differences* 46, 477-482.

Rude, S; Maestas, K & Neff, K. (2007) Paying attention to distress: what's wrong with rumination? *Cognition and emotion*, 21, 4:843-864.

Selby, E.A., Anestis, M.D. & Joiner, T.E.(2008) Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 593- 611.

Sim, L. & Zeman, J.( 2006) The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 35, no.2, pp. 219-228.

Simpson, J.A., Hughes, J.N., & Snyder, D.K. (2006). Introduction: Cross-disciplinary approaches to emotion regulation. In D.K. Snyder, J.A. Simpson & J.N. Huges (Eds.). *Emotion regulation in couples and families: Pathways to Dysfunction and Health*. Washington, DC: American Psychological Association.

Smith, J. & Alloy, L. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*. 29, 116-128

Strong, K. G., & Huon, G. F. (1999). Controlled motivation and the persistence of weight-loss dieting. *European Eating Disorders Review*, 7, 136-146

Treynor, W., Gonzalez, R. & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and*

O papel da Vergonha, Evitamento Experiencial e Regulação emocional no desenvolvimento da psicopatologia: implicações na Patologia do Comportamento Alimentar

Teresa Forte (e-mail:teresa.n.f@hotmail.com) 2012

*Research*, 27(3), 247–259.

Troop, N; Allan, S; Serpell, L; Treasure, J ( 2008) Shame in woman with a History of eating disorders *European Eating Disorders Review*, 16, 480- 488

Walsh , B.T., & Garner, D.M. ( 1997). Diagnostic issues. In D.M. Garner & P. E. Grafinkel ( Eds.),*Handbook of treatment for eating disorders*( 2<sup>nd</sup> ed., pp. 25- 33) Nova Iorque: The Guilford Press.

Wildes, J; Ringham, R & Marcus, M. (2010). Emotion Avoidance in Patients with Anorexia Nervosa: Initial test of a functional model *International Journal of Eating Disorders*, 43: 398-404.

Zeman, J. & Sim,L. (2010). Emotion awareness and Identification skills in Adolescent girls with Bulimia Nervosa *Journal of Clínica Child & Adolescent Psychology*, 33: 4, 760-771.

## Anexos

**Anexo A. Tabela 1: Características gerais da amostra: idade, estado civil e nível socio-económico**

	Geral (n=60)		Clínica (n=30)		Total (n=90)		t	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
<b>Idade</b>	23.05	4,799	21.27	5.420	22,46	5,06	1.904	.058

	Geral (n=60)	Clínica (n=30)	Total (n=90)
<b>Estado Civil</b>			
<b>Solteiro</b>	56	25	81
<b>Casado</b>	4	5	9

	Geral (n=60)	Clínica (n=30)	Total (n=90)
<b>Profissão</b>			
<b>NSE Baixo</b>	3	2	5
<b>NSE Médio</b>	10	4	14
<b>NSE Alto</b>	1	0	1
<b>Estudante</b>	46	24	90

Nota: NSE – Nível Sócio-Económico

**Anexo B- Quadro 1: Médias e Desvios Padrão das Variáveis em estudo (n= 90)**

	<b>Geral (n=60)</b>		<b>Clínica (n=30)</b>		<b>Total (n=90)</b>		<b>T</b>	<b>p</b>
	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>		
<b>ISS</b>	29,45	16,07	65	16,67	41,73	23,44	-10.5	.000
<b>OAS</b>	17,13	10,13	35,69	11,65	23,94	14,21	-874	.000
<b>AAQ</b>	20,7	8,05	34,83	5,43	25,61	9,96	9.23	.000
<b>RRQbrooding</b>	2,17	0,69	3,17	0,5,3	2,53	0,88	7.23	.000
<b>WBSI</b>	46,98	15	64,3	5,36	52,72	15,1	6.02	.000
<b>DES</b>	1,57	1,06	2,80	1,57	1,98	1,37	-4.41	.000
<b>Depressão</b>	2,82	2,93	8,47	4,78	4,70	4,51	6.93	.000
<b>Ansiedade</b>	3,05	4,09	12,73	4,54	6,28	6,24	10.19	.000
<b>Stress</b>	5,95	4,82	12,07	4,60	7,99	5,54	5.76	.000

**Anexo B****Tabela 2. Correlações amostra População Geral**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
<b>1- DASS depressão</b>	-								
<b>2- DASS ansiedade</b>	.603**	-							
<b>3- DASS stress</b>	.638**	.688**	-						
<b>4- AAQ</b>	.492**	.428**	.500**	-					
<b>5- ISS</b>	.617**	.444**	.597**	**	-				
<b>6- OAS</b>	.486**	.426**	.502**	.506**	.766**	-			
<b>7- RRQbrooding</b>	.467**	.595**	.499**	.722**	.501**	.399**	-		
<b>8- WBSI</b>	.456**	.544**	.536**	.707**	.598**	.461**	.736**	-	
<b>9- DES</b>	.526**	.487**	.531**	.460**	.626**	.472**	.379**	.459**	-



**Anexo B****Tabela 3. Correlações amostra Clínica**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
<b>1- DASS depressão</b>	-								
<b>2- DASS ansiedade</b>	.713**	-							
<b>3- DASS stress</b>	.697**	.790**	-						
<b>4- AAQ</b>	.393*	.291	.448*	-					
<b>5- ISS</b>	.645**	.406*	.487**	.557**	-				
<b>6- OAS</b>	.610**	.463**	.421*	.696**	.652**	-			
<b>7- RRQbrooding</b>	.549**	.424*	.361*	.557**	.723**	.730**	-		
<b>8- WBSI</b>	.406*	.206	.184	.083	.460*	.371*	.306	-	
<b>9- DES</b>	.371*	.314	.328	.366*	.422*	.422**	.468**	.294	-