



Adição alimentar, corpo e regulação emocional: Um estudo com perturbações do comportamento alimentar

Ana Sofia Bigas Novais

UMinho | 2020

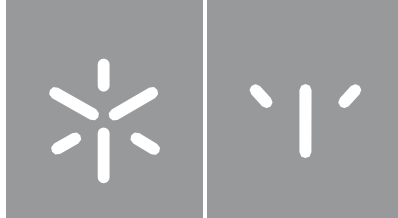


Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Ana Sofia Bigas Novais

Adição alimentar, corpo e regulação emocional: Um estudo com perturbações do comportamento alimentar

junho de 2020



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Ana Sofia Bigas Novais

Adição alimentar, corpo e regulação emocional: Um estudo com perturbações do comportamento alimentar

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho realizado sob orientação da
Professora Doutora Sónia Gonçalves

junho de 2020

Despacho RT – 31 /2019 – Anexo 3

**Declaração a incluir na Tese de Doutoramento (ou equivalente) ou no trabalho de
Mestrado**

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Sofia Novais
(Sofia Novais)

Agradecimentos

A finalização da dissertação de mestrado representa para mim não só o término de um ciclo, mas o começo de outro. Neste sentido, não poderia este trabalho ficar completo sem agradecer a todos aqueles me ajudaram a concretizá-lo.

À Professora Doutora Sónia Gonçalves, na qualidade de orientador, por todas as orientações e pelas valiosas contribuições dadas durante todo processo. Agradeço imenso a sua disponibilidade e simpatia e, principalmente, pela energia e otimismo transmitidos.

Ao Grupo de Estudos das Perturbações Alimentares que sempre se predisposeram em ajudar. Um especial agradecimento à Doutora Sílvia Félix pela incansável ajuda desde o início de todo o processo, revelando-se ser uma excelente profissional. Também às Doutoradas Elsa Louro, Ana Pinto Bastos e Tânia Rodrigues pela disponibilidade em ajudar na recolha de participantes. E, igualmente à Doutora Ana Isabel Vieira pelas correções realizadas para aperfeiçoamento do trabalho. Da mesma forma, agradeço às minhas colegas de grupo, Antónia e Beatriz, que me ajudaram e facilitaram o trabalho quando surgiam incertezas.

Agradeço a todos os participantes que se disponibilizaram para a realização dos questionários, sem eles não seria possível a realização do estudo.

À minha família, mãe, pai, irmã e irmão, que durante todo o meu percurso sempre me deram conforto e nunca me fizeram sentir só. Seguramente são o alicerce para as minhas realizações. Um especial obrigado à minha mãe que sem ela nada disto seria possível. Tudo o que sou é graças a ti, és o meu exemplo de força.

Ao meu namorado Afonso, por caminhar a meu lado e por me lembrar sempre de pensar positivo face às imprevisibilidades; aplaudindo-me nas vitórias e rindo-se comido nas derrotas, nunca me deixando ir abaixo.

Aos meus amigos por me aturarem nas angústias e pela presença incondicional ao longo de todos estes anos de percurso académico, desde o primeiro dia desta longa jornada.

Despacho RT - 31 /2019 - Anexo 4

**Declaração a incluir na Tese de Doutoramento (ou equivalente) ou no trabalho de
Mestrado**

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

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

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Sofia Novais

(Sofia Novais)

Adição alimentar, corpo e regulação emocional: Um estudo com perturbações do comportamento alimentar

Resumo

Introdução: A adição alimentar é descrita como uma ferramenta útil para identificar indivíduos com comportamentos compulsivos e viciantes em relação à comida, semelhantes a comportamentos de dependência.

Objetivo: Este estudo pretendeu caracterizar uma amostra de pacientes com perturbações do comportamento alimentar relativamente a dois comportamentos alimentares específicos e a duas variáveis psicológicas, bem como avaliar a associação entre os comportamentos alimentares avaliados e as variáveis psicológicas.

Método: Foram avaliados quarenta e um pacientes com perturbações do comportamento alimentar que procederam ao preenchimento de um questionário sociodemográfico e clínico, do *Body Investment Scale (BIS)*, da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS) e, do *Yale Food addiction scale 2.0 (YFAS)*.

Resultados: Cerca de 56 % dos participantes com perturbação do comportamento alimentar apresentou adição alimentar. Este grupo apresentou maior dificuldade na regulação emocional e menos sentimentos e atitudes positivos em relação à imagem corporal comparativamente com o grupo sem adição alimentar.

Discussão: O foco terapêutico nas estratégias de *coping* para lidar com emoções negativas pode ter um impacto positivo na prevenção e tratamento da adição alimentar em pacientes com perturbações do comportamento alimentar.

Palavras-Chave: Adição alimentar; investimento corporal; perturbações do comportamento alimentar; regulação emocional.

Food addition, body and emotional regulation: A study with eating disorders

Abstract

Introduction: Food addition is described as a useful tool to identify individuals with compulsive and addictive behaviors in relation to food, similar to addictive behaviors.

Objective: This study aimed to characterize a sample of patients with eating disorders in relation to two specific eating behaviors and two psychological variables as well as evaluate the association between the evaluated eating behaviors and the psychological variables.

Method: Forty-one patients with eating disorders were involved and completed a sociodemographic and clinical questionnaire, from the Body Investment Scale (BIS), the Emotional Regulation Difficulty Scale (DERS) and the Yale Food addiction scale 2.0 (YFAS).

Results: Approximately 56% of the participants with eating behavior disorder had food addition. This group showed greater difficulty in emotional regulation and less positive feelings and attitudes in relation to body image compared to the group without food addition.

Discussion: The therapeutic focus on coping strategies to deal with negative emotions can have a positive impact on the prevention and treatment of food addition in patients with eating disorders.

Keywords: Food addition; body investment; eating disorders; emotional regulation.

Índice

Introdução	9
Metodologia	15
Participantes	15
Instrumentos	16
Procedimento.....	17
Análise Estatística.....	17
Resultados	18
Discussão	22
Conclusão	24
Referências Bibliográficas	25
Anexo	30

Índice de Tabelas

Tabela 1: Correlações entre tipo de alimentação, comportamento alimentar e adição alimentar	19
Tabela 2: Regressão Logística Binária para predição da adição alimentar	21

Lista de Abreviaturas e Siglas

PCA – Perturbação do Comportamento Alimentar

AN – Anorexia Nervosa

AN- R – Anorexia Nervosa, tipo restritivo

AN-P – Anorexia Nervosa, tipo purgativo

BN – Bulimia Nervosa

BED – Ingestão Alimentar Compulsiva

OSFED – Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação

IMC – Índice de Massa Corporal

Introdução

Caraterização das Perturbações do Comportamento Alimentar e epidemiologia

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) caracterizam-se pela persistente conduta alimentar disfuncional e excessiva preocupação com a forma e peso corporal (McLean, & Paxton, 2019), tendo um impacto significativo ao nível físico e no funcionamento psicossocial (American Psychiatric Association, 2013). As PCA são sobretudo diagnosticadas nas raparigas adolescentes ou jovens adultas, razão pela qual os estudos incidem sobretudo nestas faixas etárias (Luca, Luca & Calandra, 2014).

Num estudo realizado em Portugal, numa amostra representativa da população escolar dos 13 aos 18 anos, constatou-se que a prevalência de pacientes com Anorexia Nervosa (AN) é praticamente igual à observada nos restantes países ocidentais, sendo que se verificou que havia maior incidência para AN aos 18 anos e para Bulimia Nervosa (BN) aos 24 anos (Machado et al., 2004).

Pacientes com AN apresentam restrição da ingestão calórica e manifestam peso significativamente inferior ao peso esperado para a sua idade, género, trajetória do desenvolvimento e saúde física (APA, 2013). Estes expressam medo intenso em ganhar peso e preocupações significativas com a imagem corporal, sendo que, adotam persistentemente comportamentos que interferem no aumento de peso. Esta perturbação engloba dois subtipos de diagnóstico, sendo eles o tipo restritivo e o tipo purgativo. A diferença está no facto de que no subtipo purgativo (AN-P) o sujeito recorre a episódios de compulsão alimentar ou comportamentos purgativos recorrentes, e no subtipo restritivo (AN-R) o mesmo não se verifica (APA, 2013). A respeito dos pacientes com BN, estes compartilham preocupações excessivas com o peso e forma corporal, tal como nos pacientes com AN, mas diferem relativamente a rituais relacionados com a comida (Figueiredo, 2019; Lavender et al., 2015). Além disso, compreende recorrentes episódios de compulsão alimentar (consumo de grandes quantidades de comida em simultâneo com a perceção de descontrolo perante a comida) e, consequentemente, comportamentos compensatórios inadequados (e.g., vômitos, laxantes, jejum, entre outros), com o intuito de evitar o aumento de peso (Figueiredo, 2019). Um indivíduo que apresente AN ou BN num determinado momento, pode deixar de cumprir os critérios para o referido diagnóstico, mas continuar a ter uma perturbação alimentar

significativa (Palmer, 2003). Neste sentido, dado que não preenche todos os critérios necessários, mas tem sofrimento clinicamente significativo, pode ser conferido como Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (OSFED) (APA, 2013).

No que concerne aos pacientes com Ingestão Alimentar Compulsiva (BED), estes demonstram falta de controlo sobre a ingestão alimentar e durante este período ingerem uma quantidade de alimentos maior do que a maioria das pessoas consumiria nas mesmas circunstâncias (APA, 2013).

Adição alimentar

A adição alimentar é descrita como uma ferramenta útil para identificar indivíduos com comportamentos compulsivos e viciantes em relação à comida, semelhantes a comportamentos de dependência (Davis, 2013). Estima-se que afeta aproximadamente 20% da população global, sendo mais comum em mulheres (Prete et al., 2009; Pursey, Stanwell, Gearhardt, Collins, & Burrows, 2014).

A adição alimentar tornou-se uma área emergente de interesse clínico e é utilizado para representar um padrão de consumo anormal de determinados alimentos com alto teor calórico e potencial aditivo (e.g., ricos em açúcar, gordura ou sal) (Gearhardt, Corbin, & Brownell, 2016; Sengor, & Gezer, 2020) e está subjacente a sentimentos de perda de controle (Schulte, Potenza, & Gearhardt, 2017) e vulnerabilidade aos alimentos (Hauck, Cook, & Ellrott, 2020). De facto, pesquisas indicaram uma alta correlação entre adição alimentar e compulsão alimentar (Aloi et al., 2017; Gearhardt, Corbin & Brownell, 2016; Gearhardt, White, Masheb, & Grilo, 2013), contudo o comportamento compulsivo não é suficiente para desencadear a adição alimentar sem a presença de uma substância com um potencial aditivo (Schulte, Potenza, & Gearhardt, 2017).

Adição alimentar e PCA

Investigadores alegam que o diagnóstico de PCA e adição alimentar, são construtos relacionados, porém distintos (Hauck, Cook, & Ellrott, 2020). A adição alimentar, em simultâneo com a PCA, pode conduzir ao desenvolvimento de condições clínicas mais significativas, nomeadamente, dietas, compulsão subjetiva e desenvolvimento de padrões alimentares desadaptativos (Yu & Tan, 2016). Assim, para perceber se a adição alimentar contribui para a PCA, examinam-se os mecanismos subjacentes a comportamentos

alimentares desajustados (Schulte, Grilo, & Gearhardt, 2016). Há elevadas taxas de adição alimentar quando há a sensação de falta de controle sobre a alimentação (e.g., compulsão alimentar) que é característico de pacientes com BN e BED (APA, 2013). Já em pacientes com AN as taxas de adição alimentar são menos elevadas, uma vez que, não apresentam sintomas indicativos de compulsão alimentar ou perda de controle, mas demonstram medo que tal se suceda (Yu & Tan, 2016).

O estudo de Gearhardt (2016), evidenciou a existência de participantes com PCA que apresentavam critérios de adição alimentar, mas aproximadamente metade dos participantes diagnosticados com adição alimentar, não preenchem os critérios para PCA (AN, BN ou BED). Os estudos com PCA e adição alimentar são limitados, focando-se principalmente na adição alimentar e ingestão de alimentos ou em PCA e ingestão de alimentos (Sengor, & Gezer, 2020).

Pacientes com BED têm características únicas como a preocupação excessiva com o peso e forma corporal (Schulte, Grilo, & Gearhardt, 2016), no entanto, pacientes com BED ou com adição alimentar são marcados pela perda de controle sobre o consumo, uso persistente apesar das consequências negativas e insucesso nas tentativas de redução do consumo. Dadas as semelhanças, tornam difícil a avaliação das características individuais de cada um dos construtos (Carter, Van Wijk, & Rowsell, 2019). Segundo estudos, indivíduos com critérios para BED e adição alimentar exibem com mais frequência episódios de compulsão alimentar e desejos intensos em relação à comida do que apenas pacientes com BED.

De acordo com a literatura, a adição alimentar está associada a um índice de massa corporal (IMC) mais elevado. Porém, participantes com BED e adição alimentar estão relacionados com um IMC significativamente maior do que grupos BED sem adição alimentar (Gearhardt, Boswell, & White, 2014).

Poucos dados estão disponíveis acerca da prevalência do diagnóstico de adição alimentar em pacientes com BN (de Vries, & Meule, 2016). O facto de estes compensarem a perda de controle com comportamentos compensatórios (e.g., comportamento purga, uso de laxantes e exercício excessivo) para impedir o ganho de peso, pode explicar o aumento da prevalência da adição alimentar (Wiss, & Brewerton, 2017). Em contrapartida, também se questionam se a adição alimentar por si só não corresponde a uma causa biológica para comer demais (Long, Blundell, & Finlayson, 2015) e pode ser atenuada devido à presença de

comportamentos compensatórios de controlo de peso (de Vries, & Meule, 2016). De todos as PCA, os pacientes com AN-R são menos propensos a manifestar desejos, conseguem privar-se de comer e podem não evidenciar dificuldades de controlo comportamental. Assim, a perturbação está mais relacionada com fatores psicológicos (e.g., percepções distorcidas, medos irracionais) do que propriamente com a comida (Wiss, & Brewerton, 2017). Apesar disto, a adição alimentar pode estar presente em pacientes com AN, pois o comportamento restritivo pode ser interpretado como uma tentativa de combater o impulso subjetivo interno pela comida. Segundo a literatura, estes pacientes apresentam medo de não conseguir parar de comer determinados alimentos e, mesmo que os tentem evitar acabam por comê-los, mas numa reduzida quantidade (Aloi et al., 2017).

Adição alimentar e regulação emocional

Estudos prévios mostram que indivíduos que apresentavam critérios para adição alimentar tinham pontuações mais elevadas de desregulação emocional comparativamente àqueles que não preenchiam os critérios para adição alimentar. Esta estratégia disfuncional de aumentar o consumo de alimentos para diminuir a intensidade emocional (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010; Pivarunas, & Conner, 2015), corrobora com estudos que evidenciam que a adição alimentar está associada à dificuldade de regulação emocional (Gearhardt et al., 2012; Gearhardt et al., 2013; Pivarunas & Conner, 2015).

PCA e Regulação Emocional

A regulação emocional é definida como a capacidade de regular emoções negativas, a consciência e aceitação das emoções, bem como, a capacidade de controlar comportamentos impulsivos e adequar as respostas emocionais face a situações distintas (Gratz & Roemer, 2004). Este conceito multidimensional é relevante para se compreender os mecanismos subjacentes no desenvolvimento e manutenção das perturbações alimentares (Monell, Clinton, & Birgegård, 2018).

Um crescente número de estudos tem demonstrado uma associação entre as dificuldades de regulação emocional e o comportamento alimentar, especialmente em pacientes com PCA (Henderson, Fox, Trayner, & Wittkowski, 2019; Lavender et al., 2015). Estes sujeitos direcionam os seus comportamentos e sintomas para o corpo, como um meio de regular as suas emoções (Henderson et al., 2019). Por exemplo, a literatura científica

fornece evidências claras de que o consumo de açúcar e gordura conduz à ativação neural associada à dopamina, resultante de humor positivo (Yu & Tan, 2016). Nesta linha de interpretação surge a dúvida se estes comportamentos funcionam como fatores de risco, isto é, se utilizam este comportamento devido à incapacidade para regular as emoções, como fatores de manutenção, ou seja, para gerir as emoções que promovem a manutenção dos sintomas, ou ambos os fatores (Lavender et al., 2015).

Consequentemente, pressupõe-se que pacientes com défices ao nível da regulação emocional não possuem competências para lidar de forma eficaz e adaptativa a estados afetivos negativos (Dingemans, Danner, & Parks, 2017; Segal, & Golan, 2016; Svaldi, Griepenstroh, Tuschen-Caffier, & Ehring, 2012). Desta forma, através da utilização de um reportório de mecanismos de *coping* mal-adaptativos (e.g., comportamentos alimentares desadaptativos) ajudam a lidar com as emoções negativas (Pivarunas & Conner, 2015). Os comportamentos patológicos, como a compulsão (Bodell et al., 2019), o comportamento purga (Lavender et al., 2014) e a restrição alimentar, podem ser considerados como uma estratégia mais acessível de reduzir ou evitar essas emoções negativas. Ou seja, são uma tentativa de regular as emoções, que proporcionam conforto e distanciamento a curto prazo, alcançada através da concentração nos alimentos, peso e forma corporal (Segal, & Golan, 2016; Svaldi et al., 2012). Isto é evidente em pacientes com AN, que através da compulsão alimentar, purgativa ou restrição alimentar, inibem ou reduzem as emoções negativas intensas (Haynos, & Fruzzetti, 2011). No entanto, empíricos referem maiores dificuldades na regulação emocional nos grupos de pacientes com BN e OSFED, contrariamente, a pacientes com AN (Wolz et al., 2015).

A literatura científica também demonstra que pacientes com BED apresentam menores dificuldades em regular as emoções do que as outras PCA (Dingemans, Danner, & Parks, 2017; Svaldi et al., 2012). Pacientes com BED manifestam maior capacidade em aceitar emoções negativas do que pacientes com AN, e têm níveis mais elevados de clareza emocional em comparação com pacientes com BN. Enquanto que em pacientes com BN e BED, as emoções negativas parecem ser reguladas por comportamentos alimentares patológicos (e.g., compulsão e/ou comportamento purgativo), na AN as dietas e o exercício excessivo podem ser utilizados como uma estratégia de regulação emocional (Svaldi et al., 2012).

PCA e Investimento corporal

O investimento corporal é definido como um investimento emocional do indivíduo no corpo e, inclui representações ao nível da imagem corporal, toque corporal, cuidados com o corpo e proteção do corpo (Orbach, & Mikulincer, 1998). A imagem corporal é baseada na consciência e conhecimento subjetivo do indivíduo acerca da forma e tamanho corporal, bem como das emoções associadas às partes do corpo e o do corpo como um todo, englobando duas dimensões: a avaliação e o investimento (Cash, 2011; Jarry, Dignard, & O'Driscoll, 2019; Karni-Vizer & Walter, 2018). Enquanto que a avaliação da imagem corporal está relacionada com a satisfação ou insatisfação do indivíduo no corpo e as crenças avaliativas a ele, o investimento abrange a importância atribuída à própria aparência física (Cash, 2011), sendo exemplo disso, os comportamentos destinados ao seu cuidado, como o tempo e esforço despendido em mantê-lo ou melhorá-lo (Davison, & McCabe, 2006). No entanto, a interpretação mental do corpo é díspar de indivíduo para indivíduo e depende da percepção e das sensações alusivas ao tamanho e forma corporal (Nogueira-de-Almeida, 2018). Em pacientes com AN e BN estes juízos valorativos podem não coincidir com as características reais, conduzindo a uma sobrestimação do peso e forma corporal que, por sua vez, pode influenciar na adoção de comportamentos alimentares desadaptativos (Kessler & Poll, 2018; Lantz, Gaspar, DiTore, Piers, & Schaumberg, 2018). Até ao momento, vários são os instrumentos que se concentram em avaliar a imagem corporal, mas apenas focam-se na dimensão satisfação/insatisfação da imagem corporal, tendo um reduzido número de instrumentos sido validado para avaliar a dimensão do investimento emocional da imagem corporal (Orbach e Mikulincer, 1998).

PCA e dietas alimentares

As dietas alimentares podem ser despoletadas quando surge uma preocupação excessiva com o peso e forma corporal (Sharpe et al., 2018). No cerne da comunidade científica, a alimentação vegetariana é conhecida como uma alternativa alimentar e ilustrada como uma decisão individual e informada na restrição do consumo de produtos de origem animal (Perry, McGuire, Neumark-Sztainer, & Story, 2001). O alcance da motivação para a adoção de uma dieta vegetariana pode envolver atitudes e crenças abrangentes nos processos morais, ambientais, de saúde, económicos, religiosos e de preferência pessoal (Bardone-Cone et al., 2012; Heiss, Boswell, & Hormes, 2018; Perry et al., 2001). Pacientes com AN apresentam

uma necessidade de controlo de peso e as suas dietas são significativamente mais baixas em energia, carboidratos, proteínas e conteúdo de gordura (Schebendach, Mayer, Devlin, Attia, & Walsh, 2012; Steinglass et al., 2010). Neste sentido, estão mais propensos a escolher uma dieta vegetariana como um meio legítimo para justificar a eliminação de determinados alimentos, sem a censura social associadas à tentativa de perder peso (Bardone-Cone et al., 2012; Gilbody, Kirk, & Hill, 1999; Lindeman, Stark, & Latvala, 2000; Sullivan, & Damani, 2000). Tendo em consideração estes pressupostos, se uma alimentação regulada cognitivamente é um risco para PCA então, o vegetarianismo tem uma maior probabilidade de ser um fator de risco, dado que, também acaba por ser semelhante a uma restrição alimentar (Heiss, Boswell, & Hormes, 2018; Lindeman, Stark, & Latvala, 2000; Timko, Hormes, & Chubski, 2012).

O presente estudo teve como principais objetivos, caracterizar uma amostra de pacientes com perturbações do comportamento alimentar relativamente a dois comportamentos alimentares específicos - a dieta alimentar escolhida e a adição alimentar, e a duas variáveis psicológicas – o investimento corporal e a regulação emocional e avaliar a associação entre os comportamentos alimentares avaliados e as variáveis psicológicas.

Metodologia

Participantes

A amostra é constituída por 41 participantes, sendo que 38 são do sexo feminino (92.7%) e 3 do sexo masculino (7.3%) e as idades variaram entre os 16 e 39 anos ($M=23.76$; $DP=4.841$). Relativamente ao estado civil, 85.4% são solteiros, 12.2% casados e 2.4% em união de facto, sendo que 92.7% são de nacionalidade portuguesa. Ao nível de escolaridade a maior parte da amostra evidenciou ter um curso superior, sendo que 34.1% tem uma licenciatura e 29.3% um mestrado. Além disso, alguns participantes concluíram o ensino secundário, sendo que 17.1% através do ensino secundário geral e 9.8% pelo ensino secundário profissional/vocacional, 2.4% completaram o ensino primário (1º ciclo) e 4.9% o ensino básico (3º ciclo).

Os participantes dividiram-se pelos grupos de diagnósticos seguintes: 36.6% ($n=15$) com AN-R e 2.4% ($n=1$) com AN-P, 24.4% ($n=10$) com BN, 17.1% ($n=7$) com BED e 19.5% ($n=8$) com OSFED.

Os valores do índice de massa corporal (IMC) oscilaram entre 12.34 e 48.33 ($M=22.25$, $DP=8.34$). Relativamente à duração média da presença da perturbação foi de 51.90 meses ($DP=217.142$), sendo que 65.9% apresenta perturbação alimentar há mais de 3 anos. Além disso, é referido que 56.1% ($n=23$) não apresentam doenças metabólicas ou outras patologias, porém, uma percentagem considerável de 31.7% ($n=13$) apresenta depressão, 4.9% disfunção da tiroide, 2.4% osteoporose e 4.9% outras doenças metabólicas ou patologias.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico e clínico:

Questionário usado para caracterização da amostra em termos de idade, género, peso e altura, estado civil, escolaridade/formação, presença/ausência de doenças metabólicas e/ou outras patologias, tipo de alimentação e razões subjacentes à escolha deste tipo de alimentação. Estes elementos foram selecionados por serem relevantes para a realização do estudo.

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS):

Escala que mede as dificuldades de regulação emocional e é composta por 36 itens e 6 subescalas: Não aceitação, metas, impulso, conscientização, estratégias e clareza. Cada item da escala é classificado numa escala de *Likert* de 5 pontos, que varia de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre). Resultados mais altos refletem maior dificuldade na regulação emocional (Gratz & Roemer, 2004). A versão adaptada à população portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional, por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha e Dias (2010), possui uma elevada consistência interna ($\alpha = .924$). Embora este instrumento esteja validado para a população portuguesa, o mesmo não se verifica para a população clínica devido ao reduzido número da amostra no momento da validação.

Body Investment Scale (BIS):

Medida de autorrelato que inclui 24 itens relativos a aspetos de avaliação da imagem corporal. Cada item é pontuado numa escala de *Likert* de 5 pontos, que varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). É dividido em quatro fatores: sentimentos e atitudes em relação à imagem corporal, conforto ao toque, cuidados com o corpo e proteção do corpo. Pontuações mais altas indicam sentimentos positivos sobre o toque, proteção e cuidado com

o corpo. O alfa de Cronbach varia de .80 a .95, o que indica uma adequada consistência interna (Orbach, & Mikulincer, 1998). Para este estudo foi utilizado o instrumento validado para a população portuguesa (Vieira, Fernandes, Machado, & Gonçalves, 2020).

Yale Food addiction scale 2.0 (YFAS):

Escala para avaliar a presença de adição alimentar que integra 35 itens, sendo que cada item tem uma classificação de 8 pontos segundo a frequência de sintomas e varia de 0 (nunca) a 7 (todos os dias). É projetado para avaliar sintomas relacionados a 11 critérios de diagnóstico para as perturbações relacionadas com substâncias viciantes, aplicados ao comportamento alimentar. São fornecidas duas opções de cotação: (1) uma contagem contínua de sintomas que representa o número de sintomas do sujeito; (2) uma opção de pontuação categórica que classifica o sujeito como tendo adição alimentar leve, moderada ou grave. Esta escala demonstra propriedades psicométricas adequadas e possui confiabilidade interna (Gearhardt, Corbin, & Brownell, 2016).

Procedimento

O preenchimento dos questionários realizou-se entre novembro de 2019 e março de 2020, consistindo num estudo transversal. A aplicação dos quatro instrumentos decorreu em duas unidades de especialização, sendo elas o Centro Hospitalar do S. João no Porto e as consultas de Perturbações Alimentares na Associação de Psicologia da Universidade do Minho (APsi), no qual o tempo de participação estimado foi entre 15 a 20 minutos. O critério de inclusão é apresentado como a língua materna ser o português e ser um paciente com perturbação do comportamento alimentar (PCA). Previamente, a salvaguarda dos aspetos éticos inerentes ao questionário como a confidencialidade e a participação voluntária foi garantida, através do consentimento informado. Também foi atribuído a cada participante um código, explicado as instruções e objetivos do estudo, e foi descrito que o participante podia desistir a qualquer momento.

Análise Estatística

A Análise Estatística foi executada no programa estatístico IBM® SPSS® Statistics, versão 22. Esta investigação foi desenvolvida no contexto de um design transversal.

Para uma análise descritiva do conjunto de dados recolhidos, utilizou-se as medidas de tendência central e de dispersão. De modo a avaliar as associações entre adição alimentar e o diagnóstico de perturbações do comportamento alimentar e o tipo de alimentação realizou-se o Teste do Qui-Quadrado (χ^2) e o Teste de Mann-Whitney para a regulação emocional e investimento corporal. Ao recorrer ao Teste de Mann-Whitney pretendeu-se compreender se existem diferenças na regulação emocional entre participantes com e sem adição alimentar. Além disso, também se verificou se existia diferença na média de idades entre os participantes com e sem adição alimentar. Por último, no sentido de aferir os preditores da adição alimentar numa amostra clínica com PCA, recorreu-se à Análise de Regressão Logística. Os pressupostos da regressão foram verificados e valores de $p < .05$ foram considerados significativos.

Resultados

Frequência de adição alimentar

Dos 41 participantes, 56.1% ($n=23$) apresentam adição alimentar. Destes participantes 4.9% foram classificados com adição alimentar leve, 14.6% com adição alimentar moderada e 36.6% com adição alimentar severa.

No que respeita às diferenças na média de idades entre os participantes com e sem adição alimentar, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, $U = 151.00$, $p = .140$.

Frequência e motivos associados à seleção das dietas alimentares

No que concerne à classificação da alimentação, 51.2% dos participantes adotam uma alimentação orgânica, 9.8% uma alimentação vegetariana, 4.9% uma alimentação vegan, 2.4% uma alimentação sem glúten e sem lactose e 17.1% apresentam outro tipo de alimentação. Os motivos subjacentes a estes tipos de alimentação são, sobretudo, de saúde (22%), seguindo-se de controlo de peso (17.1%) e, por último, por preferência pessoal (12.2%).

Associação entre adição alimentar e diagnóstico de perturbações do comportamento alimentar

Para efeitos comparativos entre grupos de diagnósticos, os diagnósticos de PCA foram agrupados em dois grupos: PCA do tipo restritivo ($n=21$), onde se incluíram os diagnósticos de AN e OSFED-AN vs. PCA do tipo ingestão compulsiva/purgativo ($n=18$), onde se incluíram os

diagnósticos de BN, BED e OSFED-BN. Através do teste de Qui-Quadrado (χ^2) foi possível avaliar a associação entre a presença/ausência de adição alimentar em pacientes com comportamento alimentar restritivo e não restritivo. O teste de associação do Qui-Quadrado (χ^2) revelou não existir uma correlação estatisticamente significativa entre a presença/ausência de adição alimentar e o comportamento alimentar restritivo/ não restritivo $\chi^2(1) = .010$ $p = .588$. Os resultados são apresentados na tabela 1.

Associação entre adição alimentar e o tipo de alimentação

Para efeitos comparativos, o tipo de alimentação foi agrupado em dois: orgânico ($n=21$) vs. não orgânico ($n=20$). Neste grupo de alimentação não orgânica inclui-se a alimentação vegetariana, *vegan*, sem glúten e sem lactose e outras. O teste de associação do Qui-Quadrado (χ^2) revelou não existir uma correlação estatisticamente significativa entre a presença/ausência de adição alimentar e uma alimentação orgânica/ não orgânica, $\chi^2(1) = 1.953$ $p = .140$. Os resultados são apresentados na tabela 1.

Tabela 1.

Correlações entre tipo de alimentação, comportamento alimentar e adição alimentar

	Com adição alimentar n (%)	Sem adição alimentar n (%)	Qui-Quadrado (χ^2)	p
Comportamento alimentar Restritivo	12 (54.5)	9 (52.9)	.010	.588
Comportamento alimentar Não Restritivo	10 (45.5)	8 (47.1)		
Alimentação Orgânica	14 (60.9)	7 (38.9)	1.953	.140
Alimentação não orgânica	9 (39.1)	11 (61.1)		

Nota. n: frequência absoluta; %: frequência relativa

$p < .05$

Diferenças nas dificuldades na regulação emocional entre participantes com e sem adição alimentar

Os resultados evidenciam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem adição alimentar quanto ao score total da DERS, $U = 85.0, p = .03$. Além disso, há diferenças significativas entre os grupos com e sem adição alimentar nas seis subescalas da DERS, nomeadamente, no acesso limitado às estratégias de regulação emocional ($U = 104.0, p = .017$), na não aceitação das respostas emocionais ($U = 108.0, p = .022$), na falta de consciência emocional ($U = 102.0, p = .014$), nas dificuldades no controlo de impulsos ($U = 95.5, p = .008$), nas dificuldades em agir de acordo com os objetivos ($U = 114.0, p = .034$) e na falta de clareza emocional ($U = 68.0, p \leq .001$). Assim, participantes com adição alimentar obtiveram scores mais elevados do que o grupo de participantes sem adição alimentar, revelando maiores dificuldades em regular as emoções.

Diferenças no investimento corporal entre participantes com e sem adição alimentar

De acordo o Teste de Mann-Whitney, na subescala que diz respeito aos sentimentos e atitudes em relação à imagem corporal, há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem adição alimentar, $U = 123.0, p = .027$. O grupo com participantes sem adição alimentar tende a ter mais sentimentos e atitudes positivas em relação à imagem corporal do que o grupo com adição alimentar.

No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem adição alimentar quanto às subescalas toque corporal ($U = 140.5, p = .117$), cuidado Corporal ($U = 173.5, p = .375$) e proteção corporal ($U = 131.5, p = .070$).

Diferenças no Índice de Massa Corporal (IMC) entre participantes com e sem adição alimentar

De acordo com o Teste de Mann-Whitney, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem adição alimentar quanto ao IMC, $U = 176.0, p = .415$.

Preditores de adição alimentar na amostra clínica com Perturbações do comportamento alimentar

Foi realizada uma Regressão Logística Binária para determinar os potenciais efeitos das dificuldades na regulação emocional e dos sentimentos e atitudes em relação à imagem corporal na adição alimentar. Estas variáveis foram selecionadas por serem estatisticamente significativas nos testes de diferenças anteriores.

No bloco 1, considerando as dificuldades na regulação emocional, o modelo de regressão logística foi estatisticamente significativo, $\chi^2(6) = 21.134$, $p = .002$, explicando 56% da variância (Nagelkerke R^2), e classificou corretamente 79.5% dos casos. Especificamente, as dificuldades na clareza emocional foram significativas na adição alimentar, $\beta = .521$, $p = .026$, ou seja, o grupo com adição alimentar apresentou mais dificuldades na clareza emocional. Em relação às outras subescalas da DERS (não aceitação, objetivos, impulso, consciência, estratégias) não foram encontrados resultados significativos.

No bloco 2, foi introduzida uma das dimensões do investimento do corpo, isto é, os sentimentos e atitudes em relação à imagem corporal. O modelo foi estatisticamente significativo, $\chi^2(1) = 21.993$, $p = .003$, explicando 58% da variância (Nagelkerke R^2), e classificou corretamente 85% dos casos. Relativamente aos preditores, apenas a clareza emocional se manteve como um preditor significativo, $\beta = .521$, $p = .026$. Os resultados são apresentados na tabela 2.

Tabela 2.

Regressão Logística Binária para predição da adição alimentar

Variáveis	95%CI for Odds			
		Ratio		
	B(SE)	Odds Ratio	Lower	Upper
Bloco 1				
Constante	-8.349(3.330)	.000	-	-
Não-aceitação	.080(.092)	1.083	.905	1.297
Objetivos	-.077(.180)	.926	.651	1.316
Impulso	.278(.178)	1.321	.933	1.871
Consciência	-.018(.132)	.982	.757	1.273
Clareza	.563(.238)*	1.756	1.102	2.799

Estratégia	-.072(.133)	.930	.717	1.208
<hr/>				
Bloco 2				
<hr/>				
Constante	-5.712(4.195)	.003	-	-
Não-aceitação	.085(.096)	1.089	.902	1.314
Objetivos	-.051(.181)	.951	.667	1.354
Impulso	.270(.178)	1.310	.923	1.857
Consciência	-.043(.139)	.958	.730	1.259
Clareza	.521(.234)*	1.684	1.065	2.662
Estratégia	-.104(.136)	.901	.690	1.176
Imagem Corporal	-.557(.609)	.573	.174	1.889

Nota. Não-aceitação, Objetivos, Impulsos, Consciência, Clareza e Estratégia = subescalas da *Escala de Dificuldades de Regulação Emocional*; Imagem Corporal = subescala da *Escala Investimento Corporal*. N = 39 porque nem todos os participantes responderam à totalidade do questionário.

* $p < .05$

Discussão

De acordo com os resultados obtidos, a frequência de participantes que apresentam PCA e adição alimentar corresponde a 56.1%, o que é consistente com os estudos anteriores (Gearhardt, Corbin, & Brownell, 2016). Apesar de os resultados não serem significativos, há maior frequência de adição alimentar no grupo com comportamento alimentar não restritivo (BN, BED, OSFED-BN) comparativamente com o grupo de comportamento alimentar restritivo (AN, OSFED-AN). A literatura refere que é característico de pacientes com BN e BED, apresentarem elevadas taxas de adição alimentar pois exibem com mais frequência episódios de compulsão alimentar e desejos intensos em relação à comida (Schulte, Grilo, & Gearhardt, 2016; Yu & Tan, 2016). Já em pacientes com AN as taxas de adição alimentar são menos elevadas, dado que não apresentam sintomas indicativos de compulsão alimentar ou perda de controlo, mas medo que tal se suceda (Yu & Tan, 2016).

Neste estudo também não se encontrou uma associação significativa entre a adição alimentar e a presença de uma alimentação orgânica e não orgânica. Tanto quanto se sabe, não existem estudos que avaliem a relação entre adição alimentar e o tipo de alimentação. Ademais, no caso dos participantes com adição alimentar e uma alimentação não orgânica, não se consegue perceber se alguns indivíduos adotam determinada alimentação com o intuito de a controlar.

Por outro lado, congruentes com as evidências que apontam para um comprometimento na regulação emocional entre indivíduos com PCA, neste estudo há diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com adição alimentar comparativamente com o grupo sem adição alimentar relativamente à regulação emocional. Segundo um relatório de estudos anteriores, pode-se constatar que participantes com adição alimentar tendem a ter maior dificuldade em regular as emoções (Gearhardt et al., 2012; Gearhardt, White, Masheb, & Grilo, 2013; Pivarunas, & Conner, 2015). De facto, pacientes com adição alimentar demonstraram significativamente maior dificuldade em se concentrarem e realizarem tarefas quando experienciam emoções negativas, dificuldade em regular o comportamento quando estão sob sofrimento emocional, refletem sentimentos negativos acerca das respostas emocionais, têm menor consciência do significado das emoções, menor capacidade de mudar a maneira como se sentem e uma menor compreensão acerca dos seus sentimentos. Neste sentido, a ingestão de alimentos gratificantes pode ser entendida como uma estratégia para escapar dessas emoções (Wolz et al., 2016).

Os resultados demonstraram ainda que há diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com adição alimentar comparativamente com o grupo sem adição alimentar relativamente à imagem corporal, sendo que participantes com adição alimentar tendem a ter menos sentimentos e atitudes positivas em relação à imagem corporal do que o grupo sem adição alimentar. Na literatura são reduzidos os estudos que relacionem estas duas variáveis e mais investigação é necessária nesta área.

Relativamente ao IMC, os resultados são discordantes de investigações anteriores que mostram que a adição alimentar está associada a um IMC mais elevado em pacientes com PCA (Gearhardt, Boswell, & White, 2014). Isto pode dever-se ao facto de consumirem alimentos com alto teor calórico e apresentarem perda de controle e vulnerabilidade aos alimentos (Hauck, Cook, & Ellrott, 2020; Schulte, Potenza, & Gearhardt, 2017).

Com este estudo também pretendeu averiguar os preditores da adição alimentar. Assim, através da análise de regressão logística, foi possível verificar que pacientes com adição alimentar têm mais dificuldade em compreender os seus sentimentos. Ou seja, podemos verificar que quanto mais dificuldade na clareza emocional maior a probabilidade de ter adição alimentar. No entanto, há ainda poucos estudos sobre esta temática.

Este estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, importa realçar que o facto de a amostra ser de pequenas dimensões pode ter contribuído para os reduzidos resultados significativos. Também é importante referir que todos os participantes que estavam em tratamento na Psiquiatria do Centro Hospitalar S. João ou na EPsi, representam uma restrita parte da população geral com perturbações alimentares. Por isso, os resultados não podem ser generalizados, uma vez que os participantes deste estudo podem apresentar mais sintomas graves do que aqueles que seriam encontrados numa amostra comunitária.

Seria pertinente, para estudos futuros, utilizar metodologias longitudinais e perceber qual o impacto associado à adição alimentar nas diferentes PCA. Seriam igualmente necessários mais estudos, com amostras maiores, para compreender o impacto da adição alimentar ao nível do investimento corporal e da regulação emocional aqui estudado.

Conclusão

Em suma, este estudo demonstrou que a adição alimentar está presente numa percentagem significada de pacientes com perturbações do comportamento alimentar, sendo que a maioria dos participantes foi classificado com adição alimentar severa.

Deste modo, participantes com adição alimentar apresentaram maior dificuldade em regular as emoções e menos sentimentos e atitudes positivas em relação à imagem corporal.

Posto isto, o foco terapêutico nas estratégias de *coping* para lidar com emoções negativas pode ter um impacto positivo no tratamento da adição alimentar em pacientes com PCA.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington.
doi:<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 217–237.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>.
- Aloi, M., Rania, M., Muñoz, R. C. R., Murcia, S. J., Fernández-Aranda, F., De Fazio, P., & Segura-Garcia, C. (2017). Validation of the Italian version of the Yale Food Addiction Scale 2.0 (I-YFAS 2.0) in a sample of undergraduate students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 22*(3), 527-533.
doi:<https://doi.org/10.1007/s40519-017-0421-x>.
- Bardone-Cone, A. M., Fitzsimmons-Craft, E. E., Harney, M. B., Maldonado, C. R., Lawson, M. A., Smith, R., & Robinson, D. P. (2012). The inter-relationships between vegetarianism and eating disorders among females. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 112*(8), 1247-1252.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.jand.2012.05.007>.
- Bodell, L. P., Pearson, C. M., Smith, K. E., Cao, L., Crosby, R. D., Peterson, C. B., ... & Berg, K. C. (2019). Longitudinal associations between emotion regulation skills, negative affect, and eating disorder symptoms in a clinical sample of individuals with binge eating. *Eating behaviors, 32*, 69-73.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.12.005>.
- Carter, J. C., Van Wijk, M., & Rowsell, M. (2019). Symptoms of ‘food addiction’ in binge eating disorder using the Yale Food Addiction Scale version 2.0. *Appetite, 133*, 362-369.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.11.032>.
- Cash, T. F. (2011). Cognitive behavioral perspectives on body image. In T. F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 39–47). New York, NY: Guildford Press.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R. & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e a sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica, 37*(4), 145-151. doi:10.1590/S0101-60832010000400001.
- Davis, C. (2013). From passive overeating to “food addiction”: a spectrum of compulsion and severity. *ISRN obesity, 2013*. doi:<http://dx.doi.org/10.1155/2013/435027>.
- Davison, T. E. & McCabe, M. P. (2006). Adolescent body image and psychosocial functioning. *The Journal of Social Psychology, 146*, 15-30.
doi:<https://doi.org/10.3200/SOCP.146.1.15-30>.
- de Vries, S. K., & Meule, A. (2016). Food addiction and bulimia nervosa: new data based on the Yale Food Addiction Scale 2.0. *European Eating Disorders Review, 24*(6), 518-522. doi:<https://doi.org/10.1002/erv.2470>.

- Dingemans, A., Danner, U., & Parks, M. (2017). Emotion regulation in binge eating disorder: A review. *Nutrients*, *9*(11), 1274. doi:<https://doi.org/10.3390/nu9111274>.
- Figueiredo, R. (2019). A Obsessão Pelo Corpo E O Desenvolvimento De Transtornos Alimentares Em Jovens Adolescentes. *Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, *4*(7), 250-268.
- Gearhardt, A. N., Boswell, R. G., & White, M. A. (2014). The association of “food addiction” with disordered eating and body mass index. *Eating behaviors*, *15*(3), 427-433. doi:<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.05.001>.
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2016). Development of the Yale Food Addiction Scale Version 2.0. *Psychology of Addictive Behaviors*, *30*(1), 113. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/adb0000136>.
- Gearhardt, A. N., White, M. A., Masheb, R. M., Morgan, P. T., Crosby, R. D., & Grilo, C. M. (2012). An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *45*(5), 657-663. doi:<https://doi.org/10.1002/eat.20957>.
- Gearhardt, A. N., White, M. A., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2013). An examination of food addiction in a racially diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *Comprehensive psychiatry*, *54*(5), 500-505. doi: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.12.009>.
- Gilbody, S. M., Kirk, S. F., & Hill, A. J. (1999). Vegetarianism in young women: Another means of weight control?. *International Journal of Eating Disorders*, *26*(1), 87-90. doi:[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199907\)26:1<87::AID-EAT11>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199907)26:1<87::AID-EAT11>3.0.CO;2-M).
- 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). doi:<https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>.
- Hauck, C., Cook, B., & Ellrott, T. (2020). Food addiction, eating addiction and eating disorders. *Proceedings of the Nutrition Society*, *79*(1), 103-112. doi:<https://doi.org/10.1017/S0029665119001162>.
- Haynos, A. F., & Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *18*(3), 183-202. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01250.x>.
- Heiss, S., Boswell, J. F., & Hormes, J. M. (2018). Confirmatory factor analysis of the Eating Disorder Examination-Questionnaire: A comparison of five factor solutions across vegan and omnivore participants. *International Journal of Eating Disorders*, *51*(5), 418-428. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.22848>.
- Henderson, Z. B., Fox, J. R., Trayner, P., & Wittkowski, A. (2019). Emotional development in eating disorders: A qualitative metasynthesis. *Clinical psychology & psychotherapy*, *26*(4), 440-457. doi:<https://doi.org/10.1002/cpp.2365>.

- Jarry, J. L., Dignard, N. A., & O'Driscoll, L. M. (2019). Appearance investment: The construct that changed the field of body image. *Body image*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.09.001>.
- Karni-Vizer, N., & Walter, O. (2018). The Impact of Verbal Violence on Body Investment and Self-Worth among College Students. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1-18. doi:<https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1550831>.
- Kessler, A. L., & Poll, F. A. (2018). Relationship between body image, attitudes towards eating disorders and nutritional status in university students in the health area. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 67(2), 118-125. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000194>.
- Lantz, E., Gaspar, M., DiTore, R., Piers, A., & Schaumberg, K. (2018). Conceptualizing body dissatisfaction in eating disorders within a self-discrepancy framework: a review of evidence. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(3), 275-291. doi:10.1007/s40519-018-0483-4.
- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical psychology review*, 40, 111-122. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010>.
- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., ... & Berg, K. C. (2014). Dimensions of emotion dysregulation in bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 22(3), 212-216. doi:<https://doi.org/10.1002/erv.2288>.
- Lindeman, M., Stark, K., & Latvala, K. (2000). Vegetarianism and eating-disordered thinking. *Eating Disorders*, 8(2), 157-165. doi:<https://doi.org/10.1080/10640260008251222>.
- Long, C. G., Blundell, J. E., & Finlayson, G. (2015). A systematic review of the application and correlates of YFAS-diagnosed 'food addiction' in humans: are eating-related 'addictions' a cause for concern or empty concepts?. *Obesity Facts*, 8(6), 386-401. doi: <https://doi.org/10.1159/000442403>.
- Luca, A., Luca, M., & Calandra, C. (2014). Eating disorders in late-life. *Aging and Disease*, 5(3), 1-8. doi:10.14336/AD.2014.0124.
- Machado PPP, Soares I, Sampaio D, Torres AR, Gouveia JP, Oliverira CV, COST B-6 (2004) Perturbações Alimentares em Portugal: Padrões de utilização dos Serviços. Revista de informação e divulgação científica do NDCA vol.1 nº1: 1-7.) doi:<http://hdl.handle.net/1822/2938>.
- McLean, S. A., & Paxton, S. J. (2019). Body image in the context of eating disorders. *Psychiatric Clinics*, 42(1), 145-156. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.006>.
- Monell, E., Clinton, D., & Birgegård, A. (2018). Emotion dysregulation and eating disorders—Associations with diagnostic presentation and key symptoms.

International Journal of Eating Disorders, 51(8), 921-930.
doi:<https://doi.org/10.1002/eat.22925>.

- Nogueira-de-Almeida, C. A., Garzella, R. C., da Costa Natera, C., Almeida, A. C. F., Ferraz, I. S., & Del Ciampo, L. A. (2018). Distorção da autopercepção de imagem corporal em adolescentes. *International Journal of Nutrology*, 11(02), 061-065. doi:10.1055/s-0038-1669407.
- Orbach, I., & Mikulincer, M. (1998). The Body Investment Scale: Construction and validation of a body experience scale. *Psychological Assessment*, 10(4), 415-425. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.10.4.415>.
- Palmer, B. (2003). Concepts of Eating Disorders. In J. Treasure, U. Schmidt & E. Van Furth (Eds.), *Handbook of Eating Disorders* (2nd ed., pp. 1-10). Chicester: Wiley.
- Perry, C. L., Mcguire, M. T., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2001). Characteristics of vegetarian adolescents in a multiethnic urban population. *Journal of Adolescent Health*, 29(6), 406-416. doi:[https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00258-0](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00258-0).
- Pursey, K. M., Stanwell, P., Gearhardt, A. N., Collins, C. E., & Burrows, T. L. (2014). The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: a systematic review. *Nutrients*, 6(10), 4552-4590. doi:<https://doi.org/10.3390/nu6104552>.
- Pivarunas, B., & Conner, B. T. (2015). Impulsivity and emotion dysregulation as predictors of food addiction. *Eating behaviors*, 19, 9-14. doi:<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.06.007>.
- Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R., ... & ESEMeD-WMH Investigators. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of psychiatric research*, 43(14), 1125-1132. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.003>.
- Sharpe, H., Griffiths, S., Choo, T. H., Eisenberg, M. E., Mitchison, D., Wall, M., & Neumark-Sztainer, D. (2018). The relative importance of dissatisfaction, overvaluation and preoccupation with weight and shape for predicting onset of disordered eating behaviors and depressive symptoms over 15 years. *International Journal of Eating Disorders*, 51(10), 1168-1175. doi:<https://doi.org/10.1002/eat.22936>.
- Schebendach, J., Mayer, L. E., Devlin, M. J., Attia, E., & Walsh, B. T. (2012). Dietary energy density and diet variety as risk factors for relapse in anorexia nervosa: a replication. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 79-84. doi:<https://doi.org/10.1002/eat.20922>.
- Schulte, E. M., Grilo, C. M., & Gearhardt, A. N. (2016). Shared and unique mechanisms underlying binge eating disorder and addictive disorders. *Clinical psychology review*, 44, 125-139. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.02.001>.
- Schulte, E. M., Potenza, M. N., & Gearhardt, A. N. (2017). A commentary on the “eating addiction” versus “food addiction” perspectives on addictive-like food consumption. *Appetite*, 115, 9-15. doi:<https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.033>.

- Segal, A., & Golan, M. (2016). Differences in emotion regulation along the eating disorder spectrum: Cross sectional study in adolescents out patient care. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*, *6*(1), 2-9. doi:10.15406/jpcpy.2016.06.00314.
- Sengor, G., & Gezer, C. (2020). The association between food addiction, disordered eating behaviors and food intake. *Revista de Nutrição*, *33*. doi:https://doi.org/10.1590/1678-9865202033e190039.
- Steinglass, J. E., Sysko, R., Mayer, L., Berner, L. A., Schebendach, J., Wang, Y., ... & Walsh, B. T. (2010). Pre-meal anxiety and food intake in anorexia nervosa. *Appetite*, *55*(2), 214-218. doi:https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.05.090.
- Sullivan, V., & Damani, S. (2000). Vegetarianism and eating disorders—partners in crime?. *European Eating Disorders Review*, *8*(4), 263-266. doi:https://doi.org/10.1002/1099-0968(200008)8:4<263::AID-ERV367>3.0.CO;2-2.
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology?. *Psychiatry Research*, *197*(1-2), 103-111. Doi: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.009.
- Timko, C. A., Hormes, J. M., & Chubski, J. (2012). Will the real vegetarian please stand up? An investigation of dietary restraint and eating disorder symptoms in vegetarians versus non-vegetarians. *Appetite*, *58*(3), 982-990. doi: https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.02.005.
- Vieira, A. I., Fernandes, J., Machado, P. P. P., & Gonçalves, S. (2020). The Portuguese version of the Body Investment Scale: Psychometric properties and relationships with disordered eating and emotion dysregulation [Manuscript submitted for publication]. Psychology Research Center (CIPsi), School of Psychology, University of Minho.
- Wiss, D. A., & Brewerton, T. D. (2017). Incorporating food addiction into disordered eating: the disordered eating food addiction nutrition guide (DEFANG). *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *22*(1), 49-59. doi:https://doi.org/10.1007/s40519-016-0344-y.
- Wolz, I., Agüera, Z., Granero, R., Jiménez-Murcia, S., Gratz, K., Menchon, J. M., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Emotion regulation in disordered eating: Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale among Spanish adults and its interrelations with personality and clinical severity. *Frontiers in psychology*, *6*, 907. doi:https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00907.
- Yu, Z., & Tan, M. (2016). Disordered eating behaviors and food addiction among nutrition major college students. *Nutrients*, *8*(11), 673. doi:https://doi.org/10.3390/nu8110673.



Universidade do Minho

Conselho de Ética

Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas

Identificação do documento: CEICSH 083/2019

Relatores: Emanuel Pedro Viana Barbas Albuquerque e Marlene Alexandra Veloso Matos

Título do projeto: *Food addiction, corpo e regulação emocional: Um estudo com perturbações alimentares*

Equipa de Investigação: Ana Sofia Novais, Mestrado em Psicologia, Escola de Psicologia, Universidade do Minho; Sónia Ferreira Gonçalves (Orientadora), Departamento de Psicologia Aplicada, Escola de Psicologia, Universidade do Minho

PARECER

A Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) analisou o processo relativo ao projeto de investigação acima identificado, intitulado *Food addiction, corpo e regulação emocional: um estudo com perturbações alimentares*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na investigação com humanos, em conformidade com as normas nacionais e internacionais que regulam a investigação em Ciências Sociais e Humanas.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade pelos seus membros.

Braga, 22 de janeiro de 2020.

O Presidente da CEICSH