

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

INFLUÊNCIA DA VERGONHA E DAS SUAS MEMÓRIAS
TRAUMÁTICAS NA PSICOPATOLOGIA ALIMENTAR EM
MULHERES COM E SEM EXCESSO DE PESO

HELENA NAZARÉ MARTINS LAMEIRAS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, 2013

Influência da vergonha e das suas memórias traumáticas na
Psicopatologia alimentar em mulheres com e sem excesso de peso

Helena da Nazaré Martins Lameiras

Dissertação de Mestrado apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de
Mestre em Psicologia Clínica,
Ramo de Especialização Psicoterapia e Psicologia Clínica
Orientadora: Professora Doutora Marcela Salomé Albuquerque Andrade de Matos

Coimbra, dezembro de 2013

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os que sofrem a influência de memórias traumáticas, ou de outro sofrimento, e que em vão procuram refúgio e alívio na comida. Dedico-lhes a minha coragem e esforço, e espero humildemente que este estudo possa contribuir para a reflexão de novas alternativas de terapia.

Agradecimentos

Começo por agradecer, aos simpáticos e corajosos anónimos que aceitaram o meu convite para participar e preencher os questionários, sem os quais, este estudo não seria possível.

À Ana Caldeira, à Tatiana, à Anete, à Aida e à Sandra, à Cila, e à irmã Sandra, à Eulália, por toda a sua amizade e pela boa disposição em que tanto me apoiaram na recolha dos dados.

À Professora Lurdes Castanheira, pela sua sempre pronta ajuda, pelo seu amparo como um porto de abrigo em maré de tempestades.

À Professora Eulália, pela sua também pronta disponibilidade, ajuda e bom humor com que sempre ouviu as minhas as minhas dúvidas e desabafos.

Aos meus filhos e ao meu marido, pela sua força, entusiasmo e compreensão e por me apoiarem, ao longo destes cinco anos, a concretizar esta etapa da minha vida.

À Selma, pela sua amizade e apoio, que desde o início do curso me motivou e nunca me deixou desistir: “ desde o primeiro ano dizia: mais um ano, está o curso quase feito!” À Cláudia que desde o primeiro ano, me dava apontamentos e me explicava com toda a sua energia e boa disposição: “ percebeu? Se vir que não é capaz, diga, que eu ajudo-a!”

À Natália, pela sua amizade, disponibilidade e pelo seu apoio constante, e que nos momentos mais difíceis, pude contar com ela.

À minha orientadora, Dr.^a Marcela Matos, pelo seu dedicado empenho, e preciosa orientação no trabalho desenvolvido, pela competência, entusiasmo, apoio, e por acreditar em mim.

Imensamente grata a todos

Resumo

Experiências de vergonha precoces de cariz traumático podem influenciar de forma significativa, a maturação e funcionamento psicobiológico. Estudos recentes mostram que experiências de vergonha da infância e adolescência não só podem constituir-se como memórias traumáticas e autobiográficas, como ainda aparecem associadas à vergonha atual e à psicopatologia, em especial à depressão. Também recentemente, a obesidade e o excesso de peso têm vindo a ser cada vez mais alvo de diversas investigações. Entre alguns dos aspetos psicopatológicos mais investigados relacionados com o excesso de peso, podemos citar a baixa auto estima, a depressão, a ansiedade, a perturbação da imagem corporal e as perturbações do comportamento alimentar. O presente estudo explora as memórias traumáticas de experiências de vergonha na infância e adolescência, a vergonha, e a sua relação com a psicopatologia alimentar, em mulheres com e sem excesso de peso.

Para o efeito foi constituída uma amostra da população geral, constituída por 157 participantes, dos quais 80 com excesso de peso e 77 sem excesso de peso, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade, na maioria residentes no distrito de Leiria. Para este estudo recorreremos a um conjunto de questionários de autorresposta, composto pelas escalas IES-R Impacto do evento traumático, OAS-vergonha externa, ISS-vergonha interna e EDE-Q-Questionário da alimentação, composto pelas subescalas restrição alimentar, preocupação alimentar, preocupação com o peso, e preocupação forma corporal.

Os resultados obtidos no presente estudo evidenciam que o grupo de mulheres com excesso peso apresenta uma tendência para valores médios mais elevados de psicopatologia alimentar, vergonha interna e externa, comparativamente ao grupo de mulheres sem excesso de peso. Nos resultados também foram encontradas evidências que as memórias traumáticas de vergonha na infância e adolescência e a vergonha atual, estão associadas à psicopatologia alimentar. Foram encontradas correlações mais fortes nas mulheres com excesso de peso, principalmente entre vergonha interna e a preocupação alimentar.

A presente investigação contribui para compreender melhor a relação existente entre as memórias traumáticas de vergonha, a vergonha atual, e a psicopatologia alimentar em mulheres com e sem excesso de peso.

Palavras-chave: Memórias traumáticas de vergonha precoces, vergonha externa e interna, psicopatologia alimentar, excesso de peso.

Abstract

Early shame experiences with a traumatic nature can significantly influence maturation and psychobiological functioning. Recent studies show that shame events in childhood and adolescence can become traumatic and autobiographical memories. These shame events also appear associated with current shame and psychopathology, in particularly depression. Recently, obesity and overweight have been increasingly subject to numerous investigations. Among some of the most investigated psychopathological aspects related to overweight, it is worth mentioning low self-esteem, depression, anxiety, body image disturbance and eating disorders.

This study explores shame traumatic memories from childhood and adolescence, current shame and their relationship with eating psychopathology in overweight and non-overweight women.

For this purpose a sample of the general population was recruited, consisting of 157 participants, out of which 80 were overweight and 77 non-overweight, aged between 18 and 65 years of age, most of which lived in the Leiria district. For this study a set of self-response questionnaires were used, composed by scales the IES-R The Impact of Traumatic Event scale, OAS - External Shame, ISS-Internal Shame, , and EDE-Q Eating Disorder Examination Questionnaire, composed by a subscale of food restriction, food concerns, weight and body shapeconcerns.

The results suggest that the group of overweight women have a tendency to present higher eating psychopathology as well as internal and external shame when compared to non-overweight women. The results also indicate evidence that shame traumatic memories from childhood and adolescence and current shame are associated with eating psychopathology. The strongest correlations were found in overweight women, mainly between shame and concern internal feed.

This research contributes to a better understanding of the relationship between traumatic memories of shame in childhood and adolescence, the shame, and psychopathology, so far little explored between women with and without excess weight.

Keywords: Early shame traumatic memories, external and internal shame, eating psychopathology, overweight.

“Quando vejo consigo perceber quem sou, como sou o que
esperam de mim, através do que os outros me
devolvem, e vice-versa, pois pelo que eu devolvo
aos outros, expresso o que sinto, sendo o que
sou”

Donald Winnicott

Índice

Dedicatória	
Agradecimentos	
Resumo	
Abstract	
Introdução.....	1
Vergonha e suas memórias	2
Vergonha externa e vergonha interna.....	3
Memórias traumáticas de vergonha.....	3
Obesidade e excesso de peso	4
Objetivos.....	6
Materiais e Métodos	7
Participantes	7
Procedimentos	9
Instrumentos	9
Análise Estatística	12
Resultados	13
Estatística preliminar	13
Discussão	17
Limitações e Conclusões	22
Bibliografia.....	25
ANEXOS	
Anexo 1: Memórias de vergonha na infância e adolescência	
Anexo 2: Impacto do acontecimento (IES-R)	
Anexo 3: Vergonha Externa (OAS)	
Anexo 4: Vergonha Interna (ISS)	
Anexo 5: Questionário de Alimentação (EDE-Q)	

Lista de Tabelas

Tabela 1- Características gerais da amostra	8
Tabela 2 - Médias, desvios-padrão e teste t-Student para amostras independentes para as variáveis em estudo no grupo de mulheres com e sem excesso de peso	14
Tabela 3 - Correlações de Pearson entre as variáveis em estudo no grupo de mulheres com e sem excesso de peso.....	17

Lista de Siglas

ET AL: E outros

IMC – Índice de massa corporal

IMC \geq 25 – Índice de massa corporal igual ou superior a 25

IMC $<$ 25 – Índice de massa corporal inferior a 25

DP - Desvio Padrão

Nº - Frequências Absolutas

% - Frequências Relativas

SPSS - Programa Statistical Package for Social Sciences

χ^2 - Teste do Qui-Quadrado

IESR - Escala Impacto do Acontecimento – Revista;

OAS - Escala de Vergonha Externa;

ISS - Escala de Vergonha Interna;

EDE – Q Questionário de alimentação

Introdução

Diversos autores têm associado a vergonha a uma vivência interna do eu como indesejável, não atrativo, defeituoso, sem valor, impotente (Gilbert, 1998a; Lewis, 1992; Nathanson, 1996; Tangney & Fischer, 1995). A vergonha guia o nosso comportamento marcando a forma como nos vemos, mas está intrinsecamente ligada a relação do eu com os outros (Tangney e Dearing, 2002). De tal forma as relações sociais são poderosas para a regulação psicológica, que a qualidade dos cuidados e afetos que recebemos na infância tem um impacto significativo na maturação do cérebro, especialmente nos sistemas de regulação emocional (Gerhardt, 2004; Gilbert, 2007; Schore, 2001; Siegel, 2001), que sendo inapropriada surge como um componente crítico do desenvolvimento e manutenção da depressão e perturbações da ansiedade (Gross, 2002).

Estudos recentes indicam que experiências de vergonha, ocorridas na infância e adolescência, podem tornar-se memórias traumáticas e centrais para a autoidentidade e estar associadas a uma maior vulnerabilidade para sintomas psicopatológicos, em especial depressão, ansiedade e stresse na idade adulta (Matos, Pinto-Gouveia & Duarte, 2012; Matos & Pinto-Gouveia, 2010; Kim, Jorgensen, & Thibodeau, 2011).

Neste seguimento, outros estudos também indicam que a obesidade e o excesso de peso, além das complicações físicas e psicológicas, podem estar associados a sintomas mais elevados de ansiedade e stresse, de sentimentos de inferioridade, e estigma social (Crocker, Cornwell, & Major, 1993; Crocker, Major, & Steele, 1998;) e a maior vulnerabilidade para a psicopatologia alimentar (Bernardi et al., 2005; Cordas e Ascencio, 2006; Dobrow et al., 2002; McElroy et al, 2004). Para além disso, outros estudos têm mostrado que os distúrbios alimentares podem estar associados às experiências precoces de negligência, maus tratos e de abuso sexual, (Hall, Tice, Beresford, Wooley, & Hall, 1989; Fleming, Mullen, Sibthorpe, & Bammer, 1999; Folsom, Krahn, Nairn, Gold, Demittrack, & Silk, 1993; Fontenelle, Mendlowicz, & Moreira, 2005).

Assim, as experiências de vergonha na infância e adolescência de cariz traumático (uma forma particular de experiências precoces negativas) poderão ter um forte impacto no bem-estar e na autorregulação emocional (Gross, 2002), tendo vindo a ser associadas a maior vulnerabilidade para sintomas depressivos e de hiperativação e evitamento (Matos & Pinto-Gouveia, 2009), podendo estar associadas à psicopatologia alimentar.

Mais recentemente, a obesidade e o excesso de peso têm sido alvo de um crescente interesse

por parte da comunidade científica. Têm vindo a ser exploradas as implicações genéticas, comportamentais e psicológicas, tais como a depressão, a autoestima e o autoconceito (DGS, 2005; Karasu, 2012; OMS, 2000; Tavares, Nunes & Santos, 2010). Contudo, do nosso conhecimento, a influência do impacto traumático das experiências de vergonha precoces e de vergonha atual na psicopatologia alimentar, em mulheres com e sem excesso de peso, nunca foi estudado empiricamente.

Vergonha e suas memórias

À medida que vamos crescendo, desenvolvemos um conjunto de sistemas sociais motivacionais, que incluem a procura de vinculação dos cuidadores (Bowlby, 1969), e a preocupação com a nossa posição social (Baumeister & Leary, 1995). De acordo com Gilbert (1989), a existência desta emoção relaciona-se com o próprio desenvolvimento da espécie humana, que se encarregou de nos tornar seres sociais desde os primeiros dias de vida. Assim, a vergonha deriva destes sistemas sociais motivacionais, que evoluíram nos humanos para formar a autoconsciência e as relações afiliativas, e o desenvolvimento de competências cognitivas para a integração social. (Gilbert, 2007).

A acrescentar a isto, há ainda um conjunto de competências importantes para o entendimento social, tal como a teoria da mente (Byrne, 1995) e a autoconsciência (Lewis, 2003). Tudo isto, faz de nós seres muito sensíveis, focados e responsivos ao que os outros pensam e sentem sobre nós (Gilbert, 2007).

De acordo com diversos autores a vergonha tem sido descrita como a vivência interna do eu como indesejável, não atrativo, e defeituoso e sem valor (Gilbert, 1998a; Lewis, 1992; Nathanson, 1996; Tangney & Fischer, 1995), guiando o nosso comportamento e a forma como nos vemos e estando intrinsecamente associada à relação do eu com os outros. Assim, a vergonha define-se como uma experiência ligada à exposição dos defeitos, fracassos e falhas, isto é, o *eu* indesejável e pouco atraente (Tangney & Dearing, 2002).

De acordo com Gilbert (1998b, 2002) a vergonha tem um papel potencialmente adaptativo e permite alertar os indivíduos para o fato de que certos sinais sociais que estão a enviar, ou enviaram, poderão levar à criação de imagens negativas sobre si na mente dos outros, e fazer com estes os critiquem, humilhem, rejeitem ou ataquem. Como consequência, emergem emoções negativas primárias como a ansiedade, a raiva e a repulsa e simultaneamente, interrupção e perda do afeto positivo (Gilbert, 1997, 1998a, 2003). A nível comportamental, a fuga ou evitamento de determinadas situações estão entre as ações mais

adotadas (Gilbert, 2000; Gilbert, 2003).

Vergonha externa e vergonha interna

De entre as várias componentes que Gilbert (2002) descreve para caracterizar a vergonha como uma experiência multifacetada, destaca-se a distinção entre vergonha externa e vergonha interna, uma vez que as interações entre “o que eu acho que os outros pensam de mim” e “o que eu penso de mim, derivado daquilo que os outros pensam de mim” têm sido consideradas fatores centrais no comportamento social (Gilbert, 2002).

Numa experiência na qual sentimos vergonha, é frequente ocorrer uma autoavaliação global negativa, como sendo desajeitados, diferentes, inadequados, inferiores, fracos, assim como a percepção de que os outros nos avaliam como sendo inferiores, defeituosos, inaptos.

A vergonha externa diz respeito à componente cognitiva social, que surge frequentemente em contextos sociais e se encontra associada com pensamentos automáticos de que os outros nos vêem como inferiores, maus, inadequados ou defeituosos (Gilbert, 2002). Assim, se somos atraentes para os outros ou não (Gilbert, 2001), a forma como pensamos existir na mente dos outros, as coisas que pensamos que os outros veem como más, fracas, inadequadas no “*eu*” e que podem levar a que este seja rejeitado, encontram-se relacionadas com a vergonha externa (Gilbert, 1997). Relacionado com este conceito de vergonha externa encontra-se o de estigma, que relata a experiência de ser visto como tendo traços ou pertencendo a um grupo estigmatizado, considerado inferior ou mau pela sociedade em geral (Lewis, 1992).

Por sua vez, a vergonha interna diz respeito à componente interna, isto é, à avaliação de si próprio feita com base nas limitações e na percepção de ser inferior ou inadequado - os afetos de vergonha estão centralizados na autodepreciação, em nos sentirmos maus, fracos, indesejáveis, inadequados para nós mesmos (Gilbert, 1998b). Segundo Kaufman (1989), estamos mais vulneráveis a internalizar a vergonha quando as nossas necessidades sociais de amor, afiliação e estatuto estão ameaçadas.

Memórias traumáticas de vergonha

As memórias dos eventos emocionais são uma parte importante da nossa identidade e da nossa história pessoal, embora alguns eventos emocionais possam causar angústia durante toda a vida. (Bluck & Li, 2001; McAdams, 2001; Pillemer, 1998). Estudos recentes sugerem

que experiências precoces de vergonha revelam características de memória traumáticas, estando associadas a sintomas de intrusão, hiperativação e evitamento (Matos & Pinto-Gouveia, 2009; Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2012). Por outro lado, os resultados destes estudos mostram que as experiências de vergonha na infância e adolescência com impacto traumático estão associadas à vergonha atual e à psicopatologia, em especial à depressão.

No mesmo seguimento, Pinto-Gouveia & Matos (2011) referem que as memórias de vergonha traumáticas, podem tornar-se centrais para a identidade, enquanto pontos de referência para a organização do conhecimento autobiográfico, com um impacto contínuo na interpretação de experiências não traumáticas na vida da pessoa, com consequências ao nível da psicopatologia.

Obesidade e excesso de peso

De acordo com o relatório do (OMS) publicado em 2000, a obesidade tem vindo a tornar-se um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, na medida em que constitui um fator de risco preponderante para o desenvolvimento de diversas doenças (OMS, 2004).

O aumento de graves comorbilidades relacionadas com o excesso de peso começou já a substituir as tradicionais preocupações com a subnutrição e as doenças infecciosas, não só pelo número de doenças associadas, mas também pelo impacto que têm no bem-estar e na qualidade de vida da pessoa (OMS, 2000; Tavares, Nunes e Santos, 2010).

Para o seu diagnóstico, OMS classifica o excesso de peso e a obesidade, com base no índice de massa corporal (IMC), calculado através da divisão do peso corporal em quilogramas pelo quadrado da altura em metros quadrados: $IMC = \text{kg}/\text{m}^2$. Quando o IMC se encontra acima dos 30 kg/m^2 , é considerado obesidade e quando o IMC igual ou superior a 25 kg/m^2 é considerado excesso de peso. Segundo a OMS (2000), este é o valor de referência, a partir do qual se verifica a maior parte do impacto do excesso de peso no aparecimento de comorbilidades.

No que diz respeito à origem dos problemas, considera-se que a obesidade tem causas multifatoriais (Riebe et al., 2002), envolvendo fatores genéticos, metabólicos, ambientais (Felippe & Santos, 2004), psicológicos e comportamentais, que provocam um desequilíbrio com tendência a perpetuar-se, resultando numa doença crónica (DGS, 2005; Karasu, 2012; OMS, 2000; Tavares, Nunes & Santos, 2010).

No seguimento das implicações acima descritas, vários autores referem a existência de consequências a nível psicossocial: sentimentos de inferioridade e isolamento social (Tavares, Nunes & Santos, 2010); diminuição da autoestima e autoconceito, devido às alterações da imagem corporal provocadas pelo excesso de peso (Bernardi et al., 2005; Brownell & Wadden, 1992; Maia & Carneiro, 2012; Silva et al., 2006); aparecimento de sintomas depressivos e ansiosos; (Karlsson, Sjöstrom & Sullivan, 1993; Silva et al., 2006) e perturbações alimentares (Bernardi et al., 2005; Cordas & Ascencio, 2006; Dobrow et al., 2002; McElroy et al, 2004).

Por outro lado, a OMS (2000) refere a preocupação, pela forma como a própria sociedade responde a este problema, muitas vezes através de atitudes discriminatórias. Assim, para além dos problemas que surgem devido às dificuldades em lidar com a condição da doença e as alterações no próprio corpo, vários autores destacam também, os problemas sociais, relacionados com o preconceito e a discriminação. Com frequência se observam na sociedade, e que podem começar logo em idades mais baixas e atingir a pessoa em contextos tão importantes como a escola ou o trabalho (OMS, 2000; Silva et al., 2006; Tavares, Nunes & Santos, 2010). Estas situações levam a uma diminuição da sensação de bem-estar e ao aumento da sensação de inadequação social, de crescentes dificuldades de relacionamento, e de realizar atividades do quotidiano, com impacto muito negativo nas dimensões pessoal e social do indivíduo (Maia & Carneiro, 2012; Silva et al., 2006).

No mesmo sentido, outros autores indicam como causas associadas à obesidade perdas parentais precoces, história familiar de abuso de álcool e história de abuso sexual, ideação suicida, problemas familiares e conjugais, sentimentos de vergonha e autculpabilização, baixa autoestima, discriminação, hostilidade social, sentimentos de rejeição e exclusão social, agressividade, revolta, insatisfação com a vida, isolamento social, absentismo, problemas funcionais e físicos, psicossomatismo e a distorção da imagem corporal (Stunkard & Wadden 1992).

Apfeldorfer (1997) realça também o impacto que a desregulação emocional gera no desenvolvimento da psicopatologia, indicando que os indivíduos com obesidade podem ser incapazes de refletir sobre as suas próprias emoções, utilizando a comida como estratégia para ultrapassar os momentos mais difíceis. Também Walfish (2004) refere que as crianças obesas são frequentemente definidas pelos seus colegas, já a partir dos 6 anos de idade, nos primeiros anos de escola, como “preguiçosas, sujas, estúpidas, feias e burras”.

O contínuo aumento de pessoas com excesso de peso, levanta questões aos clínicos e investigadores e cria o desafio de explorar melhor as causas associadas à obesidade e contribuir para novas formas de intervenção terapêutica. Apesar das diversas investigações já realizadas ao nível da vergonha e da psicopatologia a ela associada, e dos estudos realizados sobre as perturbações psicológicas presentes na obesidade, a relação entre memórias traumáticas de vergonha na infância e adolescência, vergonha e psicopatologia alimentar nunca foi estudada em mulheres com excesso de peso, motivo pelo qual o presente estudo procura explorar a relação entre estas variáveis.

Objetivos

O principal objetivo desta dissertação foi explorar as características das memórias traumáticas de vergonha na infância e na adolescência, a vergonha interna e externa e a sua influência na psicopatologia alimentar em mulheres com excesso de peso, comparando-as com mulheres sem excesso de peso.

Assim, esta dissertação guiou-se por dois objetivos específicos associados à vergonha:

- 1) Explorar em que medida diferem significativamente nas características traumáticas das memórias de vergonha na infância e adolescência, mulheres com e sem excesso de peso, na vergonha interna e externa e na psicopatologia alimentar.
- 2) Estudar a relação entre memórias traumáticas de vergonha na infância e adolescência, a vergonha interna e externa e a psicopatologia alimentar em mulheres com e sem excesso de peso.

Tendo por referência estes dois objetivos, foram traçadas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: O grupo de mulheres com e sem excesso de peso diferem significativamente nas características das memórias traumáticas de vergonha, na infância e adolescência, na vergonha interna e externa e na psicopatologia alimentar, com valores mais elevados nas mulheres com excesso de peso.

Hipótese 2: As memórias traumáticas de vergonha e a vergonha atual (externa e interna) estão relacionadas entre si, e estão associadas de forma positiva com a psicopatologia alimentar em mulheres com e sem excesso de peso, com as mulheres com excesso de peso a apresentarem associações mais fortes.

Materiais e Métodos

Participantes

Para atingir os objetivos propostos, desenhou-se um estudo transversal, para o qual foram recolhidas da população geral, duas amostras de conveniência, (N=157), constituídas por 80 mulheres com excesso de peso, (IMC \geq 25) e 77 mulheres sem excesso de peso, (IMC <25) e com habilitações académicas ao nível da escolaridade mínima obrigatória, equivalente ao 6º ano e idades compreendidas entre os 18 e 65 anos (tabela 1).

Idades: no grupo de mulheres com excesso de peso (M = 41.70 e D.P=10.23), sendo a idade mínima 22 anos e máxima 63 anos. No grupo de mulheres sem excesso de peso, (M = 36.87 anos (DP =10,91), sendo a idade mínima de 18 anos e máxima 65 anos. Deste modo, utilizando o Teste T-Student para amostras independentes, podemos concluir que as diferenças em termos de idade entre os dois grupos são estatisticamente significativas [$t(155) = -2,86, p = .005$] (tabela 1). Já ao nível da média da altura [$t(155) = .005, p = .996$] os dados apontam para a não existência de diferenças significativas entre os dois grupos.

Tal como nos indica o Teste do Qui-Quadrado, relativamente ao estado civil ($\chi^2^{(5)} = 11.15; p = .048$), os dados apontam para diferenças significativas entre os dois grupos. Ao nível de escolaridade ($\chi^2^{(9)} = 7.68; p = .567$), Na caracterização do nível socioeconómico ($\chi^2^{(4)} = 7.89; p = .096$), os dados apontam para a não existência de diferenças significativas entre os dois grupos.

Como seria de esperar na nossa amostra, relativamente ao peso, e ao índice de massa corporal, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos: o grupo de mulheres com excesso de peso (M = 77.73 Kg e D.P = 11.38) e (M = 29.53 de IMC e D.P = 170) e o grupo de mulheres sem excesso de peso (M = 57.23 Kg e D.P = 5.66) e [$t(155) = -14.37, p < .001$]. e 21.76 de IMC e [$t(155) = -16.80, p < .001$].

Tabela 1

Caraterísticas gerais da amostra.

Amostra	IMC \geq 25 (N = 80)				IMC<25 (N = 77)				T	df	P
	M	Min	Máx	DP	M	Min	Máx	DP			
Idade	41.70	22	63	10.23	36.87	18	65	10.91	-2.86	155	.005
Sexo	N		%		N		%		χ^2		P
F	80		100.00		77		100.00				
Estado Civil									11.15	5	.048
Solteiro	15		18.80		29		37.70				
Casado	49		61.30		35		45.50				
Divorciado	9		11.30		6		7.80				
Viúvo	2		2.5		0		0				
União de facto	1		1.30		0		0				
Outro	4		5.00		7		9.10				
Total	78		100.00		77		100.00				
Nível de Escolaridade									7.68	9	.567
6º ano	2		2.50		1		1.30				
7º ano	2		2.50		1		1.30				
8º ano	0		0		0		0				
9º ano	15		18.80		8		10.40				
10º ano	2		2.50		3		3.90				
11º ano	1		1.30		2		2.60				
12º ano	21		26.30		25		32.50				
Lic./1º ano	1		1.30		0		0				
Lic./2º ano	0		0		2		2.60				
Lic./3º ano	0		0		1		1.30				
Lic./4º ano	0		0		0		0				
Lic./5º ano	36		45.00		34		44.20				
Total	80		100.00		77		100.00				
Nível Sócio-Económico									7.89	4	.096
Baixo	12		15.00		5		6.50				
Médio	65		81.30		61		79.20				
Alto	1		1.30		2		2.60				
Estudantes	2		2.50		8		10.44				
Outro	0		0		1		1.30				
Total	80		100.00		77		100.00				
Altura	1.62		.06		1.62		.06		.005	155	.996
Peso	77.73		11.38		57.23		5.66		-14.37	155	<.001
IMC	29.54		3.75		21.76		1.70		-16.80	155	<.001

Procedimentos

Para dar início à recolha de dados, foram tidos em conta procedimentos éticos e formais. Utilizou-se um conjunto de questionários de autorresposta individual que foi entregue em papel aos participantes, sendo dada informação prévia, acerca da natureza do estudo, da confidencialidade das respostas, do tempo de preenchimento do protocolo bem como da importância do preenchimento de todos os itens que constituíam os testes, de forma a diminuir a percentagem de questionários inválidos. Estes instrumentos tinham como objetivo, recolher informação acerca da temática em que se insere este estudo. A esta bateria adicionou-se uma folha de rosto com uma explicação sucinta dos objetivos do estudo, seguida de uma recolha de dados sociodemográficos. Nesta página inicial, fazia-se também, referência ao anonimato de cada participante, confidencialidade dos dados e à importância do preenchimento total da bateria de escalas. Para além disso, de acordo com os valores éticos, foi enfatizado que a colaboração dos sujeitos seria voluntária.

Instrumentos

A presente investigação é composta por uma bateria de provas psicológicas, as quais passamos de seguida a descrever sucintamente:

Memórias traumáticas de vergonha: Escala do Impacto do Acontecimento – Revista (IES-R , Impact of Event Scale-Revised, de Weiss & Marmar, 1997; Versão portuguesa: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011).

Esta escala pretende avaliar as características das memórias traumáticas na infância e na adolescência e o sofrimento que advém de uma experiência específica, um fator mais geral indicador de sofrimento subjetivo de stresse traumático.

É um questionário de autorresposta, constituído por 22 itens e cujas respostas são avaliadas de acordo com uma escala tipo Likert de 5 pontos, em que 0 corresponde Nada e 4 a MUITÍSSIMO. A sua estrutura original é composta por três subescalas (Intrusão, Evitamento e Hiperactivação) que visam medir as três características primordiais da sintomatologia traumática associada a uma determinada experiência. A sua versão portuguesa integrou um estudo mais geral relativo às memórias traumáticas de vergonha e por este motivo, as instruções dadas aos participantes foram ligeiramente alteradas para melhor se adequarem à natureza da intervenção. Assim, foi pedido aos participantes que respondessem tendo em consideração o impacto que uma experiência de vergonha significativa, tenha tido ao longo

das suas vidas, vivida durante a infância e adolescência. No presente estudo apenas foi considerado o total do instrumento, e não as suas subescalas.

Relativamente à consistência interna, a versão original desta medida apresentou valores de alfa de *Cronbach* que variam entre .87 e .92 para a subescala Intrusão, .84 e .85 para o Evitamento, e .79 e .90 para a Hiperactivação (Weiss & Marmar, 1997). Na versão portuguesa, foi obtido um valor de consistência interna excelente, de .96, tendo-se tido em consideração apenas o total dos seus itens (Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011). No presente estudo obtiveram-se valores de alfa de *Cronbach* de .94, sendo este valor indicador de uma excelente consistência interna.

Vergonha externa: No presente estudo, também foi aplicada, a versão portuguesa da Escala da Vergonha Externa (OAS: The Other As Shamer Scale, Goss, K., Gilbert, P. & Allan, S., 1995; Tradução e adaptação: Matos, Pinto-Gouveia & Martins, 2011), é um instrumento, composto por 18 itens, pretende avaliar a vergonha externa, ou seja, de que forma o indivíduo pensa que os outros o veem. Os participantes respondem com base numa escala de resposta tipo Likert de 5 pontos, em que 0 corresponde a Nunca e 4 a Quase sempre. Assim, quanto mais elevadas forem as pontuações, maior é o índice de vergonha externa.

No que concerne à estrutura fatorial desta escala, a versão original é constituída por três fatores (Inferioridade, Reação dos outros aos meus erros, e Vazio) (Goss et al., 1994). No entanto, a versão portuguesa para adultos (Matos, Pinto Gouveia, & Martins, 2011) apresentou uma estrutura unidimensional. Relativamente às propriedades psicométricas da versão original, este instrumento apresentou elevada consistência interna com um *alfa de Cronbach* de .92 (Goss et al., 1994), tal como a versão portuguesa para adultos (Matos, Pinto Gouveia & Martins, 2011) com um *alfa de Cronbach* de .90. No presente estudo, o valor de consistência interna obtido foi excelente (.94), indo de encontro aos resultados obtidos, tanto na versão original, como na versão portuguesa do instrumento.

Vergonha interna: Outro dos instrumentos utilizados foi a versão portuguesa da Escala da Vergonha Interna, (ISS: Internalized Shame Scale; Cook, 2001; Tradução e adaptação de Matos & Pinto Gouveia, 2006), um questionário de curta resposta para medir a vergonha.

Esta escala foi construída com o objetivo geral de avaliar a emoção de vergonha enquanto traço, isto é, como característica estável da personalidade em adolescentes e

adultos. É constituída por duas subescalas: uma subescala com 24 itens que avalia a vergonha interna e uma segunda constituída por 6 itens que avaliam a autoestima.

A escala é composta por 30 itens e o formato de resposta é tipo Lickert, na qual 0 corresponde a “nada” e 4 a “quase sempre”. Quanto à consistência interna, apresentou um valor de *alpha de Cronbach* de .95 e de .89 para a subescala de vergonha e de autoestima, respetivamente. No presente estudo utiliza-se apenas a subescala do total de vergonha (ISS Vergonha), uma vez que o principal interesse dos estudos prende-se com a avaliação da vergonha interna e não tanto com um construto mais específico como a autoestima. Neste estudo, o valor de *alpha de Cronbach* é de .96 para o grupo de mulheres com excesso de peso ($IMC \geq 25$) e de .93 para o grupo de mulheres sem excesso de peso ($IMC < 25$), sendo estes valores indicadores de uma excelente consistência interna.

Psicopatologia alimentar: Foi aplicado também, o questionário de alimentação (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994; versão portuguesa de Machado, 2007). Este questionário é baseado no Eating Disorder Examination (Fairburn & Cooper, 1993) a entrevista clínica mais utilizada e reconhecida, como instrumento de eleição de avaliação da psicopatologia alimentar. Avalia atitudes e comportamentos, relacionados com perturbações do comportamento alimentar e é composto por 36 itens. Catorze dos itens (8 e 16-28) relacionam-se especificamente, com a ocorrência e a frequência de características comportamentais chave dos distúrbios alimentares, incluindo a compulsão alimentar, o vômito induzido, o uso abusivo de laxantes e diuréticos. Para os itens 16-28, é solicitado aos participantes, que indiquem se o comportamento ocorreu nos últimos 28 dias (0 = Não, 1 = Sim), ou que registem o número de episódios do comportamento em particular. Os itens 1-15 são classificados pela frequência da ocorrência nos últimos 28 dias, numa escala de 0-6 (0 = Não há dias, 6 = Todos os dias). Os itens 29-36 são classificados para a gravidade nos últimos 28 dias numa escala de 0-6 (0 = Nada, 6 = Extremamente). Os itens 1-15 e itens 29-36, compreendem quatro subescalas: i) restrição alimentar (5 itens – itens 1, 2, 3, 4 e 5; $\alpha = .76$), avalia comportamentos relacionados com o evitamento de alimentos e regras seguidas na alimentação (por exemplo, evitar comer); ii) preocupação alimentar (5 itens – itens 6, 7, 9, 15 e 34; $\alpha = .69$), incide sobre o medo de perder o controlo alimentar e apreensão sobre o que comer (por exemplo, comer em segredo); iii) preocupação com o peso (5 itens – itens 11, 14, 29, 31 e 32; $\alpha = .82$), avalia os sentimentos de insatisfação com o peso atual e a necessidade de manter ou alcançar determinado peso) e iv) preocupação com a forma corporal (8 itens – itens 10, 11, 12, 13, 30, 33, 35 e 36; $\alpha = .90$): mede os sentimentos de insatisfação com a

forma corporal, exposição do corpo em situações públicas (por exemplo, evitar a exposição) Pontuações mais elevadas do EDE-Q, indicam maior gravidade de perturbação do comportamento alimentar. Na sua versão original, a escala total apresentou um valor de .94, em termos de consistência interna. Na sua versão portuguesa a escala apresenta igualmente boas propriedades psicométricas (Machado, 2007).

No presente estudo, para o grupo de mulheres com excesso de peso, obtiveram-se valores de alfa de *Cronbach*, nas subescalas: restrição alimentar .81; preocupação alimentar .82; preocupação peso .83; preocupação forma .92; EDE-Q-total, .95 e para mulheres sem excesso de peso: restrição .73; preocupação alimentar .80; preocupação peso .69; preocupação forma corporal.86; EDE-Q-total, .91, respetivamente. Sendo estes valores indicadores de muito boa consistência interna.

Análise Estatística

Na presente investigação, os resultados dos estudos foram obtidos a partir de procedimentos estatísticos, tendo-se usado o PASW (Predictiv Analytics Software), versão 20 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) para PC's.

Foi utilizado o teste *t-Student* para amostras independentes para explorar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos nas variáveis em estudo. Foram consideradas diferenças estatisticamente significativas todos os valores com nível de significância inferior a .05 (Howell, 2006).

Foram também realizadas correlações produto-momento de *Pearson* com o objetivo de investigar as associações entre as variáveis em estudo. No que respeita à avaliação da magnitude das correlações, foi utilizada a convenção de Cohen (1988), que sugere que uma associação deverá ser considerada fraca, sempre que o coeficiente de correlação seja inferior a .30; moderada entre .30 e .50 e forte superior a .50. Utilizando a transformação Fisher *r-to-z*, foi possível calcular um valor de *z*, que pode ser aplicado para avaliar a significância das diferenças entre dois coeficientes de correlação.

Resultados

Estatística preliminar

Sabendo que a nossa amostra obedece a uma distribuição normal, foram utilizados os testes paramétricos. O pressuposto da normalidade de distribuição das variáveis em estudo, apontaram para uma distribuição normal com valores de assimetria e curtose inferiores aos pontos de corte referidos na literatura (Assimetria $< +/- 3$ Curtose $< a +/- 3$, (Tabachnick & Fidell, 2007). Sendo que as variáveis relativas à amostra de mulheres com excesso de peso, apresentam valores de assimetria de .342 a 1.028 e de curtose de .844 a 1.069. Relativamente à amostra de mulheres sem excesso de peso, verificaram-se valores de assimetria de .336 a .930 e de curtose de .368 a .963.

Estudo da comparação entre os grupos de mulheres com excesso de peso (IMC \geq 25) e sem excesso de peso (IMC $<$ 25) nas memórias traumáticas de vergonha na infância e adolescência a vergonha externa, vergonha interna, e psicopatologia alimentar

Neste estudo, pretendemos testar em que medida mulheres com e sem excesso de peso diferem nas memórias traumáticas de vergonha precoces, na vergonha interna e externa, e na psicopatologia alimentar.

Na Tabela 2, são apresentadas para cada grupo as médias e os desvios padrão para as variáveis em estudo, assim como os valores de t e de p , utilizando para tal o Teste t -Student para amostras independentes.

Verificou-se que ambos os grupos apresentam médias semelhantes nas características das memórias traumáticas de vergonha: mulheres com excesso de peso ($M = 3.31$, $DP = 4.49$;) e mulheres sem excesso de peso ($M = 3.36$, $DP = 2.53$, [$t_{(155)} = .12$, $p = .906$].

Relativamente à vergonha externa, verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos: mulheres com excesso de peso ($M = 23.90$, $DP = 12.50$) e sem excesso de peso ($M = 21.36$, $DP = 10.86$), [$t_{(155)} = -1.35$, $p = .178$]. Contudo, há uma tendência ainda que não estatisticamente significativa para as mulheres com excesso de peso apresentar níveis médios mais elevados de vergonha externa.

Quanto à vergonha interna, verificamos que as mulheres com excesso de peso apresentam valores médios de vergonha interna significativamente mais altos ($M = 37.36$, $DP = 18.88$) em comparação com as mulheres sem excesso de peso ($M = 30.58$, $DP = 16.05$), [$t_{(155)} = -2.42$, $p = .017$].

No que concerne a psicopatologia alimentar, verificámos que o grupo de mulheres

com excesso de peso ($M = 1.48$ $DP = 1.24$) apresenta valores significativamente mais elevados na subescala restrição alimentar comparativamente com mulheres sem excesso de peso ($M = 1.04$, $DP = 1.15$), [$t(155) = -2.33$, $p = .021$].

Sobre a subescala preocupação alimentar, verificámos que o grupo de mulheres com excesso de peso apresenta valores significativamente mais altos ($M = 1.32$, $DP = 1.35$) em comparação com as mulheres sem excesso de peso ($M = .72$, $DP = .99$), [$t(155) = -3.21$, $p = .002$].

Na subescala preocupação com o peso, verificámos que o grupo de mulheres com excesso de peso apresenta valores significativamente mais altos ($M = 2.43$, $DP = 1.39$) em comparação com as mulheres sem excesso de peso ($M = 1.44$, $DP = 1.25$), [$t(155) = -4.63$, $p < .001$].

Também na subescala preocupação com a forma corporal, que o grupo de mulheres com excesso de peso apresenta valores significativamente mais altos ($M = 2.76$ $DP = 1.48$) em comparação com as mulheres sem excesso de peso ($M = 1.26$, $DP = 1.49$), [$t(155) = -4.83$, $p < .001$].

Por fim, relativamente ao total de psicopatologia alimentar, verificamos que o grupo de mulheres com excesso de peso apresenta valores significativamente mais altos ($M = 2.10$, $DP = 1.13$) em comparação com as mulheres sem excesso de peso ($M = 1.26$, $DP = 1.12$), [$t(155) = -4.66$, $p < .001$].

Tabela 1

Médias, desvios-padrão e teste t-Student para amostras independentes para as variáveis em estudo no grupo de mulheres com e sem excesso de peso.

	IMC ≥ 25 (N=80)		IMC < 25 (N=77)		$t_{(155)}$	p
	M	DP	M	DP		
IES-R	3.31	4.49	3.36	2.53	.12	.906
OAS	23.90	12.50	21.36	10.86	-1.35	.178
ISS	37.36	18.88	30.58	16.05	-2.42	.017
EDE-Q restrição	1.48	1.24	1.04	1.15	-2.33	.021
EDE-Q preocupação alimentar	1.32	1.35	.72	.99	-3.21	.002
EDE-Q preocupação peso	2.43	1.39	1.44	1.25	-4.63	<.001
EDE-Q preocupação forma	2.76	1.48	1.61	1.49	-4.83	<.001
EDE-Q Total	2.10	1.13	1.26	1.12	-4.66	<.001

Legenda: IESR - Escala Impacto do Acontecimento – Revista; OAS – Escala da Vergonha Externa; ISS - Escala de Vergonha Interna; EDE-Q-Questionário de alimentação

Estudo da relação entre memórias traumáticas de vergonha na infância e adolescência, vergonha externa, vergonha interna e psicopatologia alimentar nas mulheres com e sem excesso de peso.

As correlações de *Pearson* (Tabela 3) permitiram verificar que as memórias traumáticas de vergonha estão relacionadas de forma significativa com a vergonha externa, com uma magnitude de correlação moderada no grupo de mulheres com excesso de peso ($r = .43, p < .001$), e correlação forte no grupo sem excesso de peso ($r = .50, p < .001$).

De igual modo, a correlação entre as memórias traumáticas de vergonha e a vergonha interna mostrou-se moderada e significativa no grupo mulheres com excesso de peso ($r = .33, p = .003$) e no grupo mulheres sem excesso de peso ($r = .48, p < .001$).

No que concerne à relação entre vergonha externa e vergonha interna, estas estão correlacionadas de forma forte no grupo mulheres com excesso de peso ($r = .82, p < .001$) e no grupo mulheres sem excesso de peso ($r = .77, p < .001$).

Relativamente à psicopatologia alimentar, no grupo de mulheres com excesso de peso as memórias traumáticas de vergonha estão correlacionadas moderada e significativamente com o total da psicopatologia alimentar ($r = .36, p < .001$). No grupo de mulheres sem excesso de peso não se verifica uma associação significativa entre as memórias traumáticas de vergonha e o total de psicopatologia alimentar total ($r = .20, p = .083$).

Sobre a relação entre memórias traumáticas de vergonha e a subescala preocupação alimentar, nas mulheres com excesso de peso existe uma correlação moderada e significativa, ($r = .35, p < .001$) enquanto que no grupo de mulheres sem excesso de peso não foi encontrada uma correlação significativa ($r = .09, p = .464$).

Na análise da relação entre memórias traumáticas de vergonha e a subescala preocupação com o peso, verificou-se tanto no grupo mulheres com excesso de peso como nas sem excesso de peso uma correlação significativa. Nas primeiras a correlação é moderada ($r = .34, p = .002$) e nas segundas a correlação é baixa ($r = .24, p = .036$).

Relativamente à relação entre memórias traumáticas de vergonha e a subescala preocupação com a forma corporal, os resultados mostram no grupo mulheres com excesso de peso uma relação significativa e moderada ($r = .31, p = .005$) e no grupo de mulheres sem excesso de peso uma correlação de baixa magnitude ($r = .25, p = .029$).

No estudo da relação entre vergonha externa e psicopatologia alimentar total nas

mulheres com e sem excesso de peso, verificou-se que em ambos os grupos a vergonha externa está relacionada de forma significativamente e moderada com o total de psicopatologia alimentar ($r=.45, p <.001$) e ($r =.41, p <.001$).

Quanto à relação entre vergonha interna e psicopatologia alimentar total, existe tanto no grupo mulheres com excesso de peso como nas sem excesso de peso, uma correlação significativa. No entanto, o grupo de mulheres com excesso de peso a correlação é forte ($r =.52, p <.001$) e no grupo de mulheres sem excesso de peso a relação é moderada ($r =.41, p <.001$).

Na análise da relação entre vergonha externa e a preocupação alimentar, existe uma correlação significativamente moderada, tanto no grupo de mulheres com excesso e sem excesso de peso ($r =.47, p <.001$) e ($r =.36, p <.010$).

Relativamente à vergonha interna e a preocupação alimentar, existe tanto no grupo de mulheres com excesso de peso como no grupo sem excesso de peso, uma relação significativa. No primeiro grupo a correlação é forte ($r =.56, p <.001$) e no segundo, essa correlação é moderada ($r =.33, p =.003$).

Na relação entre vergonha externa e a preocupação com o peso existe uma correlação significativa moderada no grupo de mulheres com excesso ($r =.44, p <.001$) e sem excesso de peso ($r =.47, p <.001$).

Relativamente à relação entre vergonha interna e a preocupação com o peso, existe uma correlação significativa e de magnitude forte no grupo de mulheres com excesso de peso ($r =.51, p <.001$) e moderada no grupo de mulheres sem excesso de peso ($r =.43, p <.001$).

Na relação entre vergonha externa e a preocupação com a forma corporal, existe uma correlação estatisticamente significativa, moderada tanto nas mulheres com excesso ($r =.41, p <.001$) e sem excesso de peso ($r =.42, p <.001$).

Na relação entre vergonha interna e a preocupação com a forma corporal, foi encontrada também uma correlação significativa e de magnitude forte no grupo de mulheres com excesso de peso ($r =.50, p <.001$) e de magnitude moderada das mulheres sem excesso de peso ($r =.44, p <.001$).

Por fim, ao aplicar a transformação Fisher r para z , verificámos que, de uma forma geral, as diferenças encontradas nos coeficientes de correlação entre os dois grupos não são significativas. Foram contudo, encontradas diferenças significativas entre os dois grupos na correlação entre a vergonha interna e a preocupação alimentar ($z=1.78, p=.038$) e as memórias traumáticas de vergonha e preocupação alimentar ($z=1.69, p=.045$), com a vergonha interna a estar associada de forma significativamente mais forte com a preocupação

alimentar nas mulheres com excesso de peso comparativamente com as mulheres sem excesso de peso.

Tabela 2

Correlações de Pearson entre as variáveis em estudo no grupo de mulheres com e I sem excesso de peso.

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8
1 - IESR Total	-	.43***	.33**	.15	.35***	.34**	.31**	.36***
2 - OAS Total	.50***	-	.82***	.13	.47***	.44***	.41***	.45***
3 - ISS	.48***	.77***	-	.07	.56***	.51***	.50***	.52***
4 - EDE_Q restrição	.05	.15	.20	-	.24*	.19	.25*	.46***
5 - EDE- Q perturbação alimentar	.09	.36**	.33**	.64***	-	.74***	.74***	.85***
6 - EDE_Q preocupação peso	.24*	.47***	.43**	.64***	.75***	-	.89***	.95***
7 - EDE_ Q preocupação forma	.25*	.42***	.44***	.64***	.68***	.91***	-	.95***
8 - EDE-Q total	.20	.41***	.41***	.79***	.83***	.95***	.95***	-

Nota 1. Os valores acima da diagonal correspondem ao grupo IMC ≥ 25 e abaixo da diagonal ao grupo IMC < 25

Nota 2. IES-R, Memórias Traumáticas de Vergonha; OAS, Vergonha Externa; ISS, Vergonha Interna; EDE-Q, Questionário de Alimentação

Nota 3. *** correlações com $p < .001$; ** correlações com $p < .010$; * correlações com $P < .050$

Discussão

Estudos recentes mostram que experiências precoces de vergonha podem constituir-se como memórias traumáticas e autobiográficas e estão associadas a maior vulnerabilidade para sintomas de psicopatologia, entre os quais depressão, ansiedade, paranoia e stresse pós traumático (Matos & Pinto-Gouveia, 2009; Matos, Pinto-Gouveia & Duarte, 2012). Por outro lado, também a obesidade e o excesso de peso têm vindo a ser alvo de diversas investigações acerca da sua relação com sintomas psicopatológicos (Fettes & Williams, 1996; OMS, 2011; Rosa & Gonçalves, 2011), embora a maioria dos estudos se tenha focado particularmente na autoestima, ansiedade, depressão e comportamento alimentar (Bernardi et al., 2005; Brownell & Wadden, 1992; Karlsson, Sjostrom & Sullivan, 1993; Maia & Carneiro, 2012; Silva et al., 2006). Assim o presente estudo procurou explorar as memórias traumáticas de vergonha na infância e na adolescência, a vergonha e a psicopatologia alimentar em mulheres com e sem excesso de peso.

O primeiro objetivo do presente estudo foi explorar em que medida o grupo de mulheres com excesso de peso se distinguia do grupo de mulheres sem excesso de peso nas memórias traumáticas de vergonha, na vergonha atual e na psicopatologia alimentar. De uma forma geral, os resultados obtidos evidenciam que as mulheres com excesso de peso apresentam uma tendência para valores médios mais elevados de vergonha interna e externa, e de psicopatologia alimentar comparativamente ao grupo de mulheres sem excesso de peso. Na comparação entre o grupo de mulheres com e sem excesso de peso relativamente à vergonha atual (interna e externa), de acordo com as nossas hipóteses, os resultados apontam para índices mais elevados de vergonha interna e externa no grupo de mulheres com excesso de peso, ainda que as diferenças entre os dois grupos só sejam significativas para a vergonha interna. Estes dados sugerem que as mulheres com excesso de peso se percebem como mais defeituosas, não atrativas, indesejadas, inferiores ou inadaptadas comparativamente com as mulheres sem excesso de peso.

Do nosso conhecimento, não existem ainda outros estudos que tenham investigado a relação entre o excesso de peso e a vergonha, embora vários autores apontem para uma relação entre o excesso de peso e outras dimensões próximas da vergonha, como sentimentos de inferioridade, isolamento e estigma social (Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002; Cordas & Ascensão, 2006; Crocker, Cornwell, & Major, 1993; Crocker, Major, & Steele, 1998; Tavares, Nunes e Santos, 2010). Por outro lado, apesar das mulheres com excesso de peso apresentarem uma tendência para acreditarem existir na mente dos outros de forma negativa, ou seja, como menos atrativas, inferiores, indesejadas, a diferença na vergonha externa entre os dois grupos não foi estatisticamente significativa. Uma possível explicação para este resultado pode estar relacionada com a pequena dimensão da amostra e o facto dos participantes pertencerem à população geral, não clínica. Estudos futuros poderão replicar o presente estudo com amostras de maior dimensão e incluir população clínica no sentido de testar se estes resultados relativamente à vergonha externa se mantêm.

Os resultados obtidos mostram ainda a existência de diferenças estatisticamente significativas na psicopatologia alimentar em particular na restrição alimentar, preocupação alimentar, preocupação com o peso e preocupação com a forma corporal. Assim, verificamos que as mulheres com excesso de peso tendem a apresentar valores mais elevados de psicopatologia alimentar nuclear, bem como tendem a restringir mais a sua alimentação, a preocupar-se mais com a sua alimentação, com seu peso e com a sua forma corporal. Estes resultados vão ao encontro das nossas hipóteses e da literatura existente. De facto, existem inúmeras investigações que apontam para uma associação entre a obesidade e psicopatologia

alimentar (Bernardi et al., 2005; Burrows e Cooper, 2002; Cordas & Ascensão, 2006; Dobrow et al., 2002; Franko et al. 2005; Hilbert et al., 2002; McElroy et al, 2004), algo que também se observou nos resultados obtidos com a presente investigação, em que o grupo com excesso de peso apresentou valores significativamente mais elevados ao nível da psicopatologia alimentar, não só no índice total, mas em cada uma das subescalas da EDE-Q.

Ao contrário do hipotetizado inicialmente, não foram encontradas diferenças significativas entre as mulheres com e sem excesso de peso nas memórias traumáticas de vergonha, com ambos os grupos a apresentarem valores médios semelhantes. Assim estes dados sugerem que independentemente do seu peso, estas mulheres tendem a recordar experiências precoces de vergonha que revelam características traumáticas, ou seja estão associadas a sintomas de intrusão, evitamento e hiperativação. Estes resultados vão ao encontro de estudos anteriores que têm mostrado de forma consistente que indivíduos da população geral revelam memórias de vergonha da sua infância e adolescência com características traumáticas (Matos Pinto-Gouveia, 2009; Matos, Pinto-Gouveia & Costa, 2011; Matos, Pinto-Gouveia & Duarte, 2012). Contudo, o facto de não termos encontrado diferenças significativas entre os dois grupos pode estar associado ao tamanho de amostra e ao tipo de população estudada, pelo que no futuro, novas investigações poderão explorar estes aspetos tentando ultrapassar estas limitações.

O segundo grande objetivo da presente dissertação foi explorar a relação entre memórias traumáticas de vergonha, vergonha externa e interna e psicopatologia alimentar nas mulheres com e sem excesso de peso. De uma forma geral, os resultados evidenciam que as memórias traumáticas de vergonha na infância e adolescência e a vergonha atual estão relacionadas com a psicopatologia alimentar, sendo que nas mulheres com excesso de peso as magnitudes de correlação são mais fortes.

Assim, na relação entre memórias traumáticas de vergonha e vergonha interna e externa, a análise das correlações mostra que em ambos os grupos as memórias traumáticas de vergonha estão associadas de forma positiva com a vergonha atual, externa e interna, sendo que a relação com a vergonha externa se revelou forte nas mulheres com excesso de peso.

Deste modo, estes dados vão ao encontro da nossa hipótese e sugerem que nas mulheres com e sem excesso de peso, a existência de recordações de experiências de vergonha da infância e da adolescência que funcionam como memórias traumáticas está associada uma perceção aumentada de que os outros as vêem de forma negativa (i.e.,

vergonha externa) e a autoavaliações negativas e sentimentos de serem inferiores, defeituosas, inadequadas, feias, ou fracas (i.e., vergonha interna).

Estes resultados vão também ao encontro de estudos que dizem que as memórias de vergonha traumáticas e centrais estão associadas a mais vergonha atual, externa e interna (Matos & Pinto-Gouveia, 2010; Matos, Pinto-Gouveia, & Martins, 2011). Contudo, este estudo acrescenta a estas investigações novos dados sobre a vergonha e as suas memórias, pois também teve em conta o peso e o índice de massa corporal (IMC) de referência para o que é considerado ou não excesso de peso.

No que concerne à relação entre as memórias traumáticas de vergonha e a psicopatologia alimentar, os resultados indicam que, no grupo de mulheres com excesso de peso, as memórias traumáticas de vergonha estão associadas de forma positiva e moderada com a psicopatologia alimentar nuclear e com a preocupação com a alimentação, a preocupação com o peso e a preocupação com a forma corporal. No grupo de mulheres sem excesso de peso, apenas se verifica uma correlação baixa com a preocupação com o peso e com a forma corporal.

Estes dados sugerem que as mulheres com excesso de peso cujas experiências de vergonha precoces funcionam como memórias traumáticas tendem a apresentar mais sintomas de psicopatologia alimentar, atitudes e comportamentos relacionados com perturbações do comportamento alimentar. Estas mulheres apresentam medo de perder o controlo alimentar e apreensão sobre o que comer, ao nível da preocupação com a alimentação, bem como sentimentos de preocupação com o peso atual e a necessidade de manter ou alcançar determinado peso (preocupação com peso), e ainda sentimentos de insatisfação com a forma corporal e com a exposição do corpo em situações públicas (preocupação com a forma). Já nas mulheres sem excesso de peso, parece que as características traumáticas das memórias de vergonha apenas se relacionam com estas duas últimas dimensões, a preocupação com o peso e com a forma corporal.

Assim, os resultados vão ao encontro da nossa hipótese, sugerindo que nas mulheres com excesso de peso, a existência de recordações de experiências de vergonha da infância e da adolescência que funcionam como memórias traumáticas está associada a valores mais elevados de psicopatologia alimentar, principalmente ao nível da preocupação com a alimentação, com o peso e com a forma corporal. Estes resultados estão em linha com os de estudos anteriores (Matos Pinto-Gouveia, 2010; Matos, Pinto-Gouveia & Costa, 2011; Matos, Pinto-Gouveia & Duarte, 2012) que referem que as experiências de vergonha, ocorridas na infância e adolescência, podem tornar-se memórias traumáticas e estar

associadas a uma maior vulnerabilidade para sintomas psicopatológicos. No entanto, de acordo com diversos autores (Kim, Jorgensen, & Thibodeau, 2011; Matos & Pinto-Gouveia, 2010; Matos, Pinto-Gouveia & Duarte, 2012) os sintomas psicopatológicos que mais se relacionam com memórias traumáticas de vergonha são a ansiedade, depressão e stresse, pelo que os resultados encontrados no presente estudo acrescentam aos anteriores a possibilidade de a psicopatologia alimentar também poder estar relacionada com as memórias traumáticas de vergonha, ainda que de uma forma mais fraca que os sintomas de ansiedade e depressão.

No que respeita à relação entre a vergonha atual e a psicopatologia alimentar, os resultados das correlações mostram que a vergonha externa está associada de forma positiva e moderada com o total da psicopatologia alimentar e com as subescalas de preocupação alimentar, com o peso e com a forma corporal, nas mulheres com e sem excesso de peso. Relativamente à vergonha interna, também se encontraram associações positivas entre estas variáveis em ambos os grupos. No entanto, nas mulheres com excesso de peso, a relação entre a vergonha interna e o total de psicopatologia alimentar e as subescalas de preocupação alimentar, com o peso e com a forma corporal, é de magnitude forte.

Deste modo, os resultados obtidos nos grupos de mulheres com e sem excesso de peso sugerem que a perceção de que os outros as vêem de forma negativa (i.e., vergonha externa) e as autoavaliações negativas e sentimentos de serem inferiores, defeituosas, inadequadas, feias, ou fracas (i.e., vergonha interna), estão associados com índices mais elevados de atitudes e comportamentos relacionados com distúrbios alimentares. Em particular, estão associados com uma preocupação com a alimentação mais elevada, ou seja, mais medo de perder o controlo alimentar e apreensão sobre o que comer; com uma preocupação com o peso aumentada, ou seja com sentimentos de preocupação com o peso atual e necessidade de manter ou alcançar determinado peso; e com maior preocupação com a forma corporal, ou seja, com sentimentos de insatisfação com a forma corporal e com a exposição do corpo em situações públicas.

No estudo da relação entre vergonha atual (interna e externa) e psicopatologia alimentar, as associações positivas encontradas nesta investigação são mais elevadas no grupo com excesso de peso, indo de encontro aos resultados dos autores Burney & Irwin (2000) e Sanftner, Barlow, Marschall, & Tangney, (1995), que indicam que a tendência para a vergonha encontra-se positivamente relacionada com a sintomatologia das perturbações alimentares em mulheres, numa amostra da população geral de com ambos os géneros.

No entanto, apenas a correlação entre a vergonha interna e preocupação alimentar se mostrou significativamente mais alta nas mulheres com excesso de peso, em comparação

com o grupo sem excesso de peso. Estes resultados devem ser mais explorados em futuras investigações que procurem explicar a ligação entre as autoavaliações negativas e sentimentos de serem inferiores, defeituosas, inadequadas, feias, com a preocupação com a alimentação.

Resultados a realçar das memórias traumáticas de vergonha, vergonha interna e externa não estarem correlacionadas com a restrição mas sim com a psicopatologia geral e as de preocupação com a alimentação, o peso e a forma corporal. Assim, estes resultados sugerem que as mulheres com excesso de peso apresentam mais medo de perder o controlo comendo em excesso (e.g. comer em segredo), por se percecionarem como fracas, inferiores, inadequadas, (e.g. vergonha interna), embora mostrem insatisfação com o seu peso atual e necessidade de alcançar determinado peso. Do mesmo modo apresentam mais insatisfação com a forma corporal, mas tendem a apresentar valores mais elevados de perturbação do comportamento alimentar. A angústia do *eu* como não atrativo, ou defeituoso, é um sentimento de vergonha íntimo e poderoso de tal forma, que sugere que as mulheres com excesso de peso recorrem à comida que mais gostam (e.g. doces) como forma de apaziguamento. Refugiam-se comendo às escondidas, para não se sentirem culpabilizadas por serem gordas e sem autocontrolo (e.g. vergonha externa). As relações sociais são tão poderosas para a regulação emocional, segundo Gilbert (2007), que a qualidade dos afetos e os cuidados que recebemos na infância, podem ter um impacto negativo na maturação do cérebro, em especial nos sistemas de regulação emocional, que sendo inapropriada (Gross, 2002) surge como fator crítico não só no desenvolvimento como na manutenção da depressão e perturbações de ansiedade.

Limitações e Conclusões

A presente investigação permite compreender melhor a relação existente entre a psicopatologia alimentar, a vergonha atual e as memórias traumáticas de vergonha, dimensões psicológicas relacionadas com o excesso de peso, até hoje pouco estudadas. Com este estudo evidenciou-se que as memórias traumáticas de vergonha e a vergonha atual estão relacionadas com a psicopatologia alimentar (principalmente com a preocupação alimentar, com o peso e com a forma corporal), com diferenças entre as mulheres com e sem excesso de peso.

Contudo, existem algumas limitações no presente estudo que devem ser consideradas na interpretação dos resultados encontrados. Em primeiro lugar, a amostra é de pequena dimensão e composta pela população geral, pelo que novas investigações deverão ser efetuadas também com a população clínica (e.g., com doentes obesos), uma vez que alguns autores verificaram uma maior incidência de psicopatologia em amostras clínicas, com pessoas que já se encontram em tratamento (Gatineau & Dent, 2011; Puhl & Latner, 2007).

Ao mesmo tempo, é necessário ter em conta que a maior parte dos estudos anteriormente realizados foram feitos com grupos de pessoas com e sem obesidade (OMS, 2000), ainda que possam incluir também grupos de pessoas com e sem excesso de peso, enquanto na presente investigação não foram consideradas as diferenças entre pessoas com e sem obesidade. Em futuras investigações é importante averiguar se os resultados obtidos se verificam também nestes grupos, e quais as diferenças que se observam entre os valores de cada grupo, e nas correlações entre as diferentes variáveis, que poderão atingir valores superiores aos encontrados neste estudo.

Finalmente, é importante ter em conta que a presente investigação diz respeito a um estudo exploratório transversal e que as correlações encontradas não podem ser consideradas em termos de relações de causa-efeito, pelo que em futuros trabalhos é importante que sejam feitos estudos longitudinais, capazes de explicar de forma mais detalhada as relações existentes entre as variáveis em estudo.

Apesar das limitações apresentadas, os resultados obtidos com a presente investigação podem contribuir não só para futuras investigações, mas também para uma melhor compreensão da relação entre a vergonha e suas memórias e o excesso de peso. Desta forma, o presente estudo mostra que existem associações entre memórias traumáticas de vergonha, a vergonha atual e psicopatologia alimentar, que deverão ser consideradas ao nível da intervenção com mulheres com e sem excesso de peso.

Bibliografia

- Apfeldorfer (1995). *Como, logo existo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachment as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Bernardi, F., Cichelero, C., & Vitolo, M. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, 18 (1), 85-93.
- Byrne, R. W. (1995). *The thinking ape*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Burrows, A., & Cooper, M. (2002). Possible risk factors in the development of eating disorders in overweight pre-adolescent girls. *International Journal of Obesity*, 26, 1268-1273.
- Bluck, S., & Li, K. (2001). Predicting memory completeness and accuracy: Emotion and exposure in repeated autobiographical recall. *Applied Cognitive Psychology*, 15, 145-158.
- Bowlby, J. (1969). Attachment: Vol. 1. *Attachment and loss*. London: Hogarth Press.
- Brownell, K., & Wadden, T. A. (1992). Etiology and Treatment of Obesity: Understanding a serious, prevalent and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 505-517.
- Burney J, Irwin HJ (2000). Shame and guilt in women with eating-disorder symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (1), 51-56.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cook, D. R. (2001). *Internalized shame scale: Technical manual*. North Towanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.
- Cordas, T. & Ascencio R. (2006). Tratamento Comportamental da Obesidade. *Brasil.Einstein. Supl 1*, 44-48.
- Crocker, J., Cornwell, B., & Major, B. (1993). The stigma of overweight: Affective consequences of attributional ambiguity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 60-70.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey, *Handbook of social psychology*, 2, 504-553, Boston: McGraw-Hill.

- Direcção Geral da Saúde - DGS (2005). *Ministério da Saúde, Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Circular Normativa nº 3/DGCG/DPCD, de 17/03/05. Lisboa, Portugal.
- Dobrow, I., Kamenetz, C., & Devlin, M. (2002). Aspectos Psiquiátricos da Obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 63- 7.
- Fairburn, C.G., & Beglin, S. J. (1994). The assessment of eating disorders: Interview or self report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). *The Eating Disorder Examination (12th edition)*. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317–360). New York: Guilford Press.
- Felippe, F. & Santos, A. (2004). Novas demandas profissionais: obesidade em foco. *Revista da ADPPUCRS*, 5, 63-70.
- Fettes, P., & Williamns, D. E. (1996). Assessment and Treatment of Morbid Obesity. In J.K. Thompson, *Body Image, Eating Disorders and Obesity*, 441-456. Washington: American Psychological Association.
- Fleming, J., Mullen, P. E., Sibthorpe, B., & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 23, 145-159.
- Folsom, V., Krahn, D., Nairn, K., Gold, L., Demittrack, M. A., & Silk, K. R. (1993). The impact of sexual and physical abuse on eating disordered and psychiatric symptoms: A comparison of eating disordered and psychiatric inpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 13(3), 249-257.
- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. W., & Moreira, R. O. (2005). An empirical comparison of atypical bulimia nervosa and binge eating disorder. *Brazilian Journal of Medicine Biological Research*, 38(11), 1663-1667.
- Franko, D. L. et al. (2005). Does adolescent depression predict obesity in black and white young adult women ? *Psychological Medicine*, 35, 1505-1513.
- Gatineau, M., Dent, M. (2011). *Obesity and Mental Health*. Oxford: National Obesity Observatory.
- Gerhardt, S. (2004). *Why Love Matters: How Affection Shapes a Baby's Brain*. New York, Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- 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. (1998a). *What is shame? Some core issues and controversies*. In P. Gilbert & B. Andrews, *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture*, 3- 38. New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (1998b). Evolutionary psychopathology: Why isn't the mind designed better than this? *British Journal of Medical Psychology*, *71*, 353-374.
- Gilbert, P. (2001). Evolutionary approaches to psychopathology: the role of natural defenses. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *35*, 17-27.
- Gilbert, P. (2002). Body Shame: A Biopsychosocial Conceptualisation and Overview, with Treatment Implications. In P. Gilbert and J. Miles. *Body Shame: Conceptualisation Research and Treatment*. London: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and the differences in shame and guilt. *Social Research*, *70* (4), 1205-1230.
- Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security. In J.L. Tracy, R.W. Robins and J.P. Tangney. *The Self-Conscious Emotions: Theory and Research*, 283-309, New York: Guilford.
- Goss, K., Gilbert, P. & Allan, S. (1994) An exploration of shame measures: I: The 'other as shamer' scale. *Personality and Individual Differences*, *17*, 713-717.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, *39*(3), 281-291.
- Hall, R. C., Tice, L., Beresford, T. P., Wooley, B., & Hall, A. K. (1989). Sexual abuse in patients with anorexia nervosa and bulimia. *Psychosomatics*, *30*(1), 73-79.
- Hilbert A., De Zwaan M., Braehler E. (2002). How Frequent Are Eating Disturbances in the Population? *Norms of the Eating Disorder Examination-Questionnaire*, *7*(1).
- Kaufman, J. (1989). *The Psychology of shame: theory and treatment of shame based syndromes*. (2 ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Karasu, S. R. (2012). Of mind and matter: psychological dimensions in obesity. *American Journal of Psychotherapy*, *66* (2), 111-128.
- Karlsson, J., Sjostrom, L., & Sullivan, M. (1993). Swedish obese subjects (SOS) an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *International Journal of Obesity*, *17*, 503-512.
- Kim, S., Jorgensen, R., & Thibodeau, R. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *137*, 1, 68-96.
- Lewis, M. (1992). *Shame: The Exposed Self*. New York: The Free Press.

- Machado, P. P. (2007). *Questionário de alimentação: EDE-Q5.2*. Centro de Investigação em Psicologia. Braga: Universidade do Minho.
- Maia & Carneiro. (2012). *Obesidade e psicopatologia*. Um estudo de caso, publicado em 29/08/2012 na revista médica em português. Acedido em 20, setembro, 2013 em http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/categories/RevistaMedica-em_Portugues/
- Matos, M. (2012). *Shame memories that shape who we are = Memórias de vergonha que moldam quem somos*. Coimbra: Tese de doutoramento.
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2006). *The shame experiences inter-view*. Manuscrito não publicado.
- Matos, M. & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17 (4), 299-312. doi: 10.1002/cpp.659.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Costa, V. (2011). Understanding the importance of attachment in shame traumatic memory relation to depression: The impact of emotion regulation processes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 149–165. doi: 10.1002/cpp.786.
- Matos, M., Pinto-Gouveia., & Martins, S. (2011). *O Impacto traumático de experiências de Vergonha: Estudo das propriedades Psicométricas da Versão Portuguesa da Impact Of Event Scale-Revised, Psychologica, avaliação psicológica em contexto clínico*, 54, 413-438.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2012). Internalizing early memories of shame and lack of safeness and warmth: The mediating role of shame on depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41 (4), 479-493. doi:10.1017/S1352465812001099.
- McAdams, D.P. (2001). The psychology of life stories. *Review of general Psychology*, 5, 100-122.
- McElroy, S. L., Kotwal, R, Malhotra, S., Nelson, E. B., Keck, P.E., Nemeroff, CB. (2004). Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *Journal Clinical Psychiatry*, 65(5), 634-651.
- Nathanson, D. L. (1996). *Knowing feeling, affect, script and psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation*. Geneva.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global. Relatório da Consultadoria da OMS*. Genebra.

- Pillemer, D. B. (1998). *Momentous events, vivid memories*. Cambridge: Harvard University Press.
- Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma, Obesity and the Health of the Nation's Children. *Psychological Bulletin*, 133(4), 557-580.
- Rosa, M., & Gonçalves, S. (2011). Moderadores e mediadores da relação entre psicopatologia e a obesidade ou sobrepeso na adolescência. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 12 (2), 224-236.
- Riebe, D., Greene, G., & Ruggiero, L. (2002). Evaluation of a Healthy-lifestyle approach to weight management. *American Health Foundation and Elsevier Science*, 45-53.
- Sanftner, J. L., Barlow, D. H., Marschall, D. M., & Tangney, J. P. (1995). The Relation of Shame and Guilt to Eating Disorder Symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14 (4), 315-324.
- Schore, A.N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269.
- Siegel, D.J. (2001): Toward an Interpersonal Neurobiology of the Developing Mind: Attachment, "Mindsight," and Neural Integration. *Journal of Infant Mental Health*, 22, 67-94.
- Silva, M.P., Jorge, Z., Domingues, A., Lacerda Nobre, A., Chambel, P. & Jácome de Castro, J. (2006). Obesidade e Qualidade de Vida. *Acta médica Portuguesa*, 19, 247- 250.
- Schore, A.N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269.
- Stunkard, A. J., & Wadden, T. A. (1992). Psychological aspects of morbid obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55 (2), 524S-532S.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon. (6th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Tangney, J., & Dearing, R. (2002). *Shame and Guilt*. New York: Guilford Press.
- Tangney, J., & Fischer, K. (1995). *Self-Conscious Emotions: the psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. New York: Guilford Press.
- Tavares, T., Nunes, S., Santos, M. (2010). *Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura*. *Revista Médica de Minas Gerais, América do Norte*. Acedido em 29 de setembro, 2013, em <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/rt/captureCite/276/260>
- Walfish, S. (2004). Self-assessed emotional factors contributing to increased weight gain in presurgical bariatric patients. *Obesity Surgery*, 14, 1402-1405.

- Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1997). *The Impact of Event Scale –Revised*. In J. Wilson & T. Keane (Eds), *Assessing psychological trauma and PTSD*, 399-411. New York : Guildford.
- Wooley, S. (1994). Sexual abuse and eating disorders: A concealed debate. In P. Fallon, M.Katzman, & S. Wooley, *Feminist perspectives on eating disorders*,171-211. New York: Guilford.

ANEXOS

Anexo 1: Memórias de vergonha na infância e adolescência

A experiência da emoção de **vergonha** é frequente nos humanos. A vergonha tem a ver com a importância para todos nós de sentir que somos amados, queridos e valorizados pelos outros, pois esta emoção funciona como um sinal interno que os outros nos estão a ver de uma forma negativa e que por isso nos podem rejeitar, desvalorizar ou afastar-se de nós.

Por vergonha entende-se a emoção negativa associada a um sentido de diminuição e desvalorização pessoal. Sentimos vergonha quando, numa situação, nos avaliamos de forma global como, diferentes, inadequados/as, inferiores, desajeitados/as, fracos/as, repugnantes ou maus, mas também quando temos ideia de que os outros nos vêem como inferiores, defeituosos/as, inaptos/as, fracos/as ou repugnantes. Quando sentimos vergonha, temos muitas vezes outros sentimentos em simultâneo, como ansiedade, raiva, repugnância e somos assaltados/as por uma enorme vontade de desaparecer dali, nos escondermos ou fugirmos.

Todas as pessoas podem ter ao longo da sua vida, várias experiências de vergonha com o pai, a mãe, familiares, amigos, colegas, professores ou outras pessoas.

Nos dois questionários seguintes estamos interessados em perceber melhor alguns aspectos das suas **experiências de vergonha**, isto é, de situações em que tenha sentido vergonha na sua infância ou adolescência.

De seguida tente recordar-se de uma situação ou **experiência (marcante)** por que passou em que acha ter sentido **vergonha** com o seu pai, mãe (ou outro significativo que tenha cuidado de si quando era pequeno/a), outros familiares, amigos, colegas, professores ou outras pessoas, durante a sua **infância e/ou adolescência**.

Por favor, responda às questões que se seguem tendo em conta a experiência (ou conjunto de experiências) de vergonha de que se recordou.

Com quem foi a experiência de vergonha de que se recordou? (Assinale com uma x a opção que corresponde à pessoa que o envergonhou na situação)

Pai ____

Mãe ____

Outro significativo ____ Especifique: _____

Familiares ____

Amigos/colegas ____

Professores ____

Outras pessoas ____

Que idade tinha quando a experiência ocorreu? _____ anos.

Anexo 2: IES-R

(Weiss & Marmar, 1997; Matos & Pinto Gouveia, 2006)

Em baixo, encontra-se uma lista de dificuldades que as pessoas por vezes sentem após acontecimentos de vida indutores de stress. Por favor, leia cada item e de seguida indique o grau de perturbação/sofrimento que a dificuldade lhe tem provocado AO LONGO DA SUA VIDA, a partir de 6 meses após o acontecimento. Isto é, em relação à experiência de Vergonha de que se recordou, quanto é que se sentiu perturbado/a ou incomodado/a por estas dificuldades?

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muitíssimo
Qualquer coisa que me lembrasse do acontecimento trazia de volta sentimentos sobre isso.	0	1	2	3	4
Tive dificuldades em permanecer a dormir.	0	1	2	3	4
Outras coisas persistiam em fazer-me pensar naquilo.	0	1	2	3	4
Sentia-me irritável e zangado/a.	0	1	2	3	4
Tentei não ficar perturbado/a quando pensava nisso ou era lembrado/a disso.	0	1	2	3	4
Pensei sobre isso quando não era minha intenção.	0	1	2	3	4
Senti como se aquilo não tivesse acontecido ou não fosse real.	0	1	2	3	4
Evitei estar perto de coisas que me lembrassem disso.	0	1	2	3	4
Imagens do acontecimento vinham-me à cabeça.	0	1	2	3	4
Estava agitado/a e ficava nervoso/a com facilidade.	0	1	2	3	4
Tentei não pensar no acontecimento.	0	1	2	3	4
Tinha consciência que ainda tinha muitos sentimentos sobre isso, mas não lidava com eles.	0	1	2	3	4
Sentia-me como se estivesse anestesiado/a em relação a isso.	0	1	2	3	4
Dei por mim a agir ou sentir como se estivesse de novo naquela situação.	0	1	2	3	4
Tive dificuldades em adormecer.	0	1	2	3	4
Tive ondas de sentimentos intensos em relação ao acontecimento.	0	1	2	3	4
Tentei tirar isso da memória.	0	1	2	3	4
Tive dificuldades em me concentrar.	0	1	2	3	4

Coisas que me lembravam o acontecimento provocavam-me reacções físicas, como transpiração, dificuldades em respirar, enjoos, palpitações.	0	1	2	3	4
Sonhei com isso.	0	1	2	3	4
Senti-me alerta e vigilante.	0	1	2	3	4
Tentei não falar sobre isso.	0	1	2	3	4

Anexo 3: OAS

(Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S., 1994)

Instruções:

Esta escala tem como objetivo perceber o que as pessoas pensam acerca do modo como os outros as vêem. De seguida, é apresentada uma lista de afirmações que descrevem sentimentos ou experiências referentes á forma como sente que os outros o (a) vêem (a visão que os outros têm de si).

Leia atentamente cada uma das afirmações, e assinale com um círculo o número que indica a frequência com que sente ou experiencia o que está descrito na frase.

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre	
0	1	2	3	4	
				0 1 2 3 4	
1. Sinto que as outras pessoas não me vêem como sendo suficientemente bom (boa).	0	1	2	3	4
2. Penso que as pessoas me desprezam.	0	1	2	3	4
3. As outras pessoas “deitam-me” muitas vezes abaixo.	0	1	2	3	4
4. Sinto-me inseguro (a) acerca das opiniões dos outros sobre mim.	0	1	2	3	4
5. As outras pessoas olham-me como se eu não estivesse à altura delas.	0	1	2	3	4
6. As outras pessoas vêem-me como se eu fosse pequeno (a) e insignificante.	0	1	2	3	4
7. As outras pessoas vêem-me como se eu fosse uma pessoa defeituosa.	0	1	2	3	4
8. As pessoas vêem-me como pouco importante em relação aos outros.	0	1	2	3	4
9. As outras pessoas procuram os meus defeitos.	0	1	2	3	4
10. As pessoas vêem-me a lutar pela perfeição, mas acham que não serei capaz de alcançar os meus objectivos.	0	1	2	3	4
11. Acho que os outros são capazes de ver os meus defeitos.	0	1	2	3	4
12. Os outros criticam-me ou punem-me quando eu cometo um erro.	0	1	2	3	4
13. As pessoas afastam-se de mim quando eu cometo erros.	0	1	2	3	4
14. As outras pessoas lembram-se sempre dos meus erros.	0	1	2	3	4
15. Os outros vêem-me como sendo frágil.	0	1	2	3	4
16. Os outros vêem-me como sendo vazio (a) e insatisfeito (a).	0	1	2	3	4
17. Os outros pensam que há qualquer coisa que falta em mim.	0	1	2	3	4
18. As outras pessoas pensam que eu perdi o controlo do meu corpo e dos meus sentimentos.	0	1	2	3	4

Anexo 4: Internalized Shame Scale (ISS)

(Cook, 1994, 2001; Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (*in press*))

Instruções:

Em baixo, encontra-se um conjunto de afirmações que descrevem sentimentos ou experiências que você pode ter de vez em quando ou que lhe são familiares porque tem tido estes sentimentos e experiências desde há muito tempo.

A maioria das afirmações descreve sentimentos e experiências que geralmente são dolorosos ou negativos de alguma forma. Algumas pessoas nunca, ou quase nunca, tiveram muitos destes sentimentos. Toda a gente já teve, em algum momento, alguns destes sentimentos, contudo, se considerar que estas afirmações descrevem a forma como se sente grande parte do tempo apenas lê-las pode ser difícil. Tente responder com honestidade.

Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação e faça em círculo em torno do número à esquerda do item que melhor indica a frequência com que sente o que está descrito na frase. Use a escala que se apresenta de seguida. NÃO OMITA NENHUM ITEM.

Escala

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	As vezes	Muitas vezes	Quase sempre

0	1	2	3	4	
0	1	2	3	4	1. Sinto que nunca sou suficientemente bom.
0	1	2	3	4	2. Sinto um pouco á parte
0	1	2	3	4	3. Penso que as pessoas me olham com superioridade.
0	1	2	3	4	4. Geralmente costumo sentir que sou bem sucedido.
0	1	2	3	4	5. Critico-me e desvalorizo-me a mim mesmo.
0	1	2	3	4	6. Sinto-me inseguro em relação à opinião dos outros sobre mim.
0	1	2	3	4	7. Em comparação com outras pessoas sinto que, de alguma forma, nunca estou à altura.
0	1	2	3	4	8. Vejo-me como sendo pequenino e insignificante.
0	1	2	3	4	9. Sinto que tenho muito de que me orgulhar.
0	1	2	3	4	10. Sinto-me muito inadequado e cheio de dúvidas sobre mim mesmo.
0	1	2	3	4	11. Sinto-me como se tivesse algum defeito enquanto pessoa, como se alguma coisa estivesse errada em mim.
0	1	2	3	4	12. Quando me comparo com os outros acho que não sou tão importante quanto eles.
0	1	2	3	4	13. Tenho um medo terrível que os outros notem os meus erros
0	1	2	3	4	14. Acho que tenho várias qualidades.
0	1	2	3	4	15. Vejo-me a lutar por ser perfeito mas a ficar sempre aquém do que é esperado.

0	1	2	3	4	16.	Penso que os outros conseguem ver os meus defeitos.
0	1	2	3	4	17.	Quando cometo um erro sinto vontade de bater em mim mesmo.
0	1	2	3	4	18.	De uma forma global, estou satisfeito comigo.
0	1	2	3	4	19.	Eu gostava de desaparecer quando cometo um erro/quando falho.
0	1	2	3	4	20.	Eu revejo na minha cabeça vezes sem conta acontecimentos dolorosos até ficar esgotado.
0	1	2	3	4	21.	Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos ao mesmo nível que os outros.
0	1	2	3	4	22.	Há alturas em que sinto como se fosse quebrar-me em mil pedaços.
0	1	2	3	4	23.	Sinto-me como se tivesse perdido o controlo sobre o meu corpo e as minhas emoções.
0	1	2	3	4	24.	Às vezes sinto-me tão pequeno como um rato.
0	1	2	3	4	25.	Há alturas em que me sinto tão exposto que só queria que se abrisse um buraco no chão e desaparecer nele..
0	1	2	3	4	26.	Tenho um vazio doloroso dentro de mim que ainda não consegui preencher.
0	1	2	3	4	27.	Sinto-me vazio e incompleto.
0	1	2	3	4	28.	Tenho uma atitude positiva para comigo mesmo.
0	1	2	3	4	29.	A minha solidão é mais como uma espécie de vazio.
0	1	2	3	4	30.	Sinto-me como se faltasse alguma coisa.

Anexo 5: Questionário de Alimentação

QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO

Instruções

As questões que se seguem dizem respeito APENAS ÀS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (28 dias).

Por favor leia cada questão cuidadosamente e faça um círculo à volta do número apropriado à direita.

Por favor responda a todas as questões.

QUANTOS DIAS NOS ÚLTIMOS 28 DIAS	Nenhum	1-5 dias	6-12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	Todos os dias
1. Tentou limitar propositadamente a quantidade de comida que ingeriu para influenciar o seu peso e forma corporal?	0	1	2	3	4	5	6
2. Passou longos períodos de tempo (8 horas ou mais) sem comer nada para influenciar o seu peso e forma corporal?	0	1	2	3	4	5	6
3. Tentou evitar comer alimentos de que gosta para influenciar o seu peso e forma corporal?	0	1	2	3	4	5	6
4. Tentou seguir regras rígidas relativamente à sua alimentação para influenciar o seu peso e forma corporal; por exemplo, um limite de calorias, uma certa quantidade de comida, ou regras acerca do que devia comer ou quando devia comer?	0	1	2	3	4	5	6
5. Quis que o seu estômago estivesse vazio?	0	1	2	3	4	5	6

6. Pensar sobre comida ou quantidade de calorias tornou mais difícil concentrar-se em coisas em que estava interessada; por exemplo, ler, ver televisão, ou seguir uma conversa?	0	1	2	3	4	5	6
7. Teve medo de perder o controlo sobre o que comia?	0	1	2	3	4	5	6
8. Teve episódios de ingestão alimentar compulsiva (ou seja, comer grandes quantidades de comida, num curto período de tempo, com a sensação de falta de controlo)?	0	1	2	3	4	5	6
9. Comeu às escondidas (não contar os episódios de ingestão alimentar compulsiva)?	0	1	2	3	4	5	6
10. Teve um desejo claro de ter um estômago liso?	0	1	2	3	4	5	6
11. Pensar sobre o peso ou forma corporal tornou mais difícil concentrar-se em coisas em que estava interessada; por exemplo, ler, ver televisão, ou seguir uma conversa?	0	1	2	3	4	5	6
12. Teve um medo claro de ganhar peso ou ficar gorda?	0	1	2	3	4	5	6
13. Sentiu-se gorda?	0	1	2	3	4	5	6
14. Teve um grande desejo de perder peso?	0	1	2	3	4	5	6
NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (28 DIAS)							

<p>15. Quantas vezes a seguir a comer se sentiu culpada por causa do efeito que isso teria no seu peso ou forma corporal? (não conte os episódios de ingestão alimentar compulsiva) (faça um círculo no número que se aplica)</p>	<p>0 - Nenhuma vez 1 - Algumas vezes 2 - Menos de metade das vezes 3 - Metade das vezes 4 - Mais de metade das vezes 5 - A maioria das vezes 6 - Sempre</p>
<p>16. Nas últimas quatro semanas (28 dias), houve alturas em que sentiu que comeu o que outras pessoas considerariam uma quantidade excessivamente grande de comida dadas as circunstâncias? (Por favor coloque uma X na opção que lhe pareça mais correcta)</p>	<p>0 - Não [] 1 - Sim []</p>
<p>17. Quantos episódios deste tipo teve nas últimas quatro semanas?</p>	<p>[] [] []</p>
<p>18. Durante quantos destes episódios de ingestão alimentar exagerada sentiu que perdeu o controlo sobre o que estava a comer?</p>	<p>[] [] []</p>
<p>19. Teve outros episódios em que sentiu que perdeu o controlo e comeu demais, mas não comeu uma quantidade de comida excessivamente grande dadas as circunstâncias?</p>	<p>0 - Não [] 1 - Sim []</p>
<p>20. Quantos episódios deste tipo teve nas últimas quatro semanas?</p>	<p>[] [] []</p>
<p>21. Nas últimas quatro semanas provocou o vômito/enjoo como um meio de controlar o seu peso e a forma corporal?</p>	<p>0 - Não [] 1 - Sim []</p>

22. Quantas vezes provocou o vômito nas últimas quatro semanas?	[] [] []
23. Tomou laxantes como um meio de controlar o seu peso e forma corporal?	0 - Não [] 1 - Sim []
24. Quantas vezes tomou laxantes nas últimas quatro semanas?	[] [] []
25. Tomou diuréticos como um meio de controlar o seu peso e forma corporal?	0 - Não [] 1 - Sim []
26. Quantas vezes tomou diuréticos nas últimas quatro semanas?	[] [] []
27. Fez exercício físico excessivo como um meio de controlar o seu peso e forma corporal?	0 - Não [] 1 - Sim []
28. Quantas vezes fez exercício excessivo nas últimas quatro semanas?	[] [] []
<p>NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (28 DIAS) (Por favor faça um círculo à volta do número que descreve melhor o seu comportamento)</p>	
	<p>NADA</p> <p>LIGEIRAMENTE</p> <p>MODERADAMENTE</p> <p>EXTREMAMENTE</p>
29. O seu peso influenciou o modo como pensa sobre si/ se julga a si própria?	<p>0 1 2 3 4 5 6</p>
30. A sua forma corporal influenciou o modo como pensa sobre si / se julga a si própria?	<p>0 1 2 3 4 5 6</p>

31. Até que ponto ficaria aborrecida se tivesse que se pesar uma vez por semana durante as próximas quatro semanas?	0	1	2	3	4	5	6
32. Até que ponto se sentiu insatisfeita com o seu peso?	0	1	2	3	4	5	6
33. Até que ponto se sentiu insatisfeita com a sua forma corporal?	0	1	2	3	4	5	6
34. Até que ponto esteve preocupada com o facto de as outras pessoas a verem comer?	0	1	2	3	4	5	6
35. Até que ponto se sentiu desconfortável ao ver o seu corpo; por exemplo ao espelho, no reflexo de uma montra, enquanto se despia ou enquanto tomava banho?	0	1	2	3	4	5	6
36. Até que ponto se sentiu desconfortável acerca de os outros verem o seu corpo; por exemplo, em balneários, enquanto nadavam ou quando usa roupas justas?	0	1	2	3	4	5	6

EDE-Q (Fairburn, 2001) (Machado, P.P., 2007)

Versão autorizada para investigação (Universidade do Minho). Todos os direitos reservados. Não pode ser distribuído ou utilizado sem autorização.
 pmachado@iep.uminho.pt