

Marta Mangerico: mentalidade de ranking e ingestão alimentar compulsiva: diferenças de género na vivência e impacto da vergonha na ingestão alimentar compulsiva na população geral adulta



MARTA VIEGAS BALUGAS MANGERICO

Mentalidade de ranking e ingestão alimentar compulsiva: diferenças de género na vivência e impacto da vergonha na ingestão alimentar compulsiva na população geral adulta

Orientador Académico: Prof. Doutor Sérgio Andrade Carvalho

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa
2023**

MARTA VIEGAS BALUGAS MANGERICO

Mentalidade de ranking e ingestão alimentar compulsiva: diferenças de género na vivência e impacto da vergonha na ingestão alimentar compulsiva na população geral adulta

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde no Curso de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 20 de abril de 2023, perante o júri, nomeado pelo seguinte Despacho de Nomeação Nº 373/2022, de 7 de novembro de 2022, com a seguinte composição:

Presidente: Prof^a. Doutora Patrícia Pascoal

Arguente: Prof^a. Doutora Isabel Santos

Orientador: Prof. Doutor Sérgio Carvalho

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

Lisboa

2023

Agradecimentos

Foram cinco anos de muito trabalho, esforço, dedicação e quero manifestar o meu agradecimento a todas as pessoas que me acompanharam, acreditaram em mim e me deram o apoio fundamental ao longo deste percurso.

Em primeiro lugar aos meus pais e à minha irmã por terem sido um apoio imprescindível, independentemente dos obstáculos. Sem vocês, não teria chegado onde cheguei.

Agradeço profundamente ao professor Sérgio Carvalho, pela orientação, disponibilidade, apoio, incentivo incessante. Por todos os conhecimentos transmitidos, opiniões, críticas, profissionalismo, aprendizagens ao longo deste percurso.

Agradeço a todos os colegas que me ajudaram na partilha dos dados, bem como todas as pessoas que colaboraram no preenchimento dos questionários.

Aos amigos, por todos os bons momentos, amizade, partilha, convívio, por me incentivarem a nunca desistir, pelo encorajamento mútuo que partilhamos ao longo destes anos.

Aos professores da Universidade Lusófona que ao longo destes anos me ajudaram a progredir tanto a nível pessoal, bem como profissional.

Resumo

Introdução: A Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva é reconhecida como uma perturbação grave que afeta as pessoas a nível físico e mental. Relativamente a Portugal, há poucos estudos epidemiológicos que nos permitam concluir a percentagem da população adulta com comportamentos de ingestão alimentar compulsiva. Um dos processos psicológicas que parece ser central para a compreensão da ingestão alimentar compulsiva é a (des)regulação emocional, sendo a vergonha uma emoção negativa essencial para a compreensão da mesma.

Esta investigação pretende explorar a existência de diferenças de género na experiência e severidade da ingestão alimentar compulsiva, assim como na experiência de vergonha. Pretendemos, ainda, comparar a magnitude de associação da ingestão alimentar compulsiva e vergonha entre homens e mulheres.

Metodologia: A amostra é composta por 170 participantes da população geral portuguesa, sendo os critérios de inclusão: idade 18-65 anos, língua materna portuguesa e nacionalidade portuguesa, acesso à internet e disponibilidade para participar, utilizando-se questionários de autorresposta: Escala de Ingestão Alimentar Compulsiva (BES) e a Escala de Vergonha Externa (OAS).

Resultados: Os resultados obtidos indicaram a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre o género na severidade de comportamentos alimentares compulsivos. Relativamente ao género e aos níveis de vergonha, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Contudo, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos níveis de vergonha entre as mulheres com versus sem binge eating. Verificou-se ainda uma associação estatisticamente significativamente entre os níveis de vergonha e comportamentos alimentares compulsivos nos homens e nas mulheres.

Conclusão: Tendo em conta as limitações do presente estudo, torna-se imprescindível que do ponto de vista das implicações para a prática clínica, haver mais estudos e conhecimento acerca do papel do género na severidade de comportamentos alimentares compulsivos. E estudar os processos que contribuem para o aparecimento e desenvolvimento dos comportamentos de ingestão alimentar compulsiva com a finalidade de haver uma melhor prevenção, intervenção tanto em amostras clínicas bem como da população geral.

Palavras- Chave: Desregulação Emocional; Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva; Vergonha;

Abstract

Introduction: Compulsive Eating Disorder is recognized as a serious disorder that affects people physically and mentally. Regarding Portugal, there are few epidemiological studies that allow concluding the percentage of the adult population with compulsive food intake behaviors. One of the psychological processes that seems to be central to the understanding of binge eating is emotional (de)regulation, with shame being an essential negative emotion for its understanding.

This investigation aims to explore the existence of gender differences in the experience and severity of binge eating, as well as in the experience of shame. We also intend to compare the magnitude of the association between binge eating and shame between men and women.

Methodology: The sample is composed of 170 participants from the general Portuguese population, and the inclusion criteria are: age 18 65 years, Portuguese mother tongue and Portuguese nationality, internet access and availability to participate, using self-response questionnaires: Intake Scale Compulsive Eating (BES) and the External Shame Scale (OAS).

Results: The results obtained indicate that there are no significant differences between genders in the severity of compulsive eating behaviors. Regarding gender and shame levels, there were also no statistically significant differences. However, there were statistically significant differences in shame levels between women with and without binge eating. There was also a statistically significant association between shame levels and compulsive eating behaviors in men and women.

Conclusion: Considering the limitations of the present study, it is essential that, from the point of view of the implications for clinical practice, there are more studies and knowledge about the role of gender in the severity of compulsive eating behaviors. Study the processes that contribute to the development of binge eating habits in order to have a better prevention, intervention both in clinical practices and in the general population.

Keywords: Emotional Dysregulation; Compulsive Eating Disorder; Shame.

Nota Introdutória

Esta investigação pretende explorar a existência de diferenças de género na experiência e severidade da ingestão alimentar compulsiva, assim como na experiência de vergonha. Pretendemos, ainda, comparar a magnitude de associação da ingestão alimentar compulsiva e vergonha entre homens e mulheres. A amostra é constituída por 170 participantes da população geral, sendo os critérios de inclusão: idade 18-65 anos, língua materna portuguesa e nacionalidade portuguesa, acesso à internet e disponibilidade para participar, utilizando-se questionários de autorresposta: Escala de Ingestão Alimentar Compulsiva (BES; Gormally et al., 1982; validado para a população portuguesa Duarte et al., 2015) e a Escala de Vergonha Externa (OAS- Other-as-Schamet Scale criada por Goss et al., 1994; validado para a população portuguesa Lopes et al., 2005). Espera-se que “As mulheres, comparativamente aos homens, apresentem uma maior severidade de comportamentos alimentares compulsivos. Para além disso, hipotetizamos que as mulheres, comparativamente aos homens, apresentam níveis mais elevados de vergonha. Por fim, hipotetizamos que a associação entre vergonha e comportamentos alimentares compulsivos é mais elevada nas mulheres.

Os resultados obtidos no presente estudo parecem indicar que não existem diferenças estatisticamente significativas do género na severidade de comportamentos alimentares compulsivos. Os resultados sugerem ainda, que as mulheres e os homens não diferem nos níveis de vergonha. Por fim, verificou-se a associação entre vergonha e comportamentos alimentares compulsivos ser mais elevada nas mulheres.

De acordo com os resultados é possível hipotetizar implicações para a prática clínica, ainda que considerando as limitações do presente estudo. Particularmente, acerca do papel do género na severidade de comportamentos alimentares compulsivos (Kessler et al., 2013; Melo et al., 2020). E nos processos que contribuem para o desenvolvimento dos comportamentos alimentares compulsivos (Duarte et al., 2014; Melo et al., 2020; O’Loghlen et al., 2021).

Abreviaturas, Siglas e Símbolos

BES - Escala de Ingestão Alimentar Compulsiva

OAS- Escala de Vergonha Externa

PIAC- Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva

Índice Geral

Enquadramento Teórico	9
Objetivos e Hipóteses	14
Metodologia.....	15
2.1 Participantes	15
2.2 Procedimento	17
2.3 Instrumentos/ Medidas	17
2.3.1 Escala de Ingestão Alimentar Compulsiva (BES; Gormally et al., 1982; validado para a população portuguesa Duarte et al., 2015).....	17
2.3.2 A escala de Vergonha Externa (OAS- Other-as-Schamet Scale criada por Goss et al., 1994; validado para a população portuguesa Lopes et al., 2005).....	18
2.4 Estratégia Analítica.....	18
Resultados.....	20
3.1 Análise Preliminar	20
3.2 Diferenças de género na ingestão alimentar compulsiva e na experiência de vergonha	21
3.3 Associação das variáveis em estudo.....	21
Discussão	23
Conclusão	26

Enquadramento Teórico

A Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC), de acordo com o DSM-5, é caracterizada pela ingestão de grandes quantidades de comida (i.e., uma quantidade de alimentos superior à que a maior parte dos indivíduos ingeria no mesmo espaço de tempo), durante um curto espaço de tempo (< 2h), associado a uma falta de controlo face à mesma (Critério A). Adicionalmente, os episódios de compulsão alimentar devem ter três ou mais das seguintes características: comer demasiado depressa face ao normal, comer muito ao ponto de não se sentir bem consigo mesmo, a ausência marcada de fome, mas mesmo assim ingerir um número significativo de comida, comer isolado devido à vergonha que sente, e sentir-se triste e culpado depois disso (Critério B). Associado a esta perturbação está também um mal-estar clinicamente significativo referente à compulsão alimentar (critério C) e este tipo de episódios acontece pelo menos uma vez por semana ao longo de três meses (critério D). Por fim, os comportamentos de ingestão alimentar compulsiva não são acompanhados por comportamentos compensatórios (e.g., vómito induzido; exercício físico) (APA, 2014). Estudos sugerem que esta perturbação alimentar afeta entre 0.2 a 4.7% da população geral (Kessler et al., 2013).

Contudo, estudos sugerem que comportamentos de ingestão alimentar compulsiva, mesmo que não codificáveis para uma perturbação alimentar diagnosticável (e.g., PIAC), encontram-se na população geral, nomeadamente nas mulheres jovens universitárias, tendo alguns estudos encontrado uma frequência de 14-17% (Cain et al., 2010), e outros até 40% nesta população (Saules et al., 2009).

No que diz respeito a Portugal, ainda que não haja estudos epidemiológicos que nos permitam concluir a percentagem da população adulta com comportamentos de ingestão alimentar compulsiva, alguns estudos têm sido realizados na população portuguesa adulta. Por exemplo, um estudo encontrou que 5.5 % de uma amostra da população geral apresentava ingestão alimentar compulsiva leve a moderada, e 1.8% ingestão alimentar compulsiva severa (Duarte et al., 2015).

A literatura sugere que as pessoas com comportamentos de ingestão alimentar compulsiva apresentam problemas de saúde associados, nomeadamente, uma maior probabilidade de desenvolverem excesso de peso ou obesidade, e consequentemente, problemas médicos, como diabetes, hipertensão, entre outros (Herpertz et al., 2000). Efetivamente, os estudos empíricos têm sugerido que aproximadamente metade das pessoas com ingestão alimentar compulsiva têm obesidade (e.g., Darby et al., 2007; Duarte et al., 2016; Hudson, et al., 2007; Striegel-Moore & Franko, 2003). Para além disso, a ingestão alimentar compulsiva

está associada a níveis mais elevados de depressão, ansiedade, e um maior risco de desenvolver outras perturbações alimentares (Agras, 2001).

Contudo, é necessário compreender com maior rigor quais os fatores cognitivos e emocionais que contribuem para a etiologia da ingestão alimentar compulsiva. Um dos processos psicológicas que parece ser central para a compreensão da ingestão alimentar compulsiva é a (des)regulação emocional (Racine & Horvath, 2018). De acordo com a literatura, os sujeitos adotam comportamentos de ingestão alimentar compulsiva como forma de regular os seus estados emocionais negativos (Evers et al., 2010; Zeeck et al., 2011). De facto, os estudos empíricos sugerem que as pessoas com comportamentos de ingestão alimentar compulsiva têm uma maior dificuldade em regular as suas emoções e um menor repertório de estratégias de regulação emocional adaptativa (Gianini et al., 2013; Racine & Horvath, 2018), nomeadamente de regulação da tristeza, raiva, frustração e depressão (Arnou et al., 1992). Num estudo realizado por Arnou et al. (1992), verificou-se que 95% das emoções presentes, nomeadamente raiva/ frustração, ansiedade e tristeza/ depressão antecederam os comportamentos compulsivos. Demonstrou-se ainda que a raiva e a frustração (associadas a culpa, irritação e frustração) ocorrem antes do desejo de comer compulsivamente com mais regularidade comparativamente à tristeza e depressão.

Para além destas emoções, a literatura sugere que durante episódios de ingestão alimentar compulsiva as pessoas experienciam sentimentos de vergonha que podem culminar em sentimentos de culpa e tristeza (Lacroix et al., 2019). Efetivamente, a experiência de vergonha é reconhecida como parte inerente do próprio diagnóstico da ingestão alimentar compulsiva (APA, 2014). De facto, ainda que a ingestão alimentar compulsiva pretende regular a experiência emocional negativa (e.g., a vergonha), paradoxalmente, ainda que os episódios reduzam momentaneamente a curto-prazo o afeto negativo, essa experiência emocional ressurgue após o episódio. Efetivamente, a vergonha parece ser uma emoção central na compreensão da ingestão alimentar compulsiva (O'loghlen et al., 2021).

A vergonha é considerada uma emoção universal, social e dolorosa, e caracteriza-se por uma autoperceção do eu como inferior, sem valor, imperfeito, feio, burro, sem atratividade social, à qual se associa vários comportamentos defensivos, nomeadamente o desejo de fugir ou evitar as situações desencadeadoras de vergonha (Gilbert, 1997). A literatura sugere a existência de dois tipos de vergonha que, ainda que relacionados, são conceptualmente distintos: vergonha interna e vergonha externa. A vergonha interna consiste na autoperceção negativa que o eu tem de si próprio, como sendo inferior, com falhas (Goss et al., 1994). A

vergonha externa diz respeito a uma autoperceção negativa do eu de como somos vistos na mente dos outros (Duarte et al., 2015). De acordo com a literatura, existe uma associação positiva e forte entre a vergonha externa e comportamentos de ingestão alimentar compulsiva (Duarte et al., 2017; O' loghlen et al., 2021). Num estudo realizado com 73 mulheres portuguesas, os resultados demonstraram haver uma associação forte e positiva entre a severidade da compulsão alimentar e a vergonha externa. Dito de outra forma, este estudo sugere que a perceção de que o eu é visto negativamente pelos outros prediz diretamente maiores níveis de compulsão alimentar (Duarte et al., 2017).

O carácter universal da vergonha prende-se com o seu substrato evolutivo, nomeadamente para a sobrevivência de uma espécie social como os seres humanos (Gilbert, 1997). Para os indivíduos é importante demonstrar as características mais positivas, criando nas outras pessoas emoções positivas (Gilbert & Irons, 2009), e consequentemente serem aceites e escolhidos para o estabelecimento de alianças e relações de cooperação. Segundo a teoria das mentalidades sociais, o ser humano desde muito cedo está predisposto a ter a capacidade de estabelecer e formar relações com os outros, ter uma posição importante a ocupar na sociedade, e competir como forma de aumentar a probabilidade de ser escolhido pelos outros para desempenhar determinadas tarefas/papéis na sociedade (e.g., ser aliado, líder). Esses papéis resultam em diferentes posições no ranking social, com alguns indivíduos a ocupar um ranking superior (i.e., dominante), e outros a ocupar um ranking inferior (i.e., submissão). Estes comportamentos de submissão desempenham um papel importante na vergonha, no sentido em que indivíduos adotam estes comportamentos de forma defensiva, ou seja, como forma de diminuir os ataques/ rejeição daqueles que ocupam uma posição superior no ranking. Alguns comportamentos submissos característicos da vergonha são o desviar o olhar, curvar o corpo, cabeça para baixo (Gilbert, 2019).

A vergonha emerge, então, da evolução das nossas competências complexas de autoconsciência, e consequentemente da consciência de como “existimos na mente dos outros”, para que possamos fazer predições sobre o que os outros pensam e sentem sobre nós (Gilbert, 2007). Neste sentido, a vergonha surge como forma de sinalizar ao indivíduo que ele ocupa, no presente, uma posição inferior no *ranking* social (Gilbert, 2007).

Ainda que a vergonha seja uma emoção universal, alguns indivíduos têm uma maior propensão para experienciar vergonha. Esta vulnerabilidade para o desenvolvimento de sentimentos de vergonha está relacionada, entre outros fatores, com as experiências precoces com os prestadores de cuidados (Gilbert, 2003). Conforme a literatura sugere, a qualidade das

relações com os prestadores de cuidados é fundamental no desenvolvimento de sentimentos de segurança. Relações interpessoais precoces caracterizadas por calor e afeto (e.g., disponibilidade, carinho, proteção, segurança) têm um efeito positivo na regulação fisiológica e emocional, transmitindo ao bebé sentimentos de segurança (Bowlby, 1969 citado por Gilbert & Irons 2009). Por outro lado, quando as relações precoces com os prestadores de cuidados são caracterizadas por criticismo, invalidação, rejeição, indiferença, os indivíduos podem desenvolver padrões de autocrítico (Castilho et al., 2014; Thompson & Zuroff, 2004) associados a uma experiência frequente de vergonha central para a sua identidade (Pinto-Gouveia et al., 2013). Uma amostra da população geral portuguesa, composta por 67 homens e 126 mulheres demonstrou que os indivíduos com experiências de criticismo, indiferença, submissão, ameaça na infância adotam estilos de autocrítico, nomeadamente sentimentos de incapacidade em adultos. (Castilho et al., 2014). Um estudo realizado em Portugal, composto por 329 mulheres da população geral e estudantes universitários demonstrou que a compulsão alimentar está correlacionada significativamente e positivamente com a vergonha da imagem corporal. Demonstrou-se também que a compulsão alimentar está associada significativamente com o autocrítico. Neste estudo o objetivo era compreender a associação entre vergonha corporal e compulsão alimentar, mediada pelo autocrítico e concluiu-se que a vergonha da imagem corporal tem um efeito direto na compulsão alimentar, que por sua vez, é mediado pelos sentimentos de autocrítica (Duarte, et al., 2014).

Relativamente ao género e à vergonha externa e interna, numa amostra da população geral, 144 homens e 643 mulheres, com idades entre os 18 e 40 anos, demonstrou-se que as mulheres apresentaram níveis mais elevados de vergonha externa e interna relativamente à imagem corporal e compulsão alimentar (Melo et al., 2020).

Em conformidade com alguns estudos empíricos, e no que diz respeito ao género, as mulheres parecem apresentar níveis mais elevados de ingestão alimentar compulsiva comparativamente aos homens. Um estudo composto por 295 indivíduos, 205 mulheres, 90 homens, propôs que as mulheres diferiam significativamente dos homens na compulsão alimentar subjetiva e objetiva, embora os géneros na amostra não foram numericamente equivalente, logo podendo os resultados ter sido enviesados por esta limitação metodológica (Opwis et al., 2017). Outro estudo constituído por 5.137 indivíduos (2.762 mulheres e 2.375 homens) sugeriu que as mulheres apresentam um número mais elevado relativamente a algumas características do comportamento alimentar compulsivo, nomeadamente a maior diferença foi na experiência de culpa associada ao episódio (e.g., “Eu sinto-me extremamente culpado depois

de comer demais”), havendo significativamente mais mulheres (39.9%) do que em homens (8.3%) a experienciar culpa associada à ingestão alimentar compulsiva, entre outras características, (“Eu como quando estou chateado”) as mulheres (35.4%) e os homens (9.9%); (“Eu como ou bebo em segredo”) sendo que as mulheres 7.4 % e os homens 2.5% (Mustelin et al., 2017), pelo que é fundamental continuar a explorar diferenças de género na experiência emocional subjacente à ingestão alimentar compulsiva. Especificamente, o papel do género na experiência e contributo da vergonha é potencialmente distinta entre os géneros. Estudos empíricos sugerem que as mulheres apresentam maiores níveis de vergonha comparativamente aos homens, ainda que com resultados inconsistentes e apresentando um tamanho do efeito pequeno (Else-Quest et al., 2012; Ferreira et al., 2020; Melo et al., 2020). Constatou-se que havia diferenças pequenas de género na vergonha, no qual as mulheres experienciavam sentimentos de culpa e vergonha ($d=0.29$). Associado à vergonha e culpa, as mulheres apresentavam maiores níveis de vergonha relativamente ao corpo ($d=0.50$) sexo, e alimentação (Else-Quest et al., 2012).

Porém, outro estudo demonstrou que não existem diferenças estatisticamente significativas do género na vergonha, sendo que as mulheres apresentaram uma média de 46 % e os homens 41.3 %. No caso do papel do género na experiência e contributo da vergonha na ingestão alimentar compulsiva, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, embora a vergonha nas mulheres foi associada à vergonha relacionada com o seu peso ($p<0.05$) enquanto os homens a vergonha encontra-se associada à insatisfação corporal ($p<0.05$) (Jambekar et al., 2003).

Neste sentido, e uma vez que a vergonha desempenha um papel central na etiologia da ingestão alimentar compulsiva, é fundamental explorar diferenças de género na frequência de episódios de ingestão alimentar, assim como na experiência de vergonha, cujos resultados poderão informar intervenções psicológicas mais eficazes para cada género.

Objetivos e Hipóteses

Este estudo pretende explorar diferenças de género na severidade da ingestão alimentar compulsiva, assim como na experiência de vergonha. Pretendemos ainda comparar a magnitude de associação de ingestão alimentar compulsiva e vergonha entre homens e mulheres.

Hipótese 1: As mulheres comparativamente aos homens apresentam uma maior severidade / de comportamentos alimentares compulsivos;

Hipótese 2: As mulheres comparativamente aos homens apresentam níveis mais elevados de vergonha;

Hipótese 3: A associação entre vergonha e comportamentos alimentares compulsivos é mais elevada nas mulheres.

Hipótese 4: As mulheres com binge eating comparativamente às mulheres sem binge eating apresentam níveis mais elevados de vergonha.

Hipótese 5: Os homens com binge eating comparativamente aos homens sem binge eating apresentam níveis mais elevados de vergonha.

Metodologia

2.1 Participantes

O presente estudo foi realizado numa amostra de adultos da população geral portuguesa. Os critérios de inclusão: idade 18-65 anos, língua materna portuguesa e nacionalidade portuguesa, acesso à internet e disponibilidade para participar.

A presente amostra é composta por 170 participantes, 71 homens e 99 mulheres. Em relação aos participantes do sexo masculino, as idades são compreendidas entre os 20 e 61 anos ($M= 27.63$; $DP= 8.03$). O índice de massa corporal varia de 17.96 e 36.65. Relativamente ao peso, varia entre 45.50 kg e 122 kg ($M= 74.58$ kg; $DP= 13.62$ Kg). Na variável altura, houve um valor omissivo, sendo o mínimo 1.57 e o máximo 1.93. Quanto ao estado civil, a maioria encontra-se solteiro ($n= 61$; 85.9%). No que diz respeito, à escolaridade a maioria, 39.5 % frequentou até à licenciatura. Em relação à situação profissional, a maior parte encontra-se empregado (62%). A maioria reportou viver em um centro urbano ($n=30$; 42.3 %).

Relativamente às participantes do sexo feminino, as idades variam entre 18 e 58 anos ($M=28.75$; $DP=8.92$). No que se refere ao peso, varia entre 41.20 kg e 122 kg ($M=61.14$; $DP= 12.90$). O IMC varia entre 16.30 e 45.92. Quanto ao estado civil, no geral estão solteiras ($n=69$; 69.7%). No que diz respeito, à escolaridade, 51.5% frequentou até à licenciatura. A maior parte das mulheres encontra-se empregada (45.5%). A maioria reportou viver no centro urbano ($N= 40$; 40,4%). Na variável altura, houve um valor omissivo, variando entre 1.50 e 1.83.

Encontra-se uma descrição pormenorizada das características sociodemográficas pode ser encontrada na tabela 1.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N = 170)

	Homens		Mulheres		Total	
	n/M	%/DP	n/M	%/DP	N/M	%/DP
Idade	27.63	8.21	28.75	8.92	28.28	8.60
Peso	74.58	13.62	61.13	12.90	66.65	23.34
Altura	1.76	0.69	1.63	0.61	1.69	0.92
IMC	23.85	3.38	23.85	3.38	23.34	4.03
Estado Civil					1.47	0.98

Solteiro/a	61	85.9	69	69.7
Casado/a	3	4.2	9	9.1
União de fato	6	8.5	16	16.2
Divorciado/a	1	1.4	3	3.0
Escolaridade				
4º ano	1	1.4 %		
9º ano	1	1.4%	4	4 %
12º ano	23	32.4%	23	23.2%
Licenciatura	28	39.4%	51	51.5%
Mestrado	15	21.1%	17	17.2%
Outro	3	4.2%	4	4%
Situação Profissão				
Estudante ensino secundário	1	1.4%	1	1%
Estudante ensino superior	13	18.3%	37	37.4%
Trabalhar-Estudante	9	12.7%	9	9.1%
Empregado	44	62.0%	45	45.5%
Desempregado	4	5.6%	7	7.1%
Residência				
Centro Urbano	30	42.3%	40	40.4%
Periferia centro urbano	24	33.8%	30	30.3%
Centro urbanizado de zona rural	5	7.0%	9	9.1%
Zona rural junto a centro urbano	4	5.6%	11	11.1%
Zona rural com muita densidade populacional	2	2.8%	1	1.0%
Zona rural com pouca população	6	8.5%	8	8.1%

2.2 Procedimento

A amostra utilizada no presente estudo foi uma amostragem não probabilística por conveniência junto da população geral. A divulgação do estudo, bem como os critérios de inclusão, foi realizada através das redes sociais. O protocolo de avaliação foi constituído por vários questionários de autorresposta online que avaliam as variáveis de interesse no presente estudo.

Inicialmente foi apresentado um consentimento informado aos participantes, no qual constou a informação de que a participação no estudo tem um carácter voluntário, assim como seria garantido o anonimato das respostas. Foi transmitido aos participantes que qualquer registo do IP, elementos de geolocalização serão eliminados, e que só os investigadores teriam permissão para aceder aos dados, garantido assim a confidencialidade. Também foi assegurado que nenhuma informação identificável seria veiculada em qualquer atividade de divulgação científica. Foi divulgado aos participantes que, embora não fosse antecipada qualquer consequência negativa da participação no estudo, foram disponibilizados alguns contactos, nomeadamente do investigador principal e linhas de apoio, na eventualidade de surgir uma experiência emocional negativa associada à participação no estudo.

O projeto foi avaliado e aprovado pela Comissão de Ética de Investigação Científica da Escola de Psicologia e Ciência da Vida, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (CEDIC).

2.3 Instrumentos/ Medidas

2.3.1 Escala de Ingestão Alimentar Compulsiva (BES; Gormally et al., 1982; validado para a população portuguesa Duarte et al., 2015)

A BES é um questionário de autorresposta e avalia quer a parte comportamental (e.g., comer compulsivamente), quer a afetiva (e.g., culpa) da ingestão alimentar compulsiva. A escala é composta por 16 itens que avaliam a gravidade da sintomatologia da compulsão alimentar. Cada item é constituído por 3 a 4 afirmações e os participantes escolhem a afirmação com que se identificam mais. A escala de resposta varia de 0: “Normalmente consigo parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega””; “De vez em quando, sinto uma compulsão para comer que não consigo controlar”; “Frequentemente, sinto uma forte necessidade de comer que pareço incapaz de controlar, mas em outras vezes, consigo controlar os meus impulsos alimentares” até 4: “Eu sinto-me capaz de controlar a vontade de comer. Tenho medo de não conseguir parar de comer voluntariamente”. Na escala, as pontuações mais altas apontam para a presença de sintomas graves de compulsão alimentar. Os indivíduos podem classificar-se em

três grupos distintos face aos valores de corte definidos para a compulsão alimentar. De acordo com Marcus, Wing e Lamparski (1985), a pontuação ≤ 17 não existe compulsão alimentar, pontuação 18-26 considera-se compulsão alimentar leve a moderada, e pontuação ≥ 27 existe compulsão alimentar severa. Relativamente à consistência interna do Instrumento BES, apresenta um Alfa de Cronbach de $\alpha=0.85$ e validada para a população portuguesa demonstra um Alfa de Cronbach de $\alpha=0.8$, sendo que no presente estudo apresenta um Alfa de Cronbach de $\alpha= 0.90$.

2.3.2 A escala de Vergonha Externa (OAS- Other-as-Schamet Scale criada por Goss et al., 1994; validado para a população portuguesa Lopes et al., 2005)

É um questionário de autorresposta e examina a interpretação que cada sujeito faz relativamente à forma como os outros o vêem, sentindo-se inferior, sem valor. A OAS é composta por 18 itens que avaliam a vergonha externa. A escala de resposta é de tipo Likert e varia entre 0 (*raramente*) a 5 (*quase sempre*). Considera-se que níveis mais elevados na escala, indicam mais vergonha externa (i.e., outros percebem o sujeito de forma negativa e julgadora). É composta por 3 fatores, sendo um deles Inferioridade (e.g., “Sinto que as outras pessoas não me veem como sendo suficiente bom/boa”), a Reação dos outros aos meus erros (e.g., “As outras pessoas “deitam-me” muitas vezes abaixo”) e Vazio (e.g., “Os outros veem-me como sendo vazio(a) e insatisfeito/a”). A escala pode ser utilizada com um score total que mede “vergonha externa”. Relativamente à consistência interna, tanto a versão original como a versão validada para a população portuguesa apresenta um alfa de Cronbach de $\alpha=0.92$, sendo que no presente estudo evidencia um alfa de Cronbach de $\alpha= 0.94$.

2.4 Estratégia Analítica

As análises foram realizadas no SPSS versão 25.

Uma análise de dados preliminar foi realizada para avaliar não apenas a normalidade dos dados, assim como a presença de outliers extremos. No sentido de verificar a normalidade da distribuição das variáveis intervalares, foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. A normalidade foi considerada quando a significância do teste foi $p > .05$. Não foram consideradas violações severas à normalidade (i.e., considerámos distribuição normal), valores de assimetria $Sk < 3$ e de achatamento $Ku < 8-10$ (Tabachnick & Fidell, 2013).

A presença de outliers extremos foi avaliada pela representação gráfica das frequências (e.g., caixa de bigodes). Após a condução da análise principal do presente estudo com e sem outliers extremos, a decisão de manter os outliers foi tomada caso aqueles resultados não

diferissem significativamente, mantendo desta forma a variabilidade das observações (Hair, 1998).

Uma vez que o preenchimento de todos os itens foi obrigatório para prosseguir até ao final do estudo, não houve missings.

Para testar as hipóteses do presente estudo, nomeadamente para comparar níveis de vergonha e ingestão alimentar compulsiva entre homens e mulheres, foram realizados teste t para amostras independentes. Considera-se diferenças significativas entre as médias de 2 amostras independentes quando valor de $p < 0.05$. A magnitude do efeito das diferenças será analisada através do cálculo do d de cohen: $d = 0.2$ tamanho do efeito pequeno; $d = 0.5$ tamanho de efeito médio; e $d = 0.8$ tamanho do efeito grande (Cohen, 1988).

Para comparar os níveis de vergonha em mulheres com versus sem binge eating, foi dividida cada subamostra de género a partir da cotação da BES, uma variável “sem binge” foi criada constituída por mulheres com resultados na $BES \leq 17$, e uma variável “com binge” foi criada composta por mulheres com resultados na $BES > 18$. O mesmo foi feito para a subamostra de homens. Diferenças entre os grupos foram testadas através do teste-t.

Para comparar a magnitude de associação entre vergonha e ingestão alimentar compulsiva nos homens e nas mulheres, serão realizadas correlações bivariadas, sendo a magnitude de associação analisada através do coeficiente de Pearson. Será considerado um efeito pequeno se $0.1 < r < 0.3$; efeito médio se $0.3 < r < 0.5$; efeito grande se $r \geq 0.5$. Para testar o papel do género nessa associação vamos ainda realizar correlações parciais, controlando, assim, o efeito do género. Considera-se que existe associação significativa entre as variáveis em estudo quando o valor de $p < 0.05$ (Cohen, 1998).

Resultados

3.1 Análise Preliminar

Foram realizados testes à normalidade da distribuição das variáveis intervalares em estudo, separadamente por género. No que diz respeito à vergonha nos homens, o teste Kolmogorov-Smirnov sugeriu a não normalidade da distribuição ($p = .011$). Contudo, através dos valores de assimetria ($Sk = 0.48$) e achatamento ($Ku = -.72$), é possível concluir que não há violação severa à normalidade. No que diz respeito à normalidade da distribuição da vergonha nas mulheres, o teste Kolmogorov-Smirnov sugere a presença de distribuição normal ($p = 0.2$), e com valores de assimetria ($Sk = .53$) e de achatamento ($Ku = -1.04$) a corroborar essa conclusão. No que diz respeito à normalidade da distribuição da ingestão alimentar compulsiva nos homens, o resultado do teste Kolmogorov-Smirnov sugere a não normalidade da distribuição ($p < .001$). No entanto, ao analisar os valores de assimetria ($Sk = 1.40$) e de achatamento ($Ku = 1.2$), é possível concluir que não há violação severa à normalidade. No que se refere aos níveis de ingestão alimentar compulsiva nas mulheres, o mesmo teste sugere a não normalidade da distribuição ($p < .001$), sendo que os valores de assimetria ($Sk = 1.10$) e achatamento ($Ku = .60$) sugerem não haver violações severas à normalidade.

A análise descritiva realizada por forma a identificar valores extremos, encontrou a presença de um outlier moderado na vergonha na amostra das mulheres (participante 170), não tendo sido identificado nenhum outlier nos homens para esta variável. Em relação à ingestão alimentar compulsiva, os resultados mostraram a existência de três outliers moderados na amostra constituída por homens (participantes 70, 56 e 17) e quatro outliers moderados na amostra composta por mulheres (participantes 137, 150, 154 e 170). Contudo, uma vez que os resultados das correlações, assim como das diferenças de médias, não apresentaram diferenças substanciais com e sem os outliers, foi decidido manter-se estes participantes por forma a assegurar a variabilidade da amostra.

Ainda que não fossem previstos valores omissos, dado que apenas seria possível prosseguir com o preenchimento do protocolo de avaliação se as questões anteriores fossem respondidas, numa observação verificou-se o valor “0,00” na resposta à pergunta do peso. Uma vez que o participante tinha o restante protocolo inteiramente respondido, optou-se por manter na amostra, deixando esse campo como valor omissos, uma vez que é uma variável apenas relevante para a descrição da amostra, e não para o teste de hipóteses.

3.2 Diferenças de género na ingestão alimentar compulsiva e na experiência de vergonha

Os resultados obtidos através da análise de teste-*t* indicaram a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre o género nos níveis de ingestão alimentar compulsiva, $t(168)=-.37, p=.06$. Relativamente ao género e aos níveis de vergonha, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, $t(168)=3,46, p=.11$. Por forma a explorar com maior rigor estas diferenças, foi analisada a presença versus ausência de ingestão alimentar compulsiva na amostra, através do cut-off da BES ($BES > 18$), assim como a possível presença de diferenças na experiência de vergonha. Foram identificados na amostra $n = 8$ homens com binge eating e $n = 63$ sem binge eating, enquanto nas mulheres $n = 14$ com binge eating e $n = 85$ sem binge eating. Através dos resultados do teste-*t*, observou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na experiência de vergonha entre homens com e sem binge eating, $t(69)=-1.6, p=.11$. Contudo, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos níveis de vergonha entre as mulheres com versus sem binge eating, $t(97)=-3.49, p<.001$, com um efeito grande ($d = -1.01$), tendo as mulheres com binge eating níveis mais elevados de vergonha ($M= 37.29; DP= 3.89$) comparativamente às mulheres sem binge eating ($M= 23.42; DP= 1.48$).

3.3 Associação das variáveis em estudo

Foram realizadas análises de correlações de Pearson para explorar a relação entre as variáveis. Os resultados demonstraram uma associação estatisticamente significativamente, positiva e média entre os níveis de vergonha e ingestão alimentar nos homens. Também se encontram positivamente e significativamente correlacionados os níveis de vergonha e ingestão alimentar compulsiva nas mulheres, apresentando um tamanho de efeito grande (ver tabela 2).

Tabela 2.

Médias (M), desvios-Padrão (SD) e coeficientes dos valores de correlação de pearson entre as variáveis do estudo (N=170)

Medidas	Homens		Mulheres		1	2
	M	DP	M	DP		
1. BES	6.82	7.54	8.74	8.05	-	.34*
Total						

Marta Mangerico: mentalidade de ranking e ingestão alimentar compulsiva: diferenças de género na vivência e impacto da vergonha na ingestão alimentar compulsiva na população geral adulta

2. OAS	22.06	11.41	25.38	14.55	.46***	-
Total						

Nota: * $p < .05$; ** $p < 0.1$; *** $p < .001$; em baixo, refere-se às mulheres. Em cima refere-se aos homens. BES Total= Escala Ingestão Alimentar Compulsiva; OAS Total= Escala de Vergonha Externa.

Discussão

A literatura tem indicado a existência de comportamentos de ingestão alimentar compulsiva na população geral (Cain et al., 2010; Duarte et al., 2015; Saules et al., 2009) sendo que são ainda escassos os estudos realizados em Portugal acerca da percentagem de população adulta com comportamentos de ingestão alimentar compulsiva. Especificamente no que diz respeito às diferenças de género nos comportamentos de ingestão alimentar compulsiva, a literatura aponta inconsistentemente para essas diferenças de género (Mustelin et al., 2017). Ademais, a literatura sugere que a vergonha é uma emoção fundamental à compreensão dos episódios de ingestão alimentar compulsiva (APA, 2014; Lacroix et al., 2019; O' loghlen et al., 2021), sendo inclusivamente parte inerente do diagnóstico da ingestão alimentar compulsiva. Neste sentido, e por se tornar essencial compreender o contributo relativo da vergonha de acordo com o género na ingestão alimentar compulsiva, a presente investigação teve como objetivo explorar as diferenças de género na severidade da ingestão alimentar compulsiva, bem como na experiência de vergonha. Pretendemos, ainda, comparar a magnitude de associação entre a ingestão alimentar compulsiva e a vergonha entre homens e mulheres adultos da população geral portuguesa.

Os resultados obtidos não corroboraram a hipótese da existência de diferenças entre homens e mulheres nos níveis de ingestão alimentar compulsiva, contribuindo, assim, para a continuação da discussão em curso sobre essas diferenças. É de notar que os resultados de estudos anteriores têm sido inconclusivos, com alguns estudos a encontrar diferenças significativas entre homens e mulheres na ingestão alimentar compulsiva, ainda que com efeito pequeno (e.g., Mustelin et al., 2017; Opwis et al., 2017), e outros sem encontrar essas diferenças (e.g., Lydecker & Grilo, 2018).

No mesmo sentido, os resultados também não encontraram diferenças significativas entre homens e mulheres no que diz respeito à experiência de vergonha. Neste sentido, os resultados não vão ao encontro de estudos anteriores, que evidenciam que as mulheres apresentam níveis mais elevados de vergonha comparativamente aos homens (Else-Quest et al., 2012; Ferreira et al., 2020; Melo et al., 2020). É de notar, contudo, que as diferenças de género nas emoções socio-cognitivas (como a vergonha) nos estudos existentes são particularmente inequívocas quando essas emoções estão focadas no corpo, no sexo, e na alimentação, mas menos claras quando não circunscritas a estes temas (e.g., Else-Quest et al., 2012; Melo et al., 2020). É de notar que o instrumento utilizado para medir vergonha no presente estudo (OAS-II) não se foca nestes aspetos concretos referidos (i.e., corpo, sexo, alimentação), mas sim nas

relações interpessoais e na perceção da avaliação negativa do outro (e.g., “Os outros veem-me como sendo frágil”, “as outras pessoas deitam-me muitas vezes abaixo”). De facto, os nossos resultados parecem estar alinhados com estudos anteriores que sugerem não existirem diferenças de género quando o foco da vergonha não é no corpo, sexo, ou alimentação (e.g., Jambekar et al., 2003).

Os resultados obtidos corroboram a hipótese da associação entre vergonha e comportamentos alimentares compulsivos ser mais elevada nas mulheres. Posto isto, os resultados vão ao encontro de estudos anteriores em que as mulheres apresentam níveis de vergonha e ingestão alimentar compulsiva mais elevados (referências). Contudo, outros estudos mencionam que não existem diferenças no papel do género na experiência e contributo da vergonha na ingestão alimentar compulsiva (e.g., Jambekar et al., 2003 & Melo et al., 2019).

Do mesmo modo, os resultados obtidos corroboram a hipótese de que existem diferenças estatisticamente significativas nas mulheres com e sem binge eating na experiência de vergonha. Em conformidade com estudos anteriores, a propensão para a vergonha foi maior nos grupos clínicos (e.g., mulheres com diagnóstico de perturbação de ingestão alimentar compulsiva) comparativamente a grupos não clínicos (Cesare et al., 2016). De referir que não existem estudos que comparem as diferenças de género na experiência de vergonha com e sem binge eating.

Contudo é importante a considerar algumas limitações no presente estudo. Em primeiro lugar, o estudo ser transversal, na medida em que não permite estabelecer uma relação de causalidade entre as variáveis, sendo essencial estudos futuros realizarem estudos experimentais. Em segunda lugar, o tamanho da amostra ser heterogéneo, sendo composto mais por mulheres do que homens, o que não nos permite concluir acerca das diferenças de género nos comportamentos de ingestão alimentar compulsiva, na vergonha e possível generalização dos resultados. Estudos anteriores focaram-se maioritariamente na população do sexo feminino, sendo aconselhável em estudos futuros haver uma amostra homogénea quanto ao género. Em terceiro lugar, a medida que avalia a vergonha, a escala de vergonha externa, apenas se focou na vergonha externa e não nos diferentes tipos de vergonha, o que nos permite concluir apenas acerca da relação entre vergonha externa e compulsão alimentar, sendo importante em estudos futuros estudar a relação entre vergonha externa, interna e a compulsão alimentar (Duarte et al., 2016).

Posto isto, torna-se imprescindível que do ponto de vista das implicações para a prática clínica, haver mais estudos e conhecimento acerca do papel do género na severidade da ingestão

alimentar compulsiva, com especial necessidade que estudos futuros explorem a relação entre as variáveis de interesse nos homens, de forma a ajudar a desenvolver programas de prevenção específicos ou em grupo e intervenções precoces mais eficazes na promoção da saúde mental. Apesar de ser mais prevalente nas mulheres, no presente estudo verificou-se que se deve ter em conta ambos os géneros (Kessler et al., 2013; Melo et al., 2020).

Apesar das limitações do estudo, a literatura afirma que a vergonha é um dos processos chave das perturbações alimentares, sendo que os resultados do presente estudo evidenciam a importância de se trabalhar na propensão da vergonha, neste caso, na vergonha externa em amostras clínicas e não clínicas com o objetivo de ajudar os indivíduos no futuro a desenvolverem estratégias adaptativas (Cesare et al., 2016; Duarte et al., 2016).

De acordo com o nosso estudo, verificou-se uma associação positiva entre a vergonha e a ingestão alimentar compulsiva, ou seja, apesar das limitações, pode-se considerar que existe uma associação entre as experiências de vergonha externa nos sujeitos e o envolvimento em comportamentos de compulsão alimentar. Estes resultados são importantes para a prática clínica, na medida em que se deve considerar e estudar os processos que contribuem para o aparecimento e desenvolvimento desses comportamentos, com a finalidade de haver uma melhor prevenção, intervenção tanto em amostras clínicas bem como da população geral (Duarte et al., 2014; Melo et al., 2020; O’Loughlen et al., 2021). Verificou-se que nas mulheres com binge eating e sem binge eating existem diferenças na experiência de vergonha, enquanto nos homens não, o que leva a considerar que quando se realiza intervenção nesta área é importante a ter em consideração o género, nomeadamente nas mulheres.

Conclusão

A ingestão alimentar compulsiva é um problema sério em amostras clínicas e não clínicas, afetando os indivíduos a nível da sua saúde física e mental (Kessler et al., 2013). De facto, os estudos apontam que as mulheres são mais propensas a evidenciar comportamentos de ingestão alimentar compulsiva comparativamente aos homens (Hudson et al., 2007; Kessler et al., 2013).

De acordo com a literatura, os sujeitos adotam comportamentos de ingestão alimentar compulsiva como forma de regular os seus estados emocionais negativos (Evers et al., 2010; Zeeck et al., 2011), tornando-se essencial entender quais os fatores cognitivos e emocionais que contribuem para a etiologia da ingestão alimentar compulsiva, sendo a desregulação emocional um processo psicológico complexo que parece ser relevante para a compreensão da ingestão alimentar compulsiva (Racine & Horvath, 2018). Uma das emoções que parece central para a compreensão/ desenvolvimento de tais comportamentos é a vergonha.

Desta forma, o presente estudo teve como objetivo explorar as diferenças de género na severidade da ingestão alimentar compulsiva, assim como na experiência de vergonha. E ainda comparar a magnitude de associação de ingestão alimentar compulsiva e vergonha entre homens e mulheres.

O presente estudo não foram encontradas diferenças de género na severidade da ingestão alimentar compulsiva, sendo que no geral, os estudos têm sido inconclusivos, uns demonstrando diferenças significativas entre as mulheres e os homens e outros não. Estudos futuros deverão testar diferenças de género com amostras mais homogêneas em termos do número de homens e mulheres que as compõe.

Também não se verificou diferenças no género na experiência de vergonha, sendo que uma das limitações referidas, possa ser o instrumento utilizado no presente estudo apenas focado nas relações interpessoais e na perceção da avaliação negativa do outro, não se focando em outros aspetos da vergonha relacionados com a vergonha corporal, entre outros. Também seria interessante em futuras investigações, analisar os diferentes tipos de vergonha na severidade da ingestão alimentar compulsiva.

Todavia, verificou-se a confirmação de uma hipótese, visto que os resultados demonstram uma associação significativa entre níveis de vergonha e ingestão alimentar nas mulheres e nos homens. Estas confirmações são de extrema importância pois permitem corroborar a influência significativa das emoções, neste caso, da vergonha na severidade da ingestão alimentar compulsiva.

Em suma, estes resultados reforçam a importância e a necessidade de se compreender os processos que contribuem para o desenvolvimento dos comportamentos de ingestão alimentar compulsiva na prática clínica, com a finalidade de haver intervenções precoces e eficazes nesta área.

Como tal, considera-se relevante futuras investigações continuarem a estudar a presente problemática, com amostras mais homogéneas e um maior número de participantes homens, permitindo a generalização dos resultados, e aumentando o conhecimento do género na severidade dos comportamentos alimentares compulsivos. Sendo uma problemática complexa, com a interação de fatores emocionais, psicológicos e físicos torna-se essencial cada vez mais intervenções adequadas.

Referências

Agras, W. S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 371-379. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70232-X](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70232-X)

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5nd ed.). Artmed Editora.

Arnou, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1992). Binge eating among the obese: A descriptive study. *Journal of behavioral medicine*, 15(2), 155-170.

Cain, A. S., Epler, A. J., Steinley, D., & Sher, K. J. (2010). Stability and change in patterns of concerns related to eating, weight, and shape in young adult women: a latent transition analysis. *Journal of abnormal psychology*, 119(2), 255.

<https://doi.org/10.1037/a0018117>

Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., Amaral, V., & Duarte, J. (2014). Recall of threat and submissiveness in childhood and psychopathology: The mediator effect of self-criticism. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(1), 73-81.

<https://doi.org/10.1002/cpp.1821>

Cesare, C., Francesco, P., Valentino, Z., Barbara, D., Olivia, R., Gianluca, C., Patrizia, T., & Enrico, M. (2016). Shame proneness and eating disorders: a comparison between clinical and non-clinical samples. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(4), 701-707.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Routledge.

Darby, A., Hay, P., Mond, J., Rodgers, B., & Owen, C. (2007). Disordered eating behaviours and cognitions in young women with obesity: relationship with psychological status. *International journal of obesity*, 31(5), 876-882.

Duarte, C., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2016). At the core of eating disorders: Overvaluation, social rank, self-criticism and shame in anorexia, bulimia and binge eating disorder. *Comprehensive psychiatry*, 66, 123-131.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.01.003>

Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2014). Escaping from body image shame and harsh self-criticism: Exploration of underlying mechanisms of binge eating. *Eating behaviors*, 15(4), 638-643.

<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.08.025>

Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2015). Expanding binge eating assessment: Validity and screening value of the Binge Eating Scale in women from the general population. *Eating behaviors*, 18, 41-47.

<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.03.007>

Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2017). Ashamed and fused with body image and eating: Binge eating as an avoidance strategy. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(1), 195-202. <https://doi.org/10.1002/cpp.1996>

Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Batista, D. (2015). Body image as a source of shame: A new measure for the assessment of the multifaceted nature of body image shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(6), 656-666.

<https://doi.org/10.1002/cpp.1925>

Else-Quest, N. M., Higgins, A., Allison, C., & Morton, L. C. (2012). Gender differences in self-conscious emotional experience: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 138(5), 947.

<https://doi.org/10.1037/a0027930>

Evers, C., Marijn Stok, F., & de Ridder, D. T. (2010). Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and social psychology bulletin*, 36(6), 792-804. <https://doi.org/10.1177/0146167210371383>

Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating behaviors*, 14(3), 309-313. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.05.008>

Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British journal of medical psychology*, 70(2), 113-147.

<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01893.x>

Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security: A biopsychosocial approach.

Gilbert, P., & Irons, C. (2009). Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. *Adolescent emotional development and the emergence of depressive disorders*, 1, 195-214.

Gormally, J. I. M., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, 7(1), 47-55.

[https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)

Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures—I: The other as Shamer scale. *Personality and Individual differences*, 17(5), 713-717.

[https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90149-X](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90149-X)

Hair, J. F. et al. (1998), *Multivariate Data Analysis*.

Herpertz, S., Albus, C., Lichtblau, K., Köhle, K., Mann, K., & Senf, W. (2000). Relationship of weight and eating disorders in type 2 diabetic patients: a multicenter study. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 68-77. <https://doi.org/10.1002/>

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>

Jambekar, S. A., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2003). Gender differences in shame in patients with binge-eating disorder. *Obesity research*, 11(4), 571-577.

<https://doi.org/10.1038/oby.2003.80>

Kessler, R., Berglund, P., Chiu, W., Deitz, A., Hudson, J., Shahly, V., Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Brufferts, R., Girolamo, G., Graaf, R., Haro, J., Masfety, V., O'Neill, S., Villa, J., Sasu, C., Scott, K.... Viana, M. (2013) The prevalence and correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904-914.

<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>

Lacroix, E., Oliveira, E., de Castro, J. S., Cabral, J. R., Tavares, H., & von Ranson, K. M. (2019). "There is no way to avoid the first bite": A qualitative investigation of addictive-like eating in treatment-seeking Brazilian women and men. *Appetite*, 137, 35-46.

<https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.02.008>

Lopes, B., Pinto-Gouveia, J. & Castilho, P. (2005). Portuguese version of the Others as Shamer Scale. Unpublished manuscript.

Lydecker, J. A., & Grilo, C. M. (2018). Comparing men and women with binge-eating disorder and co-morbid obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 51(5), 411-417. [10.1002/eat.22847](https://doi.org/10.1002/eat.22847). <https://doi.org/10.1002/eat.22847>

Melo, D., Oliveira, S., & Ferreira, C. (2020). The link between external and internal shame and binge eating: the mediating role of body image-related shame and cognitive fusion. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(6), 1703-1710.

Mustelin, L., Bulik, C. M., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2017). Prevalence and correlates of binge eating disorder related features in the community. *Appetite*, 109, 165-171.

<https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.11.032>

O’Loughlen, E., Grant, S., & Galligan, R. (2021). Shame and binge eating pathology: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.

<https://doi.org/10.1002/cpp.2615>

Opwis, M., Schmidt, J., Martin, A., & Salewski, C. (2017). Gender differences in eating behavior and eating pathology: The mediating role of rumination. *Appetite*, *110*, 103-107.

<https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.12.020>

Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Matos, M., & Xavier, A. (2013). Centrality of shame memories and psychopathology: The mediator effect of self-criticism. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *20*(3), 323. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12044>

Racine, S. E., & Horvath, S. A. (2018). Emotion dysregulation across the spectrum of pathological eating: Comparisons among women with binge eating, overeating, and loss of control eating. *Eating disorders*, *26*(1), 13-25.

<https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1418381>

Saules, K. K., Collings, A. S., Hoodin, F., Angelella, N. E., Alschuler, K., Ivezaj, V., Scoot, D., & Wiedemann, A. A. (2009). The contributions of weight problem perception, BMI, gender, mood, and smoking status to binge eating among college students. *Eating Behaviors*, *10*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2008.07.010>

Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *34*(S1), S19-S29.

<https://doi.org/10.1002/eat.10202>

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6a ed.) Pearson.

Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and individual differences*, *36*(2), 419-430. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5)

Zeeck, A., Stelzer, N., Linster, H. W., Joos, A., & Hartmann, A. (2011). Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *European Eating Disorders Review*, *19*(5), 426-437.

<https://doi.org/10.1002/erv.1066>