Est. 1841 | YORK ST JOHN UNIVERSITY

Duarte, Cristiana, Ferreira, Cláudia and Pinto-Gouveia, José (2010) Mindfulness trait as a protector on bulimic behavior. Psychologica, 52.

Downloaded from: https://ray.yorksj.ac.uk/id/eprint/5740/

The version presented here may differ from the published version or version of record. If you intend to cite from the work you are advised to consult the publisher's version: https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-2_17

Research at York St John (RaY) is an institutional repository. It supports the principles of open access by making the research outputs of the University available in digital form. Copyright of the items stored in RaY reside with the authors and/or other copyright owners. Users may access full text items free of charge, and may download a copy for private study or non-commercial research. For further reuse terms, see licence terms governing individual outputs. Institutional Repositories Policy Statement

RaY

Research at the University of York St John

For more information please contact RaY at ray@yorksj.ac.uk

PSYCHOLOGICA
2010, 52 – Vol. II, 401-422

O Traço de *Mindfulness* como Protector nos Comportamentos Bulímicos

Cristiana Duarte[1], Cláudia Ferreira[2] & José Pinto Gouveia[3]

Este estudo pretende contribuir para a compreensão do poder preditivo do *mindfulness* no âmbito dos comportamentos bulímicos. Foi usada uma bateria de instrumentos de auto-resposta para avaliar o traço de *mindfulness*, bulimia, insatisfação corporal, comparação social e da aparência física e vergonha, numa amostra não-clínica de 354 estudantes universitárias e 297 mulheres da população geral, e numa amostra clínica de 42 doentes com perturbação do comportamento alimentar. Os resultados mostram que em ambos os grupos se encontra uma associação entre níveis inferiores de traço de *mindfulness* e psicopatologia. Na amostra clínica, verifica-se que um padrão de ingestão alimentar compulsiva está associado a níveis inferiores de traço de *mindfulness*. As facetas *Agir com Consciência Reflexiva* e *Não Julgar* do traço de *mindfulness* predizem significativamente os comportamentos bulímicos.

Tais resultados sugerem que o traço de *mindfulness* pode ter um papel protector na patologia do comportamento alimentar, abrindo novas possibilidades terapêuticas nestas perturbações.

PALAVRAS-CHAVE: *Mindfulness*; Bulimia; Insatisfação Corporal; Comparação Social.

1. Introdução

Nos últimos anos as perspectivas orientais têm vindo a despertar a atenção da psicologia e é neste sentido que se tem difundido e adoptado o *mindfulness* como uma abordagem que visa aumentar a consciência e responder de forma

1 Bolseira de investigação do Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) – cristianaod@gmail.com

2 Assistente na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra; Membro colaborador do Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC);

3 Professor Catedrático da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Coordenador do Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC)

hábil aos processos mentais que contribuem para o *distress* emocional e para comportamentos mal-adaptativos (Bishop et al., 2004).

Segundo Baer (2003, p. 125) o *mindfulness* remete para *a observação não julgadora da contínua corrente de estímulos internos e externos à medida que eles surgem*. Assim, corresponde a uma forma de consciência não elaborada, não-julgadora e centrada no presente, na qual cada pensamento, emoção ou sensação é notado e aceite tal como é (Kabat-Zinn, 1990; Segal, Williams, & Teasdale, 2002). O estado de *mindfulness*, representa, portanto, o contrário de "sonhar acordado" ou agir em "piloto-automático", *mindlessness*, envolvendo a observação directa e ingénua dos pensamentos, emoções e sensações, com uma *mente de principiante*, ou seja, mantendo uma atitude de curiosidade e de aceitação, independentemente da qualidade dos mesmos, estando-se experiencialmente aberto à realidade do momento presente (Roemer & Orsillo, 2002). Pode-se, assim, perspectivar o *mindfulness* como um processo de aquisição de *insight* sobre a natureza da mente e de adopção de uma perspectiva descentrada da experiência interna podendo esta ser experienciada em termos da sua subjectividade (*vs.* validade) e natureza transitória (*vs.* permanência) (Bishop et al., 2004). Este processo conduz ao reconhecimento de que as sensações, pensamentos e emoções flutuam, transitam, como *ondas do mar* (Linehan, 1993, p.87) não sendo possível controlá-los, mas sim regular o modo como lhes respondemos e relacionamos com eles. Neste modo particular da mente, os pensamentos e acções são libertados dos padrões habituais e automáticos de processamento, que estão subjacentes a muitos estados disfuncionais (Teasdale et al., 2000). O *mindfulness* permite, assim, um "espaço" que promove acções mais reflectidas, podendo actuar como elemento catalisador do uso de estratégias de *coping* mais eficazes e não mal-adaptativas (Bishop et al., 2004).

O *mindfulness* tem sido descrito na literatura como detendo qualidades de traço, enquanto uma *capacidade inerente e natural do organismo humano* (Brown & Ryan, 2004, p.246), onde se mantém o *focus* de atenção, abertura e aceitação, "na vida diária" (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006). Reconhece-se, não obstante, que esta qualidade pode ser promovida através de práticas meditativas e o seu treino tem sido incluído em intervenções com resultados positivos (Baer, 2003) em termos psicológicos e físicos (Kabat-Zinn, 1990; Shapiro, Schwartz, & Bonner, 1998), predizendo maior auto-regulação, bem-estar e menor perturbação cognitiva e emocional (Brown & Ryan, 2003).

Também no âmbito das perturbações alimentares se têm desenvolvido intervenções que incorporam o *mindfulness* (Kristeller, Baer, & Quilian-Wolever, 2006). A *Dialetical Behavior Therapy* (DBT; Linehan, 1993) foi adaptada para a Bulimia Nervosa e para a Ingestão Compulsiva, a *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT; Segal et al., 2002) foi adaptada para a Ingestão Compulsiva; e o *Mindfulness-based*

Eating Awareness Training (MB-EAT; Kristeller & Hallett, 1999) foi desenvolvido especialmente para o tratamento da Ingestão Compulsiva. Contudo, carecem ainda investigações que explorem o papel desta componente na compreensão da natureza complexa do processo de patologia do comportamento alimentar.

É relativamente vasta a literatura relativamente aos factores de risco para o desenvolvimento de uma perturbação do comportamento alimentar. Sabe-se que na sociedade contemporânea ocidental tem vindo a ocorrer a uma exponencial massificação e divulgação do ideal de beleza feminino, surgindo a magreza como sinónimo de valor pessoal, aceitação social, felicidade e sucesso. Torna-se, então, comum a realização de esforços contínuos de aproximação a esse ideal (Fallon, 1990). Contudo, quando apenas numa minoria das mulheres é possível alcançar um corpo filiforme, assiste-se a uma insatisfação corporal considerada *normativa*. Tal insatisfação em muito deriva de processos de comparação, percepcionando-se uma discrepância entre a percepção que o indivíduo tem da sua imagem corporal actual e a imagem que considera ideal. A insatisfação com a imagem corporal pode anteceder uma dieta alimentar (Higgins, 1987), a qual, por sua vez, é considerada por Stice (2001b) como principal precipitante para a patologia do comportamento alimentar.

A comparação social é uma característica central na vida social do ser humano (Buunk & Mussweiler, 2001; Buunk & Gibbons, 2007), remetendo para o processo pelo qual as pessoas estabelecem relações entre as suas características, atitudes, capacidades, e as dos outros. Depende sobretudo de julgamentos subjectivos (Wood, 1989) e tende a ser feita com outros considerados como alvos relevantes, evitando-se os irrelevantes (Strahan, Wilson, Cressman, & Buote, 2006), por estes não fornecerem informação que seja útil e que tenha um impacto significativo no *self* (Wood, 1989).

Assim, seria esperado que mulheres, em geral, percepcionassem imagens dos *media* de mulheres com corpos filiformes (*e.g.,* modelos, actrizes, celebridades) como alvos sociais irrelevantes. Contudo, nas mulheres, a auto-avaliação da aparência física distingue-se das tendências usuais da comparação social de outros domínios (*e.g.* aptidões sociais) (Wood, 1989)[4]. E, portanto, mulheres que crêem serem elas próprias julgadas de acordo com os padrões socioculturais que determinam a magreza como ideal de beleza e que proclamam o peso e a aparência física como aspectos altamente controláveis, consideram aquelas imagens como alvos comparativos relevantes. Tal comparação promove a discrepância entre a atractividade do próprio e daquelas, conduzindo a uma maior avaliação negativa de si mesmo

4 Tal verifica-se nomeadamente no que concerne aos objectivos de auto-engrandecimento, ou seja, a tentativa pessoal de manter uma visão positiva para proteger ou aumentar a auto-estima, através de comparações sociais descendentes (Wood, 1989).

(Jones, 2001), sentimentos de vergonha corporal (Markham, Thompson, & Bowling, 2005) e afecto negativo, predispondo à realização de dietas e ao desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar (Thompson, Coovert, & Stormer, 1999; Blowers, Loxton, Grady-Flesser, Occhipinti, & Dawe, 2003), nomeadamente sintomatologia bulímica (Stice, 2001a; Krones, Stice, Batres, & Orjada, 2005).

Não obstante, reconhece-se na literatura que os alvos de comparação poderão ser seleccionados não apenas do mundo distal dos *media*, mas também do mundo proximal do quotidiano (Jones, 2001). De facto, estudos demonstram que há maior insatisfação corporal quando a exposição é feita com imagens de pares atraentes, do que quando é feita com modelos atraentes (Cash, Cash, & Butters, 1983) tendendo o par magro a ser particularmente ameaçador ao representar um padrão que se *deveria* conseguir alcançar.

Em suma, a comparação social, nomeadamente a comparação social da aparência física, pode envolver efeitos perniciosos, perpetuando sentimentos de insatisfação e inadequação relativamente à dimensão da atractividade física, entendidos já como *normativos* na sociedade actual. Contudo, é apenas quando passa a haver uma sobre-avaliação da forma e do peso corporais e, consequentemente do seu controlo, como determinantes do valor pessoal, que se passa a fronteira que define a presença de uma perturbação alimentar de significância clínica (Fairburn, 2008).

A pertinência de intervenções baseadas no *mindfulness* para a ingestão alimentar compulsiva e bulimia justifica-se, então, considerando uma corrente transaccional de eventos iniciada com pensamentos distorcidos acerca da magreza e da dieta, especialmente em indivíduos com baixa auto-estima e preocupações com a forma corporal e peso, que internalizam a pressão sócio-cultural para a magreza (vendo-a como sinónimo de auto-eficácia e valorização pessoal), o que aumenta a sua insatisfação corporal e conduz à implementação de uma dieta restritiva com regras rígidas e objectivos irrealistas. A privação calórica aumenta a probabilidade de ocorrerem episódios de ingestão compulsiva que, ao violarem as restrições da dieta, aumentam a suposta validade das cognições de fracasso, conduzem a *distress*, culpa e auto-criticismo, aumentando circularmente as preocupações com o peso e forma corporais (Baer, Fischer, & Huss, 2005). Além disso, considera-se que a ingestão compulsiva é motivada pelo desejo de escapar a estados emocionais aversivos associados à incapacidade percebida de atingir padrões pessoais elevados (Haetherton & Baumeister, 1991). As emoções negativas podem ser desencadeadas por uma série de situações (*e.g.,* comparação social da aparência física e vergonha corporal) e, ao desfocar a atenção do afecto negativo, a ingestão compulsiva alivia temporariamente o desconforto, sendo negativamente reforçada (Kristeller et al., 2006) e funcionando como evitamento experiencial a curto-prazo, aumentando, posteriormente, o afecto negativo.

A importância da cognição no início e manutenção desta sintomatologia suporta a pertinência de estratégias de tratamento via *mindfulness*. Assim, perante pensamentos distorcidos acerca da quebra de uma regra alimentar, uma perspectiva *mindful*, ao promover a observação não julgadora, experiência e a aceitação dos mesmos, facilitaria a compreensão da sua transitoriedade, de que não reflectem a realidade, e nem implicam um comportamento reactivo e mal-adaptativo de ingestão compulsiva. Uma visão descentrada e aceitadora das emoções pode ainda prevenir a experiência de reacções emocionais secundárias (e.g. culpa, vergonha), promovendo a capacidade de realizar escolhas mais adaptativas de resposta quando se experienciam fortes estados emocionais (Kristeller et al., 2006).

2. Método

2.1. Objectivos

Dado que o *mindfulness* tem sido apontado na literatura como um importante mecanismo na regulação emocional e no bem-estar psicológico (Brown & Ryan, 2003) despertando o interesse pela sua utilidade no desenvolvimento de programas de intervenção para a bulimia e para a ingestão compulsiva (Kristeller et al., 2006), pretendemos neste estudo explorar diversas hipóteses acerca da importância do *mindfulness* como traço protector para a patologia bulímica.

Mais especificamente, os objectivos deste estudo são: a) explorar as associações entre o traço de *mindfulness* e os comportamentos bulímicos, a discrepância entre a imagem corporal real e ideal e variáveis de *ranking* (comparação social, comparação social através da aparência física e vergonha), numa amostra da população geral e numa amostra com perturbação do comportamento alimentar; b) verificar a existência de diferenças significativas nas variáveis em estudo entre doentes com um padrão alimentar restritivo e doentes com um padrão alimentar caracterizado pela presença de episódios de ingestão alimentar compulsiva; c) examinar o poder preditivo do traço de *mindfulness* no conjunto de variáveis consideradas de risco para a patologia do comportamento alimentar.

Assim, de acordo com investigações anteriores, espera-se que o *mindfulness* se correlacione com as variáveis em estudo de tal modo que sujeitos com pontuações mais elevadas no traço de *mindfulness* apresentem menor vulnerabilidade e envolvimento em comportamentos bulímicos, realizem comparações sociais e da aparência física mais favoráveis e possuam menor vergonha externa.

Além disso, espera-se que o *mindfulness* surja como variável preditora dos comportamentos bulímicos no conjunto de variáveis empiricamente reconhecidas

como de risco para a patologia do comportamento alimentar, nomeadamente no envolvimento em comportamentos bulímicos (Stice, 2001a; Krones et al., 2005).

2.2. Participantes

A **população não-clínica** é constituída por 354 estudantes do sexo feminino, pertencentes a instituições do ensino superior dos distritos de Coimbra e Leiria[5], com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos (*M* = 20.40; *DP* = 1.74); assim como por um total de 297 mulheres a exercer em diversos sectores laborais, com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos (*M* = 38.03; *DP* = 9.15). Ambos os grupos apresentam valores médios de I.M.C. que se situam no intervalo considerado um "peso normal" (O.M.S., 2006) (*M* = 21.46; *DP* = 2.94 e *M* = 23.38; *DP* = 3.61, respectivamente). Os dados descritivos das amostras da população não-clínica são apresentados no Quadro 1.

A **população clínica** é constituída por 42 sujeitos acompanhados na Consulta de Distúrbios Alimentares, no serviço de Psiquiatria e no serviço de Urgências, dos Hospitais da Universidade de Coimbra, bem como no serviço de Psiquiatria do Hospital de São João, no Porto[6], sendo esta constituída por doentes que, aquando do processo de recolha, cumpriam os critérios diagnósticos para uma Perturbação do Comportamento Alimentar, conforme estabelecido pela entrevista *Eating Disorder Examination 16.0 D* (Fairburn, Cooper, & O'Connor, 2008)[7]. Apresentam idades compreendidas entre os 14 e os 41 anos (*M* = 22.26; *DP* = 6.26). A maioria dos doentes (47.7%) situa-se dentro do intervalo de peso considerado "normal", seguindo-se aqueles possuem um I.M.C. inferior a 17.5 (40.5%)[8]. Os dados descritivos da amostra da população clínica são apresentados no Quadro 2. Os quadros clínicos e tipo de padrão alimentar da mesma podem ser verificados no Quadro 3.

---

5 Das instituições que colaboraram na presente investigação fazem parte a Escola Superior Agrária de Coimbra, o Instituto Superior de Engenharia de Coimbra, a Escola Superior de Educação de Coimbra, a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, o Instituto Superior Miguel Torga, a Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, a Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, e o Instituto Politécnico de Leiria.

6 Foi obtido o consentimento das respectivas comissões de ética das instituições para prosseguir com o processo de recolha da amostra clínica.

7 Importa aqui salientar que não integram a amostra clínica doentes que se encontravam, na altura da recolha, em fase de negação do processo de doença.

8 Preenchendo um dos critérios definidos pelo DSM-IV-TR (APA, 2002) para o diagnóstico de Anorexia Nervosa.

Quadro 1 – Características gerais das amostras da população não-clínica: Idade, Anos de Escolaridade, Estado Civil e I.M.C.

	Estudantes (n=354)		População Geral (n=297)		Total (n=651)			
	M	DP	M	DP	M	DP	t	p
Idade 18 – 64	20.40	1.74	38.03	9.15	28.44	10.81	35.505	.000**
Anos de Escolaridade 4 – 22	13.21	1.08	13.72	3.28	13.44	2.36	2.717	.007**
Estado Civil	N	%	N	%	N	%	X^2	P
Solteiro	353	99.7	106	35.7	459	70.5	3.224	.000**
Casado	0	0	159	53.3	159	24.4		
Divorciado	0	0	29	9.8	29	4.5		
Viúvo	0	0	3	1.0	3	0.4		
União de Facto	1	0.3	0	0	1	0.2		
I.M.C. ≤17.5 – ≥30.0	21.46	2.94	23.38	3.61	22.33	3.40	7.473	.000**

** p≤.01; * p≤.05

Quadro 2 – Características gerais da população clínica: Idade, Anos de Escolaridade, Estado Civil e I.M.C.

	N	%	M	DP
Sexo				
Feminino	40	95.2		
Masculino	2	4.8		
Idade			22.26	6.26
14 – 41	42	100		
Anos de Escolaridade			12.55	2.68
6 – 18				
Estado Civil				
Solteiro	39	92.9		
Casado	3	7.1		
I.M.C.			19.36	3.61
≤ 17.5	17	40.5		
17.6 – ≥ 30.0	25	59.5		

Quadro 3 – Quadros clínicos e Padrão Alimentar da população clínica (n=42)

	Bulimia Nervosa	Anorexia Nervosa		P.A.S.O.E.	
	Ingestão Compulsiva	Restritivo	Ing. Compulsiva	Restritivo	Ing.Compulsiva
n	13	8	6	10	5
%	30.95	19.05	14.29	23.81	11.90

1.3. Procedimentos e instrumentos

Os participantes preencheram uma bateria de instrumentos de auto-resposta, tendo previamente sido facultado esclarecimento acerca dos procedi-

mentos e objectivos do estudo, do papel voluntário do participante e da estrita confidencialidade das respostas, usadas somente para o propósito deste estudo. As estudantes realizaram a tarefa em contexto de sala de aula, no final da mesma com o conhecimento e autorização prévios da instituição de ensino; às mulheres da população geral foram entregues os protocolos em envelopes selados, posteriormente recolhidos. As direcções das instituições laborais foram contactadas, os objectivos da investigação foram esclarecidos e foram obtidas as autorizações para que os seus empregados pudessem participar no estudo. Aos sujeitos da amostra clínica solicitou-se ainda a participação na entrevista *Eating Disorder Examination 16.0 D* (Fairburn, Cooper, & O'Connor, 2008), a qual foi administrada por investigadores clínicos com treino e supervisão prévia.

Seguidamente é apresentada uma breve descrição de cada um dos instrumentos utilizados, bem como das principais características psicométricas de cada um deles.

FFMQ – Five Facet *Mindfulness* Questionnaire (Baer et al., 2006; versão portuguesa de Gregório & Pinto-Gouveia 2011). Este questionário resulta da análise factorial de vários instrumentos de avaliação do *mindfulness* enquanto traço. Avalia cinco facetas do traço de *mindfulness*: *Não reagir* à experiência interna; *Observar* (atendendo a estímulos internos e externos); *Descrever* (rotular mentalmente esses estímulos com palavras); *Agir com Consciência Reflexiva* (ao invés de agir automati-camente); e *Não julgar* a experiência. No que concerne às características psicométricas (Baer et al., 2006), constata-se que as subescalas apresentam uma consistência interna adequada a boa, revelando um *alpha de Cronbach* de .75 para a *Não reagir*, de .83 para a *Observar*, de .87 para a *Agir com Consciência Reflexiva*, de .91 para a *Descrever* e de .87 para a *Não julgar*. Pinto Gouveia e Gregório (2011) obtiveram os seguintes valores de *alpha de Cronbach*: .66 para a *Não reagir*, .78 para a *Observar*; .89 para a *Agir com Consciência Reflexiva*; .88 *Descrever* e .86 para a *Não julgar*. No presente estudo, os valores de consistência obtidos foram de .56, .76, .89, .88 e de .84, respectivamente; a escala Total revelou um *alpha* de .84.

SCRS – Social Comparison Rating Scale (Allan & Gilbert, 1995; versão portuguesa de Gato, 2003). Este questionário, constituído por 11 itens, fornece uma medida da posição social percebida do sujeito face a constructos bipolares como Inferior/Superior, Antipático/Mais simpático. A SCRS contém dois factores – *Hierarquia* e *Ajustamento Social*. Pontuações mais elevadas referem-se a avaliações mais positivas. No presente estudo, utilizámos apenas a escala total de Comparação Social que revelou um *alpha de Cronbach* de .91.

ECSAF – Escala de Comparação Social através da Aparência Física (Ferreira, Pinto Gouveia, & Duarte, *in press*). Este questionário, que compreende 12 itens, avalia o modo como o sujeito se compara em termos da aparência física com amigas,

colegas ou raparigas conhecidas, assim como com modelos, actrizes ou artistas de televisão, seguindo a mesma metodologia diferencial semântica que o anterior (*e.g.* Inferior/Superior, Feia/Bonita). Pontuações mais elevadas respeitam a percepções mais favoráveis do próprio. Foram obtidos valores de consistência interna de .94 para a subescala Pares, e de .95 para a subescala Modelos. Neste estudo obtiveram-se valores correspondentes a uma consistência interna muito boa (.95 e .97, para as subescalas Pares e Modelos, respectivamente).

OAS – Other as Shamer (Goss, Gilbert & Allan, 1994; versão portuguesa de Matos, Pinto-Gouveia & Duarte, 2011). Esta escala, constituída por 18 itens, visa avaliar a vergonha externa, ou seja, o que as pessoas pensam acerca do modo como os outros as vêem. Relativamente à consistência interna (Goss et al., 1994), revela na escala total um *alpha* de Cronbach de .90. No presente estudo, o valor obtido foi de .95 e somente a escala total foi utilizada.

FRS – Figure Rating Scale (Fallon & Rozin, 1985; Thompson & Altabe, 1991; traduzido e adaptado por Ferreira, 2003). O Questionário das Silhuetas é constituído por uma sequência de 9 silhuetas, numeradas de 1 a 9, em que os números mais baixos correspondem às silhuetas mais magras, que aumentam em conformidade com o número. É pedido ao sujeito que escolha o número correspondente à silhueta que considera melhor representar: a sua imagem e dimensão corporal actual; a sua imagem corporal ideal; a forma que sente ter a maior parte do tempo; a imagem corporal socialmente valorizada como "elegante"; e a que considera ser mais atraente para o sexo masculino. No nosso estudo utilizámos a diferença entre a imagem corporal actual e a imagem corporal ideal como uma medida de insatisfação corporal.

EDI – Eating Disorder Inventory (Garner, Olmsted, & Polivy, 1983; versão portuguesa de Machado, Gonçalves, Martins, & Soares, 2001). Esta escala corresponde a uma metodologia de auto-avaliação compreensiva das dimensões comportamental e psicológica da patologia do comportamento alimentar, das mais utilizadas e mais rigorosas, podendo ser utilizada como uma medida de diagnóstico. É constituída por 64 itens divididos em 8 subescalas, sendo que 3 das quais avaliam atitudes e comportamentos relativos ao peso, à forma corporal e à alimentação e as restantes 5 pretendem medir características psicológicas comuns aos sujeitos com patologia alimentar. Relativamente à sua consistência interna, verifica-se que a versão portuguesa (Machado et al., 2001) apresenta níveis bons para a subescala usada no presente estudo – *Bulimia*: .81. Para o nosso estudo os valores obtidos revelaram uma consistência interna de .78.

EDE 16.0 – Eating Disorder Examination 16.0 D (Fairburn et al., 2008; versão portuguesa de Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2010) A EDE é uma entrevista

estandardizada que determina a presença de diagnósticos baseados nos critérios da DSM-IV-TR (APA, 2002) e permite a avaliação da frequência e intensidade de aspectos comportamentais e psicológicos das Perturbações Alimentares, como a restrição alimentar, preocupação com a alimentação e preocupações com o peso e forma corporal. É considerado um método de avaliação rigoroso com índices excelentes de consistência interna, de fidelidade teste-reteste, e de validade discriminante e concorrente.

3. Resultados

3.1. *Mindfulness*, Vulnerabilidade aos Comportamentos Bulímicos, Discrepância entre o Corpo Real e o Ideal e Variáveis de *Ranking* na População Não-clínica

No sentido de compreendermos a associação entre o traço de *mindfulness* e a vulnerabilidade aos comportamentos bulímicos, discrepância entre o corpo real e o ideal, comparações sociais e da aparência física com pares e com modelos e a vergonha externa, na população não-clínica, realizámos correlações de Pearson. Os resultados são apresentados no Quadro 4.

Os coeficientes de correlação de Pearson produto-momento mostram que a escala total do FFMQ se correlaciona negativamente com a subescala *Bulimia*. As subescalas *Descrever*, *Agir com Consciência Reflexiva* e *Não Julgar* do FFMQ apresentam-se negativamente correlacionadas com a subescala *Bulimia* do EDI. Verifica-se uma correlação positiva entre a subescala *Observar* e a *Bulimia*.

Verificam-se associações positivas entre a escala total do FFMQ e a escala SCRS e as subescalas *Pares* e *Modelos* do ECSAF. As subescalas *Descrever*, *Não Julgar* e *Agir com Consciência* revelam uma correlação positiva significativa com a escala total do SCRS e com as subescalas *Pares* e *Modelos* do ECSAF.

Verificamos que a escala total do FFMQ está negativamente correlacionado com a escala total OAS. Também as subescalas *Agir com Consciência Reflexiva* e *Descrever* do FFMQ apresentam correlações negativas significativas com a escala OAS. É a subescala *Não Julgar* a que apresenta uma correlação negativa de magnitude mais elevada. Contrariamente às restantes, a subescala *Observar* apresenta uma correlação positiva significativa com a escala OAS.

Quadro 4 – Correlações entre o FFMQ e a bulimia, a discrepância entre o corpo real e o ideal, a comparação social e a comparação social da aparência física e a vergonha externa na população não-clínica (n=651)

	Observar	Descrever	Agir Cons.	Não Julgar	Não Reagir	Total
EDI – Bulimia	.159**	-.119**	-.291**	-.270**	.068	-.192**
QS – Disc. Real/Ideal	.051	.033	.029	-.006	.002	.042
SCRS – Total	.003	.247**	.163**	.235**	.030	.258**
ECSAF – Pares	.020	.225**	.131**	.212**	.090*	.248**
ECSAF – Modelos	.003	.212**	.199**	.232**	.084	.270**
OAS – Total	.134**	-.355**	-.430**	-.549**	-.004	-.469**

** p≤.01; * p≤.05

3.2. Comparação dos Grupos da População Clínica

Considerando a hipótese de que a qualidade da mente *mindfulness* diferencia doentes com um padrão em que ocorrem episódios de ingestão compulsiva e doentes com um padrão restritivo, dividimos a amostra clínica em dois grupos – Tipo Ingestão compulsiva e Tipo Restritivo – de acordo com os itens de diagnóstico definidos na EDE 16.0 D (Fairburn et al., 2008).

A comparação destes dois grupos (Quadro 5) mostrou que, quanto à patologia do comportamento alimentar, encontram-se diferenças estatisticamente significativas a nível da subescala *Bulimia* com as doentes com Ingestão Compulsiva a apresentar valores superiores comparativamente às Restritivas (*M* = 5.79 *vs. M* = .39). Existem diferenças estatisticamente significativas na *Discrepância entre o Corpo Real e o Corpo Ideal*, com as doentes de tipo Ingestão Compulsiva a apresentarem valores superiores (*M* = 1.83 *vs. M* = .55). Diferenças estatisticamente significativas encontram-se igualmente na Comparação Social através da Aparência Física com *Pares* e *Modelos*, com as doentes com Ingestão Compulsiva a compararem-se menos favoravelmente com as amigas/colegas/conhecidas (*M* = 3.04 *vs. M* = 4.18) e modelos/actrizes/artistas (*M* = 2.05 *vs. M* = 3.31) do que as doentes Restritivas.

Quanto às dimensões do *mindfulness*, constatam-se diferenças significativas entre os grupos a nível da escala total e das subescalas *Agir com Consciência Reflexiva* e *Não Julgar* com as doentes com Ingestão Compulsiva a apresentarem um menor traço de *mindfulness*, em geral (*M* = 2.73 *vs. M* = 3.07), a apresentarem uma menor capacidade de *Agir com Consciência Reflexiva* (*M* = 2.65 *vs. M* = 3.50) e a *Julgarem* mais a experiência (*M* = 2.35 *vs. M* = 2.98), comparativamente às doentes Restritivas.

Não se verificaram diferenças entre os grupos no que diz respeito à comparação *social*, *vergonha externa* e às facetas do traço de *mindfulness Observar*, *Descrever* e *Não Reagir*[9].

Quadro 5 – Médias e Desvios – Padrão das variáveis em estudo na população clínica (n=42)

	Tipo Ingestão Compulsiva (n = 24)		Tipo Restritivo (n = 18)			
	M	DP	M	DP	t	p
QS – Discrepância Real/Ideal	1.83	1.81	0.55	1.25	2.71	0.010**
SCRS – Total	3.87	1.49	4.82	1.87	1.78	0.085
ECSAF – Pares	3.04	1.35	4.18	1.97	2.12	0.044*
ECSAF – Modelos	2.05	1.11	3.31	1.87	2.72	0.010**
OAS – Total	2.30	0.79	1.85	0.76	1.89	0.066
EDI – Bulimia	5.79	5.24	0.39	1.24	4.27	0.000**
FFMQ – Total	2.73	0.36	3.07	0.40	2.78	0.009**
FFMQ – Observar	3.46	0.63	3.21	0.71	1.18	0.246
FFMQ – Descrever	2.65	0.72	3.03	0.84	1.53	0.135
FFMQ – Agir com Consciência	2.65	0.79	3.50	0.67	3.78	0.001**
FFMQ – Não Julgar	2.35	0.78	2.98	0.73	2.66	0.011**
FFMQ – Não Reagir	2.54	0.46	2.56	0.46	0.19	0.847

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

3.3. *Mindfulness*, Comportamentos Bulímicos, Discrepância entre o Corpo Real e o Ideal e Variáveis de Ranking na População Clínica

O Quadro 6 ilustra as correlações, na população clínica, entre a escala total e as subescalas do FFMQ e a subescala *Bulimia* do EDI, *Discrepância entre o Corpo Real e o Corpo Ideal*, a escala total do SCRS, as subescalas *Pares* e *Modelos* do ECSAF e a escala total do OAS.

Os coeficientes de correlação produto-momento de *Pearson* permitiram-nos constatar a existência de correlações negativas entre a escala total FFMQ e a *Discrepância entre o Corpo Real e Ideal*, e a subescala *Bulimia* do EDI.

A subescala *Agir com Consciência Reflexiva* apresenta correlações negativas estatisticamente significativas ($p < .01$) com a *Discrepância entre o Corpo Real e o Ideal* e com a *Bulimia* do EDI.

9 Todos os resultados obtidos com o teste t-student, foram confirmados através do teste de Mann-Whitney. A única excepção verificou-se no resultado da variável de comparação social através da aparência física com amigas, o qual se encontra no limiar de significância ($p = .073$).

Verifica-se a existência de associações positivas significativas (p <.01) entre a escala total de *Mindfulness* e a *Comparação Social* e as subescalas *Pares* (r = .624) e *Modelos* da ECSAF. Também as subescalas *Agir com Consciência*, *Não Julgar* e *Descrever* se apresentam positivamente associados com a *Comparação Social* e com a *Comparação Social através da Aparência Física* com *Pares* e com *Modelos*.

Verificámos que o *Mindfulness* se associa negativamente à *Vergonha Externa*. A subescala *Agir com Consciência* apresenta com a mesma uma correlação negativa estatisticamente significativa, seguindo-se a subescala *Não Julgar* e a subescala *Descrever*.

Quadro 6 – Correlações entre o FFMQ e a discrepância entre o corpo real e o ideal, a procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal, a comparação social e a comparação social da aparência física e a vergonha externa (n=42)

	Ob-servar	Descrever	Agir Cons.	Não Julgar	Não Reagir	Total
EDI – Bulimia	.113	-.234	-.388*	-.230	-.202	-.352*
QS – Disc. Real/Ideal	-.031	-.155	-.435**	-.238	-.122	-.377*
SCRS – Total	.107	.536**	.569**	.465**	.115	.699**
ECSAF – Pares	-.044	.421**	.593**	.555**	-.019	.624**
ECSAF – Modelos	-.188	.361*	.604**	.567**	-.017	.562**
OAS – Total	.219	-.308*	-.628**	-.581**	-.068	-.563**

** p≤.01; * p≤.05

3.4. O Traço de *Mindfulness* como Variável Preditora da Bulimia

Para melhor compreender os resultados anteriores, e com o propósito de perceber a contribuição do traço de *mindfulness* na predição da variância da patologia do comportamento alimentar, na sua componente dos comportamentos bulímicos, no conjunto de variáveis apontadas na literatura como de risco para a patologia do comportamento alimentar (Discrepância entre o Corpo Real e o Ideal, Comparação Social, Comparação da Aparência Física e a Vergonha Externa[10]), recorreu-se ao método de análise de regressão múltipla hierárquica, tendo como variável critério a Bulimia (avaliada pelo EDI). Considerando-se que a patologia alimentar obedece a um contínuo de gravidade e perante os resultados facultados pelas análises anteriores, optámos por agrupar as populações não-clínica e clínica, constituintes da amostra Total do presente estudo (N = 693). Na realização desta análise de regressão considerámos as variáveis que apresentavam uma correlação significativa e de uma magnitude mais elevada com a variável critério.

10 Avaliadas, respectivamente, pela FRS, pela escala Total da SCRS, pelas subescalas da ECSAF e pela escala Total da OAS.

Para perceber a predição significativa dos comportamentos bulímicos, introduzimos no primeiro bloco as subescalas *Agir com Consciência Reflexiva* e *Não Julgar* (medidas pelo FFMQ); às quais acrescentámos, no segundo bloco, a *Discrepância entre o Corpo Real e o Ideal*; e, no terceiro bloco, a *Comparação Social*, a *Comparação Social através da Aparência Física* com *Pares* e com *Modelos*, e finalmente, incluímos a *Vergonha Externa* (Quadro 7).

Quadro 7 – Análise de regressão múltipla hierárquica com as subescalas agir com consciência e não julgar (FFMQ), a discrepância entre a imagem corporal real e ideal (FRS), a comparação social (SCRS) e comparação social da aparência física com pares e modelos (SCRSPA) e a vergonha externa (OAS), a predizer a Bulimia (EDI; variável dependente) (*n*=693)

Modelo	R	R^2	gl	F change	p
1	.353	.125	(2,690)	49.140	.000
2	.401	.161	(1,689)	29.812	.000
3	.452	.204	(4,685)	9.246	.000

Quadro 8 – Coeficientes de Regressão para os três blocos da equação de regressão múltipla hierárquica (n=693)

Modelo	Preditores	β	t	p
1	FFMQ – Agir com Consciência	-.216	-5.282	.000
	FFMQ – Não Julgar	-.192	-4.689	.000
2	FFMQ – Agir com Consciência	-.214	-5.340	.000
	QS – Discrepância Real/Ideal	.191	5.460	.000
	FFMQ – Não Julgar	-.180	-4.477	.000
3	FFMQ – Agir com Consciência	-.184	-4.529	.000
	ECSAF – Pares	-.148	-2.288	.022
	QS – Discrepância Real/Ideal	.136	3.861	.000
	ECSAF – Modelos	-.116	-2.268	.024
	FFMQ – Não Julgar	-.102	-2.305	.021

Os resultados da análise de regressão (Quadros 7 e 8) mostram que o primeiro Modelo é estatisticamente significativo, explicando 12.5% da variância da *Bulimia* ($F_{(2,690)}$ = 49.14; p < .001). Assim, observamos que na relação entre as subescalas do *Mindfulness* e a *Bulimia*, surgem como preditores significativos, de um maior para um menor contributo, as subescalas *Agir com Consciência* com um β = -.22 (p < .001) e *Não Julgar* com um β = -.19 (p < .001).

No segundo Modelo, que explica 16.1% da variância ($F_{(1,689)}$ = 29.81; *p* < .001) a subescala *Agir com Consciência* continua a surgir como principal preditor, com um β = -.21 (*p* < .001), seguindo-se, a *Discrepância entre o Corpo Real e o Ideal* com um β = .19 (*p* < .001) e a subescala *Não Julgar* com um β = -.18 (*p* < .001).

O terceiro Modelo apresenta igualmente significância estatística, explicando 20.4% da variância da *Bulimia* ($F_{(4,685)} = 9.25$; $p < .001$), sendo que mesmo quando fazemos entrar no modelo as componentes de *Comparação Social* e de *Comparação Social através da Aparência Física*, mantém-se a subescala *Agir com Consciência* como melhor preditora, com um $\beta = -.18$ ($p < .001$). São também preditoras, ainda que o seu contributo seja menor, a *Comparação Social através da Aparência Física* com *Pares* com um $\beta = -.15$ ($p = .022$), a *Discrepância entre o Corpo Real* e o Ideal com um $\beta = .14$ ($p < .001$), a *Comparação Social através da Aparência Física* com *Modelos* com um $\beta = -.12$ ($p = .024$) e, por fim, a subescala *Não Julgar* com um $\beta = -.10$ ($p = .021$).

Os resultados permitem-nos, então, sugerir que é tanto maior a sintomatologia bulímica quanto menos o sujeito adopta um modo de agir *mindful* consciente e reflexivo, menos se compara fisicamente de um modo favorável com amigas/colegas/conhecidas, quanto mais percepciona que o seu corpo real se distancia do corpo que considera ideal, quanto menos realiza comparações favoráveis em termos da aparência física com modelos/actrizes/artistas e quanto menos adopta uma postura não julgadora em relação aos seus pensamentos ou sentimentos dolorosos.

4. Discussão

Recentemente vem-se a assistir a um número crescente de investigações que visam compreender o constructo de *mindfulness* e o seu papel no funcionamento psicológico adaptativo e na redução do sofrimento. Neste âmbito, tem-se apontado tal qualidade da mente como preponderante no desenvolvimento de capacidades de regulação emocional (Bishop et al., 2004). A importância da cognição no início e manutenção das perturbações alimentares tem sido evidenciada na literatura, justificando a pertinência de intervenções baseadas no *mindfulness* para a bulimia e ingestão compulsiva (Baer et al., 2005; Kristeller et al., 2006).

Atendendo ao contínuo de gravidade subjacente à patologia do comportamento alimentar, o presente estudo teve como principal objectivo investigar as propriedades protectoras de facetas do traço de *mindfulness* ou *mindfulness* da "vida diária" (Baer et al., 2006) nos comportamentos bulímicos. De acordo com o nosso conhecimento, este é o primeiro estudo acerca deste papel do traço de *mindfulness*, numa amostra de mulheres portuguesas, e inclusive, de doentes diagnosticadas com perturbação do comportamento alimentar.

Os resultados obtidos revelaram que, na população não-clínica se assiste a uma associação significativa e negativa entre os comportamentos bulímicos e o traço

de *mindfulness*, e, particularmente, com as facetas descrever a experiência, agir com consciência reflexiva, e não julgamento da experiência. Estes dados são consistentes com as nossas predições e providenciam evidência para a sugestão teórica de que a promoção de uma atitude de atenção, curiosidade e aceitação dos estados emocionais negativos ou pensamentos dolorosos, e de formas mais reflectidas e menos automáticas e reactivas de actuar, são de especial importância na cessação dos comportamentos de ingestão alimentar compulsiva (Kristeller et al., 2006).

Os nossos resultados são ainda consistentes com as investigações que têm demonstrado uma associação entre o *mindfulness* e maior bem-estar, por um lado, e menor perturbação cognitiva e emocional por outro. De facto, verificámos associações significativas positivas entre o *mindfulness* e aquelas facetas e comparações sociais baseados na aparência física, quer com amigas, colegas e/ou conhecidas, quer com modelos, actrizes e/ou celebridades, favoráveis. Associações negativas significativas foram encontradas, tal como esperado, entre o traço de *mindfulness* e as capacidades de agir com consciência reflexiva, não julgar e descrever a experiência e a vergonha externa.

Na população clínica, a comparação entre doentes com um padrão alimentar restritivo e doentes com um padrão alimentar de ingestão alimentar compulsiva mostra que as segundas, realizam comparações sociais da aparência física menos favoráveis, quer quando o alvo de comparação são amigas, colegas ou conhecidas, quer quando são modelos, actrizes ou celebridades. Verificou-se ainda que estas doentes percepcionam uma maior distância entre o seu corpo real e o corpo que vêm como ideal, e, como esperado, apresentam índices superiores na subescala da bulimia. E, de acordo com as nossas expectativas, estas doentes apresentam pontuações mais baixas de traço de *mindfulness* e, mais especificamente, das facetas agir com consciência reflexiva e não julgar a experiência.

Os resultados das correlações na população clínica confirmaram que, quer na população não-clínica, quer na população clínica, se verifica uma relação negativa significativa entre o traço de *mindfulness*, nomeadamente da sua capacidade de agir com consciência reflexiva, e a bulimia, medida pelo EDI. Relações negativas são também verificadas entre o traço de *mindfulness* e, mais especificamente, as facetas agir com consciência reflexiva, descrever e não julgar a experiência, e a vergonha externa. Por outro lado, foi possível constatar a existência de uma relação positiva significativa entre o traço de *mindfulness* e aquelas facetas, e comparações sociais baseadas na aparência física, quer com pares, quer com alvos superiores de comparação, favoráveis.

Nos nossos resultados verificámos uma correlação positiva entre a faceta observar do FFMQ e a bulimia medida pelo EDI, na população não-clínica. Este resultado,

embora inesperado, está de acordo com outros resultados verificados em relação a esta subescala do FFMQ, tendo sido verificadas associações positivas entre aquela e psicopatologia, na população geral, sem experiência em práticas de meditação (Baer et al., 2008). Também no estudo da versão portuguesa do FFMQ foi encontrada uma associação entre esta subescala e psicopatologia (Pinto Gouveia & Gregório, 2010). Deparámo-nos igualmente com a ausência de relações esperadas quanto às facetas observar e não reagir do FFMQ e as variáveis em estudo. Tal poderá também ser explicado atendendo ao carácter fenomenológico destas subescalas.

Os resultados encontrados apoiam assim a nossa primeira hipótese de que há uma associação entre o traço de *mindfulness* e comparações sociais e da aparência física mais favoráveis, menor vergonha externa, menor vulnerabilidade à patologia do comportamento alimentar e índices inferiores de patologia do comportamento alimentar, nomeadamente comportamentos de ingestão alimentar compulsiva. Tais resultados vão ao encontro das investigações que se têm vindo a realizar e a demonstrar a importância de tal constructo na promoção de bem-estar (Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 1990; Brown & Ryan, 2003), assim como dos estudos que apontam a importância do seu papel na regulação de estados emocionais negativos subjacentes ao envolvimento em comportamentos bulímicos (Kristeller et al., 2006).

Para testar a hipótese de que o traço de *mindfulness* seria um importante preditor enquanto variável protectora da patologia do comportamento alimentar, realizámos uma análise de regressão múltipla hierárquica. Para este efeito juntámos as amostras da população não-clínica e clínica, assumindo que quer os episódios bulímicos, quer o traço de *mindfulness*, a comparação social e da aparência física, a vergonha externa e a insatisfação com a imagem corporal, estão distribuídos ao longo de um contínuo de gravidade, da população geral a doentes diagnosticadas com uma perturbação do comportamento alimentar de significância clínica. Além disso, nos estudos de correlação atrás apontados verificou-se que tanto na população normal, como na população clínica, as associações encontradas vão neste mesmo sentido, com as doentes a apresentarem coeficientes de correlação de magnitude superior.

O modelo de regressão encontrado explica 20.4% da variância dos comportamentos bulímicos medidos pelo EDI, mostrando-se a faceta agir com consciência reflexiva a melhor preditora. Estes resultados parecem sugerir que o traço de *mindfulness*, através desta faceta, poderá aumentar a consciência dos padrões automáticos de reactividade que estão subjacentes ao envolvimento em comportamentos de ingestão alimentar compulsiva. Estes, por sua vez, são motivados pelo desejo de escapar a estados emocionais aversivos relacionados com a incapacidade de atingir padrões pessoais elevados (Haetherton & Baumeister, 1991), como sendo

a percepção que o corpo que se tem se afasta da figura filiforme que se deseja. O contributo do nosso estudo é ainda evidente ao constatarmos que é também tanto maior o envolvimento em comportamentos bulímicos quanto menos se adopta uma postura não julgadora dos pensamentos ou sentimentos dolorosos. Estes resultados apoiam a introdução de um componente de *mindfulness* nos protocolos terapêuticos da patologia do comportamento alimentar. E vão no mesmo sentido de estudos exploratórios que revelam a eficácia destes programas de tratamento que incluem o desenvolvimento de uma mente com qualidades *mindful* (Kristeller & Hallet, 1999).

Os dados possibilitados com o presente estudo reforçam, portanto, a pertinência de intervenções terapêuticas no âmbito da patologia do comportamento alimentar que incorporem o *mindfulness*, instigando uma consciência equilibrada, não-elaborada e aceitadora de pensamentos e emoções dolorosas. Tal promoverá o desenvolvimento de estratégias de regulação emocional eficazes, contrariando o envolvimento em comportamentos mal-adaptativos em resposta daqueles, como sendo os episódios de ingestão alimentar compulsiva.

Importa apontar algumas limitações metodológicas deste estudo. Destacamos primeiro a constituição e características da amostra da população clínica. Com efeito, o seu tamanho reduzido poderá ter influenciado a não obtenção de diferenças estatisticamente significativas em determinadas variáveis. Seria portanto importante a replicação deste estudo numa amostra clínica mais numerosa, no sentido de garantir uma maior consistência dos dados. Face aos resultados obtidos, consideramos importante a realização de estudos que explorem se os dados encontrados variam em função do grupo etário e do género. Finalmente, a comparação entre população clínica e não-clínica é de especial relevo em investigações posteriores. Outra possível limitação do nosso estudo prende-se com o facto de termos usado o questionário FFMQ de Baer e colaboradores (2006) que revela, de facto, resultados particulares quando aplicado a participantes sem experiência de práticas meditativas de *mindfulness*.

Não obstante as limitações apontadas, os resultados obtidos permitiram-nos corroborar a hipótese relativa ao papel protector da qualidade da mente *mindfulness* no âmbito da patologia do comportamento alimentar e, de um modo particular, dos comportamentos bulímicos, reforçando-se, assim, o contributo da sua integração e desenvolvimento a nível de intervenções clínicas.

Referências bibliográficas:

Allan, S., & Gilbert, P. (1995). A social comparison scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Personality and Individual Differences, 19* (3), 293–299. doi: 10.1016/0191-8869(95)00086-L

American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Eatatístico de Perturbações Mentais – text review* (4th ed.). Lisboa: Climepsi.

Baer, R. A. (2003). *Mindfulness* training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 125–143. doi: 10.1093/clipsy.bpg015

Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rationale-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 23* (4), 281–297. doi:10.1007/s10942-005-0015-9

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27–45. doi: 10.1177/1073191105283504

Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., & Krietmeyer, J., Sauer, S., ... Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating Samples. *Assessment, 15*(3), 329–342. doi: 10.1177/1073191107313003

Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology Science and Practice, 11*(3) 230–241. doi: 10.1093/clipsy.bph077

Blowers, L. C., Loxton, N. J., Grady-Flesser, M., Occhipinti, S., & Dawe, S. (2003). The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. *Eating Behaviors, 4*, 229–244. doi: 10.1016/S1471-0153(03)00018-7

Brown, K., & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(4), 822–848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822

Brown, K., & Ryan, R. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 242–248. doi: 10.1093/clipsy.bph078

Buunk, B. P., & Gibbons, F. X. (2007). Social comparison: The end of a theory and the emergence of a field. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *102*, 3–21. doi: 10.1016/j.obhdp.2006.09.007

Buunk, B. P., & Mussweiler, T. (2001). New directions in social comparison research. *European Journal of Social Psychology, 31*, 467–475. doi: 10.1002/ejsp.77

Cash, T. F., Cash, D. W., & Butters, J. W. (1983). "Mirror, mirror, on the wall?": Contrast effects and self-evaluations of physical attractiveness. *Personality and Social Psychology Bulletin, 9*, 351–358. doi: 10.1177/0146167283093004

Fairburn, C. G. (2008). Eating Disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioral theory. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (pp. 7–22). New York: The Guilford Press.

Fairburn, C. G., Cooper Z., & O'Connor, M. E. (2008). Eating Disorder Examination (Edition 16.0D). In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (pp. 265–308). New York: The Guilford Press.

Fallon, A. E. (1990).Culture in the mirror: sociocultural determinants of body image. In T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.). *Body images: Development, deviance and change*. New York: The Guilford Press.

Fallon, A. E., & Rozin, P. (1985) Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology, 94*, 102–105. doi: 10.1037/0021-843X.94.1.102

Ferreira, C. (2003). *Anorexia Nervosa: A expressão visível do invisível. Contributos para a avaliação de atitudes e comportamentos em relação ao peso e à imagem corporal* (Unpublished master's thesis). University of Coimbra, Coimbra.

Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2010). *Dados psicométricos da versão portuguesa da EDE 16.0D*. Manuscript in preparation.

Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (in press). Desenvolvimento de uma Escala de Comparação Social através da Aparência Física: Estudo exploratório da estrutura factorial e das propriedades psicométricas numa amostra feminina da população geral. *Psychologica*.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2*, 15-34. doi: 10.1002/1098-108X(198321)

Gato, J. (2003). *Evolução e ansiedade social*. (Unpublished master's thesis). University of Coimbra, Coimbra.

Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures: The 'Other As Shamer scale'. *Personality and Individual Differences, 17*, 713–717. doi: 10.1016/0191-8869(94)90149-X

Gregório, S., & Pinto-Gouveia, J. (in press). Facetas de mindfulness: características psicométricas de um instrumento de avaliação. *Psychologica*.

Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin, 110*, 86–108. doi:10.1037/0033-2909.110.1.86

Higgins, T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological review, 94*, 319–340. doi:10.1037/0033-295X.94.3.319

Jones, D. C. (2001). Social comparison and body image: Attractiveness comparisons to models and peers among adolescents girls and boys. *Sex Roles, 45*(9/10), 645–664. doi:10.1023/A:1014815725852

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacourt.

Kristeller, J. L., & Hallett, C B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology, 4*, 357–363. doi: 10.1177/135910539900400305

Kristeller, J. L., Baer, R., & Quillian-Wolever, R. (2006). Mindfulness-based approaches to eating disorders. In R. Baer (Ed.), *Mindfulness and acceptance-based interventions: Conceptualization, application and empirical support* (pp. 75–91). San Diego, CA: Elsevier.

Krones, P. G., Stice, E., Batres, C., & Orjada, K. (2005). In vivo social comparison to a thin-ideal peer promotes body dissatisfaction: A randomized experiment. *International Journal of eating Disorders, 38*, 134–142. doi: 10.1002/eat.20171

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Machado, P., Gonçalves, S., Martins, C. & Soares, I. (2001). The Portuguese version of the eating disorders inventory: Evaluation of its psychometric properties. *European Eating Disorders Review, 9*(1), 43–52. doi: 10.1002/erv.359

Markham, A., Thompson, T., & Bowling, A. (2005). Determinants of body- image shame. *Personality and Individual Differences, 38*(7), 1529-1541. 10.1016/j.paid.2004.08.018.

Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2011). *Other as Shamer: Versão portuguesa e propriedades psicométricas de uma medida de vergonha externa*. Manuscript submitted for publication.

Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 54–68. doi: 10.1093/clipsy.9.1.54

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D, (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse,* New York: Guilford.

Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine, 21*, 581–599. doi:10.1023/A:1018700829825

Stice, E. (2001a). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(1), 124–135. doi:10.1037/0021-843X.110.1.124

Stice, E. (2001b). Risk factors for eating pathology: recent advances and future directions. In R. H. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.). *Eating disorders: innovative directions in research and practise.* Washington, D. C.: American Psychological Association.

Strahan, E. J., Wilson, A. E., Cressman, K. E., & Buote, V. M. (2006). Comparing to perfection: How cultural norms for appearance affect social comparisons and self-image. *Body Image, 3*, 211–227. doi: 10.1016/j.bodyim.2006.07.004

Teasdale, J. D., Williams, J. M., Soulsby, J. M., Segal, Z. V., Ridgeway, V. A., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 615–623. doi:10.1037//0022-006X.68.4.615

Thompson, J. K., & Altabe, M. N. (1991). Psychometric qualities of the figure rating scale. *International Journal of Eating Disorders, 10*, 615–619. doi: 10.1002/1098-108X(199109)10:5<615::AID-EAT2260100514>3.0.CO;2-K

Thompson, J. K., Coovert, M. D., & Stormer, S.M. (1999). Body image, social comparison, and eating disturbance: a covariance structure modelling investigation. *International Journal of Eating Disorders, 26*, 43–51. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199907)26:1<43::AID-EAT6>3.0.CO;2-R

Wood, J. V. (1989). Theory and research concerning social comparisons of personal attributes. *Psychological Bulletin, 106*, 231–248. doi:10.1037/0033-2909.106.2.231

Mindfulness Trait as a Protector on Bulimic Behavior

This study aims to understand the predictive power of mindfulness trait in the context of bulimic behaviors. A battery of self-report questionnaires was used to assess mindfulness trait, bulimia, body dissatisfaction, social comparison and of physical appearance and shame, in a non-clinical sample of 354 university students

and 297 women from general population, and a clinical sample of 42 patients with eating disorders. Results show that, in both groups, there's an association between lower levels of mindfulness trait and psychopathology. In the clinical sample, it is seen that a binge eating pattern is associated with lower levels of mindfulness trait. The mindfulness facets of *Acting with Awareness* and *Nonjudging of Experience* significantly predict bulimic behaviors.

These findings suggest that mindfulness trait can have a protective role on the development of an eating disorder, revealing new therapeutic possibilities in the treatment of such disorders.

KEY-WORDS: Mindfulness; Bulimia; Body Dissatisfaction; Social Comparison.

Mindfulness Trait comme un Protecteur en les Comportements Boulimiques

Cette étude prétend contribuer à la compréhension du pouvoir prédictif du trait de *mindfulness* en ce qui concerne les conduites boulimiques. Nous avons utilisé une batterie d'instruments d'auto-réponse à évaluer le trait de *mindfulness*, boulimie, insatisfaction corporelle, comparaison sociale et de l'apparence physique et honte, sur un échantillon non-clinique de 354 étudiantes universitaires et de 297 femmes de la population générale et sur un échantillon de 42 malades souffrant de trouble de conduite alimentaire. Les résultats montrent qu'ont peut trouver, chez les deux groupes, une association entre niveaux inférieurs du trait de mindfulness et psychopathologie. Dans l'échantillon clinique, il apparaît que le type alimentaire compulsif est associé à des niveaux inférieurs de trait de *mindfulness*. Les résultats de l'analyse de régression multiple hiérarchique montrent que ce sont les facettes *Agir avec Conscience Réflexive* et *Ne Pas Juger* du trait de mindfulness qui prédisent significativement les comportements boulimiques.

Les résultats obtenus suggèrent que le trait de *mindfulness* peut jouer un rôle protecteur dans le développement de la pathologie du comportement alimentaire, ouvrant, ainsi, de nouvelles possibilités thérapeutiques au traitement de ces troubles.

MOTS-CLÉS: *Mindfulness*; Boulimie; Insatisfaction Corporelle; Comparaison Sociale.