

Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

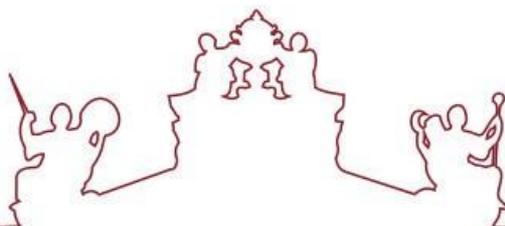
**Esquemas cognitivos, autoestima e comportamento
alimentar em jovens adultos**

Teresa Pinto Luís

Orientador(es) | Sofia Alexandra Tavares

Évora 2021





Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

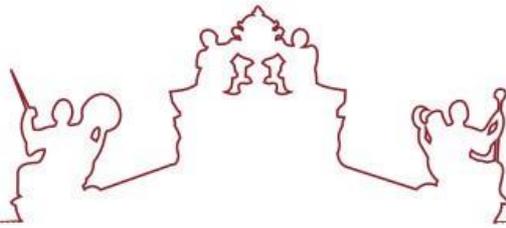
Esquemas cognitivos, autoestima e comportamento alimentar em jovens adultos

Teresa Pinto Luís

Orientador(es) | Sofia Alexandra Tavares

Évora 2021





A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Nuno Rebelo dos Santos (Universidade de Évora)

Vogais | Paulo Miguel Cardoso (Universidade de Évora) (Arguente)
Sofia Alexandra Tavares (Universidade de Évora) (Orientador)

Évora 2021



*“Every individual exists
in a continually changing world of experiencing
of which he is the centre.”*

Carl Rogers

Agradecimentos

A presente dissertação simboliza, para mim, uma conquista inesquecível, que não seria possível alcançar sem o apoio de algumas pessoas, a quem estou eternamente grata.

A todos os que, voluntariamente, participaram nesta investigação, sem os quais não seria possível concretizar este projeto.

À Professora Doutora Sofia Tavares, pelas orientações e ensinamentos, pela disponibilidade, exigência e compreensão com que conduziu o meu trabalho e, sobretudo, pela inspiração que representa na minha vida.

A todos os professores e colegas que fizeram parte do meu percurso, por todos os conhecimentos transmitidos e por fomentarem em mim, de forma tão especial, o amor pela Psicologia.

À minha família, pelo apoio incondicional, pelas palavras de incentivo e de esperança, pela paciência, força e esforço com que enfrentou esta etapa, pelo carinho, conforto e calma essenciais numa vida plena e, além disso, pela confiança que deposita, diariamente, em mim.

Finalmente, aos meus amigos e ao João, pelas gargalhadas infinitas, pela disponibilidade, pelos exemplos que dão vida, pelo companheirismo e amor indispensáveis nesta caminhada e pelos abraços do tamanho do mundo, tão seguros e acolhedores.

Agradeço a todos, de coração!

Esquemas cognitivos, autoestima e comportamento alimentar em jovens adultos

Resumo

O comportamento alimentar é, por vezes, utilizado para regular estados emocionais negativos. Estes podem resultar de esquemas mal-adaptativos precoces (EMP's), baixa autoestima e psicopatologia, especialmente na transição para a adultez, período marcado por exigência e instabilidade. Neste estudo, uma amostra de 355 jovens adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, foi caracterizada em função de fatores sociodemográficos quanto aos EMP's, autoestima, psicopatologia e comportamento alimentar; com o objetivo de melhor compreender a associação entre esquemas cognitivos, autoestima, psicopatologia e comportamento alimentar, neste período da vida. Os dados foram recolhidos através dos questionários de autoresposta: QEY-S3, RSES, TFEQ e BSI. Os resultados revelam diferenças significativas nos EMP's, psicopatologia e comportamento alimentar, em função do género, nacionalidade, habilitações literárias, ocupação, residência e IMC. A psicopatologia e os EMP's revelaram contribuir significativamente para o comportamento alimentar. Estes resultados são discutidos na medida das suas implicações para a qualidade de vida dos indivíduos.

Palavras-Chave: Esquemas cognitivos; Autoestima; Comportamento alimentar; Sintomatologia Psicopatológica; Adultez emergente.

Cognitive schemas, self-esteem and eating behavior in young adults

Abstract

Sometimes, eating behaviour is used to regulate negative emotional states which may result from early maladaptive schemas (EMS), low self-esteem and psychopathology, especially in the transition to adulthood, a highly demanding and instable period. In this research, a sample of 355 young adults between the ages of 18 and 25 was characterized according to sociodemographic factors regarding EMS, self-esteem, psychopathology and eating behaviour; with the aim of understanding the relation between cognitive schemas, self-esteem, psychopathology and eating behaviour, during this period of life. The data was collected through self-report questionnaires: YSQ-S3, RSES, TFEQ and BSI. The results reveal significant differences on EMS, psychopathology and eating behaviour according to gender, nationality, level of education, occupation, residence and BMI. Psychopathology and EMS have shown to substantially influence eating behaviour. The results were discussed to study the impacts on the individuals' quality of life.

Keywords: Cognitive schemas; Self-esteem; Eating behaviour; Psychopathological symptomatology; Emerging adulthood.

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento teórico	3
2.1. Esquemas cognitivos	3
2.2. Autoestima	6
2.3. Aduldez emergente	8
2.4. Psicopatologia	10
2.5. Comportamento alimentar	12
2.6. Investigação empírica	14
3. Metodologia	15
3.1. Pertinência e objetivos do estudo	15
3.2. Participantes	15
3.3. Instrumentos	16
3.4. Procedimentos	19
4. Resultados	21
4.1. Caraterização das variáveis	21
4.2. Comparação de médias	23
4.3. Regressão linear múltipla	31
5. Discussão	38
5.1. Limitações e estudos futuros	45
6. Conclusão	47
7. Referências bibliográficas	50
8. Anexos	61

Lista de tabelas

Tabela 1. *Variáveis sociodemográficas da amostra em estudo (N=355)*

Tabela 2. *Estatísticas descritivas das variáveis em estudo*

Tabela 3. *Variáveis com diferenças significativas no “gênero” (Sample T-Test)*

Tabela 4. *Variáveis com diferenças significativas na “nacionalidade” (Sample T-Test)*

Tabela 5. *Variáveis com diferenças significativas nas “habilitações literárias” (Sample T-Test)*

Tabela 6. *Variáveis com diferenças significativas na “ocupação” (Post Hoc Tukey Test)*

Tabela 7. *Variáveis com diferenças significativas na “residência” (Sample T-Test)*

Tabela 8. *Variáveis com diferenças significativas no “IMC” (Post Hoc Tukey Test)*

Tabela 9. *Correlações bivariadas entre as variáveis em estudo (Pearson correlation)*

Tabela 10. *Diagnóstico dos casos*

Tabela 11. *Estatísticas dos resíduos*

Tabela 12. *Coeficientes do modelo de regressão “enter”*

Tabela 13. *Sumário do modelo de regressão “stepwise”*

Tabela 14. *Coeficientes de regressão dos modelos*

Tabela 15. *Coeficientes de consistência interna das subescalas do YSQ-S3 na amostra do presente estudo*

Tabela 16. *Coeficientes de consistência interna das subescalas do BSI na amostra do presente estudo*

Lista de figuras

Figura A. *Gráfico de regressão estandardizada dos resíduos referente à restrição*

Figura B. *Gráfico de regressão estandardizada dos resíduos referente à fome*

Figura C. *Gráfico de regressão estandardizada dos resíduos referente à desinibição*

Figura D. *Gráfico de probabilidade acumulada observada dos resíduos (P-P Plot) referente à restrição*

Figura E. *Gráfico de probabilidade acumulada observada dos resíduos (P-P Plot) referente à fome*

Figura F. *Gráfico de probabilidade acumulada observada dos resíduos (P-P Plot) referente à desinibição*

Figura G. *Gráfico de dispersão dos resíduos referente à restrição*

Figura H. *Gráfico de dispersão dos resíduos referente à fome*

Figura I. *Gráfico de dispersão dos resíduos referente à desinibição*

Lista de anexos

Anexo A. *Alfa de Cronbach das subescalas do QEY-S3*

Anexo B. *Alfa de Cronbach das subescalas do BSI*

Anexo C. *Figuras relativas aos pressupostos do modelo de regressão linear múltipla*

Introdução

Todos nós, humanos, possuímos na nossa memória a longo prazo estruturas de conhecimento, denominadas *esquemas cognitivos* (Rijo, 2000). Estas constroem-se ao longo da vida, através das experiências que vivemos para, mais tarde, nos orientarem na leitura da realidade e na resolução de problemas (Rijo, 2009; Young, Klosko & Weishaar, 2003). Os esquemas são representações simples, inconscientes, abstratas e resultam em imagens, pensamentos e atribuições acessíveis à consciência (Ingram & Kendall, 1986). Por vezes, estas estruturas são disfuncionais e denominadas de esquemas mal-adaptativos precoces (EMP's), na medida em que originam erros, omissões e distorções, que provocam perspetivas erradas sobre a realidade e podem originar perturbações mentais (Kellogg & Young, 2006; Pinto-Gouveia & Rijo, 2001; Schmidt, Joiner, Young & Telch, 1995).

Os autoesquemas são esquemas cognitivos sobre nós próprios e retratam a estrutura e organização do self (Markus, 1977; Rijo, 2009). Estes resultam, entre outros produtos, na nossa *autoestima*, ou seja, na avaliação que fazemos acerca de nós próprios e das nossas características (Brown & Marshall, 2006; Strein, 1995). A autoestima influencia os nossos comportamentos, emoções, motivações, desempenhos e outros aspetos (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003; Deci & Ryan, 1995; Hutz & Zanon, 2011). A baixa autoestima, muitas vezes, provoca sentimentos de tristeza, desvalor, infelicidade, rejeição, desesperança e, além disso, pode provocar o surgimento de perturbações mentais (Baumeister et al., 2003; Quiles & Espada, 2007; Rosenberg, 1965).

A *transição para a idade adulta* é um período muito específico do ciclo vital, caracterizado por instabilidade, insegurança, mudança e tensão, devido ao seu caráter exploratório e transitório, essencial na construção da identidade e na definição de percursos de vida (Arnett, 2000, 2001, 2004, 2006; Erikson, 1976; Levinson, 1986). A exigência das tarefas desenvolvimentais típicas desta fase desafia a nossa estabilidade psicológica, podendo, facilmente, ativar EMP's, provocar crises de autoestima e o desenvolvimento de *psicopatologia* (Cummings, Davies, & Campbell, 2000; Kessler et al., 2005; Schulenberg, Sameroff, & Cicchetti, 2004).

Os nossos padrões alimentares espelham a nossa saúde física e mental (Huon & Strong, 1998). Além disso, o *comportamento alimentar* é uma estratégia frequentemente utilizada numa tentativa de regular estados emocionais negativos e, muitas vezes, patológicos,

resultantes da instabilidade e tensão previamente descritas (Corbalán-Tutau, 2012; Gibson, 2006). Os comportamentos alimentares desajustados podem originar perturbações mentais graves e preocupantes (Anshel, 2004; Herzog & Eddy, 2009; Souza et al., 2011).

Todos estes conceitos têm sido alvo de curiosidade e de estudo por parte dos teóricos e investigadores por este mundo fora, no entanto, ao que parece, não foram ainda estudados em conjunto. Assim, este estudo tem como principal objetivo contribuir para a compreensão das relações entre esquemas cognitivos, autoestima, psicopatologia e comportamento alimentar, numa fase da vida marcada por importantes transições desenvolvimentais e, por isso, desafiadora da estabilidade emocional e psicológica dos indivíduos. Deste modo, os objetivos específicos são: (1) caracterizar a amostra em função de fatores sociodemográficos (i.e. género, idade, nacionalidade, habilitações literárias, ocupação, estado civil, residência, filhos e índice de massa corporal); (2) caracterizar os jovens adultos quanto aos EMP's, autoestima, psicopatologia e comportamento alimentar; (3) compreender a associação entre esquemas cognitivos, autoestima, psicopatologia e comportamento alimentar, neste período da vida.

Assim, a primeira parte deste trabalho é a revisão de literatura que sustenta esta investigação, onde se esclarecem os conceitos de esquema cognitivo, autoestima, psicopatologia, comportamento alimentar e adultez emergente, a forma como estes se articulam, algumas teorias explicativas destes fenómenos, principais autores que os abordam e estudos que os relacionam. A segunda parte consiste na descrição do estudo correlacional realizado, ao nível da sua pertinência, amostra recolhida, instrumentos utilizados e procedimentos, tanto de recolha dos dados como de análise estatística e tratamento dos mesmos. Na terceira parte, são apresentadas as análises estatísticas e os principais resultados do estudo. A quarta parte integra uma discussão dos principais resultados, limitações e, ainda, algumas sugestões para a investigação futura. A quinta parte contempla as principais conclusões deste trabalho. No fim, são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas e os anexos.

Enquadramento teórico

Esquemas cognitivos

Na década de 50, iniciou-se um movimento científico chamado revolução cognitiva que, devido aos avanços na área da tecnologia informática, originou uma abordagem assente nos modelos de processamento de informação, que têm por base a analogia cérebro – computador (Miller, 2003; Rijo, 2009; Stein, 1992). A partir do pressuposto de que o cérebro manuseia constantemente informação, começaram a ser estudadas as representações mentais, isto é, o tipo e quantidade de informação presentes nestas (Williams, Watts, MacLeod & Mathews, 1997). Segundo os modelos de processamento de informação, a aquisição, transformação e armazenamento de informação sobre o mundo, os outros e nós próprios, são procedimentos necessários nas operações mentais, nomeadamente, nas cognições e emoções (Ingram & Kendall, 1986). Ocorrendo, assim, a recolha de informação do meio envolvente, a interpretação ou atribuição de significado e o armazenamento deste conteúdo (Rijo, 2009). Estes modelos evidenciam duas formas de processamento de informação: o processamento automático (que é inconsciente e rápido, requer pouco esforço e atenção, e opera em paralelo) e o processamento estratégico (que é consciente, controlado e mais demorado, exige mais esforço e atenção, e opera de forma sequencial). Devido à enorme quantidade de informação acessível no meio, é feita uma seleção e podem ocorrer enviesamentos (Mathews, 1997). O conceito de enviesamento pode ser definido como “uma preferência sistemática para processar determinado tipo de informação, em detrimento de outra que é ignorada, e para processar determinada informação de determinada maneira” (Rijo, 2009). Vários estudos indicam que os enviesamentos influenciam a atenção, a recordação e a interpretação da informação (Amir & Foa, 2001; MacLeod, Mathews & Tata, 1986; McNally, 1990). Os enviesamentos ocorrem devido à presença de estruturas de conhecimento, com informações sobre nós, os outros e o mundo, armazenadas na memória a longo prazo e denominadas esquemas cognitivos (Rijo, 2000).

Os esquemas cognitivos são fruto das experiências prévias dos indivíduos, desenvolvendo-se essencialmente na infância (Cabecinhas, 1995), na relação com cuidadores significativos (Schmidt et al., 1995). Estas estruturas, por influência das experiências passadas, simplificam o processamento de nova informação, orientando a atenção e a memória para certos acontecimentos, e contribuindo, assim, para a compreensão da realidade, a previsão de acontecimentos, a orientação de respostas, a resolução de problemas e a conquista de objetivos.

Os esquemas organizam as experiências em padrões de significado, reduzindo a complexidade do meio envolvente e desempenhando, por isso, uma função adaptativa. São representações inconscientes e abstratas, com características específicas dos eventos, uma espécie de mapa ou esboço com a informação mais relevante (Rijo, 2009; Young et al., 2003). Os esquemas cognitivos, definidos como as nossas representações mentais mais simples e elementares, frequentemente denominados de “disposição para a ação”, representam um construto teórico muito usado para explicar o comportamento humano. Os produtos resultantes deste processo, de fácil acesso à consciência, são cognições, imagens, atribuições e autoavaliações (Ingram & Kendall, 1986; Rijo, 2017).

Os esquemas facilitam a cognição e o comportamento, contudo, também podem originar erros, distorções e omissões, causando perspetivas adulteradas da realidade, frequentes no âmbito da psicopatologia (Mandler, 1985; Pinto-Gouveia & Rijo, 2001). Neste sentido, os esquemas cognitivos também têm sido usados na compreensão das perturbações mentais, sendo neste contexto definidos como esquemas disfuncionais, precoces e nucleares (Rijo, 2009). Os esquemas mal-adaptativos precoces (EMP's) são entendidos como padrões cognitivos e emocionais autodestrutivos, estáveis e duradouros. Desenvolvem-se na infância e na adolescência, através de experiências relacionais tóxicas e repetitivas com figuras de referência, impossibilitando a satisfação de necessidades psicológicas básicas (Young et al., 2003). Enraizam-se e desenvolvem-se ao longo da vida dos indivíduos (Young, 1999). Na infância, os EMP's ajudam a criança a compreender e gerir o ambiente, na idade adulta, têm uma utilidade limitada e geram perturbações mentais quando ativados por acontecimentos importantes para esse esquema específico (e.g. um esquema de abandono é ativado por separações reais ou percebidas) (Kellogg & Young, 2006; Schmidt et al., 1995).

Beck (1967) foi o pioneiro desta área de investigação. Anos mais tarde, Young (1990) desenvolveu a Terapia Focada nos Esquemas e identificou 16 EMP's agrupados em seis áreas de funcionamento (Pinto-Gouveia & Rijo, 2001; Rijo, 2009, 2017; Schmidt et al., 1995). Atualmente, de acordo com Young et al. (2003), consideram-se 18 EMP's agrupados em cinco domínios, associados a necessidades psicológicas básicas não asseguradas na infância. O domínio do distanciamento e rejeição corresponde à violação de necessidades básicas de proteção, segurança, estabilidade, cuidado, empatia, partilha de sentimentos, aceitação ou respeito, e compreende cinco EMP's: privação emocional (i.e. expectativa de que as necessidades de apoio emocional nunca serão atendidas adequadamente), abandono ou instabilidade (i.e. percepção de que as pessoas significativas serão incapazes de fornecer apoio

ou proteção emocional), abuso ou desconfiança (i.e. crença de que as pessoas são abusivas, humilhantes e manipuladoras), isolamento social ou alienação (i.e. sensação de estar isolado e de ser diferente das outras pessoas) e defeito ou vergonha (i.e. crença de que é defeituoso, desagradável ou inferior). O domínio da autonomia e desempenho deteriorados corresponde à violação de necessidades básicas de autonomia e competência e inclui quatro EMP's: fracasso (i.e. crença de que é inadequado e está destinado a falhar em áreas de realização, como na escola ou no emprego), dependência ou incompetência funcional (i.e. crença de que é incapaz de gerir com competência as responsabilidades diárias), vulnerabilidade ao mal e à doença (i.e. medo exagerado de que um desastre ocorra) e emaranhamento ou eu subdesenvolvido (i.e. envolvimento emocional excessivo com os outros devido à ideia de que não pode sobreviver ou ser feliz sem o apoio constante do outro). O domínio da influência dos outros corresponde a défices na satisfação da necessidade de auto-orientação e contempla três EMP's: subjugação (i.e. percepção de que os desejos pessoais não são importantes em comparação com as preferências dos outros), autossacrifício (i.e. expectativas exageradas de dever e responsabilidade perante os outros) e procura de aprovação ou reconhecimento (i.e. procura excessiva de obtenção de aprovação, reconhecimento ou atenção por parte dos outros). O domínio dos limites deteriorados corresponde a dificuldades nos limites internos, responsabilidades para com os outros ou orientação para objetivos a longo prazo e inclui dois EMP's: grandiosidade ou limites indefinidos (i.e. crença de que se é superior aos outros e se tem direitos e privilégios especiais) e autocontrolo ou autodisciplina insuficientes (i.e. expectativa de que a autodisciplina não é importante e que emoções e impulsos exigem pouca restrição). Finalmente, o domínio da vigilância excessiva e inibição corresponde à violação de necessidades de espontaneidade e brincadeira e inclui quatro EMP's: pessimismo ou preocupação (i.e. ênfase nos aspetos negativos e minimização dos aspetos positivos), inibição emocional (i.e. expectativa de que a expressão emocional leva a consequências negativas, como constrangimento, vergonha, perda de controlo dos próprios impulsos ou desaprovação dos outros), padrões excessivos de realização ou hipercriticismo (i.e. expectativa de que deve atender a padrões irrealistas e demasiado altos) e punição (i.e. crença de que as pessoas devem ser severamente punidas pelos seus erros) (Rijo, 2009; Schmidt et al., 1995; Young et al., 2003).

Para além dos vários tipos de EMP's, Young defendeu que os esquemas influenciam o comportamento e se consolidam através de três processos esquemáticos (Young, 1990; Young et al., 2003): manutenção (i.e. confirmação e reforço do esquema, por exemplo, através da

abstração seletiva, personalização ou catastrofização), evitamento (i.e. de situações que ativam o esquema, a nível cognitivo, comportamental ou afetivo) e compensação (i.e. uso de cognições ou comportamentos opostos ao esquema, numa tentativa de o neutralizar) (Pinto-Gouveia & Rijo, 2001; Young & Lindemann, 1992).

Pela sua relevância clínica, é importante destacar uma categoria particular dos esquemas cognitivos: os autoesquemas, definidos como o conjunto de conhecimentos que os indivíduos possuem acerca de si próprios e conservados na memória a longo prazo (Rijo, 2009). São generalizações cognitivas relacionadas com o self (Cash & Labarge, 1996), cuja principal função é organizar e orientar informações referentes às vivências sociais do sujeito (Catrambone & Markus, 1987). Têm origem na experiência passada do indivíduo e representam a forma como o self foi estruturado e organizado na memória do mesmo. Constituem padrões repetidos de comportamento, que permitem fazer inferências, de modo a interpretar ou simplificar informação, facilitando decisões, julgamentos e previsões sobre o self (Markus, 1977).

Autoestima

A autoestima pode ser entendida como um produto resultante dos autoesquemas cognitivos e elementares dos sujeitos, na medida em que alguns autores a definem como uma autoavaliação global que o indivíduo faz acerca de si próprio e o valor que atribui a si mesmo, resultando numa série de pensamentos e sentimentos sobre si (Brown & Marshall, 2006; Strein, 1995). A autoestima tem sido considerada uma componente de avaliação do autoconceito. Nesta perspetiva, o autoconceito constitui as “perceções que os indivíduos desenvolvem sobre as suas características pessoais” e a autoestima representa a “avaliação mais positiva ou negativa que os sujeitos fazem desses atributos” (Harter, 1990; Rosenberg, 1965; Santos & Maia, 2003). Ambas as estruturas são componentes do self, no entanto, o autoconceito constitui a dimensão cognitiva e a autoestima representa a dimensão afetiva. A autoestima não nasce com o indivíduo. Elabora-se, modifica-se e consolida-se ao longo da vida, através das relações sociais do sujeito (Kitayama, Markus, Matsumoto, & Norasakkunkit, 1997; Quiles & Espada, 2007). A perceção de apoio de pessoas significativas para o sujeito e a perceção de competência em áreas relevantes para o sujeito são dois fatores essenciais na construção da autoestima (Harter, 2005; Senos, 1996). A autoestima está intimamente ligada a dimensões cognitivas, emocionais e sociais da personalidade, e influencia o comportamento, as emoções (Hutz & Zanon, 2011),

a motivação, o bem estar, o desempenho (Deci & Ryan, 1995) e a felicidade dos indivíduos (Baumeister et al., 2003). Do mesmo modo, o comportamento do indivíduo pode influenciar a sua autoestima (Hutz & Zanon, 2011).

William James, em 1892, parece ter sido o primeiro autor a mencionar este conceito, relacionando-o com a avaliação que o indivíduo faz da sua competência, em domínios relevantes para si (Harter, 1999). Charles Cooley, em 1902, relacionou esta avaliação com as considerações das pessoas significativas para o indivíduo (Harter, 2005). Desde o século XX e durante muitos anos, a autoestima foi entendida como uma estrutura unidimensional. A maior evolução que se deu ao nível deste conceito, ao longo dos tempos, foi a aceitação da sua multidimensionalidade. Hoje constata-se a existência de várias áreas (e.g. aparência física, rendimento académico, relações interpessoais), onde o indivíduo se pode avaliar de forma diferenciada, ao longo da sua vida (Harter, 1999; Vasconcelos, 1995).

Na literatura, a autoestima tem vindo a ser referida de várias formas: enquanto autoestima global ou autoestima de traço (i.e. elemento da personalidade que traduz o modo como o sujeito geralmente se sente em relação a si mesmo, com características estáveis e duradouras), enquanto sentimentos da autoestima ou autoestima de estado (i.e. reações emocionais, emoções ou sentimentos associados a experiências auto-avaliativas, de carácter temporário e inconstante) e, finalmente, as autoavaliações ou autoestima específica de domínio (i.e. modo como o indivíduo avalia as suas diferentes habilidades, atributos físicos e traços de personalidade) (Brown, Dutton & Cook, 2001; Brown & Marshall, 2006). Estas conceções, apesar de distintas, estão inevitavelmente associadas, porque pessoas com uma autoestima global elevada, avaliam-se de forma mais positiva e, conseqüentemente, experienciam sentimentos mais positivos (Brown, 1998). Rosenberg (1979, citado por Harter, 1999) salienta a importância de atendermos tanto à autoestima global como aos seus fatores específicos, na medida em que ambos fazem parte do funcionamento do indivíduo. Esta compreensão do conceito deu origem a dois modelos epistemológicos: o modelo cognitivo (bottom-up) da autoestima e o modelo afetivo (top-down) da autoestima (Harter, 1999; Brown & Marshall, 2006). O modelo cognitivo da autoestima defende que a autoestima global e os sentimentos de autoestima de um indivíduo dependem da avaliação que este faz das suas características particulares; ou seja, um sujeito que se considere bonito, inteligente e social terá uma autoestima positiva. Segundo o modelo afetivo da autoestima, a autoestima global do indivíduo constrói-se bastante cedo e influencia a avaliação que este faz das suas características e, consecutivamente, os seus sentimentos de autoestima; ou seja, um sujeito com elevada autoestima global vai considerar, ao longo da vida, as suas

habilidades, atributos físicos e traços de personalidade positivos, mesmo que lhe seja dado um feedback negativo sobre si, protegendo ou recuperando rapidamente os seus sentimentos de autoestima (Brief, Butcher, George, & Link, 1993; Brown & Marshall, 2006).

A autoestima tem um caráter dicotômico, na medida em que pode manifestar-se de forma elevada ou baixa. A elevada autoestima está associada a sentimentos de respeito, aceitação, satisfação, valorização relativamente ao próprio, bem como, consciência das suas limitações e vontade de superá-las. A baixa autoestima relaciona-se com sentimentos de insatisfação, infelicidade, rejeição, desvalor e desprezo face ao próprio, assim como, vontade de ser diferente (Rosenberg, 1965). Por um lado, a autoestima pode ser compreendida como a visão fundamentada do indivíduo das suas falhas, por outro lado, pode indicar sentimentos de insegurança e inferioridade acentuados, distorcidos e patológicos. A baixa autoestima está, muitas vezes, associada a tristeza, desesperança, ideação suicida, labilidade emocional e baixo locus de controlo interno (Baumeister et al., 2003). Além disto, também parece relacionar-se com algumas perturbações mentais, nomeadamente, perturbações depressivas, perturbações de ansiedade, perturbações da alimentação e da ingestão, perturbações da personalidade e disfunções sexuais (Quiles & Espada, 2007).

Aduldez emergente

A transição para a idade adulta é uma fase distinta dos restantes períodos do ciclo vital. É um período de exploração (Arnett, 2006) e experimentação (Levinson, 1986), tipicamente marcado pela mudança, instabilidade e tensão, devido ao seu caráter transitório e à sua importância na definição de percursos de vida (Arnett, 2001; Erikson, 1976). Deste modo, não será de estranhar que esta seja uma fase propícia à ativação de EMP's e a crises de autoestima (Kessler et al., 2005; Schulenberg et al., 2004).

Jeffrey Jensen Arnett (1994, 2000, 2004) propôs a Teoria da Aduldez Emergente, na qual propõe a aduldez emergente enquanto etapa do percurso desenvolvimental humano, situada entre o final da adolescência e o início da aduldez, normalmente, entre os 18 e os 25 anos. Nesta fase, o controlo parental diminui mas ainda não se verificam as responsabilidades e compromissos típicos da idade adulta. É, por isso, uma fase marcada pela liberdade afetiva e profissional, para explorar papéis, valores, profissões e relacionamentos (Arnett, 2000; Brandão, Saraiva, & Matos, 2012). É também um período de construção da identidade e de compreensão do seu papel no mundo (Arnett, 2006). E, para além disto, de aquisição de várias

competências de caráter psicológico, como a tomada de decisão, a independência financeira e emocional, e a responsabilidade sobre si próprio (Arnett, 2001; Cavalli, 1997). É, muitas vezes, acompanhado de instabilidade, incerteza e insegurança, face à enorme diversidade de oportunidades e desafios que os jovens nesta fase encontram (Andrade, 2010; Arnett, 2000, 2004). A nível demográfico, verifica-se uma enorme mobilidade residencial e diferentes configurações habitacionais (e.g. viver com os pais, com amigos ou colegas, sozinho, com o/a namorado/a, com o cônjuge), acentuando o seu caráter livre, volátil e instável. Nesta etapa, os jovens encontram-se altamente autocentrados, fruto da incerteza e da construção do seu futuro (Arnett, 2006). É possível diferenciar duas grandes etapas da adultez emergente. A primeira, caracterizada pela exploração, pela dúvida, pela dependência parental e pelo investimento nos estudos. A segunda, definida por compromissos mais estáveis e prolongados, pelo estabelecimento de limites mais claros na relação com os pais, por uma identidade mais sólida e pela independência emocional face aos pais. Ou seja, na primeira fase o indivíduo tem características mais semelhantes às dos adolescentes mas, aos poucos, vai-se tornando mais adulto (Pappámikail, 2004; Tanner, 2006).

Arnett (2000) salienta a importância desta fase transitória do ciclo vital, justificando que os indivíduos neste momento não podem ser considerados adolescentes, devido aos limites cronológicos que os balizam e às tarefas desenvolvimentais inerentes a cada fase. As principais diferenças verificam-se ao nível físico, do desenvolvimento psicológico e do estatuto social (e.g. a construção da identidade dos adultos emergentes é feita através da exploração enquanto na adolescência se utiliza a modelagem, a autonomia e independência são bastante menores na adolescência, a própria sociedade distingue as fases ao definir que só a partir dos 18 anos se pode votar ou tirar a carta de condução). A entrada na idade adulta e término deste período transitório tem sido caracterizada através de marcadores, como o término dos estudos, a inserção no mercado de trabalho, a saída de casa dos pais, o casamento ou coabitação e a parentalidade (Arnett, 2000; Settersten, 2006). Além disso, parecem também ser importantes características mais internas e pessoais, como a maturidade cognitiva e emocional (Côté, 2000), a responsabilidade, a capacidade de tomada de decisão e a independência financeira (Arnett, 1998; Gordan, Holland, Lahelma, & Thomson, 2005). Segundo vários autores, a parentalidade é o fator mais determinante da adultez (Westberg, 2004; Aronson, 2005).

Todos estes fenómenos e conceitos se moldam às culturas e períodos históricos, aos fatores sociais e económicos. Nas últimas décadas, tem-se assistido a um prolongamento significativo desta etapa desenvolvimental, fruto de percursos escolares mais longos e

consequente adiamento da entrada no mercado de trabalho, do aumento da idade média do primeiro casamento e do primeiro filho, da maior tolerância face às relações sexuais, do aumento da coabitação, entre outros fatores (Arnett, 1998, 2006; Rabasquinho & Pereira, 2007).

As transições provocadas pelo desenvolvimento dos indivíduos representam grandes mudanças nas suas vidas, papéis e contextos, podendo provocar alterações no curso da saúde mental e, consecutivamente, psicopatologia. Por força das tarefas desenvolvimentais da transição para a idade adulta (e.g. mudança de residência e afastamento da família de origem, percepção de maior responsabilidade nas tarefas de desempenho acadêmico e/ou profissional, adesão a compromissos maiores nas relações de intimidade, maior autonomia emocional, queda da estrutura institucional), muitas vezes entendidas como acontecimentos críticos e exigentes e, por isso, ativadores de EMP's, esta é uma altura propícia para o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos. Neste sentido, a adulez emergente tem sido associada ao surgimento de perturbações emocionais (e.g. distress) e quadros psicopatológicos específicos (e.g. perturbações depressivas) (Cummings et al., 2000; Dishion, Patterson, Cicchetti & Cohen, 2006; Francisco, Monteiro, Pinto & Gaspar, 2016; Kessler et al., 2005; Misra & McKean, 2000; Monteiro, Pesenti, Maus, Bottega & Machado, 2008; Ohannessian & Lerner, 1999; Schulenberg et al., 2004).

Psicopatologia

Tanto os EMP's (Rijo, 2009), como a baixa autoestima (Quiles & Espada, 2007) ou as exigências percebidas da transição para a adulez (Schulenberg et al., 2004) podem conduzir ao surgimento de perturbações mentais e a trajetórias desenvolvimentais desadaptativas e prejudiciais para os indivíduos. Por este mundo fora, existem pessoas que, em algum momento das suas vidas, desenvolveram perturbações mentais que são indesejáveis (porque limitam o funcionamento, a autonomia ou a percepção do sujeito sobre a realidade) e que são vividas com sofrimento psicológico (na relação do sujeito consigo próprio, com os outros ou com o mundo). Com o objetivo de estudar estas perturbações, surgiu a psicopatologia (Teixeira, 1991). Campbell (1986) define a psicopatologia como “a ciência que trata da natureza essencial da doença mental - as suas causas, as mudanças estruturais e funcionais associadas e as suas formas de se manifestar”. A psicopatologia implica observação, identificação e compreensão dos vários componentes da doença mental. Karl Jaspers (1979), um dos pioneiros da

psicopatologia moderna, defende a psicopatologia como um conhecimento que deve ser aplicado a uma prática profissional e social concreta, como a psiquiatria ou a psicologia clínica, clarificando que os conceitos psicopatológicos não devem reduzir a enorme complexidade do ser humano (Dalgalarrondo, 2018).

Por sua vez, as doenças mentais são consideradas “entidades patológicas caracterizadas por um conjunto de sintomas e sinais psicológicos e comportamentais associados a sofrimento psíquico e, muitas vezes, também a incapacidades de vária ordem, que surgem como a manifestação de uma disfunção psicológica, comportamental ou biológica e que não constituem uma resposta culturalmente adequada a um evento particular” (Almeida, 2018). Existem muitíssimas doenças mentais. Segundo a quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V), as perturbações mentais são classificadas em perturbações do neurodesenvolvimento, neurocognitivas, do espectro da esquizofrenia, bipolares, depressivas, de ansiedade, obsessivo-compulsivas, da personalidade, relacionadas com trauma, dissociativas, de sintomas somáticos, da alimentação e da ingestão, de eliminação, do sono-vigília, aditivas, disfunções sexuais, disforia de gênero, entre outras (American Psychiatric Association, 2014). Sabe-se que as doenças mentais têm um enorme prevalência em todo o mundo, que resultam de uma complexa interação entre fatores biológicos e ambientais, e que têm um grande impacto a nível individual, familiar e das sociedades (Almeida, 2018).

Segundo Derogatis (1993) podem ser consideradas nove dimensões psicopatológicas primárias: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. A dimensão somatização foca-se no mal-estar que surge da perceção do funcionamento somático. A dimensão obsessões-compulsões engloba cognições, impulsos e comportamentos, percebidos como persistentes, irresistíveis, ego-distónicos e indesejados. A dimensão sensibilidade interpessoal reflete sentimentos de inadequação e inferioridade pessoal, essencialmente, na comparação com os outros. A dimensão depressão identifica sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e interesse pela vida, ou seja, indicadores de depressão clínica. A dimensão ansiedade representa um indicador de nervosismo, tensão, ansiedade generalizada e ataques de pânico. A dimensão hostilidade avalia pensamentos, emoções e comportamentos típicos do estado afetivo negativo de cólera. A dimensão ansiedade fóbica descreve uma reação de medo persistente, irracional e desproporcional ao estímulo que provoca o medo. A dimensão ideação paranóide define o comportamento paranóide como

funcionamento cognitivo perturbado. A dimensão psicoticismo inclui indicadores de isolamento, estilo de vida esquizóide e sintomas primários de esquizofrenia.

Comportamento alimentar

Uma das estratégias de coping (muitas vezes desadaptativo) frequentemente usadas para regular estes estados emocionais negativos (e.g. tristeza, ansiedade, depressão, tensão, tédio, raiva, medo) é o comportamento alimentar (Corbalán-Tutau, 2012; Gibson, 2006), aumentando ou diminuindo a ingestão de alimentos e variando também a qualidade dos mesmos (Macht, 2008; Megalaki, Mouveaux, Hubin-Gayte & Wypych, 2013; Spoor, Bekker, Strien, & Heck, 2007). O padrão alimentar reflete, assim, a saúde física e mental dos indivíduos, e está associado a factores psicológicos e sociais, como a motivação, a influência social, as crenças ou os sentimentos de autoeficácia (Huon & Strong, 1998).

A regulação emocional implica a consciência, compreensão e aceitação das emoções, o controlo de comportamentos impulsivos, o comportamento concordante com os objetivos pretendidos e com as exigências da tarefa, bem como, a utilização de estratégias de regulação emocional adequadas. A desregulação emocional surge da carência de uma ou mais destas habilidades (Baumeister, Zell & Tice, 2007; Gratz & Roemer, 2004).

A maior parte dos indivíduos altera a sua alimentação em resposta ao stresse emocional (Heatherton & Baumeister, 1991; Macht, 2008). Os doces e o álcool são alimentos frequentemente ingeridos com o objetivo de regular as emoções (Canetti, Bachar & Berry, 2002). Os indivíduos que diariamente consomem alimentos de modo a suportar as emoções negativas (emotional eaters) consomem alimentos com maior teor de açúcar e gorduras em resposta ao stresse emocional, quando comparados com indivíduos que não ingerem alimentos para lidar com as emoções diariamente. Os indivíduos que restringem a sua alimentação de forma a controlar o peso corporal (restrained eaters) tendem a ingerir uma maior quantidade de alimentos para regular estados emocionais negativos, comparados com indivíduos que não restringem a sua alimentação no dia-a-dia (Bruch, 1973; Greeno & Wing, 1994; Lauzon-Guillain et al., 2009; Megalaki et al., 2013; Oliver, Wardle & Gibson, 2000). A investigação demonstra que as emoções que estimulam uma maior ingestão de alimentos são o tédio, a depressão e a fadiga, enquanto que aquelas que fomentam uma menor ingestão são o medo, a tensão e a dor (Mehrabian, 1980). Estudos indicam ainda que experienciar emoções positivas

provoca uma maior tendência para consumir alimentos saudáveis, enquanto que experienciar emoções negativas estimula o consumo de junk food (Lyman, 1982).

A origem das teorias que relacionam as emoções e o comportamento alimentar encontra-se nas investigações sobre a obesidade. As teorias psicossomáticas da obesidade (Bruch, 1973; Kaplan & Kaplan, 1957) propõem que comer pode reduzir a ansiedade e que, por sua vez, os obesos comem demais para reduzir o desconforto. A teoria interna/externa da obesidade (Schachter, 1971; Schachter, Goldman & Gordon, 1968) afirma que indivíduos com peso normal alteram a sua alimentação quando estão stressados, no entanto, indivíduos obesos comem independentemente do seu estado fisiológico. A hipótese da restrição (Herman & Mack, 1975; Herman & Polivy, 1980) defende que a relação entre o desejo de comer e o esforço para resistir a esse desejo (restrição) influencia o comportamento alimentar. Nesta teoria, os restrained eaters preocupam-se constantemente com o que comem e restringem cronicamente a ingestão de alimentos para controlar o peso, enquanto que os unrestrained eaters comem livremente, despreocupados com a ingestão de alimentos ou com as suas consequências. Os mesmos autores (Canetti et al., 2002; Viana, 2002), propõem a hipótese da desinibição, segundo a qual a contenção e o autocontrol dos restrained eaters pode ser distabilizado por desinibidores, como cognições (e.g. percepção de ter comido demais), fatores químicos (e.g. álcool) ou estados emocionais (e.g. ansiedade).

Hoje em dia, é indiscutível que a alimentação tem uma enorme influência na saúde, no bem-estar, na qualidade de vida e no desenvolvimento humano, a nível físico, intelectual e emocional (Godinho & Marques, 2016; Ogden, 2011). Diversos estudos têm confirmado o impacto do comportamento alimentar em doenças como o cancro, a diabetes, as doenças cardiovasculares ou a obesidade (Mente, Koning, Shannon, Anand, 2009; Viana, 2002). O comportamento alimentar desajustado pode ser caracterizado por um continuum entre as perturbações alimentares e a excessiva preocupação com o peso, imagem corporal e alimentação restritiva. As perturbações alimentares (e.g. anorexia nervosa e bulimia nervosa) são distúrbios psicopatológicos graves relacionados com a conduta alimentar, geralmente acompanhados de cognições referentes à alimentação e à aparência física, originando problemas de saúde preocupantes e requerendo tratamento multidisciplinar médico, psiquiátrico e psicológico (American Psychiatric Association, 2014; Anshel, 2004; Herzog & Eddy, 2009; Souza et al., 2011).

Investigação empírica

Apesar de não conhecermos outros estudos que relacionem esquemas cognitivos, autoestima, psicopatologia e comportamento alimentar em simultâneo, foi possível encontrar alguns estudos que relacionam estas variáveis em separado.

Uma investigação que decorreu nos EUA, com 50 jovens adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, verificou uma relação significativa entre todos os EMP's, a baixa autoestima e a gravidade de sintomas depressivos e de ansiedade (Kirsch, 2009). Vários outros estudos verificaram que quanto maior o grau em que o indivíduo possui EMP's, mais debilitada é a sua autoestima, principalmente em áreas como social, familiar e académica (Chavarría, 2017; Shareh, 2016).

Estudos com jovens adultos evidenciam a relação entre a adulez emergente e o surgimento de perturbações emocionais (Luyckx, Klimstra, Duriez, Van Petegem, & Beyers, 2013; Schulenberg et al., 2004).

Outros estudos relacionam ainda o comportamento alimentar com a necessidade de regulação emocional dos indivíduos (Johnston, Swan & Corte, 1999; Viana & Sinde, 2003), com EMP's (Leung, Waller & Thomas, 1999; Stein & Corte, 2008), com perturbações mentais (Nodin, 1999; Souza et al., 2011) e com a autoestima (Fortes, Meireles, Neves, Almeida & Ferreira, 2015; Sanlier, Varli, Macit, Mortas & Tatar, 2017; Souza et al., 2011).

Metodologia

Pertinência e objetivos do estudo

Os esquemas cognitivos são fruto das nossas experiências passadas e organizam a nova informação do meio com base nestas (Rijo, 2009). A autoestima molda-se ao longo da vida mediante as relações sociais e determina comportamentos, emoções e outros aspetos do ser humano (Hutz & Zanon, 2011; Quiles & Espada, 2007). A transição para a vida adulta desafia a estabilidade dos indivíduos e o seu funcionamento psicológico, nomeadamente a imagem de si, dos outros e do mundo em geral (Arnett, 2001, 2006). O comportamento alimentar é frequentemente utilizado como uma estratégia reguladora de estados emocionais negativos, muitas vezes acionados por esta instabilidade (Corbalán-Tutau, 2012; Macht, 2008).

Apesar do interesse que estes conceitos têm despertado ao longo do tempo junto de teóricos e investigadores, tanto quanto sabemos não existem estudos que tenham procurado compreender a sua associação, o que reforça o valor da atual investigação.

Este estudo tem como principal objetivo contribuir para a compreensão das relações entre esquemas cognitivos, autoestima, psicopatologia e comportamento alimentar, numa fase da vida marcada por importantes transições desenvolvimentais e, por isso mesmo, desafiadora da estabilidade emocional e psicológica dos indivíduos. Assim, os objetivos específicos são: (1) caracterizar a amostra em função de fatores sociodemográficos (i.e. género, idade, nacionalidade, habilitações literárias, ocupação, estado civil, residência, filhos e índice de massa corporal); (2) caracterizar os jovens adultos quanto aos seus EMP's, autoestima, psicopatologia e comportamento alimentar; (3) compreender a associação entre esquemas cognitivos, autoestima, psicopatologia e comportamento alimentar, neste período específico do ciclo vital.

Participantes

A amostra foi recolhida através de uma técnica de amostragem não-probabilística e por conveniência. Todos os participantes aceitaram participar de forma voluntária nesta investigação. Participaram 384 jovens adultos, tendo sido excluídos 29: 28 por terem idade superior a 25 anos e 1 por apresentar um questionário inválido. A amostra final é assim constituída por 355 participantes, 95 do sexo masculino (26.8%) e 260 do sexo feminino (73.2%), com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos ($M=22.20$; $DP=2.066$).

Tabela 1. *Variáveis sociodemográficas da amostra em estudo (N=355)*

Variáveis		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i> (<i>DP</i>)
Idade				22.20 (2.07)
Género	Feminino	260	73.2	
	Masculino	95	26.8	
Nacionalidade	Portuguesa	342	96.3	
	Outra	13	3.7	
Habilitações literárias	Ensino básico ou secundário	118	66.8	
	Ensino superior	237	33.2	
Ocupação	Estudante	207	58.3	
	Trabalhador(a)	133	37.5	
	Desempregado(a)	15	4.2	
Estado civil	Solteiro(a)	349	98.3	
	Casado(a)/unido(a) de facto	6	1.7	
Residência	Familiar	246	69.3	
	Outra	109	30.7	
Filhos	Sim	5	1.4	
	Não	350	98.6	
Índice de massa corporal (IMC)	Abaixo do normal	73	20.6	22.86
	Normal	205	57.7	(4.39)
	Acima do normal	77	21.7	

Instrumentos

O método de recolha de dados utilizado foi o autorrelato sob a forma de questionários e escalas (Kohlsdorf & Júnior, 2009). Assim, o protocolo de investigação é constituído por 5 instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Three-Factor Eating Questionnaire,

Questionário de Esquemas de Young, Escala de Autoestima de Rosenberg e Inventário de Sintomas Psicopatológicos.

O *Questionário Sociodemográfico* recolhe dados sobre o género, a idade, a nacionalidade, as habilitações literárias, a ocupação, o estado civil, o tipo de residência, a existência de filhos, o peso e a altura.

O *Questionário de Esquemas de Young*, 3.^a versão revista (QEY-S3 - Young & Brown, 1990; versão portuguesa de Pinto Gouveia, Rijo & Salvador, 2005) é composto por 90 itens e avalia 18 EMP's, 5 itens por cada EMP (privação emocional; abandono/instabilidade; desconfiança/abuso; isolamento social/alienação; defeito/vergonha; fracasso; dependência/incompetência funcional; vulnerabilidade ao mal/doença; emaranhamento/eu subdesenvolvido; subjugação; autossacrifício; inibição emocional; padrões excessivos de realização/hipercriticismo; grandiosidade; autocontrolo/autodisciplina insuficientes; procura de aprovação/reconhecimento; pessimismo; punição). Utiliza uma escala de Likert de 6 pontos (1=Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo; 2=Falso na maioria das vezes, isto é, não tem quase nada a ver com o que acontece comigo; 3=Ligeiramente mais verdadeiro do que falso, isto é, tem ligeiramente a ver com o que acontece comigo; 4=Moderadamente verdadeiro, isto é, tem moderadamente a ver com o que acontece comigo; 5=Verdadeiro a maioria das vezes, isto é, tem muito a ver com o que acontece comigo; 6=Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo). A média dos resultados traduz o grau em que o indivíduo possui determinado EMP. O instrumento apresenta boas características psicométricas de consistência interna, com valores de alfa de Cronbach que variam entre .57 e .86 para cada um dos fatores, sendo que o total da escala apresenta um valor de .97. No estudo presente, os valores de consistência interna são de .94 no total da escala e variam entre .43 e .80 nos vários fatores que a constituem. Encontra-se em anexo o alfa de Cronbach de todas as subescalas do instrumento (Anexo A).

A *Escala de Autoestima de Rosenberg* (RSES – Rosenberg, 1989; versão portuguesa de Pechorro, Marôco, Poiães & Vieira, 2011) é uma medida unidimensional com 10 itens, 5 formulados positivamente e 5 formulados negativamente, destinados a avaliar globalmente a atitude positiva ou negativa do indivíduo em relação a si mesmo. Utiliza uma escala de Likert de 4 pontos (0=Discordo fortemente; 1=Discordo; 2=Concordo; 3=Concordo fortemente). O resultado total da escala representa os níveis de autoestima global e é obtido através do somatório dos resultados de todos os itens, podendo variar entre 0 e 30. Os resultados mais

elevados correspondem a níveis mais elevados de autoestima e os mais baixos a níveis mais reduzidos. A nível de consistência interna, apresenta valores de alfa de Cronbach aceitáveis, que variam entre .73 e .81. Este estudo apresenta um valor de consistência interna de .53.

O *Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ - Karlsson, Persson, Sjöström & Sullivan, 2000; versão portuguesa de Moreira, Almeida, Sampaio & Almeida, 1998) tem 26 itens, que avaliam três dimensões do comportamento alimentar: restrição (13 itens), desinibição (7 itens) e fome (6 itens). A restrição refere-se à restrição intencional do consumo alimentar para a regulação do peso. A desinibição caracteriza-se pela facilidade com que alguém que come moderadamente se descontrola, perdendo o critério em relação à seleção, frequência e qualidade da sua alimentação, acabando por comer compulsivamente e aumentar de peso. A fome representa a sensação de fome e as suas implicações ao nível do comportamento. Utiliza uma escala de Likert de 4 pontos (1=Discordo totalmente; 2=Discordo na maior parte; 3=Concordo na maior parte; 4=Concordo totalmente). A pontuação traduz-se na soma do resultado dos itens, cuja cotação permite obter 3 índices, cada um relativo a um fator. As qualidades psicométricas desta versão são razoáveis relativamente à sua consistência interna, os valores de alfa de Cronbach são de .91 para a restrição, .76 para a desinibição e .70 para a fome. No presente estudo, obtiveram-se valores de alfa de Cronbach de .60 para a restrição, de .77 para a desinibição e de .64 para a fome. Para o total da escala, o valor referente à consistência interna foi de .88.

O *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* (BSI - Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 2007) é um instrumento composto por 53 itens, que avalia nove dimensões de sintomatologia psicopatológica: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. O BSI avalia também três índices globais, que representam avaliações sumárias de perturbação emocional: índice geral de sintomas (IGS), índice de sintomas positivos (ISP) e total de sintomas positivos (TSP). Utiliza uma escala de Likert de 5 pontos (0=Nunca; 1=Poucas vezes; 2=Algumas vezes; 3=Muitas vezes; 4=Muitíssimas vezes). Do ponto de vista clínico, a análise das pontuações obtidas nas nove dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que preponderantemente perturba mais o indivíduo. A simples leitura dos índices globais permite avaliar, de forma geral, o nível de sintomatologia psicopatológica apresentado. Os valores de alfa de Cronbach variam entre .71 na dimensão psicoticismo e .85 na dimensão depressão. Este estudo apresenta um valor referente à consistência interna de .96

para o total da escala e valores nas subescalas que variam entre .72 e .88. Encontra-se em anexo o alfa de Cronbach de todas as subescalas do instrumento (Anexo B).

Procedimentos

Os dados foram recolhidos através da divulgação online do protocolo de investigação. A divulgação do mesmo foi realizada através de três redes sociais: facebook, instagram e whatsapp. Este processo decorreu durante cinco meses. Foi conduzido de acordo com os princípios éticos da investigação científica e o projeto submetido a apreciação pela Comissão de Ética da Universidade de Évora.

O tratamento e a análise estatística dos dados foram realizados com recurso ao programa IBM SPSS Statistics (versão 24.0). Uma análise exploratória dos dados recolhidos permitiu verificar e eliminar erros e valores omissos. Adicionalmente, foram realizadas pequenas alterações estruturais no ficheiro, com o objetivo de renomear e recodificar algumas variáveis, bem como, inserir as pontuações finais referentes aos instrumentos. Ademais, foi calculado o valor de alfa de Cronbach para cada um dos instrumentos e, ainda, para cada uma das subescalas que os integram, de modo a avaliar as suas características psicométricas, nomeadamente, referentes à consistência interna (foram apresentados valores moderados a elevados). De seguida, realizou-se o teste de Levene, através do qual se verificou a homogeneidade das variâncias, e o teste de Kolmogorov-Smirnov, através do qual não foi possível garantir a normalidade da distribuição dos dados das variáveis independentes. No entanto, a análise comparativa dos dados foi processada através de testes paramétricos, uma vez que foi assegurada a homogeneidade das variâncias, que a amostra é de grande dimensão e que os testes paramétricos são robustos relativamente a violações da normalidade.

Realizou-se a caracterização das variáveis em estudo, através de estatísticas descritivas, bem como, a comparação das suas médias, através do teste T de Student, nas variáveis dicotómicas, e da ANOVA One Way e do teste Post Hoc Tukey, em variáveis com três grupos.

Posteriormente, foram realizados três modelos de regressão linear múltipla, através do método de seleção de preditores “enter” (de modo a serem consideradas todas as variáveis independentes) e três modelos de regressão linear múltipla, através do método de seleção de preditores “stepwise” (para apenas serem consideradas as variáveis independentes significativas no modelo, adquirindo um modelo mais parcimonioso); com o objetivo de

verificar se os domínios de EMP's, a autoestima e a sintomatologia psicopatológica influenciam o comportamento alimentar, ao nível das suas três dimensões: a restrição, a desinibição e a fome. Em relação aos EMP's, foram utilizados os cinco domínios de esquemas, ao invés dos 18 EMP's, porque a amostra não apresentaria dimensão suficiente para garantir 20 participantes para cada variável independente. Quanto à sintomatologia psicopatológica, optou-se pelo ISP, em detrimento das nove dimensões específicas, de modo a não complexificar o modelo. Os pré-requisitos que este tipo de modelo exige foram assegurados: número de participantes mínimo, resíduos independentes, ausência de multicolinearidade, ausência de outliers, resíduos normalmente distribuídos, homocedasticidade e relação linear entre as variáveis.

Resultados

Caracterização das variáveis

Na tabela 2 são apresentados os valores mínimos e máximos das variáveis em estudo, bem como, as suas médias e desvios-padrão. Em relação aos esquemas cognitivos e domínios de esquemas, verificam-se valores médios baixos ($M < 3.5$) e, por esse motivo, sem relevância clínica, excepto no esquema padrões excessivos (Rijo, 2017). Quanto à autoestima, não existe ponte de corte definido, contudo, a média da nossa amostra ($M = 16.65$) situa-se consideravelmente abaixo das médias obtidas no estudo de validação do instrumento (que se situam entre 19.97 e 23, variando consoante o género e a amostra), o que pode revelar índices de autoestima baixos (Pechorro et al., 2011). À semelhança da escala anterior, também para a escala do comportamento alimentar não estão definidos pontos de corte, mas por comparação com os valores médios do estudo de validação do instrumento (23.12 para a restrição, 13.76 para a desinibição e 14.75 para fome), na nossa amostra foram obtidos valores ligeiramente superiores nas subescalas restrição ($M = 24.83$) e desinibição ($M = 14.70$), e inferiores na subescala fome ($M = 12.36$) (Moreira et al., 1998). Relativamente à sintomatologia psicopatológica, o valor do índice de sintomas positivos situa-se acima do ponto de corte ($M \geq 1,7$), indicando que é provável encontrar nesta amostra indivíduos emocionalmente perturbados (Canavarro, 2007).

Tabela 2. *Estatísticas descritivas das variáveis em estudo*

Variáveis	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
QEY-S3				
Privação emocional	1.00	5.40	2.07	1.10
Abandono/instabilidade	1.00	6.00	2.95	1.33
Abuso/desconfiança	1.00	6.00	2.78	1.15
Isolamento social/alienação	1.00	6.00	2.58	1.18
Defeito/vergonha	1.00	6.00	1.91	1.05
Fracasso	1.00	6.00	2.25	1.20
Dependência/incompetência funcional	1.00	4.80	1.89	.78

Variáveis		<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
	Vulnerabilidade ao mal/doença	1.00	6.00	2.68	1.11
	Emaranhamento/eu subdesenvolvido	1.00	5.40	1.87	.76
	Subjugação	1.00	6.00	2.14	.96
	Autossacrifício	1.00	6.00	3.13	1.14
	Procura de aprovação/reconhecimento	1.00	5.80	2.77	1.04
	Grandiosidade/limites indefinidos	1.00	5.40	2.87	.93
	Autocontrolo/autodisciplina insuficientes	1.00	5.40	2.75	1.06
	Pessimismo	1.00	6.00	3.07	1.27
	Inibição emocional	1.00	6.00	2.58	1.31
	Padrões excessivos	1.00	6.00	3.65	.96
	Punição	1.00	5.40	2.60	.99
	Domínio distanciamento e rejeição	1.00	5.64	2.46	.95
	Domínio autonomia/desempenho deteriorados	1.00	5.55	2.17	.73
	Domínio influência dos outros	1.00	5.07	2.68	.83
	Domínio limites deteriorados	1.00	5.40	2.81	.89
	Domínio vigilância e inibição	1.00	5.20	2.97	.85
RSES	Autoestima global	1.00	26.00	16.65	2.79
TFEQ	Restrição	13	52	24.83	9.36
	Desinibição	7	28	14.70	4.97
	Fome	6	24	12.36	5.64
BSI	Somatização	.00	3.57	.93	.80
	Obsessões-compulsões	.00	4.00	1.48	.89
	Sensibilidade interpessoal	.00	4.00	1.25	.94

Variáveis	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Depressão	.00	4.00	1.30	.95
Ansiedade	.00	4.00	1.26	.89
Hostilidade	.00	4.00	1.15	.83
Ansiedade fóbica	.00	3.60	.73	.80
Ideação paranóide	.00	3.60	1.18	.85
Psicoticismo	.00	3.60	1.00	.79
ISP	1.00	3.50	1.78	.57

Comparação de médias

Relativamente ao género (cf. Tabela 3), encontram-se diferenças estatisticamente significativas nos esquemas abandono ($t(353)=-2.61$, $p=.01$, 95%CI[-0.72,-0.10]), autossacrifício ($t(353)=-3.08$, $p=.002$, 95%CI[-0.68,-0.15]), inibição emocional ($t(353)=3.45$, $p=.001$, 95%CI[0.23,0.84]) e punição ($t(353)=2.01$, $p=0.05$, 95%CI[0.01,0.47]). As mulheres evidenciam maior saliência nos esquemas abandono e autossacrifício, enquanto os homens revelam maior saliência nos esquemas inibição emocional e punição. Verificam-se também, em função do género, diferenças estatisticamente significativas nas subescalas do comportamento alimentar restrição ($t(353)=-3.32$, $p=.001$, 95%CI[-0.45,-0.11]) e fome ($t(353)=-3.40$, $p=.001$, 95%CI[-0.60, -0.16]), com as mulheres a serem as que apresentam maior saliência. Também no que diz respeito à sintomatologia psicopatológica foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função do género nas subescalas somatização ($t(351)=-2.81$, $p=.01$, 95%CI[-0.46,-0.08]), ansiedade ($t(350)=-2.86$, $p=.004$, 95%CI[-0.51,-0.09]) e ansiedade fóbica ($t(350)=-3.12$, $p=.002$, 95%CI[-0.48,-0.11]), sendo as mulheres as que apresentam maior saliência em todas estas dimensões. No que diz respeito à autoestima, não se verificam diferenças estatisticamente significativas em função do género ($p=.85$).

Tabela 3. Variáveis com diferenças significativas no “género” (Sample T-Test)

Variáveis		Feminino		Masculino	
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
QEY-S3	Abandono	3.07	1.35	2.65	1.23
	Autossacrifício	3.24	1.15	2.82	1.05
	Inibição emocional	2.44	1.27	2.97	1.33
	Punição	2.53	.99	2.77	1.00
TFEQ	Restrição	1.98	.74	1.70	.63
	Fome	2.16	.95	1.78	.86
BSI	Somatização	1.00	.81	.73	.75
	Ansiedade	1.34	.90	1.04	.83
	Ansiedade fóbica	.81	.83	.52	.67

Quanto à nacionalidade (cf. Tabela 4), os resultados mostram diferenças estatisticamente significativas nos esquemas privação emocional ($t(352)=2.04$, $p=.04$, 95%CI[0.02,1.29]) e emaranhamento ($t(352)=1.98$, $p=.05$, 95%CI[0.01,0.88]). Os indivíduos de nacionalidade portuguesa parecem possuir menor saliência destes EMP's específicos, quando comparados com os indivíduos de outras nacionalidades. Verificam-se também diferenças estatisticamente significativas no ISP ($t(332)=2.79$, $p=.01$, 95%CI[0.14,0.82]), tendo os indivíduos de nacionalidade portuguesa revelado, novamente, menor saliência. Não foram encontradas diferenças na autoestima ($p=.89$) e no comportamento alimentar ($p=.06$ para a restrição, $p=.26$ para a fome, $p=.43$ para a desinibição) em função da nacionalidade.

Tabela 4. Variáveis com diferenças significativas na “nacionalidade” (Sample T-Test)

Variáveis		Portuguesa		Outra	
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
QEY-S3	Privação emocional	2.04	1.10	2.70	.94

Variáveis	Portuguesa		Outra		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Emaranhamento	1.86	.76	2.30	.91	
BSI	ISP	1.76	.56	2.25	.69

Relativamente às habilitações literárias (cf. Tabela 5), verificam-se diferenças estatisticamente significativas nos esquemas abuso ($t(353)=2, p=.05, 95\%CI[0.01,0.51]$) e dependência ($t(353)=2.08, p=.04, 95\%CI[0.01,0.35]$). Os indivíduos que frequentaram apenas o ensino básico ou secundário, por comparação com aqueles que frequentaram o ensino superior, reportam maior saliência em ambos os EMP's. Os resultados também apresentam diferenças estatisticamente significativas na subescala restrição do comportamento alimentar ($t(353)=-2.42, p=.02, 95\%CI[-0.35,-0.04]$). Neste caso, os indivíduos que frequentaram o ensino superior apresentam maior restrição do comportamento alimentar. Identificam-se ainda diferenças estatisticamente significativas ao nível das subescalas de sintomatologia psicopatológica somatização ($t(351)=2.25, p=.02, 95\%CI[0.03,0.38]$) e hostilidade ($t(350)=2.05, p=.04, 95\%CI[0.01,0.38]$). Os indivíduos que frequentaram apenas o ensino básico ou secundário apresentam maior saliência nestas subescalas. Quanto à autoestima, não se obtiveram diferenças significativas em função das habilitações literárias ($p=.09$).

Tabela 5. Variáveis com diferenças significativas nas “habilitações literárias” (Sample T-Test)

Variáveis	Ensino básico/secundário		Ensino superior		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
QEY-S3	Abuso	2.95	1.14	2.69	1.15
	Dependência	2.02	.76	1.83	.79
TFEQ	Restrição	1.78	.68	1.97	.73
BSI	Somatização	1.06	.88	.86	.75
	Hostilidade	1.28	.87	1.09	.80

No que se refere à ocupação dos indivíduos (cf. Tabela 6), verificam-se diferenças estatisticamente significativas nos esquemas abandono [$F(2,352)=6.50, p=.002$], abuso [$F(2,352)=4.69, p=.01$], isolamento social [$F(2,352)=7.62, p=.001$], defeito [$F(2,352)=13.01, p<.001$], fracasso [$F(2,352)=23.16, p<.001$], dependência [$F(2,352)=9.89, p<.001$], vulnerabilidade [$F(2,352)=5.77, p=.003$], emaranhamento [$F(2,352)=3.66, p=.03$], autocontrole insuficiente [$F(2,352)=5.60, p=.004$], procura de aprovação [$F(2,352)=5.68, p=.004$], pessimismo [$F(2,352)=6.68, p=.001$] e punição [$F(2,352)=5.89, p=.003$]. O teste de Tukey revelou que os estudantes, quando comparados com os trabalhadores, apresentam maior saliência nos esquemas abandono (95%IC[0.17,0.86], $p=.001$), abuso (95%IC[0.06,0.66], $p=.01$), isolamento social (95%IC[0.06,0.67], $p=.01$), defeito (95%IC[0.21,0.74], $p<.001$), fracasso (95%IC[0.39,0.98], $p<.001$), dependência (95%IC[0.09,0.49], $p=.002$), vulnerabilidade (95%IC[0.01,0.58], $p=.05$), procura de aprovação (95%IC[0.09,0.63], $p=.01$) e pessimismo (95%IC[0.09,0.74], $p=.01$). Constatou-se que os trabalhadores, comparados com aqueles que estão desempregados, apresentam menor saliência nos esquemas isolamento social (95%IC[-1.79,-0.30], $p=.003$), defeito (95%IC[-1.72,-0.41], $p<.001$), fracasso (95%IC[-2.36,-0.91], $p<.001$), dependência (95%IC[-1.25,-0.27], $p=.001$), vulnerabilidade (95%IC[-1.57,-0.17], $p=.01$), emaranhamento (95%IC[-1.03,-0.06], $p=.02$), autocontrole insuficiente (95%IC[-1.53,-0.19], $p=.01$), pessimismo (95%IC[-1.75,-0.15], $p=.02$) e punição (95%IC[-1.44,-0.18], $p=.01$). Além disso, verifica-se que os desempregados apresentam maior saliência no esquema fracasso (95%IC[-1.66,-0.23], $p=.01$), por comparação com os estudantes. Ainda sobre a ocupação, os resultados apresentam diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas de sintomatologia psicopatológica: somatização [$F(2,350)=5.93, p=.003$], obsessões-compulsões [$F(2,352)=12.82, p<.001$], sensibilidade interpessoal [$F(2,351)=14.12, p<.001$], depressão [$F(2,349)=9.64, p<.001$], ansiedade [$F(2,349)=5.38, p=.005$], hostilidade [$F(2,349)=3.59, p=.03$], ansiedade fóbica [$F(2,349)=5.99, p=.003$], ideação paranóide [$F(2,351)=6.15, p=.002$], psicoticismo [$F(2,349)=5.89, p=.003$] e, também, no ISP [$F(2,331)=8.64, p<.001$]. Segundo o teste de Tukey, os estudantes apresentam maior saliência do que os trabalhadores, nas dimensões somatização (95%IC[0.07,0.49], $p=.005$), obsessões-compulsões (95%IC[0.19,0.64], $p<.001$), sensibilidade interpessoal (95%IC[0.24,0.71], $p<.001$), depressão (95%IC[0.13,0.62], $p=.001$), ansiedade (95%IC[0.03,0.50], $p=.02$), ansiedade fóbica (95%IC[0.10,0.51], $p=.002$), ideação paranóide (95%IC[0.01,0.45], $p=.04$), psicoticismo (95%IC[0.02,0.42], $p=.03$) e no ISP (95%IC[0.10,0.40], $p<.001$). Os indivíduos com trabalho apresentam menor saliência do que os desempregados nas subescalas obsessões compulsões (95%IC[-1.41,-0.31], $p=.001$), sensibilidade interpessoal (95%IC[-1.47,-0.30],

$p=.001$), depressão (95%IC[-1.44,-0.24], $p=.003$), ansiedade (95%IC[-1.16,-0.03], $p=.04$), hostilidade (95%IC[-1.05,-0.01], $p=.05$), ideação paranóide (95%IC[-1.24,-0.16], $p=.01$), psicoticismo (95%IC[-1.11,-0.11], $p=.01$) e no ISP (95%IC[-1.73,-0.01], $p=.04$). Relativamente à ocupação dos indivíduos, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível da autoestima ($p=.16$) e do comportamento alimentar ($p=.45$ para a restrição, $p=.09$ para a fome, $p=.28$ para a desinibição).

Tabela 6. Variáveis com diferenças significativas na “ocupação” (Post Hoc Tukey Test)

Variável dependente	(I) Ocupação	(J) Ocupação	Diferença de médias (I-J)	DP
QEY-S3 Abandono	Estudante	Trabalhador	.51	.15
	Abuso	Trabalhador	.36	.13
Isolamento social	Estudante	Trabalhador	.37	.13
	Trabalhador	Desempregado	-1.04	.32
Defeito	Estudante	Trabalhador	.47	.11
	Trabalhador	Desempregado	-1.07	.28
Fracasso	Estudante	Trabalhador	.69	.13
	Estudante	Desempregado	-.95	.30
	Trabalhador	Desempregado	-1.63	.31
Dependência	Estudante	Trabalhador	.29	.08
	Trabalhador	Desempregado	-.76	.21
Vulnerabilidade	Estudante	Trabalhador	.29	.12
	Trabalhador	Desempregado	-.87	.30
Emaranhamento	Trabalhador	Desempregado	-.54	.21
Autocontrolo insuficiente	Trabalhador	Desempregado	-.86	.29
Procura de aprovação	Estudante	Trabalhador	.36	.11
Pessimismo	Estudante	Trabalhador	.42	.14

Variável dependente	(I) Ocupação	(J) Ocupação	Diferença de médias (I-J)	DP	
	Trabalhador	Desempregado	-.95	.34	
Punição	Trabalhador	Desempregado	-.81	.27	
BSI	Somatização	Estudante	Trabalhador	.28	.09
	Obsessões-compulsões	Estudante	Trabalhador	.41	.10
		Trabalhador	Desempregado	-.86	.23
Sensibilidade interpessoal	Estudante	Trabalhador	.48	.10	
		Trabalhador	Desempregado	-.89	.25
Depressão	Estudante	Trabalhador	.38	.10	
		Trabalhador	Desempregado	-.84	.25
Ansiedade	Estudante	Trabalhador	.26	.10	
		Trabalhador	Desempregado	-.60	.24
Hostilidade	Trabalhador	Desempregado	-.53	.22	
Ansiedade fóbica	Estudante	Trabalhador	.30	.09	
Ideação paranóide	Estudante	Trabalhador	.23	.09	
		Trabalhador	Desempregado	-.70	.23
Psicoticismo	Estudante	Trabalhador	.22	.09	
		Trabalhador	Desempregado	-.61	.21
ISP	Estudante	Trabalhador	.25	.06	
		Trabalhador	Desempregado	-.37	.15

Quanto à residência (cf. Tabela 7), os resultados revelam diferenças estatisticamente significativas nos esquemas privação emocional ($t(353)=2.40$, $p=.02$, 95% CI[0.05,0.55]), abandono ($t(353)=2.45$, $p=.01$, 95% CI[0.07,0.67]), abuso ($t(353)=2.32$, $p=.02$, 95% CI[0.05,0.56]), defeito ($t(353)=3.79$, $p<.01$, 95% CI[0.22,0.68]), fracasso ($t(353)=2.20$,

$p=.03$, 95%CI[0.03,0.57]), dependência ($t(353)=3$, $p<.001$, 95%CI[0.09,0.44]) e pessimismo ($t(353)=2.11$, $p=.04$, 95%CI[0.02,0.59]). Os indivíduos que residem com elementos da sua família evidenciam maior saliência em todos os EMP's, quando comparados com os indivíduos que residem sozinhos ou numa residência não familiar. Verificam-se ainda diferenças estatisticamente significativas nas subescalas de sintomatologia psicopatológica sensibilidade interpessoal ($t(352)=2.50$, $p=.01$, 95%CI[0.06,0.48]), depressão ($t(350)=2.97$, $p=.003$, 95%CI[0.11,0.54]), hostilidade ($t(350)=3.06$, $p=.002$, 95%CI[0.1,0.48]) e, também, no ISP ($t(332)=2.97$, $p=.004$, 95%CI[0.06,0.33]). Os indivíduos que habitam com elementos da sua família obtiveram, novamente, maior saliência em todas as dimensões em causa. Ao nível da residência, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na autoestima ($p=.86$) e nas dimensões do comportamento alimentar ($p=.11$ para a restrição, $p=.64$ para a fome, $p=.37$ para a desinibição).

Tabela 7. Variáveis com diferenças significativas na “residência” (Sample T-Test)

Variáveis		Familiar		Outra	
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
QEY-S3	Privação emocional	2.16	1.14	1.86	.96
	Abandono	3.07	1.38	2.70	1.17
	Abuso	2.87	1.18	2.57	1.06
	Defeito	2.05	1.13	1.60	.77
	Fracasso	2.34	1.27	2.04	1.01
	Dependência	1.98	.83	1.71	.62
	Pessimismo	3.16	1.29	2.85	1.21
BSI	Sensibilidade interpessoal	1.33	1.00	1.06	.77
	Depressão	1.39	1.01	1.07	.78
	Hostilidade	1.24	.87	.95	.66
	ISP	1.84	.60	1.64	.47

No que diz respeito ao IMC (cf. Tabela 8), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas subescalas do comportamento alimentar restrição [$F(2,352)=7.89, p<.001$], fome [$F(2,352)=10.86, p<.001$] e desinibição [$F(2,352)=4.63, p=.01$]. Através do teste de Tukey, verificou-se que os sujeitos com IMC abaixo do normal, quando comparados com aqueles cujo IMC está acima do normal, possuem menor saliência nas três subescalas do comportamento alimentar: restrição (95%IC[-0.73,-0.19], $p<.001$), fome (95%IC[-1.03,-0.32], $p<.001$) e desinibição (95%IC[-0.59,-0.04], $p=.02$). Constatou-se também que os sujeitos com o IMC dentro da norma, comparando com os que têm o IMC acima da norma, apresentam menor saliência nas mesmas três subescalas: restrição (95%IC[-0.48,-0.03], $p=.02$), fome (95%IC[-0.75,-0.17], $p=.001$) e desinibição (95%IC[-0.48,-0.03], $p=.02$). No que se refere ao IMC, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas ao nível dos EMP's ($.07<p<.98$), da autoestima ($p=.74$) e da sintomatologia psicopatológica ($p=.66$).

Tabela 8. *Variáveis com diferenças significativas no “IMC” (Post Hoc Tukey Test)*

Variável dependente	(I) IMC	(J) IMC	Diferença de médias (I-J)	DP
TFEQ Restrição	Abaixo do normal	Acima do normal	-.46	.12
	Normal	Acima do normal	-.26	.10
Fome	Abaixo do normal	Acima do normal	-.68	.15
	Normal	Acima do normal	-.46	.12
Desinibição	Abaixo do normal	Acima do normal	-.32	.12
	Normal	Acima do normal	-.26	.09

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos EMP's, na autoestima, no comportamento alimentar e na sintomas psicopatológicos relativamente às variáveis “estado civil” e “filhos”.

Regressão linear múltipla

Foram utilizados seis modelos de regressão linear múltipla, três através do método “enter” e três através do método “stepwise”, para verificar se os domínios de EMP’s, a autoestima e a sintomatologia psicopatológica influenciam o comportamento alimentar, ao nível das suas três dimensões: a restrição, a desinibição e a fome.

As correlações bivariadas entre as variáveis incluídas nestes modelos foram maioritariamente significativas a um nível de significância elevado (cf. Tabela 9).

Relativamente aos pressupostos necessários neste tipo de modelo, contemplam-se pelo menos 20 participantes por variável independente, assegurando o número de participantes mínimo necessário. No que se refere à independência dos resíduos, em todos os modelos, o valor de Durbin Watson esteve próximo de 2, sendo de 1.857 no modelo relativo à restrição, de 1.769 no modelo referente à fome e de 1.768 no modelo que inclui a desinibição, podendo, por isso, considerar os resíduos independentes. Em relação à inexistência de outliers, este pressuposto confirma-se em dois dos modelos, nos referentes à restrição e à fome, onde os resíduos apresentam média nula, variância constante e, por isso, seguem uma distribuição aproximadamente normal (cf. Tabela 11 e histogramas). No modelo referente à desinibição, verifica-se a presença de três casos fora da norma (cf. Tabela 10 e gráfico Scatterplot), contudo, sendo o valor máximo da Distância de Cook 0.05, inferior a 1, e o de Leverage 0.09, inferior a 2, podemos concluir que estes casos não influenciam a estimação dos coeficientes de regressão (cf. Tabela 11). Verificam-se, nos três modelos, valores de Tolerância superiores a 0.1 e de VIF inferiores a 10, assegurando a ausência de multicolinearidade necessária (cf. Tabela 12). Nos gráficos histogramas e P-P Plot é possível verificar a normalidade distribucional dos resíduos, porque os resíduos se encontram, mais ou menos, dentro da curva normal, no gráfico histograma, e próximos da linha diagonal, no gráfico P-P Plot. Já no gráfico Scatterplot é possível verificar a homocedasticidade (variância constante dos erros) e a linearidade (relação linear entre as variáveis) do fenómeno, já que os resíduos estão distribuídos de forma aleatória ao longo do gráfico e apresentam um aspeto linear (gráficos em Anexo C).

Tabela 9. *Correlações bivariadas entre as variáveis em estudo (Pearson correlation)*

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	M	DP
1. Distanciamento e rejeição	---										2.47	.96
2. Autonomia e desempenho deteriorados	.74**	---									2.18	.74
3. Influência dos outros	.76**	.72**	---								2.69	.85
4. Limites deteriorados	.65**	.64**	.66**	---							2.82	.90
5. Vigilância e inibição	.70**	.69**	.68**	.62**	---						2.99	.85
6. Autoestima	.35**	.35**	.38**	.37**	.32**	---					16.65	2.76
7. Restrição	.07	.05	.05	-.02	.09*	.07	---				1.91	.73
8. Fome	.20**	.21**	.19**	.16**	.16**	.11*	.26**	---			2.07	.94
9. Desinibição	.19**	.32**	.25**	.31**	.25**	.18**	.14**	.41**	---		2.11	.72
10. ISP	.57**	.54**	.46**	.38**	.45**	.32**	.05	.21**	.16**	---	1.78	.57

** Correlação significativa a .01

* Correlação significativa a .05

Tabela 10. *Diagnóstico dos casos* ^a

Número de caso	Resíduo estandardizado	Desinibição
117	3.08	4.00
217	4.04	4.00
218	4.04	4.00

^a Variável dependente: Desinibição

Tabela 11. *Estatísticas dos resíduos*

	Estatísticas	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Restrição	Resíduos estandardizados	-2.06	2.93	.00	1.00
	Distância de Cook	.00	.05	.00	.01
	Valor de Leverage	.01	.08	.03	.01
Fome	Resíduos estandardizados	-2.26	2.68	.00	1.00
	Distância de Cook	.00	.03	.00	.01
	Valor de Leverage	.00	.09	.03	.01
Desinibição	Resíduos estandardizados	-2.20	4.04	.00	1.00
	Distância de Cook	.00	.05	.00	.01
	Valor de Leverage	.01	.09	.03	.01

A análise mediante o método “enter” resultou em modelos estatisticamente significativos, tanto na restrição [F(9,324)=3.35, $p=.001$, $R^2=.09$], como na fome [F(9,324)=10.42, $p<.001$, $R^2=.22$] e na desinibição [F(9,324)=11.74, $p<.001$, $R^2=.25$]. Os modelos testados foram altamente significativos e explicam entre 9 e 25% da variabilidade total das dimensões do comportamento alimentar. O modelo referente à restrição permitiu identificar o domínio limites deteriorados ($\beta=-.182$, $t=-2.34$, $p=.02$) como preditor desta

dimensão do comportamento alimentar. O modelo que inclui a fome verificou que o ISP ($\beta=.124$, $t=2.01$, $p=.05$) contribui para esta dimensão do comportamento alimentar. Por fim, o modelo que contempla a desinibição identificou como preditores desta dimensão o domínio distanciamento e rejeição ($\beta=-.226$, $t=-2.55$, $p=.01$), o domínio autonomia e desempenho deteriorados ($\beta=.236$, $t=2.87$, $p<.001$) e o domínio limites deteriorados ($\beta=.205$, $t=2.92$, $p<.001$). Por um lado, o ISP e o domínio autonomia e desempenho deteriorados contribuem positivamente para o comportamento alimentar, por outro, o domínio distanciamento e rejeição apresenta um contributo negativo no comportamento alimentar. Já o domínio limites deteriorados parece contribuir positivamente para a subescala do comportamento alimentar desinibição e negativamente para a restrição (cf. Tabela 12).

Tabela 12. *Coefficientes do modelo de regressão “enter”*

Modelo	Coeficientes estandardizados			Estatísticas de colinearidade		
	Beta (β)	T	P	Tolerância	VIF	
Restrição	(Constante)		4.97	.00		
	Distanciamento e rejeição	.074	.75	.45	.29	3.43
	Autonomia/desempenho deteriorados	-.058	-.64	.52	.34	2.98
	Influência dos outros	-.015	-.17	.87	.34	2.97
	Limites deteriorados	-.182	-2.34	.02	.47	2.14
	Vigilância e inibição	.124	1.51	.13	.42	2.37
	Autoestima	.050	.85	.39	.81	1.23
	ISP	-.013	-.18	.85	.62	1.62
Fome	(Constante)		1.06	.29		
	Distanciamento e rejeição	.095	1.05	.30	.29	3.42
	Autonomia/desempenho deteriorados	.007	.08	.94	.34	2.98

Modelo	Coeficientes estandardizados			Estatísticas de colinearidade		
	Beta (β)	<i>T</i>	<i>P</i>	Tolerância	VIF	
	Influência dos outros	.032	.38	.71	.34	2.97
	Limites deteriorados	-.035	-.49	.63	.46	2.17
	Vigilância e inibição	-.071	-.94	.35	.42	2.38
	Autoestima	-.022	-.41	.68	.81	1.23
	ISP	.124	2.01	.05	.62	1.60
Desinibição	(Constante)		2.70	.01		
	Distanciamento e rejeição	-.226	-2.55	.01	.30	3.36
	Autonomia/desempenho deteriorados	.236	2.87	.00	.34	2.91
	Influência dos outros	.000	.00	.99	.34	2.97
	Limites deteriorados	.205	2.92	.00	.47	2.12
	Vigilância e inibição	.041	.55	.59	.42	2.38
	Autoestima	.042	.79	.43	.81	1.23
	ISP	-.020	-.32	.75	.62	1.62

Nota: Diferenças estatisticamente significativas a negrito.

A análise mediante o método “stepwise”, para a dimensão restrição, não resultou num modelo significativamente explicativo. A análise referente à dimensão fome resultou num modelo altamente significativo [$F(1,335)=22.88$, $p<.001$; $R^2=.061$], que explica 6,1% da variabilidade desta dimensão do comportamento alimentar e onde foi apenas incluída uma variável com contributo significativo para a fome: o ISP. Relativamente à dimensão desinibição, resultaram três modelos, sendo que o modelo com maior capacidade explicativa foi o modelo 3 [$F(1,333)=4.73$, $p=.03$; $R^2=.123$], explicando 12,3% da variabilidade desta dimensão do comportamento alimentar e incluindo três variáveis com contributo significativo:

os domínios limites deteriorados, autonomia e desempenho deteriorados e, ainda, distanciamento e rejeição (cf. Tabela 13).

Tabela 13. *Sumário do modelo de regressão “stepwise”*

	Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Gl	F	P
Fome	1	.253 ^a	.064	.061	(1,335)	22.88	.000
Desinibição	1	.317 ^b	.100	.097	(1,335)	37.30	.000
	2	.345 ^c	.119	.113	(1,334)	7.03	.008
	3	.362 ^d	.131	.123	(1,333)	4.73	.030

^a Preditores: (Constante), ISP.

^b Preditores: (Constante), domínio autonomia e desempenho deteriorados

^c Preditores: (Constante), domínio autonomia e desempenho deteriorados, domínio limites deteriorados

^d Preditores: (Constante), domínio autonomia e desempenho deteriorados, domínio limites deteriorados, domínio distanciamento e rejeição

O modelo relativo à dimensão do comportamento alimentar fome, prediz o ISP como tendo um contributo positivo sobre a fome ($\beta=.325$, $t=4.78$, $p<.001$). Quanto ao modelo 3, referente à desinibição, a variável com maior peso explicativo é o domínio autonomia e desempenho deteriorados ($\beta=.300$, $t=3.76$, $p<.001$), seguindo-se o domínio limites deteriorados ($\beta=.228$, $t=3.24$, $p=.001$) e, por fim, o domínio distanciamento e rejeição ($\beta=-.175$, $t=-2.18$, $p=.03$). À semelhança do modelo relativo a esta dimensão do comportamento alimentar realizado pelo método “enter”, tanto o domínio autonomia e desempenho deteriorados como o domínio limites deteriorados têm um contributo positivo sobre a desinibição, enquanto que o domínio distanciamento e rejeição tem um contributo negativo (cf. Tabela 14).

Tabela 14. *Coefficientes de regressão dos modelos*

Preditores	Coefficientes estandardizados	<i>T</i>	<i>P</i>	Estatísticas de colinearidade	
	Beta (β)			Tolerância	VIF
<i>Fome – Modelo 1</i>					
(Constante)		18.04	.00		
ISP	.325	4.78	.00	1	1
<i>Desinibição – Modelo 3</i>					
(Constante)		9.84	.00		
Distanciamento e rejeição	-.175	-2.18	.03	.40	2.48
Autonomia/desempenho deteriorados	.300	3.76	.00	.41	2.44
Limites deteriorados	.228	3.24	.00	.53	1.90

Discussão

Na generalidade da amostra, os valores médios dos EMP's e dos domínios de esquemas são baixos e sem relevância clínica, o que poderá querer dizer que a nossa amostra não possui EMP's rígidos o suficiente para se considerarem disfuncionais, excepto no que se refere ao esquema padrões excessivos/hipercriticismo (Rijo, 2017). Este resultado vai de encontro à teoria que defende que a população geral desenvolve EMP's, sendo o que distingue verdadeiramente os indivíduos perturbados dos indivíduos saudáveis a inflexibilidade, generalização e resistência dos EMP's. Além disso, a maior saliência na amostra do esquema padrões excessivos/hipercriticismo poderá estar associada à entrada na adultez e à confrontação com as exigências próprias desta fase da vida (i.e. ser independente financeira e emocionalmente, ser responsável, assumir maior compromisso nas relações de intimidade, ter uma identidade sólida e um percurso de vida definido...). Estes desafios desenvolvimentais podem precipitar a ativação de esquemas de funcionamento baseados em padrões excessivos e hipercriticismo, conduzindo o indivíduo a exigir-se atingir padrões de comportamento e desempenho muito elevados (Arnett, 1998, 2001, 2006; Rijo, 2009).

Os valores médios referentes à autoestima são baixos, por comparação com o estudo de validação do instrumento (Pechorro et al., 2011), o que pode indicar que os sujeitos fazem uma avaliação genericamente menos favorável dos seus atributos pessoais. Uma possível explicação para este resultado poderá residir precisamente na existência de padrões de desempenho muito elevados, capazes de desencadear auto-percepções de que não é suficientemente capaz/competente, ou de que não é digno de valor (Rosenberg, 1965; Santos & Maia, 2003). Esta hipótese vai de encontro aos resultados de outros estudos (e.g. Chavarría, 2017; Kirsch, 2009; Shareh, 2016) que demonstram uma relação significativa entre a existência de EMP's e uma baixa autoestima.

No que se refere ao comportamento alimentar, os valores médios de restrição e de desinibição são muito próximos dos valores encontrados no estudo de validação do instrumento, mas ainda assim ligeiramente superiores. Tal sugere a presença de indivíduos que, por um lado, regulam aquilo que comem para controlar o peso e que, por outro lado, se descontrolam comendo compulsivamente. Ao contrário do que seria expectável, com base em investigações anteriores (e.g. Fortes et al., 2015; Johnston, Swan & Corte, 1999; Leung et al., 1999; Stein & Corte, 2008; Sanlier et al., 2017; Viana & Sinde, 2003), os valores médios

referentes à fome são baixos, o que poderá significar que a sensação de fome e as implicações que esta tem ao nível do comportamento não são experienciadas pela amostra.

Quanto à sintomatologia psicopatológica, e tendo em conta o valor médio obtido no ISP, é possível que na amostra se encontrem indivíduos com perturbações emocionais. Um vez que o valor médio obtido está ligeiramente acima do ponto de corte, é possível que não estejamos na presença de um grupo com sintomas subtis e insignificantes, nem de um grupo com uma complexa constelação sintomatológica, mas sim de um grupo com alguma sintomatologia preocupante. De entre esta, as dimensões com valores médios mais elevados são as obsessões-compulsões, a depressão e a ansiedade, pelo que serão estas as perturbações mais salientes na amostra. A exigência percebida das tarefas desenvolvimentais próprias do ciclo de vida da nossa amostra (Cummings et al., 2000; Kessler et al., 2005; Schulenberg et al., 2004), a presença de EMP's (Kellogg & Young, 2006; Schmidt et al., 1995) e de uma baixa autoestima (Baumeister et al., 2003; Quiles & Espada, 2007) podem ajudar a compreender a presença de perturbações emocionais na amostra. As perturbações emocionais parecem estar também relacionadas com o comportamento alimentar, na medida em que a investigação demonstra que a anorexia (restrição) e a bulimia (desinibição) estão frequentemente associadas a níveis elevados de depressão e ansiedade, tanto na origem do comportamento como em consequência do mesmo (Nodin, 1999; Souza et al., 2011).

Algumas variáveis sociodemográficas por nós estudadas parecem também estar associadas, com um grau de correlação médio a elevado, à presença de EMP's, ao comportamento alimentar e à sintomatologia psicopatológica. Quanto à autoestima, não foram encontradas correlações significativas com o género, a nacionalidade, as habilitações literárias, a ocupação, o estado civil, a residência, os filhos e o IMC, o que não vai de encontro aos resultados de outros estudos que associam a autoestima ao género (Santos & Maia, 2003), ao meio cultural de origem (Harter, 1999; Kitayama et al., 1997) ou ao sucesso escolar/profissional (Senos, 1996).

No nosso estudo, o género parece está relacionado com os EMP's, com o comportamento alimentar e com a sintomatologia psicopatológica. As mulheres evidenciam maior saliência nos EMP's de abandono (i.e. percepção de que as pessoas significativas serão incapazes de fornecer apoio ou proteção emocional) e autossacrifício (i.e. expectativas exageradas de dever e responsabilidade perante os outros). Enquanto os homens evidenciam maior saliência nos EMP's de inibição emocional (i.e. expectativa de que a expressão emocional leva a

consequências negativas, como constrangimento, vergonha, perda de controlo dos próprios impulsos ou desaprovação dos outros) e punição (i.e. crença de que as pessoas devem ser severamente punidas pelos seus erros) (Rijo, 2009). Eventualmente, as mulheres sentem medo de não serem cumpridas por parte dos outros as suas necessidades emocionais e, por isso, sacrificar-se-ão pelos outros, na tentativa de os agradar e evitar o abandono ou obter a sua atenção. Já os homens mantêm um funcionamento de maior inibição emocional (contenção na expressão emocional) e punição pelos erros, muitíssimo frequente na nossa sociedade. Relativamente ao comportamento alimentar, o facto das mulheres apresentarem resultados superiores aos dos homens nas dimensões restrição alimentar (i.e. restrição intencional do consumo alimentar para a regulação do peso) e fome (i.e. sensação de fome e suas implicações comportamentais) vai de encontro aos resultados dos estudos de Lauzon-Guillain et al. (2009) e de Moreira et al. (1998). Lauzon-Guillain et al. (2009) revelam, por um lado, que o comportamento alimentar está diretamente relacionado com dimensões emocionais que diferem consoante o género; e por outro lado, que as mulheres sofrem maior pressão da sociedade para perder peso, aderir a dietas e alcançar o corpo ideal, o que pode promover os fenómenos da fome e da restrição alimentar. As mulheres apresentam níveis superiores de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente de somatização (i.e. mal-estar que surge da perceção do funcionamento somático), ansiedade (i.e. indicador de nervosismo, tensão, ansiedade generalizada e ataques de pânico) e ansiedade fóbica (i.e. reação de medo persistente, irracional e desproporcional ao estímulo que provoca o medo) (Canavarro, 2007). Este resultado vai de encontro aos de outros estudos que demonstram que as mulheres tendem a experienciar duas vezes mais problemas emocionais, quando comparadas com os homens (Ohannessian & Lerner, 1999), nomeadamente ansiedade (Misra & McKean, 2000). No entanto, contraria outros estudos que excluem a ideia de que as mulheres apresentam maiores taxas de perturbações mentais, defendendo que existem diferenças ao nível de perturbações específicas, onde as mulheres apresentam maior saliência para a depressão, ansiedade, pânico e fobias, enquanto que os homens apresentam maior saliência no abuso de álcool e substâncias, e na perturbação antissocial da personalidade, por exemplo (Sachs-Ericsson & Ciarlo, 2000).

A nacionalidade parece estar relacionada com os EMP's e com a sintomatologia psicopatológica. Os indivíduos de nacionalidade estrangeira apresentam maior saliência nos EMP's privação emocional (i.e. expectativa de que as necessidades de apoio emocional nunca serão atendidas adequadamente) e emaranhamento (i.e. envolvimento emocional excessivo com os outros devido à ideia de que não pode sobreviver ou ser feliz sem o apoio constante do

outro) (Rijo, 2009). Uma possível explicação para estes resultados poderá basear-se no facto dos indivíduos de nacionalidade estrangeira, longe do seu país de origem e muitas vezes das suas famílias e daquilo que consideram ambientes de conforto e segurança, poderem sentir-se menos integrados e sem as suas necessidades emocionais satisfeitas; sendo que, por outro lado e na procura de colmatar esta necessidade, se poderão envolver excessivamente nas relações que mantêm. Além disso, quanto à sintomatologia psicopatológica, os indivíduos de nacionalidade estrangeira apresentam também valores mais elevados no ISP (i.e. um índice global que avalia de forma sumária perturbações emocionais) (Canavarro, 2007). Todo o contexto de mudança e distanciamento, poderá ativar EMP's e conduzir a sintomatologia psicopatológica. Os fatores sociais, económicos, políticos e culturais interferem no nosso ajustamento psicológico e as alterações familiares têm um papel importantíssimo na emergência de perturbações mentais (Francisco et al., 2016).

Neste estudo, as habilitações literárias parecem estar relacionadas com os EMP's, com o comportamento alimentar e com a sintomatologia psicopatológica. Os indivíduos que frequentaram apenas os ensinos básico ou secundário revelam maior saliência nos EMP's abuso (i.e. crença de que as pessoas são abusivas, humilhantes e manipuladoras) e dependência (i.e. crença de que é incapaz de gerir com competência as responsabilidades diárias). Os indivíduos com menos habilitações literárias poderão sentir-se inseguros ou inferiores, experienciando a sensação de que os outros abusam deles ou, por outro lado, que precisam dos outros para conseguir cumprir as tarefas desenvolvimentais desta fase da vida. Relativamente à sintomatologia psicopatológica, os indivíduos que frequentaram apenas os ensinos básico ou secundário apresentam maiores níveis de somatização e hostilidade (i.e. pensamentos, emoções e comportamentos típicos do estado afetivo negativo de cólera). A psicopatologia do desenvolvimento pressupõe que o insucesso na realização de tarefas desenvolvimentais específicas (e.g. ingressar na universidade, se isto simbolizar um caminho para o emprego ou autonomia que se deseja), pode resultar na emergência de perturbações emocionais (Dishion et al., 2006). Os indivíduos que frequentaram o ensino superior revelam maior saliência na restrição alimentar (Moreira et al., 1998).

A ocupação dos sujeitos parece estar relacionada com os EMP's e com a sintomatologia psicopatológica. Os estudantes, quando comparados com os trabalhadores, apresentam maior saliência nos EMP's abandono, abuso, isolamento social (i.e. sensação de estar isolado e de ser diferente das outras pessoas), defeito (i.e. crença de que é defeituoso, desagradável ou inferior),

fracasso (i.e. crença de que é inadequado e está destinado a falhar em áreas de realização), dependência, vulnerabilidade (i.e. medo exagerado de que um desastre ocorra), procura de aprovação (i.e. procura excessiva de obtenção de aprovação, reconhecimento ou atenção por parte dos outros) e pessimismo (i.e. ênfase nos aspetos negativos e minimização dos aspetos positivos) (Rijo, 2009). Mas também nas dimensões psicopatológicas somatização, obsessões-compulsões (i.e. cognições, impulsos e comportamentos, persistentes, irresistíveis, ego-distónicos e indesejados), sensibilidade interpessoal (i.e. sentimentos de inadequação e inferioridade pessoal, essencialmente, na comparação com os outros), depressão (i.e. afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e interesse pela vida), ansiedade, ansiedade fóbica, ideação paranóide (i.e. comportamento paranóide como funcionamento cognitivo perturbado), psicoticismo (i.e. isolamento, estilo de vida esquizóide e sintomas primários de esquizofrenia) e, ainda, no ISP (Canavarro, 2007). Estes resultados parecem indicar que os estudantes se encontram menos bem do ponto de vista psicológico do que os seus pares que já se encontram a trabalhar. Talvez pelo facto de ainda não considerarem as suas vidas certas e estáveis, pelas inseguranças geradas pela antecipação das dificuldades para entrar no mundo do trabalho, pela competição dos ambientes académicos, pela dependência financeira dos pais, entre outras exigências frequentes nesta faixa etária (Arnett, 2000, 2001, 2004). Constatou-se que os desempregados, comparando com aqueles que estão a trabalhar, apresentam maior saliência nos EMP's de isolamento social, defeito, fracasso, dependência, vulnerabilidade, emaranhamento, autocontrolo insuficiente (i.e. expectativa de que a autodisciplina não é importante e que emoções e impulsos exigem pouca restrição), pessimismo e punição (Rijo, 2009), tal como, nas dimensões de sintomatologia psicopatológica obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ideação paranóide e psicoticismo (Canavarro, 2007). À semelhança do que Arnett (2006) e Andrade (2010) defendem, estes resultados sugerem que a ocupação profissional é vista pelos jovens não só como uma via para a autonomia financeira mas também, como uma fonte de gratificação e realização pessoal. Monteiro et al. (2008) defendem também que o desemprego implica uma paragem e um olhar sobre o próprio que as pessoas, muitas vezes, antes desse momento, nunca experienciaram e isto pode conduzir a sentimentos de vazio, desvalor, culpa, vergonha e solidão, frequentes no âmbito da psicopatologia. Além disso, verificou-se que os desempregados apresentam maior saliência no esquema fracasso, em comparação com os estudantes, o que seria de esperar dado que o desemprego facilmente pode levar a crer que se é menos bem sucedido do que os outros, menos talentoso e que se vai inevitavelmente fracassar em determinadas áreas de realização.

A residência parece estar relacionada com os EMP's e com a sintomatologia psicopatológica. Os indivíduos que vivem numa residência familiar evidenciaram maior saliência nos EMP's de privação emocional, abandono, abuso, defeito, fracasso, dependência e pessimismo (Rijo, 2009). É muito coerente que indivíduos que sentem que as pessoas à sua volta não conseguem fornecer suporte emocional (privação emocional) ou proteção (abandono), que os outros podem magoá-los ou abusar deles (abuso), que são inferiores ou sem valor (defeito), que irão fracassar inevitavelmente (fracasso) ou que são incompetentes nas responsabilidades do dia-a-dia e dependentes dos outros para as concretizar (dependência), tenham também maior dificuldade em abandonar o espaço de residência que lhes é familiar, simbolizando conforto e segurança. Os indivíduos que vivem numa residência da família revelaram também índices mais altos nas dimensões de sintomatologia psicopatológica sensibilidade interpessoal, depressão, hostilidade e no ISP (Canavarro, 1999). Este resultado não vai de encontro aos de outros estudos, segundo os quais a independência residencial nos jovens adultos atrasa a definição dos percursos académico, profissional e pessoal (Arnett, 2000); e a dependência é baseada numa escolha racional que os beneficia a nível económico e afetivo, bem como, a nível da qualidade de vida e do bem-estar (Cavalli, 1997). Contudo, esta perspetiva pode ser amenizada se pensarmos que quando os jovens adultos saem de casa, por exemplo, para estudar numa outra localidade, a sua situação não se modifica verdadeiramente tratando-se de um afastamento temporário (Andrade, 2010) e, nesse sentido, as famílias continuam a ser consideradas fontes de apoio económico, emocional, escolar e profissional (Pappámikail, 2004).

O IMC parece estar relacionado com o comportamento alimentar. Os indivíduos com IMC acima da norma apresentam maior saliência na restrição, na desinibição (i.e. facilidade com que alguém que come moderadamente se descontrola, perdendo o critério em relação à seleção, frequência e qualidade da sua alimentação, acabando por comer compulsivamente e aumentar de peso) e na fome, do que os indivíduos que têm IMC dentro ou abaixo da norma (Moreira et al., 1998). Também no estudo de Moreira et al. (1998), a restrição e a desinibição se correlacionaram com o IMC. Megalakaki et al. (2013) argumentam que indivíduos com sobrepeso são mais predispostos a regular situações de stresse, ansiedade e emoções negativas através da alimentação. Além disso, também é de esperar que estes dirijam mais esforços à restrição alimentar para controlo do seu peso e que, quando se desestabilizam, percam o controlo, comam compulsivamente e aumentem de peso. O padrão alimentar dos indivíduos reflete a sua saúde física e mental (Huon & Strong, 1998).

Este estudo, tendo por base os resultados da regressão, sugere que o ISP contribui de forma significativa e positiva para a dimensão fome do comportamento alimentar. Ou seja, de forma geral, quanto maior é o nível de sintomatologia psicopatológica apresentada, maior é também a sensação de fome e as suas consequências. Este resultado sugere que a alimentação emocional pode funcionar descentrando os indivíduos das situações stressantes e sendo, por isso, uma estratégia frequentemente utilizada para aliviar emoções negativas, sentimentos indesejados e tensão psíquica (Spoor et al., 2007), frequentes na psicopatologia. Este alívio parece favorecer um humor mais positivo e combater os efeitos negativos do stress (Heatherton & Baumeister, 1991). A desregulação emocional é comum na psicopatologia e em momentos críticos do ciclo de vida (e.g. transição para a vida adulta), sendo a adoção de estratégias reguladoras das emoções benéfica ou prejudicial, determinando a qualidade do comportamento alimentar (Baumeister, Zell & Tice, 2007; Spoor et al., 2007). O uso da alimentação como regulador das emoções tem riscos, podendo levar a comportamentos alimentares problemáticos (e.g. fome) reforçados negativamente pelo alívio de emoções negativas.

A regressão linear deste estudo indica também que os domínios de esquemas autonomia e desempenho deteriorados, limites deteriorados e, ainda, distanciamento e rejeição contribuem de forma significativa para a desinibição alimentar. O domínio autonomia e desempenho deteriorados e o domínio limites deteriorados têm um contributo positivo sobre a desinibição, enquanto que o domínio distanciamento e rejeição tem um contributo negativo sobre a desinibição. Isto significa que quanto mais os sujeitos possuem crenças que incitam ao afastamento, à sobrevivência e ao funcionamento independente dos outros (autonomia e desempenho deteriorados) e quanto mais possuem défices nos limites internos, nas responsabilidades para com os outros, na cooperação, no compromisso e na definição de metas pessoais realistas (limites deteriorados), maior é também a desinibição face aos alimentos, originando um consumo compulsivo de alimentos e o aumento de peso. Este resultado sugere que a ausência de limites internos se reflete na ausência de limites, controlo e contenção alimentares. A falta de compromisso e a incapacidade para definir metas poderá conduzir alguém que, tipicamente, come com moderação a descontrolar-se desmedidamente. Por outro lado, quando é maior a expectativa de que as necessidades de segurança, apoio, cuidado, empatia, estabilidade, aceitação e respeito, serão satisfeitas de forma previsível/expectável, maior é esta ingestão compulsiva dos alimentos (Rijo, 2009). Esta correlação negativa com o domínio distanciamento e rejeição contradiz a literatura. A desinibição está associada a

oscilações de peso e implica que alguém que, normalmente, come de forma moderada, se descontrola, perdendo o critério quanto à seleção, frequência e qualidade dos alimentos que ingere, comendo compulsivamente e aumentando de peso (Herman e Polivy, 1980). Assim, faz sentido que indivíduos que se sintam incompetentes, vulneráveis, fracassados e subjugados, partindo do pressuposto que isto gera sentimentos de desespero e de vazio, bem como, ansiedade (Rijo, 2009), percam o controlo na ingestão alimentar. Herman e Polivy (1980) salientam que a ingestão excessiva de alimentos e a voracidade alimentar têm, frequentemente, origem em fatores emocionais (e.g. ansiedade), cognitivos (e.g. percepção de que já se ultrapassou o limite de comida estabelecido) e químicos (e.g. consumo de álcool ou outras substâncias).

A capacidade explicativa das variáveis por nós estudadas (i.e. ISP, domínio autonomia e desempenho deteriorados, domínio limites deteriorados e domínio distanciamento e rejeição) sobre as dimensões do comportamento alimentar (fome e desinibição) é pequena. Isto sugere que as variáveis em causa são relevantes e influenciam o comportamento alimentar, sendo contudo incapazes de explicar uma parte importante da variabilidade do comportamento alimentar. Neste sentido, seria pertinente estudar também a influência de outras variáveis, como questões de personalidade, de influência social, de condição económica, de religião ou de saúde física (Ogden, 2011).

Limitações e estudos futuros

A interpretação dos resultados do presente estudo deve ter em conta as limitações que este apresenta. Algumas variáveis sociodemográficas não se encontram igualmente representadas na amostra, por exemplo, verifica-se um elevado número de participantes do género feminino (73.2%) comparando com os do género masculino (26.8%), tal como um grande número de participantes que habitam numa residência familiar (69.3%) comparando com os que habitam noutra tipo de residência (30.7%). Investigações futuras poderão procurar amostras mais heterogéneas e representativas desta faixa etária.

Parece-nos também que seria importante ter tido em consideração outras variáveis sociodemográficas, como a condição socioeconómica ou a existência de um relação amorosa. Bem como, variáveis clínicas como doenças físicas ou mentais diagnosticadas. Em estudos futuros, poderão ser recolhidos outros elementos de informação sociodemográfica e clínica.

A dimensão do protocolo de investigação poderá constituir uma limitação, na medida em que este era muito extenso, podendo conduzir ao enviesamento das respostas, mesmo que tenhamos optado pelo uso de versões reduzidas dos instrumentos.

Também o método do autorrelato poderá ser uma barreira no acesso ao comportamento real dos sujeitos, porque os itens podem adquirir diferentes significados para diferentes sujeitos e, além disso, alguns dos atributos avaliados são subjetivos, estão desprovidos do contexto situacional e aceder-lhes implica algum autoconhecimento dos participantes. Investigações futuras poderão optar por outros métodos de recolha de informação (e.g. entrevistas) e de análise de dados (e.g. métodos qualitativos).

Não foram encontrados resultados conclusivos em relação a algumas variáveis (e.g. a autoestima, vários EMP's e várias dimensões de sintomatologia psicopatológica), o que pode ser justificado pelo facto da amostra ser constituída por uma população normal e saudável, e não uma amostra clínica. Em estudos futuros, poderia ser benéfico comparar uma população clínica com uma população não clínica.

Por fim, poderão ser estudadas também outras estratégias de coping, para além do comportamento alimentar, utilizadas como forma de regular emoções e tensão psíquica, desencadeadas pela presença de EMP's, baixa autoestima e psicopatologia.

Conclusão

É inquestionável a influência que o comportamento alimentar tem sobre a saúde, o bem-estar e o desenvolvimento humano (Godinho & Marques, 2016; Ogden, 2011). Assim, para promover a qualidade de vida da humanidade, torna-se essencial compreender a função, a origem, as dimensões e as consequências que compõem o comportamento alimentar. Com base neste pressuposto e conhecendo o papel da alimentação na regulação emocional (Corbalán-Tutau, 2012; Gibson, 2006), torna-se importante estudar o comportamento alimentar quando este é utilizado como estratégia de coping para regular estados emocionais negativos na transição para a vida adulta, uma fase frequentemente marcada por instabilidade, tensão e mudança. Também os esquemas cognitivos e a autoestima, por estarem enraizados em nós e influenciarem os nossos comportamentos, cognições e emoções (Hutz & Zanon, 2011; Rijo, 2009), podem ser ativados ou tornar-se mais evidentes nesta etapa do ciclo vital, influenciando também o comportamento alimentar.

De modo a responder ao primeiro objetivo do presente estudo, caracterizámos a amostra em função de fatores sociodemográficos e verificámos que os 355 participantes do estudo têm uma média de idades de 22.2 anos, são maioritariamente do género feminino (73.2%), portugueses (96.3%) e completaram o ensino básico ou secundário (66.8%). São maioritariamente estudantes (58.3%) e solteiros (98.3%), habitam numa residência familiar (69.3%), não têm filhos (98.6%) e, por último, possuem um IMC dentro da norma (57.7%).

O segundo objetivo do estudo consistia em caracterizar os jovens adultos quanto aos seus EMP's, autoestima, psicopatologia e comportamento alimentar. Verificámos a presença de EMP's sem relevância clínica, assumindo que não são rígidos o suficiente para se considerarem disfuncionais. Apenas o esquema padrões excessivos/hipercriticismo é clinicamente relevante, o que poderá estar relacionado com a confrontação com as exigências típicas da entrada na idade adulta, que poderá ativar modos de funcionamento através dos quais se tenta atingir padrões de comportamento e desempenho elevados, e muitas vezes irrealistas. Quanto à autoestima, os valores foram baixos, o que revela avaliações genericamente pouco favoráveis dos jovens adultos acerca de si próprios, que poderão estar associadas a padrões de desempenho elevados, fomentando auto-percepções de que não se é suficientemente capaz/competente. A respeito do comportamento alimentar encontraram-se valores de restrição e desinibição ligeiramente elevados, o que sugere a presença de indivíduos que, por um lado, regulam aquilo que comem para controlar o peso e que, por outro lado, se descontrolam comendo compulsivamente. Os

valores médios referentes à fome situam-se ligeiramente abaixo daqueles que foram obtidos no estudo de validação do instrumento, demonstrando indivíduos que não experienciam excessivamente a sensação de fome e as suas implicações comportamentais. No que se refere à sintomatologia psicopatológica, os resultados evidenciam uma forte probabilidade da presença de indivíduos emocionalmente perturbados, que poderá ser explicada através da exigência percebida das tarefas desenvolvimentais próprias desta fase da vida, da presença de EMP's e de uma baixa autoestima. Também a existência de perturbações mentais poderá estar associada a um comportamento alimentar disfuncional, na medida em que se sabe que determinadas perturbações alimentares possuem elevadas componentes anseogénicas e, muitas vezes, precipitam a emergência de episódios depressivos. Neste estudo as variáveis sociodemográficas género, nacionalidade, habilitações literárias, ocupação, residência e IMC, aparecem relacionadas com os EMP's, o comportamento alimentar e, ainda, a sintomatologia psicopatológica. Algumas das variáveis mencionadas (e.g. residência e IMC) são ainda pouco estudadas, o que reforça a relevância destes resultados.

Relativamente ao terceiro objetivo do estudo - que passa por compreender a associação entre esquemas cognitivos, autoestima, psicopatologia e comportamento alimentar, neste período específico do ciclo vital -, os resultados indicam que o índice de sintomas positivos (sintomatologia psicopatológica) e os domínios autonomia e desempenho deteriorados, limites deteriorados, e distanciamento e rejeição (esquemas disfuncionais), têm influência sobre a fome e a desinibição (comportamento alimentar). Isto sugere que a alimentação (i.e. a sensação de fome e o descontrolo face aos alimentos) poderá funcionar como regulador de estados emocionais negativos resultantes de psicopatologia e de EMP's, numa fase da vida onde estes poderão estar mais salientes devido à exigência das tarefas desenvolvimentais típicas.

Embora as limitações referidas tenham o seu peso, a presente investigação pode trazer contributos pertinentes para a melhoria da qualidade de vida dos jovens adultos. Identifica variáveis sociodemográficas (i.e. género, nacionalidade, habilitações literárias, ocupação, residência e IMC) influentes na forma como os jovens adultos organizam o conhecimento e interpretam a realidade, nos sintomas de doença mental que estes apresentam e, ainda, no seu comportamento alimentar. O maior contributo deste estudo relaciona-se com a indicação de que a sintomatologia psicopatológica e alguns domínios de esquemas disfuncionais (como sejam, autonomia e desempenho deteriorados, limites deteriorados, e distanciamento e rejeição), têm influência na fome e desinibição (comportamento alimentar). De modo a melhor

compreender este resultado, seria interessante estudar quais as dimensões de sintomatologia psicopatológica preponderantes e quais os EMP's pertencentes aos domínios de esquemas em causa que mais predizem o comportamento alimentar. Estes resultados podem contribuir para a identificação de perfis de jovens adultos que utilizam a alimentação como forma de regular as suas emoções e, por conseguinte, para a criação de planos de prevenção. Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de se desenvolverem programas de promoção de bem-estar e qualidade de vida em jovens adultos, de modo a promover transições para a vida adulta mais saudáveis, conscientes, tranquilas e de qualidade.

Referências Bibliográficas

- Almeida, J. M. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington: American Psychological Association.
- Amir, N., & Foa, E. B. (2001). Cognitive biases in social phobia. In S. G. Hofmann & P. M. Dibartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (pp. 254-267). Boston: Allyn and Bacon.
- Andrade, C. (2010). Transição para a idade adulta: Das condições sociais às implicações psicológicas. *Análise Psicológica*, 28(2), 255-267.
- Anshel, M. H. (2004). Sources of disordered eating patterns between ballet dancers and non-dancers. *Journal of Sport Behavior*, 27, 115-133.
- Arnett, J. J. (1994). Are college students adults? Their conceptions of the transition to adulthood. *Journal of Adult Development*, 1, 154-168.
- Arnett, J. J. (1998). Learning to stand alone: The contemporary american transition to adulthood in cultural and historical context. *Human Development*, 41, 295-315.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Arnett, J. J. (2001). Conceptions of the transition to adulthood: Perspectives from adolescence through midlife. *Journal of Adult Development*, 8(2), 133-143.
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood*. New York: Oxford University Press.
- Arnett, J. J. (2006). Emerging adulthood: Understanding the new way of coming of age. In J. J. Arnett & J. L. Tanner (Eds.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century* (pp. 3-19). Washington: American Psychological Association.
- Aronson, P. (2005). *The markers and meanings of growing up: Contemporary young womens transition from adolescence to adulthood*. Michigan: James Madison College.

- Azenha, S. S. (2014). O internamento compulsivo e a representação da doença mental: Percorso histórico. *Arquivos de Medicina*, 28(2), 54-60.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *American Psychological Society*, 4(1), 1-44.
- Baumeister, R. F., Zell, A. L., & Tice, D. M. (2007). How emotions facilitate and impair self-regulation. In J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 408-426). New York: Guilford.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Brandão, T., Saraiva, L., & Matos, P. M. (2012). O prolongamento da transição para a idade adulta e o conceito de adultez emergente: Especificidades do contexto português e brasileiro. *Análise Psicológica*, 30(3), 301-313.
- Brief, A. P., Butcher, A. H., George, J. M., & Link, K. E. (1993). Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: The case of health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 646.
- Brown, J. D. (1998). *The self*. New York: McGraw-Hill.
- Brown, J. D., & Marshall, M. A. (2006). The three faces of self-esteem. In M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem: Issues and answers* (pp. 4-9). Washington: American Psychological Association.
- Brown, J. D., Dutton, K. A., & Cook, K. E. (2001). From the top down: Self-esteem and self-evaluation. *Cognition and Emotion*, 15(5), 615-631.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Cabecinhas, R. (1995). Heurísticas e enviesamentos cognitivos no processo de negociação de conflitos. *Cadernos do Noroeste*, 8(2), 99-119.
- Campbell, R. J. (1986). Definição de psicopatologia e ordenação dos seus fenómenos. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*, 1-440.

- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., Nazaré, B., & Pereira, M. (2017). Inventário de sintomas psicopatológicos 18 (BSI-18). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. Almeida (Eds.), *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação* (pp. 115-130). Lisboa: Editora Pactor.
- Canetti, L., Bachar, E., & Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioural Processes*, 60(2), 157-164.
- Cash, T. F., & Labarge, A. S. (1996). Development of the appearance schemas inventory: A new cognitive body-image assessment. *Cognitive Therapy and Research*, 20(1), 37-50.
- Catrambone, R., & Markus, H. (1987). The role of self-schemas in going beyond the information given. *Social Cognition*, 5(4), 349-368.
- Cavalli, A. (1997). The delayed entry into adulthood: Is it good or bad for society. Retrieved from *actas do congresso internacional "growing up between center and periphery"* (pp. 25-25).
- Chavarría, F. M. (2017). Relación entre esquemas mal-adaptativos tempranos y autoestima en adolescentes mujeres del 5º año de secundaria en una IE pública de Lima (Doctoral dissertation).
- Corbalán-Tutau, M. (2012). Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity: The Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 645-651.
- Côté, J. E. (2000). *Arrested adulthood: The changing nature of maturity and identity*. New York: New York University Press.
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: Theory, research and clinical implications*. New York: The Guilford Press.
- Dalgalarrondo, P. (2018). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Artmed Editora.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1995). Human agency: The basis for true self-esteem. In M. H. Kernis (Ed.), *Efficacy, agency, and self-esteem* (pp. 31–50). New York: Plenum.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory (3rd ed.)*. Minneapolis: National Computers Systems.
- Dishion, T. J., Patterson, G. R., Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (2006). *Developmental psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (Vol. 3). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Erikson, E. H. (1976). *Identidade: Juventude e crise* (2nd ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Zahar Editores.
- Fortes, L. D., Meireles, J. F., Neves, C. M., Almeida, S. S., & Ferreira, M. E. (2015). Autoestima, insatisfação corporal e internalização do ideal de magreza influenciam os comportamentos de risco para transtornos alimentares? *Revista de Nutrição*, 28(3), 253-264.
- Francisco, R., Monteiro, A., Pinto, J., & Gaspar, A. (2016). Reflexões sobre a família contemporânea. Estudo empírico com estudantes da Universidade Católica Portuguesa. In H. Pinto & J. Sardica (Eds.), *Família: Essência e multidisciplinaridade* (pp. 355-394). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Gibson, E. L. (2006). Emotional influences on food choice: Sensory, physiological and psychological pathways. *Physiology & Behavior*, 89(1), 53-61.
- Godinho, C., & Marques, M. (2016). Promoção de comportamentos alimentares saudáveis e gestão do peso: Investigação em Portugal. *Psychology, Community & Health*, 5(2), 80-84.
- Gordan, T., Holland, J., Lahelma, E., & Thomson, R. (2005). Imagining gendered adulthood: Anxiety, ambivalence, avoidance and anticipation. *European Journal of Women's Studies*, 12(1), 81-103.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1).

- Greeno, C. G., & Wing, R. R. (1994). Stress-induced eating. *Psychological Bulletin*, *115*, 444–464.
- Harter, S. (1990). Causes, correlates, and the functional role of global self-worth: A life-span perspective. In R. J. Sternberg & J. Kolligan (Eds.), *Perceptions of competence and incompetence across the lifespan* (pp. 67-97). New Haven: Yale University Press.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Harter, S. (2005). Self-concepts and self-esteem, children and adolescents. In C. B. Fisher & R. M. Lerner (Eds.), *Encyclopedia of applied developmental science* (pp. 973-977). doi:10.4135/9781412950565.n368
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, *110*(1), 86.
- Herman, C. P., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality* *43*, 647-660.
- Herman, C. P., & Polivy, J. (1980). Restrained eating. In A. J. Stunkard (Ed.), *Obesity* (pp. 208-225). Philadelphia: Saunders.
- Herzog, D. B., & Eddy, K. T. (2009). Eating disorders: What are the risks? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *48*(8), 782-783. doi:10.1097/CHI.0b013e3181aa 03d7.
- Huon, G. F., & Strong, K. G. (1998). The initiation and the maintenance of dieting: Structural models for large-scale longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders*, *23*(4), 361-369.
- Hutz, C. S., & Zanon, C. (2011). Revision of the adaptation, validation, and normatization of the Roserberg self-esteem scale. *Avaliação Psicológica*, *10*(1), 41-49.
- Ingram, R. E., & Kendall, P. C. (1986). Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective. In R. E. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology*. Orlando: Academic Press.

- Johnston, C. S., Swan, P., & Corte, C. (1999). Substrate utilization and work efficiency during submaximal exercise in Vitamin C depleted-repleted adults. *International Journal for Vitamin and Nutrition Research*, 69(1), 41-44.
- Kaplan, H. I., & Kaplan, H. S. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 125, 181-201.
- Jaspers, K. (1979). *Psicopatologia geral (2ª ed.)*. S. Paulo: Livraria Atheneu.
- Karlsson, J., Persson, L. O., Sjöström, L., & Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *International Journal of Obesity*, 24(12), 1715-1725.
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kirsch, J. (2009). *Early maladaptive schemas, self-esteem, and changes in depression and anxiety in young adults during residential substance abuse treatment*. Chester, Pennsylvania: Widener University, Institute for Graduate Clinical Psychology.
- Kitayama, S., Markus, H. R., Matsumoto, H., & Norasakkunkit, V. (1997). Individual and collective processes in the construction of the self: Self-enhancement in the United States and selfcriticism in Japan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1245-1267.
- Kohlsdorf, M., & Júnior, Á. L. (2009). O autorrelato na pesquisa em psicologia da saúde: Desafios metodológicos. *Psicologia Argumento*, 27(57), 131-139.
- Lauzon-Guillain, B., Romon, M., Musher-Eizenman, D., Heude, B., Basdevant, A., Charles, M. A., & Fleurbaix-Laventie Ville Santé Study Group. (2009). Cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating: Correlations between parent and adolescent. *Maternal & Child Nutrition*, 5(2), 171-178.
- Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (1999). Core beliefs in anorexic and bulimic women. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 187, 736-741.

- Levinson, D. (1986). A conception of adult development. *American Psychology*, *41*, 3-13.
- Luyckx, K., Klimstra, T. A., Duriez, B., Van Petegem, S., & Beyers, W. (2013). Personal identity processes from adolescence through the late 20s: Age trends, functionality, and depressive symptoms. *Social Development*, *22*, 701-721. doi:10.1111/sode.12027
- Lyman, B. (1982). The nutritional values and food group characteristics of food preferred during various emotions. *Journal of Psychology*, *112*, 121-127.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, *50*, 1-11. doi:10.1016/2007.07.002.
- MacLeod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *95*, 15-20.
- Mandler, G. (1985). *Cognitive psychology: An essay in cognitive science*. Hillsdale: Erlbaum.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, *33*, 63-78.
- Mathews, A. (1997). Information-processing biases in emotional disorders. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- McNally, R. J. (1990). Psychological approaches to panic disorder: A review. *Psychological Bulletin*, *108*, 403-419.
- Megalakaki, O., Mouveaux, M., Hubin-Gayte, M., & Wypych, L. (2013). Body image and cognitive restraint are risk factors for obesity in french adolescents. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *18*(3), 289-295.
- Mehrabian, A. (1980). *Basic Dimensions for a General Psychological Theory*. Cambridge: Oelschlager, Gunn & Hain.
- Mente, A., Koning, L., Shannon, H. S., & Anand, S. S. (2009). A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. *Archives of Internal Medicine*, *169*(7), 659-669. doi:10.1001/archinternmed.2009.38
- Miller, G. A. (2003). The cognitive revolution: A historical perspective. *Trends in Cognitive Sciences*, *7*(3), 141-144. doi: 10.1016/S1364-6613(03)00029-9

- Misra, R., & McKean, M. (2000). College student's academic stress and its relation to their anxiety, time management, and leisure satisfaction. *American Journal of Health Studies*, 16, 41.
- Monteiro, J. K., Pesenti, C. M., Maus, D., Bottega, D., & Machado, F. R. (2008). Reflexões acerca do atendimento psicológico a desempregados. *Aletheia*, (27), 233-242.
- Moreira, P., Almeida, L., Sampaio, D., & Almeida, M. D. (1998). Validação de uma escala para avaliação do comportamento alimentar de jovens universitários saudáveis. *Revista Ibero-Americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 6, 125-136.
- Nodin, N. (1999). A depressão nas perturbações da alimentação. *Análise Psicológica*, 17(4), 687-694.
- Ogden, J. (2011). *The psychology of eating: From healthy to disordered behavior*. United Kingdom: John Wiley & Sons.
- Ohannessian, C., & Lerner, R. (1999). Does self-competence predict gender differences in adolescent depression and anxiety. *Journal of Adolescence*, 22, 397.
- Oliver, G., Wardle, J., & Gibson, E. L. (2000). Stress and food choice: A laboratory study. *Psychosomatic Medicine*, 62(6), 853-865.
- Pappámikail, L. (2004). Relações intergeracionais, apoio familiar e transições juvenis para a vida adulta em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 46, 91-116.
- Pechorro, P., Marôco, J., Poiares, C., & Vieira, R. X. (2011). Validação da Escala de Auto-Estima de Rosenberg com adolescentes portugueses em contexto forense e escolar. *Arquivos de Medicina*, 25(5), 174-179.
- Pinto-Gouveia, J., & Rijo, D. (2001). Terapia Focada nos Esquemas: Questões acerca da sua validação empírica. *Psicologia*, 15(2), 309-324.
- Quiles, M., & Espada, J. (2007). *Educar para a autoestima*. Algueirão Mem-Martins: Keditora.
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 25(3), 439-454.
- Rijo, D. M. (2000). *Avaliação de esquemas mal-adaptativos precoces e psicopatologia. Exploração de diferentes metodologias de avaliação* (Unpublished master's thesis). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

- Rijo, D. M. (2009). *Esquemas mal-adaptativos precoces: Validação do conceito e dos métodos de avaliação* (Doctoral dissertation). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Rijo, D. M. (2017). O Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3). In M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. Almeida (Eds.), *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação* (pp. 159-173). Lisboa: Pactor.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Sachs-Ericsson, N., & Ciarlo, J. (2000). Gender, social roles, and mental health: An epidemiological perspective. *Sex Roles, 43*(9), 605-628.
- Sanlier, N., Varli, S. N., Macit, M. S., Mortas, H., & Tatar, T. (2017). Evaluation of disordered eating tendencies in young adults. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 22*(4), 623-631.
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 2*, 253-268.
- Schachter, S. (1971). Some extraordinary facts about obese humans and rats. *American Psychologist, 26*, 129-144.
- Schachter, S., Goldman, R., Gordon, A. (1968). Effects of fear, food deprivation and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology, 10*, 90-97.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research, 19*(3), 295-321.
- Schulenberg, J. E., Sameroff, A. J., & Cicchetti, D. (2004). The transition to adulthood as a critical juncture in the course of psychopathology and mental health. *Development and Psychopathology, 16*(4), 799-806.
- Senos, J. (1996). Atribuição causal, auto-estima e resultados escolares. *Análise Psicológica, 14*, 111-121.

- Settersten, R. A. (2006). Becoming adult: Meaning and markers for young americans. In P. Carr & M. Kefalas (Eds.), *Coming of age in America: The transition to adulthood in the twenty-first century* (pp. 169-190).
- Shareh, H. (2016). The relationship between early maladaptive schemas and sexual self-esteem in female sex workers. *Journal of Fundamentals of Mental Health, 18*(5), 249-258.
- Souza, A. S., Maciel, J. P., Freitas, K. K., Carmo, N. T., Santana, P. L., Costa, S. B., ... Alvarenga, R. (2011). O comportamento alimentar e os distúrbios psicológicos. Retrieved from <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0263.pdf>
- Spoor, S., Bekker, M., Strien, T., & Heck, G. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite, 48*(3), 368-376. doi:10.1016/j.appet.2006.10.005.
- Stein, D. J. (1992). Schemas in the cognitive and clinical sciences: An integrative construct. *Journal of Psychotherapy Integration, 2*(1), 45-63.
- Stein, K. F., & Corte, C. (2008). The identity impairment model: A longitudinal study of self-schemas as predictors of disordered eating behaviors. *Nursing Research, 57*, 182-190.
- Strein, W. (1995). Assessment of Self-Concept. *ERIC Digest*.
- Teixeira, C. J. (1991). A psicopatologia geral na formação do psicólogo. *Análise Psicológica, 9*(1), 118-126.
- Tanner, J. (2006). Recentring during emerging adulthood: A critical turning point in life span human development. In J. Arnett & J. Tanner (Eds.), *Emerging adults in America: Coming of the age in the 21st century* (pp. 21-55.). Washington: American Psychological Association.
- Vasconcelos, M. O. (1995). *A imagem corporal no período peripubertário: Comparação de três grupos étnicos numa perspectiva biocultural* (Doctoral dissertation). Universidade do Porto, Porto.
- Vaz, A., Rego, C., Dias, C., Azevedo, L. F., & Guerra, A. (2014). Avaliação de atitudes e comportamentos alimentares em crianças e adolescentes obesos referenciados a uma consulta hospitalar vs. uma comunidade escolar. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, 9*(2), 111-115.

- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 20(4), 611-624.
- Viana, V., & Sinde, S. (2003). Estilo alimentar: Adaptação e validação do questionário holandês do comportamento alimentar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8(1), 59-71.
- Werner, K. & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment* (pp. 13-37). New York: Guilford.
- Westberg, A. (2004). Forever young? Young people's conception of adulthood: The Swedish case. *Journal of Youth Studies*, 7(1), 35-53.
- Williams, J. M., Watts, F. N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Washington: American Psychological Association.
- Young, J. E., & Lindemann, M. D. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6, 11-23.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.

ANEXOS

ANEXO A – ALFA DE CRONBACH DAS SUBESCALAS DO QEY-S3

Tabela 15. *Coefficientes de consistência interna das subescalas do YSQ-S3 na amostra do presente estudo*

Subescalas do QEY-S3	Valor do α
Privação emocional	.66
Abandono	.70
Desconfiança/abuso	.79
Isolamento	.72
Defeito/vergonha	.68
Fracasso	.62
Dependência	.64
Vulnerabilidade ao mal/doença	.67
Emaranhamento/eu subdesenvolvido	.52
Subjugação	.77
Autossacrifício	.57
Inibição emocional	.52
Padrões excessivos de realização/hipercriticismo	.43
Grandiosidade	.62
Autocontrole/autodisciplina insuficientes	.68
Procura de aprovação	.62
Pessimismo	.80
Punição	.58

ANEXO B – ALFA DE CRONBACH DAS SUBESCALAS DO BSI

Tabela 16. *Coefficientes de consistência interna das subescalas do BSI na amostra do presente estudo*

Subescalas do BSI	Valor do α
Somatização	.73
Obsessões-compulsões	.83
Sensibilidade interpessoal	.87
Depressão	.86
Ansiedade	.86
Hostilidade	.77
Ansiedade fóbica	.72
Ideação paranóide	.79
Psicoticismo	.88

ANEXO C – FIGURAS RELATIVAS AOS PRESSUPOSTOS DO MODELO DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA

Figura A. *Gráfico de regressão estandarizada dos resíduos referente à restrição*

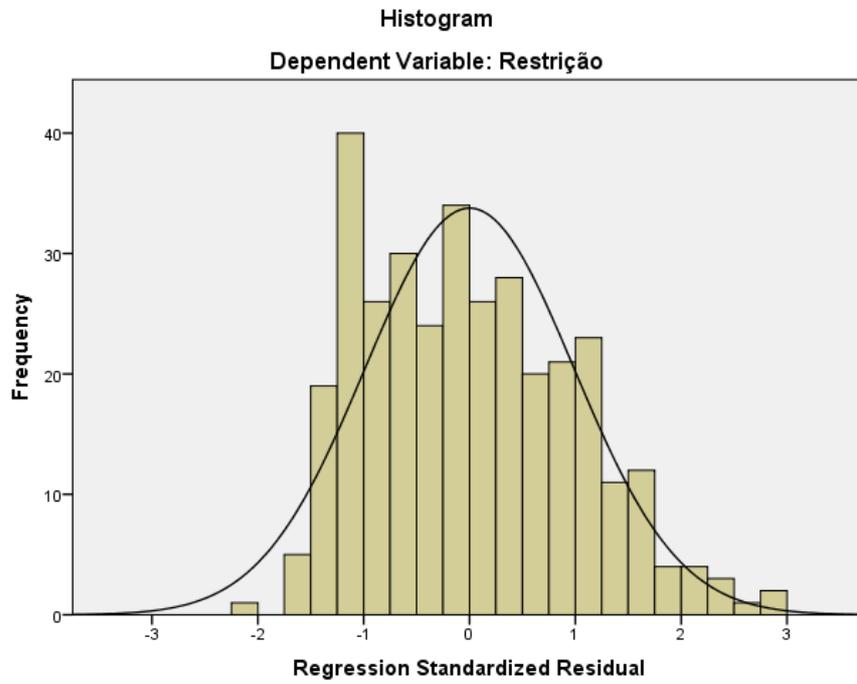


Figura B. *Gráfico de regressão estandarizada dos resíduos referente à fome*

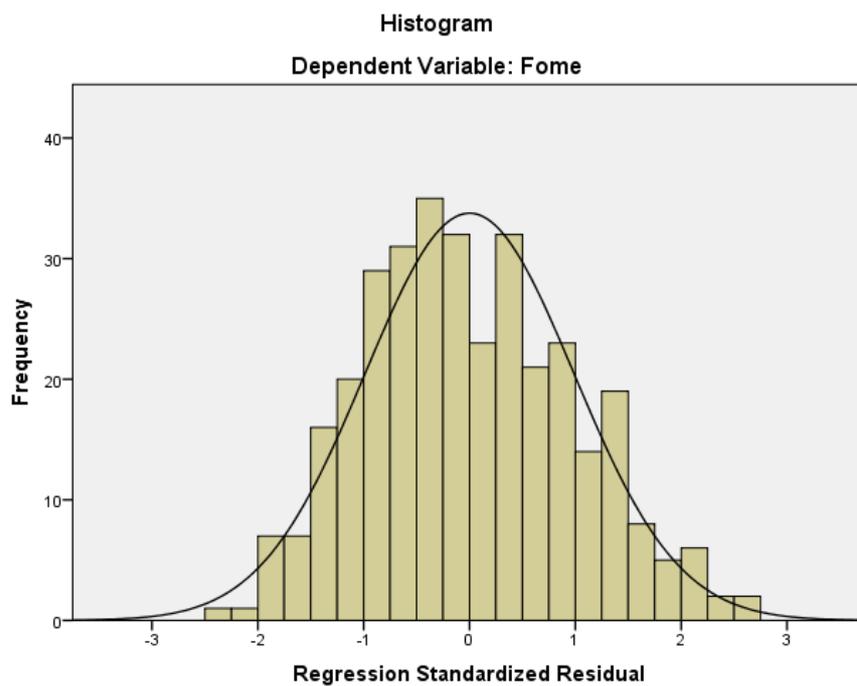


Figura C. Gráfico de regressão estandarizada dos resíduos referente à desinibição

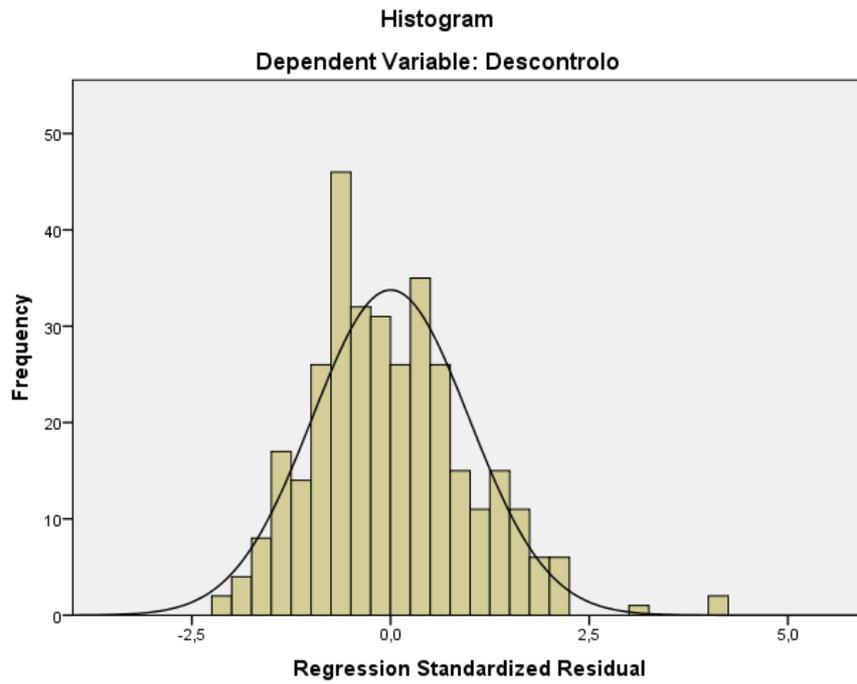


Figura D. Gráfico de probabilidade acumulada observada dos resíduos (P-P Plot) referente à restrição

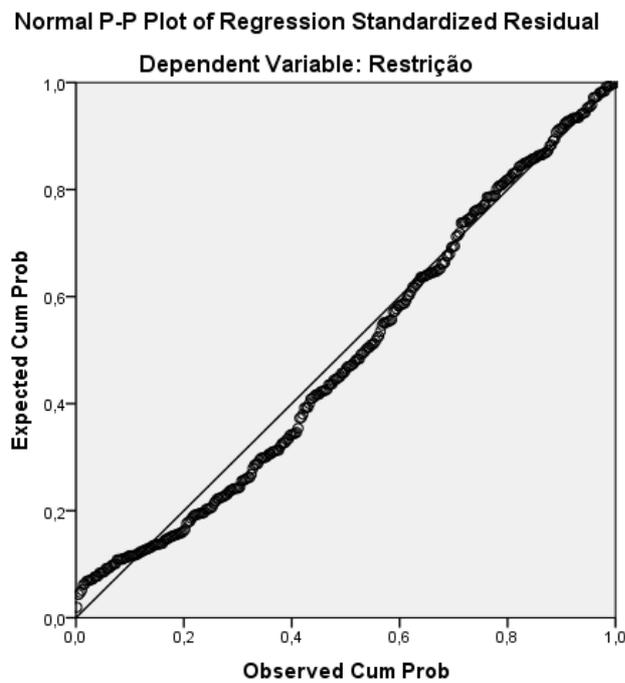


Figura E. *Gráfico de probabilidade acumulada observada dos resíduos (P-P Plot) referente à fome*

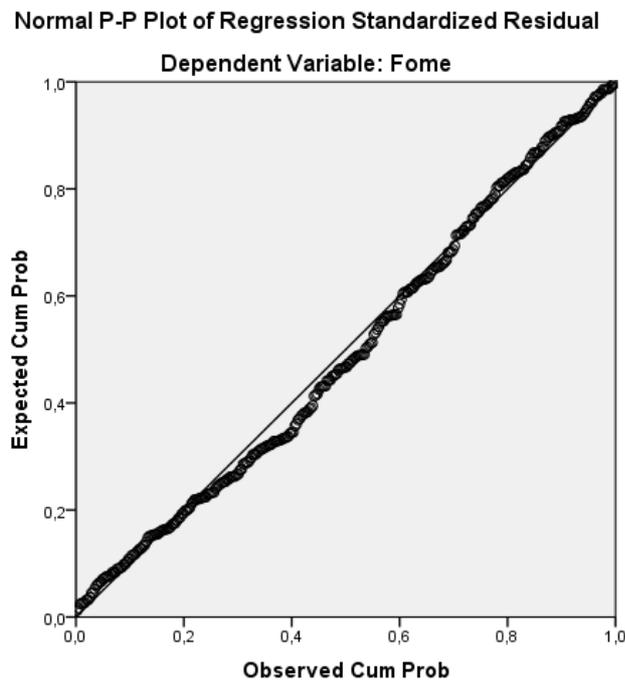


Figura F. *Gráfico de probabilidade acumulada observada dos resíduos (P-P Plot) referente à desinibição*

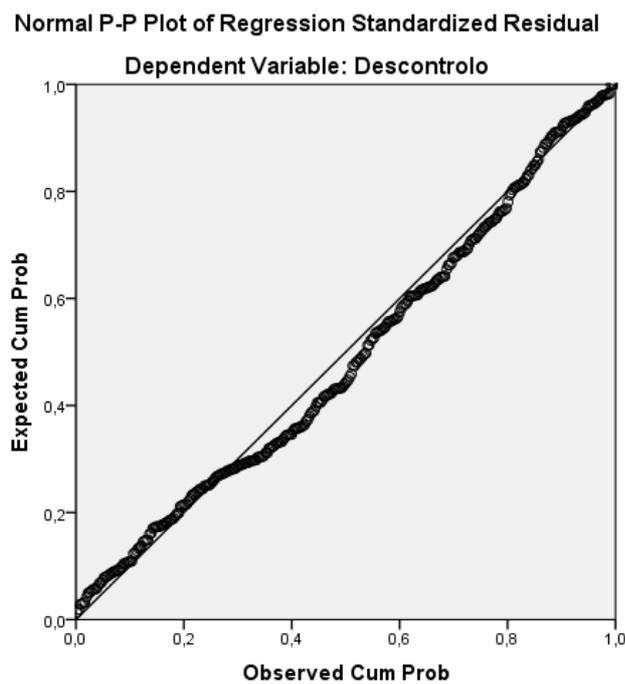


Figura G. Gráfico de dispersão dos resíduos referente à restrição

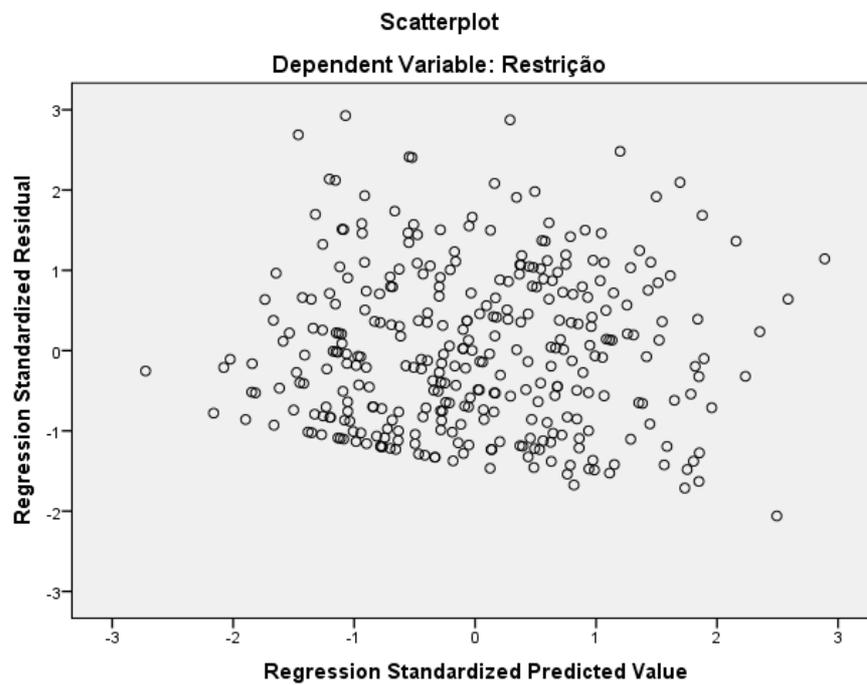


Figura H. Gráfico de dispersão dos resíduos referente à fome

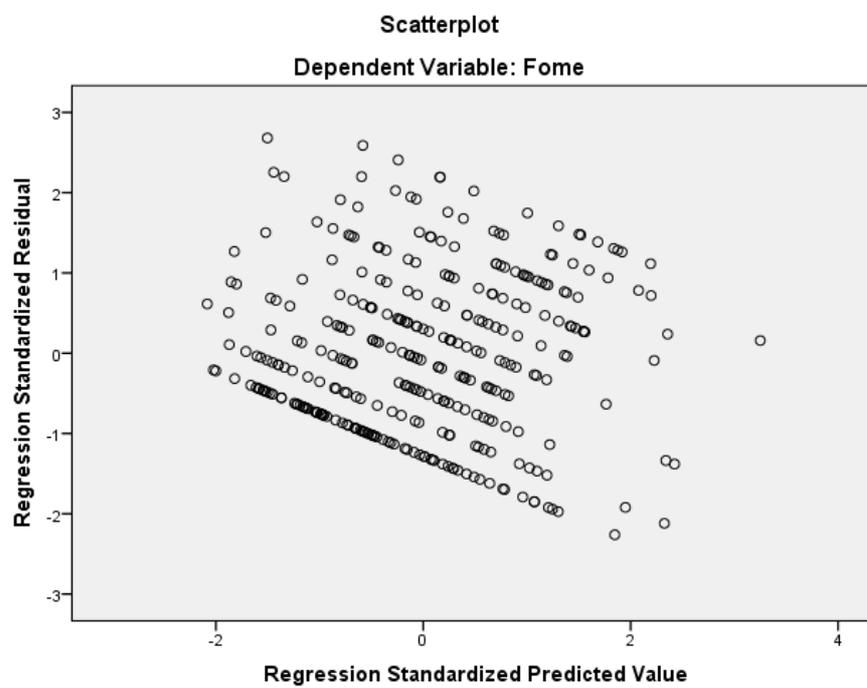


Figura I. *Gráfico de dispersão dos resíduos referente à desinibição*

