

# **BEfree<sup>1</sup>: Contextualização e desenvolvimento de um programa de intervenção em grupo para a Ingestão Alimentar Compulsiva e Obesidade**

José Pinto-Gouveia, Cláudia Ferreira, Marcela Matos e Sérgio Carvalho

Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo e Comportamental  
(CINEICC)

Universidade de Coimbra

## **Resumo**

A obesidade é atualmente considerada um problema epidémico de saúde pública, e tem sido alvo de um crescente interesse por parte de investigadores e clínicos. A ingestão alimentar compulsiva (IC) parece desempenhar um importante papel na obesidade, estando associada ao seu início precoce, à sua manutenção e severidade, assim como a piores resultados de tratamentos de perda de peso. Além disso, a IC parece contribuir para severas dificuldades emocionais, invalidação a nível social e ocupacional e para as implicações médicas associadas à obesidade.

Evidências clínicas e empíricas suportam que a IC pode emergir como o resultado de processos maladaptativos de regulação emocional, os quais têm como objetivo o evitamento, a distração ou o escape de respostas emocionais intensas e instáveis (e.g., vergonha) e/ou pensamentos dolorosos. Adicionalmente, estes processos contribuem para um ciclo autoperpetuante caracterizado por uma progressiva perda de domínio sobre o próprio padrão alimentar, forma corporal e peso, e para o aumento de sentimentos de vergonha e desprezo por si mesmo, raiva, e autocrítica.

A eficácia dos tratamentos existentes para a IC tem-se revelado, de alguma forma, inconsistente, dado que muitos doentes com esta perturbação mantêm sintomas de perturbação do comportamento alimentar. Adicionalmente, as intervenções actuais têm negligenciado o papel da vergonha (como manifestação específica de afetividade negativa) e da hostilidade e criticismo autodirigidos (como estratégias maladaptativas de lidar com a vergonha) na etiologia e manutenção das dificuldades destes doentes.

---

<sup>1</sup> “BEfree: Programa de Intervenção em Grupo para a ingestão alimentar compulsiva” é um projeto I&D financiado pela Fundação para Ciência e Tecnologia (FCT) com referência PTDC/MHC-PCL/4923/2012.

Neste contexto, o BEfree surge como uma intervenção psicoterapêutica inovadora que reúne componentes-chave de abordagens distintas mas complementares, e que se têm revelado eficazes no tratamento de várias condições psicopatológicas (e.g., Intervenções baseadas no *mindfulness*, na aceitação e na compaixão), cujo objetivo central é quebrar o ciclo de manutenção da IC através da promoção de estratégias adaptativas de regulação emocional.

## **Introdução**

### **Obesidade**

A obesidade é considerada um grave problema de saúde pública que afeta entre 10% a 40% da população adulta mundial [1]. Em Portugal, a prevalência de pré-obesidade e obesidade na população adulta é de, aproximadamente, 34% e 12%, respetivamente [2].

A obesidade é uma doença crónica multideterminada que tem sido associada a sérios problemas de saúde física (e.g., problemas cardiovasculares, diabetes tipo II) e mental (e.g., depressão, ansiedade, perturbações do comportamento alimentar), e ainda a um significativo empobrecimento na qualidade de vida [1]. Muito embora se tenha vindo a assistir nos últimos anos a um crescente investimento na investigação e na abordagem clínica da obesidade, os programas existentes de prevenção e intervenção terapêutica têm revelado resultados inconsistentes [3]. Surge assim a necessidade de continuar a apostar no desenvolvimento de novos programas de intervenção, os quais possam ser empiricamente testados e validados.

### **Ingestão alimentar compulsiva**

A perturbação de ingestão alimentar compulsiva está atualmente definida no DSM-V como um quadro autónomo, e caracteriza-se pela ocorrência de episódios recorrentes de ingestão de grandes quantidades de comida, acompanhada por um sentido de perda de controlo em relação às quantidades e à qualidade dos alimentos ingeridos. Nestes episódios os pacientes ingerem habitualmente uma quantidade excessiva de alimentos (*i.e.*, superior à que a maioria das pessoas ingeriria no mesmo contexto) com perceção de perda total de controlo acerca deste comportamento. Para além disso, estes episódios são ainda caracterizados por ingestões mais rápidas que o habitual, por comer até ficar fisicamente desconfortável, por comer sozinho ou escondido de forma a evitar a apreciação negativa dos outros ou vergonha, e pela ocorrência de sentimentos de nojo, tristeza ou culpa após o episódio [4].

A perturbação de ingestão alimentar compulsiva parece contribuir para um conjunto de problemas emocionais, como por exemplo uma sobreavaliação do peso e da forma corporal, com uma preocupação excessiva acerca da alimentação, pior qualidade de vida e funcionamento social e ocupacional comprometido, assim como uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de diferentes perturbações psiquiátricas. Paralelamente, esta perturbação alimentar tem sido amplamente associada ao desenvolvimento e manutenção da obesidade e a outras condições médicas relacionadas com a obesidade, como por exemplo doenças cardiovasculares, AVC, hipertensão arterial, diabetes tipo II, cancro do cólon, alterações hormonais e diminuição da fertilidade [1].

### **Obesidade e ingestão alimentar compulsiva**

Estudos clínicos mostram que 23 a 46% dos indivíduos com obesidade têm comportamentos de ingestão alimentar compulsiva [5–7], os quais constituem um importante fator de risco e de manutenção para a obesidade [8]. De facto, evidências empíricas suportam uma associação entre a ingestão alimentar compulsiva e o início precoce de obesidade, assim como com a sua manutenção, com o grau de severidade e, ainda, numa pior resposta terapêutica a programas para perda de peso [9, 10]. Acresce que entre 25 a 45 % dos pacientes com obesidade candidatos a cirurgia bariátrica apresentam episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva [11, 12], sendo esta comorbilidade responsável por uma pobre resposta à eficácia da cirurgia [13, 14].

### **A relação entre afeto negativo e ingestão alimentar compulsiva**

Estudos recentes têm mostrado uma associação entre o desejo/vontade de comer e a experiência/vivência de estados emocionais negativos ou indesejáveis [15, 16]. Está bem documentado que os episódios de ingestão alimentar compulsiva tendem a ocorrer em resposta tanto a estados de privação calórica, como a estados emocionais negativos. De facto, o afeto negativo tem sido identificado como um dos precipitantes nucleares dos episódios de ingestão alimentar compulsiva. Especificamente, a investigação enfatiza que diferentes estados emocionais negativos (e.g., ansiedade, tensão, tristeza ou preocupação) tendem a surgir como acontecimentos precedentes à ocorrência de episódios de ingestão alimentar descontrolada. Assim, a ingestão de grandes quantidades calóricas pode ser compreendida como uma estratégia de distração, escape ou fuga a experiências (como pensamentos,

sentimentos ou percepções) consideradas como desagradáveis e indesejáveis [17]. O mesmo é dizer que os comportamentos de ingestão alimentar compulsiva podem ter uma função na regulação de estados emocionais negativos, isto é, como tentativas de evitar ou controlar experiências emocionais percebidas como insuportáveis [18]. Esta tentativa de controlar a experiência interna através do comportamento alimentar poderá ser conceptualizada como uma resposta condicionada mantida por reforço negativo, na medida em que a ingestão alimentar resulta a curto prazo na diminuição desses estados emocionais negativos, podendo inclusivamente resultar em sentimentos positivos (e.g., prazer) [19]. No entanto, estes efeitos positivos são limitados no tempo, uma vez que após o episódio de ingestão alimentar compulsiva o afeto negativo sofre um aumento, estando frequentemente associado descontrolo alimentar um aumento nos sentimentos de vergonha, inferioridade, culpa e pensamentos autocríticos. Adicionalmente, esta percepção de inferioridade ou diminuição pessoal torna mais difícil controlar o subsequente comportamento alimentar, promovendo a ocorrência de novos episódios de descontrolo alimentar, formando-se assim um círculo patológico que se auto-perpetua [20, 21], e que caracteriza a perturbação de ingestão alimentar.

### **Regulação emocional**

Todos temos estados emocionais negativos, como tristeza, ansiedade ou frustração, mas a forma como nos relacionamos com esses acontecimentos internos pode ser muito diferente. Isto significa que, embora a experiência destes estados emocionais negativos seja concebida como uma condição humana universal, as pessoas desenvolvem e recorrem a diferentes estratégias de regulação para modificar a magnitude e/ou o tipo da sua experiência emocional ou do acontecimento indutor da emoção [22, 23]. A investigação tem mostrado que o recurso a determinados processos para lidar com as emoções negativas estão associadas ao sofrimento humano e a diferentes condições clínicas (e.g., depressão).

Os processos de regulação emocional podem ser conceptualizados como os processos através dos quais as pessoas modulam as suas emoções, de forma consciente ou inconsciente, de forma a responder adequadamente às exigências do meio-ambiente [23]. Nos últimos anos, estes processos têm sido alvo de interesse crescente em diversas áreas de saúde.

Os processos de regulação emocional podem ser adaptativos ou maladaptativos, e a investigação realizada tem documentado que alguns destes processos maladaptativos

desempenham um papel central na etiologia e manutenção de diversas perturbações clínicas (e.g., depressão, perturbações do comportamento alimentar) [24, 25].

Dois processos de regulação emocional maladaptativos que têm sido reconhecidos como fatores de risco para a psicopatologia são o autocrítico e o evitamento experiencial.

O autocrítico está relacionado com a forma como as pessoas se relacionam consigo face a situações de falha, insucesso ou desapontamento, e caracteriza-se por uma atitude dura, crítica e punitiva para consigo mesmo. Este conceito de autocrítico define uma relação interna negativa de dominância-subordinação em que uma parte do eu ataca e a outra parte se submete e sente derrotada [26, 27]. Em suma, o autocrítico é uma forma de relacionamento eu-eu ativado quando as pessoas percebem que falharam em tarefas importantes, onde o autoataque funciona como uma forma de *bullying* e assédio interno perante o qual a pessoa assume uma postura submissa. Frequentemente, o autocrítico leva ou desencadeia emoções negativas, como raiva, vergonha, hostilidade e desprezo para com o eu, bem como a uma incapacidade em gerar sentimentos de calor, autoconfiança e aceitação [26]. Estudos recentes mostram que este processo de relacionamento interno autocrítico aumenta a vulnerabilidade para o desenvolvimento de diferentes quadros clínicos, nomeadamente perturbações alimentares [28].

Um outro processo maladaptativo central a diversas condições clínicas é o evitamento experiencial. O processo de evitamento – que está subjacente à inflexibilidade psicológica – refere-se, por um lado, à relutância em experienciar de forma ativa, consciente e aberta alguns acontecimentos internos (e.g., emoções, pensamentos, memórias) avaliados como desagradáveis e, por outro, à tentativa de evitar, controlar ou modificar a frequência, forma e/ou sensibilidade situacional dessas experiências internas [29]. Vários estudos recentes têm evidenciado que o evitamento experiencial é um processo de regulação emocional maladaptativo que se encontra na base de muitos comportamentos alimentares perturbados, como por exemplo a ingestão alimentar compulsiva [30].

Em síntese, evidências clínicas e empíricas sugerem que a ingestão alimentar compulsiva pode emergir como o resultado de processos de regulação maladaptativos, com o objetivo de evitar, diminuir, distrair, ou fugir de respostas emocionais intensas e instáveis (e.g., vergonha) e/ou de pensamentos negativos e dolorosos [31]. Para além disso, a investigação sugere que as pessoas com ingestão alimentar compulsiva apresentam uma perturbação na percepção de saciedade e de fome [32]. Estes dois mecanismos complementares alimentam um círculo vicioso caracterizado pela progressiva perda de controlo sobre o padrão alimentar, forma corporal e peso, que, por sua vez, aumenta os sentimentos de vergonha, desprezo, autoataque e autocrítico [33].

Em contraste, existem respostas alternativas à autocrítica ou ao evitamento experiencial em situações percebidas como emocionalmente negativas. A aceitação, o *mindfulness* e a autocompaixão são conceptualizados como processos adaptativos e associados a bem-estar psicológico e à saúde mental e física.

A aceitação é a capacidade de experienciar os acontecimentos internos (e.g., pensamentos, sentimentos, memórias), de forma consciente e sem ajuizar, sem os tentar manipular, fugir ou evitar [29]. Por sua vez, o *mindfulness* pode ser visto como um caminho que conduz à aceitação e é definido como a consciência que emerge através do prestar atenção de forma intencional, sem julgamento e com abertura à realidade do momento presente [34]. A autocompaixão define uma atitude calorosa relativamente a aspetos negativos do eu ou dos outros, e envolve uma atitude *mindful* da pessoa em relação à sua experiência como parte da experiência humana comum, implica bondade e compreensão para consigo mesmo, em vez de autocrítica e autojulgamento severos, e sem sobreidentificação com pensamentos e sentimentos dolorosos [35, 36].

### **Desenvolvimento de um programa inovador para o tratamento da ingestão alimentar compulsiva e obesidade**

Apesar da investigação apontar para o papel pervasivo da ingestão alimentar compulsiva no tratamento da obesidade, os programas atuais de combate à obesidade têm negligenciado a importância de intervir especificamente nos comportamentos de ingestão alimentar compulsiva, assim como nos processos de regulação emocional neles subjacentes.

A eficácia dos tratamentos existentes direcionados à perda de peso em doentes obesos que apresentam comportamento de ingestão alimentar compulsiva têm mostrado resultados, a longo prazo, moderados ou pobres. Para além disso, a intervenção clínica direcionada à ingestão alimentar compulsiva tem revelado resultados inconsistentes, na medida em que alguns participantes em avaliações pós-intervenção continuam a apresentar sintomatologia de perturbação alimentar. Estes dados têm mostrado a necessidade do desenvolvimento de novas abordagens para a ingestão alimentar compulsiva e para a obesidade.

Este contexto tem servido como um incentivo para a adaptação de novas abordagens psicoterapêuticas focadas nos processos de regulação emocional para a intervenção na ingestão alimentar compulsiva. Embora estas novas abordagens apresentem resultados promissores, os estudos da sua eficácia continuam a ser escassos [37]. Ademais, as intervenções atuais têm negligenciado aspetos centrais na fenomenologia da ingestão

alimentar compulsiva, nomeadamente o papel da vergonha enquanto manifestação específica de afetividade negativa, assim como o papel do autocrítico enquanto estratégia maladaptativa de lidar com a vergonha.

## **Programa BEfree**

### *Fundamentação do programa*

Partindo da evidência empírica robusta que aponta para um modelo de regulação emocional na compreensão da ingestão alimentar compulsiva, e da lacuna existente nas abordagens terapêuticas existentes no tratamento da obesidade - nomeadamente no seu foco na ingestão alimentar compulsiva e nos processos de regulação emocional subjacentes -, foi desenvolvido o BEfree, um programa de intervenção psicológica em grupo para a ingestão alimentar compulsiva na obesidade.

O carácter inovador do BEfree resulta da integração num programa único de componentes empiricamente validados, e presentes em diferentes abordagens psicoterapêuticas, mais especificamente na aceitação, no *mindfulness* e na compaixão. Assim, o BEfree foi concebido como um programa que tem como objetivo central o desenvolvimento e a promoção de competências de regulação emocional adaptativas, as quais permitam quebrar o ciclo da ingestão alimentar compulsiva, assim como a implementação de um padrão alimentar regular de um padrão comportamental promotor do bem-estar e da saúde física e mental das doentes.

### *Estrutura do programa*

O BEfree consiste num programa de intervenção psicoterapêutica, com um formato grupal, com 12 sessões semanais de 2h. Cada sessão tem um tema específico, cujo papel na fenomenologia da ingestão alimentar compulsiva tem sido apontado pela investigação como essencial na compreensão e tratamento do descontrolo alimentar. As sessões são estruturadas e têm um carácter maioritariamente experiencial, recorrendo a exercícios empiricamente validados da terapia cognitivo-comportamental, aliados a abordagens da nova vaga de terapias contextuais-comportamentais baseadas na aceitação e no *mindfulness*, assim como em abordagens focadas na compaixão.

Assim, o programa está estruturado em distintos módulos que se integram e complementam, tais como:

- Módulos de **Psicoeducação**, onde são abordados aspetos nutricionais e da fome/saciedade; fornecida informação sobre a etiologia multifatorial da obesidade, assim como o papel da alimentação, atividade física para a regulação ponderal; clarificadas ideias erróneas ou crenças sobre comportamentos e regras alimentares, perda de peso e imagem corporal.
- Módulos de **Regulação Emocional**, nos quais serão discutidos aspetos centrais na regulação emocional (e.g., o que é regulação emocional e como os episódios de descontrolo alimentar poderão ser compreendidos como estratégia de regulação do afeto negativo), assim como serão abordados processos centrais na fenomenologia da ingestão alimentar compulsiva (e.g., o papel da vergonha e do autocriticismo);
- Módulos de **Aceitação e clarificação de Valores**, nestes módulos, o objetivo é o de confrontar a agenda do controlo das experiências internas indesejáveis, mostrando-a como fator de manutenção da ingestão alimentar compulsiva, através do uso de técnicas empiricamente suportadas. Para além disso, será promovida a clarificação e contacto com valores e direções de vida – abordagem a partir da Terapia da Aceitação e Compromisso [ACT; 29];
- Módulos de **Mindfulness**, nos quais serão realizados exercícios de meditação como forma de promover o contacto com o momento presente, a observação das experiências internas, e a aceitação das mesmas.
- Módulos de **Compaixão**, nos quais serão realizados exercícios com as participantes com o objetivo de diminuir o autocriticismo e aumentar a autocompaixão – partindo do modelo e abordagem terapêutica da Terapia Focada na Compaixão [CFT; 35]

Através desta abordagem terapêutica é esperado:

- uma significativa redução e/ou eliminação dos comportamentos de ingestão alimentar compulsiva e de outras atitudes ou comportamentos alimentares perturbados;
- a adoção de hábitos alimentares saudáveis, assim como aumento do exercício físico, os quais promovam uma diminuição do peso corporal;
- uma diminuição do recurso a estratégias de regulação emocional maladaptativas (e.g., evitamento, autocriticismo);

- o desenvolvimento e uso de estratégias adaptativas de regulação emocional (e.g., aceitação, autocompaixão) em situações ameaçadoras e associadas a episódios de ingestão alimentar compulsiva;

### **Conclusão**

O programa BEfree tem as suas raízes em robustas evidências empíricas, as quais demonstram a elevada prevalência da Ingestão alimentar compulsiva e o seu significativo contributo para a epidemia da obesidade, assim como a forte associação entre estas e outras condições psiquiátricas (e.g., depressão), e a sua implicação na qualidade de vida física e psicológica. Adicionalmente, o desenvolvimento do programa BEfree, pretendeu, ainda, dar resposta às necessidades evidenciadas pela literatura e às lacunas existentes na intervenção clínica na obesidade e na ingestão alimentar compulsiva. O foco deste programa de intervenção incide no desenvolvimento do conhecimento dos processos de regulação emocional associados à ingestão alimentar compulsiva e a padrões de comportamento disfuncionais e na promoção de ações adaptativas promotoras de saúde. Como resultado do desenvolvimento de processos de regulação emocional mais adaptativos é esperada a diminuição da ocorrência de ingestão alimentar compulsiva e, conseqüentemente a redução do peso e melhoria da qualidade de vida.

## Referências

1. World Health Organization. (2014). Obesity and overweight (Fact sheet No. 311). Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
2. Direção Geral de Saúde (2005). Programa nacional de combate à obesidade (Circular Normativa Nº: 03/DGCG). Lisboa: DGS, Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.
3. Avenell, A., Brown, T. J., McGee, M. A., Campbell, M. K., Grant, A. M., Broom, J., Jung, R. T. and Smith, W. C. S. (2004), What are the long-term benefits of weight reducing diets in adults? A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 17,317–335. doi: 10.1111/j.1365-277X.2004.00531.x
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5 ed). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
5. Spitzer, R.L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D., & Horne, R.L. (1993). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 137–153. doi: 10.1002/1098-108X(199303)13:2<137::AID-EAT2260130202>3.0.CO;2-#
6. Yanovsky, J.A., & Yanovsky, S.Z. (1999). Recent advances in basic obesity research. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1504–1506
7. V. Ricca, E. Mannucci, S. Moretti, M. Di Bernardo, T. Zucchi, P.L. Cabras, C.M. Rotella, 2000 Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 111-115
8. Rossiter, E. M., Agras, W. S., Telch, C. F. and Bruce, B. (1992), The eating patterns of non-purging bulimic subjects *International Journal of Eating Disorders*, 11: 111–120. doi: 10.1002/1098-108X(199203)11:2<111::AID-EAT2260110203>3.0.CO;2-J
9. Mussel, M., Mitchell, J., Zwann, M. D. (1996). Clinical characteristics associated with binge eating in obese females: A descriptive study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 20, 324–331.
10. Picot, A. K., & Lilienfeld, L. R. R. (2003). The relationship among binge severity, personality psychopathology, and body mass index. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 98–107. doi: 10.1002/eat.10173
11. Kalarchian, M. A., Wilson, G.T., Brolin, R. E., Bradley, L. (1998). Binge eating in bariatric surgery patients. *International Journal of Eating Disorder*, 23 (1), 89-92.
12. de Zwaan, M., Mitchell, J.E., Howell, L.M., Monson, N., Swan-Kremeier, L., Crosby, R.D., Seim, H.C. (2003). Characteristics of morbidly obese patients before gastric bypass surgery. *Comprehensive Psychiatry*, 44(5), 428–434
13. Rowston, W.M., McCluskey, S.E., Gazet, J.C. et al. (1992). Eating behavior, physical symptoms and psychological factors associated with weight reduction following the Scopinaro operation as modified by Gazet. *Obesity Surgery*, 2, 355-60.
14. Busetto, L., Valente, P., Pisent, C., Segato, G., de Marchi, F., Favretti, F. et al. (1996). Eating pattern in the first year following adjustable silicone gastric banding (ASGB). *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 20, 539-546.
15. Davis R, Jamieson J.( 2005). Assessing the functional nature of binge eating in the eating disorders. *Eating Behaviors*, ;6, 345–354;

16. Vanderlinden, J., Grave, R.D., Fernandez, F., Vandereycken, W., Pieters, G., Noorduyn, C. (2004). Which factors do provoke binge eating? An exploratory study in eating disorder patients. *Eating and Weight Disorders*, 9, 300–305.
17. Goldfield, G.S., Adamo, K.B., Rutherford, J. & Legg, E. (2008). Stress and the relative reinforcing value of food in female binge eaters. *Physiological Behaviour*, 93(3), 579-587.
18. Haedt-Matt, A.A. & Keel, P.K. (2011). Revisiting the affect regulation model of binge eating: a meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological Bulletin*, 137(4), 660-681.
19. Del Parigi, A., Chen, K., Salbe, A.D., Reiman, E.M. & Tataranni, P.A. (2003). Are we addicted to food? *Obesity research*, 11, 493-495.
20. Goss, K. P., & Gilbert, P. (2002). Eating disorders, shame and pride: A cognitive-behavioural functional analysis. In P. Gilbert, & J. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualization, research & treatment* (pp. 219–255). Hove, UK: Brunner-Routledge
21. Jambekar, S.A., Masheb, R.B. & Grilo, C.M. (2003). Gender Differences in Shame in Patients with Binge-Eating Disorder. *Obesity Research*, 11(4), 571-577.
22. Diamond, L.M. & Aspinwall, L.G. (2003). Emotion Regulation Across the Life Span: An Integrative Perspective Emphasizing Self-Regulation, Positive Affect, and Dyadic Processes. *Motivation and Emotion*, 27(2), 125-156.
23. Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
24. Greenberg, L.S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
25. Gross, J. J., Richards, J.M., & John, O.P. (2006). Emotion regulation in everyday life. In D. K. Snyder, J. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 13–35). Washington, DC: American Psychological Association.
26. Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. & Irons, C. (2004). Criticising and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.
27. Whelton, W.J & Greenberg, L.S (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38, 1583-1595.
28. Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C. and Duarte, C. (2014), Thinness in the Pursuit for Social Safeness: An Integrative Model of Social Rank Mentality to Explain Eating Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 154–165. doi: 10.1002/cpp.1820
29. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
30. Rawal, A., Park, R. J., & Williams, J. M. G. (2010). Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 851–859. doi: 10.1016/j.brat.2010.05.009
31. Goldfield, G. S., Adamo, K. B., Rutherford J., & Legg C. (2008). Stress and the relative reinforcing value of food in female binge eaters. *Physiological Behavior*, 93(3), 579-587. doi: 10.1016/j.physbeh.2007.10.022,

32. Sysko R., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Zimmerli, E., Kissileff, H. R. (2007). Satiety and test meal intake among women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 554-561. doi: 10.1002/eat.20384
33. Goss, K. & Gilbert, P. (2002). Eating disorders, shame and pride: A cognitive-behavioural functional analysis. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment* (pp. 219-255). London: Brunner-Routledge.
34. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based Interventions In Context: Past, Present And Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 144-156.
35. Gilbert, P. (Ed.) (2005a). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. London: Routledge.
36. Nef, K.D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
37. Wanden-Berghe, R.G., Sanz-Valero, J., & Wanden-Berghe, C. (2011). The application of mindfulness to eating disorders treatment: A systematic review. *Eating Disorders* 19(1),34-48.