



**UNIVERSITATEA "BABEȘ-BOLYAI", CLUJ-NAPOCA
FACULTATEA DE PSIHLOGIE ȘI ȘTIINȚELE
EDUCAȚIEI
ȘCOALA DOCTORALĂ: PSIHODIAGNOSTIC ȘI
INTERVENȚII PSIHLOGICE VALIDATE ȘTIINȚIFIC**



TEZĂ DE DOCTORAT

REZUMAT EXTINS

**INVESTIGAREA REGLĂRII EMOȚIONALE ÎN PSIHOPATOLOGIA
COMPORTAMENTULUI ALIMENTAR**

AUTOR: PREFIT ALICE-BEATRICE

SUPERVIZOR ȘTIINȚIFIC: PROF. UNIV. DR. SZENTAGOTAI-TATAR AURORA

CLUJ-NAPOCA

2019

MULȚUMIRI

Aș vrea în primul rând să-mi exprim recunoștința față de coordonatorul științific al acestei teze, prof.univ.dr. Aurora Szentagotai-Tătar, pentru aportul științific și îndrumarea valoroasă prin acest proces de descoperire științifică. As vrea să le mulțumesc membrilor din cadrul școlii doctorale și a Departamentului de Psihologie Clinică și Psihoterapie pentru comentariile, sprijinul lor atent și valoroase cunoștințe științifice. O mulțumire specială o adresez colegilor mei, a căror prietenie și sprijin m-au ajutat la dezvoltarea tezei și auto-dezvoltare. De asemenea, aș vrea să îmi exprim recunoștința față de studenții masteranzi care m-au ajutat la colectarea datelor. Nu în ultimul rând, aș vrea să le mulțumesc familiei și prietenilor mei pentru că mi-au oferit iubirea și apartenența și sprijin în toate demersurile mele profesionale.

Această lucrare a fost posibilă datorită sprijinului financiar al Programului Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013, co-finanțat de Fondul Social European, cu numărul de proiect POSDRU / 187 / 1.5 / S / 155383 cu titlul „Calitate, excelență, mobilitate transnațională în cercetarea doctorală”, acordat lui Alice-Beatrice Prefit.

Note.

- (a) Teza include studii de cercetare originale ale autoarei Prefit Alice-Beatrice în cadrul programului de doctorat;
- (b) O parte dintre studiile din teză au fost deja publicate.
- (c) Teza a fost redactată conform standardelor academice de redactare și citare. Alți co-autori au fost citați în publicații, dacă au contribuit la studii.
- (d) Tot textul tezei și rezumatul acesteia a fost scris de Prefit Alice-Beatrice, care își asumă toată responsabilitatea pentru redactarea academică;
- (e) Toate tabelele și cifrele sunt numerotate în capitolele sau subcapitolele corespunzătoare tezei.

CUPRINS

CAPITOLUL I. CADRUL TEORETIC.....	3
CAPITOLUL II. OBIECTIVELE CERCETĂRII ȘI METODOLOGIA GENERALĂ.....	6
Obiectivele cercetării.....	6
Metodologia generală.....	6
CAPITOLUL 3. CERCETAREA ORIGINALĂ	7
STUDIU 1. REGLAREA EMOȚIONALĂ ÎN PSIHOLOGIA ALIMENTARĂ: O META-ANALIZĂ.....	7
STUDIU 2. DEPRESIA ȘI COMPORTAMENTE ALIMENTARE DISFUNCTIONALE: ROLUL REGLARII EMOȚIONALE DISFUNCȚIONALE	16
STUDIU 3. EFECTELE ACCEPTĂRII ȘI REEVALUĂRII ASUPRA INSATISFACȚIEI CORPORALE: O COMPARAȚIE EXPERIMENTALĂ A DOUĂ STRATEGII ADAPTATIVE DE REGLARE EMOȚIONALĂ.....	22
STUDIU 4. UN TRAINING BAZAT PE ACCEPTARE FURNIZAT PRIN INTERMEDIUL INTERNETULUI PENTRU MÂNCATUL EMOȚIONAL	28
CAPITOLUL IV. CONCLUZII GENERALE, IMPLICAȚII ȘI LIMITE.....	34
Discutii generale.....	34
Implicații teoretice și practice.....	35
Limite generale și direcții viitoare de cercetare	36
Concluzii generale.....	36
REFERINȚE.....	37

Cuvinte cheie: tulburari alimentare; anorexia; bulimia; tulburare de mâncat compulsiv; simptomatologie alimentară; reglare emoțională; abilități și strategii de reglare emoțională

CAPITOLUL I. CADRUL TEORETIC

Reglarea emoțională (RE) se referă la încercările de a influența ce emoții experiențiem și cum experiențiem și exprimăm aceste emoții (Gross, 1998). În ultimii ani, RE a primit o atenție sporită în cercetarea axată pe mecanismele psihologice și tratamentul tulburărilor alimentare (TA) (ex., Sim & Zeman, 2005). Obiectivul principal al tezei prezente a fost de a investiga aspectele generale și specifice ale relației dintre RE și patologia alimentară.

TA sunt tulburări psihice care pun în pericol viața, cu consecințe grave asupra sănătății și cu rate ridicate de solicitare a serviciilor de sănătate. TA se caracterizează printr-o perturbare persistentă a consumului de alimente și a altor comportamente legate de consumul de alimente care au ca rezultat alterarea consumului sau absorbției alimentelor și o funcționare psiho-socială și fizică deteriorată (Asociația Psihiatrică Americană, 2013). În Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistică al Tulburărilor Mentale ediția a cincea (DSM-5, American Psychiatric Association [APA], 2013), sunt descrise trei tipuri principale de TA: anorexia nervoasă, bulimia nervoasă și tulburarea de mâncat compulsiv, anterior cunoscută ca tulburare alimentară fără altă specificație (EDNOS), în DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 2000). Anorexia nervoasă (AN) se caracterizează prin următoarele criterii principale de diagnostic: (1) refuzul de a menține o greutate corporală normală raportată la vârstă, gen și sănătatea fizică; (2) o teamă intensă de a crește în greutate sau de a deveni gras, asociată cu comportamente persistente în scopul menținerii unei greutăți corporale scăzute; (3) supraevaluarea negativă a greutății și / sau a formei corporale și insuficienta recunoaștere a gravității și implicațiilor negative ale greutății corporale scăzute. Bulimia nervoasă (BN) se caracterizează prin episoade recurente de consum alimentar al unei cantități de alimente mai mare decât ar consuma majoritatea oamenilor într-o situație similară, pe o anumită perioadă de timp (de exemplu, pe o perioadă de 2 ore). Aceste episoade sunt însoțite de incapacitatea de a opri sau de a controla ce sau cât persoana consumă alimentar. În încercarea de a compensa aportul caloric, episoadele sunt urmate de comportamente compensatorii dezadaptative (de exemplu, vărsături auto-induse, folosirea de laxative, diuretice sau alte medicamente, post alimentar sau exerciții fizice excesive). Tulburarea de mâncat compulsiv (TMC) se caracterizează prin episoade de exces alimentar asemănător episoadelor din BN. Episoadele se caracterizează prin trei sau mai multe dintre următoarele: mâncat mai rapid decât în mod normal; mâncat până la senzația neplăcută de prea plin; mâncatul unei cantități mari de alimente în lipsa foamei; mâncatul solitar din cauza jenei legate de cantitatea mare de alimente consumate; și senzații de dezgust, deprimare sau vinovăție după supra-alimentare. Spre deosebire de persoanele cu BN, cele cu TMC nu se angajează în comportamente compensatorii regulate. Conform APA (2013), TA și comportamentele asociate încep de obicei în timpul adolescenței sau vârstei adulte tinere și rareori înainte de pubertate sau după vârsta de 40 de ani. Aceste tulburări afectează ambele sexe, deși ratele sunt semnificativ mai mari la femei decât la bărbați, cu un raport de aproximativ 10: 1 femei-bărbați ca prevalența pe durata vieții (APA, 2013). TA sunt asociate cu niveluri ridicate de mortalitate, comorbiditate și afectare psiho-socială și fizică.

Modele psihologice

TA sunt tulburări psihice caracterizate prin perturbări severe ale comportamentelor, gândurilor și emoțiilor legate de alimentație. Abordările cognitiv-comportamentale (CBT) ale TA explică dezvoltarea și menținerea acestor tulburări și descriu disfuncțiile la nivelul cognitiv, emoțional și comportamental (Fairburn & Cooper, 1989). Conform acestui model, AN și BN împart în esență aceleași mecanisme psihopatologice principale: supraevaluarea mâncatului, formei și greutății corporale și controlului asupra acestora, ce se exprimă în final în atitudini și comportamente disfuncționale. Pornind de la

limitele abordărilor CBT, în ultimii ani, influența emoțiilor și a RE asupra comportamentelor alimentare disfuncționale au primit o atenție deosebită (de exemplu, Sim & Zeman, 2005). Conceptualizarea RE variază în funcție de disciplină și cercetător, prin urmare, devine imperativ să se definească ce se înțelege prin RE atunci când se discută implicațiile sale asupra unei psihopatologii. Unele dintre cele mai importante modele de conceptualizare a RE au fost propuse de Gross (1998), Thompson (1994), Gross și Thompson (2007) și Gratz & Roemer (2004). RE poate fi considerată un termen umbrelă care se referă la un proces conștient sau inconștient care influențează emoțiile pe care le avem și cum experimentăm și exprimăm aceste emoții (Rottenberg & Gross, 2007; Gross & Jazaieri, 2014). Prin urmare, RE ar putea influența creșterea, menținerea sau scăderea intensității emoțiilor negative sau pozitive (Gross, 1998). Per total, toate modelele teoretice ale RE pun accent pe abilitățile de identificare și discriminare între stările emoționale (de exemplu, conștientizarea și claritatea emoțională) și pe două categorii principale de strategii de RE: strategii adaptative (de exemplu, acceptarea, reevaluarea și rezolvarea de probleme) și strategii dezadaptative (de exemplu, evitarea, ruminația și supresia) implicate în psihopatologie (ex., Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). Un număr tot mai mare de studii arată că atât RE generală cât și dimensiunile specifice ale RE sunt asociate cu TA și cu simptome specifice legate de alimentație. O meta-analiză care a examinat diferite strategii adaptative și dezadaptative de RE a arătat că ruminația, evitarea și supresia sunt asociate pozitiv cu TA (Aldao et al., 2010). De asemenea, capacitatea de a identifica și discrimina între stările emoționale negative, toleranța și acceptarea emoțiilor neplăcute, capacitatea de inhibare a comportamentului impulsiv, tendința spre un comportament orientat spre obiectivele și conștientizarea valorilor personale, se asociază negativ și crește riscul pentru TA (Brockmeyer et al., 2014; Oldershaw și colab., 2015). Majoritatea studiilor care au investigat TA au folosit un cadru multidimensional al RE în diferite grupuri de diagnostic sau de control. Astfel, aceste studii au indicat un nivel mai mare de probleme de RE în rândul celor cu TA în comparație cu grupurile de control (de exemplu, Harrison, Sullivan, Tchanturia & Treasure, 2010; Aldao et al., 2010). În plus, alte studii au investigat diferențele privind problemele de RE între diferite tipuri de TA (de exemplu, Svaldi et al., 2012; Brockmeyer et al., 2014). De exemplu, unele rezultate au sugerat un rol mai puternic al dificultăților de conștientizare și claritate emoțională în AN decât în BN (Westwood, Kerr-Gaffney, Stahl & Tchanturia, 2017). Alte studii, însă, nu au reușit să ilustreze astfel de diferențe, diferența dintre AN și BN a dispărut când s-a controlat pentru nivelurile depresiei și anxietății (Corcos et al., 2000). În comparație cu alte TA, TMC prezintă, de fapt, claritate și conștientizare emoțională mai ridicate și raportează o capacitate mai mare de a utiliza strategii de RE adaptative (Svaldi et al., 2010). Cu toate acestea, modul în care dimensiunile RE sunt asociate cu simptome din patologia alimentară în cazul fiecărui tip de TA rămâne neclar.

Utilizarea strategiilor adaptative și dezadaptative de RE a fost legată de simptomatologia TA și la indivizii non-clinici (Gupta, Rosenthal, Mancini, Cheavens & Lynch, 2008, Lavender și alții, 2009, Hughes & 2011). Relația dintre nivelurile ridicate ale stărilor afective negative (de exemplu, depresia, anxietatea) și alimentația a fost extensiv studiată și s-a arătat o influență considerabilă a stărilor emoționale negative asupra comportamentelor alimentare disfuncționale (de exemplu, Wallis & Hetherington, 2009, Renner, Sproesser, Strohbach, și Schupp, 2012). Problemele legate de imaginea corporală sunt, de asemenea, puternic asociate cu o slabă conștientizare și înțelegere emoțională și cu lipsa strategiilor adaptative de RE dar cu o utilizare mai frecventă a strategiilor dezadaptative de RE (de exemplu, Lavender & Anderson, 2010; Hughes & Gullone, 2011).

Tratamentul standard pentru TA, terapia cognitiv-comportamentală (CBT), aduce îmbunătățiri semnificative din punct de vedere clinic. Cu toate acestea, un număr de indivizi încă se luptă cu această

tulburare mentală, ceea ce indică necesitatea unor îmbunătățiri în terapiile psihologice (NICE, 2004). Un număr tot mai mare de intervenții cognitiv-comportamentale vizează problemele de RE. Acestea includ terapia dialectic-comportamentală (Linehan, 1993), intervențiile de acceptare și conștientizare (de exemplu, Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Williams, Russe & Russell, 2008), protocolul unificat pentru tulburările emoționale (Barlow, Allen, & Choate, 2004) sau terapia pentru reglarea emoțională (Mennin & Fresco, 2009). Studii încă puține dar în creștere, sugerează că abordările de tratament bazate pe acceptare pot fi eficiente în tratamentul TA (ex., Jurascio et al., 2017). Tratamentul bazat pe conștientizare și acceptare emoțională vizează dezvoltarea abilităților de RE și a unor strategii adaptative ca răspuns la emoții. Unele dintre mecanismele abordate pentru intervenție, includ: acceptarea emoțională (Brown & Ryan, 2004), conștientizarea corporală (Schure, Christopher, & Christopher, 2008), difuzia cognitivă și cunoașterea metacognitivă (ex., perceperea gândurilor ca evenimente tranzitorii, reprezentarea exactă a realității emoționale) (Bishop et al., 2004; Hayes, 2004) și scăderea rumației și evitării (Bishop et al., 2004).

Punctul de plecare al acestei teze este reprezentat de dovada faptului că emoțiile sau problemele de RE sunt legate de dezvoltarea și menținerea TA (ex., Brockmeyer et al., 2014; Oldershaw și colab., 2015). Cu toate acestea, sunt necesare anumite clarificări conceptuale și practice cu privire la RE în cazul TA și al simptomelor din patologia alimentară. Revizuirea literaturii evidențiază câteva limite care vor fi abordate ca întrebări pentru studiile originale din această teză. După cum s-a subliniat deja, unele studii (ex., Aldao și colab., 2010) au arătat că TA nu sunt semnificativ asociate cu anumite dificultăți de RE (ex., cu folosirea reevaluării). De asemenea, având în vedere datele limitate privind diferențele între strategiile de RE în cazul diferitelor tipuri de TA, este necesară o mai bună înțelegere a acestei relații. În plus, gradul în care strategiile specifice ale RE sunt asociate cu simptome specifice legate de consumul alimentar rămâne neclar. Prin urmare, mai multe informații cu privire la măsura în care dificultățile specifice de RE sunt legate de diferite simptome ale TA (de exemplu, restricția alimentară, manancatul compulsiv) ar fi utile pentru programele de prevenție și intervenție. Un alt aspect neclar se referă la interacțiunea emoțiilor specifice cu comportamentele alimentare. De exemplu, depresia, independent sau în legătură cu alte emoții negative (de exemplu, anxietatea), pare să joace un rol important în dezvoltarea și menținerea TA (McCarthy, 1990). Pentru a îmbunătăți înțelegerea efectelor depresiei asupra consumului de alimente, studiile trebuie să identifice mecanismele de mediere (ex., Macht, 2008). Studiile anterioare s-au axat separat pe relația dintre depresie și comportamentele alimentare, sau dintre comportamentele alimentare și RE. În plus, foarte puțin se cunoaște despre asocierea RE cu imaginea corporală. Câteva studii arată că insatisfacția corporală este unul dintre factorii de risc cei mai relevanți pentru TA. În ceea ce privește diferențele de influență a strategiilor de RE asupra imaginii corporale, studiile anterioare (Svaldi & Naumann, 2014, Naumann et al., 2016) s-au axat pe compararea strategiilor de RE adaptative versus dezadaptative (așa cum au fost conceptualizate de Aldao et al. 2010) dar nu pe compararea mai multor strategii adaptative, cum ar fi acceptarea și reevaluarea. Această comparație ar avea implicații atât teoretice, cât și practice. În cele din urmă, în pofida opțiunilor de tratament existente, TA sunt încă caracterizate de o rată ridicată de recidivă (Keel & Brown, 2010). Astfel, necesitatea de a identifica factorii responsabili pentru apariția și menținerea TA este de actualitate, aceștia putând servi drept ținte de tratament. În ultimii ani, intervențiile pe bază de acceptare și intervențiile psihologice furnizate prin intermediul internetului au câștigat o atenție sporită. Cu toate acestea, în ciuda rezultatelor care arată că abordările de tratament bazate pe acceptare pot fi eficiente în tratamentul TA, până în prezent au fost efectuate doar câteva studii (de exemplu, Jurascio et al., 2017). De asemenea, există unele cercetări privind intervențiile bazate pe acceptare care vizează componente specifice ale TA. De exemplu, mâncatul emoțional este

un comportament important asociat cu TA, care poate avea implicații grave, cum ar fi creșterea în greutate și obezitatea (de exemplu, Groesz et al., 2012). Acest tip de comportament alimentar implică componente emoționale și o RE slabă, așadar ar fi util să investigăm eficacitatea intervențiilor care vizează RE (cum ar fi abordările bazate pe acceptare) în reducerea mâncatului emoțional.

CAPITOLUL II. OBIECTIVELE CERCETĂRII ȘI METODOLOGIA GENERALĂ

Obiectivele cercetării

Primul obiectiv a fost să investigăm amploarea asocierilor dintre *abilitățile emoționale* (conștientizarea și claritatea emoțională) și *strategiile de RE* (adaptative: acceptarea, reevaluarea și rezolvarea de probleme; și dezadaptative: ruminarea, evitarea și supresia) și patologia alimentară. Specific, am investigat variabilitatea abilităților și strategiilor de RE adaptative și dezadaptative în subtipurile TA (AN, BN și TMC). De asemenea, am fost interesați de asocierea dintre RE adaptativă și dezadaptativă și simptomele specifice psihopatologiei alimentare în populația non-clinică.

Al doilea obiectiv a fost să investigăm relația dintre *depresie*, *strategiile de RE* și comportamente alimentare disfuncționale (restricția alimentară, mâncatul emoțional și cel necontrolat). Mai exact, am investigat efectul depresiei asupra consumului alimentar disfuncțional și dacă relația cu mâncatul restrictiv, emoțional și necontrolat este mediată de dificultățile de RE.

Al treilea obiectiv a fost investigarea impactului acceptării și reevaluării asupra insatisfacției corporale. Am investigat experimental efectul acceptării și reevaluării asupra insatisfacției corporale în comparație cu un grup de control. În plus, am urmărit investigarea impactului acceptării și reevaluării asupra stărilor emoționale pozitive și negative, ca factori asociați insatisfacției corporale.

În cele din urmă, al patrulea obiectiv a fost evaluarea eficacității unei training bazat pe acceptare furnizat online-asincron asupra reducerii mâncatului emoțional și îmbunătățirii stării emoționale și a acceptării emoționale. Efectul trainingului bazat pe acceptare a fost evaluat prin comparație cu o condiție de control. În plus, am investigat efectul trainingului asupra stării emoționale negative și pozitive și asupra acceptării emoționale ca strategie de RE.

Metodologia generală

O abordare meta-analitică s-a folosit pentru studiul 1, axat pe relația dintre diagnosticul de TA sau simptomele psihologice legate de consumul alimentar și abilitățile și strategiile adaptative (conștientizarea și claritatea emoțională, acceptarea, reevaluarea și rezolvarea de probleme) și dezadaptative (ruminarea, evitarea și supresia). Studiul 2 a abordat al doilea obiectiv al tezei, utilizând un design corelațional pentru a investiga relațiile dintre depresie, RE și comportamente alimentare disfuncționale. În studiul 3 (al treilea obiectiv) s-a folosit un design experimental pentru a evalua impactul acceptării și reevaluării asupra insatisfacției corporale. Obiectivul final a fost abordat în studiul 4 care s-a referit la realizarea unui studiu clinic controlat pentru investigarea efectului unei training bazat pe acceptare implementat online-asincron în reducerea mâncatului emoțional.

CAPITOLUL 3. CERCETAREA ORIGINALĂ

STUDIUL 1. REGLAREA EMOTIONALĂ ÎN PSIHOPATOLOGIA ALIMENTARĂ: O META-ANALIZĂ¹

În ultimii ani, cercetarea s-a axat tot mai intens pe RE ca factor transdiagnostic implicat într-o varietate de tulburări psihologice, inclusiv în TA sau în simptome specifice acestor tulburări (ex. Mallorquí-Bagué et al., 2018; Brockmeyer et al., 2014; Aldao și colab., 2010). Un număr tot mai mare de dovezi arată că dificultățile de diferențiere, identificare și reglare emoțională sunt principalele deficite ale TA (ex., Westwood, Kerr-Gaffney, Stahl, & Tchanturia, 2017, Lavender și colab., 2015; Oldershaw, Lavender, Sallis, Stahl, & Schmidt, 2015; Aldao și colab., 2010). Lipsa de abilități și strategii adaptative de RE și prezența celor dezadaptative sunt legate de patologia alimentară atât în studii cu populații clinice (de exemplu, Westwood și colab., 2017, Lavender și colab., 2015, Leehr și colab., 2015, Oldershaw și colab., 2015; Aldao și alții, 2010) cât și în cele cu populații non-clinice (ex., Skinner, Rojas, & Veilleux, 2017; Mills, Newman, Cossar & Murray, 2014; Hughes & Gullone, 2011). În ceea ce privește TA specifice, unele studii au arătat că anorexia nervoasă, bulimia nervoasă și tulburarea de mâncat compulsiv sunt legate de RE adaptativă și dezadaptativă. Însă, datele privind diferențele dintre TA în ceea ce privește amploarea asocierilor lor cu diferite abilități și strategii de RE sunt inconcludente. De exemplu, într-un studiu realizat de Svaldi și colaboratorii (2012), s-a arătat că persoanele cu TMC au raportat niveluri mai ridicate de claritate emoțională și conștientizare și capacitatea de a accepta emoții negative decât participanții cu BN și un nivel mai ridicat de accesare al strategiilor adaptative de RE decât persoanele cu AN și BN. Un alt studiu a sugerat că evitarea este legată de debutul AN, în timp ce ruminația a prezis debutul BN (Rawal, Park & Williams, 2010). Cu toate acestea, alte studii nu au susținut diferențele între diferite TA în ceea ce privește asocierile acestora cu abilități și strategii specifice de RE. O meta-analiză efectuată de Westwood și colab. (2017) a sugerat că dificultățile în identificarea și descrierea emoțiilor sunt transdiagnostice pentru toate TA. În plus, nu este clar dacă există diferențe privind RE între BN și TMC. Puține studii au examinat modelul de RE privind consumul alimentar compulsiv în BN și TMC iar studii care examinează dacă și cum diferă funcționarea emoțională în BN față de TMC sunt foarte limitate. Simptomele specifice patologiei alimentare în populația generală, non-clinică sunt de asemenea asociate cu abilități și strategii adaptative de RE slabe (ex., conștientizarea emoțională, claritatea, acceptarea, capacitatea de a se angaja în comportamente orientate spre scop și reevaluarea) (Han & Lee, 2017; Han & Pistole, 2014; Buckholdt, Parra, Jobe-Shields, 2010; Sim & Zeman, 2006).

Obiective

În concluzie, există dovezi care susțin faptul că mâncatul disfuncțional poate fi asociat cu lipsa abilităților de RE și a strategiilor adaptative (conștientizarea și claritatea emoțională, acceptarea, reevaluarea și rezolvarea de probleme) și cu folosirea strategiilor dezadaptative de RE (ruminația, evitarea și supresia) care promovează cercul vicios al patologiei alimentare (de exemplu, Dingemans et al., 2017, Oldershaw et al., 2015; Brockmeyer și colab., 2014; Aldao și colab., 2010; Sim & Zeman, 2006). Studiile anterioare au unele limitări. Meta-analizele efectuate de Aldao et al. (2010) și de Oldershaw et al. (2015) au analizat strategiile specifice de RE numai în ceea ce privește TA per total, respectiv AN singular, dar nu există date unitare pentru toate cele trei tipuri de TA. Pe de altă parte,

1

Preffit, A.B., Căndea, D.M., Szentagotai-Tătar, A. (2019). Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis. *Appetite*, 143. doi: 10.1016/j.appet.2019.104438

având în vedere numărul crescut de studii și datele mixte privind relația dintre RE și simptomele legate de patologia alimentară în populația non-clinică, această asociere trebuie clarificată. Mai mult, Aldao și colab. (2010) nu au ținut cont de abilitățile de RE, cum ar fi conștientizarea și claritatea emoțională, chiar dacă sunt predictorii importanți ai strategiilor adaptative de RE. În cele din urmă, în meta-analiza menționată, s-au calculat numai mărimile efectelor pentru rezolvarea de probleme, reevaluare, ruminație și evitare în legătură cu TA, din cauza numărului redus de studii privind alte strategii. Prin urmare, este important să se investigheze care dintre dificultățile specifice de RE sunt cele mai relevante pentru patologia alimentară și dacă aceste dificultăți diferă între diferitele tipuri de TA sau pentru simptomele legate de patologia alimentară în populația generală. Prin urmare, am fost interesați de magnitudinea asocierilor dintre conștientizarea și claritatea emoțională, acceptarea, reevaluarea și rezolvarea problemelor, pe de o parte, și patologia alimentară, pe de altă parte. De asemenea, ne-am propus să investigăm asocierile dintre strategiile dezadaptative de RE și patologia alimentară. În plus, am investigat variabilitatea RE adaptative și dezadaptative în subtipurile TA. În cele din urmă, am fost interesați de asocierea dintre RE și simptomele specifice TA în populația non-clinică.

Această meta-analiză a urmărit să sublinieze relația dintre RE și patologia alimentară, cu un efect potențial asupra viitoarelor cercetări și intervenții psihoterapeutice. Identificarea relațiilor specifice dintre strategiile de RE și TA sau simptomele specifice TA poate facilita îmbunătățirea tratamentelor existente, dar și dezvoltarea de noi intervenții.

Metodă

Căutări în bazele de date

Am căutat studii relevante în următoarele baze de date: PsycInfo, Pubmed și Medline. Căutarea conține combinații ale următoarelor cuvinte cheie în titlu și rezumat: "_emotion regulation_", "_acceptance_", "_awareness_", "_clarity_", "_problem resolution_", "_ (re)appraisal_", "_avoidance_", "_rumination_" , "_suppression_" și "_eat_", "_binge_", "_bulimia_", "_anorexia_". Am folosit filtre pentru reviste peer review, engleza ca limbă de scriere și studii efectuate pe participanți umani. De asemenea, am verificat secțiunile de referințe ale recenziilor sistematice și meta-analizelor deja publicate. Doi dintre autori au efectuat căutări independente și aceștia au avut rezultate similare.

Selectarea studiilor

S-a realizat procesul de selecție pe baza diagramei PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman., 2010). Au fost identificate un număr de 5520 articole. După eliminarea duplicatelor și în urma selecției după titlu și rezumat (4601 articole), au rezultat 423 de articole. În cele din urmă, selecția full-text a produs 96 de articole eligibile și 239 de mărimi ale efectului.

Criterii de includere / excludere

Doar studiile care au îndeplinit următoarele criterii au fost incluse în meta-analiză: (1) au raportat cel puțin o relație între strategii sau abilități adaptative sau dezadaptative de RE globale sau specifice și diagnosticul sau simptome specifice TA general sau specific (2) s-au efectuat pe populația clinică (AN, BN, TMC sau TA general) sau pe populația non-clinică cu simptome asimilate TA care au fost evaluate prin intermediul scalelor de auto-evaluare; (3) RE a fost măsurată prin scale de auto-evaluare și patologia alimentară prin scale de auto-evaluare sau interviu clinic pentru diagnosticare, (4) au folosit design-uri corelaționale, experimentale (de exemplu, de inducere a unei emoții), studii clinice controlate, longitudinale sau de dezvoltare de scale de evaluare psihologice, cu condiția ca aceste studii să fii furnizat date pentru relația dintre RE și patologia alimentară ca măsurători inițiale, (5) au raportat suficiente informații pentru a calcula mărimea efectului. Studiile, care nu au respectat criteriile de mai sus sau au avut următoarele caracteristici, au fost excluse: (1) au măsurat doar emoțiile sau mâncatul emoțional ca strategie de control al emoțiilor, dar nu au măsurat strategiile de RE specificate în acest

studiu, (2) s-au efectuat pe populații cu probleme medicale (de exemplu, obezitate) fără a utiliza măsurători pentru patologia alimentară.

Codarea studiilor

Pentru fiecare studiu am inclus următoarele date: informații despre studiu (autor, an), tipul de RE (reglarea emoțională globală adaptativă, reglarea emoțională globală dezadaptativă și abilitățile și strategiile specifice de RE), tipul de diagnostic clinic (TA general, AN, BN, TMC) sau simptome specifice TA în populația non-clinică, vârsta și procentul de femei.

În consecință, am codat scoruri pentru scale sau subscale specifice pentru fiecare abilitate sau strategie de RE (conștientizarea, claritatea emoțională, acceptarea, rezolvarea de probleme, reevaluarea, supresia, ruminația și evitarea) sau scoruri care au reprezentat RE adaptativă sau dezadaptativă globală. Studiile au utilizat scale unidimensionale și multidimensionale pentru evaluarea globală sau specifică a RE. Prin urmare, am codificat scorurile per scală care măsoară o strategie specifică de RE (de exemplu, Levels of Emotional Awareness Scale), scorurile per subscală aparținând măsurilor multidimensionale care evaluează mai multe strategii adaptative și / sau dezadaptative de RE (de exemplu, Coping Strategies Inventory: Problem solving scale) și scorurile per scală care evaluează RE globală (de exemplu, Regulation of Emotions Questionnaire). Pentru studiile efectuate pe populația clinică, am utilizat scoruri globale sau specifice pentru RE ale populațiilor cu TA prin comparație cu scorurile grupurilor de control sau corelația dintre RE și patologia alimentară evaluată prin scale de auto-evaluare. Datele au fost codate astfel încât o corelație pozitivă indică folosirea unei strategii dezadaptative de RE.

Extragerea mărimilor efectului

Pentru fiecare combinație, am extras date relevante pentru a calcula mărimile efectelor. Am căutat date corelaționale pentru fiecare relație, dar dacă aceste date nu au putut fi extrase, am căutat date pentru a calcula d (diferențe de medii standardizate între patologie și grupurile de control). Prin urmare, am extras fie date corelaționale (coeficientul r Pearson), fie diferențe de medii standardizate (coeficienți d) pentru fiecare relație iar ulterior le-am pus în aceeași metrică (r -metric). Când studiile au oferit mărimi ale efectului din familia d , am calculat mai întâi Cohen D pentru diferența standardizată de medii, scăzând media grupului de control din cea a grupului clinic și apoi împărțind această diferență cu varianța globală (Cohen, 1988). Apoi am convertit Cohen D în coeficient corelațional (r -metric) (Rosenthal & DiMatteo, 2001). Coeficienții r au fost transformați în z Fisher, care este considerat un indice mai eficient pentru analizele statistice. În final, coeficienții z Fisher au fost transformați înapoi r Pearson. Mărimile efectelor au fost interpretate în conformitate cu Cohen (1988): peste .40 ca fiind mari, în jurul valorii de .25 ca fiind medii și sub .10 ca fiind mici.

Planul meta-analitic

Am folosit modelul cu efecte randomizate pentru toate analizele. Modelul cu efecte randomizate presupune că studiile provin din populații în care mărimile efectului diferă. Pentru a examina heterogenitatea mărimilor efectului am folosit indicele de inconsistență I^2 (Higgins, Thompson, Deeks, & Altman, 2003), cu valori cuprinse între 0% (0 inconsistență) și 100% (heterogenitate ridicată; Higgins et al., 2003). Pentru calculul de heterogenitate am realizat două analize de moderare. Am realizat o analiză separată atât pentru fiecare tip de eșantion cât și pentru fiecare TA, utilizând un model cu efecte mixte. Pentru moderatorii continui (vârsta și procentul femeilor) am realizat analize de meta-regresie utilizând un model de regresie cu efecte mixte. Pentru a examina biasul de publicare am examinat vizual distribuția mărimilor afectelor și am calculat metoda Fail-safe N (Orwin, 1983) și metoda Trim și Fill (Duval & Tweedie, 2000) folosind modelul cu efecte randomizate.

Rezultate

Am calculat coeficienții de corelație între RE adaptativă și maladaptativă globală și patologia alimentară și între fiecare abilitate și strategie de RE și patologie alimentară. Ulterior, am realizat analize de moderare pentru fiecare combinație grupate după tipul de eșantion și tipul de TA pentru combinațiile unde au existat cel puțin două mărimi ale efectului pentru fiecare variabilă (a se vedea tabelul 2).

Table 2. Abilitățile și strategiile de RE

Strategia de RE	Eșantion/ tipul de TA	Media <i>r</i>	95% CI	95% CI	<i>valoare p</i>	<i>k</i>	<i>Q</i> - statistic (df)	<i>Q</i> - statistic <i>valoare p</i>	<i>I</i> ²
Conștientizare	AN	-.41	-.50	-.31	<.001	9	25.42 (8)	.001	68.53
Conștientizare	BN	-.36	-.56	-.13	<.001	4	24.9 (3)	<.001	87.96
Conștientizare	TMC	-.36	-.48	-.23	<.001	4	10.16 (3)	.017	70.47
Conștientizare	TA	-.25	-.32	-.18	<.001	6	4.88 (5)	.43	0
	nespecifica tă								
Conștientizare	Simptome non-clinic	-.21	-.28	-.13	<.001	10	48.11 (8)	<.001	83.37
Claritate	AN	-.51	-.62	-.38	<.001	8	44.97 (7)	<.001	84.43
Claritate	BN	-.47	-.59	-.32	<.001	4	13.62 (3)	.003	77.67
Claritate	TMC	-.37	-.46	-.27	<.001	4	5.47 (3)	.14	45.2
Claritate	TA	-.45	-.53	-.37	<.001	3	4.51 (2)	.11	55.69
	nespecifica tă								
Claritate	Simptome non-clinic	-.32	-.39	-.25	<.001	8	17.65 (6)	.007	66
Acceptare	AN	-.43	-.54	-.30	<.001	9	44.31 (8)	<.001	81.95
Acceptare	BN	-.48	-.59	-.34	<.001	4	11.29 (3)	.01	73.43
Acceptare	TMC	-.39	-.49	-.28	<.001	4	7.75 (3)	.05	61.31
Acceptare	TA	-.33	-.39	-.25	<.001	6	11.83 (4)	.019	66.19
	nespecifica tă								
Acceptare	Simptome non-clinic	-.29	-.36	-.22	<.001	9	38.98 (8)	<.001	79.48
Rezolvare de probleme	AN	-.34	-.44	-.25	<.001	13	43.25 (12)	<.001	72.26
Rezolvare de probleme	BN	-.47	-.56	-.36	<.001	7	17.76 (6)	.007	66.22
Rezolvare de probleme	TMC	-.34	-.45	-.23	<.001	4	7.21 (3)	.06	58.37
Rezolvare de probleme	TA	-.35	-.41	-.29	<.001	7	22.91 (6)	.001	73.81
	nespecifica tă								

Rezolvare de probleme	Simptome non-clinic	-.175	-.26	-.04	<.001	14	170.33 (12)	<.001	92.96
Reevaluare	AN	-.28	-.37	-.17	<.001	4	1.88 (3)	.59	0
Reevaluare	BN	-.37	-.49	-.26	<.001	3	0.77 (2)	.68	0
Reevaluare	TMC	-.27	-.38	-.15	<.001	3	0.43 (2)	.80	0
Reevaluare	TA nespecifică	-.21	-.31	-.09	<.001	2	0.32 (1)	.57	0
Ruminație	AN	.55	.42	.65	<.001	3	.5 (2)	.78	0
Ruminație	BN	.58	.43	.70	<.001	2	.68 (1)	.41	0
Ruminație	Simptome non-clinic	.25	.20	.29	<.001	9	15.38 (7)	.03	54.48
Evitare	AN	.40	.24	.54	<.001	7	25.21 (6)	<.001	76.19
Evitare	BN	.27	.07	.45	<.001	4	6.64 (3)	.08	54.79
Evitare	TA nespecifică	.23	.14	.32	<.001	9	14.41 (7)	.04	51.42
Evitare	Simptome non-clinic	.27	.21	.32	<.001	24	129.73 (39)	<.001	82.27
Supresie	AN	.59	.49	.68	<.001	4	6.17 (3)	.10	51.41
Supresie	BN	.35	.20	.47	<.001	2	0	.99	0
Supresie	TMC	.23	.09	.36	<.001	3	2.58 (2)	.28	22.47
Supresie	Simptome non-clinic	.23	.17	.31	<.001	6	7.76	.17	35.52

Reglarea emoțională adaptativă și patologia alimentară

Per total, abilitățile și strategiile adaptative de RE s-au asociat negativ, semnificativ cu patologia alimentară ($r = -.33$; CI 95% [-.36; -.30]; $k = 158$). Analiza heterogeneității a indicat un grad ridicat al variabilității datelor ($Q (157) = 1016.39$; $p < .001$; $I^2 = 84.55\%$). Analiza de moderare a indicat o mărime mai mare a efectului pentru relația dintre RE adaptativă și patologia alimentară ($Q (1) = 39.43$, $p < .001$) pentru studiile care au inclus participanți clinici ($r = -.38$; CI 95% [-.41; -.35]; $k = 112$) comparativ cu cele care au inclus populația non-clinică cu simptome specifice TA ($r = -.21$; CI 95% [-.26; -.17]; $k = 46$). Mai mult, analiza de moderare în funcție de tipul de TA a indicat asocieri semnificative, crescute și similare ($Q (2) = 5.22$, $p = .07$) între RE adaptativă și AN ($r = -.41$; CI 95% [-.45; -.36]; $k = 45$), BN ($r = -.44$; CI 95% [-.50; -.38]; $k = 23$) și TMC ($r = -.35$; CI 95% [-.40; -.31]; $k = 20$). Studiile incluzând eșantioane cu TA nespecifică au indicat o asociere negativă, medie cu RE adaptativă ($r = -.32$; CI 95% [-.37; -.26]; $k = 24$).

Abilități și strategii specifice de reglare emoțională adaptativă și patologia alimentară

Conștientizarea emoțiilor a fost asociată negativ cu patologia alimentară ($r = -.27$; CI 95% [-.31; -.23]; $k = 33$). Heterogenitatea acestei relații a fost ridicată ($Q (32) = 187.58$; $p < .001$; $I^2 = 82.94\%$). Analiza de moderare în funcție de tipul de eșantion ($Q (2) = 38.13$, $p < .001$) a arătat faptul că studiile cu participanți clinici au raportat o mărime mai mare a efectului pentru relația dintre conștientizarea emoțiilor și patologia alimentară ($r = -.35$; CI 95% [-.41; -.29]; $k = 23$) decât cele cu participanți non-clinici cu simptome specifice TA ($r = -.21$; CI 95% [-.28; -.13]; $k = 10$). Analiza de modere după tipul

de TA nu a fost semnificativă ($Q(3) = 7,35$, $p = 0,06$), AN fiind puternic asociată cu conștientizarea emoțională ($r = -.41$; CI 95% [-.50; -.31]; $k = 9$), similar cu BN ($r = -.36$; CI 95% [-.56; -.13]; $k = 4$) și TMC ($r = -.36$; CI 95% [-.48; -.23]; $k = 4$). Studiile cu participanți cu TA nespecifice au indicat o asociere negativă, medie cu conștientizarea emoțiilor ($r = -.25$; CI 95% [-.32; -.18]; $k = 6$).

Claritatea asupra emoțiilor a fost asociată negativ cu patologia alimentară ($r = -.41$; CI 95% [-.46; -.36]; $k = 27$). Această relație a arătat o heterogenitate ridicată ($Q(26) = 133,88$; $p < .001$; $I^2 = 80,58\%$). Asocierea dintre claritate și patologia alimentară ($Q(2) = 19,39$, $p < .001$) a avut un efect mai mare în studiile care au inclus participanți clinici ($r = -.46$; CI 95% [-.52; -.39]; $k = 19$) decât în studiile care au inclus participanți non-clinici cu simptome specifice TA ($r = -.32$; CI 95% [-.39; -.25]; $k = 8$). Tipul de TA nu a moderat relația dintre claritatea asupra emoțiilor și patologia alimentară ($Q(2) = 3,41$, $p = .18$). Studiile care au inclus participanți cu AN au obținut un efect mare ($r = -.51$; 95% CI [-.62; -.38]; $k = 8$), similar cu cele care au inclus participanți cu BN ($r = -.47$; 95% CI [-.59; -.32]; $k = 4$) și TMC ($r = -.37$; CI 95% [-.46; -.27]; $k = 4$). Studiile care au inclus participanți cu TA nespecifice au indicat o asociere negativă, medie cu claritatea emoțională ($r = -.45$; CI 95% [-.53; -.37]; $k = 3$).

Acceptarea emoțiilor a fost asociată negativ cu patologia alimentară ($r = -.35$; CI 95% [-.40; -.31]; $k = 32$), cu o heterogenitate ridicată ($Q(32) = 167,66$; $p < .001$); $I^2 = 80,91\%$). Tipul de eșantion a moderat relațiile dintre acceptarea emoțiilor și patologia alimentară ($Q(2) = 4,89$, $p = .027$), astfel că studii care au inclus participanți clinici au prezentat un efect mai mare ($r = -.40$; CI 95% [-.46; -.33]; $k = 23$) comparativ cu cele care au inclus participanți non-clinici cu simptome specifice TA ($r = -.29$; CI 95% [-.36; -.22]; $k = 9$). Studii incluzând participanți cu AN ($r = -.43$; CI 95% [-.54; -.30]; $k = 9$), BN ($r = -.48$; CI 95% [-.59; -.34]; $k = 4$), și TMC ($r = -.39$; CI 95% [-.49; -.28]; $k = 4$) au arătat mărimi ale efectului similare ($Q(2) = 1,07$, $p = .59$) pentru relația dintre acceptarea emoțiilor și patologia alimentară. Studiile incluzând participanți cu TA nespecifice au indicat o asociere medie cu acceptarea emoțională ($r = -.33$; CI 95% [-.39; -.25]; $k = 6$).

Reevaluarea a fost asociată negativ cu patologia alimentară ($r = -.28$; 95% CI [-.35; -.21]; $k = 13$). $Q(12) = 20,86$; $p = .05$; $I^2 = 42,47\%$ a reprezentat o heterogenitate medie semnificativă. Din cauza lipsei de date, nu a fost posibilă examinarea relației dintre reevaluare și simptomele specifice TA pentru populația non-clinică. Tipul de TA nu a moderat relațiile dintre reevaluare și patologia alimentară ($Q(2) = 2,22$, $p = .32$), studii care au inclus AN au prezentat un efect similar ($r = -.28$; CI 95% [-.37; -.17]; $k = 4$) cu cele care au inclus BN ($r = -.37$; CI 95% [-.49; -.26]; $k = 3$) și TMC ($r = -.27$; CI 95% [-.38; -.15]; $k = 3$). Studiile care au inclus eșantioane cu TA nespecifice au indicat o asociere medie cu reevaluarea ($r = -.21$; CI 95% [-.31; -.09]; $k = 2$).

Rezolvarea de probleme a fost asociată negativ cu patologia alimentară ($r = -.30$; CI 95% [-.36; -.24]; $k = 45$), cu o heterogenitate ridicată ($Q(44) = 364,52$; $p < .001$); $I^2 = 87,93\%$). Tipul de eșantion a moderat relația dintre rezolvarea de probleme și patologia alimentară ($Q(1) = 12,75$, $p < .001$), studiile care au inclus participanți clinici prezentând un efect mai mare ($r = -.37$; CI 95% [-.43; -.32]; $k = 31$) decât cele care au inclus participanți non-clinici cu simptome specifice TA ($r = -.15$; CI 95% [-.26; -.04]; $k = 14$). Studii care au inclus participanți cu AN ($r = -.35$; CI 95% [-.44; -.25]; $k = 13$), similare cu cele care au inclus participanți cu BN ($r = -.47$; CI 95% [-.56; -.36]; $k = 7$) și TMC ($r = -.34$; CI 95% [-.45; -.23]; $k = 4$) au prezentat o mărime a efectului mare ($Q(2) = 3,44$, $p = .18$) pentru această relație. Studiile care au inclus eșantioane cu TA nespecifice au indicat o asociere medie cu rezolvarea de probleme ($r = -.35$; CI 95% [-.41; -.29]; $k = 7$).

Reglarea emoțională dezadaptativă și patologia alimentară

RE dezadaptativă a arătat o relație pozitivă, semnificativă cu patologia alimentară ($r = .32$; CI 95% [.28; .35]; $k = 81$). Heterogenitatea a fost ridicată ($Q(80) = 442,27$; $p < .001$; $I^2 = 81,91\%$).

Analizele de moderare au indicat o mărime a efectului mai mare pentru relația dintre RE dezadaptativă și patologia alimentară ($Q(1) = 6.21, p = .01$) în studiile care au inclus participanți clinici ($r = .38$; CI 95% [.31; .44]; $k = 37$) comparativ cu cele care au inclus participanți non-clinici cu simptome specifice TA ($r = .28$; CI 95% [.24; .32]; $k = 44$). Tipul de TA nu a moderat această relație ($Q(2) = 21.9, p < .001$), s-au observat mărimi mari ale efectului atât în studiile care au inclus participanții cu AN ($r = 0.51$; CI 95% [.42; .59]; $k = 15$), cât și în cele cu participanți cu BN ($r = .38$; CI 95% [.25; .49]; $k = 8$). Studiile care au inclus eșantioane cu TA nespecifice au indicat o asociere medie cu RE ($r = .26$; CI 95% [.16; .35]; $k = 10$). Din cauza lipsei de date, nu a fost posibilă examinarea relației dintre RE dezadaptativă și TMC.

Strategii specifice de reglare emoțională dezadaptative și patologie alimentară

Ruminația s-a asociat pozitiv cu patologia alimentară ($r = .33$; CI 95% [.26; .40]; $k = 14$) și s-a observat un nivel ridicat de heterogenitate ($Q(13) = 52.66; p < .001; I^2 = 75.31\%$). Analiza de moderare, în funcție de tipul de eșantion ($Q(1) = 31.52, p < .001$), a arătat o mărime mai mare a efectului pentru relația dintre ruminație și patologia alimentară în studii care au inclus participanți clinici ($r = .56$; CI 95% [.47; .64]; $k = 5$) decât în cele care au inclus participanți non-clinici cu simptome specifice TA ($r = .25$; CI 95% [.20; .29]; $k = 9$). Analiza de moderare după tipul TA ($Q(1) = 13, p = .72$) a indicat o mărime a efectului mare a relației dintre ruminație și AN ($r = .55$; CI 95% [.42; .65]; $k = 3$) și a relației dintre ruminație și BN ($r = .58$; CI 95% [.43; .70]; $k = 2$). Din cauza lipsei de date, nu a fost posibilă examinarea relației dintre ruminație și TMC.

Evitarea (evitarea negativă și pozitivă) a fost asociată pozitiv cu patologia alimentară ($r = .28$; CI 95% [.23; .32]; $k = 45$) și s-a observat un nivel ridicat de heterogenitate ($Q(44) = 208.01; p < .001; I^2 = 78,84\%$). Analizele de moderare au indicat mărimi ale efectului similare pentru relația dintre evitare și patologia alimentară ($Q(1) = .204, p = .65$) atât în studiile care au inclus participanți clinici ($r = .29$; CI 95% [.21; .36]; $k = 21$), cât și în cele care au inclus participanți non-clinici cu simptome specifice TA ($r = .27$; CI 95% [.21; .32]; $k = 24$). Analiza de moderare, după tipul de TA, a reflectat o asociere similară ($Q(1) = 1.11, p = .29$) între evitarea emoțiilor și AN ($r = .40$; CI 95% [.24; .54]; $k = 7$), respectiv BN ($r = .27$; CI 95% [.07; .45]; $k = 4$). Din cauza lipsei de date, nu a fost posibilă examinarea relației dintre evitarea emoțiilor și TMC. Studiile care au inclus eșantioane cu TA nespecifice au indicat o asociere medie cu evitarea ($r = .23$; CI 95% [.14; .32]; $k = 9$).

Supresia a fost asociată în mod pozitiv cu patologia alimentară ($r = .36$; CI 95% [.27; .44]; $k = 16$), prezentând o heterogenitate ridicată ($Q(15) = 80.34; p < .001; I^2 = 81.33\%$). Tipul de eșantion a moderat pozitiv relația dintre patologia alimentară - supresie ($Q(1) = 7.69, p = .006$), cu mărimi ale efectului mai mari în studii care au inclus participanți clinici ($r = .43$; CI 95% [.32; .54]; $k = 10$) comparativ cu cele care au inclus participanți non-clinici cu simptome specifice TA ($r = .23$; CI 95% [.17; .31]; $k = 6$). Analiza de moderare a arătat că tipul de TA a moderat în mod semnificativ relația cu supresie ($Q(2) = 20.73, p < .001$), studiile care au inclus participanții cu AN arătând un efect mai mare ($r = .59$; CI 95% [.49; .68]; $k = 4$) decât cele care au inclus BN ($r = .35$; CI 95% [.20; .47]; $k = 2$) și TMC ($r = .23$; CI 95% [.09; .36]; $k = 3$).

Vârsta și sexul ca moderator

Am efectuat analize de meta-regresie, cu vârsta și procentul de femei ca moderatorii continui, pentru relațiile pentru care au fost disponibile cel puțin două mărimi ale efectului pentru fiecare variabilă. Vârsta nu a fost un moderator semnificativ al relației dintre RE adaptativă și patologia alimentară ($slope \beta = -.002$; 95% CI [-.006; .001]; $p = .16$), ceea ce înseamnă că o vârstă mai crescută nu a fost asociată cu o creștere a corelației dintre dificultățile de RE și patologia alimentară. Procentul de femei a moderat semnificativ, negativ relația dintre RE adaptativă și patologia alimentară ($slope \beta =$

-0.39; CI 95% [-.56; -.22]; $p < .001$), un procent mai mare de femei a prezis negativ o mărime mai mare a efectului pentru relația dintre RE adaptativă și patologia alimentară. Vârsta nu a fost un moderator semnificativ în relația dintre abilitățile și strategiile de RE adaptative specifice: conștientizarea emoțională ($slope \beta = -.006$; 95% CI [-.02; .003]; $p = .202$), claritatea ($slope \beta < -.001$; 95% CI [-.009; .01]; $p = .95$), acceptarea ($slope \beta < .001$; CI 95% [-.009; .011]; $p = .92$), reevaluarea ($slope \beta = .002$; CI 95% [-.007; .011]; $p = .63$), rezolvarea problemelor ($slope \beta < -.01$; CI 95% [-.02; -.001]; $p = .03$) și patologia alimentară. Procentul de femei a fost un moderator semnificativ în relația dintre abilitățile și strategiile de RE adaptative specifice: conștientizarea emoțiilor ($slope \beta = -.61$; CI 95% [-.91; -.32]; $p < .001$), claritatea asupra emoțiilor ($slope \beta = -.52$; CI 95% [-.89; -.15]; $p = .006$) și patologia alimentară, dar nu și în relația dintre acceptarea emoțiilor ($slope \beta = -.31$; CI 95% [-.7; .08]; $p = .12$), reevaluare ($slope \beta = -.73$; CI 95% [-.96; .51]; $p = .29$), rezolvarea de probleme ($slope \beta = -.42$; CI 95% [-.87; .03]; $p = .07$) și patologia alimentară. Vârsta participanților nu a fost un moderator semnificativ al relației dintre RE dezadaptativă și patologia alimentară ($slope \beta < .001$; CI 95% [-.005; .005]; $p = .95$). De asemenea, procentul de femei nu a moderat nici relația dintre RE dezadaptativă și patologia alimentară ($slope \beta = .15$; IC 95% [-.02; .31]; $p = .08$). Mai mult decât atât vârsta participanților și procentul de femei nu a fost moderator semnificativ în relația dintre ruminație (vârsta: $slope \beta = .009$; CI 95% [-.01; .03]; $p = .34$); evitare (vârsta: $slope \beta = .005$; CI 95% [-.002; .01]; $p = .15$; procent de femei: $slope \beta = .14$; 95% CI [-.13; .42]; $p = .31$); supresie (vârsta: $slope \beta = -.007$; 95% CI [-.02; .003]; $p = .19$; procent de femei: $slope \beta = .24$; 95% CI [-.13; .61]; $p = .20$) și patologia alimentară.

Biasul de publicare

Distribuția datelor pentru relația dintre RE adaptativă și patologia alimentară a fost asimetrică, iar analiza trim-and-fill a indicat un număr de studii lipsă la stânga și la dreapta mediei. Orwin's fail-safe N a indicat că ar fi necesare 326 de studii cu o medie a mărimilor efectului de 0 pentru a reduce mărimea efectului la -0.1. Specific pentru conștientizarea, claritatea și acceptarea emoțională, rezolvarea de probleme și reevaluare, s-au identificat distribuții asimetrice ale mărimilor efectului. Orwin's fail-safe N a indicat că ar fi necesare 83 de studii cu o medie a mărimilor efectului de 0 pentru relația patologiei alimentare cu conștientizarea emoțiilor, 105 pentru relația cu claritatea asupra emoțiilor, 121 studii pentru relația cu acceptarea emoțiilor, 36 pentru relația cu reevaluarea și 128 pentru relația cu rezolvarea problemelor pentru a reduce mărimea efectului la -0.1. Analiza trim-and-fill nu a indicat lipsa unor studii pentru strategiile de RE adaptative în relație cu patologia alimentară, cu excepția acceptării emoționale pentru care s-a identificat 6 studii care lipsesc la stânga mediei, dar care nu au modificat semnificativ rezultatele ($r = -.41$; CI 95% [-.47; -.36]) și reevaluării, cu un studiu lipsit sub medie, dar care, de asemenea, nu a schimbat semnificativ rezultatele ($r = -.29$; CI 95% [-.36; -.22]). Pentru RE dezadaptativă în raport cu patologia alimentară, distribuția datelor a arătat o oarecare asimetrie, iar metoda trim-and-fill a indicat 5 studii care lipsesc la dreapta mediei ($r = .34$; CI 95% [.30; .37]). Orwin's fail-safe N a indicat că ar fi necesare 157 de studii cu o medie a mărimilor efectului de 0 pentru a reduce mărimea efectului la -0.1. Distribuția a fost, de asemenea, asimetrică pentru strategiile de RE dezadaptative specifice. Orwin's fail-safe N a indicat 23 de studii pentru ruminație, 73 de studii pentru evitarea emoțiilor și 41 de studii pentru supresie cu o medie a mărimilor efectului de 0 pentru a reduce mărimea efectului la -0.1 în relație cu patologia alimentară. Analiza de trim-and-fill a arătat 5 studii care lipsesc la stânga mediei pentru ruminație ($r = .25$; CI 95% [.18; .32]), 6 studii la dreapta mediei pentru evitarea emoțiilor ($r = .30$; CI 95% [.26; .35]) și 1 studiu la dreapta mediei pentru supresie ($r = .37$; CI 95% [.28; .46]) în asociere cu patologia alimentară dar acestea nu au modificat semnificativ rezultatele.

Concluzii

Conform așteptărilor, rezultatele au arătat relații semnificative, medii și mari, între TA și lipsa abilităților de conștientizare, recunoaștere și reglare emoțională. De asemenea, au fost identificate relații semnificative, medii spre mari între TA și strategiile dezadaptative de RE. Aceste constatări sunt în concordanță cu cele ale lui Aldao și colegilor (2010) în ceea ce privește semnificația asocierii dintre strategiile dezadaptative de RE și TA, dar nu și în ceea ce privește amploarea relațiilor, deoarece meta-analiza menționată a indicat doar mărimi ale efectului medii pentru aceste relații. Pe de altă parte, în ceea ce privește lipsa strategiilor adaptative de RE în asociere cu TA, rezultatele actuale sunt în contrast cu cele ale lui Aldao și colegilor (2010), care au indicat efecte mici sau ne semnificative pentru aceste relații. Privind subtipurile de TA, nu au existat diferențe semnificative între acestea în relație cu abilitățile și strategiile adaptative specifice de RE, fiind prezente mărimi mari ale efectului în toate cazurile. De asemenea, strategiile dezadaptative specifice de RE sunt asociate în mod similar atât cu AN, cât și cu BN, cu mărimi mari ale efectului. Am găsit mărimi mari ale efectului și pentru relațiile dintre lipsa abilităților de RE (conștientizarea și claritatea emoțională) și TA. În ceea ce privește variabilitatea abilităților de RE privind TA rezultatele au arătat că lipsa conștientizării emoționale și a clarității sunt similare în toate tipurile de TA. De asemenea, rezultatele indică mărimi mari ale efectului pentru relațiile dintre TA și acceptarea, reevaluarea și rezolvarea de probleme. Aceste date sunt confirmate și de meta-analizele sau recenziile sistematice realizate de Oldershaw et al. (2015), care au constatat că indivizii cu AN folosesc mai puțin strategii adaptative de RE în comparație cu grupurile de control și de Lavander et al., 2015, care la rândul lor au sugerat că AN și BN sunt caracterizate de o acceptare emoțională scăzută. Cu toate acestea, concluziile noastre nu sunt în concordanță cu rezultatele lui Aldao et al. (2010) care au arătat relații mai slabe sau ne semnificative între TA și lipsa strategiilor de rezolvare de probleme și de reevaluare. Mai mult, am constatat că efectele acceptării, reevaluării și rezolvării de probleme sunt similare pentru AN, BN și TMC. Această constatare este în concordanță cu unele studii primare care indică faptul că accesul scăzut la strategiile adaptative de RE este o caracteristică transdiagnostică pentru TA (de exemplu, Lavander et al., 2015; Danner et al., 2014). Strategiile dezadaptative specifice de RE s-au asociat cu mărimi mari ale efectului cu AN și BN. Ruminația și evitarea au fost puternic asociate cu AN și BN, în timp ce supresia a avut o relație puternică cu AN și BN și una moderată cu TMC. Conform așteptărilor, în eșantioane non-clinice, lipsa abilităților și strategiilor generale și specifice de RE și strategiile dezadaptative de RE au fost asociate cu simptome specifice ale TA, cu mărimi medii ale efectului. Aceste constatări sunt în concordanță cu studiile primare care reflectă relații semnificative între strategiile de RE adaptative (Buckholdt et al., 2010, Sim & Zeman, 2006) și dezadaptative (Rawal et al., 2010; VanBoven & Espelage, 2006) cu simptomele specifice TA în populația non-clinică. Relația dintre RE adaptativă și patologia alimentară diferă în funcție de gen, fiind mai puternică pentru femei, dar nu diferă în funcție de vârstă. Această diferență, totuși, a apărut numai în cazul lipsei de conștientizare și clarității asupra emoțiilor. Relația dintre RE dezadaptativă și patologia alimentară nu diferă în funcție de procentul de femei sau de vârstă.

Implicații

Una dintre principalele implicații ale acestor rezultate este promovarea utilizării abilităților de RE și a strategiilor adaptative de RE în prevenirea și intervenția TA. Rezultatele noastre susțin o relație negativă între patologia alimentară și abilitățile și strategiile adaptative de RE care reprezintă factori importanți în două abordări terapeutice majore: tratamentele bazate pe acceptare și terapia cognitiv-comportamentală (Baer, Fischer, & Huss, 2005; Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003). Cercetările viitoare ar trebui să acorde mai multă atenție strategiilor adaptative de RE și îmbunătățirii abilităților în tratamentul și prevenirea TA. Mai mult, ar putea fi, de asemenea, promițătoare și explorarea strategiilor de RE distincte, dar și în interacțiune, în asociere cu diferite simptome specifice TA în populații clinice

și non-clinice. În final, un potențial rol de cauzalitate al RE în etiologia TA ar trebui să fie explorat în cercetările viitoare prin includerea acestor abilități și strategii în abordări longitudinale și experimentale, care să permită examinarea inclusiv dacă simptomele alimentare în sine pot reprezenta încercări de reglare a stărilor emoționale negative.

Limite

Multe dintre studii incluse în meta-analiză au avut eșantioane mici sau eșantioane mixte de TA, ceea ce limitează concluziile privind strategiile specifice de RE, dar în special privind subtipurile de TA. De asemenea, din cauza lipsei datelor, nu a fost posibil să se examineze diferențele dintre AN tipul restrictiv (AN-R) și AN tipul compulsiv/compensatoriu (AN-BP). O altă limită a studiilor primare este că nu s-a evaluat RE în asocieri cu TA comparativ cu alte tulburări psihologice. Mai mult decât atât, studiile au fost realizate preponderent pe eșantioane feminine care limitează generalizarea rezultatelor la bărbați. De asemenea, cele mai multe dintre cercetările relevante au fost efectuate pe eșantioane adulte, astfel încât generalizarea acestor rezultate la populații mai tinere (de exemplu, copii) trebuie făcută cu prudență.

Utilizarea scalelor de auto-evaluare pentru RE și pentru simptomele specifice TA limitează rezultatele la experiența subiectivă a participanților. Preferințele de răspuns și dezirabilitatea socială pot influența stările afective și factorii (meta)cognitivi din momentul completării (Zeman, Klimes-Dougan, Cassano, Adrian, 2007). O altă limită constă într-o posibilă suprapunere între instrumentele de evaluare a TA și instrumentele de evaluare pentru RE (Aldao et al., 2010). De exemplu, evaluarea RE ar putea fi confundată cu întrebările privind stările afective în instrumentele care evaluează simptomele alimentare (Barker & Galambos, 2008). Analizele de moderare prezentate au avut ca scop furnizarea posibilelor explicații pentru variabilitatea relației dintre RE și patologia alimentară. Cu toate acestea, numărul mic de studii incluse în analizele de moderare pot fi o limită prin prezența unei puteri statistice scăzute. Mai mult, pentru anumite relații între abilitățile și strategiile specifice de RE (de exemplu, reevaluarea) și patologia alimentară nu am găsit cel puțin 2 mărimi ale efectului pentru a realiza analizele de moderare.

În concluzie, multe studii au identificat lipsa de abilități și strategii necesare pentru a regla în mod adaptiv și eficient stările negative (de exemplu, conștientizarea și claritatea emoțională subdezvoltate, neacceptarea emoțională, dificultățile de reevaluare și rezolvare de probleme) ca fiind asociate cu patologia alimentară. Pe de altă parte, indivizii cu patologie alimentară pot avea o vulnerabilitate mai mare pentru folosirea strategiilor dezadaptative de RE (ruminația, evitarea și supresia). Aceste constatări au implicații pentru modelele teoretice și de tratament bazate pe RE pentru TA și pentru simptomele specifice TA la persoanele la risc.

STUDIUL 2. DEPRESIA ȘI COMPORTAMENTE ALIMENTARE DISFUNCTIONALE: ROLUL DIFICULTĂȚILOR DE REGLARE EMOȚIONALĂ ²

Comportamentele alimentare disfuncționale au consecințe grave asupra sănătății. Acestea fac parte dintre cei mai importanți factori care conduc la TA și impun o solicitare ridicată a serviciilor de sănătate (Klump, Bulik, Kaye, Treasure, & Tyson, 2008). Mai multe studii sugerează că depresia în mod independent sau în combinație cu alte emoții negative (de exemplu, anxietatea) joacă un rol important în dezvoltarea și menținerea TA (McCarthy, 1990; Jeffery et al., 2009; Kontinen, Silventoinen, Sarlio -Lähteenkorva, Männistö, & Haukkala, 2010). Importanța depresiei ca factor

2

Prebit, A. B., & Szentagotai-Tătar, A. (2018). Depression and disordered eating behaviors: The role of emotion regulation difficulties. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 18, 95-106. 10.24193/jebp.2018.1.8.

asociat comportamentelor alimentare disfuncționale este susținută de dovezile acestei relații atât în populația clinică (depresia este comorbidă cu tulburările alimentare) (Mischoulon et al., 2011) cât și în populația non-clinică (McCarthy, 1990). Mai mult, depresia și comportamentele alimentare disfuncționale se asociază, de asemenea, cu alți factori psihologici implicați în tulburările alimentare, cum ar fi: insatisfacția corporală și stima de sine scăzută (Berg, Wertheim, Thompson și Paxton, 2002; Khodabakhsh, Borjali, Sohrabi, & Farrokhi, 2015). Cu toate acestea, mecanismul care leagă depresia de diferitele comportamente alimentare disfuncționale (de exemplu, mâncatul restrictiv, necontrolat sau emoțional), nu este încă pe deplin înțeles. Un răspuns poate fi găsit în modelele de reglare emoțională. Mai mulți autori (de exemplu Luck, Waller, Meyer, Ussher, & Lacey, 2005; Sim & Zerman, 2006; Buckholdt, Parra & Jobe-Shields, 2010) subliniază faptul că simptomele TA sunt menținute de funcțiile lor de RE. Unii cercetători au sugerat că indivizii care întâmpină dificultăți de RE pot fi predispuși la distres emoțional intens, ce duce la creșterea riscului de a se angaja în comportamente alimentare disfuncționale (Sim & Zerman, 2006; Buckholdt et al., 2010). Mai exact, studiile anterioare au arătat că comportamentul alimentar disfuncțional este legat de o intensitate emoțională ridicată și că este asociat și cu abilități și strategii adaptative de RE scăzute, inclusiv abilitatea de a identifica emoțiile sau de a face față situațiilor emoționale (Harrison, Sullivan, Tchanturia & Treasure, 2010; Svaldi, Griepenstroh, Tuschen-Caffier și Ehring, 2012). În concordanță cu conceptualizările existente (Gratz și Roemer, 2004, Berking et al., 2008), RE se referă la: (1) conștientizarea și înțelegerea emoțiilor; (2) acceptarea emoțiilor; (3) abilitatea de angajare într-un comportament orientat spre scop și de reglare a comportamentelor impulsive atunci când persoana se confruntă cu emoții negative; și (4) accesul la strategiile de RE percepute ca fiind eficiente. Lipsa acestor factori priviți individuali dar și în ansamblu s-a dovedit a fi legată de comportamentul alimentar disfuncțional (Sim & Zeman, 2005, 2006, Harrison et al., 2010, Svaldi et al., 2012, Khodabakhsh et al., 2015, Douglas & Varnado -Sullivan, 2016). Prin urmare, conform modelelor de RE pentru TA, una dintre principalele ipoteze este că persoanele cu TA sunt la risc de a avea comportamente alimentare disfuncționale deoarece nu dispun de strategii și abilități de RE (Sim & Zeman, 2005, 2006; Khodabakhsh et al., 2015, Douglas & Varnado-Sullivan, 2016). Cu toate acestea, rămâne neclar dacă depresia interacționează cu dificultățile de RE în influențarea comportamentelor alimentare, deoarece studiile anterioare s-au axat separat pe relația dintre depresie și comportamentele alimentare, sau RE și comportamentele alimentare.

Scopul acestui studiu a fost de a investiga asocierea directă și indirectă a factorilor psihologici (RE și depresia) cu comportamente alimentare disfuncționale (mâncatul restrictiv, necontrolat sau emoțional). În plus, am examinat un posibil efect de mediere al dificultăților generale de RE în această relație. Prin urmare, sa emis ipoteza că efectul depresiei asupra alimentației disfuncționale în ansamblu și specific (mâncatul restrictiv, necontrolat sau emoțional) este mediat de dificultățile de RE.

Metodă

Participanți

Eșantionul a constat în 269 de studenți, recrutați de la Universitatea Babeș-Bolyai. Toți participanții au avut peste 18 ani (vârsta medie = 23.87; SD = 6.98). Aceștia au primit ore de practică pentru participarea lor la studiu. Consimțământul informat și chestionarele au fost completate online.

Măsurători

Comportamente alimentare disfuncționale. Chestionarul Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R18, Karlsson et al., 2000) constă din 18 itemi cu posibilități de răspuns pe o scală Likert de la 1 la 4 (adevărat / mai degrabă adevărat / mai degrabă fals / fals). Chestionarul se referă la obișnuința alimentară actuală și măsoară trei comportamente alimentare disfuncționale: consumul alimentar

restrictiv (restricționarea conștientă a alimentelor pentru a controla greutatea corporală sau pentru a avansa scăderea în greutate), mâncatul necontrolat (tendința de a mânca mai mult decât de obicei din cauza pierderii controlului asupra aportului alimentar și senzații subiective de foame) și mâncatul emoțional (dificultatea de a rezista tentațiilor de a mânca determinate de factori emoționali). Răspunsurile la fiecare dintre cei 18 itemi au un scor cuprins între 1 și 4, iar aceste scoruri sunt însumate pentru fiecare subscală (mâncat restrictiv, necontrolat și emoțional). Scorurile ridicate ale subscalelor indică un nivel ridicat de mâncat restrictiv, necontrolat și emoțional. În studiul actual, estimările de consistență internă utilizând alpha Cronbach au fost de 0.90 pentru scala totală, 0.81 pentru mâncat restrictiv, 0.88 pentru mâncat emoțional și 0.88 pentru mâncat necontrolat.

Dificultăți de reglare emoțională. Chestionarul Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS, Gratz & Roemer, 2004) constă în 36 itemi și se bazează pe un model multidimensional al reglării emoționale care include: înțelegerea emoțiilor, acceptarea și conștientizarea emoțiilor, modularea arousal-ului emoțional și menținerea controlului comportamental. Fiecare item este evaluat pe o scală Likert cu 5 gradații de la "aproape niciodată (0-10%)" până la "aproape întotdeauna (91-100%)". Chestionarul include șase subscale: (1) lipsa conștientizării emoționale (conștientizare; șase itemi), (2) lipsa clarității emoționale (claritate; cinci itemi), (3) dificultăți de angajare în comportamente orientate spre scop (obiective; cinci itemi), (4) dificultăți în controlul impulsurilor (impuls; șase itemi), (5) nonacceptarea răspunsurilor emoționale (nonacceptance; șase itemi) și (6) accesul limitat la strategiile de reglare emoțională (strategii; opt itemi). Scorurile ridicate la acest chestionar reprezintă dificultăți mai mari de reglare emoțională. Alpha Cronbach de 0.96 în studiul de față indică o consistență internă excelentă.

Depresia. Chestionarul Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Martin, Winfried Rief, Klaiberg, & Braehler, 2006) constă în nouă întrebări bazate pe cele nouă criterii din DSM-IV pentru un episod depresiv major. Fiecare întrebare cere respondenților să selecteze frecvența simptomelor depresive pe care le-au experimentat în cele două săptămâni înainte de administrarea scalei. Scorurile pentru fiecare item variază de la 0 - deloc la 3 - aproape în fiecare zi. În acest studiu, alpha Cronbach pentru PHQ-9 a fost de 0.88.

Analiza datelor

Au fost efectuate analize de corelații bivariante pentru a examina asociațiile dintre variabile (Tabelul 1). Analiza de mediere multiplă a fost realizată utilizând versiunea SPSS 19 și "MEDIATE", o macrocomandă PASW (Hayes & Preacher, 2013; care se poate descărca la: <http://afhayes.com/spss-sas-and-mplus-macros-and-code.html>). Această macrocomandă permite testarea efectelor directe și indirecte ale uneia sau mai multor variabile independente (VI) asupra unei variabile dependente (VD) prin unul sau mai mulți mediatori (M). De asemenea, calculează efectele indirecte (de exemplu, efectele VI asupra M), împreună cu intervale de încredere. Efectele indirecte au fost interpretate ca semnificative dacă intervalele de încredere nu au conținut zero. Intervalele de încredere se bazează pe un bootstrap de 5000 de eșantioane.

Rezultate

Statistici descriptive și coeficienții de corelație

Statisticile descriptive și corelațiile sunt prezentate în tabelul 1. Variabilele incluse în studiu au fost simptomele depresive ($M = 8.1$, $SD = 5.84$), comportamentul alimentar disfuncțional - total ($M = 37.93$, $SD = 10.76$), restricția alimentară ($M = 12.76$, $SD = 4.15$), mâncatul emoțional ($M = 6.33$, $SD = 3.01$), mâncatul necontrolat ($M = 18.84$, $SD = 6.40$) și dificultățile de reglare emoțională ($M = 83.19$, $SD = 23.56$). Depresia a fost corelată în mod semnificativ cu comportamentul alimentar disfuncțional - total ($r = .32$, $p < .01$), restricție alimentară ($r = .187$, $p = .002$), mâncatul emoțional ($r = .276$, $p < .01$) și

mâncatul necontrolat ($r = .287, p < .01$). În mod similar, dificultățile de reglare emoțională au fost în mod semnificativ asociate cu comportamentul alimentar disfuncțional - total ($r = .455, p < .01$), cu restricție alimentară ($r = .226, p < .01$), mâncatul emoțional ($r = .42, p < .01$) și cu mâncatul necontrolat ($r = .42, p < .01$).

Tabelul 1: Mediile, abaterile standard și corelațiile Person

	M	SD	1	2	3	4	5	6
1. TFEQ Total	37.93	10.76	-					
2. TFEQ Restricție	12.76	4.15	.61*	-				
3. TFEQ Mâncat necontrolat	18.84	6.4	.89*	.25*	-			
4. TFEQ Mâncat emoțional	6.33	3.01	.81*	.28*	.71*	-		
5. PHQ	8.1	5.84	.32*	.18*	.28*	.27*	-	
6. DERS Total	83.19	23.59	.45*	.22*	.42*	.42*	.33*	-

Notă. TFEQ Total = mâncat disfuncțional, TFEQ Restricție = subscale pentru mâncat restrictiv, TFEQ Mâncat necontrolat = subscale pentru mâncat necontrolat, TFEQ Mâncat emoțional = subscale pentru mâncat emoțional, PHQ = depresie, DERS Total = dificultăți de reglare emoțională.

* $p < .001$

Analizele de mediere

Coefficienții pentru analizele de regresie sunt prezentați în tabelul 2 și în figura 1. Analizele de regresie au arătat că mediatorul a fost prezis de VI ($\beta = 1.33, p < .001$). Comportamentul alimentar disfuncțional - total a prezis scorurile pentru depresie și pentru mediator- reglarea emoțională disfuncțională. Toate cele trei modele calculate pentru fiecare tip de comportament alimentar (mâncatul restrictiv, necontrolat sau emoțional), au fost semnificative. Depresia și RE au explicat 23% din variația pentru consumul de alimente per total ($F(2) = 41.84, p < .001$); .06% din variația pentru mâncatul restrictiv ($F(2) = 9.3, p < .001$); 10% din variația pentru mâncatul emoțional ($F(2) = 32.82, p < .001$); și 20% din variația pentru mâncatul necontrolat: $F(2) = 33.44, p < .001$). Mai mult, RE disfuncțională și depresia au prezis în mod semnificativ comportamentul alimentar disfuncțional - total ($t = 6.39, p < .001$; respectiv $t = 3.37, p < .008$), restricția alimentară ($t = 2.94, p < .003$ și $t = 2, p < .005$), mâncatul emoțional ($t = 6.34, p < .001$ și $t = 2.65, p < .008$) și mâncatul necontrolat ($t = 6.27, p < .001$ și $t = 2.87, p < .005$). Testul omnibus pentru efectul direct al variabilelor independente asupra comportamentului alimentar disfuncțional a fost semnificativ (β (comportamentul alimentar total) = .35, $p < .001$; β (mâncatul restrictiv) = .08, $p < .05$; β (mâncatul emoțional) = .07, $p < .008$; β (mâncatul necontrolat) = .18, $p < .004$).

Tabelul 2. Efectul direct al depresiei și dificultăților de reglare emoțională asupra alimentației disfuncționale

Predictori	Outcome-uri	β	SE	t	p
Depresia→	Dificultăți de RE	1.33	.23	5.71	<.001
Dificultăți de RE→	Comportament alimentar total	.17	.02	9.55	<.001
	Mâncatul restrictiv	.03	.01	2.94	.003
	Mâncatul emoțional	.04	.007	6.34	.004
	Mâncatul necontrolat	.09	.06	2.87	.004
Efectul direct al depresiei→	Comportament alimentar total	.35	.10	3.37	<.001
	Mâncatul restrictiv	.08	.04	2.00	.04
	Mâncatul emoțional	.07	.03	2.65	.008
	Mâncatul necontrolat	.18	.06	2.87	.004

În cele din urmă, rezultatele din bootstrap (a se vedea Tabelul 3) au indicat că dificultățile de reglare emoțională au avut efect indirect semnificativ (mediere) asupra alimentației disfuncționale globale $\beta = .23$, bootstrap CI [.13; .36]; asupra mâncatului restrictiv $\beta = .04$, bootstrap CI [.015; .08]; asupra mâncatului emoțional $\beta = .06$, bootstrap CI [.03 to .09]; și asupra mâncatului necontrolat $\beta = .13$, bootstrap CI [.07 to .21]). Intervalele de încredere nu au conținut valoarea zero.

Tabelul 3. Intervale de încredere Bootstrap pentru efectele indirecte ale depresiei asupra alimentației disfuncționale mediate de reglarea emoțională.

	Effect	SE	bootstrap CI	
			Lower	Upper
Comportament alimentar total	.23	.05	.138	.362
Mâncatul restrictiv	.04	.01	.015	.084
Mâncatul emoțional	.06	.01	.035	.009
Mâncatul necontrolat	.13	.03	.072	.217

Notă: SE = eroare standard; CI = intervale de încredere. Intervalele de încredere se bazează pe 5000 de eșantioane.

Foarte important, depresia a avut un efect direct și indirect (prin dificultățile de reglare emoțională) asupra comportamentelor alimentare disfuncționale (vezi figura 1). Reglarea emoțională este un mediator parțial al relației dintre depresie și comportamentele alimentare per total sau specifice (mâncat restrictiv, necontrolat și emoțional).

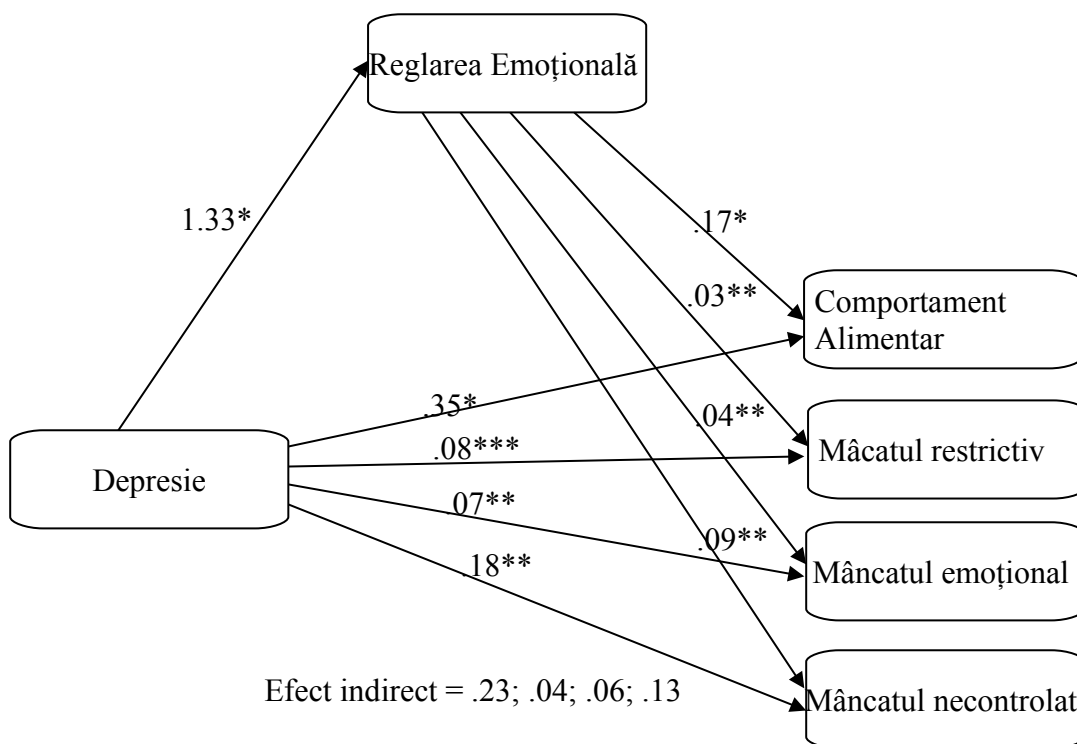


Figura 1. Model care arată că reglarea emoțională disfuncțională mediază parțial relația dintre depresie și comportamentele alimentare disfuncționale. Notă. * $p < .001$; ** $p < .01$; *** $p < .05$.

Concluzii

Conform așteptărilor, rezultatele au evidențiat o asocierie independentă a depresiei și RE cu comportamentele alimentare disfuncționale. Rezultatele confirmă, de asemenea, ipoteza noastră conform căreia depresia și RE prezic direct comportamentele alimentare iar cei doi predictorii împreună explică 23% din varianța comportamentelor alimentare disfuncționale. În plus, rezultatele confirmă un efect indirect al depresiei asupra alimentației disfuncționale (prin dificultățile de RE). Concluziile noastre sunt în concordanță cu date anterioare care au identificat că femeile care nu folosesc strategii adaptative de RE pot fi la risc să se angajeze într-un comportament alimentar disfuncțional în încercarea de a modula sau de a scăpa de stările afective aversive (McCarthy, 1990, Sim & Zerman, 2006). O altă explicație posibilă pentru aceste constatări, așa cum a fost observată de Whiteside și colab. (2007), este faptul că indivizii care se angajează în comportamentele alimentare disfuncționale și care nu folosesc strategii adaptative de RE, se confruntă cu emoții mai intense. Studii viitoare sunt necesare pentru a identifica cauzalitatea în această relație. Al doilea obiectiv al studiului a fost investigarea posibilelor diferențe între diferitele tipuri de comportamente alimentare disfuncționale în ceea ce privește relația lor cu depresia, în funcție de dificultățile de RE. Am constatat că depresia are un efect direct și indirect (prin RE) asupra fiecărui comportament alimentar (mâncat restrictiv, emoțional și necontrolat), explicând o varianță mai ridicată în mâncatul necontrolat (20%) comparativ cu varianța în mâncatul emoțional (10%) și restrictiv (0.6%). Doar câteva studii anterioare au abordat relația dintre comportamente alimentare specifice și reglarea emoțională și cele mai multe dintre acestea au fost realizate pe populații clinice (Bydlowski et al., 2005; Svaldi și colab., 2012). În concluzie, rezultatele noastre sunt în conformitate cu studiile anterioare ce susțin caracterul transdiagnostic al dificultăților de RE pentru toate comportamentele alimentare disfuncționale.

Limite

Există câteva limite care trebuie luate în considerare în interpretarea datelor din prezentul studiu. În primul rând, toate analizele au fost transversale și, prin urmare, cauzalitatea nu poate fi determinată. Ar trebui efectuate studii longitudinale pentru a determina dacă indivizii cu simptome depresive prezintă un risc crescut pentru a avea o alimentație disfuncțională din cauza dificultăților lor de RE sau dacă dificultățile de RE reprezintă doar un factor de risc atât pentru dezvoltarea depresiei cât și pentru TA. Cu toate acestea, concluziile prezentului studiu sugerează că dificultățile de RE și depresia sunt factori de risc transdiagnostic importanți pentru TA. A doua limită este reprezentată de bias-ul dezirabilității sociale al respondenților în completarea scalelor de auto-evaluare. Deși au fost utilizate măsurători cu proprietăți psihometrice valide, încorporarea interviurilor clinice și a măsurilor comportamentale ar putea furniza informații suplimentare privind rolul de mediere al RE în relația dintre depresie și comportamentele alimentare disfuncționale. În cele din urmă, participanții au fost studenți, astfel datele sunt limitate privind generalizarea la populația generală, iar eșantionul exclusiv feminin împiedică generalizarea rezultatelor noastre la bărbați. Mai mult, ramane de văzut în studiile viitoare dacă aceste rezultate pot fi generalizate la un eșantion de persoane diagnosticate cu TA.

În ciuda acestor limite, studiul actual oferă informații importante despre relațiile dintre depresie, dificultățile de RE și comportamentele alimentare disfuncționale. Investigarea acestor factori este foarte importantă pentru îmbunătățirea modelelor psihologice explicative asupra riscului de dezvoltare a TA, precum și pentru îmbunătățirea programelor de prevenire, screening și intervenție timpurie pentru TA (Goldschmidt, Wall, Loth, Bucchianeri și Neumark-Sztainer, 2014). În plus, studiile viitoare ar trebui să examineze acești factori mai cuprinzător pentru a permite dezvoltarea de intervenții care să se concentreze asupra unor strategii specifice de RE în TA.

STUDIUL 3. EFECTELE ACCEPTĂRII ȘI REEVALUĂRII ASUPRA INSATISFACTIEI CORPORALE: O COMPARAȚIE EXPERIMENTALĂ A DOUĂ STRATEGII ADAPTATIVE DE REGLARE EMOȚIONALĂ³

Insatisfacția față de propriul corp este o problemă importantă în rândul femeilor, asociată cu numeroase consecințe negative asupra sănătății psihologice și fizice, care poate duce în final la dezvoltarea și menținerea TA (Burnette, Davies, Boutté și Mazzeo, 2019, Fuller-Tyszkiewicz și colab., 2019, Lantz și colab., 2018). Abordările tradiționale cognitiv-comportamentale ale problemelor legate de imaginea corporală, care se concentrează în principal pe reevaluarea importanței acordate obținerii unei greutate corporale ideale ca măsură a succesului personal, sunt totuși limitate în eficacitatea lor. Astfel, se justifică nevoia de abordări alternative în ceea ce privește insatisfacția față de propriul corp (Lantz și colab., 2018). Așadar, este importantă realizarea de studii privind factorii care influențează imaginea corporală, deoarece aceasta ar putea implica îmbunătățiri ale programelor curente de prevenție și tratament. Recent, importanța reglării emoționale (RE) implicată în imaginea corporală a primit o atenție sporită în cercetare (Naumann et al., 2016; Svaldi și Naumann, 2014; Etu & Gray, 2010), dar este încă nevoie de mai multe date științifice pentru a înțelege pe deplin această relație. Un studiu care a investigat efectul stărilor emoționale disfuncționale asupra asocierii dintre insatisfacția corporală, indicele de masa corporală și comportamentele alimentare disfuncționale, a aratat că distresul emoțional (de exemplu, un nivel ridicat de anxietate și depresie) și starea emoțională instabilă

3

Prefit, A.B., Candea, D.M., Szentagotai-Tătar, A. (2019). Effects of acceptance and reappraisal on body dissatisfaction: an experimental comparison of two adaptative emotion regulation strategies. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, DOI : 10.1007/s40519-019-00691-y

sunt factori mediatori ai acestor relații (Rosewall, Gleaves, & Latner, 2019). În unele studii, folosirea strategiei de acceptare emoțională a ajutat la o îmbunătățire semnificativă a satisfacția față de propriul corp într-o probă experimentală de inducere a nemulțumirii corporale (Naumann et al., 2016, Wade, George, & Atkinson, 2009). În studiul nostru, ne-am axat pe efectul a două strategii adaptative RE, acceptarea și reevaluarea, asupra insatisfacției corporale. Am ales să investigăm aceste strategii deoarece sunt componente importante în intervențiile psihoterapeutice reprezentative (de exemplu, CBT, Beck, Rush, Shaw și Emery, 1979; sau ACT, Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) pentru patologia specifică TA, care pot duce și la îmbunătățirea specifică a imaginii corporale (Lewis-Smith, Diedrichs, Rumsey, & Harcourt, 2015; Pearson și colab., 2012). O mai bună înțelegere a acestor strategii ar putea duce la efecte de îmbunătățire ale acestor programe de intervenție. Acceptarea psihologică se referă la concentrarea atenției asupra, conștientizarea și nonjudicarea experiențelor psihologice (de exemplu, gânduri, stări emoționale sau experiențe corporale), fără a încerca să le controlezi, să scapi de ele sau să le eviți (Pearson, Follette & Hayes, 2012; Hayes și colab., 2006). Așa cum s-a menționat anterior, unele studii au arătat că acceptarea îmbunătățește imaginea corporală în populația generală (Lantz et al., 2018; Atkinson, & Wade, 2012; Pearson și colab., 2012) sau la indivizii cu TA (Naumann et al., 2016). În concordanță cu studiile anterioare, reevaluarea cognitivă (de exemplu, reevaluarea aspectului fizic sau a importanței acordate aspectului fizic) este o altă strategie de reglare emoțională asociată cu satisfacția corporală (Margolis, & Orsillo, 2016, Cash, 2012, McLean, Paxton, & Wertheim, 2011). Ea implică reinterpretarea rațională a evenimentelor emoționale pentru a le schimba impactul emoțional (Gross, 2015). Reevaluarea ar putea fi o strategie utilă pentru reducerea nemulțumirii față de propriul corp prin prisma faptului că modul în care o persoană reacționează emoțional față de propriul corp este determinat de modul în care persoana interpretează și se compară cu idealurile de frumusețe (Cash, 2012).

Studiul prezent a investigat efectul acceptării și reevaluării (strategii focusate pe antecedente) în comparație cu o condiție de control, în reducerea insatisfacției corporale. În plus, s-a examinat efectul acceptării și reevaluării asupra stărilor emoționale pozitive și negative ca factori asociați cu insatisfacția corporală. Astfel am emis ipoteza conform căreia acceptarea și reevaluarea vor facilita un nivel scăzut de insatisfacție corporală dar și al stărilor emoționale negative respectiv un nivel crescut al stărilor emoționale pozitive în comparație cu grupul de control.

Metodă

Participanți

Participanții au fost recrutați din mai 2017 până în noiembrie 2018, din rândul studenților de la Universitatea Babeș-Bolyai și prin intermediul rețelelor sociale online. În schimbul participării lor, studenții la Psihologie au primit ore de practică. Participanții au fost eligibili dacă aveau vârsta peste 18 ani și erau excluși dacă declarau că au TA prezente. Am calculat folosind software-ul G * Power un eșantion necesar de 66 de participanți (mărimea efectului $f = .25$; puterea statistică = .95). Eșantionul final a constatat din 105 femei, cu vârste cuprinse între 19 și 32 de ani (vârsta medie $[M] = 22.07$, abaterea standard $[SD] = 6.11$). Deși majoritatea participanților au fost adulți tineri, am inclus și adulți de vârstă medie, având în vedere că rezultatele anterioare au arătat că insatisfacția corporală la femei este stabilă pe toată durata vieții de adult, cel puțin până la vârsta a treia (Runfola et al., 2012; Tiggemann, 2004). Participanții au fost repartizați aleatoriu în una dintre cele două condiții de reglare emoțională: acceptare ($n = 35$), reevaluare ($n = 35$) sau în grupul de control ($n = 35$). Distribuția aleatorie a fost realizată utilizând un generator online de numere aleatorii (random.org). Toți participanții au completat un consimțământ informat înainte de participarea la studiu.

Materiale și măsurători

Instrucțiuni de reglare emoțională

Pentru participanții din condiția pentru acceptare, au fost folosite instrucțiunile utilizate de Singer și Dobson (2007) și Wolgast et al. (2011) în studii anterioare. Participanții au fost instruiți să experimenteze gândurile și emoțiile legate de imaginea corporală fără a le judeca. Ei au fost încurajați să-și experimenteze trăirile prin simpla observare a gândurilor și emoțiilor actuale și fără a face eforturi să le controleze (de exemplu, "Permiteți-vă să acceptați gândurile și emoțiile fără a încerca să le controlați"). Participanții au fost instruiți să se gândească la gânduri și emoții ca și cum ar fi fost proiectate pe un ecran la cinema: "Vă uitați la ecran așteptând să apară orice gând sau imagine mentală".

În condiția pentru reevaluare, participanții au fost instruiți să interpreteze stimulii specifici imaginii corporale cu potențial emoțional în termeni realiști, non-emoționali. Participanților li s-au dat instrucțiunile de reevaluare, pe baza lui Gross (1998) și Wolgast et al. (2011): "În timp ce urmăriți imaginile, vă rugăm să rețineți că acesta este doar un experiment, fără implicații negative, astfel încât nu există motive reale de îngrijorare".

În condiția de control, participanții au fost pur și simplu informați că vor fi expuși unor imagini cu siluete feminine care îndeplinesc criteriile pentru idealul de frumusețe.

Manipulation Check

Urmând procedura folosită de Wolgast și colab. (2011), am elaborat un instrument de verificare a manipulării experimentale pentru a evalua înțelegerea instrucțiunilor de către participanți. Am formulat următorii doi itemi pentru a evalua înțelegerea instrucțiunilor pentru acceptare ("Accept emoțiile și gândurile mele fără a încerca să le schimb sau să le controlez"; "Modul adaptabil de a face față emoțiilor este prin a le lăsa să urmeze cursul lor natural, fără a încerca de a le reduce sau schimba") și doi itemi pentru reevaluare ("Voi încerca să-mi influențez reacțiile emoționale gândindu-mă în mod rațional cu privire la conținutul imaginilor"; "Prin gândirea rațională asupra conținutului imaginilor voi fi capabil să-mi influențez reacțiile emoționale, astfel încât să experimentez mai puțin stres în legătură cu imaginea propriului meu corp"). Toți participanții au fost rugați să evalueze în ce măsură au fost de acord cu fiecare item în parte pe o scală Likert de 5 puncte (1 - "deloc" și 5 - "foarte mult"). După inducerea insatisfacției corporale (proba experimentală), am administrat întrebările încă o dată, pentru ca participanții să evalueze în ce măsură au reușit să urmeze instrucțiunile de reglare emoțională pentru fiecare condiție (acceptare sau reevaluare).

Inducerea insatisfacției corporale

Pentru a induce insatisfacția față de propriul corp am folosit un set de 15 imagini colectate din reviste de modă de pe site-uri web, portretizând corpuri de femei care îndeplinesc un ideal de frumusețe. Aceste imagini au fost afișate pe un computer. Alte studii au utilizat proceduri similare de inducere a insatisfacției corporale (Svaldi, & Naumann, 2014; Wade et al., 2009). Pentru a spori impactul imaginilor (Tiggemann, & McGill, 2004), am cerut participanților să se compare cu modelele după vizualizarea fiecărei imagini, indicând acordul acestora pe o scară de la 1 ("nu sunt de acord") la 5 ("Sunt cu totul de acord"), cu două afirmații: "Aș vrea ca corpul meu să arate ca cel al acestei femei" și "Această femeie este mai subțire decât mine".

Chestionare

Body Image States Scale (BISS; Cash et al., 2002). BISS constă în șase itemi care acoperă următoarele domenii ale imaginii corporale: (1) insatisfacția - satisfacția față de aspectul fizic general; (2) insatisfacția - satisfacția față de proporțiile și forma corpului; (3) insatisfacția - satisfacția față de greutatea corporală; (4) senzația de atractivitate – neatractivitate corporală; (5) emoțiile actuale raportate la imaginea corporală prin comparație cu emoțiile pe care persoana le are de obicei; și (6) evaluarea

imaginii corporale prin comparație cu modul în care arată o persoană obișnuită. Răspunsurile au fost evaluate pe o scală tip Likert, de 9 puncte care descriu stările respondenților în legătură cu fiecare afirmație în momentul evaluării. Scala are jumătate dintre itemi prezentați cu o direcție de la negativ spre pozitiv și cealaltă jumătate cu o direcție de la pozitiv spre negativ, iar scorurile mai mari indicând o imagine corporală mai bună. Alpha Cronbach este de .90 și indică o consistență internă excelentă.

The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS, Watson, Clark, & Tellegen, 1988). PANAS constă din 20 de itemi grupați în două subcale care măsoară starea emoțională pozitivă și pe cea negativă. Respondenții trebuia să evalueze măsura în care au experimentat fiecare stare emoțională în momentul evaluării. Răspunsurile posibile variază de la 1 la 5 (1 - "foarte puțin sau deloc" și 5 - "foarte mult"). Scorurile totale pot varia de la 10 la 50, pentru subscala pentru starea emoțională pozitivă scorurile mari reprezentând un nivel mai ridicat de stare afectivă pozitivă și pentru subscala pentru starea emoțională negativă scoruri mici reprezentând niveluri mai scăzute de afectare negativă. Atât subscalele pozitive cât și cele negative au avut o consistență internă excelentă (alpha Cronbach pentru subscala pentru starea emoțională pozitivă = .85; alpha Cronbach pentru subscala pentru starea emoțională negativă = .90).

Procedură

Sesiunile experimentale au avut loc într-o sală de laborator, unde participanții au fost invitați să stea în fața unui calculator unde urmau să ruleze etapele experimentale. Figura 1 prezintă succesiunea în timp a etapelor studiului. După acordarea consimțământului informat, participanții au completat chestionarele care au evaluat satisfacția corporală și stările emoționale pozitive și negative din acel moment (T1). După completarea scalelor, participanții au primit instrucțiuni verbale de la un experimentator pentru condiția experimentală în care au fost anterior, aleatoriu, randomizați (acceptare, reevaluare sau control). Apoi, au completat procedura de inducere a insatisfacției corporale. În cele din urmă, ei au completat din nou chestionarele pentru satisfacția corporală și stările emoționale din momentul respectiv (T2).

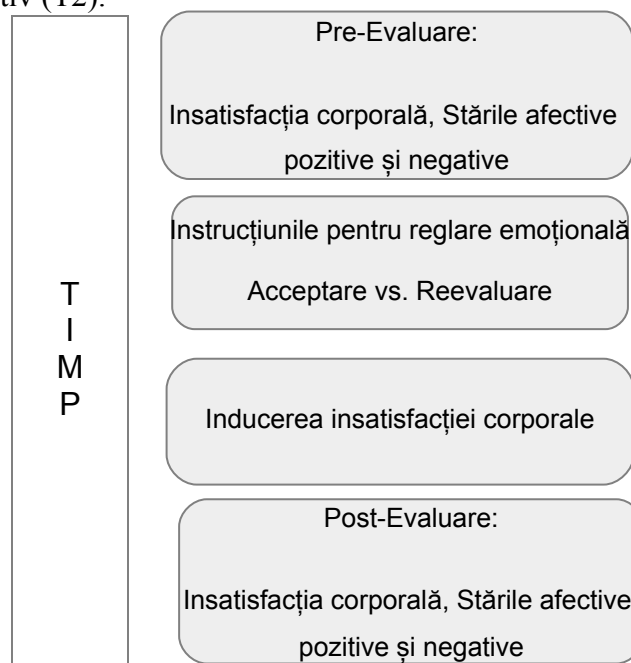


Fig. 1 Procedura experimentală, succesiunea în timp a etapelor studiului.

Analize statistice

Testele t-Student au fost folosite pentru a verifica complianța respondenților la instrucțiunile de reglare emoțională imediat după ce acestea au fost furnizate (T1) și apoi după inducerea insatisfacției corporale (T2). Au fost efectuate analize de varianță ANOVA mixtă pentru a explora diferențele dintre măsurătorile de bază și cele post-inducție privind satisfacția corporală, stările emoționale pozitive și negative, comparativ pentru fiecare dintre cele trei grupuri (acceptare, reevaluare și controlul). Mărimile efectelor ale diferențelor de grup au fost raportate utilizând coeficientul parțial η^2 , conform cărora valorile până la .01 se referă la un efect mic, .06 la un efect moderat și .14 la un efect mare (Cohen, 1988).

Rezultate

Respectarea instrucțiunilor de reglare emoțională

Au fost calculate două teste t, una pentru complianța respondenților la instrucțiunile de reglare emoțională imediat după ce acestea au fost furnizate (T1) și una pentru evaluarea la T2, după inducerea insatisfacției corporale, pentru a testa dacă efectele instrucțiunilor erau încă prezente. Rezultatele au arătat că participanții în condițiile experimentale au înțeles instrucțiunile și au reușit să facă distincția între acceptare și reevaluare. La T1, participanții din condiția de acceptare au înțeles instrucțiunile, aceștia au putut distinge în mod semnificativ între acceptare și reevaluare, $t(68) = 10.55, p < .001$ (acceptare $M / SD = 8.25 / 1.61$; reevaluare $M / SD = 3.8 / 1.9$). Rezultate similare s-au obținut la T2, $t(68) = 16.62, p < .001$ (acceptare $M / SD = 9 / 1.02$; reevaluare $M / SD = 3.68 / 1.58$). Participanții în condiția de reevaluare au făcut distincția între reevaluare și acceptare, atât la T1, $t(68) = 4.58, p < .001$ (reevaluare $M / SD = 7.37 / 1.84$; acceptare $M / SD = 5.6 / 1.28$) cât și la T2, $t(68) = 5.55, p < .001$ (reevaluare $M / SD = 8.25 / 1.72$; acceptare $M / SD = 5.94 / 1.76$).

Efectele acceptării și reevaluării asupra insatisfacției corporale

Tabelul 1 prezintă mediile și abaterile standard ale satisfacției corporale la evaluarea inițială (T1) și post-test (T2) pentru toate cele trei condiții (acceptare, reevaluare și control). Schimbările inter-grup pentru satisfacția corporală de la T1 la T2 au fost examinate utilizând ANOVA mixtă, cu un factor inter-grup (condiția experimentală: acceptare, reevaluare și control) și un factor intra-grup (timpul de evaluare: evaluarea inițială - T1 și post-test - T2). Analiza a determinat un efect nesemnificativ al timpului, $F(1, 102) = 3.05, p = .08, \eta^2 = .02$ și un efect semnificativ al interacțiunii timp x condiție experimentală, $F(2, 102) = 9.66, p < .001, \eta^2 = .16$. Comparațiile intra-grup au arătat că satisfacția corporală a crescut semnificativ în condițiile experimentale: pentru acceptare (diferența medii = -1.4, $F(1, 102) = 7.55, p = .007, \eta^2 = .07$) și pentru reevaluare (diferența de medii = -1.45, $F(1, 102) = 8.18, p = .005, \eta^2 = .07$) și a scăzut în grupul de control (diferența medii = 1.31, $F(1, 102) = 6.65, p = .06$) de la T1 la T2. Efectul inter-grup a fost nesemnificativ, $F(2, 102) = .74, p = .78$. Comparațiile inter-grup nu au indicat diferențe semnificative între grupuri, nici la momentul inițial, nici post-test.

Efectele acceptării și reevaluării asupra emoțiilor pozitive

Schimbările pentru starea emoțională pozitivă au fost examinate folosind tot ANOVA mixtă, cu un factor inter-grup (condiția experimentală: acceptare, reevaluare și control) și un factor intra-grup (timpul de evaluare: evaluarea inițială - T1 și post-test - T2) (Tabelul 1). Analizele au indicat un efect semnificativ al timpului $F(1, 147) = 18.49, p < .001, \eta^2 = .15$ și un efect semnificativ al interacțiunii timp x condiție experimentală, $F(2, 428) = 5.38, p = .006, \eta^2 = .09$. Comparațiile intra-grup au arătat că starea emoțională pozitivă a scăzut semnificativ în grupul de control de la T1 la T2 (diferența de medii = 3.48, $F(1, 29) = 7.19, p < .001, \eta^2 = .21$) și a rămas similară pentru acceptare (diferența de medii = .77, $F(1, 102) = 1.31, p = .26$) și pentru reevaluare (diferența de medii = .77, $F(1, 102) = 1.31, p = .26$). Efectul inter-grup a fost nesemnificativ, $F(2, 102) = .58, p = .56$. Comparațiile inter-grup nu

au indicat diferențe semnificative între grupuri, nici la momentul inițial, nici la testul post-test.

Efectele acceptării și reevaluării asupra stărilor afective negative

Schimbările pentru starea emoțională negativă au fost examinate folosind ANOVA mixtă, cu un factor inter-grup (condiția experimentală: acceptare, reevaluare și control) și un factor intra-grup (timpul de evaluare: evaluarea inițială - T1 și post-test – T2) (Tabelul 1). A fost identificat un efect nesemnificativ al timpului, $F(1, 9) = .74, p = .39, \eta^2 = .007$ și un efect semnificativ al interacțiunii timp x condiție experimentală, $F(2, 47) = 3.76, p = .03, \eta^2 = .07$. Comparațiile inter-grup au arătat că starea emoțională negativă s-a modificat semnificativ în grupul de control de la T1 la T2 (diferența de medii = - 1.97, $F(1,102) = 5.47, p = .02, \eta^2 = .05$) și a rămas similară pentru acceptare (diferența de medii = 1.28, $F(1,102) = 2.32, p = .13$) și pentru reevaluare (diferența de medii = -.57, $F(1,102) = .46, p = .49$). Efectul inter-grup a fost nesemnificativ, $F(2, 102) = .03, p = .97$. Comparațiile intra-grup au indicat diferențe nesemnificative între grupuri, atât la evaluarea inițială, cât și la post-test.

Tabelul 1. Medii și abateri standard pentru satisfacția corporală, stările emoționale negative și pozitive pentru evaluarea inițială și post-test.

	BASELINE			POST-TEST		
	Acceptare N= 30 M (SD)	Reevaluare N= 30 M (SD)	Control N= 30 M (SD)	Acceptare N= 30 M (SD)	Reevaluare N= 30 M (SD)	Control N= 30 M (SD)
Insatisfacție corporală	29.34 (9.38)	27.02 (7.15)	29.97 (7.95)	30.74 (8.37)	28.48 (7.35)	28.65 (8.54)
Stări emoționale negative	18.8 (5.56)	18.11 (7.54)	17.6 (8.46)	17.51 (5.64)	18.68 (8.49)	19.57 (8.52)
Stări emoționale pozitive	31.28 (7.36)	30.37 (7.07)	30.77 (6.9)	30.51 (7.42)	29.6 (8.62)	27.28 (7.72)

Concluzii

Conform așteptărilor, participanții în condițiile de acceptare și reevaluare în comparație cu grupul de control au raportat o mai mare satisfacție corporală după proba de inducerea a insatisfacției corporale. Aceste rezultate sunt în concordanță cu studiile experimentale și cu studiile clinice controlat anterioare care au arătat că acceptarea (Margolis, & Orsillo, 2016; Naumann et al., 2016; Atkinson, & Wade, 2012; Wade și colab., 2009) și reevaluarea (Chithambo, & Huey, 2017; Margolis, & Orsillo, 2016) sunt asociate negativ cu insatisfacția corporală atât în populația generală sau în cazul populația cu TA. Deși studiile anterioare s-au axat mai mult pe acceptare ca strategie specifică de reglare emoțională pentru insatisfacția corporală (Naumann et al., 2016; Wade și colab., 2009), rezultatele noastre extind rezultatele anterioare demonstrând că reevaluarea este de asemenea eficientă în reducerea insatisfacție corporale. Cu toate acestea, sunt necesare mai multe investigații pentru a evalua efectele reevaluării asupra imaginii corporale. Mai mult, așa cum ne-am așteptat, rezultatele noastre susțin o eficacitate similară a ambelor strategii în reducerea insatisfacție corporale. Un studiu anterior realizat pe populația generală, care a comparat efectul reevaluării și acceptării asupra distresului emoțional, reacțiilor fiziologice asociate și evitării comportamentale, a arătat, de asemenea, efecte similare pentru cele două strategii (Wolgast, Lundh, & Viborg, 2011).

Starea afectivă negativă nu a crescut semnificativ de la evaluarea inițială la post-test nici în condiția pentru acceptare, nici pentru reevaluare. Acest lucru sugerează un efect benefic al strategiilor de RE adaptative în prevenirea creșterii stării emoționale negative ce însoțesc insatisfacția corporală. Mai mult, așa cum ne-am așteptat, starea afectivă negativă a crescut semnificativ în grupul de control după inducerea insatisfacției corporale. Aceste constatări sunt în concordanță cu studiile anterioare care au raportat o creștere a insatisfacției corporale, dar și a stării emoționale negative ca urmare a inducerii experimentale a insatisfacției corporale (Loeber et al., 2016; Wyssen și colab., 2016).

În ceea ce privește starea afectivă pozitivă, aceasta a rămas similară de la pre- la post-test, atât în condiția pentru acceptare, cât și în cea pentru reevaluare, dar a scăzut semnificativ în grupul de control. Foarte puține studii au explorat relația dintre starea afectivă pozitivă și imaginea corporală, însă concluziile noastre sunt congruente cu rezultatele obținute de McCabe et al. (2001), care a constatat că starea afectivă pozitivă a fost prezisă de satisfacția corporală (McCabe, Ricciardelli, & Banfield, 2001).

Limite și direcții viitoare de cercetare

Studiul prezent are câteva limite. Unele dintre acestea sunt legate de caracteristicile eșantionului. Efectele reevaluării și acceptării asupra populației non-clinice nu pot fi generalizate la persoanele cu TA. Studiile viitoare ar trebui să investigheze influența reevaluării și a acceptării asupra insatisfacției corporale la persoanele cu TA. De asemenea, pentru un control mai bun al efectelor strategiilor RE asupra cognițiilor și emoțiilor legate de corp, participanții ar putea fi selectați pe baza diferitelor nivele ale insatisfacției corporale. O altă limită se referă la metoda utilizată pentru a induce insatisfacția corporală. Rezultatele pot fi interpretate doar în contextul insatisfacției corporale ca răspuns la imaginile din media ce prezintă un ideal de frumusețe. De asemenea, având în vedere instrucțiunile directe și perioada scurtă de timp dintre măsurători, nu putem exclude biasul de completare a probelor. Studiile viitoare ar trebui să utilizeze instrucțiuni de inducere a insatisfacției corporale mai detaliate și pe o perioadă mai lungă de timp. De asemenea, studiile viitoare ar beneficia de o metodologie mai ecologică, cum ar fi ecological momentary assessment (EMA), pentru o evaluare naturală a RE și a insatisfacției corporale în TA. Ar trebui să ia în considerare și rolul insatisfacției corporale în asociere cu reglarea emoțiilor în contextul eforturilor individuale de a pierde în greutate (Lantz et al., 2018). Utilizarea unui design transversal în studiul de față limitează, de asemenea, interpretarea rezultatelor. Evaluările longitudinale vor fi necesare în viitor pentru a determina importanța strategiilor specifice de RE în etiologia TA. În cele din urmă, pentru a înțelege mai bine rolul RE pentru insatisfacția corporală, studiile viitoare ar trebui să testeze efectele cauzale ale diferitelor strategii de RE (atât adaptative cât și dezadaptative) în menținerea insatisfacției corporale. În ciuda acestor limitări, considerăm că rezultatele acestui studiu sunt relevante pentru literatura de specialitate, deoarece subliniază beneficiile reevaluării și acceptării cognitive, două componente importante ale terapiilor cognitive și comportamentale (de exemplu ACT), ca strategii eficiente de RE pentru reducerea insatisfacției corporale.

STUDIUL 4. UN TRAINING BAZAT PE ACCEPTARE FURNIZAT PRIN INTERMEDIUL INTERNETULUI PENTRU MÂNCATUL EMOȚIONAL

Studiul prezent a investigat un training bazat pe acceptare furnizat pe internet pentru mâncatul emoțional. Acest training a avut ca scop îmbunătățirea conștientizării emoționale și a strategiilor de acceptare și toleranță emoțională. Mâncatul emoțional se referă la tendința de supra-alimentare ca răspuns la emoții negative și stres, tendință alimentară care nu este necesară fiziologic (Arnou,

Kenardy & Agras, 1995). Mâncatul emoțional este în general asociat cu probleme de sănătate mentală și joacă un rol important în imaginea corporală, greutatea corporală crescută și TA (Ricca și colab., 2012; Waller și Osman, 1998). S-a sugerat că persoanele care se angajează în mâncatul emoțional au deficite în capacitatea de a regla eficient emoțiile și, prin urmare, acest comportament în sine poate servi ca mijloc de reglare a stărilor afective (cum ar fi furia, anxietatea, vinovăția și altele; Evers, Stok & Ridder, 2010). Mai exact, unele descoperiri au susținut faptul că indivizii se angajează în mâncatul emoțional pentru a regla emoțiile trăite și greu de tolerat în momentul prezent, mai degrabă decât experiențele emoționale mai îndelungate (Overton și colab., 2005). Intervențiile bazate pe acceptare pentru mâncatul emoțional promovează abilități și strategii de RE precum conștientizarea și claritatea emoțională, prin care indivizii sunt încurajați să-și observe emoțiile așa cum apar în momentul respectiv și să le eticheteze obiectiv. Prin acest proces, indivizii cresc contactul cu emoțiile lor, concentrându-și atenția asupra răspunsurilor lor emoționale și dezvoltând-și capacitatea de a identifica, eticheta și diferenția între stările emoționale (Hayes și colab., 1999; Kristeller și colab., 2006). Procesul de observare a emoțiilor și comportamentelor care le însoțește, adesea facilitează conștientizarea și capacitatea de a le controla în situații dificile. Astfel, o abordare fără a emite judecăți de valoare asupra emoțiilor negative este de așteptat să faciliteze acceptarea emoțională și să crească toleranța emoțională. Mai mult, având în vedere că neacceptarea și evitarea emoțională pot amplifica emoțiile și contribuie la experiențierea emoțiilor ca fiind de nedorit, practicarea acceptării și toleranței emoționale este de așteptat să reducă emoțiile disfuncționale (inclusiv răspunsurile emoționale secundare) și comportamentele disfuncționale (Forman & Butryn, 2014). În cele din urmă, o altă componentă este reprezentată de difuzia cognitivă, un proces care schimbă poziția individului față de gândurile sale, prin „pășirea în spate” și pur și simplu asistând la prezența lor. Difuzia înseamnă detașarea față de ce spui despre sine și observarea cogniției ca fiind separate de sine, ca fiind doar cuvinte (Hayes și colab., 1999). Studiul prezent evaluează un training oferit pe internet, menit să îmbunătățească conștientizarea emoțională, abilitățile de acceptare și toleranță și strategiile funcționale de RE prin practica zilnică. Câteva studii au examinat eficacitatea intervențiilor asincrone (Franko și colab., 2005) și a intervențiilor sincrone online pentru imaginea corporală și alimentația disfuncțională (Gollings & Paxton, 2006; Heinicke, Paxton, McLean, & Wertheim, 2007; Zabinski, Wilfley, Calfas, Winzelberg, & Taylor 2004; Zabinski și colab., 2001). Participanții la aceste studii au arătat scăderi semnificative la post-test ale preocupărilor în ceea ce privește greutatea și forma corporală și mâncatul emoțional. Intervențiile furnizate pe internet oferă mai multe avantaje față de programele tradiționale față în față. Mai ales, acestea oferă confortul unui acces sporit pentru persoanele care nu pot fi ușor prezente la o intervenție față în față (Winzelberg, Luce și Abascal, 2004). În ciuda acestor concluzii preliminare încurajatoare, există o lipsă de date privind eficacitatea unui training bazat pe acceptare cu privire la mâncatul emoțional, livrat prin internet. Studiul curent și-a propus să evalueze eficacitatea unui training online, asincron, bazat pe acceptare pentru reducerea mâncatului emoțional și îmbunătățirea acceptării emoționale ca strategie de RE. Am emis ipoteza că în comparație cu grupul care a primit psihoeucație (grup de control), persoanele care primesc instruire bazată pe acceptare vor experimenta o reducere semnificativă a mâncatului emoțional. În plus, am emis ipoteza că starea afectivă negativă va scădea, iar starea afectivă pozitivă și acceptarea emoțională ca strategie de RE vor crește după trainingul bazat pe acceptare, comparativ cu grupul de control.

Metodă

Participanți

Eșantionul a fost format din 50 de participanți din populația generală, cu vârste cuprinse între 19 și 37 de ani (76% femei; vârsta medie $[M] = 24,64$; abaterea standard $[SD] = 4,21$). Recrutarea a

fost făcută din rândul studenților și prin publicitate pe Internet. Studenții au primit ore de practică în schimbul participării. Criteriile de includere au fost vârsta peste 18 ani și un nivel ridicat de mâncat emoțional, conform scalei Emotional Eating Scale, un instrument de auto-evaluare. Deoarece nu există date normative disponibile pentru această scală, pentru a stabili valorile limită pentru includerea în studiul nostru, am folosit mediile subscalelor pentru Eating Emotional publicate anterior într-un studiu asupra populației non-clinice (Waller și Osman, 1998): scorul pentru furie ≥ 11.2 , scorul pentru anxietate ≥ 6.42 sau scorul pentru depresie ≥ 8.10 .

Fig. 1 prezintă fluxul de participanți în acest studiu. Participanții au fost repartizați aleatoriu în una dintre cele două grupuri: tratament și psihoeducație. Alocarea aleatorie s-a realizat folosind un generator online de numere aleatorii (random.org). În ceea ce privește ratele de abandon al studiului, a avut loc o rată totală de abandon de 33,33% (n = 12) pentru tratament și 25,71% (n = 9) pentru placebo. ANOVA multivariată nu a indicat nicio diferență statistică semnificativă la măsurile de bază între respondenții care au terminat sau cei care au ieșit din studiu, $F(4, 66) = .35$, $p = .85$, Wilk's $\lambda = .98$. Toți participanții au completat consimțământul informat înainte de participare la studiu.

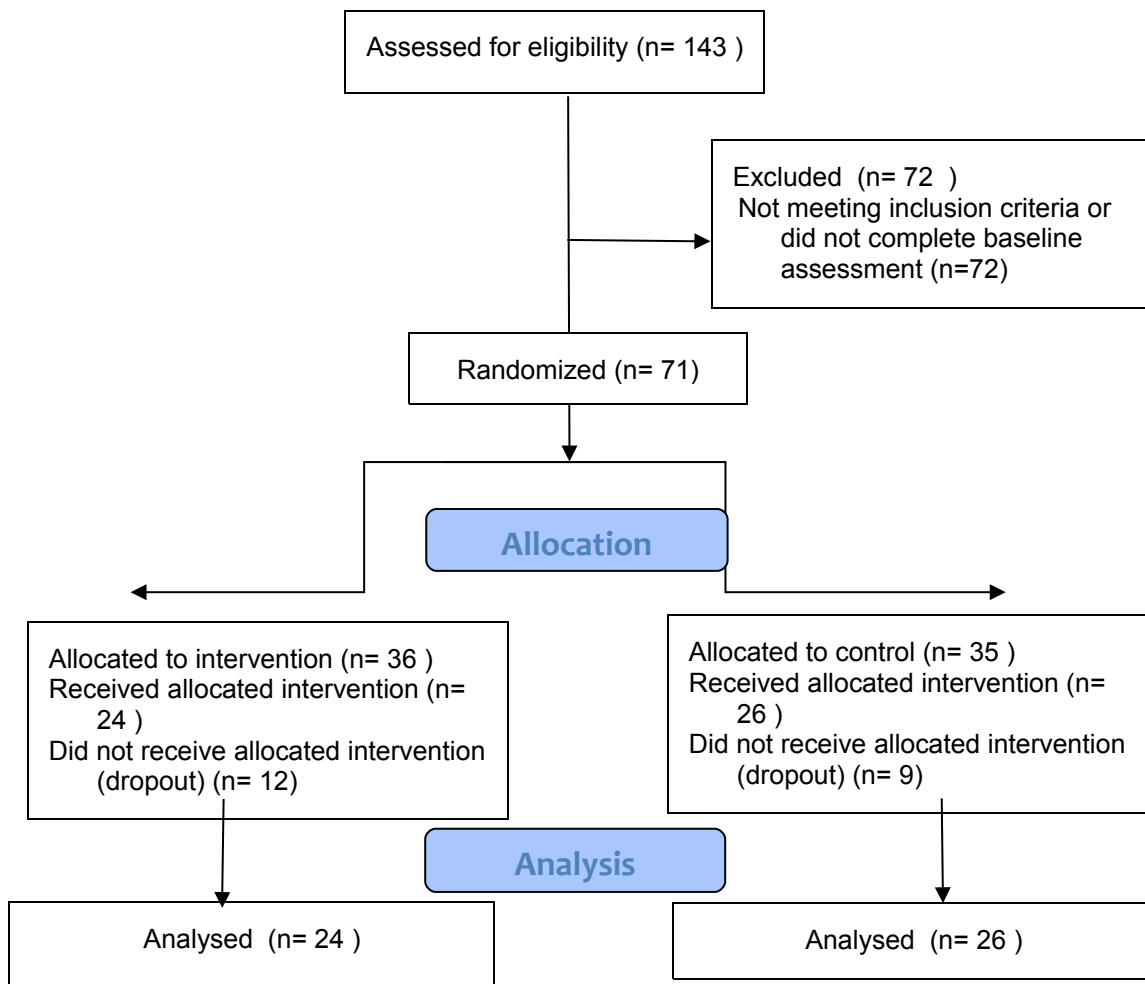


Fig. 1. Diagram of participant flow in the study.

Măsurători ale rezultatelor

Emotional Eating Scale (EES; Arnow și colab., 1995) este o scală de auto-evaluare compusă din 25 de întrebări care măsoară dorința individului de a mânca atunci când simte anumite emoții. EES include trei subscale, fiecare evaluând o emoție specifică: (a) depresie, (b) anxietate și (c) furie / frustrare. Participanții își evaluează dorința de a mânca ca răspuns la emoții, pe o scală de 5 gradații, variind de la 1 (Fără dorință de a mânca) la 5 (O dorință foarte puternică de a mânca). Alfa Cronbach în acest studiu a fost .89.

Distress Tolerance Scale (DTS; Simons & Gaher, 2005). DTS-ul cu 14 itemi este un chestionar de auto-evaluare care examinează gradul în care indivizii experimentează emoțiile negative ca fiind intolerabile (de exemplu, „Nu pot să fac față când mă simt stresat sau supărat”). Răspunsurile sunt pe o scală Likert cuprinsă între 1 (Acord puternic) și 5 (Nu sunt de acord), unde scorurile mai mici indică tendința de a experimenta stresul psihologic ca fiind inacceptabil. Alfa Cronbach pentru acest eșantion a fost .88.

Positive and Negative Affect Scales (PANAS; Watson și colab., 1988). PANAS este un instrument de auto-evaluare cu 20 de itemi care măsoară două dimensiuni globale ale stării afective: stare afectivă negativă (PANAS-NA) și stare afectivă pozitivă (PANAS-PA). Participanții folosesc o scală Likert de la 0 la 4 (unde 0 = deloc și 4 = aproape întotdeauna) pentru a evalua măsura în care experimentează stări și emoții diferite într-o perioadă de timp dată. Subscalele au o consistență internă foarte bună (PANAS-NA, $\alpha = .91$; PANAS-PA, $\alpha = .89$) în eșantionul curent.

Trainingul bazat pe acceptare

Trainingul bazat pe acceptare a avut ca scop îmbunătățirea abilităților de reglare adaptivă a stărilor afective nedorite (de exemplu, stres, anxietate, furie, tristețe, vinovăție, rușine etc.), pentru a preveni mâncatul emoțional ca strategie dezadaptativă de reglare a emoțiilor nedorite. Acest training s-a concentrat asupra dezvoltării și îmbunătățirii conștientizării fără a judeca, a acceptării și toleranței emoționale și a difuziei cognitive. Pentru a dezvolta și îmbunătăți utilizarea abilităților și strategiilor adaptative de RE, au fost furnizate exerciții structurate pentru fiecare secvență principală a trainingului. Descriem pe scurt principalele componente ale acestui training. Conștientizarea fără a judeca a fost concentrată pe îmbunătățirea identificării, etichetării, diferențierii și evaluării intensității stărilor emoționale (de exemplu, tristețe, frică, furie și rușine) și pe identificarea componentelor cognitive și fiziologice ale emoțiilor. Exercițiile incluse au promovat următoarele: a) înțelegerea legăturii dintre emoții și mâncatul emoțional; b) examinarea funcțiilor emoțiilor (de exemplu, comunicarea nevoilor și dorințelor); c) identificarea emoțiilor (adică tristețe, frică, furie și rușine) și componentele lor cognitive și fiziologice și comportamentale; d) se folosesc descrierile, mai degrabă decât judecățile de valoare ale stărilor emoționale. Acceptarea și toleranța emoțiilor presupun a lăsa emoțiile negative să fie prezente, cel puțin timpul necesar pentru ca acestea să se schimbe. Contrariul, lupta împotriva emoțiilor este probabil să le facă și mai puternice. Participanții trebuiau: a) să stabilească acceptarea și toleranța ca obiective; b) să se auto-motiveze pentru prioritizarea acceptării și toleranței ca obiective; c) să privească emoțiile ca aliați; d) să-și amintească că au reușit în trecut emoții provocatoare și că emoțiile nu sunt permanente. Difuzia cognitivă s-a concentrat pe clarificarea valorilor personale și pe stabilirea unei legături între strategiile comportamentale și aceste valori. Participanții trebuiau: a) să stabilească obiective personale legate de comportamentele alimentare; b) să se întreabe dacă aceste obiective sunt în concordanță cu mâncatul emoțional; c) să găsească activități alternative.

Grupul de control a primit informații generale și scurte despre emoții și despre fiecare abilitate și strategie de ER (conștientizare emoțională, acceptare și toleranță și difuzie cognitivă) și despre mâncatul emoțional.

Procedură

În prima fază, participanții au completat consimțământul informat pentru participarea lor la studiu și chestionarele de auto-evaluare. Faza de pregătire pentru grupul experimental a constat în trei săptămâni de conștientizare emoțională, acceptare și îmbunătățirea abilităților de toleranță. Au fost vizate trei faze principale pentru fiecare săptămână: 1) conștientizarea fără judecată a emoțiilor; 2) acceptarea emoțională și toleranța; 3) difuzie cognitivă. La începutul fiecărei săptămâni, participanții au primit un material informativ despre abilitatea sau strategia de RE care urma să fie exersată în cursul săptămânii. Participanții în grupul de tratament au trebuit să completeze exerciții structurate în fiecare zi, pentru a dezvolta abilități specifice de reglare a emoțiilor. În condițiile de control, informații scurte au fost furnizate în fiecare săptămână, cu privire la fiecare abilitate/ strategie, fără a exersa abilitățile și strategiile de RE, deci fără a primi partea activă a trainingului. Mâncatul emoțional, starea afectivă pozitivă și negativă și acceptarea emoțională au fost reevaluate la finalizarea trainingului (post-test). Am folosit formularele din Google Drive, pentru scalele de auto-evaluarea pre și post-intervenție, precum și pentru exercițiile zilnice. Materialele psihoeducaționale (un număr de trei materiale în format pdf) au fost atașate la un e-mail la începutul fiecărei dintre cele trei etape.

Analize de date

A fost folosită ANOVA mixtă cu factorul timp, ca factor intra-grup (două condiții: pre-test și post-test) și condiția experimentală ca factor inter-grup (două condiții: tratament și control), pentru a analiza efectul trainingului bazat pe acceptare asupra mâncatului emoțional, acceptării emoționale și asupra stărilor efective pozitive și negative. Mărimile efectului pentru diferențele de grup au fost raportate utilizând coeficientul parțial eta (η^2), conform cărora valorile de până la .01 se referă la un efect mic, .06 la un efect moderat și .14 la un efect mare (Cohen, 1988).

Rezultate

Tabelul 1 prezintă mediile și abaterile standard pentru efectele intervenției și controlului asupra mâncatului emoțional, stărilor afective pozitive și negative, precum și acceptării emoționale, înainte și după realizarea trainingului.

Măsurători	Tratament (N=24)		Control (psihoeducație) (N=26)	
	Evaluare de bază	Evaluare post-training	Evaluare de bază	Evaluare post-training
Mâncatul emoțional	45.38 (19.12)	28.46 (19.32)	44.85 (17.78)	42.46 (13.18)
Stare pozitivă	29.79 (8.02)	31.08 (8.73)	28.81 (6.76)	30.88 (6.77)
Stare negativă	20.5 (8.36)	28.96 (8.29)	28.38 (8.04)	27.27 (10.24)
Acceptare emoțională	46.38 (10.56)	45.08 (13.05)	41.69 (11.26)	45.61 (11.51)

Efectele intervenției asupra mâncatului emoțional

Diferențele de grup în ceea ce privește mâncatul emoțional în grupul de intervenție și în condiția de control au fost examinate utilizând ANOVA mixtă 2 (intervenție și placebo) x 2 (T1, T2). Un efect principal semnificativ al Timpului, $F(1, 48) = 7.15$, $p = .01$, $\eta^2 = .13$ și un efect semnificativ al

interacțiunii Timp x Condiție, $F(1, 48) = 4.05, p = .05, \eta^2 = .08$, au fost observate. Mâncatul emoțional a scăzut semnificativ în grupul de tratament comparativ cu grupul de control, $F(1, 48) = 4, p = .05, \eta^2 = .08$.

Efectele intervenției asupra outcome-urilor secundare (stările afective pozitive, negative și acceptarea emoțională)

Pentru starea afectivă pozitivă, s-a observat un efect principal ne semnificativ al Timpului, $F(1, 48) = 1.37, p = .25$ și al efectului interacțiunii Timp x Condiție, $F(1, 48) = .07, p = .79$. Starea afectivă pozitivă nu s-a modificat în mod semnificativ în grupul de tratament comparativ cu grupul de control, $F(1, 48) = .14, p = .71$. Pentru starea afectivă negativă, s-a observat un efect principal ne semnificativ al Timpului, $F(1, 48) = .55, p = .46$ și al interacțiunii Timp x Condiție, $F(1, 48) = .01, p = .91$. Starea afectivă negativă nu s-a modificat în mod semnificativ în grupul de tratament comparativ cu grupul de control $F(1, 48) = 1.22, p = .27$. Pentru acceptarea emoțională ca abilitate generală, s-a observat un efect principal ne semnificativ al Timpului, $F(1, 48) = .37, p = .55$ și al interacțiunii Timp x Condiție, $F(1, 48) = 1.44, p = .24$. Acceptarea emoțională nu s-a modificat semnificativ în grupul de tratament comparativ cu grupul de control $F(1, 48) = .71, p = .41$.

Concluzii

Intervențiile bazate pe acceptare pentru problemele alimentare sau de greutate corporală reprezintă o temă de interes pentru cercetare și pentru practica clinică. Studiul prezent oferă date preliminare despre impactul unui training bazat pe acceptare emoțională furnizat online, asincron asupra mâncatului emoțional, stării afective pozitive și negative și acceptării emoționale, în comparație cu condiția de control. Așa cum ne-am așteptat cu privire la outcome-ul principal, grupul care a primit trainingul a raportat o scădere a nivelului de mâncat emoțional în comparație cu grupul de control. Lipsa abilităților și a strategiilor precum conștientizarea și claritatea emoțională, acceptarea și toleranța emoțională care s-au dovedit a duce la mâncatul emoțional în studiile anterioare (de exemplu, Moon & nBerenbaum, 2009), au fost integrate cu succes în trainingul psihoterapeutic furnizat în studiul prezent. Datele ce confirmă eficacitatea unui training care vizează îmbunătățirea conștientizării emoționale, acceptării și toleranței asupra mâncatului emoțional sunt în concordanță cu cercetările anterioare, privind intervențiile față în față, bazate pe acceptare pentru mâncatul emoțional (de exemplu, Alberts și colab., 2012; Daubenmier et al., 2011; Schnepfer și colab., 2019). Pe de altă parte, aceste rezultate nu sunt congruente cu un studiu care nu a găsit dovezi de reducerea mâncatului emoțional ca efect al unei intervenții bazate pe mindfulness (Kearney et al., 2012). În general, rezultatele noastre sugerează că intervențiile online, asincrone pentru îmbunătățirea mâncatului emoțional sunt o abordare promițătoare. Eficacitatea unei intervenții asincrone online a fost, de asemenea, raportată într-un alt studiu privind imaginea corporală și alimentația disfuncțională (Franko și colab., 2005). În ceea ce privește stările afective negative și pozitive, ipotezele noastre nu au fost confirmate. Astfel, stările afective negative nu au scăzut, iar stările afective pozitive nu au crescut, ca urmare a trainingului nostru. O posibilă explicație ar putea fi eșantionul relativ mic utilizat în acest studiu. Alte explicații posibile sunt legate de limitele instrumentelor de măsurare pe care le-am folosit și de durata trainingului. De asemenea, alte strategii de RE ar trebui luate în considerare și explorate pentru a reduce emoțiile negative asociate mâncatului emoțional. Studiul nostru a examinat, de asemenea, efectul intervenției asupra stării emoționale pozitive asociat mâncatului emoțional. Starea afectivă pozitivă nu a crescut, dar, de asemenea, nu a scăzut după intervenție. Cu toate acestea, sunt necesare mai multe cercetări pentru a examina relația dintre starea afectivă pozitivă și mâncatul emoțional. În cele din urmă, ipoteza noastră cu privire la acceptarea emoțională nu a fost confirmată. Tendința de a experimenta stresul ca inacceptabil nu s-a schimbat în grupul nostru de intervenție în comparație cu grupul de control. O

posibilă explicație poate fi durata trainingului și numărul de participanți. Cercetările viitoare ar trebui să investigheze strategii alternative pentru mâncatul emoțional și să examineze dacă există diferențe în ceea ce privește mâncatul emoțional ca răspuns la emoții specifice.

Limite și direcții viitoare de cercetare

Există mai multe limite ale acestui studiu. În primul rând, eșantionul a fost relativ mic, iar trainingul a avut o durată destul de scurtă. Studiile viitoare ar trebui să examineze demersuri terapeutice mai elaborate bazate pe acceptare furnizate pe internet și pentru eșantioane mai mari. În al doilea rând, rezultatele studiului actual nu pot fi generalizate la anumite populații. Studiul a fost realizat pe un eșantion cu probleme de mâncat emoțional, dar nu s-a controlat pentru prezența TA, în special TMC, și nici pentru obezitate, probleme cel mai frecvent asociate cu mâncatul emoțional. Studiile viitoare ar trebui să se concentreze pe indivizii care îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru BN și TMC sau cu un IMC ridicat (30 sau mai mare pentru obezitate). Studiile viitoare ar trebui să testeze, de asemenea, mecanismele prin care intervenția bazată pe acceptare poate reduce mâncatul emoțional. Aceasta este o întrebare importantă pentru investigațiile viitoare, pentru a înțelege dacă schimbările în acceptarea emoțională reprezintă un mecanism al schimbării. Mai mult, în ciuda calităților psihometrice ale EES, PANAS și DTS, este posibil ca măsurătorile de auto-evaluare să fi dus la bias-uri de răspuns. Utilizarea internetului pentru a furniza trainingul, prezintă atât avantaje, cât și dezavantaje. Un avantaj este că participanții au putut finaliza cu ușurință exercițiile zilnice de acceptare și toleranță emoțională mult mai ușor. Mai mult, utilizarea unui folder comun cu experimentatorul, monitorizat în timp real, a putut favoriza un angajament și motivație mai mari de a completa exercițiile și o mai bună monitorizare. Totuși, absența ședințelor față în față are dezavantajul lipsei unei relații terapeutice. În concluzie, rezultatele studiului prezent ar putea stimula cercetările viitoare privind programele de intervenție și prevenție, care includ conștientizarea non-evaluativă a emoțiilor, acceptarea și toleranța emoțiilor și difuzia cognitivă ca strategii de reducere a mâncatului emoțional. De asemenea, studiile viitoare se pot concentra pe eficacitatea intervențiilor bazate pe acceptare asupra emoțiilor asociate mâncatului emoțional.

CAPITOLUL IV. CONCLUZII GENERALE, IMPLICAȚII ȘI LIMITE

Discuții generale

Mecanisme diferite sunt implicate în dezvoltarea și menținerea patologiei alimentare (de exemplu, supraevaluarea formei sau a greutateii corporale și controlului asupra acestora, reguli privind alimentația, perfecționismul, stima de sine scăzută; Fairburn și colab., 2003). Aceste mecanisme au fost abordate în mare măsură în intervențiile psihologice pentru TA. Cu toate acestea, în ciuda opțiunilor de tratament existente, TA sunt încă caracterizate de cronicitate ridicată și rate mari de recidivă (NICE, 2004). Astfel, scopul acestei teze a fost de a cerceta factorii legați de ER asociați cu simptomatologia specifică TA, deoarece aceștia pot servi drept ținte de tratament. În ceea ce privește etiologia, am pornit de la descoperirile care sugerează că stările afective negative cresc potențialul de risc pentru TA și că ER este un proces important implicat în comportamente alimentare nesănătoase (de exemplu, Macht, 2008; Sim & Zeman, 2005). S-a demonstrat că persoanele cu TA au un nivel de stres ridicat (de exemplu, depresie, anxietate) și prezintă dificultăți serioase în ER. Mai mult decât atât, comportamentele de alimentație disfuncționale în sine (de exemplu, restricția, mâncatul emoțional) pot servi la reglarea emoțiilor (de exemplu, Aldao și colab., 2010; Brockmeyer și colab., 2014; Lehr și colab., 2015; Oldershaw și colab., 2015). Cercetările fundamentale și studiile clinice controlate au

relevat un rol important al RE în toate tipurile de TA, comparativ cu grupurile de control / sănătoase (de exemplu, Harrison și colab., 2009; Svaldi și colab., 2012). Cu toate acestea, au existat câteva lacune în literatura de specialitate și am dezvoltat câteva întrebări de cercetare ale proiectului nostru pe baza lor. Scopul general al tezei a fost de a explora relațiile dintre dificultățile generale și specifice de ER și patologia alimentară (factori de diagnostic sau de risc, cum ar fi imaginea corporală și comportamentele alimentare disfuncționale). Am abordat acest obiectiv general prin patru obiective specifice, abordate în patru studii.

Implicații teoretice și practice

Meta-analiza (Studiul 1) este primul studiu care acoperă pe larg relațiile dintre TA generale și specifice sau simptome legate de TA și abilități și strategii de ER. Principala implicație a acestui studiu este că indică abilitățile de ER și strategiile adaptative ca ținte relevante pentru prevenție și intervenție. O contribuție importantă este constatarea faptului că accesul slab la strategiile adaptative de ER este o caracteristică trans-diagnostică pentru toate tipurile de TA (Danner și colab., 2014). O altă implicație se referă la importanța studierii atât a strategiilor adaptative de ER, cât și a celor dezadaptative în același eșantion. Explorarea strategiilor distincte de ER sau interacțiuni dintre ele în asocieri cu simptome specifice ar fi, de asemenea, importante. Cel mai important, descoperirile noastre susțin modelele de ER care sugerează că lipsa abilităților de ER (de exemplu, conștientizarea și claritatea emoțională), poate limita accesarea strategiilor adaptative de ER (Gross & Jazaieri, 2014) și poate favoriza un răspuns dezadaptativ de ER, incluzând comportamente alimentare disfuncționale (Corstorphine și colab., 2006). Aceste descoperiri susțin perspectiva mai multor abordări terapeutice majore, cum ar fi tratamente bazate pe acceptare și terapie cognitiv-comportamentală (Baer și colab., 2005; Fairburn și colab., 2003), care susțin că abilitățile și strategiile de ER sunt importante în abordarea patologiei alimentare.

Al doilea studiu contribuie la înțelegerea efectului uneia dintre emoțiile asociate cel mai frecvent cu alimentația disfuncțională - depresia. Mai mult, studiul subliniază, de asemenea, rolul de mediere al ER în relația dintre depresie și alimentația disfuncțională. Foarte puține studii anterioare au abordat relațiile dintre comportamentele alimentare disfuncționale (de exemplu, mâncatul necontrolat, mâncatul emoțional și restricția alimentară), depresia și ER. O constatare importantă a studiului este că relația dintre depresie și diferite comportamente alimentare disfuncționale este mediată de ER. Această constatare susține viziunea transdiagnostică a dificultăților de ER asociate cu toate comportamentele alimentare disfuncționale. Astfel, similar cu primul studiu, aceste rezultate subliniază importanța intervențiilor care abordează ER pentru reducerea alimentației disfuncționale.

Al treilea studiu contribuie cu date relevante privind relația dintre insatisfacția corporală, unul dintre cei mai consistenti și puternici factori de risc pentru TA, cu strategiile de ER. Studiile anterioare s-au concentrat în principal pe compararea strategiilor adaptative cu cele dezadaptative de ER. Studiul nostru compară impactul a două strategii adaptative importante (acceptarea și reevaluarea) asupra insatisfacției corporale. Rezultatele indică faptul că acceptarea și reevaluarea sunt strategii eficiente de ER, ceea ce duc la o scădere semnificativă a insatisfacției corporale. Puține studii experimentale anterioare s-au concentrat pe acceptare și reevaluare ca strategii specifice de ER în legătură cu insatisfacția corporală. Aceste rezultate au nu numai o importanță teoretică, ci și implicații în practica clinică. Similar cu primele noastre două studii, aceste rezultate confirmă relevanța ER adaptative în patologia alimentară. Aceste strategii sunt componente terapeutice importante în intervenții terapeutice relevante (de exemplu, CBT, ACT; Beck și colab., 1979; Hayes și colab., 1999). În cele din urmă,

studiul nostru sugerează un efect benefic al strategiilor adaptative de ER în prevenirea stărilor afective negative asociate cu insatisfacția corporală.

Al patrulea studiu oferă date preliminare cu privire la eficacitatea unui training bazat pe acceptare furnizat online, asincron, asupra mâncatului emoțional, abilității generale de acceptare emoțională, și stărilor afective negative și pozitive. Numărul mare de indivizi care încă se confruntă cu TA, în ciuda îmbunătățirilor semnificative ale intervențiilor psihologice din ultimii ani, rămâne o problemă serioasă. Ne-am concentrat pe acest comportament, deoarece este foarte relevant în contextul TA și doar câteva studii randomizate au examinat în mod specific mâncatul emoțional (de exemplu, Forman și colab. 2013; Hill și colab., 2015). Prima contribuție importantă a studiului este aceea că confirmă eficacitatea unui training psihologic care vizează dezvoltarea acceptării și a toleranței emoționale în reducerea mâncatului emoțional. În al doilea rând, acest studiu subliniază impactul promitător al intervențiilor online asincrone pentru reducerea comportamentelor alimentare disfuncționale. În plus, stările afective pozitive asociate cu mâncatul emoțional nu au fost investigate anterior în studii care testează eficacitatea intervențiilor bazate pe acceptare. Cu toate acestea, sunt necesare mai multe cercetări în ceea ce privește stările emoționale pozitive și negative și mâncatul emoțional.

Limite generale și direcții viitoare de cercetare

În general, eșantioanele utilizate în trei dintre studiile noastre includ o proporție mare de femei și o proporție mare de studenți, astfel încât participanții au fost în general tineri. Numărul mare de studenți limitează generalizarea concluziilor la populația generală, iar proporția mare de femei împiedică generalizarea descoperirilor noastre la bărbați. Mai mult, studiile viitoare ar trebui să investigheze dacă aceste rezultate pot fi generalizate la un eșantion de persoane diagnosticate cu TA. Studiile viitoare care examinează efectul strategiilor de ER asupra comportamentului alimentar și evaluează eficacitatea programelor bazate pe acceptare asupra simptomelor specifice, ar trebui să implice populații subclinice sau clinice, deoarece două dintre studiile noastre (studiul 3 și 4) au fost efectuate pe eșantioane non-clinice. Cu toate acestea, concentrarea pe factori specifici, precum cei din această teză (de exemplu, imaginea corporală și mâncatul emoțional) sau alți factori relevanți pentru TA (de exemplu, restricția alimentară, comportamente compensatorii) este o abordare promițătoare care ar putea duce la o mai bună înțelegere a mecanismelor psihologice implicate în TA și la dezvoltarea intervențiilor eficiente pentru aceste tulburări. Mai mult, examinarea strategiilor specifice de ER este o direcție importantă a cercetărilor viitoare, iar studiile ar trebui să investigheze strategii specifice de ER asociate cu simptome specifice de TA, pe populații non-clinice și clinice. Această abordare ar fi benefică, de asemenea, și pentru că modul variat de conceptualizare al RE face dificilă studierea ER în asociere cu psihopatologia. În studiile noastre am folosit scale de auto-evaluare pentru a evalua factorii psihologici de interes. Un punct forte este că au fost utilizate doar măsurători cu proprietăți psihometrice bune. Cu toate acestea, includerea interviurilor clinice și a măsurilor comportamentale ar putea oferi informații suplimentare cu privire la relațiile pe care le-am investigat.

Concluzii generale

Teza de față are mai multe contribuții teoretice și practice în ceea ce privește înțelegerea TA și a factorilor asociați, precum insatisfacția corporală, restricția alimentară, mâncatul emoțional și cel necontrolat. Investigarea relației dintre patologia alimentară, pe de o parte, și reglarea emoțiilor și depresia, pe de altă parte, este importantă atât pentru îmbunătățirea modelelor privind factorii de risc pentru TA, cât și pentru rafinarea strategiilor de prevenire, screening și intervenție timpurie

(Goldschmidt et al. 2014). Abilitățile și strategiile de ER par a fi factori extrem de relevanți în dezvoltarea și menținerea TA, și sunt, de asemenea, componente importante ale tratamentelor bazate pe acceptare și mindfulness adresate pacienților cu TA. Insatisfacția corporală și mâncatul emoțional reprezintă probleme importante în rândul femeilor, asociată cu numeroase consecințe negative psihologice și fizice asupra sănătății, care pot duce în final la dezvoltarea și menținerea TA. Studiile viitoare ar trebui să examineze mai amplu mecanismul ER pentru a sprijini dezvoltarea intervențiilor care se concentrează pe strategii specifice de ER, relevante pentru TA sau simptome specifice. Mai mult decât atât, strategiile adaptative și dezadaptative și abilitățile de ER ar trebui studiate specific în legătură cu anumite elemente ale patologiei alimentare, deoarece acest lucru ar putea duce la îmbunătățiri semnificative ale tratamentelor psihologice și programelor de prevenție pentru TA.

REFERINȚE

- Anglé, S., Engblom, J., Eriksson, T., Kautiainen, S., Saha, M.T., Lindfors, ... Rimpelä, A. (2009). Three factor eating questionnaire-R18 as a measure of cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating in a sample of young Finnish females. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6, 41. doi:10.1186/1479-5868-6-41.
- Arnou, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1995). The Emotional Eating Scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 79–90.
doi:10.1002/1098108X(199507)18:1%3C79::AIDEAT2260180109%3E3.0.CO;2-V
- Baer, R.A., Fischer, S. & Huss, D.B. (2005). Mindfulness and Acceptance in the Treatment of Disordered Eating. *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther*, 23, 281-300.
<https://doi.org/10.1007/s10942-005-0015-9>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- *Breithaupt, L., Rallis, B., Mehlenbeck, R., Kleiman, E. (2016). Rumination and self-control interact to predict bulimic symptomatology in college students. *Eating behaviors*, 22, 1-4.
doi:10.1016/j.eatbeh.2016.03.011
- Burnette, C. B., Davies, A. E., Boutté, R. L., & Mazzeo, S. E. (2019). What are you losing it for Weight suppression motivations in undergraduates. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. doi:10.1007/s40519-018-00635-y
- *Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., ... Consoli, S.M. (2005). Emotion-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 37, 321–329.
- Cash, T.F., Fleming, E.C., Alindogan, J., Steadman, L., & Whitehead, A. (2002). Beyond body image as a trait: The development and validation of the Body Image States Scale. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 10(2), 103-113.
DOI:10.1080/10640260290081678
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- *Danner, U.N., Sternheim, L., & Evers, C. (2014). The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub)types when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry Research*, 215 (3), 727-732.
- Dingemans, A., Danner, U., & Parks, M. (2017). Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*, 9 (11). doi: 10.3390/nu9111274.
- Douglas, V., & Varnado-Sullivan, P. (2016). Weight Stigmatization, Internalization, and Eating Disorder Symptoms: The Role of Emotion Dysregulation. *Stigma and Health. Advance online publication*. <http://dx.doi.org/10.1037/sah0000029>.
- Etu, S.F., & Gray, J.J. (2010). A preliminary investigation of the relationship between induced rumination and state body image dissatisfaction and anxiety. *Body Image*, 7: 82-85.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.09.004>
- Fairburn C. G., Cooper Z., Doll H. A., O'Connor M. E., Bohn K., Hawker D. M., ... Palmer R. L. (2009). Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy for Patients With Eating Disorders: A Two-Site Trial With 60-Week Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 311-319.

- Fuller-Tyszkiewicz, M., Chhouk, J., McCann, L.-A., Urbina, G., Vuo, H., Krug, I., ...Richardson, B. (2019). Appearance comparison and other appearance-related influences on body dissatisfaction in everyday life. *Body Image*, 28, 101–109. doi:10.1016/j.bodyim.2019.01.002
- Grabe, S., Ward, L., & Shibley-Hyde, J. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 134, 460 – 476. doi: 10.1037/0033-2909.134.3.460
- 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, 41-54.
- Gross, J.J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. doi: 10.1080/1047840X.2014.940781.
- Heinicke, B.E., Paxton, S.J., McLean, S.A., Wertheim, E.H. (2007). Internet-Delivered Targeted Group Intervention for Body Dissatisfaction and Disordered Eating in Adolescent Girls: A randomized controlled trial. *J Abnorm Child Psychol*, 35, 379–391. DOI:10.1007/s10802-006-9097-9
- *Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. & Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clin. Psychol. Psychother*, 16, 348–356. doi:10.1002/cpp.628.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*, 40(11), 1887-1897. doi:10.1017/S0033291710000036
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. DOI: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Karlsson, Persson J. L.O., Sjöström L., Sullivan M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 1715-1725.
- Khodabakhsh, M.R., Borjali, A., Sohrabi, F., Farrokhi, N. R. (2015). The Role of Emotion Regulation Difficulties as a Mediator of the Relationship between Body Image Disturbance and Disordered Eating Behavior. *Int J Pediatr*, 3, 23-32.
- Lantz, E. L., Gaspar, M. E., DiTore, R., Piers, A. D., & Schaumberg, K. (2018). Conceptualizing body dissatisfaction in eating disorders within a self-discrepancy framework: a review of evidence. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(3), 275–291. doi:10.1007/s40519-018-0483-4
- *Lavender, J.M., Wonderlich, S.A., Peterson, C.B., Crosby, R.D., Engel, S.G., Mitchell, J.E., et al. (2014). Dimensions of emotion dysregulation in bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 22, 212–216. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2288>.
- Margolis, S., & Orsillo, S. (2016). Acceptance and Body Dissatisfaction: Examining the Efficacy of a Brief Acceptance Based Intervention for Body Dissatisfaction in College Women. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(4), 482-492. doi:10.1017/S1352465816000072
- Martin, A., Winfried Rief, T., Klaiberg, A., Braehler, E. (2006). Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population. *General Hospital Psychiatry*, 28, 71 – 77.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2004). Eating Disorders – Core Interventions in

the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, related eating disorders. NICE Clinical Guideline No. 9. London: National Institute for Clinical Excellence.

- *Naumann, E., Tuschen-Caffier, B., Voderholzer, U., Schaefer, J. & Svaldi, J. (2016). Effects of emotional acceptance and rumination on media-induced body dissatisfaction in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 82. 10.1016/j.jpsychires.2016.07.021.
- *Racine, S. E., & Horvath, S. A. (2018). Emotion dysregulation across the spectrum of pathological eating: Comparisons among women with binge eating, overeating, and loss of control eating. *Eating Disorders*, 26 (1), 13-25. DOI: 10.1080/10640266.2018.1418381
- *Rawal, A., Park, R. J., Williams, J. M. (2010). Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 48 (9),851-859. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.009>.
- *Sim, L., & Zeman, J. (2006). The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 219-228.
- *Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research*, 197(1-2), 103-111.
- *Svaldi, J., & Naumann, E. (2014). Effects of Rumination and Acceptance on Body Dissatisfaction in Binge Eating Disorder. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 22, 338–345. doi: 10.1002/erv.2312
- Wade, T.D., George, W.M., Atkinson, M. (2009). A randomized controlled trial of brief interventions for body dissatisfaction. *J. Consult. Clin. Psych*, 77(5): 845-854. doi:10.1037/a0016879
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Winzelberg, A. J., Luce, K. H., & Abascal, L. B. (2004). Internet-based treatment strategies. In J.K. Thompson (Ed.), *Handbook of Eating Disorders and Obesity* (pp. 279–296). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc
- *Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. E. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, 8, 162-169.
- Wolgast, M., Lundh, L.G, Viborg, G. (2011). Cognitive reappraisal and acceptance: an experimental comparison of two emotion regulation strategies. *Behav Res Ther.*, 49(12), 858-66. doi: 10.1016/j.brat.2011.09.011.
- Zabinski, M. F., Wilfley, D. E., Pung, M. A., Winzelberg, A. J., Eldredge, K., & Taylor, C. B. (2001). An interactive internet-based intervention for women at risk of eating disorders: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 129–137.