

PAULA CRISTINA SIMÕES DE OLIVEIRA

TRAUMA, DISSOCIAÇÃO E INGESTÃO ALIMENTAR COMPULSIVA



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

**Dissertação de Mestrado em Psicologia
Clínica**

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-
Comportamentais

Coimbra, 2021



Trauma, Dissociação e Ingestão Alimentar Compulsiva

Paula Cristina Simões de Oliveira

Dissertação Apresentada ao ISMT para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia
Clínica

Orientadora: Professora Doutora Mariana Marques, Professora Auxiliar
Convidada do ISMT

Membros do júri

Presidente: Professora Doutora Marina Cunha, Professora Auxiliar Convidada
do ISMT

Arguente: Professora Doutora Ana Galhardo, Professora Auxiliar Convidada do
ISMT

Coimbra, outubro de 2021

Agradecimentos

Em primeiro lugar, faço questão de agradecer aos meus pais por terem confiado e apostado em mim, mais uma vez, possibilitando-me o alcance deste grande objetivo pessoal, independentemente de qualquer obstáculo. Sem eles, não teria conseguido chegar onde cheguei.

Agradeço profundamente à Professora Doutora Mariana Marques pela sua orientação, apoio, incentivo e disponibilidade constantes. Por todo o conhecimento que me transmitiu, pelas opiniões e críticas, pelo seu profissionalismo, amabilidade e sensibilidade.

Quero também agradecer a todos os colegas que apoiaram na recolha e inserção dos dados, bem como a todas as pessoas que colaboraram no preenchimento do protocolo, indispensável à realização deste estudo.

Aos amigos, por todos os bons momentos proporcionados que me possibilitaram recarregar *baterias* para atingir este objetivo, e também por todas as vezes em que abdicaram de outras coisas para estarem comigo a fortalecerem me e a incentivarem me psicologicamente para nunca desmotivar desta tarefa. Pela paciência que tiveram e pela força que sempre me transmitiram dia após dia.

Um enorme agradecimento ao meu marido e à minha filha Yasmin por todos os momentos ternurentos e amorosos que me encheram o coração de coragem para completar esta etapa da minha vida.

Um bem-haja para todos!

Resumo

Introdução: A perturbação de ingestão alimentar compulsiva foi recentemente incluída no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais e vários estudos referem-na como um problema de saúde pública. A Compulsão Alimentar é uma condição diagnóstica reconhecida que se caracteriza por episódios recorrentes de ingestão exagerada e descontrolada, num curto espaço de tempo, seguido de sentimentos de desconforto físico e de culpa geralmente relacionados com um episódio precipitante específico. Desta forma, são objetivos deste estudo explorar a associação e o papel preditivo das experiências traumáticas (diferentes áreas de trauma: emocional, sexual, físico) e dos sintomas dissociativos (suas dimensões específicas) com/para os sintomas de ingestão alimentar compulsiva.

Metodologia: 421 sujeitos (da população geral e estudantes universitários) preencheram um protocolo de instrumentos de auto-resposta, entre eles, a *Traumatic Events Checklist* (TEC; avalia diferentes domínios da experiência traumática), a *Dissociative Experiences Scale* (DES; avalia variadas dimensões de dissociação) e a *Binge Eating Scale/Lista de Hábitos Alimentares* (BES/LHA; avalia sintomas de ingestão alimentar compulsiva).

Resultados: Tal como em outros estudos, encontrou-se uma associação entre o IMC e a pontuação total de ingestão alimentar compulsiva, em ambos os sexos. Nas mulheres, esta pontuação correlacionou-se, de forma positiva, com a pontuação total de dissociação (DES) e todas as suas dimensões (*Despersonalização, Absorção, Distratibilidade e Memória perturbada*). Quer nos homens, como nas mulheres a pontuação total de LHA correlacionou-se de forma positiva com o IMC. O trauma familiar (TEC) associou-se de forma negativa com o IMC nos homens. Nestes, a idade associou-se de forma negativa com a dimensão de dissociação *Absorção* (DES). No caso das mulheres, a idade também se associou de forma negativa com a pontuação total de dissociação e com as dimensões de dissociação *Absorção* e *Distratibilidade* (DES). Ainda nas mulheres, o IMC associou-se de forma negativa com a dimensão de dissociação *Despersonalização*.

Discussão: Os resultados deste estudo evidenciaram como as experiências traumáticas, as experiências dissociativas, os sintomas psicopatológicos e os comportamentos alimentares se relacionam entre si. Estes resultados devem ser tomados em consideração na área da saúde mental e quando se pensa na elaboração de programas de prevenção nesta área.

Palavras-chave: Experiências traumáticas; dissociação; ingestão alimentar compulsiva.

Abstract

Introduction: Binge eating disorder has recently been included in the Diagnostic and Statistics Manual for Mental Disorders and several studies have referred to it as a public health problem. Binge Eating is a recognized diagnostic condition that is characterized by recurrent episodes of exaggerated and uncontrolled ingestion, in a short period of time, followed by feelings of physical discomfort and guilt usually related to a specific precipitating episode. Thus, the objectives of this study are to explore the association and the predictive role of traumatic experiences (different areas of trauma: emotional, sexual, physical) and dissociative symptoms (their specific dimensions) with / for symptoms of compulsive food intake.

Methodology: 421 subjects (from the general population and college students) completed a self-response instrument protocol, including the Traumatic Events Checklist (TEC; evaluates different domains of traumatic experience), the Dissociative Experiences Scale (DES; evaluates varying dimensions of dissociation) and the Binge Eating Scale (BES / LHA; assesses symptoms of binge eating).

Results: As in other studies, an association was found between BMI and the total score of compulsive food intake, in both sexes. In women, this score was positively correlated with the total dissociation score (DES) and all its dimensions (Depersonalization, Absorption, Distractibility and Disturbed Memory). In both men and women, the total LHA score was positively correlated with BMI. Family trauma (TEC) was negatively associated with BMI in men. In these, age was negatively associated with the dimension of dissociation Absorption (DES). In the case of women, age was also negatively associated with the total dissociation score and with the dimensions of dissociation Absorption and Distractibility (DES). Still in women, BMI was negatively associated with the dimension of depersonalization dissociation.

Discussion: The results of this study showed how traumatic experiences, dissociative experiences, psychopathological symptoms and eating behaviors are related to each other. These results must be taken into account in the area of mental health and when thinking about the design of prevention programs in this area.

Keywords: Traumatic experiences; dissociation; binge eating.

Introdução

As perturbações de comportamento alimentar são um foco de grande interesse no meio académico e clínico, pois constituem graves problemas de saúde pública associados a um grande trauma emocional, complicações com custos de saúde e invalidação psicossocial (Hudson, Hiripi, Pope e Kessler (2007); (O'Reilly e Black, 2015). A ingestão alimentar compulsiva é reconhecida como um problema de saúde geral (Kessler, Berglund, Chiu, Deitz, Hudson, Shahly et al., 2013), apresentando elevada comorbilidade com o excesso de peso e a obesidade (Dingemans e Van Furth, 2012; Pinto Gouveia, Ferreira, Matos e Carvalho, 2014; Sim et al, 2010; Zwaan, 2001). Vários estudos mostraram, de facto, que a prevalência de ingestão alimentar compulsiva é tanto maior quanto maior for o grau da obesidade (Bertoli et al., 2015; Higgins et al., 2013). Se alguns autores referem a existência de comorbilidade entre a ingestão alimentar compulsiva e a obesidade, a relação entre ambas permanece ainda por esclarecer, com estudos a referirem a ingestão alimentar compulsiva como um fator precedente da obesidade, enquanto outros a apresentam como consequência da obesidade (Lladós e Sábado, 2011, citado em Cuadro e Baile, 2015). Já foi igualmente demonstrada a associação entre a ingestão alimentar compulsiva e diferentes problemas de saúde física (e.g., diabetes de tipo 2) e de saúde mental (e.g., sintomas depressivos) (Bulik e Reichborn-Kjennerud, 2003; Hudson, Hiripi, Pope e Kessler, 2007; Kessler et al., 2013; WHO, 2014).

A compulsão alimentar diz respeito à presença de episódios de ingestão de uma grande quantidade de alimentos, num curto período de tempo, com um forte sentimento de perda de controlo (em relação à quantidade e qualidade da comida ingerida) (DSM-5; American Psychological Association/APA, 2014). A maior parte dos estudos sugere, de facto, que o critério de perda de controlo é uma característica fundamental na compulsão alimentar (Latner et al., 2008; Trace et al., 2012; Wolfe et al., 2009), mesmo quando não se realize o diagnóstico de Perturbação de ingestão alimentar compulsiva, associando-se a marcados sentimentos de vergonha e culpa (APA, 2013; Duarte, Pinto-Gouveia, Ferreira, 2014). Ainda acerca desta perturbação, embora tal não seja o foco do presente trabalho, a mesma apenas foi reconhecida como entidade diagnóstica na última edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (APA, 2013), aparecendo na secção das perturbações da ingestão e alimentação, onde também surgem a Anorexia nervosa e a Bulimia nervosa.

No que toca à perturbação de ingestão alimentar compulsiva, estudos mostram que é a perturbação da ingestão e alimentação mais prevalente (Hudson et al., 2007;

Kessler et al., 2013). Dados da Iniciativa Mundial de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde mostraram que, em 14 países, a prevalência ao longo da vida desta perturbação é de 2% e anual de 0,8% (os dados relativos a Portugal apontam para os valores de 2,4% e 0,8%) (Kessler et al., 2013).

Considerando os dados relativos à presença de episódios de ingestão alimentar compulsiva estes parecem ser comuns na população geral (Duarte, Pinto-Gouveia, Ferreira, 2015; Ribeiro, Conceição, Vaz, e Machado, 2014; Qian, Qiang, Yumei, Ting, Mudan, Ren et al., 2013) parecendo manifestar-se entre 10% a 20% das pessoas, de ambos os sexos (Johnsen, Gorin, Stone e le Grange, 2003). Estudos realizados em Portugal (usando a Binge Eating Scale; Duarte, Pinto-Gouveia e Ferreira, 2015) demonstraram que, em mulheres da população geral, recorrendo a pontos de corte encontrados pelos autores, 5,5% apresentavam perturbação (de ingestão alimentar compulsiva) ligeira a moderada e 1,8% perturbação (de ingestão alimentar compulsiva) grave (Duarte, Pinto-Gouveia e Ferreira, 2015).

Quanto à associação da ingestão alimentar compulsiva a diferentes estados/vivências emocionais, as pessoas com este tipo de ingestão tendem a possuir maiores níveis de stresse e de afeto negativo (Heaner e Walsh, 2013; Kelly et al., 2012). O stresse e o humor negativo são geralmente identificados como fatores precipitantes para os comportamentos de ingestão compulsiva (Arnou, Kenardy, e Agras, 1995; Polivy e Herman, 1993, citado em Kenardy, Arnou, e Agras, 1997). Num estudo descritivo de sujeitos com a perturbação de ingestão alimentar compulsiva, os autores relataram que cerca de 42% dos sujeitos mencionavam sentimentos de raiva ou frustração antes da compulsão alimentar, enquanto que apenas 16% mencionavam sentimentos de tristeza/depressão (Arnou, Kenardy e Agras, 1995). Spoor, Stice, Bekker, Van Strien, Croon e Van Heck (2007) verificaram, de facto, que pessoas com um padrão de “alimentação emocional” parecem aumentar o consumo alimentar em resposta a emoções negativas, com níveis maiores de humor negativo a parecerem aumentar a frequência e a gravidade deste tipo de alimentação. Existe, então, uma associação entre níveis elevados de humor negativo e de sintomatologia depressiva e o recurso a estratégias de coping orientadas para a emoção. Isto parece explicar a procura de “alívio emocional” nos alimentos como estratégia para controlar as emoções negativas resultantes de problemas do dia-a-dia (Spoor et al, 2007), contribuindo para a melhoria do humor e facilitando o combate aos efeitos negativos do stresse (Heatherton e Baumeister, 1991). O conceito de “dependência alimentar” (tendência para comer demais em resposta a emoções negativas) tem sido, então, bastante

explorado, com diferentes estudos e revisões a confirmarem a sua presença nas situações de obesidade e de perturbação alimentar (Geliebter e Aversa, 2003; Meule, 2015; Meule e Gearhardt, 2014; Potenza e Grilo, 2014). Num estudo português de Duarte, Pinto-Gouveia e Ferreira, 2014 com 329 mulheres da população em geral e estudantes universitárias, a compulsão alimentar correlacionou-se de forma positiva a sintomas depressivos, vergonha da imagem corporal e auto criticismo, particularmente à dimensão *eu detestado*.

Para além de ser possível considerar o impacto do stresse proximal no comportamento alimentar, importa explorar a hipótese do impacto de vivências traumáticas distais ou mesmo proximais, através da desregulação dos sistemas neurológicos associados à gestão do stresse do próprio sistema endócrino). A literatura apresenta diversas definições de trauma. Uma das definições de trauma é “...uma interrupção física abrupta da experiência quotidiana” (Classen e colaboradores, 1993; Tillman, Nash e Lerner, 1994). Segundo a Associação Americana de Psiquiatria, trauma é “...a experiência pessoal de um acontecimento que envolve a morte ou ameaça de morte ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física; ou testemunhar um acontecimento que envolve a morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento de uma morte inesperada ou violenta...). A pessoa tem de ter uma resposta onde envolva medo, impotência ou horror...” (DSM-IV; APA, 2002).

“O sofrimento psicológico subsequente à exposição a um evento traumático ou estressante é bastante variável. Em alguns casos, os sintomas podem ser bem entendidos em um contexto de ansiedade ou medo...muitos indivíduos que foram expostos a um evento traumático ou estressante exibem um fenótipo no qual, em vez de sintomas de ansiedade ou medo, as características clínicas mais proeminentes são sintomas anedônicos e disfóricos, extermalizações de raiva e agressividade ou sintomas dissociativos” (DSM-5; APA, 2014). Sendo o trauma muitas vezes acompanhado por uma perda do controlo sobre corpo, tal pode causar uma descontinuidade na experiência física e psicológica. De facto, Peichl (2007) descreve o trauma como uma condição tóxica, uma mistura intensa de ansiedade, desamparo absoluto e perda de controlo. As experiências traumáticas podem assumir várias formas: ser inesperadas e apresentar uma duração mais curta (e.g. num terramoto) ou mais prolongada (e.g., ser mantido em cativeiro); ser repetitivas e/ou antecipadas, como o reviver momentâneo de acontecimentos passados em guerra ou o abuso/assédio sexual na infância (APA, 2002).

O trauma conduz a que a pessoa se sinta desprotegida, tornando-se o mundo mais imprevisível e ameaçado de uma forma repentina.

De acordo com Levine (1997), o fator que determina se um evento é considerado traumático para a pessoa é se o seu impacto permanece sem solução. A importância da percepção da natureza real de um evento passa por averiguar, então, se o evento foi realmente traumático para uma pessoa, o que é essencial (Levine 2010). É também a percepção do evento que determinará a extensão e a natureza do impacto na pessoa (Struwig, 2012). O *Traumatic Experiences Checklist* (TEC; Nijenhuis, Van der Hart, e Kruger, 2002) tem sido um dos instrumentos (validados para a população portuguesa) mais utilizados na avaliação da percepção da vivência de dadas experiências como traumáticas. As experiências traumáticas na infância e a gravidade dos sintomas da perturbação alimentar mostram uma forte associação segundo diversos estudos (Armour et al., 2016; Guillaume et al., 2016; Palmisano, Innamorati, e Vanderlinden, 2016). Em um estudo realizado com adolescentes com perturbações do comportamento alimentar, 65% referiu abuso psicológico durante a infância, 53,4% descreveu abuso físico, 30,1% referiu abuso sexual, 46,6% mencionou negligência emocional e 74,0% relatou negligência física (Kong e Bernstein, 2009). Os sujeitos com perturbação alimentar com histórias de abuso sexual na infância revelavam uma significativa comorbidade psiquiátrica tais como: níveis elevados de ansiedade, autoestima baixa, depressão, e uma maior gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, segundo um estudo de Carter e seus colaboradores (2006). Vários estudos têm verificado uma correlação entre o abuso sexual e as perturbações do comportamento alimentar (Connors e Morse, 1993; Smolak e Murnen, 2002; Zlotnick, Hohlstein, Shea, Pearlstein, Recupero e Bidadi, K, 1996).

Segundo Hart, Binggeli, e Brassard, (1998) e Kennedy, Ip, Joti, e Gorzalka, (2007) a associação entre o abuso psicológico (precoce) e a ingestão compulsiva tem sido cada vez mais estudada. O *binge eating* também demonstra correlação entre tentativa de suicídio e trauma sexual (Ribeiro, 2017). Também foi particularmente mencionado que traumas sexuais aumentam o risco de sintomas purgativos (Soares, 2017). As pessoas que experienciam situações traumáticas tendem a procurar comportamentos de redução de tensão para poderem suportar os efeitos posteriores, a intensidade das emoções ou os aspetos angustiantes da experiência traumática (Pereira, 2012). Dessa forma, pode ser utilizado para tentar acalmar, enfraquecer ou mesmo distrair da memória traumática. Segundo Baek, Kim, Hong, M, Cho, Fava, Mischoulon (2018), na avaliação de indivíduos com *binge eating*, a experiência do trauma precisa de ser minuciosamente examinado.

Segundo Kent e Waller (2000) os processos psicológicos funcionam como potenciais mediadores cognitivos e afetivos da associação entre estas variáveis, tais como a vivência de baixa autoestima, a ansiedade e a dissociação. Está bem documentada a associação entre situações de trauma (na infância) e a vivência de sintomas de dissociação na idade adulta (Castillo, 1997; Hallings-Pott, Waller, Watson e Scragg, 2005; Marshal et al., 2013; Putnam, 1991; Putnam et al., 1996; Tillman e colaboradores, 2013). Nijenhuis e colaboradores (1998) concluíram que o diagnóstico de perturbação dissociativa se associava a uma elevada prevalência de experiências traumáticas (comparativamente à ausência desse diagnóstico). Tillman, Nash e Lerner (1994) num estudo com 278 vítimas, concluíram que as que sofreram abuso sexual apresentavam elevados níveis de dissociação, somatização, ansiedade e depressão, comparativamente ao grupo controlo de mulheres não abusadas. Segundo o DSM-5 (APA, 2014), a característica principal dos distúrbios dissociativos é a rutura nas funções integradas da consciência, memória, identidade ou perceção do ambiente (Vanderlinden et al., 2015), caracterizando-se pela diminuição do autocontrolo comportamental e alterações da autoconsciência (Brown, 2006; Claes e Muehlenkamp, 2014).

O conceito “dissociação” foi introduzido e desenvolvido por Pierre Janet, no final do século XIX (Vanderlinden et al., 2015). Nesta época, a dissociação constituía a característica essencial da classe das perturbações mentais designadas de “histeria”. Nestes pacientes, Janet descreveu a divisão de “sistemas de ideias ou idées fixes (ideias fixas)” como a característica essencial da dissociação, tratando-se de um processo de divisão evocado quando a pessoa era confrontada com uma experiência traumática (Moulton et al., 2014; Vanderlinden et al., 2015). As conceções de Janet receberam nova atenção, no final do século XX. Houve desenvolvimento de novas definições de dissociação, com os sintomas dissociativos a abrangerem experiências de desrealização/despersonalização, confusão/fragmentação da identidade e amnésia psicogénica (La Mela et al., 2015). Também no final do século XX, foram citadas categorias diferenciadas de perturbações dissociativas (Vanderlinden et al., 2015). Todas as perturbações dissociativas incluídas no DSM-5 (APA, 2014) referem-se, então, a manifestações dissociativas psicológicas: perturbação de identidade dissociativa; amnésia dissociativa com ou sem fuga dissociativa; despersonalização/desrealização; outros distúrbios dissociativos especificados; e distúrbio dissociativo não especificado (Moulton et al., 2014). Segundo alguns autores, a dissociação pode desenvolver-se como uma defesa psicológica, ou seja, um mecanismo que facilita a fuga da consciência da ameaça

de estímulos e de emoções traumáticas (Everill e Waller, 1995; Hallings-Pott, et al., 2005; Kessler et al., 2013; Van der Kolk e Van der Hart, 1989; Vanderlinden et al., 2015). De facto, na explicação da associação entre trauma e dissociação, Putnam (1991), Putnam e colaboradores (1989) e Classen e colaboradores (1993) conceptualizaram a dissociação como uma resposta inicial e adaptativa, face a acontecimentos traumáticos, considerando que a dissociação poderia contribuir para a interiorização das experiências traumáticas, reduzindo o seu impacto. Ou seja, a dissociação pode ser considerada como uma defesa e forma de *coping* perante acontecimentos intensamente stressantes.

Sendo assim, partindo da noção de fuga associada à dissociação, entende-se que estes estados dissociativos possam influenciar o comportamento alimentar, explicando até a sensação de perda de controlo que caracteriza a ingestão alimentar compulsiva. Desta maneira, diferentes estudos já verificaram que a dissociação desempenha um importante papel na previsão de comer demais (Engelberg et al., 2007) e na gravidade dos episódios de compulsão alimentar (La Mela et al., 2010; McShane e Zirkel, 2008; Waller et al., 2001). De uma forma geral, os pacientes frequentemente relatam um estado de despersonalização e desrealização antes e durante os episódios de compulsão alimentar (Hallings-Pott et al., 2005). Alguns estudos mostram, também, que os sintomas dissociativos são mais prevalentes em pacientes com perturbações alimentares, com história de trauma de infância e com comportamentos de purgação compulsiva, por comparação com pacientes com anorexia restritiva (Dalle et al., 1996; Olíosi e Dalle Grave, 2003). Fuller-Tyszkiewicz e Mussap (2008) num estudo com 151 universitárias que preencheram medidas de dissociação, insatisfação corporal, impulsividade, internalização do ideal de magreza, comparação corporal e compulsão alimentar, concluíram existir uma relação entre dissociação e compulsão alimentar. O estudo analisou duas explicações potenciais, em termos dos processos psicológicos que podiam estar subjacentes a esta associação [1) a dissociação desinibe o controlo comportamental da alimentação e 2) a dissociação interfere na autoconsciência e prejudica a imagem corporal]. Segundo o estudo, os elevados níveis de dissociação analisados por esses indivíduos podem demonstrar os efeitos diretos da dissociação na compulsão alimentar. As estratégias de fuga à consciência, características da dissociação predispõem os indivíduos a ignorar, ou pelo menos a enfatizar, o feedback que normalmente serve para excluir respostas comportamentais prejudiciais à comida, especialmente o “comer demais” (Everill e Waller, 1995; Heatherton e Baumeister, 1991).

É importante explorar a utilização excessiva da fuga à consciência (dissociação), como uma estratégia em resposta a estímulos ameaçadores e/ou emoções dolorosas, conseguindo, dessa forma facilitar a compulsão alimentar. Alguns estudos especialmente internacionais pesquisaram a associação entre experiências traumáticas e ingestão alimentar compulsiva/perturbação de ingestão alimentar compulsiva, outros estudos abordam a ligação entre sintomas dissociativos/dissociação e ingestão alimentar compulsiva/*binge eating*, poucos são os que abordam ou consideram, em simultâneo, trauma/experiências traumáticas, dissociação/sintomas dissociativos e sintomas de ingestão alimentar compulsiva. São, assim, nossos objetivos, numa amostra com sujeitos da população geral e estudantes universitários, explorar as associações e o papel preditivo das experiências traumáticas (diversos domínios: emocional, físico e sexual) e dos sintomas dissociativos com os/nos sintomas de ingestão alimentar compulsiva, para além de, estudar, ainda que num estudo transversal, o seu papel preditivo (analisar a relação entre os sintomas de IAC, o IMC, a idade e o peso relatado na infância).

2. Materiais e métodos

2.1. Amostra

A amostra total ficou constituída por 421 participantes, tendo-se considerado como critérios de inclusão, recolher participantes com idades entre os 18 e os 65 anos e de nacionalidade portuguesa. A idade média foi de 30,7 ($DP = 11,51$). A maioria dos participantes referenciou ser solteiro ($n = 268$; 63,7%) e ter o secundário ($n = 151$; 35,9%), seguindo-se os participantes com licenciatura ($n = 148$; 35,2%). A maioria era estudante universitário ($n = 225$; 53,4%) e frequentava o curso de Psicologia ($n = 85$; 37,8 %) (Tabela 1). Igualmente, a maioria não era estudante-trabalhador ($n = 177$; 42,0%) e entre os que eram já trabalhadores, segundo a Classificação Nacional das Profissões, a maioria pertencia aos Especialistas intelectuais e científicos ($n = 57$; 13,5 %). Na infância, segundo auto-relato, a maioria tinha peso normal ($n = 253$; 61,1%). Na atualidade, verificou-se um índice de massa corporal (IMC) médio de 23,78 ($DP = 11,51$) e quando este foi categorizado, a maioria dos participantes apresentou peso normal ($n = 223$; 53,0%) (Tabela 2). Após categorização da pontuação total de ingestão alimentar compulsiva (instrumento LHA/BES), a maioria dos participantes encontrou-se na categoria “ingestão alimentar ligeira a moderada” ($n = 241$; 57,2%) (Tabela 3).

Tabela 1
Características sociodemográficas (da amostra)

		Amostra total	
Sexo		<i>n</i>	%
Masculino		119	28,3
Feminino		300	71,3
	Total	419	99,5%
Idade		<i>M (DP)</i>	Intervalo
		30,7 (11,51)	18 – 65
Estado Civil		<i>n</i>	%
Solteiro		268	63,7
Casado/união de facto		127	30,2
Separado/divorciado		19	4,5
Viúvo		4	1,0
	Total	418	99,3
Não respondeu		3	0,7
	Total	421	100
Escolaridade		<i>n</i>	%
1º Ano-4ºano (1º ciclo)		10	2,4
5º Ano- 6ºano (2ºciclo)		9	2,1
7ºAno-9ºano (3ºciclo)		24	5,7
Secundário		151	35,9
Bacharelato		26	6,2
Licenciatura		148	35,2
Mestrado		36	8,6
Doutoramento		9	2,1
Outra		3	0,7
	Total	416	98,98
Não respondeu		5	1,2
	Total	421	100,0
Estudante- Uni versitário		<i>n</i>	%
Sim		225	53,4
Não		194	46,1
	Total	419	99,5
Não respondeu		2	0,5
	Total	421	100,0
Curso		<i>n</i>	%
Psicologia		85	37,8
Serviço Social		35	15,6
Gestão de Recursos Humanos		9	4,0
Jornalismo		12	5,3
Comunicação empresarial		9	4,0
Multimédia		6	2,7
Informática		10	4,4
Design de Comunicação		9	4,0
Gestão		28	12,4
Enfermagem		11	4,9
Gestão de Empresas		2	0,9
Economia Financeira		1	0,4
	Total	217	96,4
Não respondeu		8	3,6
	Total	225	100,0

Notas: *n* = número de sujeitos da amostra; % = percentagem; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão.

Tabela 2
Características sociodemográficas da amostra (continuação)

		Amostra total	
		<i>n</i>	%
Estudante-trabalhador			
Não		177	42,0
Sim		50	11,9
Não se aplica		191	45,4
	Total	418	99,3
Não respondeu		3	0,7
	Total	421	100,0
Profissões		<i>n</i>	%
Quatros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa		7	1,7
Especialistas das profissões intelectuais e científicas		57	13,5
Técnicos e profissionais de nível intermédio		6	1,4
Pessoal administrativo e similares		19	4,5
Pessoal dos serviços e vendedores		28	6,7
Operários, artífices e trabalhadores similares		6	1,4
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores das máquinas		8	1,9
	Total	21	5,0
Não respondeu		2	0,5
	Total	154	36,6
Peso na Infância		<i>n</i>	%
Magro/a		75	17,8
Peso normal		253	60,1
Excesso de peso		78	18,5
Obesidade		6	1,4
	Total	412	97,9
Não respondeu		9	2,1
	Total	421	100,0
Índice de massa corporal (IMC)		<i>M (DP)</i>	Intervalo
		23,78(11,51)	15,0-43,3
IMC categorizado			
Magreza extrema (<18,5)		15	3,6
Magreza (18,5-19,4)		27	6,4
Peso normal (19,5-24,4)		223	53,0
Excesso de peso (24,5-29,4)		115	27,3
Obesidade (≥29,5)		32	7,6
	Total	412	97,9
Não respondeu		9	2,1
	Total	421	100,00

Notas: *n* = número de sujeitos da amostra; % = percentagem; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão.

Tabela 3
Categorias de ingestão alimentar compulsiva (pontuação total da Lista de Hábitos Alimentares/LHA; Binge Eating Scale/BES)

Ingestão Alimentar Compulsiva	Total		Homens		Mulheres	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
≤ 17 (sem ingestão alimentar compulsiva)	305	91,4	112	94,1	271	90,3
18 a 26 (ingestão alimentar compulsiva ligeira a moderada)	25	5,9	6	5,0	19	6,3
≥27 (ingestão alimentar compulsiva grave)	11	2,6	1	0,8	10	3,3
Total	421	100,0	119	100,00	300	100,00
					0	

Notas: *n* = número de sujeitos da amostra; % = percentagem; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão.

2.2. Procedimentos

Esta dissertação integra um projeto sobre correlatos do comportamento alimentar compulsivo/*binge eating*. Definiu-se, inicialmente, o protocolo de instrumentos a utilizar para avaliar correlatos como: alexitimia, dissociação, impulsividade, dificuldades em regular emoções e autoaversão. Neste trabalho, os construtos/escalas a utilizar foram: eventos traumáticos/Escala de Experiências Traumáticas/*Traumatic Events Checklist* (TEC); comportamento alimentar compulsivo/Lista de Verificação de Hábitos Alimentares/*Binge Eating Scale* (LHA/BES), e dissociação/*Dissociative Experiences Scale*. Pediram-se as autorizações para uso dos instrumentos aos seus autores, tendo as mesmas sido cedidas. Elaboraram-se os consentimentos informados e questionários sociodemográficos (para administrar junto de estudantes universitários e da população geral). Depois do projeto ter sido aprovado pela Comissão de ética do ISMT, foram contactados os coordenadores dos cursos de 1º ciclo de Serviço Social, Psicologia, Comunicação Empresarial, Multimédia, Informática, Jornalismo, Gestão de Recursos Humanos, Gestão, Design e Comunicação e do Mestrado em Psicologia Clínica, que cederam as suas autorizações e articularam com a autora e com os colegas que integraram o projeto, para poder ser realizada a recolha. Esta aconteceu entre fevereiro e junho de 2017. O protocolo foi aplicado em formato de papel a pessoas da população geral e inserido na plataforma online Google docs, para ser possível alargar um pouco mais a recolha junto da população geral. Aquando da recolha de dados (em formato papel e online) foram explicados os objetivos do estudo e assegurada a sua confidencialidade, tendo todos os participantes fornecido o seu consentimento informado.

2.3. Instrumentos

2.3.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi construído para obter dados quanto à idade, estado civil, escolaridade, peso e altura relatados (para cálculo do índice de massa corporal), situação relativa ao estudo (ser ou não estudante universitário), no caso de ser estudante universitário, o curso frequentado, situação profissional (ser, ou não, trabalhador-estudante), profissão, e peso na infância/adolescência.

2.3.2. *Dissociative Experiences Scale* (DES, Bernstein e Putnam, 1986; Espírito Santo e Pio Abreu, 2008)

A DES foi desenvolvida por Bernstein e Putnam (Bernstein e Putnam, 1986; Carlson e Putman, 1993) e é constituída por 28 itens baseados nos critérios de dissociação do

Manual Estatístico de Perturbações Mentais (Bernstein e Putnam, 1986; Carlson e Putnam, 1993). Trata-se de uma escala de autorresposta com uma gradação de resposta de 0 a 100. Cada questão tem, então, 11 respostas possíveis, com os participantes a deverem assinalar a percentagem de tempo que experimentam cada sintoma, representada por valores entre 0% a 100% (que variam de 10% em 10%). O resultado total calcula-se através da média da soma das pontuações de todos os itens (Bernstein e Putnam, 1986; Carlson e Putnam, 1993). A versão portuguesa é semelhante à original americana e foi adaptada e validada por Espírito-Santo e Pio Abreu (2009). Para além da média da soma das pontuações de todos os itens, a escala avalia quatro fatores, que são: 1) *Despersonalização/Desrealização* (associada a experiências de sentir-se desligado, separado de si mesmo, do corpo, e das outras pessoas; itens 7, 11, 12, 13, 16, 27 e 28); 2) *Absorção* (relacionada com experiências de envolvimento numa atividade, memória ou fantasia com alheamento em relação ao ambiente, com a capacidade de ignorar dor e com o conseguir fazer coisas habitualmente difíceis; itens 14, 17, 18, 19, 20, 22 e 23); 3) *Distratibilidade* (inclui as experiências de perda de parte da informação de acontecimentos, de encontrar coisas que não se lembra de fazer e confusão sobre memórias; itens 1, 2, 15, 21, 24, 25 e 26); e 4) *Memória Perturbada* (envolvem esquecimentos graves, itens 3, 4, 5, 6, 8, 9). A DES tem uma boa capacidade de detetar patologia dissociativa na população clínica e não clínica (Espírito-Santo e Pio Abreu, 2009). A escala apresenta uma consistência interna elevada (alfa de Cronbach igual a 0,94 e coeficiente de bipartição de 0,81) (Espírito-Santo e Pio Abreu, 2009). Neste estudo, encontraram-se os seguintes valores de alfa de Cronbach: Despersonalização/Desrealização, $\alpha = 0,901$ (muito bom, segundo DeVellis, 1991); Absorção, $\alpha = 0,872$ (muito bom, segundo DeVellis, 1991); Distratibilidade, $\alpha = 0,882$ (muito bom, segundo DeVellis, 1991); Memória perturbada, $\alpha = 0,870$ (muito bom, segundo DeVellis, 1991).

2.3.2. Traumatic Events Checklist/Escala das Experiências Traumáticas (TEC, Nijenhuis, van der Hart e Vanderlinden, 1999, citado em Nijenhuis, Van der Hart e Kruger, 2002; Espírito-Santo, Rocha, Gonçalves, Cassimo, Martins, e Xavier, 2013).

A TEC avalia experiências traumáticas (em função da percepção do respondente) (Dom, De Wilde, Hulstijn e Sabbe, 2007). Versões anteriores do instrumento avaliavam vinte cinco experiências traumáticas, com a versão mais atual a avaliar vinte e nove experiências traumáticas (vinte e nove itens). Pergunta-se ao respondente se passou por

um/a determinado/a evento traumático/trauma/experiência traumática (0/não e 1/sim), no total das vinte e nove experiências, com a pontuação a variar de 0 a 29. Em cada um dos itens, dependente da pessoa ter respondido “não” ou “sim”, pergunta-se a idade de início (dos 0 aos 6 anos, dos 7 aos 12 anos e dos 13 aos 18 anos), duração do trauma e impacto que teve (com “1” a equivaler a “nenhum” e “5” a “muitíssimo”). A TEC explora, desta forma, diferentes formas de trauma: negligência emocional; diversos tipos de abuso (emocional, físico e sexual) e de violência física ou sexual (ameaça corporal, assédio sexual); e problemas familiares (alcoolismo, pobreza, problemas psiquiátricos de um membro da família, danos corporais, experiências de guerra) (Nijenhuis et al., 2002; Nijenhuis, van der Hart, Kruger, e Steel, 2004). No que se refere à negligência emocional, abuso emocional, abuso físico, assédio sexual e abuso sexual é avaliado se a experiência aconteceu na família de origem, família extensa, ou noutra contexto (Nijenhuis et al., 2002). O instrumento permite calcular, assim, o trauma emocional (negligência emocional e abuso emocional em diferentes contextos: 6 itens), trauma sexual (assédio sexual e abuso sexual em vários contextos: 6 itens) e ameaça corporal (abuso físico em várias configurações sociais, ameaça intencional à vida de uma pessoa, punição bizarra, dor intensa: 6 itens) (Nijenhuis et al., 2002). Calcula, ainda, a gravidade do trauma tendo em conta o seguinte: (a) presença da experiência; (b) idade no início (ocorreu/começou nos primeiros 6 anos de vida ou depois); (c) duração da experiência (duração inferior ou superior a 1 ano); e (d) resposta subjetiva (a pessoa refere não se sentir traumatizada, ligeiramente, moderadamente, severamente ou extremamente traumatizada pela/s experiência/s). Estes aspetos (de a a d) são pontuados com 1 caso estejam presentes e com 0 se não estiverem presentes (Nijenhuis et al., 2002). Os totais são calculados onde o trauma ocorreu (família de origem, família alargada ou noutras situações) e os resultados são adicionados. A escala não avalia o contexto em que a ameaça de vida, dor e punição bizarra teve lugar. Os resultados compostos para a ameaça de vida, dor e punição bizarra são somados aos resultados compostos de abuso físico, tendo em conta os três possíveis contextos de ocorrência. Desta forma, a pontuação da gravidade da área de trauma varia de 0 a 12 na negligência emocional, abuso emocional, abuso físico, assédio sexual e abuso sexual, e de 0 a 24 na ameaça corporal. Assim, a TEC avalia a gravidade de diversas áreas de trauma, categorizando-os em trauma emocional (negligência emocional e abuso emocional), trauma físico (abuso físico e ameaça corporal, dor e punições bizarras) e trauma sexual (abuso sexual e assédio sexual). Calcula, ainda, a gravidade do trauma familiar. A versão portuguesa da TEC encontrou a pontuação média total de presenças

traumáticas de 4,47 ($DP = 3,96$), com o instrumento a mostrar uma consistência interna total muito boa ($\alpha = 0,93$) (Espírito-Santo et al., 2013).

2.3.4. *Binge Eating Scale*/Lista de Hábitos Alimentares (Gormally, Black, Daston e Rardin, 1982; Duarte, Pinto-Gouveia e Ferreira, 2015).

A LHA é uma escala composta por 16 itens que pretende avaliar comportamentos chave (e.g., comer grandes quantidades de alimentos) e sintomas afetivos/cognitivos (e.g., perda de controlo, medo e/ou culpa de ser incapaz de parar de comer) de/associados à ingestão alimentar compulsiva (Gormally, Black, Daston e Rardin, 1982; Duarte et al., 2015). Cada item consiste num conjunto de afirmações numeradas que representam diferentes valores. Os sujeitos devem escolher a afirmação que melhor descreve a sua experiência (Duarte et al., 2015). Os itens são classificados numa escala de 0 a 3 pontos, e a pontuação total varia entre 0 a 46 pontos, avaliando o quão grave é a ingestão alimentar compulsiva. Pontuações iguais ou superiores a 27 traduzem um nível grave de ingestão alimentar compulsiva, pontuações de 18 a 26 indicam a existência de sintomas ligeiros a moderados de ingestão alimentar compulsiva, e pontuações iguais ou menores a 17 indicam uma maior probabilidade de ausência desta perturbação alimentar (ou de menor gravidade da mesma). A versão portuguesa da LHA apresenta uma elevada consistência interna ($\alpha = 0,88$) (Duarte et al., 2015). Neste estudo, encontrou-se um valor de alfa de Cronbach de 0,905 (muito bom, segundo DeVellis, 1991).

2.4. Análise estatística

Para a análise estatística, utilizámos o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. Na nossa investigação, determinámos as estatísticas descritivas, as medidas de tendência central, e também de dispersão, medidas de assimetria e de achatamento. Ainda que, segundo o teste de Kolgorov-Smirnov, a grande maioria das variáveis do estudo revelar não normalidade, realizámos testes paramétricos, por termos uma amostra com n superior a 30. Para estudarmos a fidelidade dos instrumentos calculámos os alfas de Cronbach, interpretados de acordo com os valores de DeVellis (1991): entre 0,6 e 0,7, aceitável; entre 0,7 e 0,8, bom; entre 0,8 e 0,9, muito bom. Através de testes t de Student para amostras independentes verificámos se existiam diferenças na pontuação total de *binge eating*/LHA (variável nuclear deste trabalho) por sexo. Uma vez que verificámos diferenças significativas por sexo nessa

mesma variável, conduzimos as análises seguintes separadamente por sexo. Realizamos correlações de Pearson para testar a relação da pontuação total de LHA com as áreas da TEC (áreas de trauma), as dimensões de dissociação e sua pontuação total (DES), o IMC e a idade. Na classificação da magnitude das correlações, consideramos os critérios de Cohen (1992): 0,01, baixa; 0,30, moderada; e 0,50 elevada. Estudamos a presença de diferenças na pontuação total de LHA pela variável peso na infância (na amostra total e separadamente por sexo) recorrendo a análises de variância (ANOVA). Após termos verificado a presença de diferentes associações, realizamos uma regressão múltipla hierárquica para explorar quais as variáveis preditoras da pontuação total de LHA (variável dependente/VD), considerando, precisamente, nessa análise apenas as variáveis que haviam revelado associações com a VD. Nesta análise de regressão foram tidas em conta as suposições das análises de regressão: tamanho da amostra [fórmula de Tabachnick e Fidell (2007, p.123) que considera o número de preditores/VIs considerados (N tem de ser $> 50+8m$; m equivale ao número de VIs)]; ausência de multicolinearidade [tendo em conta a matriz de correlações, apenas considerar as variáveis que revelem correlação inferior a 0,7 (Pallant, 2007) e consideração dos valores de Tolerance e de VIF das VIs (valores de Tolerance $>.10$ e de VIF < 10)].

3. Resultados

Na Tabela 4 apresentamos as médias, desvios-padrão e intervalos das dimensões e a pontuação total dos instrumentos usados neste trabalho, na amostra total. O teste t de Student mostrou existirem diferenças estatisticamente significativas, por sexo, na pontuação total de sintomas de *binge eating* (Lista de Hábitos Alimentares/LHA) (masculino, $M = 5,95$; $DP = 5,86$; feminino, $M = 7,72$, $DP = 7,51$; $t = -256$; $p = 0,011$) revelando que as mulheres apresentam valores superiores destes sintomas. Desta forma, nas tabelas 5 a 8 são expostas as correlações entre a pontuação total de LHA e as áreas/pontuação total dos possíveis correlatos dos sintomas de *binge eating* (DES e TEC) separadamente, por sexo. Quanto às dimensões de dissociação e sua pontuação total (DES), na dimensão *Despersonalização*, as mulheres apresentaram valores mais baixos do que os homens (mulheres, $M = 6,15$; $DP = 10,99$ vs. homens, $M = 10,22$; $DP = 14,78$; $t = 2,722$; $p = 0,007$), assim como na dimensão *Memória perturbada* (mulheres, $M = 10,38$; $DP = 14,37$ vs. homens, $M = 14,35$; $DP = 17,01$; $t = 2,247$; $p = 0,026$). No que diz respeito ao IMC, foram os homens a apresentar um valor superior ($M = 24,45$; $DP = 3,45$)

ao das mulheres ($M = 23,52$; $DP = 4,08$; $t = 2,325$; $p = 0,021$). Não foram encontradas diferenças, por sexo, nas áreas de trauma.

Tabela 4

Médias e desvios-padrão nas dimensões e áreas dos instrumentos TEC, DES e LHA

	Amostra Total	
	M (DP)	Intervalo
TEC Trauma total (com abuso sexual, sem ameaça corporal)	13,29 (5,79)	3,00-19,00
TEC Trauma emocional total	9,29 (4,39)	3,00-16,00
TEC Trauma sexual total	0,19 (0,88)	0,00-7,00
TEC Trauma familiar	0,74 (1,10)	0,00-8,00
Total de experiências traumáticas	2,07 (2,17)	0,00-13,00
DES Despersonalização/Desrealização (média da soma das pontuações dos itens da dimensão)	7,27 (12,29)	0-100%
DES Absorção (média da soma das pontuações dos itens da dimensão)	18,09 (16,85)	0-100
DES Distratibilidade (média da soma das pontuações dos itens da dimensão)	18,36 (16,80)	0-100
DES Memória perturbada (média da soma das pontuações dos itens da dimensão)	11,46 (15,23)	0-100
DES total (média da soma das pontuações de todos os itens)	13,31 (13,06)	0-100
LHA total	7,21 (7,11)	0,00-37,00
IMC	23,78 (3,93)	15,0-43,3

. TEC = *Trauma Events Checklist*; DES = *Dissociative Experiences Scale*; LHA = Lista de Verificação de Hábitos Alimentares

No caso dos homens, a pontuação total de LHA (de sintomas de ingestão compulsiva) não revelou nenhuma correlação significativa com as dimensões e pontuação total de dissociação (DES), bem como com as diferentes áreas de trauma (TEC). Da mesma forma, nenhuma dimensão (assim como a pontuação total) de dissociação se correlacionou com as várias áreas de trauma (TEC).

Nas mulheres, a pontuação total de LHA correlacionou-se de forma estatisticamente significativa e positiva com a pontuação total de dissociação (DES) e todas as dimensões de dissociação (*Despersonalização, Absorção, Distratibilidade e Memória perturbada*) (magnitudes pequenas). As áreas *Trauma total* (com abuso sexual, sem ameaça corporal) e *Trauma emocional* não revelaram qualquer associação significativa com as dimensões

e pontuação total da DES. As áreas *Trauma sexual* (total) e *Trauma familiar* e o *Total de experiências traumáticas* mostraram associações significativas com todas as dimensões e com a pontuação total de dissociação (DES) (excetuando a associação não significativa entre Trauma sexual total e Memória perturbada).

Tabela 5

Correlações entre a pontuação total de LHA, áreas da TEC, pontuação total e dimensões da DES (mulheres)

	DES total	DES Despersonalização	DES Absorção	DES Distratibilidade	DES Memória perturbada
LHA total	0,203**	0,201**	0,149**	0,192**	0,195**
TEC	NS	NS	NS	NS	NS
Trauma total (com abuso sexual, sem ameaça corporal)					
TEC	NS	NS	NS	NS	NS
Trauma emocional total					
TEC	0,167**	0,128**	0,192**	0,168**	NS
Trauma sexual total					
TEC	0,167**	0,178**	0,139*	0,141*	0,156**
Trauma familiar					
Total de experiências traumáticas	0,249**	0,208**	0,252**	0,225*	0,174**

** $p \leq 0,01$; TEC = *Trauma Events Checklist*; DES = *Dissociative Experiences Scale*; LHA = Lista de Verificação de Hábitos Alimentares.

As correlações entre a pontuação total de LHA e as áreas de TEC surgem na Tabela 6. Relativamente aos homens não se encontraram associações significativas, no caso das mulheres, as áreas *Trauma sexual total*, *Trauma familiar* e *Total de experiências traumáticas* mostraram uma associação significativa e positiva (magnitudes pequenas) com a pontuação total de LHA.

Tabela 6

Correlações entre a pontuação total de LHA e áreas/pontuações da TEC (homens e mulheres)

	Homens	Mulheres
	LHA	
TEC Trauma total (com abuso sexual, sem ameaça corporal)	NS	NS
TEC Trauma emocional total	NS	NS
TEC Trauma sexual total	NS	0,158**
TEC Trauma familiar	NS	0,195**
Total de experiências traumáticas	NS	0,283**

** $p \leq 0,01$; TEC = *Trauma Events Checklist*; DES = *Dissociative Experiences Scale*; LHA = Lista de Verificação de Hábitos Alimentares.

Na Tabela 7 apresentam-se as correlações entre a pontuação total de LHA, as áreas da TEC, as dimensões da DES, idade e IMC, nos homens e mulheres. Quer nos homens, como nas mulheres a pontuação total de LHA correlacionou-se de forma significativa e positiva (magnitude moderada) com o IMC. O trauma familiar (TEC) associou-se de forma significativa e negativa (magnitude pequena) com o IMC nos homens. Também nos homens, a idade associou-se de forma significativa e negativa (magnitude pequena) com a dimensão de dissociação *Absorção* (DES). No caso das mulheres, a idade também se associou de forma significativa e negativa (magnitudes pequenas) com a pontuação total de dissociação e com as dimensões específicas de dissociação *Absorção* e *Distratibilidade* (DES). Ainda nas mulheres, o IMC associou-se de forma significativa e negativa (magnitude pequena) com a dimensão de dissociação *Despersonalização*.

Tabela 7

Correlações entre pontuação total de LHA, áreas/pontuações da TEC, pontuação total e dimensões da DES, idade e IMC (homens e mulheres)

	Homens		Mulheres	
	Idade	IMC	Idade	IMC
LHA (pontuação total)	NS	0,360**	NS	0,356**
TEC Trauma total (com abuso sexual, sem ameaça corporal)	NS	NS	NS	NS
TEC Trauma emocional total	NS	NS	NS	NS
TEC Trauma sexual total	NS	NS	NS	NS
TEC Trauma familiar	NS	-0,189*	NS	NS
Total de experiências traumáticas	NS	NS	NS	NS
DES total	NS	NS	-0,139*	NS
DES Despersonalização	NS	NS	NS	-0,147
DES Absorção	-0,220*	NS	-0,174**	NS
DES Distratibilidade	NS	NS	-0,160**	NS
DES Memória perturbada	NS	NS	NS	NS

** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$; NS = não significativo; TEC = *Trauma Events Checklist*; DES = *Dissociative Experiences Scale*; LHA = Lista de Verificação de Hábitos Alimentares.

Recorrendo a uma análise de variância (ANOVA), na amostra total e separadamente, por sexo, testamos diferenças na pontuação total de LHA, em função da variável “peso relatado na infância” (Tabela 8). Encontrámos diferenças na amostra total e nas mulheres (os resultados relativos aos homens não surgem na tabela). Na amostra total, quem relatou ser magro/a(s) na infância apresentou uma pontuação total média de ingestão alimentar compulsiva menor ($M = 21,56$, $DP = 6,33$) do que quem referiu ter excesso de peso ($M = 26,89$; $DP = 9,02$) ou obesidade ($M = 32,17$; $DP = 10,94$). Quem referiu ter peso normal na infância também apresentou pontuação total média de ingestão alimentar compulsiva menor ($M = 22,37$; $DP = 6,04$) do que quem afirmou ter excesso de peso ($M = 26,89$; $DP = 9,02$) ou obesidade ($M = 32,17$; $DP = 10,94$). Quanto às mulheres, quem relatou ser magro/a(s) na infância apresentou uma pontuação total média de ingestão alimentar compulsiva menor ($M = 21,98$, $DP = 7,03$) do que quem relatou ter excesso de peso ($M = 27,95$; $DP = 9,36$) ou obesidade ($M = 34,40$; $DP = 10,60$). Quem referiu ter peso normal na infância apresentou pontuação total média de ingestão alimentar compulsiva menor ($M = 22,69$; $DP = 6,27$) do que quem afirmou ter excesso de peso ($M = 27,95$; $DP = 9,36$) ou obesidade ($M = 34,40$; $DP = 10,60$).

Tabela 8

Análise de variância: impacto do peso relatado na infância na pontuação total de LHA (amostra total e mulheres)

	Amostra total				F	P	Post-hoc Φ
	Magro(a) (1) M (DP)	Peso normal (2) M (DP)	Excesso de peso (3) M (DP)	Obesidade (4) M (DP)			
LHA (pontuação total)	21,56 (6,33)	22,37 (6,04)	26,89 (9,02)	32,17 (10,94)	13,342	$\leq 0,001$	1<3,4 2<3,4
	Mulheres						
LHA (pontuação total)	21,98 (7,03)	22,69 (6,27)	27,95 (9,36)	34,40 (10,60)	12,424	$\leq 0,001$	1<3,4

Notas: p = nível de significância; F = ANOVA/Análise de variância; M = Média; DP = Desvio-padrão; Φ Test Tukey.

Uma vez que queríamos verificar o papel preditor do IMC, do peso relatado na infância, das áreas da TEC e das dimensões/pontuação total da DES para a pontuação total de LHA, e uma vez que somente no caso do sexo feminino foram encontradas associações entre a pontuação total de LHA e diferentes variáveis, foi realizada uma

análise de regressão múltipla hierárquica apenas no caso da subamostra das mulheres. Foi estudada a capacidade do peso relatado na infância e do IMC, introduzido num primeiro bloco, das áreas da TEC (sexual e familiar) e total de experiências traumáticas, introduzidas num segundo bloco, e da pontuação total da DES e das suas quatro dimensões introduzidas num terceiro bloco, a predizer a variável dependente (VD), a pontuação total da LHA. O tamanho da amostra necessário, tendo em conta os 10 preditores ($N = 130$) foi cumprido. Foi encontrada multicolinearidade entre a pontuação total de dissociação (DES) e as suas várias dimensões, pelo que dado que a pontuação total mostrou ser a variável com o valor mais elevado de correlação com a pontuação total de LHA, voltámos a conduzir uma nova análise de regressão considerando apenas a pontuação total da DES. O mesmo aconteceu entre a área Trauma familiar e o total de experiências traumáticas, e uma vez que havia sido o total de experiências traumáticas a apresentar o maior valor de correlação com a pontuação total de ingestão alimentar compulsiva (LHA), na nova análise de regressão, apenas considerámos esta variável. Neste caso, com 5 preditores, voltou a ser cumprida a assunção do tamanho da amostra ($N = 90$). Os valores de Tolerância e VIF exigidos foram cumpridos. O peso relatado na infância e o IMC explicaram 15,9% da variância da pontuação total de ingestão alimentar compulsiva. Depois de introduzir num segundo bloco a área Trauma Sexual e o total de experiências traumáticas, a variância explicada pelo modelo como um todo foi de 22,1%, $F(4,284) = 10,143$, $p \leq 0,001$. Estas variáveis explicaram uma variância adicional de 6,2% da variância da pontuação total de ingestão alimentar compulsiva, depois de controlar o peso relatado na infância e o IMC, mudança do $R^2 = 0,062$, mudança do $F(2,284) = 11,320$, $p \leq 0,001$. Depois de introduzir num terceiro bloco a pontuação total de dissociação (DES) a variância explicada pelo modelo como um todo foi de 22,8%, $F(5,283) = 16,722$, $p \leq 0,001$. Estas variáveis não explicaram, no entanto, uma variância adicional da pontuação total de ingestão alimentar compulsiva, depois de controlar os dois blocos anteriores, mudança do $R^2 = 0,007$, mudança do $F(1,283) = 2,589$, $p = 0,109$. Três variáveis mostraram oferecer uma contribuição significativa para a VD: peso relatado na infância ($\beta = 0,174$, $p = 0,002$), IMC ($\beta = 0,263$, $p \leq 0,001$) e o total de experiências traumáticas ($\beta = 0,225$, $p \leq 0,001$) (Tabela 9).

Tabela 9

Regressão múltipla hierárquica, predizendo a pontuação total de LHA, através das VIs peso relatado na infância, IMC, trauma sexual e total de experiências traumáticas (TEC) e pontuação total de dissociação (DES)

Preditor	LHA (pontuação total)	
	ΔR^2	B
Passo 1	0,159***	-
Peso relatado na infância		0,174**
IMC	-	0,263***
Passo 2	0,221***	-
Área trauma sexual	-	NS
Total de experiências traumáticas (TEC)	-	0,225***
Passo 3	NS	-
Pontuação total de dissociação (DES)	-	NS
Total R²	0,608***	-
F (modelo final)	16,722***	-

Tabela segundo as normas da APA (2010). R² = Coeficiente de determinação; β = Beta; NS = Não significativo; *** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,05$

4. Discussão

O objetivo central deste estudo foi o de explorar, em uma amostra da população geral e de estudantes universitários, as eventuais associações entre a vivência de experiências traumáticas, a dissociação e os sintomas de ingestão alimentar compulsiva. Importa, ainda assim, analisar e comparar os valores nas pontuações totais e dimensões dos instrumentos usados neste estudo (para além de em algumas outras variáveis como o IMC) com os valores obtidos em estudos nacionais, usando os mesmos instrumentos.

No presente estudo, o valor médio encontrado de IMC ($M = 23,78$) foi ligeiramente superior ao valor médio obtido por Duarte e colaboradores em 2014 e 2015, respetivamente, uma média de 22,85 e de 22,90, eventualmente pelo facto da nossa amostra ser composta por participantes de ambos os sexos. Comparando os resultados obtidos por Duarte e colaboradores (2015), numa amostra de 1008 estudantes universitárias do sexo feminino (com idade média inferior à do nosso estudo; $M = 20,76$) e de participantes da população geral do sexo feminino (idade média superior à deste estudo; $M = 39,48$; entre os 18 e os 60 anos de idade), com os nossos resultados (em uma amostra de ambos os sexos, entre os 18 e os 65 anos de idade composta por pessoas da

população geral e por estudantes universitários) em termos de valores de gravidade dos sintomas/perturbação de ingestão alimentar compulsiva, os valores são semelhantes, embora a nossa amostra revele uma percentagem maior de mulheres com ingestão alimentar compulsiva grave: no nosso estudo, 90,3% das mulheres apresentaram uma ingestão alimentar compulsiva ausente ou mínima, comparativamente a 92,7% das mulheres, no estudo dos autores; no nosso estudo, 6,3% das mulheres apresentou um *binge eating* ligeiro a moderado, por comparação com 5,5% encontrado pelos autores; neste estudo, 3,3% das mulheres apresentou um *binge eating* grave, comparativamente a 1,8%, no estudo de Duarte e colaboradores (2015). Quanto à pontuação total na escala LHA, o valor médio no nosso estudo foi muito semelhante ($M = 7,21$) aos valores encontrados por Duarte e colaboradores, em 2014 e 2015, respetivamente, uma média de 7,45 e 7,31. Quanto aos valores médios relativos às experiências traumáticas, Espírito-Santo e colaboradores (2013), estudando uma amostra clínica, obtiveram um valor médio de experiências traumáticas, na escala TEC, superior ao do nosso estudo (não clínico) ($M = 9,37$ versus $M = 2,07$), é provável encontrar valores mais elevados de trauma em amostras clínicas. Não deixa de ser relevante o valor médio de experiências traumáticas, encontrado na nossa amostra, constituída por pessoas da população geral e estudantes universitários.

Na nossa amostra, como em vários outros estudos, foi encontrada uma associação entre o IMC e a pontuação total de ingestão alimentar compulsiva, em ambos os sexos (tendo, igualmente, esta variável, mostrado ser uma preditora do *binge eating*; acreditamos na hipótese deste caminho preditivo também poder ser encontrado no sentido contrário, numa lógica bidireccional, com o *binge eating*, naturalmente, a também predizer um valor maior de IMC). Fairburn, Doll, Welch, Hay e O'Connor (1998) referem a existência de comorbilidade entre a ingestão alimentar compulsiva e a obesidade, a relação entre ambas permanece ainda por esclarecer, com estudos a referirem a ingestão alimentar compulsiva como um fator precedente da obesidade, enquanto outros a apresentam como consequência da obesidade. Se os episódios de ingestão compulsiva podem potenciar o excesso de peso/obesidade (podendo os mesmo decorrer de tentativas de restrição alimentar e práticas de ingestão compulsiva associadas a essa restrição ou, então, por hábitos alimentares disfuncionais), a pessoa com excesso de peso/obesidade também pode ter esse peso por predisposição genética e, ciclicamente, até por processos internos (como o auto criticismo e a vergonha) agravar o quadro em termos de peso, usando a ingestão alimentar para se regular emocionalmente. Assim, são múltiplas as

vivências, conforme os sujeitos e variados os caminhos, na associação entre o IMC e a ingestão alimentar compulsiva. Segundo Harrington, Crowther, e Shipherd, (2010), os comportamentos de ingestão compulsiva são negativamente reforçados devido ao fator durante algum tempo e supostamente, promovem uma diminuição as emoções negativas. Mas alguns autores mencionam que “*quanto mais grave é a ingestão compulsiva mais frequentes são os comportamentos*” de fome emocional (Silva, 2016), numa tentativa mal adaptativa de gerir as emoções experienciadas e o autocrítico frequentemente associado. Quanto às associações entre a pontuação total de LHA (ingestão alimentar compulsiva) e a vivência de experiências traumáticas (trauma adquirido), constatou-se não existirem associações significativas entre as variáveis, na subamostra do sexo masculino. Já na subamostra do sexo feminino, encontraram-se correlações significativas entre as pontuações totais de trauma sexual, familiar e total de experiências traumáticas e a pontuação total de ingestão alimentar compulsiva (significando que, nas mulheres, pontuações superiores de trauma associam-se a pontuações maiores de *binge eating*). A diferença encontrada em termos de sexo parece poder ser explicada pelas diferenças existentes entre homens e mulheres, ao nível emocional, estratégias de *coping* e personalidade. Drewnowski e Yee (1987) e Hsu (1989, 1990) sugerem que o principal fator responsável pela inferior prevalência de PIAC no sexo masculino ocorrem devido às diferenças respeitantes aos comportamentos de dieta e de exercício e também a alguns motivos associados. Um estudo realizado em escolas secundárias com mais de mil alunos divulgou grandes distinções a este nível. Nas raparigas, perto de 63% encontravam-se quatro vezes mais focadas em perderem peso que os rapazes (apresentavam cerca 16% de foco em perderem peso), através de exercício ou reduzindo a ingestão de calorias.

Em comparação com as raparigas, o objetivo dos rapazes era, numa percentagem maior, tentar ganhar algum peso (9% vs. 28%) (Rosen e Cross, 1987). No geral, o sexo masculino apresenta-se mais satisfeito com o próprio corpo e menos pressionado para a magreza do que as mulheres (Cash et al., 1986; Rauste von Wright, 1988). Segundo alguns estudos de adolescentes até à idade adulta referenciam grandes diferenças de sexo na perceção da imagem corporal ideal e na discrepância percebida entre esta e a imagem real e entre o peso real e o peso desejado (Fallon et al., 1985; Grover et al., 2002; Serdula, 1999; Zellner et al., 1989).

Segundo um estudo de Duarte, Pinto-Gouveia e Ferreira, 2014, do ponto de vista emocional, são mais as mulheres a apresentar uma alimentação emocional, como forma de poder gerir os estados de humor negativos, sendo esta uma das suposições pesquisadas

por alguns teóricos e investigadores dedicados a este assunto (Duarte, Pinto-Gouveia e Ferreira, 2014). Numa amostra clínica constituída por mulheres com anteriores situações de abuso sexual, os autores encontraram associação entre os sintomas de bulimia nervosa e esta forma de abuso. A ingestão alimentar compulsiva foi referida numa percentagem maior em mulheres que mencionaram experiências sexuais indesejadas em idade precoce (Waller, 1995). No estudo de Feinson e Hornik-Lurie (2016a), o abuso emocional na infância apareceu como fator de risco para sintomas de compulsão alimentar na idade adulta, algo que não verificamos no presente estudo, apesar do valor médio deste tipo de trauma mais elevado, na nossa amostra, do que os outros tipos de trauma. Num estudo realizado por Feinson e Hornik-Lurie com 500 mulheres com idades médias de 44 anos, concluiu-se que as mulheres apresentavam compulsão alimentar grave (17.6%), relataram ter sido vítimas de abuso emocional (2016). Outros estudos corroboram uma correlação entre experiências de maus-tratos, formas de abuso e negligência na infância, com perturbações psiquiátricas, onde se englobam as de alimentação. Sendo assim, na infância, o abuso físico tem “impacto” em qualquer tipo de perturbações (Caslini et al, 2016). Em mulheres da população geral, Feinson e Hornik-Lurie (2016b) verificaram que o abuso emocional infantil voltou a associar-se a psicopatologia alimentar, mais do que o abuso físico ou sexual. Caslini e colaboradores (2016) descobriram uma correlação entre experiências de maus-tratos, formas de abuso e negligência na infância e perturbações psiquiátricas, como as de alimentação. Em conclusão, determinaram que na infância, o abuso físico possui um impacto em qualquer tipo de perturbações.

Uma amostra de doentes com história de trauma infantil e doentes sem história de trauma infantil foi dividida por Molina-Serrano, Linotte, Amat, Souery e Barreto (2008). Os autores concluíram que doentes com história de trauma infantil tinham valores dissociativos mais elevados do que doentes sem história de trauma infantil. Alguns dos doentes descreveram experiências de diferentes tipos de abuso. A dissociação pode ocorrer como uma defesa psicológica, o mecanismo que facilita a fuga da consciência de de emoções (Everill e Waller, 1995; Hallings-Pott, Waller, Watson e Scragg, 2005; Van der Kolk e Van der Hart, 1989). Sendo assim, as descrições de casos e estudos correlacionais mencionaram que experiências dissociativas podem ser pertinentes para a psicopatologia da alimentação (Chandarana e Malla, 1989; McCallum, Lock, Kulla, Rorty e Wetzell, 1992; Torem, 1986). Além disso, existem correlações quanto à existência de episódios de compulsão alimentar (Everill et al., 1995; Waller et al., 2001 Covino, Jimerson, Wolfe, Franko e Frankel, 1994).

No que diz respeito à relação entre a dissociação (total e dimensões) e a pontuação total de ingestão alimentar compulsiva, apesar dos homens apresentarem um valor médio superior na pontuação total de dissociação e de memória perturbada, foi nas mulheres que se encontrou associações (ainda que de magnitude pequena) entre a pontuação total e dimensões de dissociação e o *binge eating*. Alguns estudos mostraram não existir diferenças em termos de dissociação, por sexo, na população psiquiátrica (Baker et al., 2003; Sar et al., 2007; Spitzer et al., 2006; Tezcan et al., 2003; Waller et al., 2000) e mesmo na população geral (Putnam, 1991). Outros, ainda, revelaram que as mulheres dissociam mais do que os homens (Maaranen et al., 2005; Tutkun et al., 1998), embora Seedat, Stein, e Forde (2003) tenham encontrado níveis maiores de dissociação entre os homens. Saxe e colaboradores (1993) ao examinarem o perfil psicológico de pacientes com elevados valores da DES concluíram que estes valores elevados se relacionavam com as narrativas sobre trauma na infância. Nijenhuis e colaboradores (1998) concluíram que a perturbação dissociativa correlacionava-se a uma elevada prevalência de experiências traumáticas, quando comparada com pacientes sem esse diagnóstico. Os vários autores citados contribuíram também para uma clarificação sobre a relação entre trauma e dissociação. Tendo sido encontrada uma associação entre dissociação e *binge eating* nas mulheres, tal parece apontar para a possibilidade desta vivência (de dissociação/próxima da experiência relatada de perda de controlo, durante os episódios) ocorrer como forma de lidar com emoções negativas, parecendo fundamental, para controlar *binge eating*, aumentar o contacto com as emoções, diminuindo o evitamento do processamento face a stressores (mais distais – trauma - ou proximais/mais atuais) e às emoções negativas associadas (a esses stressores), por forma a impedir alguns episódios.

Novas psicoterapias têm sido desenvolvidas, enraizadas na prática do mindfulness. O *Mindfulness* é definido como a “*consciência que emerge prestando atenção de propósito, no momento presente, e sem julgar o desenrolar das experiências, momento a momento*” (Kabat-Zinn, 2003). As intervenções baseadas no *mindfulness* são eficazes em várias condições físicas, como a fibromialgia, cancro, doenças das artérias coronárias, obesidade, bem como em condições psiquiátricas, como ansiedade e depressão. No entanto, há insuficiência de pesquisas sobre a eficácia do programa Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 2003) ou outras intervenções baseadas no *mindfulness*, na dissociação. O tentar evitar ter emoções, pensamentos e aspetos de experiências pessoais são comuns em muitas formas de psicopatologia. O treino em

mindfulness promove a capacidade de responder atentamente às experiências da vida do dia a dia, o que, por sua vez, deve levar a melhorias em vários resultados da saúde mental. As intervenções baseadas no treino de aptidões de *mindfulness* têm vindo a ser cada vez mais utilizadas e aplicam-se a um vasto conjunto de populações, com resultados bastante positivos (Neves, 2011).

Quanto aos resultados preditivos, apenas as variáveis IMC, peso relatado na infância e total de experiências traumáticas mostraram predizer a pontuação total de LHA, com a pontuação total de dissociação a não predizer essa mesma pontuação. Assim sendo, e atendendo à magnitude das correlações que foram encontradas entre dissociação e *binge eating* na nossa amostra, apesar das variáveis estarem associadas, as vivências dissociativas não parecem ser centrais para a ocorrência dos episódios de ingestão compulsiva (apesar de merecerem algum foco ao nível da intervenção, a dissociação não parece ser o processo nuclear mais importante na compreensão da existência destes episódios). Estudos de Duarte e Pinto-Gouveia (2014) mostraram o papel de processos como a vergonha e o autocriticismo como importantes preditores dos episódios de ingestão alimentar compulsiva. A vergonha foi destacada como um componente essencial da psicopatologia alimentar. No entanto, o impacto específico da vergonha da imagem corporal na compulsão alimentar e os mecanismos pelos quais opera permanece inexplorado. Este estudo demonstrou que a compulsão alimentar pode emergir como uma maneira inadequada de lidar com a ameaça de ser visto negativamente por outras pessoas devido à aparência física e ao conseqüente envolvimento num estilo crítico de auto-relacionamento, marcado por ódio, repulsa e desprezo por si mesmo

Quanto às limitações do nosso estudo, tratando-se de um estudo suportado pelo auto-relato, sabemos que diferentes dados, como o IMC e o peso relatado da infância podem não ter sido objetivamente avaliados. O protocolo aplicado mostrou ser um pouco extenso, podendo, também, condicionar algumas das respostas. Porém, os valores de consistência interna encontrados no nosso estudo não parecem orientarem-se nesse sentido. Finalmente, tratando-se de um estudo transversal e apesar de terem sido realizadas análises de regressão, não podemos tirar conclusões em termos de causalidade. Quanto aos contributos associados ao nosso estudo, este vem oferecer mais alguns dados sobre os correlatos do *binge eating*. Apesar de se demonstrar a associação da dissociação (pelo menos tal como avaliada pela TEC) com a ingestão alimentar compulsiva, pelo menos na população geral e em estudantes universitários, os fenómenos dissociativos não parecem ser um dos processos centrais “explicativos” /preditivos do *binge eating*.

Acreditamos na relevância de explorar, em estudos nacionais as associações consideradas neste estudo, em amostras clínicas, para além da importância de realizar, em diferentes amostras, estudos longitudinais, para melhor esclarecer caminhos explicativos. Parece igualmente importante, em estudos experimentais robustos, explorar o papel de estratégias que diminuam as vivências dissociativas. Fica claro, igualmente, o papel das vivências traumáticas, como preditoras da ingestão alimentar compulsiva, pelo que as intervenções clínicas, ou mesmo as abordagens de aconselhamento (junto da população geral), não devem descurar a avaliação deste correlato (e a intervenção direcionada para o mesmo, independentemente da vertente teórica subjacente), caso sejam detetados comportamentos alimentares disfuncionais.

5. Referências bibliográficas

Agras, W. S., Rossiter, E. M., Arnow, B., Schneider, J.A., Telch, C. F., Raeburn, S.D., Bruce, B., Perl, M. e Koran, L. M. (1993). Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: *A controlled comparison*. *Am. J. Psychiatry*, 149:82-87.

Agras, W. S. (1993). Short-term psychological treatments for binge eating. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 270-286). New York: The Guilford Press.

American Psychiatry Association. (2000). *Practice guideline treatment for psychiatric disorders: compendium 2000 (2ªed.) Washington (DC): Article in American Journal of Psychiatry* 159(6):1066-1066J. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.6.1066.

American Psychological Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ªed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.

American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Quinta Edição (DSM-5)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Armour, C., Mullerová, J. e Robinson, J. (2016). Assessing childhood maltreatment and mental correlates of disordered eating profiles in a nationally representative sample of English females. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51, 383-393.

Arnow, B; Kenardy, J. e 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(1), 79-90.

Baek, J, H., Kim, K., Hong, J. P., M, Cho, J. M., Fava, M., Mischoulon, D., et al (2018). Binge eating, trauma, and suicide attempt in community adults with major depressive disorder. *Public Library of Science*, 13(6). doi: 10.1371/journal.pone.0198192.

Baker, D., Hunter, E., Lawrence, E., Medford, N., Patel, M., Senior, C., et al.(2003). Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *British Journal of Psychiatry*, 182, 428-433.

Bernstein, E. B. e Putnam, F. W. (1986). Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *Journal of Nervous & Mental Disease* 174(12):727-35.

Bertoli, S., Leone, A., Ponissi, V., Bedogni, G., Beggio, V., Strepparava, M. G., e Battezzati, A. (2015). Prevalence of and risk factors for binge eating behaviour in 6930 adults starting a weight loss or maintenance programme. *Cambridge University Press*, 19 (1), 71-77. [doi: 10.1017/S368980015001068](https://doi.org/10.1017/S368980015001068).

Brown, T. A. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. New York: The Guilford Press. 13(1):214-217. DOI: [10.1177/1094428108323758](https://doi.org/10.1177/1094428108323758).

Bulik, C. M., e Reichborn-Kjennerud, T. (2003). Medical morbidity in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1),S39-S46. [doi:10.1002/eat.10204](https://doi.org/10.1002/eat.10204).

Carter, J. C., Bewell, C., Blackmore, E., Woodside, D. B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect*, 30(3), 257-269. doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.09.004.

Cash, T. F., Winstead, B. A. e Janda, L. H. (1986). The great American shape-up. *Psychology Today*, 20, 30-37.

Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., e Carrà, G. (2016). Disentangling the association between child abuse and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 78(1), 79-90.

Castillo, R. J. (1997). Dissociation. In W. S. & J. Streltzer (Eds.) *Culture & Psychopathology* (pp. 101-123). New York: Brunner/Mazel.

Chandarana, P., e Malla, A. (1989). Bulimia and dissociative states: A case report. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 137-139.

Claes, L. e Murhlenkamp, J. J. (2013). Non-suicidal Self-Injury and Eating Disorders: Dimension Self-Harm (2) pp. 3-18. Doi: [10.1007/978-3-642-40107-7_1](https://doi.org/10.1007/978-3-642-40107-7_1).

Classen, C., Koopman, C., e Spiegel, D. (1993). Trauma and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57, 178-194.

- Connors, M. E. e Morse, W. (1993). Sexual abuse and eating disorders: *A review. International Journal of Eating Disorders, 1*(13), 1-11.
- Cuadro, E. e Baile, J. I. (2015). Binge eating disorder: analysis and treatment. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 6*, 97-107.
- Covino, N. A., Jimerson, D. C., Wolfe, B. E., Franko, D. L., e Frankel, F. H. (1994). Hypnotizability, dissociation, and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 455-459.
- Dalle Grave, R., Rigamonti, R., Todisco, P., e Oliosi, E. (1996). Dissociation and traumatic experiences in eating disorders. *European Eating Disorders Review, 4* (4), 232–240.
- DeVellis, R. F. (1991). *Applied social research methods series, Vol. 26. Scale development: Theory and applications*. Sage Publications, Inc.
- Dingemans, A. E., van Furth, E.F.(2012). Binge Eating Disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. *International Journal of Eating Disorders, 45*(1), 135-138. doi: 10.1002/eat.20905.
- Dom, G., De Wilde, B., Hulstijn, W., e Sabbe, B. (2007). Traumatic experiences and posttraumatic stress disorders: differences between treatment-seeking early and early onset alcoholic patients. *Comprehensive Psychiatric, 48*(2), 178-185.
- Drewnowski A. e Yee D. K. (1987). Men and body image: are male satisfied with their weight? *Psychosomatic. Medicine, 49* (6), 626-634.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J. e Ferreira, C. (2014). Escaping from body image shame and harsh self-criticism: exploration of underlying mechanisms of binge eating. *Eating Behaviors, 15*(4), 638-643. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.08.025.
- Duarte. C., Pinto-Gouveia J, Ferreira., C (2015) Expanding binge eating assessment: Validity and screening value of the Binge Eating Scale in women from the general population. *Eating Behaviors, 18*, 41–47. doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.03.007.
- Engelberg, M. J., Steiger, H., Gauvin, L., e Wonderlich, S. A. (2007). Binge antecedents in bulimic syndromes: An examination of dissociation and negative affect. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 531-536. doi: 10.1002/eat.20399.
- Espírito-Santo, H., Rocha, P., Gonçalves, L., Cassimo, S., Martins, L. e Xavier, M. (2013). The portuguese traumatic experiences checklist (TEC): psychometrics and prevalence of traumatic experiences (Resumo de Póster apresentado no 21st European Congresso of Psychiatric. Nice, France). *European Psychiatry, 28*(1). doi:10.1016/S0924-9338(13)76554-4.

- Everill, J., Waller, G., e Macdonald, W. (1995). *Reported sexual abuse and bulimic symptoms: The mediating role of dissociation*. *Dissociation*, 8, 155-159.
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., B. A., e O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: A community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425-432.
- Fallon, P., Rozin, E., e Paul, D. (1985). Sex differences in perception of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(1), 102-105.
- Feinson, M. C. e Hornik-Lurie (2016a). Binge eating & Childhood Emotional Abuse: A Mediating Role for Anger. *Appetite* (no prelo). Doi: 10.1016/j.appet.2016.05.018.
- Feinson, M. C. e Hornik-Lurie, T. (2016b). Not good enough: exploring self-criticism's role as a mediator between childhood emotional abuse & adult binge eating. *Eating Behaviors*, 23, 1-6. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.06.005.
- Fuller-Tyszkiewicz, M., e Mussap, A. J. (2008). The relationship between dissociation and binge eating. *Journal of Trauma and Dissociation*, 9(4), 445-62.
- Geliebter, A., e Aversa A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3(4), 341-347.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S. e Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), pp.47-55. doi:10.1016/0306-4603(82)90024-7.
- Grover, V. P., Keel, P. K., e Mitchell J. P. (2002). Gender differences in implicit weight identity. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 125-135.
- Guillaume, S., Jaussent, I., Maimont, L., Ryst, A., Seneque, M., Villain, L., Hamroun, P., Renard, E. e Courtet, P. H. (2016). Associations between adverse childhood experiences and clinical characteristics of eating disorders. *Scientific Reports*, 6, 35761. Doi: 10.1038/srep35761.
- Hallings-Pott, C., Waller, G., Watson, D. e Scragg, P. (2005). State dissociation in bulimic Eating Disorders: An experimental study. *International Journal of Eating Disorders*, 38(1), 37-41.
- Harrington, F. E., Crowther, H. J., e Shipherd, C. J. (2010). Trauma, binge eating, and the "strong black woman". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(4), 469-479.
- Hart, S. N., Binggeli, N. J., e Brassard, M. R. (1998). Evidence for the effects of psychological maltreatment. *Journal of Emotional Abuse*, 1, 27-58.

Heaner, M.K. e Walsh, B.T. (2013). A history of the identification of the characteristic eating disturbances of Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder and Anorexia Nervosa. *Appetite*, 65, 185-188. doi: 10.1016/j.appet.2013.01.005.

Heatherton, T.F., e Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86-108.

Higgins, D. M., Dorflinger, L., MacGregor, K. L., Heapy, A. A., Goulet, J. L., e Ruser, C. (2013). Binge eating behavior among a national sample of overweight and obese veterans. *Obesity*, 21(5), 900-903.

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., e Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the nation comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358. doi: 0.1016/j.biopsych.2006.03.040.

Hsu L.K.G. (1989). The gender gap in eating disorders: Why are eating disorders more common among women? *Clinical Psychology Review*, 9(3), 393-407.

Hsu L.K.G. (1990). *Eating Disorders*. New York: The Guildford Press.

Johnsen, L.A.P., Gorin, A., Stone, A.A., e le Grange, D. (2003) Characteristics of binge eating among women in the community seeking treatment for binge eating or weight loss. *Eating Behaviors*, 3,295-305.[doi.org/10.1016/S1471-0153\(02\)00088-18010](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(02)00088-18010).

Kabat-Zinn, J. (2003) Mindfulness based interventions in context: Past, present and future. *Clinical psychology Science Practice*, 10: 144-56.

Kelly, N.R., Lydecker, J.A., e Mazzeo, S.E. (2012). Positive cognitive coping strategies and binge eating in college women. *Eating Behaviors*, 13(3), 289-292. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.03.012.

Kenardy, J., Arnow, B. e Agras, W.S. (1997). The aversiveness of specific emotional states associated with binge eating. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(6),839-44. doi: 10.3109/00048679609065053

Kennedy, A. M., Ip, K., Joti, S., e Gorzalka, B. (2007). The role of childhood emotional abuse in disordered eating. *Journal of Emotional Abuse*, 7, 17-36.

Kent, A., e Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 20, 887-903. doi:10.1016/S0272-7358(99)00018-5.

Kessler, R.C., Berglund, P.A., Chiu, W.T., Deitz, A.C., Hudson, J.I., e Shahly, V. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the WHO World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904-914. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020.

Kong, S. e Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1897-1907.

La Mela, C., Maglietta, M., Castellini, G., Amoroso, L., e Lucarelli, S. (2010). Dissociation in eating disorders: Relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 393-400. doi:10.1016/j.comppsy.2009.09.008.

Lladós, M. G., e Sábado, J. T. (2011). *El trastorno por atracón ¿un nuevo trastorno alimentario*. Barcelona, España: Editorial Académica Española.

Latner, D.J. e Clyne, C.C. (2008). The diagnostic validity of the criteria for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41(1), 1-14.

Levine, P. A. (1997). *Waking The Tiger: Healing Trauma: The Innate Capacity to Transform Overwhelming Experiences*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

Levine, P. A. (2010). *In an Unspoken Voice: How The Body Releases Trauma and Restores Goodness*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

Maaranen, P., Tanskanen, A., Honkalampi, K., Haatainen, K., Hintikka, J., e Viinamäki, H.(2005). Factors associated with pathological dissociation in the general population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 387-394.

Marshal, M. P., Dermody, S. S., Cheong, J., Burton, C. M., Friedman, M. S., Aranda, F., et al. (2013). Trajectories of depressive symptoms and suicidality among heterosexual and sexual minority youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(8), 1243-1256.

McCallum, K. E., Lock, J., Kulla, M., e Wetzel, R. D. (1987). Symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Dissociation*, 5, 227-235.

McShane, J. M., e Zirkel, S. (2008). Dissociation in the binge/purge cycle of bulimia nervosa. *Journal of Trauma and Dissociation*, 9(4), 463-79. doi: 10.1080/15299730802225680.

McCallum, K. E., Lock, J., Kulla, M., Rorty, M., e Wetzel, R. D. (1992). Symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Dissociation*, 4, 227-235.

Meule, A. (2015). Back by Popular Demand: A Narrative Review on the History of Food Addiction Research. *Yale Journal of Biological Medicine*, 88(3), 295-302.

Meule, A., e Gearhardt, A.N. (2014). Food Addiction in the Light of DSM-5. *Nutrients*, 6, 3653-3671. doi:10.3390/nu6093653.

Marshal, M. P., Dermody, S. S., Cheong, J., Burton, C. M., Friedman, M. S., Aranda, F., et al. (2013). Trajectories of depressive symptoms and suicidality among heterosexual and sexual minority youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(8), 1243–1256.

McCallum, K. E., Lock, J., Kulla, M., e Wetzel, R. D. (1987). Symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Dissociation*, 5, 227-235.

McShane, J. M., e Zirkel, S. (2008). Dissociation in the binge/purge cycle of bulimia nervosa. *Journal of Trauma and Dissociation*, 9(4), 463–79. doi: 10.1080/15299730802225680.

McCallum, K. E., Lock, J., Kulla, M., Rorty, M., e Wetzel, R. D. (1992). Symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Dissociation*, 4, 227-235.

Meule, A. (2015). Back by Popular Demand: A Narrative Review on the History of Food Addiction Research. *Yale Journal of Biological Medicine*, 88(3), 295-302.

Meule, A., e Gearhardt, A.N. (2014). Food Addiction in the Light of DSM-5. *Nutrients*, 6, 3653-3671. doi:10.3390/nu6093653.

Pereira, A. R. (2012). Trauma e Perturbação de Stress Pós-Traumático. Dissertação de Mestrado não publicada. *ISPA – Instituto Universitário*.

Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., Matos, M., e Carvalho, S. (2014). *BEfree*: contextualização e desenvolvimento de um programa de intervenção em grupo para a ingestão alimentar compulsiva e obesidade. *Revista Fatores de risco*, 34, 94-100.

Polivy, J., e Herman, C. P. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 173-205). *New York, NY, US: Guilford Press*.

Potenza, M. N., e Grilo, C. M. (2014). How relevant is food craving to obesity and its treatment? *Frontiers in Psychiatry*, 5, 164.

Putnam, F.W. (1991). Dissociative phenomena. In A. Tasman & S.M. Goldfinger (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatric* (Vol.10, pp. 145-160). *Washington, DC: American Psychiatric Press*.

Putnam, F.W., Carlson, E.B., C.A., Anderson, G., Clark, P., Torem, M., et al. (1996). Patterns of Dissociation in Clinical and Nonclinical Samples. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 673-679.

Qian, J., Qiang, H., Wan, Y., Li, T. Wu, M., Ren, Z., et al. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25(4), 212-223.

Rauste-von e Wright M. (1988). Body image satisfaction in adolescent girls and boys: a longitudinal study. *Sex Roles*, 30(1), 71-82.

Ribeiro, A. (2017). Trauma, Impulsividade, Suicidabilidade e Ingestão Alimentar Compulsiva. *Dissertação de Mestrado não publicado*. Instituto Superior Miguel Torga.

Ribeiro, M., Conceição, E., Vaz, A.R., e Machado, P. (2014) The prevalence of binge eating disorder in a sample of college students in the north of Portugal. *European Eating Disorders Review*, 22,185-190. doi.org/10.1002/erv.2283.

Rosen, J.C., e Gross, J. (1987). Prevalence of weight reducing and weight gaining in adolescent girls and boys. *Health Psychology*, 6, 131-147.

Sar, V., Koyuncu, A., Ozturk, Yargic, L. I., Kundakci, T., Yazici, A., et al. (2007). Dissociative disorders in the psychiatric emergency ward. *General Hospital Psychiatry*, 29, 45-50.

Saxe, G. N., van der Kolk, B. A., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G., et al. (1993). Dissociative Disorders in Psychiatric Inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 150,1037-1042.

Seedat, S., Stein, M. B, e Forde, D. R. (2003). Prevalence of Dissociative experiences in a Community Sample. Relationship to Gender, Ethnicity, and Substance Use. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 115-120.

Serdula, M. K., Mokdad, A. H., Williams, D. F., Galuska, D. A., Mendlein, J. M., e Health G.W. (1999). *Prevalence of attempting weight loss and strategies for controlling weight*. JAMA, 282(4), 1353-1358.

Silva, M. (2016). *Ingestão compulsiva na obesidade: o peso do comportamento e da satisfação*, Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Sim, L.A., McAlpine, D.E., Grothe, K.B., Himes, S.M., Cockerill, R.G., e Clark, M. M. (2010). Identification and Treatment of Eating Disorders in the Primary Care Setting. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(8), 746-751. doi: 10.4065/mcp.2010.0070.

Smolak, L. e Murnen, S. K. (2002). A Meta-Analytic Examination of the Relationship Between Child Sexual Abuse and Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2(31), 136-150.

Soares, S. (2017). Trauma, Autoaversão e Ingestão Alimentar Compulsiva. *Dissertação de Mestrado não publicado*. Instituto Superior Miguel Torga.

Spitzer, C., Barnow, S., Grabe, H-J., Klauer, T., Stieglitz, R-D., Schneider, W., et al.(2006). Frequency, Clinical and Demographic Correlates of Pathological Dissociation in Europe. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7, 51-62.

Spoor, S.T., Stice, E., Bekker, M.H., Van Strien, T., Croon, M.A. e Van Heck, G.L. (2007). Relations between dietary restraint, depressive symptoms, and binge eating: A longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 700-707.

Struwig, E., e Van Breda, A. D. (2012). An exploratory study on the use of Eye Movement Integration therapy in overcoming childhood trauma. *Families in Society*, 93(1), 29-37. doi: 10.1606/1044-3894.4184.

Tezcan, E., Atmaca, M., Kuloglu, M., Gecici, O., Buyukbayram, A., e Tutkun, H. (2003). Dissociative Disorders in Turkish Inpatients With Conversion Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 324-330.

Tillman, J.; Nash, M. e Lerner, P. (1994). Does trauma cause dissociative pathology?. In, S. Lyn &, J. Rhue, *Dissociation: clinical and theoretical perspectives* (pp. 395-414). New York: The Guilford Press.

Tillman, K. S. e Sell, D. M. (2013). Help-seeking intentions in college students: na exploration of eating disorder specific help-seeking and general psychological help-seeking. *Eating Behaviors*, 14(2), 184-6. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.02.004.

Torem, M. (1986). Dissociative States Presenting as an Eating Disorder. *The American Journal of clinical hipnosis*, 29(2), 137-42. doi:10.1080/00029157.1986.10402697.

Trace, S.E., Thornton, L.M., Root, T.L., Mazzeo, S.E., Lichtenstein, P., Pedersen, N.L.(2012). Effects of reducing the frequency and duration criteria for binge eating on lifetime prevalence of bulimia nervosa and binge eating disorder: Implications for DSM-5. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 531-536.

Tutkun, H., Sar, V., Yargıç, I., Özpulat, T., Yanık, M., & Kiziltan, E. (1998). Frequency of Dissociative Disorders Among Psychiatric Inpatients in a Turkish University Clinic. *American Journal of Psychiatry*, 155, 800-805.

Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., e Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatric*, 153(Suppl), 83-93.

Vanderlinden J., Claes L., De Cuyper K., Vrieze E. (2015) Dissociation and Dissociative Disorders. In: Wade T. (eds) *Encyclopedia of Feeding and Eating disorders*. Springer, Singapore. 1, 88-107. doi.org/10.1007/978-981-287-087-2

Waller, G. A e Mcmanaus, F. (1995). A functional analysis of binge-eating. *Clinical Psychology Review*. Volume 15, (8) 845-863. doi.org/10.1016/0272-7358(95)00042-9

Waller, G., Hamilton, K., Elliot, P., Lewendon, J., Stopa, L., Waters, A., et al. (2000). Somatoform dissociation, psychological dissociation and specific forms of trauma. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 81-98.

Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., Everill, J., e Rouse, H. (2001). The utility of dimensional and categorical approaches to understanding dissociation in the eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 387-397.

Van der Kolk, B. A., e van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptations in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1530-1540.

Warner, H. (2013). *Distúrbios Alimentares-Manual para adolescentes*. Lisboa: Livros Horizonte.

Wolfe, B.E., Baker, C.W., Smith, A.T., e Kelly-Weeder S. (2009). Validity and utility of the current definition of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 674-686. doi: 10.1002/eat.20728.

World Health Organization. (2014). European food and nutrition action plan 2015-2020. Acedido a 20 janeiro, 2020 em [Http:// www. Euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/2ew94474/European-Food-Nutrition-Action-Plan-152020-en.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/2ew94474/European-Food-Nutrition-Action-Plan-152020-en.pdf?ua=1).

World Health Organization. (2014). Obesity and overweight (Fact sheet No. 311). Acedido a 30 de janeiro de 2020 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
2. Direção Geral de Saúde (2005). Programa nacional de combate à obesidade.

World Health Organization. (2016). *International Classification of Diseases*. Acedido em 3, março, 2020 em [Http: www.icd 10data.com/ICD10CM/Codes/F01-F99/F50-F59/F50-/F50.81](http://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/F01-F99/F50-F59/F50-/F50.81)

World Medical Association (2004). *World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethic Principles for Medical Reserch Involving Human Subjects*. Acedido em 1 de maio de 2019 de <http://www.wma.net/e/policyb3.htm>.

Zellner, D. A., Harner, D. E., e Adler, R. L. (1989). Effects of eating abnormalities and gender perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(1), 93-96.

Zlotnick, C., Hohlstein, L. A., Shea, M. T., Pearlstein, T., Recupero, P., e Bidadí, K. (1996). The relationship between sexual abuse and eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 2(20), 129-134.

Zwann, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 25(1), S51-5.