

PEDRO MIGUEL DE OLIVEIRA CORREIA

TRAUMA, ALEXITIMIA E INGESTÃO ALIMENTAR COMPULSIVA



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo de especialização em Terapias Cognitivo-
Comportamentais

COIMBRA, 2018



Trauma, Alexitimia e Ingestão Alimentar Compulsiva

Pedro Miguel de Oliveira Correia

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

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

Coimbra, julho de 2018

Agradecimentos

A realização desta dissertação de mestrado contou com diversos apoios importantes e incentivos, sem os quais não se teria tornado uma realidade e aos quais estarei eternamente grato.

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.

A todas as 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 meus amigos e colegas que me acompanharam durante esta fase e que me deram força e apoio em diversos momentos difíceis.

Aos meus colegas de coro e de outros projetos musicais, por me proporcionarem momentos de tranquilidade e de liberdade. Um agradecimento especial à Susana China que, aula após aula, se mostrou sempre disponível para me dar alguma luz quando eu nada via.

Um agradecimento especial a toda a minha família, em especial aos meus pais e à minha irmã, por constituírem modelos de força e por nunca me terem deixado desistir deste e de outros projetos, ao longo da minha vida. Agradecerei eternamente à minha Mãe, pelo seu exemplo de força, determinação e coragem. Por tudo o que sempre representou na minha vida e continuará, para sempre, a representar. Porque este sonho é, igualmente, o dela.

Resumo

Introdução: Os padrões de comportamento alimentar têm vindo a sofrer mudanças significativas, com impacto ao nível da saúde, sendo a perturbação de ingestão alimentar compulsiva reconhecida, recentemente, como entidade clínica nos manuais de diagnóstico. Diferentes estudos têm vindo a explorar quais são as variáveis associadas aquela perturbação, ou apenas à presença de sintomas de ingestão alimentar compulsiva. Assim, são objetivos deste estudo: explorar associações entre a vivência de experiências traumáticas (nos domínios emocional, física e sexual), a alexitimia (suas dimensões) e os sintomas de ingestão alimentar compulsiva; avaliar o papel preditivo das experiências traumáticas e da alexitimia para os referidos sintomas.

Metodologia: 421 sujeitos da população geral e estudantes universitários preencheram voluntariamente a *Traumatic Events Checklist* (TEC; avalia diferentes domínios da experiência traumática), a *Binge Eating Scale/Lista de Hábitos Alimentares* (BES/LHA; avalia sintomas de ingestão alimentar compulsiva) e a Escala de Alexitimia de Toronto-20 (TAS-20; avalia o constructo de alexitimia).

Resultados: Os valores de ingestão alimentar compulsiva (LHA) mostraram ser semelhantes aos encontrados em estudos nacionais realizados. Foi encontrada uma associação significativa (tal como em estudos nacionais e internacionais) entre o índice de massa corporal (IMC) e a pontuação total de ingestão alimentar compulsiva, em ambos os sexos. Apenas nas mulheres é que o trauma sexual, familiar e o total de experiências traumáticas mostraram associação com a pontuação total de LHA. Em ambos os sexos, a pontuação total de ingestão alimentar compulsiva correlacionou-se com a dificuldade em identificar sentimentos e em descrever sentimentos (TAS-20), mas nas mulheres também foi encontrada associação com o estilo de pensamento orientado para o exterior (TAS-20). As mulheres que relataram ter tido excesso de peso e obesidade na infância, apresentaram valores atuais mais elevados de ingestão alimentar compulsiva. O IMC, o total de experiências traumáticas e a dificuldade em identificar sentimentos foram preditores significativos da pontuação total de LHA.

Discussão: O presente estudo confirma o papel do IMC como correlato da ingestão alimentar compulsiva, ainda que não se possa clarificar a direção desta associação. Adicionalmente, oferece um contributo importante por mostrar que também um maior número de experiências traumáticas e a presença de valores maior elevados em diferentes dimensões de alexitimia se associam à ingestão alimentar compulsiva.

Palavras-chave: experiências traumáticas, alexitimia, ingestão alimentar compulsiva.

Abstract

Introduction: Food behavior patterns have been suffering significant changes, with health impact and the disturbance of binge eating recognized, recently, as a clinical entity in the diagnostic manuals. Different studies have come to explore what are the variables associated with that disruption, or just the presence of symptoms of binge eating. Thus, the objectives of this study: exploring associations between the experience of traumatic experiences (in the areas of emotional, sexual and physical), the alexithymia (its dimensions) and symptoms of binge eating; evaluating the predictive role of traumatic experiences and alexithymia for these symptoms.

Methodology: 421 subject of the general population and college students filled out voluntarily the Traumatic Events Checklist (TEC; evaluates different areas of traumatic experience), Binge Eating Scale/list of eating habits (BES/IT; evaluate symptoms of binge eating) and the Toronto Alexithymia scale-20 (TAS-20; evaluates the alexithymia construct).

Results: The binge eating values (LHA) have shown to be similar to those found in national studies carried out. A significant association was found (as in national and international studies) between the body mass index (BMI) and the total score of binge eating in both genders. Only in women is that the sexual trauma, family and the total of traumatic experiences have shown association with total score of LHA. In both genders, the overall score of binge eating correlated with difficulty identifying feelings and describe feelings (TAS-20), but in women has also been found association with the style-oriented thinking (TAS-20). Women who reported having had excess weight and obesity in childhood, presented current values higher food intake. The IMC, the total of traumatic experiences and difficulty identifying feelings were significant predictors of the total score.

Discussion: This study confirms the role of BMI as correlate of binge eating, even if the direction of this association cannot be clarified. Additionally, it offers an important contribution to show that also a greater number of traumatic experiences and the presence of higher values in different dimensions of alexithymia are associated with binge eating.

Key-words: Traumatic experiences, alexithymia, binge eating.

Introdução

O comportamento alimentar é um dos aspetos que mais tem alarmado a sociedade geral, levando a Organização Mundial de Saúde (OMS) a desenvolver um plano de ação europeu para sensibilizar a população para a importância da adoção e manutenção de comportamentos alimentares saudáveis (World Health Organization, 2014). O tema assume especial destaque uma vez que os hábitos alimentares, frequentemente associados à indústria alimentar, sedentarismo, cultura *fast-food* e pressão sociocultural em torno da beleza têm-se deteriorado ao longo do tempo (Ortigoza, 2008; Tardido e Falcão, 2006). Neste âmbito, surge o conceito de transição nutricional, correspondendo às mudanças significativas ocorridas nos padrões nutricionais nas últimas décadas, com impacto direto nos hábitos alimentares dos indivíduos, acarretando importantes mudanças de carácter social, económico, demográfico e ao nível da saúde (Popkin et al, 1993). Este fenómeno conduz a um comportamento relativamente generalizado, em termos sociais, de pouco respeito pelo ato de comer e, em alguns casos, a manifestações de compulsão alimentar, tema central deste trabalho (Magalhães e Sabatine, 2010).

O transtorno da compulsão alimentar periódica foi descrito primeiramente por Stunkard, em 1959 (cit por Azevedo et al, 2004). Etimologicamente, “compulsão” deriva do latim e significa “constrangimento”, consistindo, em Psicologia, no “impulso irresistível que leva à repetição de um ato, independentemente da vontade do sujeito” (Infopédia, 2018). Neste sentido “um episódio de compulsão alimentar é definido pela ingestão num período curto de tempo de uma quantidade de alimentos que é sem dúvida superior à que a maioria dos indivíduos comeria num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias” (American Psychiatric Association/APA, 2014). Em alguns casos, a compulsão alimentar apresenta uma frequência e gravidade que conduz ao diagnóstico de Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC), recentemente reconhecida como perturbação pela Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2014).

A PIAC caracteriza-se, então, na sequência do referido acima, essencialmente, pela presença de episódios de ingestão compulsiva (*binge eating*), nos quais o indivíduo, num curto período de tempo, ingere uma quantidade de alimentos claramente superior à quantidade que a maioria das pessoas conseguiria ingerir, no mesmo período de tempo e nas mesmas circunstâncias (APA, 2014). Os indivíduos que vivenciam estes episódios experienciam uma sensação de perda de controlo sobre a quantidade e qualidade de alimentos ingeridos (APA, 2014; Kessler et al, 2013), sem que se verifique, no entanto, a aplicação de medidas

compensatórias inapropriadas para evitar o aumento do peso, como ocorre na Bulimia Nervosa (e.g. purga, indução de vômito) (Carano et al., 2006; National Eating Disorders Association, 2018). Como critérios para o estabelecimento de um diagnóstico, os episódios de ingestão compulsiva ocorrerão, pelo menos, uma vez por semana durante três meses (APA, 2014), frequentemente acompanhados por sentimentos de vergonha (APA, 2014; Wheeler et al., 2005) e, ainda, por tentativas de ocultação da sintomatologia (APA, 2014).

Quanto aos estudos epidemiológicos existentes sobre os episódios de compulsão alimentar e sobre a PIAC, a maioria apresenta dados sobre a perturbação e não sobre presença, apenas, de sintomas (Duarte et al, 2015). Segundo os dados obtidos pela Organização Mundial de Saúde (mais concretamente pela Iniciativa Mundial de Saúde Mental), a prevalência da PIAC em 14 países revelou-se de 2% e anual de 0,8% e, em Portugal, 2,4% e 0,8% (Kessler et al., 2013). A *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMD) estudou a prevalência, ao longo da vida, de perturbações alimentares compulsivas, na população geral, em seis países europeus. Recorrendo à *Composite International Diagnostic Interview*, concluiu que a PIAC apresentava uma prevalência superior (1,12%) à anorexia nervosa (0,48%), bulimia nervosa (0,51%) e perturbação alimentar compulsiva subliminar (0,72%). Encontrou-se, igualmente, uma prevalência superior destas perturbações, ao longo da vida, no sexo feminino (1,92%), comparativamente ao sexo masculino (0,26%) e, ainda, do ponto de vista anual (sexo masculino: 0,07%; sexo feminino: 0,55%). Deste modo, conclui-se que o risco de ocorrência de perturbações alimentares compulsivas para o sexo feminino é entre três a oito vezes maior, comparativamente ao verificado no sexo masculino (Preti et al., 2009).

A nível nacional, escasseiam dados que permitam compreender o comportamento de ingestão alimentar compulsiva, sem que o mesmo se encontre associado à perturbação. Machado e colaboradores (2004) identificaram em 484 alunos do ensino superior, 50 indivíduos com esta perturbação (prevalência de 10,3%). Num estudo recente, recorreu-se à *Binge Eating Scale* (BES) para estudar a existência de ingestão alimentar compulsiva em mulheres pertencentes à população geral. Os resultados permitiram constatar que 92,7% das mulheres não apresentava ingestão alimentar compulsiva, 5,5% apresentava ingestão alimentar compulsiva de gravidade ligeira a moderada e 1,8% ingestão alimentar compulsiva grave (Duarte et al, 2015). A PIAC revela-se mais prevalente em indivíduos do sexo feminino, com peso normal, excesso de peso e obesos (APA, 2014; Marques, 2013; Rosenbaum e White, 2013; Spitzer et al., 1993; Wheeler et al., 2005) e inicia-se, geralmente, no final da adolescência ou na fase da jovem adultez, embora permaneça presente na vida adulta (APA, 2014; Kessler et al., 2013). Tendo em conta a realidade portuguesa, os resultados obtidos por um estudo

realizado sobre comportamentos de ingestão compulsiva revelaram que os participantes com obesidade exibiam mais comportamentos desta natureza, seguidos daqueles com peso normal e excesso de peso, respetivamente (Marques, 2013).

Ainda que, no geral, a revisão da literatura sugira que as pessoas com perturbações no âmbito da alimentação e da ingestão revelam comportamentos alimentares mal adaptativos (e.g. ingestão compulsiva, dietas restritivas, purga) e recorrem ao exercício físico “como forma de evitar ou lidar com as suas emoções” (Nowakowski e colaboradores, 2013), os resultados obtidos por Schmidt sugerem que indivíduos com PIAC sentem que o ato de comer de forma compulsiva os faz sentir-se relaxados, sentindo que desfrutam “da comida, [do] seu sabor, cheiro e textura” (2000, p. 342). Assim, vários autores referem a presença, nesta perturbação (e, ainda, quando estão presentes sintomas da mesma, ainda que sem o diagnóstico realizado), de sensações de bem-estar não associadas a necessidades fisiológicas (Wheeler et al., 2005), isto é, associadas à regulação de estados emocionais, em que os episódios de ingestão alimentar compulsiva permitem regular, responder ou evitar emoções negativas ou difusas (Harrington et al., 2010; Pinaquy et al., 2003; Telch e Agras, 1996). Os comportamentos de ingestão compulsiva são negativamente reforçados na medida em que, temporariamente e aparentemente, diminuem as emoções negativas (Harrington et al., 2010). Acresce que “quanto mais grave é a ingestão compulsiva mais frequentes são os comportamentos” de fome emocional (Schulz e Laessle, 2010; Silva, 2016, p. 28; Smyth et al, 2008), numa tentativa mal adaptativa de gerir as emoções experienciadas e o auto criticismo frequentemente associado. Existem evidências que sugerem que o processo de evitamento experiencial constitui um fator de risco para o desenvolvimento das perturbações da alimentação e da ingestão (Pinto-Gouveia et al, 2015).

A PIAC surge em comorbilidade frequente com obesidade e excesso de peso, perturbações de personalidade, abuso de substâncias, alexitimia e sintomas psiquiátricos (Kessler et al, 2013), em associação frequente com depressão e ansiedade (Rosenbaum e White, 2013). No que concerne à sintomatologia associada, estudos científicos, estrangeiros e nacionais, defendem a presença de diversas características associadas à PIAC, nomeadamente a baixa autoestima. A investigação realizada neste âmbito sugere, na realidade, que a maioria dos pacientes com PIAC apresenta uma incondicional e penetrante visão negativa de si mesmo, encarada frequentemente como parte da sua identidade permanente (Stanghellini et al, 2012; Wheeler et al., 2005). Para além de uma baixa auto-estima, os indivíduos com PIAC apresentam, habitualmente, disforia, insatisfação com a imagem corporal (Wiser e Telch, 1999), comprometimento do funcionamento social e ocupacional (Spitzer et al., 1993;

Marques, 2013), insatisfação com o seu suporte social e/ou com os seus relacionamentos interpessoais e inatividade profissional (Marques, 2013). De acordo com alguns autores, a PIAC resulta em consequências funcionais relevantes, nomeadamente dificuldades de adaptação a papéis sociais, défices na qualidade e satisfação com a vida, aumento da morbidade e mortalidade médicas e, ainda, da utilização dos serviços de saúde, comparativamente a indivíduos que não sofrem de PIAC (Rosenbaum e White, 2013). Deste modo, diversos autores consideram a PIAC um problema de saúde pública (Kessler et al., 2013).

Duarte e colaboradores (2015) assumem a dificuldade associada à avaliação da perturbação alimentar compulsiva e/ou dos respetivos sintomas, dado o secretismo e vergonha associados aos sintomas. Apesar de se considerar que a forma mais válida para avaliar a perturbação e/ou sintomas associados é a entrevista, designadamente a *Eating Disorder Examination* (EDE, Fairburn e Cooper, 1993, citado em Duarte et al., 2015) têm vindo a ser construídos instrumentos de grande relevância e utilidade, nomeadamente a *Binge Eating Scale* (BES, Gormally et al, 1982), e o *Questionnaire on Eating and Weight Patterns* (QEWP-R, Yanovski, 1993), instrumentos assentes no auto-relato. A BES encontra-se validada para a população portuguesa (Duarte et al, 2015), constituindo-se um instrumento com elevada sensibilidade na distinção de indivíduos com e sem características de PIAC (Grupski et al, 2013).

Quanto aos fatores que poderão estar associados ao desenvolvimento de comportamentos alimentares compulsivos, está comprovada a relação entre a ocorrência de acontecimentos traumáticos e comportamentos de ingestão alimentar compulsiva (Wheeler, et al, 2005; Harrington, et al, 2010), como o abuso emocional, físico ou sexual (Irwin, 1997), a morte de progenitores durante a infância e o alcoolismo infantil (Wheeler et al., 2005). Assim, o DSM-5 (2014) integra, enquanto secção de diagnóstico, as perturbações relacionadas com trauma e stresse, nomeadamente a perturbação de stresse-pós traumático (APA, 2014). O *Trauma* é descrito como uma “agressão ou experiência psicológica muito violenta” sendo, então, um “acontecimento emocionalmente doloroso que torna o sujeito particularmente sensível a situações similares” (Dicionário de Língua Portuguesa, Infopédia, 2018). Por seu turno, Vaz Serra define um acontecimento traumático aquele que “representa uma ameaça para a vida ou a segurança de uma pessoa e ultrapassa em intensidade as ocorrências comuns, [deixando] usualmente o indivíduo desesperado e sem saber o que fazer” (2003, p. 10). A investigação realizada tem permitido constatar a existência de uma correlação positiva entre eventos traumáticos e perturbações da alimentação e ingestão (APA, 2014), como referido. Constituem-

se como fatores de risco para este tipo de perturbações experiências nefastas na infância e adolescência, designadamente *bullying*, abuso físico, emocional e sexual, afetividade negativa e criticismo por parte dos progenitores (Fairburn, 1998). No estudo de Smyth e colaboradores constatou-se, também, a relação entre eventos traumáticos na infância e hábitos alimentares na idade adulta (2008). Assim, os estudos permitem concluir que, das diversas experiências traumáticas, o abuso sexual e físico grave resultam de forma muito significativa em perturbações psiquiátricas, nomeadamente alimentares, como a PIAC (Vanderlinden et al, 1993). Feinson e Hornik-Lurie realizaram um estudo com 500 mulheres (média de idades de 44 anos), concluindo que as mulheres que apresentavam compulsão alimentar grave (17.6%) admitiram ter sido vítimas de abuso emocional (2016). Caslini e colaboradores (2016) verificaram uma correlação entre experiências de maus-tratos, formas de abuso e negligência na infância e perturbações psiquiátricas, como as de alimentação. Concretamente, concluíram que, na infância, o abuso físico tem impacto em qualquer tipo de perturbações.

Um dos conceitos que tem sido explorado em associação com a desregulação dos comportamentos alimentares é a alexitimia que, etimologicamente, significa “dificuldade em ou incapacidade de verbalizar ou descrever sentimentos ou emoções” (Dicionário Priberam, 2018). Segundo Nowakowski e colaboradores, caracteriza-se pela dificuldade em identificar e comunicar sentimentos, e em proceder à distinção entre sentimentos e sensações corporais (2013). O termo começou por ser utilizado por Sifneos, para referir-se às características cognitivas e afetivas (1996, citado em Pinaquy et al., 2013) de doentes com perturbações psicossomáticas (Sifneos, 1973), englobando: 1) dificuldade em identificar e descrever emoções; 2) dificuldade em distinguir emoções de sensações corporais; 3) diminuição da fantasia; 4) pensamento concreto e pouco introspetivo, focado no ambiente externo (Carano et al., 2012; Nowakowski, 2013).

A literatura aponta para a presença de alexitimia em várias perturbações psiquiátricas, condições médicas (Cochrane et al, 1993) e familiares (e.g. fraca expressão emocional durante a infância) (Berenbaum e James, 1994; Kench e Irwin, 2000): perturbações depressivas, somatoformes, perturbação obsessivo-compulsiva (Bankier, et al, 2001; De Berardis et al., 2005); da alimentação e da ingestão (e.g. anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbação de ingestão alimentar compulsiva) (Cochrane et al., 1993; Schmidt et al, 1993, Zwaan et al., 1995; Pinaquy et al., 2003; Wheeler et al., 2005; Nowakowski et al, 2013; Carano et al., 2006; Westwood, et al, 2017); obesidade isolada ou em comorbilidade com a perturbação de ingestão alimentar compulsiva (Legorreta et al, 1988; Wheeler et al., 2005; Pinaquy et al., 2003); comportamento suicida (i.e. ideação e tentativas atuais e/ou passadas) (Lester, 1991).

Vários autores referem, então, que a dificuldade em identificar e descrever emoções é, com frequência, uma característica central das perturbações da alimentação e ingestão (Taylor, et al, 1991; Nowakowski et al., 2013; Westwood et al., 2017), por se referir a um “défice no processamento cognitivo das emoções que permanecem indiferenciadas ou mal reguladas” (Taylor et al, 1991, p. 153), o que leva alguns autores a considerarem a alexitimia um traço de personalidade (Lester, 1991; Zwaan et al., 1995; Martínez-Sanchez, et al, 2003; Carano et al., 2012) e um atributo significativo em alguns casos de perturbação de ingestão alimentar compulsiva (Carano et al., 2006, 2012).

Como abordado anteriormente, alguns autores defendem que a alexitimia pode ser desencadeada pela vivência de experiências traumáticas (Krystal, 1981, Shipko et al., 1983), enquanto outros identificam a fome emocional como fator preditor da alexitimia (Pinaquy et al., 2003). O termo “fome emocional” foi utilizado, primeiramente, no âmbito da Bulimia Nervosa, pela tendência que estes sujeitos apresentavam para reagir de forma desajustada a emoções negativas (Pinaquy, et al, 2003). De acordo com Nowakowski e colaboradores, grande parte da investigação realizada sugere que indivíduos que utilizam estratégias mal adaptativas de alimentação, como estratégia para lidar ou evitar as suas emoções (2013). Os autores alertam para o impacto negativo de, na primeira infância, as crianças crescerem em ambientes nos quais são encorajadas a não vivenciar e a expressar a suas emoções, encaradas como negativas. Neste sentido, quando uma emoção é experienciada, surgem frequentemente associadas outras emoções, como vergonha ou culpa, pela vivência daquela primeira emoção, aumentando os níveis de stress e diminuindo as estratégias de *coping* do indivíduo, conduzindo à adoção de comportamentos que se traduzem em perturbações alimentares, como estratégia para lidar com as emoções (Nowakowski et al., 2013). Estes autores procederam a uma revisão da literatura e investigação realizada em torno da alexitimia, tendo encontrado 24 estudos que tinham como objetivo compreender se a alexitimia se encontrava, de facto, elevada em pessoas com perturbações alimentares, utilizando uma das três versões da escala *Toronto Alexitimia Scale*. Na sua maioria, verificou-se um nível elevado de alexitimia em sujeitos com perturbações alimentares, comparativamente a grupos de controlo constituídos por sujeitos saudáveis, sobretudo em dois dos três fatores: dificuldades na identificação de sentimentos e na distinção entre sentimentos e, ainda, na descrição de sentimentos (Nowakowski et al., 2013). Wheeler e colaboradores (2005) estabelecem a hipótese de situações traumáticas, como a morte dos pais, poderem estar relacionadas com dificuldades na identificação de sentimentos, sendo este um dos aspetos sintomáticos da alexitimia.

Apesar de existirem alguns estudos (sobretudo internacionais) que exploram a associação entre trauma e perturbação de ingestão alimentar compulsiva e que estabelecem a associação entre alexitimia e esta perturbação, são escassos os que exploram a associação, em simultâneo, entre trauma, alexitimia e a PIAC. Assim, partindo de uma amostra da população geral e de estudantes universitários, neste estudo, pretendemos explorar a associação e o papel preditivo de experiências traumáticas (em diversos domínios: emocional, físico e sexual) e da alexitimia (considerando as suas diferentes dimensões) com os/nos sintomas de ingestão alimentar compulsiva.

2. Materiais e Métodos

2.1. Participantes

Tendo sido definida a inclusão de participantes de nacionalidade portuguesa, com idades entre os 18 e os 65 anos, a amostra ficou constituída por 421 sujeitos (maioria do sexo feminino; $n = 300$, 71,3%). A idade média foi de 30,7 ($DP = 11,51$). A maioria dos sujeitos referiu ser solteiro ($n = 268$; 63,7%), ter o secundário ($n = 151$; 35,9%) [seguindo-se os sujeitos com licenciatura ($n = 148$; 35,2%)] e ser estudante universitário ($n = 225$; 53,4%) [a maioria frequentava o curso de Psicologia ($n = 85$; 37,8 %)] (Tabela 1). Igualmente, a maioria dos sujeitos não era estudante-trabalhador ($n = 177$; 42,0%) e entre os que o eram, de acordo com a Classificação Nacional das Profissões, a maioria pertencia aos Especialistas intelectuais e científicos ($n = 57$; 13,5 %). Na infância, segundo relato dos participantes, a maioria tinha peso normal ($n = 253$; 61,1%). Na atualidade encontrou-se um índice de massa corporal (IMC) médio de 23,78 ($DP = 11,51$) e quando este foi categorizado, a maioria dos sujeitos integrou a categoria peso normal ($n = 223$; 53,0%) (Tabela 2). Após categorização da pontuação total de ingestão alimentar compulsiva (instrumento LHA/BES), a maioria dos sujeitos 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-Universitário		<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	
Estudante-trabalhador		<i>n</i>	%
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>	%
Quatro 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/anorexia (<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
		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

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

2.2. Procedimentos

Este trabalho pertence a um projeto maior, acerca de diferentes correlatos do comportamento alimentar compulsivo/*binge eating*. Neste projeto, começou-se por definir o respetivo protocolo (instrumentos a ser usados) para avaliar os seguintes correlatos, entre outros: alexitimia, dissociação, impulsividade, dificuldades em regular emoções, autoaversão. Em particular, 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 alexitimia/*Toronto Alexitimia Scale*. Foram feitos os pedidos de autorização para uso dos instrumentos, aos respetivos autores, tendo as mesmas (autorizações) sido cedidas. Redigiram-se os consentimentos informados e questionários sociodemográficos (a aplicar junto dos estudantes universitários e da população geral). Tendo sido o projeto aprovado pela Comissão de ética do ISMT para ser possível realizar a recolha de dados junto das diferentes turmas de diferentes cursos do ISMT, contactaram-se 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 o autor deste trabalho e com os outros colegas, a melhor forma de realizar a recolha. Esta decorreu entre fevereiro e junho de 2017. O protocolo de instrumentos do projeto foi, também, aplicado em formato de papel a pessoas da população geral e reproduzido na plataforma online Google docs, tornando possível alargar um pouco mais a recolha junto da população geral. No momento da recolha de dados (quer em formato papel, quer online) foram explicados os objetivos do estudo e assegurou-se a confidencialidade dos dados, tendo todos os participantes assinado o consentimento informado.

2.3. Instrumentos

2.3.1 Questionário sociodemográfico

Este questionário foi elaborado para recolher dados relativos à idade, estado civil, escolaridade, peso e altura relatados (permitindo calcular o 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. *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 (de acordo com a percepção da pessoa que responde) (Dom, De Wilde, Hulstijn e Sabbe, 2007). Versões anteriores do instrumento avaliam vinte cinco tipos de experiências traumáticas, mas a versão mais recente explora vinte e nove potenciais experiências traumáticas (vinte e nove itens). É perguntado ao sujeito se vivenciou um/a determinado/a evento traumático/trauma/experiência traumática (0/não e 1/sim), no total das vinte e nove experiências, variando a pontuação de 0 a 29. Em cada um dos itens, em função da pessoa ter respondido “não” ou “sim”, é perguntada a idade de início (dos 0 aos 6 anos, dos 7 aos 12 anos e dos 13 aos 18 anos), a duração do trauma e o impacto que teve para o sujeito (de “1” que corresponde a “nenhum”, a “5” que equivale a muitíssimo).

A TEC avalia, então, vários tipos de trauma: negligência emocional; diferentes 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). Relativamente à negligência emocional, abuso emocional, abuso físico, assédio sexual e abuso sexual, a TEC explora se a experiência ocorreu na família de origem, família extensa, ou noutra contexto (Nijenhuis et al., 2002). Permite, assim, calcular trauma emocional (negligência emocional e abuso emocional em vários contextos: 6 itens), trauma sexual (assédio sexual e abuso sexual em vários cenários: 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). Permite, também, calcular a gravidade do trauma atendendo a: (a) presença do evento; (b) idade no início (trauma ocorreu ou começou nos primeiros 6 anos de vida ou depois dessa idade); (c) duração do trauma (duração inferior ou superior a 1 ano); e (d) resposta subjetiva (o sujeito não se sentiu

traumatizado ou apenas ligeiramente traumatizado, moderadamente, severamente ou extremamente traumatizado pelo/s evento/s). Estas características (de a a d) recebem pontuação de 1 se estiverem presentes e pontuação de 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 esses resultados são, depois, adicionados. A escala não avalia a configuração em que a ameaça de vida, dor e punição bizarra ocorreu. Os resultados compostos para a ameaça de vida, dor e punição bizarra são somados aos resultados compostos de abuso físico para os três contextos possíveis de ocorrência. Então, 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. Portanto, este instrumento calcula a gravidade das diferentes áreas de trauma agrupando-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), calculando, também, a gravidade do trauma de natureza familiar. Na versão portuguesa da TEC, a pontuação média total de presenças traumáticas foi de 4,47 ($DP = 3,96$) e a consistência interna total foi muito boa ($\alpha = 0,93$) (Espírito-Santo et al., 2013).

2.3.3. Toronto Alexithymia Scale-20/Escala de Alexitimia de Toronto-20 (TAS-20; Bagby, Parker e Taylor, 1994a; adaptada para Portugal por Praceres, Parker e Taylor, 2000)

A última versão deste instrumento, a Escala de Alexitimia de Toronto-20 resulta de um processo de melhoria das suas propriedades psicométricas pelos autores Bagby e colaboradores (1994a). A mesma foi adaptada para Portugal por Praceres e colaboradores (2000). Trata-se de um instrumento de autorrelato que avalia a alexitimia que, etimologicamente, significa estar “sem palavras para as emoções” (Krystal, 1981; Lester, 1991) sendo composta por 20 itens. É pedido ao sujeito que registre o grau de concordância com cada item numa escala de Likert de cinco pontos: 1: Discordo totalmente; 2: Discordo em parte; 3: Não concordo nem discordo; 4: Concordo em parte; 5: Concordo totalmente. A pontuação varia, então, de 20 a 100, e quanto maior for, maior o grau de alexitimia do respondente. A TAS-20 tem revelado boa consistência interna e boa estabilidade teste-reteste (Praceres et al., 2000). Estudos fatoriais (com amostras clínicas e não clínicas) têm permitido identificar três fatores, coerentes com o construto de alexitimia (Bagby et al., 1994a; 1994b; Praceres et al., 2000): Fator 1: *Dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção* (itens: 1,3,6,7,9,13 e 14) (avalia a capacidade do indivíduo em identificar sentimentos); Fator 2: *Dificuldade em descrever os sentimentos aos outros* (itens: 2,4,11,12 e 17) (avalia a capacidade

do indivíduo em descrever sentimentos); Fator 3: *Estilo de pensamento orientado para o exterior* (itens: 5,8,10,15,16,18,19 e 20) (avalia o pensamento externamente orientado, mais concretamente, em que medida questões operacionais, do dia a dia, dominam os pensamentos e atitudes do indivíduo). O estudo de adaptação português da escala permitiu identificar os mesmos fatores e verificar uma adequada consistência interna ($\alpha = 0,79$) e excelente consistência teste-reteste, após três semanas ($r = 0,90$) (Praceres et al., 2000). Importa, ainda, referir que no estudo de adaptação português, os itens 5, 18 e 19 não saturaram significativamente no Fator 3, na subamostra de adultos sem queixa, o que os autores consideraram poder dever-se ao facto de ser uma subamostra heterogénea e de pequena dimensão, o que já não sucedeu com a subamostra de estudantes universitários (Praceres et al., 2000). No nosso estudo consideramos, então, estes mesmos três itens, dado a maioria dos nossos participantes ser estudante universitário. Obtivemos, no presente trabalho um valor total de consistência interna de 0,815 (muito bom, De Vellis, 1991).

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 avalia 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 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

As análises estatísticas foram conduzidas utilizando o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. Calculámos estatísticas descritivas, medidas de tendência central, dispersão, assimetria e achatamento. Apesar de, segundo o teste de Kolmogorov-Smirnov, a maioria das variáveis centrais do estudo não apresentarem normalidade, conduzimos testes paramétricos por termos um n superior a 30. Para analisar a fidelidade dos instrumentos, consideraram-se os valores de alfa de Cronbach, interpretados segundo DeVellis (1991): entre 0,6 e 0,7: aceitável; entre 0,7 e 0,8: bom; entre 0,8 e 0,9: muito bom. Com testes t de Student para amostras independentes explorámos a existência de diferenças na variável central do estudo (pontuação total na escala LHA), por sexo. Tendo verificado que existiam diferenças estatisticamente significativas por sexo nessa pontuação realizámos as análises seguintes, separadamente, por sexo. Conduzimos correlações de Pearson para testar associações entre a pontuação total de LHA, algumas dimensões específicas da TEC, dimensões da TAS-20, IMC e idade. Para classificar a magnitude das correlações seguimos os critérios de Cohen (1992): 0,01, baixa; 0,30, moderada e 0,50 elevada. Análises de variância (ANOVA) permitiram explorar diferenças na pontuação total de LHA pela variável peso na infância (na amostra total e separadamente por sexo). Depois das associações encontradas, realizámos análises de regressão múltipla hierárquica para testar, de entre o IMC, áreas da TEC e dimensões da TAS-20 que se tinham mostrado associadas à pontuação total da LHA, quais delas eram preditoras significativas desta pontuação (Variável dependente/VD). Foram cumpridas as suposições das análises de regressão: tamanho da amostra [fórmula por Tabachnick & Fidell (2007, p.123) que tem em conta o número de preditores/VIs que pretendemos analisar (N tem de ser $> 50 + 8m$; m corresponde ao número de VIs)]; ausência de multicolinearidade [atendendo à matriz de correlações entre as variáveis que se mostraram entre si inferiores a 0,7 (Pallant, 2007) e considerando os valores de tolerância/Tolerance e VIF das VIs (valores de tolerância superiores a .10 e de VIF inferiores a 10)].

3. Resultados

Apresentamos, na Tabela 4, as médias, desvios-padrão e intervalos das dimensões e pontuação total dos instrumentos utilizados, na amostra total. Um teste t de Student revelou diferenças estatisticamente significativas, por sexo, na pontuação total da Lista de Hábitos Alimentares (LHA; avalia sintomas de ingestão alimentar compulsiva/IAC), (masculino, $M = 5,95$; $DP = 5,86$; feminino, $M = 7,72$, $DP = 7,51$; $t = -2,56$; $p = 0,011$), pelo que nas tabelas 5, 6, 7, 8 e 9 apresentamos as correlações entre a pontuação total da LHA e as áreas/pontuação

total/dimensões dos potenciais correlatos de IAC (TEC; TAS-20), separadamente, por sexo. Quanto ao IMC, os homens apresentaram um valor médio maior ($M = 24,45$; $DP = 3,45$) do que as mulheres ($M = 23,52$; $DP = 4,08$) ($t = 2,325$; $p = 0,021$). Igualmente, no que toca à TAS-20, na dimensão *estilo de pensamento orientado para o exterior*, as mulheres apresentaram valores mais baixos do que os homens ($M = 20,36$; $DP = 3,76$ vs. $M = 21,39$, $DP = 3,40$) ($t = 2,662$; $p = 0,008$). Não foram encontradas diferenças, por sexo, nas áreas de trauma.

Tabela 4**Médias e desvios-padrão nas dimensões dos instrumentos TEC, TAS-20 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 presenças/experiências traumáticas	2,07 (2,17)	0,00-13,00
TAS-20 Dificuldade em identificar sentimentos	14,54 (5,97)	7,00-31,00
TAS-20 Dificuldade em descrever sentimentos aos outros	12,32 (4,12)	5,00-23,00
TAS-20 Estilo de pensamento orientado para o exterior	20,67 (3,69)	9,00-30,00
LHA total	7,21 (7,11)	0,00-37,00
IMC	23,78 (3,93)	15,0-43,3

TEC = *Traumatic Events Checklist*; TAS-20 = *Toronto Alexitimia Scale-20*; LHA = *Lista de Hábitos Alimentares*; IMC = *Índice de Massa Corporal*

No caso dos homens, a pontuação total de LHA (IAC) correlacionou-se, de forma significativa e positiva (magnitude moderada) com a *dificuldade em identificar sentimentos* e com a *dificuldade em descrever sentimentos* (magnitude pequena) da TAS-20 (avalia a alexitimia) (Tabela 5). O total de experiências traumáticas (TEC; avalia experiências traumáticas) correlacionou-se com a *dificuldade em descrever sentimentos* da TAS-20 ($r = 0,216$; $p = 0,019$; magnitude pequena).

Tabela 5**Correlações entre a pontuação total da LHA e as dimensões da TAS-20 (homens)**

	TAS-20 Dificuldade em identificar sentimentos	TAS-20 Dificuldade em descrever os sentimentos aos outros	TAS-20 Pensamento orientado para o exterior
LHA total	0,360**	0,216*	NS

Notas: ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$; NS = não significativo; TAS-20 = *Toronto Alexitimia Scale-20*; LHA = *Lista de Hábitos Alimentares*.

Nas mulheres, a pontuação total de LHA correlacionou-se de forma estatisticamente significativa e positiva com a *dificuldade em identificar sentimentos* (magnitude grande), *dificuldade em descrever sentimentos aos outros* (magnitude pequena) e com o *estilo de pensamento orientado para o exterior* (TAS-20). As áreas *trauma sexual*, *trauma familiar* e o *total de experiências traumáticas* da TEC correlacionaram-se, de forma estatisticamente significativa e positiva (magnitude pequena) com a *dificuldade em identificar sentimentos* (TAS-20). A área *trauma sexual* da TEC correlacionou-se significativamente e de forma negativa (magnitude pequena) com o *estilo de pensamento orientado para o exterior* (TAS-20) (Tabela 6).

Tabela 6
Correlações entre as dimensões da LHA, TEC e TAS-20 (mulheres)

	TAS-20 Dificuldade em identificar sentimentos	TAS-20 Dificuldade em descrever sentimentos aos outros	TAS-20 Estilo de pensamento orientado para o exterior
LHA total	0,416**	0,240**	0,115*
TEC Trauma total (com abuso sexual, sem ameaça corporal)	NS	NS	NS
TEC Trauma emocional total	NS	NS	NS
TEC Trauma sexual total	0,173**	NS	- 0,136*
TEC Trauma familiar	0,124*	NS	NS
Total de experiências traumáticas	0,195**	NS	NS

Notas: ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$; NS = não significativo; LHA = Lista de Hábitos Alimentares; TEC = *Traumatic Events Checklist*; TAS-20 = *Toronto Alexitimia Scale*

As correlações entre a pontuação total da LHA e as áreas da TEC são expostas na Tabela 7. Quanto aos homens, não se encontraram associações significativas, contudo, nas mulheres as áreas *trauma sexual total*, *trauma familiar* e *total de experiências traumáticas* associaram-se positivamente (magnitude pequena) com a pontuação total da LHA.

Tabela 7
Correlações entre as dimensões da LHA e 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**

Notas: ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$; NS = não significativo; TEC = *Traumatic Events Checklist*; TAS-20 = *Toronto Alexitimia Scale*

Na Tabela 8 apresentam-se as correlações entre a pontuação total de LHA, as áreas da TEC, dimensões da TAS-20, idade e IMC, nos homens e mulheres. Nos homens, a pontuação total da LHA correlacionou-se de forma significativa e positiva (magnitude moderada) com o IMC. O *trauma familiar* (TEC) associou-se significativamente (de forma negativa; magnitude pequena) com o IMC. As *dificuldades em descrever sentimentos* (TAS-20) associaram-se significativamente (de forma negativa e com magnitude pequena) com a idade e o *estilo de pensamento orientado para o exterior* associou-se significativamente (positivamente e com magnitude pequena).

Tabela 8

Correlações entre pontuação total de LHA, áreas da TEC, dimensões da TAS-20, 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	-0,189*
Total de experiências traumáticas	NS	NS	NS	NS
TAS-20 Dificuldade em identificar sentimentos	NS	NS	NS	0,127*
TAS-20 Dificuldade em descrever sentimentos aos outros	-	NS	NS	NS
TAS-20 Estilo de pensamento orientado para exterior	0,202*	NS	NS	NS

Notas: ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$; NS = não significativo; LHA = Lista de Hábitos Alimentares TEC = *Traumatic Events Checklist*; EMVA = Escala Multidimensional de Autoavaliação

Uma análise de variância (ANOVA), realizada na amostra total e separadamente, por sexo, analisou diferenças na pontuação total de LHA, em função do “peso relatado na infância”. Foram encontradas diferenças na amostra total e na subamostra das mulheres [respetivamente, $F(3, 408) = 13,34, p \leq 0,001$; $F(3, 291) = 12,42, p \leq 0,001$]. Na amostra total, as pessoas que afirmaram ser magro/a(s) na infância apresentaram pontuação total média de ingestão alimentar compulsiva menor ($M = 21,56, DP = 6,33$) do que as que relataram ter excesso de peso ($M = 26,89; DP = 9,02$) ou obesidade ($M = 32,17; DP = 10,94$). Os sujeitos que expressaram ter peso normal na infância apresentaram, ainda, pontuação total média de ingestão alimentar compulsiva menor ($M = 22,37; DP = 6,04$) do que as que afirmaram ter excesso de peso ($M = 26,89; DP = 9,02$) ou obesidade ($M = 32,17; DP = 10,94$). No caso das mulheres, de novo, quem relatou ser magro/a 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 ($M = 34,40$; $DP = 10,60$). Os sujeitos que expressaram ter peso normal na infância apresentaram, igualmente, pontuação total média de ingestão alimentar compulsiva menor ($M = 22,69$; $DP = 6,27$) do que os que afirmaram ter excesso de peso ($M = 27,95$; $DP = 9,36$) ou obesidade ($M = 34,40$; $DP = 10,60$) (Tabela 10).

Tabela 10**Análise de variância: impacto do peso relatado na infância na pontuação total de LHA**

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

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

Dado querermos analisar o papel preditor do IMC, das áreas da TEC e das dimensões da TAS-20 para a pontuação total da LHA, e visto que apenas no caso das mulheres se verificaram associações entre a pontuação total de LHA e as áreas da TEC, dimensões da TAS-20 e IMC e entre áreas da TEC, dimensões da TAS-20 e IMC, através de uma análise de regressão múltipla hierárquica, fomos avaliar a capacidade do IMC, introduzido num primeiro bloco, das áreas da TEC (sexual e familiar) e total de experiências traumáticas, introduzidas num segundo bloco e das dimensões *dificuldade em identificar sentimentos*, *dificuldade em descrever os sentimentos*, *estilo de pensamento orientado para o exterior* da TAS-20, introduzidas num terceiro bloco a predizer a variável dependente (VD), pontuação total da LHA, na subamostra das mulheres. O tamanho da amostra necessário, tendo em conta os 7 preditores ($N = 106$) foi cumprido. Depois de se verificar multicolinearidade entre as variáveis total de experiências traumáticas e trauma familiar ($r = 0,730$), optámos por considerar o total de experiências traumáticas (TEC) por apresentar uma correlação maior com a VD. Repetindo a análise de regressão, considerámos, então, seis VIs. Os valores de Tolerância e VIF exigidos foram cumpridos. O IMC explicou 12,7% da variância da pontuação total de ingestão alimentar compulsiva. Depois de introduzir num segundo bloco o total de experiências traumáticas e a área trauma sexual, a variância explicada pelo modelo como um todo foi de 18,9%, $F(1,276) = 40,110$, $p \leq 0,001$. Estas variáveis explicaram uma variância adicional de 6,2% da variância da pontuação total de ingestão alimentar compulsiva, depois de controlar o IMC, mudança do $R^2 = 0,062$, mudança do $F(2,274) = 10,417$, $p \leq 0,001$. Depois de introduzir num terceiro bloco

a *dificuldade em identificar sentimentos*, a *dificuldade em expressar sentimentos* e o *estilo de pensamento orientado para o exterior*, a variância explicada pelo modelo como um todo foi de 30,1%, $F(6, 271) = 19,476$, $p \leq 0,001$. Estas variáveis explicaram uma variância adicional de 11,3% da variância da pontuação total de ingestão alimentar compulsiva, depois de controlar o IMC e áreas da TEC, mudança do $R^2 = 0,113$, mudança do $F(3,271) = 14,571$, $p \leq 0,001$. Três variáveis ofereceram uma contribuição significativa para a VD: IMC ($\beta = 0,304$, $p \leq 0,001$), total de experiências traumáticas da TEC ($\beta = 0,190$, $p \leq 0,001$) e dificuldade em identificar os sentimentos ($\beta = 0,363$, $p \leq 0,001$).

Tabela 11

Regressão múltipla hierárquica, predizendo a pontuação total de LHA, através das VIs IMC, total de experiências traumáticas, área trauma sexual e dimensões da TAS-20 dificuldade em identificar sentimentos, dificuldade em descrever os sentimentos aos outros e estilo de pensamento orientado para o exterior

Preditor	LHA (pontuação total)	
	ΔR^2	B
Passo 1	0,127***	-
IMC	-	0,304***
Passo 2	0,189***	-
Total de experiências traumáticas (TEC)	-	0,190***
Área trauma sexual	-	NS
Passo 3	0,301***	-
Dificuldade em identificar sentimentos (TAS-20)	-	0,363***
Dificuldade em descrever os sentimentos (TAS-20)	-	NS
Estilo de pensamento orientado para o exterior (TAS-20)	-	NS
Total R^2	0,617***	-
F (modelo final)	19,476***	-

Nota: Tabela segundo as normas da APA (2010). R^2 = Coeficiente de determinação; β = Beta; NS = Não significativo; *** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,05$

Discussão

A principal finalidade deste estudo consistia em explorar, através de uma amostra da população geral e estudantes universitários, associações entre experiências traumáticas (em diversos domínios de trauma), alexitimia (nas suas diferentes vertentes) e sintomas de ingestão alimentar compulsiva.

Primeiramente, antes de procedermos à discussão dos principais resultados obtidos neste estudo, iremos comparar alguns dos dados que obtivemos, mais concretamente os valores médios dos instrumentos/dimensões considerados no presente estudo com os resultados obtidos em estudos nacionais.

O estudo realizado por Duarte e colaboradores (2015), recorrendo à LHA, avaliou uma amostra de 1008 estudantes universitárias (sexo feminino; idade média inferior à do nosso

estudo; $M = 20,76$) e participantes da população geral (sexo feminino; idade média de 39,48, superior à do nosso estudo). A nossa amostra foi constituída por homens e mulheres, com idades entre os 18 e os 65 anos de idade (idade média de 30,7), sendo os valores encontrados similares aos dos autores do estudo de 2015, não obstante o facto de os valores relativos a uma ingestão alimentar compulsiva ligeira ou moderada e grave serem ligeiramente superiores no presente estudo. Assim, se no nosso estudo, nas mulheres, uma ingestão alimentar compulsiva (IAC) ausente ou mínima esteve presente em 90,3% da amostra, no estudo de Duarte e colaboradores (2015) este tipo de ingestão esteve presente em 92,7% das participantes; no nosso estudo, nas mulheres, uma IAC ligeira a moderada esteve presente em 6,3% das participantes, enquanto no estudo de Duarte e colaboradores (2015) foi vivenciado por 5,5% das participantes. Ainda nas mulheres, no presente estudo, um valor grave de IAC foi relatado por 3,3% das participantes, sendo que no estudo de Duarte e colaboradores (2015) esta percentagem foi de 1,8%. Os resultados obtidos por Duarte e colaboradores num estudo realizado em 2014, recorrendo a uma amostra de mulheres da população geral e estudantes universitárias (com idades entre os 18 e os 57 anos; $M = 23,3$) revelaram-se mais aproximados aos resultados obtidos no nosso estudo (Duarte et al., 2014) (IAC ausente ou mínimo = 92,7%; IAC ligeiro a moderado = 5,2%; IAC grave = 2,1%) sendo que os autores assumem uma conformidade entre os valores por eles obtidos e os resultados de Kessler e colaboradores (2013), mais concretamente, uma prevalência de IAC de 1,9% no decurso da vida e anual de 0,8%. Já o valor médio da pontuação total da LHA encontrado no nosso estudo foi muito próximo ($M = 7,21$) dos resultados obtidos nos estudos de Duarte e colaboradores (2015) ($M = 7,31$) e Duarte e colaboradores (2014) ($M = 7,45$).

Quanto ao valor médio de IMC ($M = 23,78$) obtido no nosso estudo, o mesmo mostrou ser apenas ligeiramente superior do que o valor médio encontrado pelos autores dos estudos nacionais (Duarte et al., 2015, $M = 22,90$; Duarte et al., 2014, $M = 22,85$). Quanto ao valor médio da TEC, no nosso estudo (não clínico), o valor de trauma total de experiências traumáticas foi inferior ($M = 2,07$) ao valor médio encontrado por Espírito-Santo e colaboradores (2013), sendo esta uma amostra clínica ($M = 9,37$), o que parece ser expectável, atendendo a que, numa amostra clínica, a probabilidade de confirmar a ocorrência de experiências traumáticas revela-se maior.

A respeito das associações entre a pontuação total de LHA (IAC) e o trauma obtido na subamostra dos homens, não foram encontradas associações significativas, ao contrário do que aconteceu na subamostra das mulheres, em que foi possível verificar que pontuações totais superiores de trauma sexual, familiar e total de experiências traumáticas se associaram a

uma pontuação total maior de IAC. Os resultados obtidos poderão relacionar-se com diferenças habitualmente existentes entre as mulheres e os homens, nomeadamente em termos emocionais e de personalidade. Designadamente, os homens que reponderam ao protocolo poderão, eventualmente, adotar estratégias de *coping*, para melhor lidar com o trauma (e.g. atividades desportivas), não necessitando de recorrer à IAC.

Discutindo os resultados significativos em termos de associação, diferentes estudos revelaram que experiências traumáticas na infância (Smyth et al., 2008) e adolescência, como experiências de *bullying* por pares (Fairburn, 1998), abuso físico e sexual (Carretero-García et al., 2012), constituem fatores de risco para a IAC (Fairburn, 1998). O abuso sexual parece ter ocorrido num número substancial de mulheres (com experiências traumáticas) que apresenta perturbações alimentares, parecendo existir uma relação entre o abuso sexual e as perturbações do comportamento alimentar (Vanderlinden et al., 1993). Waller (1992) concluiu, a este propósito, numa amostra clínica com mulheres com historial de abuso sexual, que este não se associava a sintomas de bulimia nervosa, embora a alimentação compulsiva tenha mostrado ser mais frequente nas mulheres que descreveram experiências sexuais indesejadas em idade precoce ou com um membro da família. Os resultados do nosso estudo corroboram as conclusões destes estudos. Já no estudo de Feinson e Hornik-Lurie (2016a), o abuso emocional na infância surgiu como fator de risco para sintomas de compulsão alimentar na idade adulta, o que não verificámos neste estudo, apesar do valor médio elevado encontrado na área de trauma emocional. No mesmo ano (2016b), em mulheres da população geral, estes autores verificaram que o abuso emocional infantil voltou a associar-se a psicopatologia alimentar, mais do que o abuso físico ou sexual.

Quanto à relação entre a alexitimia e pontuação total de LHA, em ambos os sexos, para além de se verificar uma correlação estatisticamente significativa com o fator 1 (dificuldade em identificar sentimentos), esta foi, também, aquela que revelou maior magnitude (comparativamente às associações com os outros fatores de alexitimia), tendo o valor de correlação (nesta dimensão e nas outras) sido superior no sexo feminino (para além de no sexo feminino a dimensão estilo de pensamento orientado para o exterior ter revelado associação com a pontuação total de LHA, ao contrário de nos homens).

Foi encontrada uma associação entre o IMC e a pontuação total de LHA em ambos os sexos, com uma diferença mínima, paralelamente ao verificado na literatura existente. Este resultado sugere não existir, no presente estudo, diferença significativa entre homens e mulheres, no que diz respeito ao IMC e aos hábitos alimentares. Este facto poderá estar relacionado com o facto de os participantes (sexo masculino e feminino) pertencerem a uma

faixa etária semelhante, com hábitos alimentares idênticos.

No que toca aos resultados preditivos, de forma mais evidente, apesar de três variáveis serem preditoras da pontuação total de LHA foi a dificuldade em identificar sentimentos a apresentar maior contributo a este nível, seguida do IMC e do total de experiências traumáticas. Neste sentido, na medida em que os resultados obtidos sugerem que a alexitimia se revela um dos preditores de sintomas de ingestão alimentar compulsiva, torna-se fundamental a intervenção psicoterapêutica junto de pessoas com esta mesma ingestão ou com a perturbação de ingestão alimentar compulsiva. Pela revisão da literatura constatamos que os tratamentos psicoterapêuticos mais eficazes para as *perturbações da alimentação e da ingestão* são a terapia cognitivo-comportamental e a psicoterapia interpessoal (Wiser & Telch, 1999), ambas na modalidade individual (Wilfley, 1999, cit. in Wilson & Fairburn, 2000; Nowakowski et al., 2013). Se considerarmos, por sua vez, a perturbação de ingestão alimentar compulsiva, diferentes estudos demonstram a eficácia destas opções psicoterapêuticas (e.g. com um ano de seguimento, observaram-se valores de remissão do comportamento alimentar compulsivo superiores a 58%), em formato de grupo (Wilfley, 1999 cit. in Wilson & Fairburn, 2000). A título exemplificativo, temos como técnicas comportamentais o relaxamento de Jacobson, a exposição em imaginação, o biofeedback e o treino autogéneo (Leal, 2005; Wheeler et al., 2005), que sensibilizam os indivíduos para a consciência de sensações corporais, bem como para o aumento da capacidade de auto regulação. No entanto, outras técnicas poderão ser aplicadas, nomeadamente a escrita, de forma a identificar os estímulos internos e externos (e.g. para que os indivíduos reconheçam e possam gerir os seus sentimentos (Wheeler et al., 2005). Por seu lado, Carano e colaboradores (2006) defendem que, nos casos onde estamos perante sintomatologia associada à alexitimia, surge uma terceira opção: a psicofarmacologia (em junção com a terapia cognitivo-comportamental). Na mesma linha de pensamento, Taylor (1977) e Warner (1986) referem que a terapêutica escolhida basear-se-á no grau de gravidade da alexitimia (cit. in Cochrane et al., 1993), podendo esta ser individual (e.g. aprender a expressar sentimentos em ambiente menos ameaçador/expositivo) ou grupal (e.g. expressar sentimentos num ambiente de suporte/partilha) (Swiller, 1988, cit. in Cochrane et al., 1993).

Os estudos de intervenção psicoterapêutica no domínio do *binge eating* partem, frequentemente, de amostras de pessoas com obesidade, tendo-se verificado neste estudo uma associação positiva entre sintomas de *binge eating*/ingestão alimentar compulsiva e um IMC mais elevado. Pinto-Gouveia e colaboradores (2015) sugerem que a eficácia dos tratamentos para a ingestão alimentar compulsiva e obesidade é de moderada a baixa, em parte porque a ligação entre a ingestão compulsiva e os processos de regulação emocional não é habitualmente

tida em conta, por exemplo, nos planos de tratamento da obesidade. Deste modo, ressalva-se que, na presença concomitante de obesidade, torna-se essencial que a intervenção vise a regulação emocional dos indivíduos, de modo a obter-se resultados mais efetivos (Nowakowski et al., 2013), tendo por base uma abordagem terapêutica multidisciplinar (Schmidt, 2000).

Os resultados obtidos no presente estudo sugerem uma forte relação entre trauma, alexitimia e sintomas de ingestão alimentar compulsiva (IAC), pelo que se destaca a importância da implementação de programas de intervenção psicoterapêutica, como a *Terapia comportamental dialética*, desenvolvida por Marsha Linehan, em 1984 (Abreu, 2016; Telch, et al, 2001); o Befree (Pinto-Gouveia, 2015). O treino de competências específicas (habitualmente deficitárias em pessoas que recorrem à IAC) poderão constituir uma mais-valia no sentido da adoção de estratégias de *coping* diversificadas e diminuição da sintomatologia apresentada. Mais concretamente, a *terapia comportamental dialética* visa o treino de competências essenciais para pessoas que experienciaram situações traumáticas, nomeadamente competências de *mindfulness*, tolerância ao *stress*, regulação emocional e eficácia interpessoal. Relativamente ao BEfree, este programa pretende promover “competências de regulação emocional adaptativas [que] permitam quebrar o ciclo da ingestão alimentar compulsiva, [bem como implementar um padrão] alimentar regular de um padrão comportamental promotor do bem-estar e da saúde física e mental das doentes” (Pinto-Gouveia et al., 2015, p. 7), tendo como objetivos a *psicoeducação*, a *regulação emocional*, a *aceitação e clarificação de valores*, o *mindfulness* e a *compaixão* (Pinto-Gouveia, 2015).

Relativamente às limitações do estudo, considera-se importante salientar a eventual extensa dimensão do protocolo, que poderá ter condicionado os resultados obtidos, apesar de os valores de consistência interna encontrados não o demonstrarem. Ressalva-se que diversas informações relevantes foram recolhidas com recurso ao autorrelato, designadamente as variáveis centrais do estudo, o IMC e os dados relativos ao peso durante a infância, o que poderá ter conduzido a alguns enviesamentos no que concerne aos resultados obtidos. De igual modo, não foi contemplado o estado emocional dos sujeitos no momento em que foi realizado o estudo, podendo esta variável, eventualmente, ter condicionado a resposta apresentada.

Oportunamente, em estudos futuros, sugere-se a comparação dos dados recolhidos neste estudo junto da população geral, com os resultados obtidos em grupos de amostras clínicas (e.g. vítimas de trauma). Neste sentido, considera-se igualmente relevante a avaliação de parâmetros específicos como o peso e a idade dos indivíduos constituintes da amostra, com a finalidade de estabelecer eventuais associações. De igual modo, tendo em conta as correlações positivas obtidas no nosso estudo, considera revelante compreender até que ponto, nas

mulheres, a alexitimia desempenha um papel mediador na relação entre trauma e IAC. Na medida em que, na maioria das investigações realizadas até ao momento acerca da IAC, recorreu-se fundamentalmente a amostras constituídas por mulheres, considera-se que seria interessante realizar mais estudos com homens, permitindo compreender o papel e impacto do trauma e da alexitimia na IAC em indivíduos do sexo masculino. Considera-se ainda que, em situação de trauma, a realização da entrevista em detrimento de questionários poderia constituir-se numa mais-valia, permitindo conhecer de forma mais profunda e eficiente o indivíduo. Por fim, não obstante o facto de considerarmos que este estudo permite compreender eficazmente as variáveis relacionadas com a IAC (na população geral), considera-se importante referir que o mesmo comporta uma natureza transversal, o que impossibilita o estabelecimento de relações de causalidade. Tendo em conta a pertinência crescente do estudo e intervenção em torno do comportamento alimentar, considera-se que seria de grande interesse a realização de estudos longitudinais que permitam uma melhor compreensão sobre o impacto do trauma, alexitimia e IAC, ao longo da vida.

5. Referências bibliográficas

- Abreu, P. R., & Abreu, J. H. D. S. S. (2016). Terapia comportamental dialética: um protocolo comportamental ou cognitivo? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(1). <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i1.831>.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-5)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Azevedo, A. P. D., Santos, C. C. D., e Fonseca, D. C. D. (2004). Binge eating disorder. *Archives of Clinical Psychiatry*, 31(4), 170-172. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000400008>.
- Bankier, B., Aigner, M, e Bach, M. (2001). Alexithymia in DSM-IV disorders: Comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics*, 42, 235-240.
- Berenbaum, H., e James, T. (1994). Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia. *American Psychosomatic Society*, 56(4), 353-359.
- Carano, A., De Berardis, Gambi, F., Di Paolo, C., Campanella, D., Pelusi, L., ... Ferro, M. F. (2006). Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 332-340.
- Carano, A., De Berardis, D., Campanella, D., Serroni, N., Ferri, F., Di Iorio, G., ... Di Giannantonio, M. (2012). Alexithymia and suicide ideation in a sample of patients with

- binge eating disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(1), 5-11. doi:10.1097/01.pra.0000410982.08229.99.
- Carretero - García, A., Planell, L. S., Doval, E., Estragués J. R., Escursell R.M. R. e Vanderlinden, J. (2012). Repeated traumatic experiences in eating disorders and their association with eating symptoms. *Eat Weight Disorder*, 17, 267- 273. Acedido em 13, junho, 2018, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23449080>.
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., & Carrà, G. (2016). Disentangling the association between child abuse and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 78(1), 79-90.
- Cochrane, C. E., Brewerton, T. D., Wilson, D. B., e Hodges, E. L. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 219-222.
- Cooper, P. J., e Fairburn, C. G. (1993). Confusion over the core psychopathology of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13(4), 385-389.
- De Berardis, D., Campanella, D., Gambi, F., Sepede, G., Salini, G., Carano, A., ... Ferro, M. F. (2005). Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255, 350-358.
- Dicionário Priberam. (2018). *Dicionário de Língua Portuguesa*. (2018). Acedido em 1, maio, 2018 em <https://www.priberam.pt/dlpo/Default.aspx>
- Dom, G., De Wilde, B., Hulstijn, W., e Sabbe, B. (2007). Traumatic experiences and posttraumatic stress disorders: differences between treatment-seeking early-and late-onset alcoholic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 178-185. doi:10.1016/j.comppsy.
- 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, 638- 643. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.08.025.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., e 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:10.1016/j.eatbeh.2015.03.007.
- 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 Congress of Psychiatry. Nice, France]. *European Psychiatry*, 28(1).doi:10.1016/S0924-9338(13)76554-4

- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, 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(5), 425-432. doi:10.1001/archpsyc.55.5.425.
- Feinson, M. C., e Hornik-Lurie, T. (2016). Binge eating & childhood emotional abuse: the mediating role of anger. *Appetite*, 105, 487-493. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.05.018>
- Grupski, A. E., Hood, M. M., Hall, B. J., Azarbad, L., Fitzpatrick, S. L., e Corsica, J. A. (2013). Examining the Binge Eating Scale in screening for binge eating disorder in bariatric surgery candidates. *Obesity surgery*, 23(1), 1-6.
- 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.
- Irwin, H. J. e Melbin-Helberg, E. B. (1997). Alexithymia and dissociative tendencies. *Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 159-166.
- Kench, S., e Irwin, H. (2000). Alexithymia and childhood family environment. *Journal of Clinical Psychology*, 56(6), 737-745.
- Kessler, R.C., Berglund, P.A., Chiu, W.T., Deitz, A.C., Hudson, J.I., Shahly, V., ... Xavier, M. (2013). The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Society of Biological Psychiatry*, 73, 904-914. doi:10.1016/j.biopsych.2012.11.02
- Krystal, H. (1981). The aging survivor of the holocaust: integration and self-healing in posttraumatic states. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 165-189.
- Infopédia, Dicionários Porto Editora (2018). Dicionário de língua portuguesa. Acedido em a 1 de maio de 2018 em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/trauma>.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Lester, D. (1991). Alexithymia, depression, and suicidal preoccupation. *Perceptual and Motor Skills*, 72, 1058.
- Machado, P. P. P., Soares, I., Sampaio, D., Torres, R. A., Pinto-Gouveia, J., e Oliveira, V. C., & COST B6 – Portugal. (2004). Perturbações alimentares em Portugal: padrões de utilização dos serviços. *Comportamento alimentar*, 1(1), 1-8.
- Marques, S. (2013). *Perturbação de ingestão compulsiva, alimentação emocional e síndrome do comer noturno: um estudo comparativo entre sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade*, Dissertação de mestrado não publicada, Universidade da Beira Interior, Covilhã.

- Martínez-Sánchez, F., Ato-García, M., e Ortiz-Soria, B. (2003). Alexithymia – state or trait?. *The Spanish Journal of Psychology*, 6(1), 51-59.
- National Eating Disorders Association. (2018). *Binge eating disorder*. Acedido a 1 de maio de 2018 em <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/by-eating-disorder/bed>.
- Nijenhuis, E. R., Van der Hart, O., e Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(3), 200-210. doi: 10.1002/cpp.332.
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O., e Vanderlinden, J. (1999). The traumatic experiences checklist (TEC). *Somatiform dissociation: Phenomenia, measurement, and theoretical issues*. Assen, The Netherlands: Van Gorcum, pp. 188-193.
- Nowakowski, M., McFarlane, T., e Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 1-21.
- Ortigoza, S. A. G. (2008). Alimentação e saúde: as novas relações espaço-tempo e suas implicações nos hábitos de consumo de alimentos. *Raega-O Espaço Geográfico em Análise*, 15.
- Praceres, N., Parker, D. A., & Taylor, G. J. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20) [Portuguese adaptation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 9 (1), 9-21.
- Preti, A., Girolamo, G., Vilagut, G, Alonso., J, de Graaf., R. e Bruffaerts, R., ... Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 1125-1132. doi:10.1016/j.jpsychires.2009.04.003.
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J-P., e Barbet, P. (2003). Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obesity Research*, 11(2), 195-201.
- Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., Matos, M., e Carvalho, S. (2015). *BEfree: contextualização e desenvolvimento de um programa de intervenção em grupo para a ingestão alimentar compulsiva e obesidade*. Projeto I&D financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Popkin, B. M. (2001). The nutrition transition and obesity in the developing world. *The Journal of nutrition*, 131(3), 871S-873S.
- Schmidt, U., Jiwany, A., e Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34(1), 54-58.

- Schmidt, U. (2000). Binge eating and binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 8, 340-343.
- Schulz, S. e Laessle, R.G. (2010). Associations of negative affect and eating behaviour in obese women with and without binge eating disorder. *Eating Weight Disorders*, 15, 287-293. Acedido a 1 de maio de 2018, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21406953>.
- Smyth, J. M., Heron, K. E., Stephen, Wonderlich, S. A, Crosby, R. D. e Thompson, K. M. (2008). The Influence of Reported Trauma and Adverse Events on Eating Disturbance in Young Adults. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 195-202.doi: 10.1002/eat.20490.
- Stanghellini, G., Castellini, G., Brogna, P., Faravelli, C. e Ricca, V. (2012). Identity and eating disorders (IDEA): a questionnaire evaluating identity and embodiment in eating disorder patients. *Psychopathology*, 45(3), 147-58.
- Sifneos, E. P. (1973). The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- 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.
- Shipko, S., Alvarez, W. A., e Noviello, N. (1983). Towards a teleological model of alexithymia and post-traumatic stress disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 39(2), 122-126.
- Spitzer, L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, D. M., Stunkard, A., ... Horne, L. R. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 137-153.
- Tardido, A. P., & Falcão, M. C. (2006). O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 21(2), 117-124.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., e Parker J. D. (1991). The alexithymia construct: A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 153-164.
- Telch, C. e Agras, W. (1996). Emotional states influence binge eating in the obese? *International Journal of Eating Disorders*, 20(3), 271-279. Acedido a 20 de Maio de 2018, em [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199611\)20:3<271::AID-EAT6>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199611)20:3<271::AID-EAT6>3.0.CO;2-L).
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(6), 1061. Acedido a 16 de Julho de 2018 em [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199906\)55:6<755::AID-JCLP8>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199906)55:6<755::AID-JCLP8>3.0.CO;2-R).

- Vaz Serra, A. (2003). *O distúrbio de stress pós-traumático*. Linda-a-velha: Vale & Vale Editores, Lda.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., Van Dyck, R., & Vertommen, H. (1993). Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 187-193.
- Westwood, H., Kerr-Gaffney, J., Stahl, D., e Tchanturia, K. (2017). Alexithymia in eating disorders: systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto alexithymia scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 99, 66-81.
- Wheeler, K., Greiner, P., e Boulton, M. (2005). Exploring alexithymia, depression, and binge eating in self-reported eating disorders in women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(3), 114-123.
- Wilson, G. e Fairburn, C. (2000). The treatment of binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 8, 351-354.
- Wiser, S. e Telch, C. (1999). Dialectical behavior therapy for binge-eating disorder. *Psychotherapy in Practice*, 55(6), 755-768.
- World Health Organization. (2014). *European food and nutrition action plan 2015-2020*. Acedido a 30 de abril de 2018 em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/294474/European-Food-Nutrition-Action-Plan-20152020-en.pdf?ua=1.
- World Health Organization. (2016). *International Classification of Diseases*. Acedido em 1, Maio, 2018 em <http://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/F01-F99/F50-F59/F50-F50.81>
- Yanovski, S. Z. (1993). Binge Eating Disorders: Current Knowledge and future directions. *Obesity Research*, 1, 306-324. Acedido a 6 de junho de 2018, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16350580>.
- Zwaan, M., Bach, M., Mitchell, J.E., Ackward, D., Specker, S.M., Pyle, R.L., & Pakesch, G. (1995). Alexithymia, obesity, and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 17(2), 135-140.