

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

ESTUDO COMPARATIVO DAS EMOÇÕES PRIMÁRIAS, ALEXITIMIA E
DIFICULDADES NA REGULAÇÃO EMOCIONAL NA ANOREXIA
NERVOSA E NA BULIMIA NERVOSA

Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, elaborada sob a orientação da professora Sandra Torres

SORAIA VANESSA RIBEIRO BARROS NEVES ABELHA

PORTO - 2009

Resumo

As perturbações do comportamento alimentar são quadros psiquiátricos que afectam principalmente adolescentes e jovens adultos do sexo feminino, conduzindo a elevados prejuízos biopsicossociais. Diversos investigadores consideram que estas perturbações têm no seu cerne dificuldades ao nível do funcionamento afectivo defendendo, inclusive, a existência de uma forte perturbação na vivência emocional destas doentes. Com base nestas concepções, o presente estudo teve como objectivo geral analisar, comparativamente, o funcionamento emocional de indivíduos com anorexia nervosa e com bulimia nervosa. Especificamente, procurou-se 1) analisar, comparativamente, o grupo da anorexia nervosa e o grupo da bulimia nervosa em termos da frequência das emoções primárias, da alexitimia e das dificuldades na regulação emocional; e 2) analisar a relação entre a alexitimia e as dificuldades na regulação emocional em ambos os grupos.

Neste estudo participaram dois grupos (grupo da anorexia nervosa e o grupo da bulimia nervosa), constituídos apenas por participantes do género feminino. O grupo da anorexia nervosa foi composto por 23 sujeitos, com idades compreendidas entre os 14 e os 40 anos, e o grupo da bulimia nervosa por 15 sujeitos, com idades entre os 16 e os 39 anos. Ambos os grupos foram seleccionados em contexto hospitalar, e avaliados relativamente à frequência de emoções primárias, alexitimia e dificuldades na regulação emocional.

Os resultados obtidos sugerem que os indivíduos com anorexia nervosa apresentam um padrão emocional semelhante ao dos indivíduos com bulimia nervosa, especificamente, os dois grupos não diferem significativamente entre si relativamente à frequência de emoções primárias, à alexitimia e às dificuldades na regulação emocional. Paralelamente, constatamos que, no grupo da anorexia nervosa, as dificuldades na regulação emocional estão associadas à dimensão da alexitimia “dificuldade em identificar e diferenciar sentimentos de sensações corporais”. Por sua vez, no grupo da bulimia nervosa, as dificuldades na regulação emocional parecem estar relacionadas com o “estilo de pensamento orientado para o exterior” da alexitimia.

Globalmente, os resultados reforçam a necessidade de desenvolver uma intervenção orientada para a regulação das emoções, no tratamento destas perturbações, focando diferentes aspectos, de acordo com a patologia alimentar em questão.

Abstract

The eating disorders are psychiatric conditions which mainly affects adolescents and young adults from the female gender, driving to high levels of biopsychosocial damage. Several investigators consider that this disorders have in it nucleus difficulties related to the affective functioning level, defending, inclusively, the existence of a strong disorder in emotional experience of these patients. Based on this conceptions, the present study had as a general objective to analyse, comparatively, the emotional functioning of the individuals with anorexia nervosa and bulimia nervosa. More concretly, it was attempted to 1) analyse, comparatively, anorexia nervosa group and bulimia nervosa group in terms of frequency of primary emotions, alexithymia and difficulties in emotion regulation; 2) analyse the relation between alexithymia and difficulties in emotion regulation in both groups.

Two groups participated in this study (anorexia nervosa group and bulimia nervosa group), composed only by female participants. Anorexia nervosa group had 23 subjects, with ages comprehended between 14 and 40 years old, and bulimia nervosa had 15 subjects, with ages between 16 and 39 years old. Both groups were selected in hospitalar institutions, and were evaluated relatively to the frequency of primary emotions, alexithymia and difficulties in emotion regulation.

The results found suggest that the individuals with anorexia nervosa present a similar emotional pattern to the individuals with bulimia nervosa, specifically, both groups did not differ significantly among themselves with respect to the frequency of primary emotions, to alexithymia and difficulties in emotion regulation. At the same time, we noticed that in anorexia nervosa group, difficulties in emotion regulation are strongly associated to the dimension of alexithymia, “difficulty in identify and differentiate feelings from body sensations”. In bulimia nervosa group, difficulties in emotion regulation seem to be related with the “externally oriented thinking” of alexithymia.

Globaly, results reinforce the need to develop a psychological intervention oriented towards emotion regulation in the treatment of these disorders, focusing different aspects, according to the eating pathology in question.

Résumé

Les perturbations du comportement alimentaire constituent des cadres psychiatriques qui affectent principalement les adolescents et les jeunes adultes du sexe féminin en conduisant à d'élevés dommages biopsychosociaux. Plusieurs chercheurs considèrent que ces perturbations ont au centre du problème des difficultés au niveau du fonctionnement affectif et défendent, y compris, l'existence d'une forte perturbation dans la vie émotionnelle de ces malades. Ayant comme base ces conceptions, la présente étude a eu comme but général, analyser, comparativement, le fonctionnement émotionnel d'individus souffrants d'anorexie nerveuse et de boulimie nerveuse. Spécifiquement, on a cherché à 1) analyser comparativement le groupe d'anorexie nerveuse et le groupe de boulimie nerveuse au niveau de la fréquence des émotions primaires, de l'alexitimie et des difficultés de régulation émotionnelle, et 2) analyser le rapport entre l'alexitimie et les difficultés de régulation émotionnelle dans les deux groupes.

Dans cette étude participent deux groupes (le groupe d'anorexie nerveuse et le groupe de boulimie nerveuse) constitués seulement par des participants du genre féminin. Le groupe d'anorexie nerveuse a été composé par 23 sujets, d'âges compris entre 14 et 40 ans, et le groupe de boulimie nerveuse, par 15 sujets d'âges compris entre 16 et 39 ans. Les deux groupes ont été sélectionnés en contexte hospitalier et ont été évalués par rapport à la fréquence d'émotions primaires, à l'alexitimie et aux difficultés de régulation émotionnelle.

Les résultats obtenus suggèrent que les individus souffrants d'anorexie nerveuse présentent un modèle émotionnel semblable à celui des individus souffrants de boulimie nerveuse, spécifiquement, les deux groupes ne font pas de différence significative entre eux par rapport à la fréquence d'émotions primaires, à l'alexitimie et aux difficultés de régulation émotionnelle. En parallèle, on constate que, dans le groupe d'anorexie nerveuse, les difficultés de régulation émotionnelle sont associées à la dimension de l'alexitimie "difficulté à identifier et distinguer les sentiments de sensations corporelles". À son tour, dans le groupe de boulimie nerveuse, les difficultés de régulation émotionnelle paraissent être liées au "style de pensée orientée vers l'extérieur" de l'alexitimie.

Globalement, les résultats renforcent le besoin de développer une intervention orientée vers la régulation d'émotions, dans le traitement de ces perturbations, en focalisant différents aspects, selon la pathologie alimentaire en cause.

Dedicatória

Aos doentes que tão gentilmente concordaram em participar neste estudo, e sem os quais esta investigação não teria sido possível. A colaboração singular de cada um deles contribuiu para uma maior compreensibilidade do funcionamento emocional das perturbações do comportamento alimentar.

Agradecimentos

Neste espaço particularmente especial, relembro carinhosamente todos aqueles que permitiram que este projecto se tornasse realidade. Contudo, estou certa que as palavras escolhidas não serão representativas da dimensão da minha gratidão e apreço.

As primeiras palavras de agradecimento são para a minha mãe, pelo seu apoio incondicional, carinho e compreensão. Agradeço por ter funcionado como a minha base segura, a qual foi fundamental para ultrapassar todas as vicissitudes que foram surgindo.

Um sentido obrigado à minha orientadora, a Professora Doutora Sandra Torres, pela disponibilidade constante, pela atitude positiva e encorajamento. Os seus conhecimentos e a sua colaboração foram uma mais-valia.

Agradeço também à instituição implicada neste estudo, Hospital São João do Porto, e em especial a todos os profissionais que facilitaram a minha integração neste contexto, e que proporcionaram as condições necessárias para a recolha dos dados. Em especial, um sincero agradecimento à Dra. Isabel Brandão, pela sua simpatia e disponibilidade.

Um sincero e sentido obrigado ao Agostinho, pela sua ajuda, carinho e compreensão em todos os momentos da minha vida. A sua presença e apoio constantes foram essenciais para o meu “equilíbrio emocional”, especialmente nos momentos mais conturbados desta investigação.

Agradeço às minhas amigas, com quem partilhei momentos únicos ao longo de todo o percurso académico. Prevalecem as memórias desses momentos, os quais são demasiado especiais para serem descritos.

A todos aqueles que, de forma directa ou indirecta, permitiram a realização deste trabalho, fica o meu eterno agradecimento.

Índice de Abreviaturas

AN	Anorexia Nervosa
BN	Bulimia Nervosa
CLAREZA EMOCIONAL	Ausência de clareza emocional
CONSCIÊNCIA EMOCIONAL	Ausência de consciência emocional
DERS	Difficulties in Emotion Regulation Scale
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
ESTRATÉGIAS	Acesso limitado a estratégias de regulação emocional
IMC	Índice de Massa Corporal
IMPULSOS	Dificuldade em controlar os impulsos
OBJECTIVOS	Dificuldades em agir de acordo com os objectivos
PCA	Perturbações do Comportamento Alimentar
QAE	Questionário de Avaliação das Emoções
RESPOSTAS EMOCIONAIS	Não-aceitação das respostas emocionais
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TAS-20	Toronto Alexithymia Scale- 20 itens
TAS-20 (F1)	Dificuldade em identificar e diferenciar sentimentos de sensações corporais
TAS-20 (F2)	Dificuldade em descrever sentimentos aos outros
TAS-20 (F3)	Estilo de pensamento orientado para o exterior

Índice Geral

Resumo.....	II
Abstract.....	III
Résumé.....	IV
Dedicatória.....	V
Agradecimentos.....	VI
Índice de Abreviaturas.....	VII
Índice Geral.....	1
Índice de Quadros.....	3

Introdução.....	4
------------------------	----------

PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Perturbações do Comportamento Alimentar

1.1. Quadro Clínico da Anorexia Nervosa.....	7
1.2. Quadro Clínico da Bulimia Nervosa.....	10

2. Variáveis Emocionais

2.1. Emoções.....	12
2.2. Alexitimia.....	14
2.3. Regulação Emocional.....	18

3. Perturbações do Comportamento Alimentar e Emoções.....	20
--	-----------

PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO

4. Método

4.1. Participantes.....	25
4.2. Material.....	26
4.3. Procedimento.....	30

5. Resultados

5.1 Emoções Primárias na AN e na BN.....	31
5.2 Alexitimia na AN e na BN.....	31
5.3 Dificuldades na Regulação Emocional na AN e na BN.....	33
5.4 Relação entre a Alexitimia e as dificuldades na Regulação Emocional.....	34

6. Discussão dos Resultados

6.1 Emoções Primárias na AN e na BN.....	37
6.2 Alexitimia e dificuldades na Regulação Emocional na AN e na BN.....	38
6.3 Relação entre a Alexitimia e as dificuldades na Regulação Emocional.....	39

Conclusão.....	41
-----------------------	-----------

Bibliografia.....	43
--------------------------	-----------

ANEXOS

ANEXO A: Aprovação do projecto de investigação por parte da Comissão de Ética do
Hospital São João do Porto

ANEXO B: Consentimento Informado

ANEXO C: Questionário de Avaliação das Emoções (QAE)

ANEXO D: Escala de Alexitimia de Toronto- 20 itens (TAS-20)

ANEXO E: Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (DERS)

Índice de Quadros

Quadro 1

Valores do alpha de Cronbach para os factores da TAS-20 e para a escala total na AN e na BN.....27

Quadro 2

Valores do alpha de Cronbach para as subescalas da DERS e para a escala total na AN e na BN.....29

Quadro 3

Diferenças na frequência das emoções primárias em função do diagnóstico.....31

Quadro 4

Prevalência da Alexitimia na amostra total e nos dois grupos.....32

Quadro 5

Diferenças nos factores da TAS-20 e na escala total em função do diagnóstico.....32

Quadro 6

Diferenças nas subescalas da DERS e na escala total em função do diagnóstico.....33

Quadro 7

Correlações entre a TAS-20 e a DERS na Anorexia Nervosa.....35

Quadro 8

Correlações entre a TAS-20 e a DERS na Bulimia Nervosa.....36

Introdução

A anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) são perturbações do comportamento alimentar (PCA) que estão associadas a elevadas complicações físicas e a uma alta taxa de mortalidade, o que aumenta a necessidade de estudos que promovam a sua compreensão. A partir do momento em que a AN e a BN se tornaram objecto do campo médico-científico enquanto categorias diagnósticas específicas, surgiu o grande desafio, enfrentado por clínicos e investigadores, de explicar e tratar este fenómeno de forma eficiente (Abreu & Filho, 2004; Souza & Santos, 2006).

Nos últimos anos, as PCA têm sido objecto de discussão cada vez mais frequente nos meios de comunicação, ultrapassando as fronteiras dos círculos de especialistas. Ao nível da investigação, uma das áreas que tem sido recentemente objecto de estudo é a área emocional. Vários autores defendem a existência de uma forte perturbação na vivência emocional nas PCA, considerando que nestas perturbações se verifica uma incapacidade cognitiva para processar e regular emoções - alexitimia (défice cognitivo-afectivo que condiciona o modo como o indivíduo vivencia e exprime as suas emoções) (Taylor, Bagby & Parker, 1997).

Tendo por base os postulados teóricos, foram já conduzidos vários estudos que se dedicaram a analisar a relação entre a alexitimia e as PCA, relação essa que tem sido confirmada e reforçada pelos diferentes estudos. Contudo, prevalecem ainda algumas incertezas e contradições em torno da mesma, justificando o seu aprofundamento. Um maior conhecimento deste domínio poderá conduzir a uma mudança significativa na intervenção psicológica nesta área, mudança essa que parece necessária, tendo em conta os elevados índices de reincidência associados à doença (Taylor, 1994).

A adicionar à necessidade de aprofundar o estudo da área emocional nas PCA, verifica-se que, a maior parte dos trabalhos realizados neste âmbito incide sobre a alexitimia. Desta forma, torna-se fundamental aprofundar o estudo da área emocional para além da alexitimia, procurando analisar a frequência com que estes doentes sentem as diferentes emoções primárias no seu dia-a-dia, e caracterizando dificuldades específicas na regulação das mesmas, dimensões estas pouco exploradas na literatura. Por outro lado, seria importante estudar, comparativamente, estas dimensões emocionais em doentes com diagnóstico de AN e BN, uma vez que na literatura prevalecem muitas contradições relativamente à existência ou não de diferenças entre estes dois grupos. Neste sentido, o

presente trabalho visa analisar, comparativamente, o funcionamento emocional de indivíduos com AN e BN, focando a atenção particularmente em três dimensões: emoções primárias, alexitimia e dificuldades na regulação emocional.

O presente estudo visa então contribuir para uma maior compreensão destas patologias e, paralelamente, fornecer alguns elementos de reflexão para futuros investigadores que desejem aprofundar esta temática, bem como alertar os profissionais que intervêm nesta área sobre a importância da intervenção ao nível das emoções, no tratamento das PCA.

Em termos estruturais, o trabalho está organizado em duas partes distintas. A primeira parte, dedicada ao **enquadramento teórico** do tema da dissertação, destina-se a uma conceptualização teórica sobre as PCA (especificamente a AN e a BN) e as variáveis emocionais implicadas no estudo, bem como a relação existente entre estas duas dimensões. Neste sentido, esta primeira parte engloba três pontos principais, em que, inicialmente, é brevemente apresentado o quadro clínico das duas patologias em estudo- AN e BN. Num segundo momento são abordadas as variáveis emocionais implicadas neste estudo (emoções, alexitimia e regulação emocional), tendo em conta a definição do conceito, bem como as teorias explicativas, que visam uma maior compreensibilidade destes conceitos. Esta primeira parte termina com a apresentação de alguns dos estudos que se debruçaram sobre a relação existente entre as PCA e as emoções.

A segunda parte, intitulada de **estudo empírico**, destina-se à explanação do estudo desenvolvido. Desta forma, esta segunda parte começa por descrever o método utilizado para a concretização deste estudo, prosseguindo-se com a análise dos resultados obtidos, tendo por base os objectivos delineados previamente. No sexto tópico, terá lugar a discussão dos resultados. A dissertação finaliza com uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido, e com algumas sugestões para futuros trabalhos de investigação nesta área, a qual está sistematizada na conclusão.



PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Esta primeira parte destina-se a um enquadramento teórico das principais dimensões em estudo (PCA e variáveis emocionais), bem como da relação existente entre elas. Neste sentido, será apresentado o quadro clínico das duas patologias em estudo - AN e BN, onde serão abordados os critérios de diagnóstico, bem como as implicações físicas associadas. Posteriormente, serão feitas breves considerações sobre as variáveis emocionais avaliadas, nomeadamente as emoções, a alexitimia e a regulação emocional. Por último, proceder-se-á à revisão de alguns dos estudos realizados no âmbito da área emocional nas PCA, que sustentam a necessidade de investir no estudo desta relação.

1. Perturbações do Comportamento Alimentar

1.1. Quadro Clínico da Anorexia Nervosa

A AN é uma PCA que se caracteriza pela perda intensa de peso, em consequência de uma dieta rígida, auto-imposta em busca de uma magreza exagerada, bem como a distorção da imagem corporal e amenorreia (Abreu & Filho, 2004). A AN pode ser subdividida em dois tipos, o *tipo ingestão compulsiva/purgativo*, quando ocorrem crises bulímicas, ou seja, episódios de ingestão compulsiva de uma grande quantidade de alimentos num curto espaço de tempo, frequentemente acompanhados por métodos purgativos (por exemplo, vômito auto-induzido) e o *tipo restritivo*, em que a perda de peso é conseguida, primariamente, através de dieta, jejum ou exercício físico (Carmo, 1994; DSM-IV-TR, 2002).

Para fins de diagnóstico deste tipo de perturbação, segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), a AN caracteriza-se por uma *recusa em manter o peso corporal* ao nível ou acima do peso *mínimo* normal para a idade e altura (Critério A). Segundo este critério, as doentes¹ com AN devem apresentar um peso significativamente baixo (IMC igual ou inferior a 17.5 kg/m²). A maioria das doentes tem um peso normal antes do início da doença mas, progressivamente, vão-se tornando subnutridas, como consequência da dieta restritiva, do exercício físico intenso e/ou da utilização de técnicas purgativas.

¹ Optamos por utilizar o género feminino, uma vez que a prevalência das PCA é muito superior neste género comparativamente ao género masculino.

Estas doentes passam fome intencionalmente e, embora se apresentem extremamente magras, têm frequentemente a sensação de que têm excesso de peso. A dieta restritiva para perder peso, pelo seu simbolismo de auto-controlo, fornece uma sensação de poder e vitória pessoal. Este sentimento de força invencível, que surge numa fase inicial da perturbação, dá às doentes uma sensação de exaltação do humor e do afecto. Quanto mais peso é perdido maior a necessidade de continuar a perdê-lo, e maior a exaltação por estar a consegui-lo (Abreu & Filho, 2004; DSM-IV-TR, 2002; Faria & Shinohara, 1998; Sampaio et al., 1998).

Um outro critério a ter em conta é o *medo intenso e persistente de aumentar de peso ou de ser gorda* (Critério B), mesmo quando estão notoriamente magras. Estas doentes estão constantemente preocupadas com a possibilidade de engordar, sendo que este medo intensifica-se à medida que o peso diminui. Este tipo de perturbação pode estar associado a comportamentos obsessivos e, geralmente, estas doentes comem de uma maneira ritualizada (Abreu & Filho, 2004; DSM-IV-TR, 2002; Faria & Shinohara, 1998; Sampaio et al., 1998).

Por outro lado, verifica-se uma *perturbação no modo como é experienciada a imagem corporal* (Critério C), que se manifesta pela sensação global de ser gorda mesmo quando estão notoriamente emagrecidas, ou terem a noção que estão magras, mas mantêm-se preocupadas com certas partes do corpo que consideram demasiado gordas. Estas pacientes apresentam uma auto-apreciação do seu corpo que não corresponde a um distúrbio primário da percepção, dado que referem ver as suas formas corporais de modo real e objectivo, mas sentem-nas e interpretam-nas de modo diferente, aumentando as suas reais proporções. Podem empregar uma grande variedade de técnicas para avaliar a forma ou peso corporal, incluindo pesagens repetidas, medição obsessiva de certas partes do corpo e exposição persistente ao espelho. A sua auto-estima está seriamente dependente da forma e peso corporais, sendo que a perda de peso permite sentirem-se confiantes e com poder de controlo, enquanto que o aumento de peso tem como consequência sentimentos de insegurança, frustração, depressão e ameaça. A baixa auto-estima conjuntamente com a perturbação da imagem corporal são as principais componentes que reforçam o comportamento de procura incessante de um baixo peso (Abreu & Filho, 2004; DSM-IV-TR, 2002; Faria & Shinohara, 1998; Sampaio et al., 1998).

Um último critério a considerar é a *amenorreia secundária* com ausência de pelo menos 3 ciclos menstruais consecutivos, ou atraso ou ausência de menarca quando a doença se iniciou na puberdade (Critério D) (DSM-IV-TR, 2002).

Como consequência do estado de desnutrição em que a doente se encontra, mas também do recurso a comportamentos inadequados para perder peso, ocorrem um conjunto de *manifestações físicas* (Carmo, 1994; Faria & Shinohara, 1998; Sampaio et al., 1998).

Muitos dos sintomas e sinais físicos da AN são atribuídos à magreza, e dependem da percentagem de peso perdido, bem como da velocidade dessa perda de peso. Contudo, a maior parte das doentes com AN são jovens fisicamente saudáveis, em que o organismo consegue compensar a subalimentação durante bastante tempo. O corpo ajusta-se a um valor energético inferior, e entra em regime de “economia”. Esse regime compreende várias medidas, que têm sentido do ponto de vista biológico mas que, em termos clínicos, devem ser encaradas como sintomas da doença. Assim, a irregularidade ou ausência de menstruação, a redução do ritmo cardíaco, a descida da tensão arterial e dos níveis de glicemia no sangue são “economias” de consequências negativas. Por outro lado, muitas doentes sofrem de hipotermia, pois esta faz parte das medidas de “poupança de energia” a que o organismo recorre. As carências alimentares provocam também diversos problemas gastrointestinais, em que a alimentação escassa e pouco variada resulta com frequência em obstipação, prisão de ventre, dores abdominais, flatulência e diarreia. As consequências clínicas da fome são ainda agravadas por outros comportamentos destinados a perder peso, como o recurso a método purgativos. O organismo perde assim elementos que são fundamentais ao seu bom funcionamento. Fisicamente assiste-se a uma involução, a algo de regressivo (Carmo, 1994; Faria & Shinohara, 1998; Gerlinghoff & Backmund, 1997; Sampaio et al., 1998).

As consequências orgânicas resultantes destes comportamentos raramente provocam uma verdadeira sensação de doença, e é por isso que são tão perigosas. Assim, os problemas orgânicos podem continuar a evoluir, sob uma aparência de saúde, até ao ponto de provocarem lesões irreversíveis ou mesmo morte súbita (Gerlinghoff & Backmund, 1997).

1.2. *Quadro Clínico da Bulimia Nervosa*

O número de jovens raparigas e mulheres que sofrem de BN tem vindo a aumentar nos últimos anos (Gerlinghoff & Backmund, 1997).

A BN é caracterizada por episódios recorrentes de ingestão compulsiva, durante os quais são ingeridas grandes quantidades de alimentos num curto período de tempo (Critério A1), em que ocorre uma perda de controlo sobre o acto de comer. Estes episódios normalmente são acompanhados por comportamentos compensatórios inadequados, que visam o controlo do peso. O *uso recorrente de comportamentos compensatórios inapropriados* é uma das características principais da BN, em que estes comportamentos são adoptados como forma de impedir um aumento do peso (Critério B). Muitas pessoas empregam vários métodos na tentativa de compensarem a ingestão compulsiva, em que a técnica mais comum é a indução do vómito, a qual permite um alívio do desconforto físico e a diminuição do medo de engordar. Outros comportamentos compensatórios incluem o jejuar por um ou mais dias, o recurso a laxantes e/ou diuréticos e o exercício físico excessivo (DSM-IV-TR, 2002; Faria & Shinohara, 1998).

A BN pode ser subdividida em dois tipos, *tipo purgativo*, quando ocorre um recurso regular ao vómito auto-induzido, a laxantes e/ou diuréticos; e o *tipo não purgativo*, quando a pessoa recorre a outros comportamentos compensatórios inadequados, como o jejum e o exercício físico excessivo (DSM-IV-TR, 2002).

No caso da BN, o comportamento alimentar processa-se num ciclo fechado, em que, após uma perda de peso inicial, conseguida através de uma dieta restritiva, a doente entra no ciclo bulímico, ou fazendo jejum prolongado seguido de ingestão compulsiva, a que se segue novo período prolongado de jejum, ou provocando o vómito após uma ingestão compulsiva de uma grande quantidade de alimentos num curto espaço de tempo. O resultado é, inevitavelmente, uma nova queda marcada pelo descontrolo, seguida de um período de purgação. Portanto, esta oscilação emocional é um dos factores que caracteriza os quadros da BN. As pessoas com BN sentem-se tipicamente envergonhadas pelos seus problemas alimentares, e como habitualmente têm um peso normal ou até excesso de peso, isso permite-lhes ocultar a doença durante muito tempo. A ingestão compulsiva ocorre frequentemente em segredo, e tende a continuar até a pessoa sentir desconforto ou até sentir-se dolorosamente cheia. O problema é que, com o tempo, o ciclo ingestão compulsiva – vómito auto-induzido torna-se ele próprio uma resposta para as situações de

stress, e um modo imediato de lidar com sentimentos perturbadores, como a raiva, ansiedade, depressão, rejeição e frustração (Abreu & Filho, 2004; Faria & Shinohara, 1998; Sampaio et al., 1998).

Um episódio de ingestão compulsiva é também acompanhado por um *sentimento de perda de controlo sobre o acto de comer* (Critério A2), em que algumas pessoas descrevem uma qualidade dissociativa durante, ou após, os episódios de ingestão compulsiva. Esta dependência do impulso de comer e a incapacidade de o controlar gera sentimentos auto-depreciativos, culpa, auto-punição e humor deprimido ou irritável (DSM-IV-TR, 2002; Faria & Shinohara, 1998; Sampaio et al., 1998).

Ainda ao nível das características centrais da doença é de salientar que as pessoas com BN colocam uma *ênfase excessiva na forma e peso corporais*, e estes são os factores tipicamente mais importantes na determinação da auto-estima (Critério D). De maneira geral, podemos afirmar que estas pacientes apresentam uma auto-estima flutuante, em que acreditam que a sua forma corporal permitirá resolver os seus problemas do foro emocional. O episódio de ingestão pode reduzir transitoriamente a disforia, mas a autocrítica depreciativa e o humor depressivo costumam seguir-se-lhe (Abreu & Filho, 2004; DSM-IV-TR, 2002; Faria & Shinohara, 1998; Sampaio et al., 1998).

Relativamente às **consequências físicas** é de referir que os sinais e sintomas na BN têm pouca tradução clínica, sendo os mais relevantes os que se prendem com o tipo purgativo, em particular com a prática do vómito. O hábito de comer compulsivamente e depois recorrer a métodos purgativos, característica da BN, pode prejudicar seriamente o organismo. O vómito faz com que o ácido clorídrico (presente no vómito) desgaste o esmalte dos dentes, podendo produzir abrasões nas mãos, quando os dedos são utilizados para provocar o vómito. Podem também ocorrer lesões no estômago e no esófago devido aos vómitos. Em casos mais raros, a excessiva e descontrolada ingestão de alimentos pode causar ruptura do estômago, e o recurso a métodos compensatórios inadequados pode resultar em insuficiência cardíaca, por perda de minerais essenciais (Faria & Shinohara, 1998; Sampaio et al., 1998).

2. Variáveis Emocionais

2.1. Emoções

A emoção, concebida como uma motivação para a cognição e para o comportamento, é considerada como sendo primordial no desenvolvimento humano, facilitando o funcionamento e a organização de vários sistemas orgânicos (Izard, 1984 cit in Torres & Guerra, 2003). Apesar do estudo das emoções se ter desenvolvido recentemente no campo da psicologia, já existem alguns cientistas que as consideram como o principal sistema motivacional do ser humano, como um processo de personalidade que dá significado à existência do Homem, e que determina comportamentos (Izard, 1991).

Em termos funcionais, as emoções são fenómenos psicofisiológicos breves que têm um cariz adaptativo em relação às mudanças do meio, ou seja, preparam o organismo para actuar e responder aos estímulos e às alterações ambientais. Ao nível das alterações fisiológicas, as emoções rapidamente organizam as respostas de diferentes sistemas biológicos, tais como a expressão facial e o tónus muscular; estas alterações visam produzir, em termos corporais, as melhores condições para uma resposta eficaz. Em termos psicológicos, as emoções alteram a atenção, mudam certos comportamentos nas hierarquias de resposta, e activam redes associativas relevantes na memória. As emoções influenciam directamente as percepções através dos sentidos, afectando o processamento de informação e as acções subsequentes. O comportamento humano é assim fortemente determinado pelas emoções. Ao nível desenvolvimental, devido às suas funções adaptativas e motivacionais, as emoções ajudam a pessoa a alcançar marcos desenvolvimentais, nas áreas social e cognitiva, ao longo dos diferentes estádios de vida. Socialmente, as emoções representam ainda uma forma de comunicar, em que através das características expressivas das emoções, o ser humano comunica o seu estado emocional (Izard, 1991; Levenson, 1994).

Em síntese, considera-se que as emoções exercem uma influência marcante na vivência do ser humano, influenciando toda a sua dimensão biopsicossocial. O comportamento humano é assim fortemente determinado pelas emoções (Izard, 1991; Levenson, 1994). Como as emoções reúnem influências inatas e influências resultantes da aprendizagem, da evolução e da cultura, as diferenças que se verificam nestas áreas são

susceptíveis de produzir uma considerável variação emocional entre os indivíduos e os grupos (Levenson, 1994).

Para uma maior compreensibilidade das emoções, adoptámos a **Teoria Diferencial das Emoções**. Esta teoria, desenvolvida inicialmente por Tomkins e Izard (1965), e posteriormente reformulada por Izard (1991), apresenta uma visão global das emoções. Como o nome sugere, a teoria diferencial das emoções deriva da perspectiva de que existem emoções discretas que funcionam como experiências distintas, e que possuem características motivacionais. Esta teoria baseia-se em 5 *pressupostos*: 1) existem dez emoções fundamentais que constituem o sistema motivacional humano; 2) cada uma destas emoções é única, organizacional, motivacional e experiencial; 3) as emoções fundamentais permitem experiências interiores diferenciadas, que têm efeitos particulares sobre a cognição e sobre a acção; 4) os processos da emoção interagem com a homeostasia, o impulso, a percepção e a cognição; 5) a homeostasia, o impulso, a percepção e a cognição também têm influência na emoção (Izard, 1991).

Segundo Izard (1991), as emoções constituem um subsistema da personalidade, que resulta da complexa interacção entre o sistema homeostático (auxilia o sistema emocional a regular e suster as emoções uma vez activadas, e é também responsável pela sobrevivência biológica do ser humano), pulsional (responsável pela sobrevivência biológica do ser humano), emocional, perceptivo, cognitivo (principal sistema de comunicação) e motor (principal sistema de acção). Neste contexto, o sistema das emoções é considerado o principal sistema motivacional, pois compete-lhe a ele ampliar os sinais emitidos pelas pulsões e reagir à informação processada pelo organismo, motivando e dando sentido ao comportamento do sujeito. As emoções organizam, motivam e orientam ainda a percepção e o pensamento.

De acordo com esta teoria, existem emoções que são fundamentais para a motivação humana: as **emoções primárias**. Segundo a autora, as 10 emoções primárias seriam o interesse, alegria, surpresa, cólera, nojo, desprezo, medo, vergonha, culpa e tristeza. Embora nenhuma destas experiências possa ser categorizada como positiva ou negativa, dado que os seus efeitos e as suas causas dependem de aspectos intra-individuais e da interacção do indivíduo com o meio, frequentemente classifica-se as emoções como positivas (interesse, alegria e surpresa) e negativas (as restantes sete), de acordo com a

maior ou menor possibilidade de acarretarem consequências indesejáveis para o indivíduo (Izard, 1991).

As emoções primárias emergem cedo no desenvolvimento do indivíduo, são inatas e transculturais, e permanecem como uma parte estável no leque das emoções humanas (Dougherty, Abe & Izard, 1996; Izard & Buecher, 1980). Estas emoções são definidas, segundo esta teoria, como processos complexos com aspectos neuronal/avaliativos (estruturas envolvidas no processo de avaliação sensorial dos estímulos internos e externos, ativando processos que conduzem a aspectos experienciais e expressivos das emoções), neuromuscular/expressivos (padrões faciais, gestuais e vocálicos que são avaliados socialmente; também contribui para a activação e regulação da experiência subjectiva da emoção, através de processos de feedback sensorial) e aspecto experiencial (qualidade do estado de consciência, que inclui a motivação para a experiência ou a experiência com significado imediato para a pessoa, e pode activar cognições específicas). Apesar dos três aspectos estarem inter-relacionados, eles devem ser encarados como tendo funcionamentos distintos. Cada emoção primária tem uma tendência motivacional única, uma organização neuronal particular, configurações expressivas distintas e propriedades experienciais específicas (Dougherty et al., 1996; Izard, 1991; Izard & Buechler, 1980).

2.2. *Alexitimia*

O termo Alexitimia, do grego “a”: sem, “lexis”: palavra, “thymus”: ânimo e emoção, significa “sem palavras para os sentimentos”. A alexitimia pode ser descrita como um défice cognitivo-afectivo, caracterizado pela dificuldade em diferenciar os sentimentos e expressá-los em palavras (Fernandes & Tomé, 2001).

Este conceito foi introduzido por Sifneos em 1967, a partir de observações clínicas, inicialmente efectuadas em doentes com perturbações psicossomáticas. Apesar de, originalmente aparecer associada às perturbações psicossomáticas, a alexitimia tem-se mostrado presente em diferentes patologias, entre elas as PCA (Fernandes & Tomé, 2001; Maciel & Yoshida, 2006).

Desde a introdução do conceito, vários autores tentaram definir as características fenomenológicas deste constructo, sendo de apontar, como principais características a

dificuldade em identificar e descrever os seus próprios sentimentos, e a dificuldade em diferenciar estados emocionais de sensações corporais. Os alexitímicos parecem desconhecer as reacções somáticas automáticas que acompanham a vivência de uma larga diversidade de sentimentos e, perante a presença de um componente somático, este é identificado como sintoma de uma doença orgânica. Associada a estas características é ainda de referir a dificuldade em discernir entre diferentes espécies de afecto, bem como a dificuldade em descrever sentimentos ou localizar emoções. É também evidente que a incapacidade em ter consciência da sua experiência emocional estende-se aos estados emocionais e desejos das outras pessoas. Por outro lado, nestes indivíduos verifica-se uma pobreza da vida de fantasia e da actividade onírica, e um estilo de pensamento orientado para o exterior (preocupação com os acontecimentos externos, mais do que com as experiências internas). Este estilo de pensamento é caracterizado por uma acentuada diminuição ou mesmo pela ausência de pensamento simbólico, pelo que atitudes internas, sentimentos, fantasias, desejos ou impulsos não são revelados. O pensamento é exacto, literal, utilitário, e versa as particularidades dos acontecimentos externos, característica particularmente realçada por Marty e M`Uzan no conceito de “pensamento operatório”, um modo pragmático de se relacionar com as outras pessoas e com os acontecimentos. Outro fenómeno clínico dos indivíduos alexitímicos é que, embora não expressem habitualmente os seus afectos, ocasionalmente podem manifestar breves mas violentas explosões do seu comportamento afectivo, por exemplo, podem exhibir explosões súbitas de raiva ou de choro, contudo, quando questionados, não são capazes de identificar o sentimento envolvido (Fernandes & Tomé, 2001; Fonte, 1993).

Aparentemente, os sujeitos alexitímicos parecem bem adaptados e integrados socialmente, expressando um alto grau de conformidade social. No entanto, mantêm uma relação superficial com os outros como forma de evitar perder o controlo sobre o corpo, os actos e os sentimentos. Em contrapartida, face a acontecimentos externos já são capazes de se envolver intensamente e de utilizar uma linguagem pormenorizada para os descrever. Em termos não-verbais, a postura corporal é rígida, acompanhada por uma expressão facial imutável e por uma pobreza gestual. Este comportamento cingido, inexpressivo, em combinação com um discurso circunstancial desprovido de emoções torna-os aborrecidos para as outras pessoas (Fernandes & Tomé, 2001).

A alexitimia não é representada como um fenómeno tudo-ou-nada, presente-ausente, mas como uma característica que se manifesta ao longo de um contínuo da capacidade de experimentar e expressar afecto, em que todas as pessoas parecem ter a capacidade de mudar para um estilo menos simbólico. É mesmo possível que algumas pessoas sob condições de grave ameaça vital venham a desenvolver este quadro (Fonte, 1993).

Este constructo de personalidade tem suscitado a elaboração de vários **modelos explicativos**, nomeadamente genéticos, neurofisiológicos, psicodinâmicos, socioculturais e cognitivo-comportamentais, os quais procuram uma maior compreensibilidade deste constructo (Fernandes & Tomé, 2001).

Ao nível da *teoria genética*, Heiberg e Heiberg (1978 cit in Fonte, 1993) estudaram a possibilidade de se verificar uma influência de factores genéticos na alexitimia. No seu estudo, participaram 33 pares de gémeos (15 pares monozigóticos e 18 pares dizigóticos), cujos resultados revelaram uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos: a variância intra-pares foi maior no grupo dizigótico do que nos pares monozigóticos, embora este resultado se referisse ao grupo de pares femininos. Contudo, a leitura deste modelo deve ser feita com alguma precaução, pois os gémeos estudados eram em pequeno número, e tinham-se desenvolvido em condições e influências ambientais semelhantes.

Em relação à *teoria neurofisiológica*, esta centra-se em dois modelos distintos: modelo “transversal” e modelo “vertical”. O modelo “transversal” propõe que o problema estaria na predominância de um hemisfério, e na transferência de informação entre eles. O modelo “vertical” defende a existência de um défice na transmissão de informação entre o sistema límbico (área anatómica das emoções) e o neocórtex (responsável pela representação consciente dos sentimentos e fantasias). Contudo, o estudo dos hemisférios cerebrais, através do recurso a técnicas de imagem, não foi ainda suficientemente realizado em pessoas alexitímicas, persistindo como possibilidade para uma melhor observação e comparação da estrutura e do funcionamento cerebral em sujeitos alexitímicos e não-alexitímicos (Fernandes & Tomé, 2001).

A *teoria psicodinâmica* assenta no pressuposto que a alexitimia está relacionada com perturbações precoces do desenvolvimento afectivo, condicionando o funcionamento psíquico, no qual o corpo não é reconhecido como seu pelo sujeito, e as emoções representam um perigo ao equilíbrio do EU (Fernandes & Tomé, 2001). Krystal (1979)

atribui a alexitimia a uma interrupção no desenvolvimento afectivo, após um trauma psíquico na infância, ou a uma regressão na expressão dos afectos, na sequência de acontecimentos traumáticos na vida adulta, envolvendo o funcionamento afectivo e cognitivo. Segundo a perspectiva desta autora, a alexitimia seria uma regressão ou paragem no desenvolvimento afectivo e cognitivo.

Quanto à *teoria cognitivo-comportamental*, esta foi exposta por Martin e Phil (1985 cit in Fernandes & Tomé, 2001), com a designação de “hipótese stress-alexitimia”. Para estes autores, perante uma situação de stress, o indivíduo com características alexitímicas vai responder de um modo específico, não conseguindo lidar com a situação de forma adequada. Esta dificuldade estaria relacionada com a falha ao nível do conhecimento emocional, que os torna incapazes de identificarem situações ou acontecimentos como stressantes. Por outro lado, estaria também relacionada com a sua dificuldade ou incapacidade para expressar emoções, e com a tendência para usarem a acção de uma forma primária e generalizada, o que torna difícil o processo de modificação da situação stressante.

Relativamente à *teoria sociocultural*, em conjunto com os factores intrapsíquicos, vários estudos têm procurado relacionar as características alexitímicas com o meio social de onde o indivíduo procede. A partir da hipótese de que os estilos de comunicação são influenciados por factores socioculturais, padrões familiares de discurso e inteligência, Leff (1973 cit in Fonte, 1993) verificou que as pessoas de países desenvolvidos mostram uma maior diferenciação de estados emocionais, do que as pessoas de países em desenvolvimento, registando o facto de que algumas linguagens parecem impor constrangimentos à expressão de emoções. Embora estes estudos tenham validade, os dados sobre a relação entre alexitimia e variáveis socioculturais são contraditórios, não sendo possível sustentar uma etiologia baseada unicamente nesses factores.

Na *teoria multifactorial*, face à hipótese levantada por Freyberger (1977 cit in Fernandes & Tomé, 2001) sobre a existência de dois tipos de alexitimia (primária e secundária), Nemiah e Sifneos (1988 cit in Fernandes & Tomé, 2001) propõem a possibilidade de várias teorias explicativas intervirem no fenómeno alexitimia. Por um lado, um modelo deficitário anatómico poderá estar na origem da “alexitimia primária”, enquanto os factores psicológicos e sociais estariam associados ao aparecimento da “alexitimia secundária”.

As teorias explicativas, embora diferentes, têm um denominador comum: concebem a alexitimia como resultado da intervenção de diversos factores, que bloqueiam o acesso à consciência de respostas afectivas. Assim, os vários modelos devem ser lidos de um modo complementar, pois revelam diferentes aspectos da mesma realidade (Fernandes & Tomé, 2001; Fonte, 1993).

2.3. Regulação Emocional

Recentemente, foi dada uma especial atenção à regulação das emoções. A regulação emocional implica o controlo deliberado das reacções emocionais. Pode ser definida como o processo que influencia a forma como os indivíduos experienciam, lidam e expressam as suas emoções (González, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda & Extremera, 2006; Gross, 2002; Sánchez, Melero & García, 2006).

A regulação emocional está relacionada com a função de modificar- atenuar, fortalecer ou transformar- tanto a expressão exterior, como a experiência subjectiva implicada em cada emoção, positiva ou negativa. Por outras palavras, a regulação emocional está relacionada, como assinalou Aguado (2005 cit in Sánchez et al., 2006), com a capacidade para controlar os efeitos das emoções (por exemplo, dissimular o medo), e com a capacidade para intensificar a experiência de certas emoções ou procurar situações que permitam essa intensificação (por exemplo, envolver-se em actividades sociais que tendem a originar estados de ânimo positivos). Assim, a regulação emocional inclui a capacidade para estar aberto aos sentimentos, tanto positivos como negativos, reflectindo sobre eles (Sánchez et al., 2006).

Com base em todo o trabalho conceptual e empírico em torno deste conceito, a regulação emocional pode ser conceptualizada como a: (a) consciência e compreensão das emoções; (b) aceitação das emoções; (c) capacidade de adoptar o comportamento desejado e de controlar comportamentos impulsivos perante a experienciação de emoções negativas; e (d) capacidade de utilizar estratégias de regulação emocional eficazes. A ausência de uma ou de todas estas habilidades indicaria a presença de dificuldades ao nível da regulação emocional ou desregulação emocional (Gratz & Romer, 2004).

Existem evidências empíricas de que os mecanismos de regulação emocional estão envolvidos no desenvolvimento e manutenção de diferentes problemas físicos e psicológicos, e como tal, recentemente, começou-se a estudar a presença de défices ao nível da regulação emocional em diversas perturbações psicológicas (Hervás & Jódar, 2008; Márquez-González, Trocóniz, Cerrato & Baltar, 2008).

De forma a contribuir para uma maior compreensibilidade deste conceito, seleccionamos três das principais **teorias** envolvidas no estudo da regulação emocional que, embora claramente distintas em termos dos seus pressupostos, envolvem aspectos semelhantes da regulação emocional. As teorias referidas são o Modelo da Inteligência Emocional de Mayer e Salovey (1997), o Modelo da Confrontação de Stanton, Kirk, Cameron e Danoff-Burg (2000) e o Modelo da Regulação do Afecto de Gross e John (2003).

O *Modelo da Inteligência Emocional* propõe que a Inteligência Emocional consiste na habilidade de perceber os sentimentos de forma apropriada e precisa, a capacidade para assimilá-los e compreendê-los de forma adequada, e a destreza para regular e modificar o nosso estado de ânimo ou o dos outros. Este modelo integra os seguintes componentes: percepção e expressão emocional, compreensão emocional e regulação emocional. A regulação emocional, na perspectiva deste modelo, consiste na habilidade para manipular as emoções, moderando as negativas e intensificando as positivas, sem reprimir ou exagerar a informação que comunicam. Segundo este modelo, as componentes mantêm uma relação hierárquica entre si, em que, na base da hierarquia está a percepção emocional, e nos níveis seguintes, por ordem ascendente, a facilitação, a compreensão e a regulação emocional. A regulação emocional é considerada como uma das dimensões fundamentais e de maior complexidade, uma vez que este processo deveria incluir as restantes componentes (Mayer & Salovey, 1997).

Por sua vez, o *Modelo da Confrontação* considera a confrontação centrada na emoção como uma forma de regulação adaptativa, baseando-se no Modelo de Stress de Lazarus e Folkman (1984). Este modelo considera que a confrontação envolve o conhecimento, compreensão e expressão de emoções, os quais podem ser sistematizados em duas dimensões: processamento emocional e expressão emocional. O processamento emocional envolve conhecer, explorar os significados e compreender as emoções,

enquanto que, a expressão emocional refere-se à expressão, verbal e não verbal, de uma experiência emocional (Stanton et al., 2000).

Por último, segundo a perspectiva defendida pelo *Modelo da Regulação do Afecto*, a regulação emocional distingue-se das outras formas de regulação do afecto. Os autores deste modelo centram-se nas estratégias de regulação emocional, classificando-as em função do momento de funcionamento, dentro do processo emocional. Em concreto, distingue dois tipos: o enfoque prévio à emoção (reavaliação cognitiva: mudança cognitiva que modifica o impacto emocional) e o enfoque dirigido à resposta emocional (supressão emocional: processo que vai inibir a expressão das emoções já existentes) (Gross & John, 2003).

Em síntese, cada modelo propõe uma perspectiva diferente sobre o processo emocional: o modelo da confrontação propõe regular uma emoção provocada por um evento concreto, enquanto que os modelos centrados na regulação do afecto fazem referência à regulação do estado de ânimo, isto é, a estados menos intensos, mais duradouros e sem um referente claro. Deste modo, o facto de regular emoções ou, pelo contrário, estados de ânimo deveriam guiar-nos na selecção da estratégia adequada a cada tipo de regulação (González et al., 2006).

3. Perturbações do Comportamento Alimentar e Emoções

Apesar de, inicialmente, o conceito de alexitimia aparecer associado a perturbações psicossomáticas, à medida que aumentou o número de investigações em torno deste constructo, verificou-se que as características alexitímicas, embora em percentagens variáveis, também estavam presentes numa ampla variedade de perturbações, entre as quais as PCA. Alguns autores encontraram percentagens elevadas de alexitimia, entre 40 a 63%, nos doentes com diagnóstico de AN ou BN (Bourke, Taylor, Parker & Bagby, 1992; Jimerson, Wolfe, Franko, Covino & Sifneos, 1994; Kessler, Schwarze, Filipic, Traue & Wietersheim, 2006; Laquatra & Clopton, 1994; Zonnevillle-Bendek, Goozen, Cohen-Kettenis, Elburg & Engeland, 2002).

Com base na elevada prevalência da alexitimia, a literatura em torno das PCA sugeriu a existência de uma forte perturbação na vivência emocional destas doentes, sendo

a diminuição da capacidade cognitiva para processar e regular emoções um distúrbio regulatório primário (Taylor et al., 1997).

Contrastando a AN com a BN, vários estudos indicam que as pacientes com AN têm tendencialmente níveis mais elevados de alexitimia do que pacientes com BN. Um dos estudos que foi ao encontro desta conclusão foi o de Eizaguirre, Cabezón, Alda, Olariaga e Juaniz (2004), o qual constatou que 47% das doentes com BN eram alexitímicas, face a 56% de doentes com AN. No entanto, é de realçar que existem estudos que não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos (Kessler et al., 2006; Zonnevijlle-Bendek et al., 2002), concluindo, a partir desta contradição entre resultados, a necessidade de aprofundar as diferenças entre estes dois grupos em termos de alexitimia.

Por outro lado, foram conduzidos alguns estudos sobre a relação existente entre a alexitimia e as características psicológicas e comportamentais mais comuns nas PCA. A este nível, Taylor, Parker, Bagby e Bourke (1996) desenvolveram um estudo, no qual constataram que a alexitimia não se relaciona com os comportamentos específicos relacionados com o padrão alimentar, o peso e a imagem corporal. Paralelamente, obtiveram uma associação positiva entre a alexitimia e vários traços psicológicos e cognitivos característicos de doentes com PCA. Concretamente, estas doentes apresentam mais dificuldades em identificar e descrever o que sentem, embora não apresentem o estilo de pensamento orientado para o exterior e com ausência de imaginação e fantasia. Ou seja, segundo este estudo, as PCA relacionam-se com os défices afectivos da alexitimia, mas não com o seu estilo cognitivo operacional. A partir destes resultados é possível concluir que os problemas afectivos podem ser considerados como características primárias da alexitimia, enquanto que as perturbações cognitivas seriam características secundárias, resultantes da adaptação aos défices afectivos.

Com base nos resultados apresentados, pode-se considerar que a alexitimia está relacionada com as características psicológicas consideradas por Bruch (1962), como centrais nas PCA, entre elas, a dificuldade em reconhecer estados emocionais, a dificuldade em expressar sentimentos e um forte sentimento de ineficácia.

Apesar da literatura sugerir a existência de uma relação entre as PCA e as emoções, e de terem sido desenvolvidas muitas investigações que se dedicaram ao estudo desta relação, prevalecem muitas incertezas e contradições. A este respeito, Bourke et al. (1992)

afirmam que, na AN, a alexitimia não é consequência da cronocidade nem da desnutrição, mas que se trata de um traço de personalidade. O mesmo é confirmado por Jimerson et al. (1994) com bulímicas, controlando o efeito da depressão. Estas perspectivas consideram que as características alexitímicas fazem parte integrante da personalidade das doentes com AN e BN. Perante isto, pode-se colocar a hipótese da alexitimia predispor ou exacerbar o desenvolvimento das PCA (alexitimia como factor de risco). Contudo, por outro lado, os resultados obtidos no estudo desenvolvido por Merino, Godás e Pombo (2002) concluíram que a alexitimia não está presente em indivíduos com elevado risco de desenvolver uma PCA. Neste sentido, consideraram que a alexitimia resultaria do deterioramento físico, cognitivo e pessoal resultante da PCA. Tendo por base estes dois estudos, verifica-se que ainda não foi possível encontrar uma resposta consensual para a questão: alexitimia como traço ou estado?

Face à ampla influência das emoções na vivência humana, é reforçado o interesse do estudo desta área em indivíduos cujo funcionamento biológico, psicológico e social está seriamente comprometido. Neste sentido, em termos gerais, o presente estudo visa perceber se o padrão emocional das doentes com AN é distinto do padrão emocional das doentes com BN. De forma a atingir os objectivos a que nos propomos, este estudo vai utilizar um instrumento válido na avaliação da alexitimia, dado que esta é uma das limitações presente em estudos anteriores, tal como apontou Taylor et al. (1997) e Laquatra e Clopton (1994). Estes autores destacaram a necessidade de aprofundar esta relação em futuras investigações, uma vez que muitos dos estudos realizados neste sentido não apresentavam rigor metodológico, pois utilizaram instrumentos sem propriedades psicométricas aceitáveis para a avaliação da alexitimia. Por outro lado, Jimerson et al. (1994) salientam a necessidade de estudos adicionais, por considerarem que a presença de características alexitímicas pode contribuir para a adopção de comportamentos desadaptativos face à doença, e assim interferir com a resposta ao tratamento. Taylor (1994) também partilha da mesma opinião, ao considerar que ser alexitímico poderá estar associado a uma crescente dificuldade no tratamento destas perturbações, reforçando desta forma a importância da investigação em torno desta área.

Paralelamente, neste estudo serão contempladas outras dimensões da área emocional, para além da alexitimia, contrariando assim a tendência de estudos anteriores que analisam apenas a alexitimia. Vários investigadores consideram as PCA como perturbações da regulação emocional, em que as doentes recorrem a estratégias relacionadas com a

alimentação e com o corpo como forma de regular estados emocionais negativos (Taylor et al., 1997). Contudo, apesar da sua relevância clínica, pouca investigação tem sido desenvolvida na área da regulação emocional, o que também se prende com a necessidade de desenvolver medidas que avaliem adequadamente esta dimensão (Gratz & Roemer, 2004). A escassa investigação que tem sido desenvolvida neste âmbito tem-se debruçado sobre a relação entre a BN e a regulação emocional, em que esta perturbação é percebida como um mecanismo de regulação de estados emocionais negativos (Everill, Waller & Macdonald, 1995; Heatherton & Baumeister, 1991). Contudo, estudos sobre a regulação emocional na AN são limitados, embora existam algumas evidências que consideram o exercício físico excessivo utilizado na AN como uma estratégia de regulação emocional, o que indica a presença de disfunções ao nível da regulação emocional na AN (Peñas-Lledó, Vaz Leal & Waller, 2002). A este nível, Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery e Jeczmiem (2006) realizaram um estudo, no qual não foram encontradas diferenças significativas entre doentes com AN e com BN ao nível da desregulação emocional (avaliada através da subescala “distracção” do Response Styles Questionnaire). No entanto, tal como já foi referido, esta dimensão foi pouco explorada pelos investigadores, e nesse sentido, Gratz e Romer (2004) e Gilboa-Schechtman et al. (2006) salientam a necessidade de investigações que estudem o papel das diferentes dimensões da desregulação emocional na amostra clínica, uma vez que poderá ter importantes implicações terapêuticas.

Este estudo ganha relevância na medida em que, possíveis diferenças emocionais entre AN e BN terão importantes implicações ao nível da intervenção psicológica. A este respeito, Bruch (1985 cit in Taylor et al., 1997) considera que, os resultados das investigações realizadas no âmbito da área emocional nas PCA, poderiam conduzir a uma mudança significativa na intervenção psicológica nesta área, mudança essa que parece necessária, tendo em conta os elevados índices de reincidência associados a estas patologias.

Tendo por base todas as considerações efectuadas no decurso da revisão da literatura, o presente estudo está orientado por 2 **objectivos** principais: 1) analisar, comparativamente, o grupo da AN e o grupo da BN em termos da frequência das emoções primárias, da alexitimia e das dificuldades na regulação emocional; e 2) analisar a relação entre a alexitimia e as dificuldades na regulação emocional em ambos os grupos.



PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO

Esta segunda parte destina-se à explanação do estudo desenvolvido. Neste sentido, engloba três aspectos principais: o método utilizado para a concretização do estudo (participantes, material e procedimento), os resultados obtidos, tendo em conta os objectivos delineados, e a discussão dos resultados.

4. Método

4.1. Participantes

Os participantes foram divididos em dois grupos: o grupo de participantes com AN (grupo AN) e o grupo de participantes com BN (grupo BN).

De forma a atingirmos os objectivos propostos, foram utilizados como *critérios de selecção da amostra* para o **grupo AN**, a *idade* (14-40 anos), o *género* (feminino) e o *diagnóstico de Anorexia Nervosa*, segundo os critérios propostos pela DSM-IV-TR (APA, 2002). Tendo por base estes critérios, o grupo AN é constituído por 23 indivíduos, com idades entre 14 e 40 anos ($M=21.6$, $DP=6.5$). As participantes incluídas neste grupo preenchiem todos os critérios de diagnóstico de AN propostos pela DSM-IV-TR (APA, 2002).

Por sua vez, para o **grupo BN** foram utilizados como critérios de selecção da amostra, a *idade* (14-40 anos), o *género* (feminino) e o *diagnóstico de Bulimia Nervosa*, segundo os critérios propostos pela DSM-IV-TR (APA, 2002). Neste sentido, o grupo BN é constituído por 15 indivíduos, com idades entre 16 e os 39 anos ($M=26.6$, $DP= 7.0$), em que todas as participantes preenchiem os critérios de diagnóstico de BN propostos pelo DSM-IV-TR (APA, 2002).

Comum a ambos os grupos definiu-se o género feminino, uma vez que a prevalência das PCA é muito superior no género feminino comparativamente ao género masculino, o que nos levou a optar por nos centrarmos no grupo que é mais comumente afectado.

4.2. Material

Os participantes dos dois grupos preencheram a secção B da parte I do Questionário de Avaliação das Emoções, a Escala de Alexitimia de Toronto- 20 itens e a Escala de Dificuldades na Regulação Emocional. Seguidamente apresenta-se uma descrição sumária destes instrumentos.

Questionário de Avaliação das Emoções

O Questionário de Avaliação das Emoções (QAE) foi desenvolvido por Torres e Guerra (2003), com base na Teoria Diferencial das Emoções. Neste estudo em particular apenas será aplicada a secção B da parte I do questionário. A *secção B* visa analisar a frequência com que os participantes sentem no seu dia-a-dia as 10 **emoções primárias** apresentadas por Izard (1991), de acordo com uma escala tipo Likert de 5 pontos, cujas possibilidades de resposta variam entre *nunca* e *quase sempre* (Torres & Guerra, 2003).

Escala de Alexitimia de Toronto - 20 itens

A Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20) consiste num instrumento de auto-avaliação, desenvolvido por Babgy, Parker e Taylor (1994), que mede a dimensão geral da **alexitimia**, a partir de três factores distintos, que reflectem as diferentes facetas deste constructo: dificuldade em identificar e diferenciar sentimentos de sensações corporais (*factor 1*), dificuldade em descrever sentimentos aos outros (*factor 2*), e estilo de pensamento orientado para o exterior (*factor 3*) (Wiethaeuper, Balbinotti, Pelisoli, & Barbosa, 2005).

A TAS-20 é um instrumento composto por 20 itens, em que os participantes são solicitados a registar o seu grau de concordância relativamente a cada um dos itens, numa escala tipo Likert de 5 pontos, que oscilam entre o *discordo totalmente* e o *concordo totalmente* (Prazeres, Parker & Taylor, 2000).

Este instrumento resulta de um trabalho continuado por parte dos seus autores, de forma a melhorar as propriedades psicométricas da escala, sendo que a versão mais actual da escala possui uma boa consistência interna, fidelidade teste-reteste num intervalo de 3

semanas, validade convergente, discriminante, bem como validade concorrente (Yoshida, 2007).

A TAS-20 foi recentemente adaptada para português por Prazeres, Parker e Taylor (2000), cujos resultados do estudo apontam para uma adequada consistência interna e uma excelente precisão teste-reteste com 3 a 6 semanas de intervalo, possuindo uma estrutura factorial comparável à estrutura em 3 factores da versão inglesa da escala. Estes resultados sustentam a utilização desta escala em participantes portuguesas.

No presente estudo, a fidelidade foi avaliada através do cálculo do alpha de Cronbach nos dois grupos separadamente, fornecendo-nos uma referência da consistência interna. Tal como é possível observar no quadro 1, a escala total apresenta uma boa consistência interna no grupo AN, mas o mesmo já não se verifica no grupo BN, o qual apresenta um alpha de Cronbach baixo. Ao decompor a escala em factores, verifica-se que o factor 1 apresenta uma boa consistência interna para ambos os grupos. No que toca ao factor 2, este apresenta um alpha de Cronbach aceitável para o grupo AN, mas um alpha baixo para o grupo BN. Por último, em termos do factor 3, verifica-se um alpha de Cronbach baixo para ambos os grupos.

Quadro 1. Valores do alpha de Cronbach para os factores da TAS-20 e para a escala total na Anorexia Nervosa e na Bulimia Nervosa

	Anorexia Nervosa	Bulimia Nervosa
<i>F</i> ₁ : Dificuldade em identificar e diferenciar sentimentos de sensações corporais (7 itens)	.87	.74
<i>F</i> ₂ : Dificuldade em descrever sentimentos aos outros (5 itens)	.79	.51
<i>F</i> ₃ : Estilo de pensamento orientado para o exterior (8 itens)	.52	.07
Escala Total (20 itens)	.80	.56

Perante os resultados obtidos, procedeu-se a uma revisão da literatura, na qual foi possível constatar que, vários estudos obtiveram uma boa consistência interna para o factor 1, e uma menor consistência interna para os factores 2 e 3. Contudo, o factor 2 tende a apresentar índices de alpha aceitáveis, enquanto o factor 3 chega a apresentar um índice limítrofe entre o aceitável e o inaceitável (Prazeres et al., 2000; Wiethaeuper et al., 2005).

Face a esta situação, no estudo de adaptação portuguesa da TAS-20, Prazeres et al. (2000) apontam três factores que poderiam justificar a baixa consistência do factor 3, sendo eles, a dimensão reduzida da amostra, a influência do nível de escolaridade e a diferença cultural no conceito de pensamento orientado para o exterior.

Embora tenham sido desenvolvidos vários instrumentos para avaliar a alexitimia, a TAS-20 é apontada como a escala que apresenta melhor validade e fidelidade no estudo da alexitimia, sendo o instrumento de avaliação mais vastamente utilizado, tanto ao nível da investigação como da prática clínica (Eizaguirre, Cabezón, Apellaniz & Méndez, 2001; Taylor et al., 1997). Esta escala tem sido usada em diferentes populações, inclusivamente em estudos empíricos com o objectivo de explorar a alexitimia em doentes com AN e BN (Taylor et al., 1997).

Escala de Dificuldades na Regulação Emocional

A Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) foi desenvolvida por Gratz e Roemer (2004) e foi traduzida para português por Fernandes, Coutinho e Ferreira (2007). Neste momento encontra-se em curso o seu processo de adaptação, tendo-nos sido cedidos os dados preliminares do mesmo.

Apesar de existirem outras escalas que permitem avaliar esta dimensão, apenas a DERS avalia os diferentes aspectos da **regulação emocional** desadaptativa, aspectos considerados clinicamente relevantes e que, simultaneamente, envolvem as dificuldades funcionais e os défices mais importantes que podem surgir no processo emocional. As 6 dimensões avaliadas são: (a) não-aceitação das respostas emocionais, que reflecte a tendência para ter respostas emocionais negativas perante a experienciação de emoções negativas, ou reacções de não-aceitação do distress; (b) ausência de clareza emocional, que se refere ao conhecimento que o indivíduo tem sobre as emoções que está a experimentar; (c) acesso limitado a estratégias de regulação emocional, ou seja, a crença de que existe pouco que pode ser feito para regular efectivamente as emoções, quando uma pessoa experiencia emoções negativas; (d) ausência de consciência emocional, que reflecte uma falta de atenção e falta de consciência das respostas emocionais; (e) dificuldades no controlo de impulsos, que se refere a dificuldades em controlar o comportamento, perante a experienciação de emoções negativas; e (f) dificuldades em agir de acordo com os objectivos, ou seja, dificuldades de concentração e de realização de tarefas quando

experienciam emoções negativas. Perante os 36 itens, o respondente deve assinalar a frequência com que cada uma das afirmações se aplica a si, numa escala tipo Likert de 5 pontos, cujas respostas variam entre o *quase nunca* e *quase sempre* (Gratz & Romer, 2004; Hervás & Jódar, 2008).

Estudos preliminares apresentaram a DERS como uma medida com uma alta consistência interna ($\alpha=.93$), uma boa fiabilidade teste-reteste (num período de 4 a 8 semanas), e uma adequada validade preditiva e de critério. No entanto, estudos posteriores, como o de Gratz e Roemer (2004), que procuraram explorar as propriedades psicométricas da DERS, apontam algumas limitações a esta medida, que devem ser investigadas futuramente. No entanto, apesar das limitações que este instrumento possa apresentar, e dada a escassez de medidas neste domínio, actualmente parece ser o instrumento mais adequado para avaliar as dificuldades ao nível da regulação emocional.

No presente estudo, tal como é possível observar no quadro 2, de uma forma geral, a DERS apresenta uma boa consistência interna, com alpha de .93 para o grupo AN e de .90 para o grupo BN. Ao considerarmos as subescalas separadamente, verificamos que esta medida também apresenta valores de alpha razoáveis face ao número de itens que compõem as subescalas.

Quadro 2. Valores do alpha de Cronbach para as subescalas da DERS e para a escala total na Anorexia Nervosa e na Bulimia Nervosa

	Anorexia Nervosa	Bulimia Nervosa
Respostas emocionais (6 itens)	.86	.90
Objectivos (5 itens)	.82	.79
Impulsos (6 itens)	.86	.79
Consciência emocional (6 itens)	.82	.72
Estratégias (8 itens)	.92	.89
Clareza emocional (5 itens)	.79	.58
Escala Total (36 itens)	.93	.90

Nota: DERS: Escala de Dificuldades na Regulação Emocional. Respostas emocionais: não-aceitação das respostas emocionais; Objectivos: dificuldades em agir de acordo com os objectivos; Impulsos: dificuldades no controlo de impulsos; Consciência emocional: ausência de consciência emocional; Estratégias: acesso limitado a estratégias de regulação emocional; Clareza emocional: ausência de clareza emocional.

4.3. Procedimento

A recolha da amostra foi realizada junto das utentes da consulta externa da Unidade de Psiquiatria do Hospital de São João do Porto, durante o período de Novembro de 2008 a Julho de 2009. Para a realização deste estudo foi necessário endereçar um pedido de autorização à Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de S.João (cf. Anexo A).

O processo de recolha da amostra foi implementado segundo as orientações fornecidas pelos psiquiatras responsáveis pelo acompanhamento das doentes, respeitando os critérios de selecção de amostra acima mencionados. A apresentação das doentes era levada a cabo pelos psiquiatras e estes, após uma descrição sucinta do objectivo do estudo, questionavam-nas sobre a sua disponibilidade em colaborar.

De forma a assegurar um dos aspectos éticos mais importantes numa investigação, procedeu-se à obtenção do consentimento informado (cf. Anexo B), de acordo com o modelo sugerido pela Comissão de Ética do Hospital de S.João do Porto. No caso de a participante ser menor de idade, e portanto incapacitada legalmente de dar o seu consentimento, este processo foi composto por duas fases: 1) obtenção do consentimento da menor; e 2) permissão por parte dos pais ou outro familiar responsável pela menor.

Após a assinatura do consentimento informado, solicitou-se o preenchimento dos instrumentos acima descritos. Os questionários eram de auto-preenchimento, no entanto, sempre que necessário, foram prestados esclarecimentos adicionais. A administração dos questionários foi individualizada e decorreu num gabinete hospitalar.

Após a recolha da amostra, os dados foram analisados quantitativamente com o apoio do programa estatístico SPSS versão 15.0, protegendo-se a identidade das participantes. Para a análise dos dados, recorreremos aos seguintes testes estatísticos: teste paramétrico t de Student para comparação de médias entre grupos; e o coeficiente de correlação r de Pearson, para analisar a força e a direcção das relações existentes entre as variáveis em estudo.

5. Resultados

5.1 Emoções primárias na AN e na BN

A frequência das emoções primárias foi avaliada através da secção B da parte I do Questionário de Avaliação das Emoções. De forma a comparar o grupo AN com o grupo BN em termos desta dimensão, recorreremos ao Teste t de Student para amostras independentes. Os resultados obtidos estão explanados no quadro 3, onde é possível constatar que, em termos de frequência de emoções primárias, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, em nenhuma emoção.

Quadro 3. Diferenças na frequência das emoções primárias em função do diagnóstico

Emoções	AN (N=23) <i>M (DP)</i>	BN (N=15) <i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Interesse	3.22 (0.99)	3.47 (0.83)	-.80	.43
Alegria	2.78 (0.99)	2.67 (0.98)	.35	.73
Surpresa	2.39 (0.89)	2.73 (0.88)	-1.16	.25
Cólera	3.00 (1.28)	2.60 (1.18)	.97	.34
Nojo	2.13 (0.82)	2.33 (1.40)	-.57	.58
Desprezo	2.57 (1.34)	2.93 (1.34)	-.83	.41
Medo	3.57 (1.44)	3.47 (1.51)	.20	.84
Vergonha	3.70 (1.26)	3.87 (1.06)	-.44	.67
Tristeza	3.74 (1.21)	3.80 (1.21)	-.15	.88
Culpa	3.83 (1.37)	4.00 (1.13)	-.41	.68

Nota: AN: Grupo de participantes com Anorexia Nervosa; BN: Grupo de participantes com Bulimia Nervosa.

5.2 Alexitimia na AN e na BN

Relativamente à variável alexitimia, obtida através da Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (TAS-20), começamos por determinar a sua prevalência, a qual será analisada segundo os pontos de corte propostos pelos autores: resultados iguais ou superiores a 61, os indivíduos são definidos como alexitímicos, e resultados iguais ou inferiores a 51, os indivíduos são classificados como não alexitímicos. Os indivíduos com

resultados entre 52 e 60 (inclusive) encontram-se na zona fronteira, os quais não são incluídos na divisão efectuada (Prazeres, Parker & Taylor, 2004). No nosso estudo verificamos que 6 indivíduos encontram-se na zona fronteira, dos quais 3 pertencem ao grupo AN e os outros 3 ao grupo BN.

Como podemos verificar no quadro 4, 73% das participantes do grupo BN são alexitímicas face a 65% de participantes alexitímicas do grupo AN.

Quadro 4. Prevalência da Alexitimia na amostra total e nos dois grupos

Amostra	Alexitímicos		Não alexitímicos	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Total (N=38)	26	68,4%	6	15,8%
AN (N=23)	15	65,2%	5	21,7%
BN (N=15)	11	73,3%	1	6,7%

Nota: AN: Grupo de participantes com Anorexia Nervosa; BN: Grupo de participantes com Bulimia Nervosa.

Adicionalmente, de forma a comparar estes dois grupos em termos da dimensão geral da alexitimia e dos três factores que reflectem as diferentes facetas deste constructo, recorreremos ao Teste t de Student para amostras independentes.

Tendo por base o quadro 5, é possível constatar que, quer em termos da dimensão geral da alexitimia, quer em termos dos seus factores, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Quadro 5. Diferenças nos factores da TAS-20 e na escala total em função do diagnóstico

	AN (N=23) <i>M (DP)</i>	BN (N=15) <i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
TAS-20	62.57 (11.02)	66.13 (8.31)	-1.07	.29
TAS-20 (F1)	24.35 (6.56)	26.93 (5.06)	-1.29	.20
TAS-20 (F2)	17 (4.72)	17.67 (3.90)	-.45	.65
TAS-20 (F3)	21.22 (4.24)	21.53 (3.89)	-.23	.82

Nota: AN: Grupo de participantes com Anorexia Nervosa; BN: Grupo de participantes com Bulimia Nervosa. TAS-20: Total da Escala de Alexitimia de Toronto (20 itens); TAS-20 (F1): Dificuldade em identificar e diferenciar sentimentos de sensações corporais; TAS-20 (F2): Dificuldade em descrever sentimentos aos outros; TAS-20 (F3): Estilo de pensamento orientado para o exterior.

5.3 Dificuldades na Regulação Emocional na AN e na BN

As dificuldades na regulação emocional foram avaliadas através da Escala de Dificuldades na Regulação Emocional. De forma a comparar o grupo AN e o grupo BN em termos desta variável, e especificamente ao nível das 6 dimensões da desregulação emocional, recorreremos ao Teste t de Student para amostras independentes.

Como é possível constatar no quadro 6, quer em termos da dimensão geral das dificuldades ao nível da regulação emocional, quer em termos das 6 dimensões avaliadas, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos.

Quadro 6. Diferenças nas subescalas da DERS e na escala total em função do diagnóstico

	AN (N=23) <i>M (DP)</i>	BN (N=15) <i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
DERS	106.22 (23.30)	118.87 (22.24)	-1.66	.10
Respostas emocionais	18.17 (6.21)	20.80 (6.49)	-1.25	.22
Objectivos	17.43 (4.21)	18.53 (4.79)	-.74	.46
Impulsos	16.00 (5.41)	18.93 (5.99)	-1.57	.13
Consciência emocional	16.83 (5.24)	17.93 (5.31)	-.63	.53
Estratégias	24.22 (7.87)	27.40 (7.20)	-1.26	.22
Clareza emocional	13.57 (4.33)	15.27 (3.35)	-1.29	.20

Nota: AN: Grupo de participantes com Anorexia Nervosa; BN: Grupo de participantes com Bulimia Nervosa. DERS: Total da Escala de Dificuldades na Regulação Emocional. Nota: DERS: Escala de Dificuldades na Regulação Emocional. Respostas emocionais: não-aceitação das respostas emocionais; Objectivos: dificuldades em agir de acordo com os objectivos; Impulsos: dificuldades no controlo de impulsos; Consciência emocional: ausência de consciência emocional; Estratégias: acesso limitado a estratégias de regulação emocional; Clareza emocional: ausência de clareza emocional.

5.4 Relação entre a alexitimia e as dificuldades na regulação emocional

Neste estudo procedemos ainda à análise da relação entre a alexitimia e as dificuldades ao nível da regulação emocional, através do teste r de Pearson nas duas amostras separadamente. Para a leitura dos resultados, consideramos a classificação proposta por Cohen² (1988 cit in Pallant, 2001).

Tendo em conta a correlação entre a TAS-20 (total) e a DERS (total), a qual está representada nos quadros 7 e 8, é possível constatar que, relativamente ao grupo AN, as dificuldades ao nível da regulação emocional (total da DERS) estão significativamente correlacionadas com a alexitimia (total da TAS-20). A DERS (total) aparece relacionada especificamente com o factor 1 e 2 da TAS-20. Em termos da associação da TAS-20 (total) com as subescalas da DERS, verifica-se que a TAS-20 correlaciona-se significativamente com as subescalas “impulsos”, “consciência emocional”, “estratégias” e “clareza emocional”.

Por sua vez, no grupo BN, a DERS (total) não se correlaciona significativamente com a TAS-20 (total e factores). A TAS-20 (total) apenas se correlaciona significativamente com as subescalas da DERS “consciência emocional” e “clareza emocional”. Contudo, verifica-se também que o factor 3 da TAS-20 correlaciona-se significativamente com a maior parte das subescalas da DERS.

² Classificação proposta por Cohen (1988) para determinar a força de relação entre duas variáveis: correlação baixa ($r=.10$ a $.29$ ou $r=-.10$ a $-.29$), correlação moderada ($r=.30$ a $.49$ ou $r=-.30$ a $-.49$) e correlação alta ($r=.50$ a 1.0 ou $r=-.50$ a -1.0).

Quadro 7. Correlações entre a TAS-20 e a DERS na Anorexia Nervosa

	TAS-20	TAS-20 (F1)	TAS-20 (F2)	TAS-20 (F3)	DERS	Respostas emocionais	Objectivos	Impulsos	Consciência emocional	Estratégias
TAS-20 (F1)	.88**									
TAS-20 (F2)	.76**	.62**								
TAS-20 (F3)	.38	.07	-.09							
DERS	.76**	.82**	.62**	.01						
Respostas emocionais	.35	.53**	.26	-.19	.72**					
Objectivos	.36	.30	.61**	-.19	.61**	.25				
Impulsos	.75**	.72**	.46*	.32	.83**	.57**	.40			
Consciência emocional	.48*	.37	.18	.46*	.25	-.24	.02	.18		
Estratégias	.62**	.70**	.61**	-.15	.91**	.73**	.61**	.67**	-.02	
Clareza emocional	.59**	.75**	.49*	-.18	.77**	.45*	.34	.58**	.28	.60**

Nota: TAS-20: Total da Escala de Alexitimia de Toronto (20 itens); TAS-20 (F1): Dificuldade em identificar e diferenciar sentimentos de sensações corporais; TAS-20 (F2): Dificuldade em descrever sentimentos aos outros; TAS-20 (F3): Estilo de pensamento orientado para o exterior. DERS: Total da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional. Respostas emocionais: não-aceitação das respostas emocionais; Objectivos: dificuldades em agir de acordo com os objectivos; Impulsos: dificuldades no controlo de impulsos; Consciência emocional: ausência de consciência emocional; Estratégias: acesso limitado a estratégias de regulação emocional; Clareza emocional: ausência de clareza emocional.

* $p < .05$; ** $p < .01$

Quadro 8. Correlações entre a TAS-20 e a DERS na Bulimia Nervosa

	TAS-20	TAS-20 (F1)	TAS-20 (F2)	TAS-20 (F3)	DERS	Respostas emocionais	Objectivos	Impulsos	Consciência emocional	Estratégias
TAS-20 (F1)	.61*									
TAS-20 (F2)	.73**	.09								
TAS-20 (F3)	.62*	-.09	.44							
DERS	.15	.49	.07	-.39						
Respostas emocionais	.03	.57*	-.15	-.52*	.85**					
Objectivos	-.33	.07	-.14	-.65**	.74**	.52*				
Impulsos	-.15	.40	-.24	-.59*	.92**	.84**	.81**			
Consciência emocional	.54*	-.15	.59*	.74**	-.12	-.41	-.36	-.40		
Estratégias	.10	.40	.05	-.36	.96**	.84**	.74**	.90**	-.23	
Clareza emocional	.62*	.73**	.36	.01	.42	.30	.01	.20	.14	.29

Nota: TAS-20: Total da Escala de Alexitimia de Toronto (20 itens); TAS-20 (F1): Dificuldade em identificar e diferenciar sentimentos de sensações corporais; TAS-20 (F2): Dificuldade em descrever sentimentos aos outros; TAS-20 (F3): Estilo de pensamento orientado para o exterior. DERS: Total da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional. Respostas emocionais: não-aceitação das respostas emocionais; Objectivos: dificuldades em agir de acordo com os objectivos; Impulsos: dificuldades no controlo de impulsos; Consciência emocional: ausência de consciência emocional; Estratégias: acesso limitado a estratégias de regulação emocional; Clareza emocional: ausência de clareza emocional.

* $p < .05$; ** $p < .01$

6. Discussão dos Resultados

6.1 Emoções Primárias na AN e na BN

Ao analisarmos as emoções primárias na AN e na BN, constatámos que não existem diferenças estatisticamente significativas, em termos da sua frequência, entre o grupo AN e o grupo BN. Contudo, considerando as emoções negativas, verifica-se que as emoções negativas voltadas para o interior (medo, culpa e vergonha) são as mais frequentes em ambos os grupos. O mesmo foi observado por Torres (2005) no seu estudo com doentes com AN, o que, na opinião da investigadora, pode indicar uma desestruturação do self, da qual resulta um acentuado mal-estar interno, preocupações de controlo e um baixo sentido de eficácia.

No âmbito das emoções negativas voltadas para o interior, o medo, a culpa e a vergonha emergem como emoções típicas nas patologias alimentares. Especificamente em relação ao medo, as doentes com AN e com BN sentem um medo intenso de aumentar de peso ou de ficarem gordas (DSM-IV-TR, 2002). Por outro lado, segundo Frank (1991), estas doentes sentem culpa e vergonha em relação ao acto de comer, sendo estas duas emoções negativas características típicas associadas à AN e BN. Burney e Irwin (2000) sugerem, inclusivamente, que a vergonha pode estar na génese da sintomatologia alimentar.

Na explicação deste padrão afectivo convém ponderar a presença de outras variáveis para além das características associadas à patologia alimentar, tal como a presença da alexitimia (Berenbaum & Irvin, 1996 cit in Torres, 2005), também confirmada no nosso estudo. Alguns estudos, como o de Taylor (1994), apoiam a relação entre a alexitimia e a experiência de emoções negativas ou a capacidade reduzida de experienciar emoções positivas. Os alexitímicos têm demonstrado níveis elevados de raiva direccionada para si próprios, e também um controlo mais elevado desta emoção (Berenbaum & Irvin, 1996 cit in Torres, 2005; Yagi, Koyama, Matsuno, Murakami, & Fukunishi, 2003 cit in Torres, 2005).

6.2 Alexitimia e dificuldades na Regulação Emocional na AN e na BN

Ao analisar a prevalência da alexitimia nas PCA, verificamos que 73% das participantes do grupo BN eram alexitímicas face a 65% de participantes alexitímicas do grupo AN. Apesar do grupo AN apresentar uma prevalência superior, através do recurso ao teste t de Student para amostras independentes, constatamos que, quer em termos da dimensão geral da alexitimia, quer ao nível das diferentes dimensões deste constructo (factor 1, factor 2 e factor 3), não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. A revisão da literatura a este nível apresenta dados contraditórios, em que alguns trabalhos (Gilboa-Schechtman et al., 2006; Kessler et al., 2006; Zonnevijlle-Bendek et al., 2002) não encontraram diferenças significativas entre AN e BN, enquanto outros estudos (Eizaguirre et al., 2004) apontam para níveis mais elevados de alexitimia na AN do que na BN. Perante esta indefinição podemos concluir que o presente estudo aponta no sentido da não existência de diferenças significativas entre AN e BN.

Em termos das dificuldades na regulação emocional, as diferenças encontradas entre os dois grupos também não são significativas, o que reforça as conclusões obtidas por Gilboa-Schechtman et al. (2006), os quais verificaram que doentes com AN e BN apresentam um défice emocional semelhante.

No geral, os resultados do nosso estudo são então congruentes com a hipótese de que, tanto na AN como na BN, ocorrem disfunções ao nível da regulação emocional, e o facto de não existirem diferenças entre AN e BN, reforça a perspectiva de que as dificuldades na regulação emocional são uma característica central das PCA em geral. Neste sentido, o exercício físico excessivo, os episódios de ingestão compulsiva e os comportamentos purgativos podem constituir métodos de regulação de emoções negativas (Everill et al., 1995; Heatherton & Baumeister, 1991; Peñas-Lledó et al., 2002).

6.3 Relação entre a Alexitimia e as dificuldades na Regulação Emocional

Previamente à análise da relação entre a alexitimia e as dificuldades na regulação emocional na AN e na BN, iremos destacar e analisar as correlações mais significativas e/ou interessantes que foram obtidas no presente estudo.

Analisando a correlação entre os três factores da TAS-20 no grupo AN, constatámos a existência de uma correlação alta e estatisticamente significativa entre o F1 e o F2. A correlação existente entre estes factores é consistente com os estudos prévios (Bagby, Parker & Taylor, 1994 cit in Prazeres et al., 2000; Parker, Bagby, Taylor, Endler & Schmitz, 1993), e está de acordo com o esperado teoricamente, já que a capacidade para comunicar sentimentos se relaciona, naturalmente, com a capacidade de os reconhecer em si próprio. Diferentemente, F1 e F2 não se correlacionam significativamente com F3. Contudo, era esperado uma correlação entre o F2 e F3, uma vez que um estilo cognitivo orientado para o exterior (F3) se caracteriza pela reduzida referência aos sentimentos do indivíduo, aspecto implicado em F2. Em relação à ausência de uma correlação significativa entre o F1 e F3, este resultado também foi obtido na análise factorial realizada na adaptação portuguesa da TAS-20 por Prazeres e colaboradores (2000), os quais consideraram que este resultado poderia indicar que, em algumas amostras, tais factores tendem a não estar relacionados. No geral, estes resultados sugerem que F3 não está associado a F1 e a F2. Este resultado já foi documentado em estudos anteriores (Laquatra & Clopton, 1994; Torres, 2005), e poderá ser justificado pela hipótese de F3 ser uma característica que se desenvolve secundariamente a F1 e F2, não estando presente em patologias alimentares de menor gravidade.

Em relação às correlações observadas entre as subescalas da DERS, constatámos que, em ambos os grupos, a subescala “consciência emocional” é a que apresenta correlações mais baixas e até negativas com as restantes subescalas. Contudo, este resultado era esperado, pois como foi apontado em estudos prévios, a consciência emocional pode ser funcional ou disfuncional dependendo da capacidade regulatória do indivíduo (Lischetzke & Eid, 2003). Neste sentido, é possível que esta subescala não esteja muito associada às restantes subescalas, cujo conteúdo é inequivocamente desadaptativo. Por outro lado, é de destacar a correlação elevada entre as subescalas “impulsos” e “estratégias”, observada no grupo BN. Este resultado é interessante, na medida em que, vai ao encontro de outros trabalhos, os quais demonstraram que a falta de aceitação das

próprias reacções origina um maior descontrolo (Tull & Roemer, 2007 cit in Hervás & Jódar, 2008), que é congruente com a presença de episódios de ingestão alimentar compulsiva.

A correlação entre a alexitimia e as dificuldades na regulação emocional foi outro aspecto analisado no presente estudo. No grupo AN verificou-se uma correlação elevada e estatisticamente significativa entre os scores totais destas duas dimensões, enquanto que no grupo BN, as dificuldades na regulação emocional não se relacionavam significativamente com a alexitimia. Contudo, uma vez que, ao nível da alexitimia e das dificuldades na regulação das emoções, não se verificaram diferenças significativas entre estes dois grupos, seria de esperar que existisse uma correlação entre estas duas dimensões também no grupo BN.

Perante este cenário, e na tentativa de compreender melhor os resultados obtidos, procedemos a uma análise do padrão de correlação das diferentes dimensões da TAS-20 com a DERS. No grupo AN, verifica-se que a dificuldade em utilizar estratégias para regular emoções está fortemente associada à dificuldade em identificar os sentimentos (F1). Neste sentido, podemos considerar que na AN, a dificuldade em regular as emoções deve-se, sobretudo, à dificuldade em identificar o que estão a sentir.

No grupo BN, genericamente, a dificuldade em utilizar estratégias de regulação de emoções não está associada à dificuldade em identificar sentimentos. Contudo, parece estar relacionada com um estilo de pensamento caracterizado por uma acentuada diminuição ou mesmo pela ausência de pensamento simbólico; um pensamento que versa as particularidades dos acontecimentos externos (estilo de pensamento orientado para o exterior - F3).

Estes diferentes padrões de correlação entre as variáveis emocionais na AN e na BN podem ter implicações na intervenção psicológica nestas patologias. Os dados obtidos sugerem que, na AN, a intervenção deve estar mais direccionada para a identificação de emoções e para a capacidade de distinguir essas emoções das sensações corporais. No caso da BN, parece ser importante trabalhar com os indivíduos a confrontação com a sua experiência interior.

Conclusão

Este trabalho foi desenvolvido com o objectivo de perceber se o padrão emocional das doentes com AN é distinto do padrão emocional das doentes com BN, focando-se especificamente em três variáveis emocionais: emoções primárias, alexitimia e dificuldades na regulação emocional. Neste sentido, e de forma a introduzir esta temática, foi apresentado um breve enquadramento teórico sobre as principais dimensões exploradas no estudo, bem como da relação existente entre elas. Paralelamente, foram apresentadas as perspectivas de diferentes autores que se debruçaram sobre esta relação, os quais salientaram a pertinência de futuros estudos nesta área.

Os estudos realizados neste âmbito sugerem que, nestas perturbações, verifica-se uma incapacidade cognitiva para processar e regular emoções (alexitimia). Contudo, prevalecem algumas contradições e incertezas em torno desta relação, em que alguns autores apontam para diferenças entre AN e BN ao nível da alexitimia, enquanto que outros não. Face a este cenário, no presente estudo analisamos, comparativamente, a alexitimia na AN e na BN. Por outro lado, a adicionar à necessidade de aprofundar o estudo da área emocional nas PCA, verifica-se que, a maior parte dos estudos realizados neste âmbito incide sobre a alexitimia, em que dimensões como as emoções primárias e as dificuldades na regulação emocional são pouco exploradas. Neste sentido, nesta investigação procuramos também analisar, comparativamente, a frequência de emoções primárias, as dificuldades na regulação emocional, e ainda a relação entre a alexitimia e as dificuldades na regulação emocional, na AN e na BN.

No presente estudo verificamos que, em termos da frequência das emoções primárias, da alexitimia e das dificuldades na regulação emocional, não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo AN e o grupo BN. Contudo, em termos da relação entre a alexitimia e as dificuldades na regulação emocional constatámos que, no grupo AN, as dificuldades na regulação emocional estão fortemente associadas à alexitimia, especificamente, aparecem relacionadas com a dificuldade em identificar e diferenciar sentimentos de sensações corporais (F1). No grupo BN, as dificuldades na regulação emocional parecem estar quase exclusivamente relacionadas com o estilo de pensamento orientado para o exterior (F3).

Apesar deste estudo fornecer alguns dados para uma maior compreensão do funcionamento emocional nas PCA, algumas limitações surgiram no decurso desta

investigação, as quais devem ser realçadas. Uma das limitações está inevitavelmente associada ao tamanho reduzido da amostra. Por outro lado, ainda em relação à amostra, esta é exclusivamente constituída por elementos do género feminino, não nos permitindo tirar conclusões para o género masculino. É ainda de referir que, não foi feita distinção entre os diferentes subtipos de AN e BN, o que poderia contribuir para clarificar os resultados, indicando-nos o grau de heterogeneidade entre os dois grupos no que concerne à presença de comportamentos bulímicos e mecanismos compensatórios. Por último, é importante ter presente que a amostra apenas incluiu doentes em tratamento, em que não foi controlada a gravidade da patologia.

Tendo em conta as limitações referidas, consideramos que investigações futuras deveriam dar continuidade ao estudo destas dimensões emocionais, através de estudos longitudinais e com amostras alargadas, que envolvessem ambos os géneros, em diferentes fases da doença, e que fizessem distinção entre os diferentes subtipos de AN e BN. Os estudos longitudinais poderiam contribuir para uma maior compreensão do papel desempenhado pela alexitimia na manutenção das PCA, o que teria importantes implicações terapêuticas.

Os resultados do presente estudo reforçam a perspectiva de que as PCA não são patologias restritas ao domínio do comportamento alimentar e da imagem corporal, mas têm no seu cerne dificuldades ao nível do funcionamento afectivo. Neste sentido, em termos de intervenção psicológica, salienta-se a necessidade de uma intervenção orientada para a regulação das emoções, no tratamento destas patologias. Contudo, perante as diferenças observadas entre os dois grupos, a intervenção psicológica na AN e na BN deve seguir diferentes contornos. No caso da AN, é importante trabalhar a identificação das emoções e a capacidade de distingui-las das sensações corporais, uma vez que dificuldades a este nível aparecem fortemente associadas a dificuldades na regulação emocional. Na BN, a intervenção psicológica deve promover uma diminuição do estilo de pensamento orientado para o exterior, pois esta dificuldade parece estar relacionada com a dificuldade em adoptar estratégias adequadas para lidar com as emoções negativas. Neste sentido, a intervenção ao permitir ultrapassar estas dificuldades associadas à alexitimia, poderá estar a capacitar os doentes com estratégias que lhes permitam regular a emocionalidade negativa o que, indirectamente, poderá proporcionar um maior controlo alimentar, e assim contribuir para o progresso terapêutico.

Bibliografia

Abreu, C. & Filho, R. (2004). Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa: Abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Revista de psiquiatria clínica*, 31(4), 177-183.

American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Bourke, M., Taylor, G., Parker, J., & Bagby, M. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa: A preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.

Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24 (2), 187-194.

Burney, J. & Irwin, H. (2000). Shame and guilt in women with eating-disorder symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (1), 51-61.

Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., Chambry, J., & Consoli, S. (2005). Emotion-processing deficits in eating disorders. *International journal of eating disorders*, 37, 321-329.

Carmo, I. (1994). *A vida por um fio. A anorexia nervosa*. Lisboa: Relógio d'água Editores.

Cochrane, C., Brewerton, T., Wilson, D., & Hodges, E. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *International journal of eating disorders*, 14(2), 219-222.

Dougherty, L., Abe, J., & Izard, C. (1996). Differential emotions theory and emotional development in adulthood na later life. In C. Magai & S. McFadden (Eds.), *Handbook of emotion, adult development and aging* (pp. 27-41). U.S.A. : Academic Press.

Eizaguirre, A., Cabezón, A., Alda, I., Olariaga, L., & Juaniz, M. (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression and eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 36, 321-331.

Everill, J., Waller, G., & Macdonald, W. (1995). Dissociation in bulimic and non-eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 17(2), 127-134.

Faria, S. & Shinohara, H. (1998). Transtornos alimentares. *Interação*, 2, 51-73.

Fernandes, N. & Tomé, R. (2001). Alexitimia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3(2), 97-115.

Fonte, J. (1993). *Alexitimia: estudo em doentes com perturbações digestivas*. Viana do Castelo: Edição do Autor.

Frank, E. (1991). Shame and guilt in eating disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61 (2), 303-306.

Gerlinghoff, M., & Backmund, H. (1997). *Anorexia e Bulimia*. Lisboa: Editorial Presença.

Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E., & Jeczmiem, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: Specific impairment or general distress related deficiency? *Depression and anxiety*, 23, 331-339.

González, R., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda & Extremera, N. (2006). Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 155-166.

Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.

Gross, J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.

Gross, J., & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.

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

Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la escala de dificultades en la regulación emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.

Izard, C. (1991). *The Psychology of Emotions*. New York: Plenum Press.

Izard, C. & Buechler, S. (1980). Aspects of consciousness and personality in terms of differential emotions theory. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research and experience* (vol.1, pp. 165-187). New York: Academic Press, Inc.

Jimerson, D., Wolfe, B., Franko, D., Covino, N., & Sifneos, P. (1994). Alexithymia ratings in bulimia nervosa: Clinical correlates. *Psychosomatic medicine*, 56, 90-93.

Kessler, H., Schwarze, M., Filipic, S., Traue, H., & Wietersheim, J. (2006). Alexithymia and facial emotion recognition in patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3), 245-251.

Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33 (1), 17-31.

Laquatra, T., & Clopton, J. (1994). Characteristics of alexithymia and eating disorders in college women. *Addictive Behaviors*, 19(4), 373-380.

Levenson, R. (1994). Human emotions: A functional view. In P. Ekman & R. Davidson (Eds.), *The Nature of emotion* (pp. 123-126). New York: Oxford University Press.

Lischetzke, T. & Eid, M. (2003). Is attention to feelings beneficial or detrimental to affective well-being? Mood regulation as a moderator variable. *Emotion*, 3 (4), 361-377.

Maciel, M. & Yoshida, E. (2006). Avaliação de Alexitimia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool. *Avaliação psicológica*, 5(1), 43-54.

Maraco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições sílabo.

Márquez-González, M., Trocóniz, M., Cerrato, I., & Baltar, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: Análisis comparativo en três grupos de edad. *Psicothema*, 20(4), 616-622.

Mayer, J. & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence: implications for educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.

Merino, H., Godás, A. & Pombo, M. (2002). Alexitimia y características psicológicas asociadas a actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de psicopatologia y psicologia clínica*, 7(1), 35-44.

Morgan, C., Vecchiatti, I., & Negrão, A. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: Aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista brasileira de psiquiatria*, 24(3), 18-23.

Nemiah, J., Freyberger, H., & Sifneos, P. (1976). Alexithymia: a view of the psychosomatic process. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, 3, 430-439.

Nemiah, J. (2000). A psychodynamic view of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 62, 299-303.

Overton, A., Selway, S., Strongman, K., & Houston, M. (2005). Eating disorders – the regulation of positive as well as negative emotion experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12(1), 39-56.

Pallant, J. (2001). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using spss*. Buckingham: Open University Press.

Parker, J., Bagby, R., Taylor, G., Endler, N., & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20- item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7, 221-232.

Peñas-Lledó, E., Vaz Leal, F., & Waller, G. (2002). Excessive exercise in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Relation to eating characteristics and general psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 370-375.

Pereira, A. (1999). *SPSS: Guia práctico de utilização*. Lisboa: Edições sílabo.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2000). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições sílabo.

Pierrehumbert, B., Bader, M., Miljkovitch, R., Mazet, P., Amar, M., & Halfon, O. (2002). Strategies of emotion regulation in adolescents and young adults with substance dependence or eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 384-394.

Prazeres, N., Parker, J., & Taylor, G. (2000). Adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (RIDEP)*, 9(1), 9-21.

Raich, R. (2001). *Anorexia e Bulimia*. Amadora: Editores McGraw-Hill.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Sampaio, D., Bouça, D., Carmo, I., & Jorge, Z. (1998). *Doenças do comportamento alimentar. Manual para o clínico geral*. Ed. Bial.

Sánchez, M., Melero, M & García, C. (2006). La regulación de las emociones y de los sentimientos en alumnos de magistério. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 379-391.

Smith, G., Amnér, G., Johnsson, P., & Franck, A. (1997). Alexithymia in patients with eating disorders: An investigation using a new projective technique. *Perceptual and Motor Skills*, 85, 247-256.

Souza, L. & Santos, M. (2006). A família e os transtornos alimentares. *Revista Medicina Ribeirão Preto*, 39 (3), 403-409.

Stanton, A., Parsa, A. & Austenfeld, J. (2002). The adaptative potencial of coping through emotional approach. In C. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive Psychology* (pp.148-158). New York: Oxford University Press.

Taylor, G. (1994). The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with Basic dimensions of personality. *New trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 10 (2/94), 61-74.

Taylor, G., Bagby, R., & Parker, J. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.

Taylor, G., Parker, J., Bagby, R., & Bourke, M. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 561-568.

Torres, S., & Guerra, M. (2003). A construção de um instrumento de avaliação das emoções para a anorexia nervosa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 97-110.

Torres, F. (2005). *O silêncio das emoções*. Tese de Doutorado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.

Wheeler, K., Greiner, P., & Boulton, M. (2005). Exploring alexithymia, depression and binge eating in self-reported eating disorders in women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(3), 114-123.

Wiethaeuper, D., Balbinotti, M., Pelisoli, C., & Barbosa, M. (2005). Estudos da consistência interna e factorial confirmatório da Escala Toronto de Alexitimia-20 (ETA-20). *Revista Interamericana de Psicología*, 39(2), 221-230.

Yoshida, E. (2000). Toronto Alexithymia Scale- TAS: Precisão e validade da versão em português. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2(1), 59-74.

Yoshida, E. (2007). Validade da versão em português da Toronto Alexithymia Scale-TAS em amostra clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 389-396.

Zonneville-Bender, M., Goozen, S., Cohen-Kettenis, P., Elburg, A., & Engeland, H. (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 38-42.

Zonneville-Bender, M., Goozen, S., Cohen-Kettenis, P., Elburg, A., & Engeland, H. (2004). Emotional functioning in adolescent anorexia nervosa patients: A controlled study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 28-34.

ANEXOS



Anexo A

Aprovação do projecto de investigação
por parte da Comissão de Ética do
Hospital de S.João do Porto



Ministério da Saúde



Hospital de S. João, E.P.E.

Exma. Sr.^a
Soraia Vanessa Abelha
Rua do Lindo Vale, 208, 1º
4200-369 PORTO

14. AGO 00 20107

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Data

N.º

ASSUNTO

Autorização para a realização de Projecto de Investigação

Projecto de Investigação – *“Estudo da relação entre as atitudes face ao corpo e as emoções nas perturbações do comportamento alimentar”*

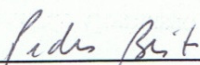
Relator da CES: Enf.^a Teresa Guerreiro

Junto envio em anexo cópia do parecer da Comissão de Ética para a Saúde sobre o referido projecto, bem como cópia da autorização do Conselho de Administração para poder dar início ao mesmo.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 11 de Agosto de 2008

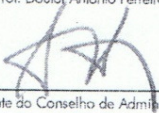
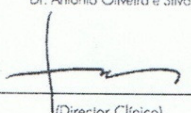
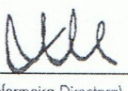
O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde



Dr. Pedro Brito

Na resposta indicar a «Nossa referência» - Em cada officio tratar só de um assunto.

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO REUNIÃO DE 24 DE JULHO DE 2008	
Prof. Doutor António Ferreira  (Presidente do Conselho de Administração)	Dr. Duarte Araújo (... ausente ...) (Administrador Executivo)
Dr. António Oliveira e Silva  (Director Clínico)	Enfermeira Eurídice Portela  (Enfermeira Directora)

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Hospital de S. João – EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal:

Soraia Vanessa Ribeiro Barros Neves Abelha

Título do projecto de investigação:

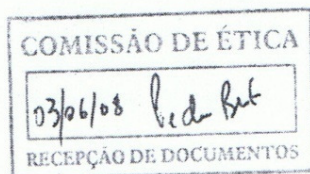
Estudo da relação entre as atitudes face ao corpo e as emoções
nas Perturbações do Comportamento Alimentar

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Psiquiatria do Hospital de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Hospital de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 3 / Julho / 2008



O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Soraia Abelha

Soraia Abelha

Comissão de Ética para a Saúde do HSJ

Parecer

Projecto de Investigação: A Estudo de relação entre as atitudes face ao corpo e as emoções, nas perturbações do comportamento alimentar – Soraia Vanessa Ribeiro Barros Neves Abelha

Concepção e pertinência do estudo:

Trata-se de um estudo observacional analítico transversal que se integra no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, sob orientação da Prof.ª Doutora Sandra Torres da FPCEUP.

Os objectivos do estudo são:

- Estudar a diferença entre as anorécticas e as bulímicas ao nível da alexitimia.
- Conhecer as diferenças entre o grupo clínico e o grupo não clínico ao nível da alexitimia.
- Analisar a frequência com que cada um dos grupos vivencia as emoções primárias.
- Avaliar as diferenças ao nível da regulação emocional entre o grupo clínico e o grupo não clínico.
- Analisar a relação entre a regulação das emoções e a alexitimia.

Como estratégias a investigadora pretende utilizar os seguintes instrumentos de avaliação:

- Escala de Alexitimia de Toronto – 20 itens (TAS-20)
- Questionário de avaliação de emoções (QAE)
- Escala de Dificuldades na Relação Emocional (DERS)

Este estudo será efectuado no Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João, dispondo de autorização do Exmo. Director de Serviço Dr. Roma Torres.

A amostra que a investigadora pretende para o estudo é de 90 participantes, dividida em 2 grupos:

- Grupo dos sujeitos diagnosticados com perturbação do comportamento alimentar (30 anorécticas e 30 bulímicas – G1).
- Grupo de controlo não clínico (30 sujeitos sem qualquer patologia – G2)

Relativamente à recolha da amostra clínica (anorécticas e bulímicas), esta será feita junto aos utentes da consulta de psiquiatria, para tratamento das perturbações do comportamento alimentar, exclusivamente no HSJ.

Os participantes do estudo que constituirão o G1 serão reencaminhados pelo elo de ligação, segundo as orientações fornecidas pelos Psiquiatras responsáveis pelo acompanhamento das doentes. Estes estabelecerão a ponte entre a investigadora e as doentes, respeitando os critérios de selecção.

Após serem identificadas as doentes ser-lhes-á apresentada a investigação (informação ao participante – anexo V deste projecto) e obtido o seu consentimento informado.

Os participantes do grupo não clínico serão seleccionados e avaliados em contexto não hospitalar, segundo um processo de selecção por conveniência, respeitando os critérios estabelecidos.

Uma vez que a Investigadora não pertence à instituição o elo de ligação será a Dr.ª Isabel, cuja declaração está anexa a este projecto.

Critérios de selecção da amostra:

- **Critérios de inclusão para o grupo 1**
 - Idade (15 a 35 anos)
 - Género (Feminino)
 - Diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia nervosa, segundo os critérios propostos pela DSM-IV (APA, 1994)
- **Critérios de inclusão para o grupo 2 (grupo controlo)**
 - Idade (15 a 35 anos)
 - Género (Feminino)
 - Ausência de psicopatologia

Período para a colheita de dados:

Definido: de Setembro de 2008 a Junho de 2009.

Benefício / Risco:

A participação no presente estudo não implica qualquer risco, a não ser o tempo dispendido para o preenchimento dos questionários.

Respeito pela liberdade e autonomia:

Está salvaguardada pelo modelo de Declaração de Consentimento Informado desta CES, e Modelo de Consentimento Informado para menores.

Confidencialidade dos dados:

A proposta apresentada pela investigadora garante que será mantida a confidencialidade, sendo todo o material recolhido no estudo tratado de forma confidencial e conservado à responsabilidade da autora.

Indemnização por danos

Não aplicável.

Continuação do tratamento

Não aplicável.

Propriedade dos dados:

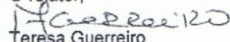
Não aplicável.

Conclusão:

Face à análise efectuada propõe-se a sua aprovação pela CES do HSJ, desde que a investigadora clarifique os aspectos assinalados em itálico

Porto, 26 de Junho de 2008

O reator,


Teresa Guerreiro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo-assinado, Soraia Vanessa Ribeiro Barros Neves Abelha na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 3 / Junho / 2008

Soraia Abelha

Soraia Abelha

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES

de 24 Julho / 2008

A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que nada tem a opor à
realização deste projecto de investigação.

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética



Anexo B

Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo (em português):

Estudo da relação entre as atitudes face ao corpo e as emoções
nas Perturbações do Comportamento Alimentar

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante) _____

_____, compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, da investigação que se tenciona realizar, para qual é pedida a minha participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a minha participação no estudo. Sei que se recusar não haverá qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para reflectir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste projecto de investigação, tal como me foi apresentado pelo investigador(a).

Data: ____ / _____ / 20____

Assinatura do(a) participante:

A Investigadora responsável:

Nome: Soraia Vanessa Ribeiro Barros Neves Abelha

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

para participantes privados do exercício de autonomia

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo (em português):

Estudo da relação entre as atitudes face ao corpo e as emoções nas perturbações do comportamento alimentar.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) _____

_____ **responsável pelo doente (nome completo)** _____,

compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, acerca da investigação que se tenciona realizar, para qual é pedida a sua participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a sua participação no estudo. Sei que se recusar não haverá qualquer prejuízo na assistência que lhe é prestada. Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para reflectir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar que participe neste projecto de investigação, tal como me foi apresentado pelo investigador(a).

Data: ____ / _____ / 20____

Assinatura do responsável pelo doente:

A Investigadora responsável: Soraia Vanessa Ribeiro Barros Neves Abelha

Assinatura: _____



Anexo C

Questionário de Avaliação das Emoções
(Parte I, secção B)

QAE (Questionário de Avaliação das Emoções)

Com que frequência sente estas emoções?

(Para cada emoção deverá escolher apenas uma categoria entre 1 e 5 sabendo que 1 é "nunca" e 5 é "quase sempre")

	<i>nunca</i>				<i>quase sempre</i>
	1	2	3	4	5
1. Interesse	1	2	3	4	5
2. Alegria	1	2	3	4	5
3. Surpresa	1	2	3	4	5
4. Angústia	1	2	3	4	5
5. Cólera	1	2	3	4	5
6. Nojo	1	2	3	4	5
7. Desprezo	1	2	3	4	5
8. Medo	1	2	3	4	5
9. Vergonha	1	2	3	4	5
10. Tristeza	1	2	3	4	5
11. Culpa	1	2	3	4	5



Anexo D



Escala de Alexitimia de Toronto- 20 itens

ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO – 20 ITENS

Usando a escala fornecida como guia, indique o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações fazendo um círculo à volta do número correspondente. Dê só uma resposta para cada afirmação.

Use a seguinte chave: 1. Discordo totalmente
2. Discordo em parte
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem discordo nem concordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
1. Fico muitas vezes confuso sobre qual a emoção que estou a sentir.	1	2	3	4	5
2. Tenho dificuldades em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
3. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem	1	2	3	4	5
4. Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
5. Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas.	1	2	3	4	5
6. Quando estou aborrecido, não sei se me sinto triste, assustado ou zangado.	1	2	3	4	5
7. Fico muitas vezes intrigado com sensações no meu corpo.	1	2	3	4	5
8. Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender porque aconteceram assim.	1	2	3	4	5
9. Tenho sentimentos que não consigo identificar bem.	1	2	3	4	5
10. É essencial estar em contacto com as emoções.	1	2	3	4	5
11. Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas.	1	2	3	4	5
12. As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos.	1	2	3	4	5
13. Não sei o que se passa dentro de mim.	1	2	3	4	5
14. Muitas vezes não sei porque estou zangado.	1	2	3	4	5
15. Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas actividades diárias do que sobre os seus sentimentos.	1	2	3	4	5
16. Prefiro assistir a espectáculos ligeiros do que a dramas psicológicos.	1	2	3	4	5
17. É-me difícil revelar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos.	1	2	3	4	5
18. Posso sentir-me próximo de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio.	1	2	3	4	5
19. Considero o exame dos meus sentimentos útil na resolução de problemas pessoais.	1	2	3	4	5
20. Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam.	1	2	3	4	5

Original de Bagby, Parker, & Taylor (1994); Adaptação de Nina Prazeres, James Parker, & Graeme Taylor (2000), F.P.C.E.-U.L.



Anexo E

Escala de Dificuldades na Regulação Emocional

Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

Kim L. Gratz & Lizabeth Roemer, 2004

Department of Psychology

University of Massachusetts

Tradução e Adaptação da Versão portuguesa

Eugénia Fernandes, Joana Coutinho, Raquel Ferreirinha, 2007

Departamento de Psicologia

Universidade do Minho

INSTRUÇÕES: Por favor indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si, colocando o número apropriado da escala abaixo indicada, na linha anterior a cada item:

1	2	3	4	5
quase nunca (0-10%)	algumas vezes (11-35%)	metade das vezes (36-65%)	a maioria das vezes (66-90%)	quase sempre (91-100%)

- _____ 1) Percebo com clareza os meus sentimentos.
- _____ 2) Presto atenção a como me sinto.
- _____ 3) Vivo as minhas emoções como avassaladoras e fora do controlo.
- _____ 4) Não tenho nenhuma ideia de como me sinto.
- _____ 5) Tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos.
- _____ 6) Estou atento aos meus sentimentos.
- _____ 7) Sei exactamente como me estou a sentir.
- _____ 8) Interesso-me com aquilo que estou a sentir.
- _____ 9) Estou confuso sobre como me sinto.
- _____ 10) Quando estou chateado, apercebo-me das minhas emoções.
- _____ 11) Quando estou chateado, fico zangado comigo próprio por me sentir assim.
- _____ 12) Quando estou chateado, fico embaraçado por me sentir assim.

1	2	3	4	5
quase nunca (0-10%)	às vezes (11-35%)	cerca de metade das vezes (36-65%)	a maioria das vezes (66-90%)	quase sempre (91-100%)

- _____ 13) Quando estou chateado, tenho dificuldade em realizar tarefas.
- _____ 14) Quando estou chateado, fico fora de controlo.
- _____ 15) Quando estou chateado, penso que me vou sentir assim por muito tempo.
- _____ 16) Quando estou chateado, penso que vou acabar por me sentir muito deprimido.
- _____ 17) Quando estou chateado, acredito que os meus sentimentos são validos e importantes.
- _____ 18) Quando estou chateado, tenho dificuldade em concentrar-me noutras coisas.
- _____ 19) Quando estou chateado, sinto-me fora de controlo.
- _____ 20) Quando estou chateado, continuo a conseguir fazer as coisas.
- _____ 21) Quando estou chateado, sinto-me envergonhado de mim próprio por me sentir assim.
- _____ 22) Quando estou chateado, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor.
- _____ 23) Quando estou chateado, sinto que sou fraco.
- _____ 24) Quando estou chateado, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos.
- _____ 25) Quando estou chateado, sinto-me culpado por me sentir assim.
- _____ 26) Quando estou chateado, tenho dificuldades em concentrar-me.
- _____ 27) Quando estou chateado, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos.
- _____ 28) Quando estou chateado, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.
- _____ 29) Quando estou chateado, fico irritado comigo próprio por me sentir assim.
- _____ 30) Quando estou chateado, começo a sentir-me muito mal comigo próprio.
- _____ 31) Quando estou chateado, acho que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado.
- _____ 32) Quando estou chateado, eu perco o controlo dos meus comportamentos.
- _____ 33) Quando estou chateado, tenho dificuldade em pensar noutra coisa qualquer.
- _____ 34) Quando estou chateado, dedico algum tempo a perceber aquilo que realmente estou a sentir.
- _____ 35) Quando estou chateado, demoro muito tempo até me sentir melhor.
- _____ 36) Quando estou chateado, as minhas emoções parecem avassaladoras.