

IV  
Congreso  
Internacional

Observatorio de la Alimentación  
& Fundación Alícia

Barcelona / 9 - 12 junio / 2015

OTRAS  
MANERAS  
DE COMER

elecciones / convicciones / restricciones



ISBN: 978-84-606-6842-8

# **CORRELATOS PSICOPATOLÓGICOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM ESTUDANTES PORTUGUESES DO ENSINO SUPERIOR**

Rui Poínhos (1,\*), Bruno MPM Oliveira (1,2), Flora Correia (1,3,4)

(1) Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, Porto, Portugal; (2) Laboratório de Inteligência Artificial e Apoio à Decisão, Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores – Tecnologia e Ciência, Porto, Portugal; (3) Centro Hospitalar de São João, E.P.E., Porto, Portugal (4) Unidade de Investigação e Desenvolvimento de Nefrologia, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal; (\*) ruipoinhos@fcna.up.pt

## **1. Introdução**

O comportamento alimentar é um constructo multidimensional que se refere a aspectos quantitativos e qualitativos relacionados com a selecção e decisão sobre os alimentos a consumir. Diversas dimensões do comportamento alimentar têm mostrado ser relevantes, quer em termos de investigação, quer na prática clínica (Viana, 2002).

Sabe-se que as perturbações do comportamento alimentar estão associadas a diversas formas de comprometimento psicológico (American Psychiatric Association, 2013; Braun *et al.*, 1994; Tomba *et al.*, 2014), mas poucos trabalhos têm estudado as relações entre sintomas psicopatológicos e dimensões do comportamento alimentar. Para além disso, grande parte dos estudos estudaram amostras de mulheres obesas, e a sua maioria estudou apenas a ingestão compulsiva. Desconhecemos que estudos prévios tenham estudado a relação entre uma gama vasta de dimensões do comportamento alimentar e sintomas psicopatológicos numa amostra não-clínica.

O principal objectivo deste trabalho foi estudar as relações entre sintomas psicopatológicos e dimensões do comportamento alimentar em estudantes do ensino superior. Uma descrição

mais detalhada do trabalho em que esta comunicação se baseia pode ser consultada em Poínhos, Oliveira & Correia (in press).

## **2. Amostra e metodologia**

Este estudo foi efectuado numa amostra de conveniência composta por estudantes de ensino superior. Os critérios de inclusão incluíam uma idade entre os 18 e os 27 anos, e não foram incluídos potenciais participantes com formação académica nas áreas de Nutrição ou Dietética.

Foram convidados a participar no estudo 394 estudantes, tendo sido obtida uma taxa de participação de 91,9%. Os dados de 104 participantes (28,7%) não foram analisados devido ao preenchimento incompleto dos questionários. Assim, foram analisados dados de 258 participantes, dos quais 161 (62,4%) eram do sexo feminino e 97 (37,6%) do sexo masculino. A média de idades, respectivamente nas sub-amostras feminina e masculina, foi de 20,3 anos ( $dp = 1,7$ ) e de 21,3 anos ( $dp = 2,1$ ).

A ingestão emocional e a ingestão externa foram medidas utilizando o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (Viana & Sinde, 2003). O controlo flexível e o controlo rígido do comportamento alimentar foram avaliados com as sub-escalas propostas por Westenhoefer *et al.* (1999; Poínhos, Rowcliffe *et al.*, 2013). Para avaliar a ingestão compulsiva foi utilizada a versão portuguesa da Escala de Ingestão Compulsiva (Freitas *et al.*, 2001). A auto-eficácia alimentar foi medida através da Escala de Auto-Eficácia Alimentar Global (Poínhos, Canelas *et al.*, 2013). Os sintomas psicopatológicos foram medidos através do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Canavarro, 1999; versão original: Derogatis, 1993). Os 53 itens desta escala medem a intensidade dos sintomas entre 0 = “nunca” e 4 = “muitíssimas vezes”. Tem nove sub-escalas (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo) e permite calcular três índices globais: o Índice Geral de Sintomas (IGS; média de todos os itens), o Total de Sintomas Positivos (TSP; número de itens com pontuação igual ou superior a 1) e o Índice de Sintomas Positivos (ISP; média da pontuação dos sintomas positivos; Derogatis, 1993). Em todos os instrumentos descritos, a pontuações superiores corresponde maior grau dos respectivos constructos.

Devido à não-normalidade de diversas variáveis, aquelas que apresentavam uma distribuição não-normal foram normalizadas previamente à análise. A associação entre pares de variáveis foi medida através do coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ). A ANOVA multivariada foi usada para estudar os efeitos do IMC e das sub-escalas do BSI nas dimensões do comportamento alimentar (o IMC foi incluído na análise dada a sua associação com o comportamento alimentar; Elfhag & Linné, 2005; Koenders & van Strien, 2011; Sung *et al.*, 2010; van Strien *et al.*, 2012). Para esta análise apresentam-se os parâmetros estimados (PE) e foi usado o eta quadrado parcial ( $\eta_p^2$ ) para quantificar o tamanho dos efeitos, que se classificaram como pequenos ( $\eta_p^2 < 0,035$ ), médios ( $0,035 \leq \eta_p^2 < 0,100$ ) ou grandes ( $\eta_p^2 \geq 0,100$ ; Cohen, 1988).

### 3. Resultados

A ingestão emocional apresentou associação positiva com todas as sub-escalas e índices globais do BSI em ambas as sub-amostras ( $0,185 < r < 0,460$ ). Relativamente à ingestão externa, encontraram-se correlações positivas ( $0,121 < r < 0,374$ ) com a maioria das dimensões e índices do BSI (todas excepto a somatização, ansiedade, ansiedade fóbica e TSP nas mulheres e todas excepto a ansiedade nos homens). O controlo flexível não se associou com qualquer pontuação do BSI em nenhuma das sub-amostras. O mesmo foi verificado para o controlo rígido na sub-amostra feminina, mas nos homens encontraram-se associações entre este tipo de restrição e a somatização, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo ( $0,211 < r < 0,297$ ). A ingestão compulsiva apresentou associações positivas com todas as medidas do BSI ( $0,200 < r < 0,403$ ), excepto com as sub-escalas de ansiedade fóbica e psicoticismo na sub-amostra masculina. Relativamente à auto-eficácia alimentar, encontraram-se associações negativas com todas as dimensões e índices do BSI ( $-0,437 < r < -0,159$ ), à excepção da somatização e do TSP nas mulheres.

Relativamente à análise multivariada efectuada na sub-amostra feminina, e apesar de todas as dimensões do comportamento alimentar terem sido significativamente explicadas pelas variáveis independentes, apenas se registaram efeitos principais do IMC ( $\eta_p^2 = 0,283$ ;  $p < 0,001$ ) e da sensibilidade interpessoal ( $\eta_p^2 = 0,108$ ;  $p = 0,010$ ), sendo o efeito do IMC mais elevado e significativo para a maioria das dimensões do comportamento alimentar (todas

excepto a ingestão emocional e a ingestão externa; efeitos grandes para o controlo rígido e a ingestão compulsiva e efeitos moderados para o controlo flexível e a auto-eficácia alimentar). A sensibilidade interpessoal explicou significativamente o controlo flexível (efeito moderado). Em todos os efeitos significativos (incluindo os que não correspondem a efeitos principais significativos) os parâmetros estimados tinham o mesmo sinal que as respectivas correlações.

Na sub-amostra masculina, a ingestão externa foi a única dimensão do comportamento alimentar que as variáveis independentes não explicaram significativamente. O único efeito principal encontrado foi o da ansiedade fóbica ( $\eta_p^2 = 0,210$ ;  $p = 0,003$ ), que explicou significativamente a ingestão compulsiva (efeito moderado), sendo este parâmetro estimado negativo.

#### **4. Discussão**

O principal objectivo deste capítulo foi estudar as relações entre sintomas psicopatológicos e dimensões do comportamento alimentar em estudantes do ensino superior. Os resultados mais expressivos que encontramos foram que, nas sub-amostras dos dois sexos, a ingestão emocional, a ingestão externa e a ingestão compulsiva se associavam positivamente com a sintomatologia psicopatológica, verificando-se o oposto com a auto-eficácia alimentar. A análise multivariada mostrou que a maioria das dimensões do comportamento alimentar eram significativamente explicadas pelo IMC e sub-escalas do BSI, e que os efeitos eram grandes para todas elas. A sensibilidade interpessoal e a ansiedade fóbica, respectivamente nas sub-amostras feminina e masculina, foram as únicas dimensões do BSI com um efeito principal significativo na explicação das dimensões do comportamento alimentar.

Na revisão que efectuámos, apenas encontramos evidência de a ingestão emocional estar associada a constructos directa ou indirectamente relacionados com algumas das dimensões psicopatológicas. Heaven *et al.* (2001) mostraram que a ingestão emocional apresentava associações positivas com a depressão, ansiedade e défice de moderação (característico do comportamento obsessivo-compulsivo), constructos que, de acordo com vários modelos, se agrupam no neuroticismo enquanto domínio da personalidade (Goldberg, 1999). Steptoe *et al.* (1995) também verificaram que o neuroticismo estava associado à ingestão emocional (em

homens). A definição de ingestão emocional faz também com que esta dimensão do comportamento alimentar se relacione com algumas características psicológicas, nomeadamente a raiva, o medo ou a ansiedade (Heaven *et al.*, 2001; van Strien *et al.*, 1986). As associações positivas entre ingestão emocional e todas as sub-escalas e índices gerais do BSI expandem os resultados descritos na literatura, evidenciando que esta dimensão pode estar associada a comprometimento psicológico global. Os nossos resultados permitem uma interpretação semelhante relativamente à ingestão externa, pois verificámos associações positivas desta dimensão com a maioria das sub-escalas e índices do BSI. No entanto, apenas encontrámos um estudo que descrevia uma associação da ingestão externa com o défice de moderação (Heaven *et al.*, 2001).

Alguns trabalhos encontraram associações positivas da restrição alimentar com a depressão (Dewberry & Usher, 1994; Heaven *et al.*, 2001) e o neuroticismo (Davis *et al.*, 1993), e os resultados de Heaven *et al.* (2001) revelaram ausência de associações com a ansiedade ou o défice de moderação. Os nossos resultados demonstraram a relevância de estudar separadamente os dois tipos de restrição, uma vez que o controlo flexível não se associou com qualquer dimensão ou índice do BSI, mas, na sub-amostra masculina, encontraram-se associações positivas entre o controlo rígido e a somatização, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. É também relevante ter em conta que, na análise multivariada, nos homens (e apesar da ausência de efeitos principais significativos), a depressão e a hostilidade tiveram parâmetros estimados negativos, respectivamente em ambos os tipos de restrição e no controlo rígido.

No presente estudo, a ingestão compulsiva associou-se positivamente com a maioria das medidas do BSI. Estes resultados vão ao encontro das maiores taxas ou níveis superiores de psicopatologia em pessoas com perturbação de ingestão compulsiva ou com níveis mais elevados de ingestão compulsiva descritas na literatura (Babayiğit *et al.*, 2013; Didie & Fitzgibbon, 2005; Fandiño *et al.*, 2010; Grilo *et al.*, 2009; Hudson *et al.*, 2007; Imperatori *et al.*, 2014; Kolotkin *et al.*, 2004; Marcellini *et al.*, 2009; Vancampfort *et al.*, 2014; Villarejo *et al.*, 2014).

Também na análise multivariada, e especificamente para a sub-amostra masculina, a ansiedade fóbica (para a qual se verificou um efeito principal significativo) apresentou um parâmetro estimado negativo na ingestão compulsiva. Este resultado, juntamente com as

relações negativas atrás referidas, é meritório de atenção em trabalhos futuros, de modo a que possa ser comprovado e, nesse caso, sejam exploradas possibilidades de explicação.

Relativamente à auto-eficácia alimentar, encontrámos associações negativas com a generalidade das dimensões e índices do BSI. Apesar de este resultado ser conceptualmente expectável, não encontrámos trabalhos prévios que estudassem a associação entre esta dimensão do comportamento alimentar e sintomas psicopatológicos, o que salienta a relevância de se continuar a investigar esta área. Em particular, será importante o estudo de amostras não-clínicas, dado que algumas das relações previamente descritas na literatura parecem ocorrer mais precocemente ao nível dos contínuos de comportamento alimentar e de sintomatologia psicopatológica.

Para além de sugerir pistas para investigação futura, o nosso estudo revelou que o comportamento alimentar está relacionado com sintomatologia psicopatológica mesmo em participantes não-clínicos.

## **Financiamento**

Este trabalho foi parcialmente financiado pelo *ERDF – European Regional Development Fund* através do programa *COMPETE* (programa operacional para a competitividade) e pela FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito dos projectos PTDC/MAT/121107/2010, FCOMP – 01-0124-FEDER-022701 e FCOMP – 01-0124-FEDER-022701.

## **Referências**

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5<sup>th</sup> edition. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Babayiğit, Z.; Alçalar, N.; & Bahadır, G. (2013) “Obez kadınlarda tıkanırcasına yeme bozukluğunun psikopatoloji ve bilişsel açıdan incelenmesi”, *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 33: 1077-1087.

Braun, D. L.; Sunday, S. & Halmy, K. (1994) “Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders” *Psychological Medicine*, 2: 859-867.

Canavarro, M. C. (1999) “Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI”. In: Simões, M. R.; Gonçalves, M. & Almeida, L. S. (editores). *Testes e provas psicológicas em Portugal*. Braga: SHO/APPORT.

Cohen, J. (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2<sup>nd</sup> edition. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Davis, C.; Shapiro, C. M.; Elliott, S. & Dionne, M. (1993) “Personality and other correlates of dietary restraint: An age by sex comparison”, *Personality and Individual Differences*, 14: 297-305.

Derogatis, L. R. (1993) *Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, scoring and procedures manual*. 3<sup>rd</sup> edition. Minneapolis: National Computers Systems Pearson, Inc.

Dewberry, C. & Usher, J. M. (1994) “Restraint and perception of body weight among British adults”, *The Journal of Social Psychology*, 134: 609-619.

Didie, E. R. & Fitzgibbon, M. (2005) “Binge eating and psychological distress: Is the degree of obesity a factor?”, *Eating Behaviors*, 6: 35-41.

Elfhag, K. & Linné, Y. (2005) “Gender differences in associations of eating pathology between mothers and their adolescent offspring”, *Obesity Research*, 13: 1070-1076.

Fandiño, J.; Moreira, R. O.; Preissler, C.; Gaya, C. W.; Papelbaum, M.; Coutinho, W. F. & Appolinario, J. C. (2010) “Impact of binge eating disorder in the psychopathological profile of obese women”, *Comprehensive Psychiatry*, 51: 110-114.

Freitas, S. R.; Lopes, C. S.; Coutinho, W. & Appolinario, J. C. (2001) “Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica”, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23: 215-220.



Goldberg, L. (1999) "A broad-bandwidth, public-domain, personality inventory measuring the lower level facets of several five-factor models". In: Mervielde, I.; Deary, I.; de Fruyt, F. & Ostendorf, F. (editores). *Personality psychology in Europe*. Tilburg: Tilburg University Press.

Grilo, M.; White, M. A. & Masheb, R. M. (2009) "DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder", *International Journal of Eating Disorders*, 42: 228-234.

Heaven, P. C. L.; Mulligan, K.; Merrilees, R.; Woods, T. & Faltrooz, Y. (2001) "Neuroticism and conscientiousness as predictors of emotional, external, and restrained eating behaviors", *International Journal of Eating Disorders*, 30: 161-166.

Hudson, J. I.; Hiripi, E.; Pope, H. G. & Kessler, R. C. (2007) "The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication", *Biological Psychiatry*, 61: 348-358.

Imperator, C.; Innamorati, M.; Contardi, A.; Continisio, M.; Tamburello, S.; Lamis, D. A.; Tamburello, A. & Fabbriatore, M. (2014) "The association among food addiction, binge eating severity and psychopathology in obese and overweight patients attending low-energy-diet therapy", *Comprehensive Psychiatry*, 55: 1358-1362.

Koenders, P. G. & van Strien, T. (2011) "Emotional eating, rather than lifestyle behavior, drives weight gain in a prospective study in 1562 employees"; *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53: 1287-1293.

Kolotkin, R. L.; Westman, E. C.; Ostbye, T.; Crosby, R. D.; Eisonson, H. J. & Binks M. (2004) "Does binge eating disorder impact weight-related quality of life?", *Obesity Research*, 12: 999-1005.

Marcellini, F.; Giuli, C.; Papa, R.; Tirabassi, G.; Faloia, E.; Boscaro, M.; Polito, A.; Ciarapica, D.; Zaccaria, M. & Mocchegiani, E. (2009) "Obesity and body mass index (BMI) in relation to life-style and psycho-social aspects", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(suppl. 1): 195-206.

Póinhos, R.; Canelas, H.; Oliveira, B. M. P. M. & Correia, F. (2013) “Desenvolvimento e validação de uma escala de auto-eficácia alimentar”, *Alimentação Humana*, 19: 65-72.

Póinhos, R.; Oliveira, B. M. P. M. & Correia, F. (in press) “Psychopathologic correlates of eating behaviour among Portuguese undergraduate students”.

Póinhos, R.; Rowcliffe, P.; Marques, A. R.; Viana, V.; Oliveira, B. M. P. M. & Correia, F. (2013) “Adaptação e validação das sub-escalas de controlo flexível e rígido do comportamento alimentar”; *Alimentação Humana*, 19: 82-92.

Stephoe, A.; Pollard, T. M. & Wardle, J. (1995) “Development of a measure of the motives underlying the selection of food: The Food Choice Questionnaire”, *Appetite*, 25: 267-284.

Sung, J.; Lee, K.; Song, Y.-M.; Lee, M. K. & Lee, D.-H. (2010) “Heritability of eating behavior assessed using the DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire) and weight-related traits: The Healthy Twin Study”, *Obesity*, 18: 1000-1005.

Tomba, E.; Offidani, E.; Tecuta, L.; Schumann, R. & Ballardini, D. “Psychological well-being in out-patients with eating disorders: A controlled study”, *International Journal of Eating Disorders*, 47: 252-258.

Van Strien, T.; Frijters, J.; Bergers, G. & Defares, P. (1986) “The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior”, *International Journal of Eating Disorders*, 5: 295-315.

Van Strien, T.; Herman, P. & Verheijden, M. W. (2012) “Eating style, overeating, and weight gain. A prospective 2-year follow-up study in a representative Dutch sample”, *Appetite*, 59: 782-789.

Vancampfort, D.; de Herdt, A.; Vanderlinden, J.; Lannoo, M.; Soundy, A.; Pieters, G.; Adriaens, A.; de Hert, M. & Probst, M. (2014) “Health related quality of life, physical fitness and physical activity participation in treatment-seeking obese persons with and without binge eating disorder”, *Psychiatry Research*, 216: 97-102.

Viana, V. (2002) “Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar”, *Análise Psicológica*, 4: 611-624.

Viana, V. & Sinde, S. (2003) “Estilo alimentar: Adaptação e validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar”, *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1: 59-71.

Villarejo, C.; Jiménez-Murcia, S.; Álvarez-Moya, E.; Granero, R.; Penelo, E.; Treasure, J.; Vilarrasa, N.; de Bernabé, M. G.-M.; Casanueva, F. F.; Tinahones, F. J.; Fernández-Real, J. M.; Frühbeck, G.; de la Torre, R.; Botella, C.; Agüera, Z.; Menchón, J. M. & Fernández-Aranda F. (2014) “Loss of control over eating: A description of the eating disorder/ obesity spectrum in women”, *European Eating Disorders Review*, 22: 25-31.

Westenhofer, J.; Stunkard, A. J. & Pudel V. (1999) “Validation of the flexible and rigid control dimensions of dietary restraint”, *International Journal of Eating Disorders*, 26: 53-64.