

Filipa Elvira Mucha Vieira

DA AÇÃO À EMOÇÃO: O PSICODRAMA NO TRATAMENTO DA OBESIDADE
ESTUDO DA EFICÁCIA E DO PROCESSO TERAPÊUTICO

Tese apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, sob a orientação da Professora Doutora Sandra Torres e co-orientação da Professora Doutora Gabriela Moita.

2014

RESUMO

A obesidade é atualmente considerada uma prioridade ao nível dos cuidados de saúde devido às proporções epidémicas que assume em todo o mundo. Na sua génese e desenvolvimento encontramos frequentemente a influência de fatores psicológicos, essenciais quando pensamos em intervir nesta problemática. Atendendo a que o sucesso das abordagens clássicas consideradas mais eficazes é, ainda assim, limitado, vários autores têm salientado a necessidade de se estudar formas alternativas de tratamento, nomeadamente de psicoterapia, na obesidade. Pelo papel que as emoções assumem ao nível do comportamento alimentar, o psicodrama constitui-se como o modelo terapêutico eleito nesta investigação, por privilegiar a exploração dos estados emocionais através da experiência, do desenvolvimento do *insight* e da integração cognitiva, afetiva e comportamental dos problemas psicológicos.

Seguindo uma metodologia de investigação mista, com recolha de dados nomotéticos e idiográficos, este trabalho teve como objetivos gerais: avaliar a eficácia do psicodrama junto de mulheres obesas ao nível da alexitimia, a ingestão emocional, ingestão compulsiva e IMC, e estudar o processo terapêutico através da identificação dos fatores que se constituíram como facilitadores e /ou impeditivos do processo de mudança. Participaram neste estudo 54 mulheres com obesidade e com diagnóstico de perturbação de ingestão compulsiva, distribuídas pelo grupo experimental, sujeito ao programa de intervenção de 12 sessões, e pelo grupo de controlo, alvo do tratamento considerado habitual.

Os resultados sugerem que o psicodrama foi eficaz na redução dos comportamentos de ingestão emocional, IMC e na melhoria do funcionamento alexitímico, sobretudo ao nível do pensamento orientado para o exterior. Clinicamente, 81% das participantes do grupo experimental apresentou uma remissão parcial dos critérios de diagnóstico de perturbação de ingestão compulsiva. Paralelamente, a intervenção revelou ser igualmente eficaz no aumento do bem-estar subjetivo e espontaneidade e na diminuição das queixas e sintomas. Relativamente ao estudo do processo terapêutico, os fatores grupais, o *insight* e o empoderamento foram considerados como os aspetos mais úteis para o processo de mudança. Os jogos psicodramáticos mereceram de igual modo o destaque na avaliação das sessões, remetendo-nos assim para a componente vivencial, orientada para a ação, que caracteriza este modelo terapêutico.

Os resultados são discutidos tendo em conta as suas implicações para a investigação e prática clínica, realçando o psicodrama como uma ferramenta de intervenção alternativa às abordagens clássicas no tratamento da obesidade.

ABSTRACT

Obesity is considered a priority in the health system due to epidemic proportions that has worldwide. In its genesis and development we often find the influence of psychological factors, essential for the treatment of this problem. Considering the limited success of even the most effective therapeutic approaches, several authors have advocated the need of an increased focus on alternative forms of psychotherapy in obesity. Given the role that emotions play in eating behavior, psychodrama was the therapeutic model chosen in this study. This model promotes the experiencing of feelings, the facilitation of insight and cognitive, affective, and behavioural integration of psychological problems.

Following a mixed methods research, we collected nomothetic and idiographic data. The aim of the current project was to study the efficacy of psychodrama group intervention with obese binge eaters' women, focus on alexithymia, emotional eating, binge eating and BMI. It is also our aim to study the therapeutic process by identifying the specific elements of the intervention that have a significant impact in individual change. Participated in the study 54 women with obesity and diagnosed with binge eating disorder, randomly assigned to an experimental condition, submitted to the psychodrama intervention during 12 weekly sessions, or to a control group, submitted to treatment as usual.

The results suggest that psychodrama was effective in reducing emotional eating behaviors, BMI and improving the alexithymic functioning, especially the externally oriented thinking. Clinically, 81% of participants in the experimental group showed a partial remission of the diagnostic criteria for binge eating disorder. The psychodrama also revealed to be effective in increasing subjective well-being and spontaneity and decrease complaints and symptoms. Regarding the study of the therapeutic process, group factors, insight and empowerment were considered the most useful aspects for the change process. The psychodramatic games were equally highlighted in the session's assessment, which support the experiential, action-oriented component of this therapeutic model.

The results are discussed based on its implications for research and clinical practice, highlighting the psychodrama as an intervention tool, alternative to classical approaches, in the treatment of obesity.

RÉSUMÉ

Actuellement, l'obésité est considérée comme une priorité au niveau des soins de santé, à cause des proportions épidémiques qu'elle a pris dans le monde entier. Dans sa genèse et développement, nous trouvons fréquemment l'influence de facteurs psychologiques, essentiels quand nous pensons à intervenir dans cette problématique. Comme le succès des abordages classiques considérés comme les plus efficaces est encore limité, plusieurs auteurs soulignent le besoin d'étudier d'autres formes de thérapie de l'obésité, notamment la psychothérapie. A cause du rôle que les émotions assument au niveau du comportement alimentaire, le psychodrame a été le modèle élu dans cette investigation, parce qu'il privilégie l'exploitation des états émotionnels à travers l'expérimentation, le développement de l'insight et de l'intégration cognitive, affective et comportementale des problèmes psychologiques.

Nous avons suivi une méthode d'investigation mixte, en recueillant des données nomothétiques et idiographiques, et ce travail a eu comme objectifs généraux : évaluer l'efficacité du psychodrame auprès de femmes obèses au niveau de l'alexithymie, de l'ingestion émotionnelle, de l'ingestion compulsive et du IMC, et étudier le processus thérapeutique à travers l'identification des facteurs qui se sont constitués comme facilitateurs et / ou empêcheurs du processus de changement. Dans cette étude ont participé 54 femmes obèses avec un diagnostic de perturbation d'ingestion compulsive. Elles ont été distribuées par le groupe expérimental, sujet au programme d'intervention de 12 sessions, et par le groupe contrôle, qui a subi le traitement considéré comme habituel.

Les résultats suggèrent que le psychodrame a été efficace dans la réduction des comportements d'ingestion émotionnelle, IMC et dans l'amélioration du fonctionnement alexithymique, surtout au niveau de la pensée orientée vers l'extérieur. Cliniquement, 81% des participantes du groupe expérimental ont présenté une rémission partielle des critères de diagnostic de la perturbation d'ingestion compulsive. Parallèlement, l'intervention s'est révélée aussi efficace dans l'augmentation du bien-être subjectif et de la spontanéité et dans la diminution des plaintes et des symptômes. En ce qui concerne l'étude du processus thérapeutique, les facteurs de groupe, l'insight et l'*empowerment* ont été considérés comme les aspects les plus utiles pour le processus de changement. Les jeux psychodramatiques ont aussi mérité d'être soulignés dans l'évaluation des sessions, en nous envoyant, ainsi, vers l'élément expérientiel, orienté vers l'action, qui caractérise ce modèle thérapeutique.

AGRADECIMENTOS

Profissionalmente iniciei o meu trabalho na área da obesidade em 2006. Cruzei-me com o psicodrama, a nível pessoal, em 2007. Em 2009 decidi fazer destes um caminho único a percorrer. Foi uma boa decisão, tanto pelo crescimento pessoal, profissional e científico, como pelas pessoas com quem me cruzei e com quem percorri este caminho em conjunto. No final deste trabalho, é a estas pessoas que quero deixar um profundo agradecimento:

À Professora Doutora Sandra Torres, orientadora científica deste trabalho, um agradecimento muito especial. É sem dúvida uma pedra basilar na minha formação pessoal e profissional, de quem tenho o privilégio de ser também amiga. Agradeço-lhe com uma enorme admiração e orgulho o rigor científico, o apoio incansável, o empenho, a honestidade, e o trabalho que temos vindo a desenvolver em conjunto e que espero que possa continuar a dar muitos frutos!

À Professora Doutora Gabriela Moita agradeço a confiança e o ter aceitado o desafio de co-orientar este trabalho de investigação! Agradeço-lhe por um dia me ter “apresentado” o psicodrama, e por ainda hoje continuar a desempenhar um papel tão importante na minha vida.

Ao Dr. Roma Torres agradeço a possibilidade de implementar este estudo no serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João. À Dra. Isabel Brandão por me proporcionar, juntamente com toda a sua equipa, as condições necessárias para a recolha de dados. Agradeço-lhe também todo o incentivo e carinho ao longo deste percurso.

À Dra. Débora Coutinho, um agradecimento especial pela dedicada e precisa ajuda no processo de recolha de dados, essencial na concretização deste trabalho. À Dra. Clara Estima, agradeço toda a colaboração e apoio ao longo deste processo, nem sempre fácil!

Às minhas colegas, amigas e companheiras: Cristina Pontes, pela amizade, pela presença, pelo reforço constante, por acreditar no meu trabalho. Pela capacidade de reflexão e olhar clínico sempre tão certo! Mariana Fontoura, pela amizade construída através do psicodrama, um agradecimento especial pela disponibilidade em integrar este projeto e partilhares este palco comigo! Mariana Pinto, pela tua

amizade, entusiasmo constante, e por teres abraçado este projeto de forma tão dedicada!

À Professora Doutora Célia Sales, Professor Robert Elliott, Professor Michael Wiser Dr. Chris Evans e Dra. Paula Alves pelas reflexões, comentários e sugestões em diferentes momentos do planeamento deste trabalho.

À FPCEUP, em especial à Professora Doutora Marina Prista Guerra agradeço a amizade e os ensinamentos ao longo do meu percurso académico e profissional. Ao Professor Doutor Patrício Costa pela amizade e ajuda incansável na análise dos dados. À Professora Doutora Catarina Brandão, pelas palavras de apoio e pelo carinho.

À Ana Sofia Cruz e à Sara Sousa pela partilha do gosto pela investigação no psicodrama!

À Margarida Serralheiro e Liliana Ribeiro pela ajuda nas traduções dos resumos.

A todas as mulheres que aceitaram participar neste projeto. Às que fizeram parte do grupo experimental um agradecimento especial pelas emoções partilhadas.

A todos os meus amigos pelas palavras de apoio e pelo carinho ao longo de todo este processo.

À minha família, em especial aos meus pais, pelo apoio incondicional, compreensão nos momentos de maior indisponibilidade minha, e por estarem sempre presentes.

Ao Ricardo, que em todos os momentos o sinto ao meu lado. Pela construção de uma vida em conjunto. Por complementarmos o papel do outro. E porque estas conquistas também são conseguidas e vividas a dois. Agora a três! À Carolina, mais do que um agradecimento, uma dedicatória. Que a espontaneidade moreniana faça sempre parte da tua vida.

LISTA DE ABREVIATURAS

AN	Anorexia Nervosa
ANOVA	Analysis of Variance
APA	American Psychological Association
BES	Subescala de Bem-estar Subjetivo
BN	Bulimia Nervosa
CCI	Client Change Interview
CORE-OM	Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure
CR	Subescala de Comportamentos de Risco
DDS	Subescala de Dificuldade em Descrever os Sentimentos
DEBQ	Dutch Eating Behaviour Questionnaire
DGS	Direção Geral de Saúde
DIS	Subescala de Dificuldade em Identificar Sentimentos
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Five Edition
ES	Eventos Significativos
FSP	Subescala de Funcionamento Social e Pessoal
GC	Grupo de Controlo
GCHIS	Group Counseling Helpful Impacts Scale
GE	Grupo Experimental
HAETCAS	Helpful Aspects of Experiential Therapy Content Analysis Systems
HAT	Helpful Aspects of Therapy
HSCED	Hermeneutic Single-Case Efficacy Design
IDED-IV	Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV
IMC	Índice de Massa Corporal
I.EMOC	Subescala de Ingestão Emocional
I.EXT	Subescala de Ingestão Externa
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCA	Perturbações do Comportamento Alimentar
PGM	Patient-Generated Measures
PIC	Perturbação de Ingestão Compulsiva
POE	Subescala de Estilo de Pensamento Orientado para o Exterior
PQ	The Simplified Personal Questionnaire
QS	Subescala de Queixas e sintomas
R.ALIM	Subescala de Restrição Alimentar
SAI-R	The Revised Spontaneity Assessment Inventory

TAS-20	Toronto Alexithymia Scale – 20 Item
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TES	Tratamentos Empiricamente Validados
TFE	Terapia Focada nas Emoções
TICAS	Therapeutic Impacts Content Analysis System
VD	Variável Dependente
VI	Variável Independente
WHO	World Health Organization

ÍNDICE

Resumo	3
Abstract	5
Resumé	7
Agradecimentos.....	9
Lista de abreviaturas	11
Introdução.....	21
1ª PARTE - Enquadramento teórico	27
Capítulo I – Obesidade e Comportamento alimentar	29
1.1. Obesidade: caraterização geral.....	31
1.2. Prevalência da obesidade	32
1.3. Etiologia da obesidade	33
1.4. Tratamento da obesidade.....	36
1.4.1. Intervenção comportamental	37
1.4.2. Intervenção farmacológica	38
1.4.3. Intervenção cirúrgica	38
1.5. Aspetos psicológicos da obesidade.....	39
1.6. Obesidade e comportamento alimentar.....	41
1.6.1. Processos envolvidos no comportamento alimentar.....	41
1.6.2. Perturbações do comportamento alimentar.....	45
1.6.3. Mecanismos envolvidos no consumo excessivo de alimentos.....	48
Capítulo II – Emoções e Obesidade.....	53
2.1. Emoções: enquadramento geral.....	55
2.2. Emoções e psicoterapia	58
2.2.1. Regulação emocional.....	60
2.2.2. Alexitimia.....	62
2.3. Emoções na obesidade	65
2.3.1. Emoções e comportamento alimentar	65
2.3.2. Regulação emocional, alexitimia e obesidade.....	67
Capítulo III – Psicoterapia de Grupo e Psicodrama.....	73
3.1. Psicoterapia de grupo: enquadramento geral	75
3.2. Psicoterapia de grupo e obesidade	77
3.3. Psicodrama	80

3.3.1. Contextualização histórica.....	81
3.3.2. Teoria psicodramática: principais conceitos	83
3.3.3. A sessão de psicodrama: instrumentos, fases e técnicas.....	86
3.3.4. Investigação e psicodrama.....	88
Capítulo IV – Psicoterapia e Investigação.....	91
4.1. Psicoterapia e investigação: enquadramento geral	93
4.2. Investigação centrada nos resultados	94
4.3. Investigação centrada no processo terapêutico.....	98
4.4. Uma visão integrativa: metodologia de investigação mista.....	104
Síntese conclusiva: Integração Teórica e Pertinência do Estudo.....	107
2ª PARTE - Estudo empírico.....	111
Capítulo V – Metodologia	113
5.1. Questão de investigação, objetivos e hipóteses	115
5.1.1. Estudo da eficácia da intervenção	115
5.1.2. Estudo do processo terapêutico	117
5.2. Desenho do estudo	117
5.3. Participantes	118
5.3.1. Seleção da amostra, critérios de inclusão e exclusão	118
5.3.2. Características dos participantes.....	119
5.4. Instrumentos	121
5.4.1. Instrumentos de avaliação dos resultados.....	122
a) Entrevista de dados clínicos e sociodemográficos e de diagnóstico de PIC .	122
b) Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20).....	122
c) Questionário Holandês de Comportamento Alimentar (DEBQ).....	123
d) Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)...	124
e) The Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAIR).....	125
f) The Simplified Personal Questionnaire (PQ).....	126
5.4.2. Instrumentos de avaliação do processo terapêutico.....	126
a) Helpful Aspects of Therapy Form (HAT)	126
b) Client Change Interview.....	127
5.5. Breve descrição do programa de intervenção	128
5.6. Procedimentos de recolha de dados	129
5.7. Procedimentos de análise de dados.....	130
Capítulo VI – Resultados	135
6.1. Estudo da eficácia da intervenção.....	137

6.1.1. Avaliação da homogeneidade dos grupos.....	137
6.1.2. Avaliação do efeito da intervenção: comparação Tempo X Grupo	138
6.1.3. Avaliação da significância clinica dos resultados.....	148
6.1.4. Grupo experimental: estudo correlacional e preditivo	149
6.1.5. Grupo experimental: avaliação individualizada da mudança	153
6.2. Estudo do processo terapêutico	154
6.2.1. Eventos significativos	155
6.2.2. Avaliação do processo de mudança.....	164
Capítulo VII – Discussão	169
7.1. Síntese dos principais resultados	171
7.2. Discussão integrada dos resultados	175
7.2.1. Efeitos da Intervenção	175
7.2.2. Preditores dos resultados.....	182
7.2.3. Processo terapêutico.....	184
Capítulo VIII – Conclusão	189
Referências bibliográficas.....	201
Anexos	249

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura	Título	Página
1	Modelo circunflexo (retirado de Russell & Barrett, 1999)	57
2	Evolução do IMC entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC	140
3	Evolução dos resultados na escala Ingestão Emocional entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC	141
4	Evolução dos resultados na escala Ingestão Externa entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC	141
5	Evolução dos resultados na escala Restrição Alimentar entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC	142
6	Evolução dos resultados no CORE-OM entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC	143
7	Evolução dos resultados na escala Bem-estar Subjetivo entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC	143
8	Evolução dos resultados na escala Queixas e Sintomas entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC	144
9	Evolução dos resultados na escala Funcionamento Social e Pessoal entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC	144
10	Evolução dos resultados na escala Comportamentos de Risco entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC	145
11	Evolução dos resultados na SAI-R entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC	145
12	Evolução dos resultados na TAS-20 entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC	146
13	Evolução dos resultados na escala POE entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC	146
14	Evolução dos resultados na escala DIS entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC	147
15	Evolução dos resultados na escala DDS entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC	147
16	Níveis de alexitimia no GE e GC pré e pós intervenção	149
17	Percentagens das categorias de codificação dos ES relativas ao domínio do impacto	160
18	Percentagens das categorias de codificação dos ES relativas ao domínio da ação	161
19	Avaliação das mudanças identificadas na CCI: expectativas	166
20	Avaliação das mudanças identificadas na CCI: importância	166
21	Avaliação das mudanças identificadas na CCI: atribuição à intervenção	167

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro	Título	Página
1	Instrumentos do psicodrama	86
2	Fases do psicodrama	87
3	Técnicas do psicodrama	88
4	Avaliação centrada no cliente: investigação centrada nos resultados (adaptado de Timulak, 2008)	97
5	Metodologias adotadas na investigação centrada no processo (adaptado de Greenberg & Pinsof, 1986)	99
6	Meta-categorias do impacto dos ES (adaptado de Timulak, 2007)	102
7	Objetivos de investigação em psicoterapia (adaptado de Elliott & Zucconi, 2006)	105
8	Plano de recolha de dados	128
9	Descrição das categorias de codificação dos ES e exemplos de respostas	156

ÍNDICE DE TABELAS

Tabelas	Título	Página
1	Características sociodemográficas da amostra total, GE e GC	120
2	Características clínicas da amostra total, GE e GC	121
3	Estatística descritiva das variáveis de resultado no momento pré intervenção para GE e GC e teste t-Student para amostras independentes	138
4	Estatística descritiva e análise de variância de medições repetidas mista entre GE e GC para as variáveis de resultado no pré e pós intervenção	139
5	Correlações entre as variáveis Idade, Escolaridade, TAS-20, DEBQ, SAI-R e CORE-OM pré intervenção e as variáveis relativas às diferenças entre os resultados pós e pré intervenção para o IMC, TAS-20, DEBQ, SAI-R e CORE-OM e presença/ausência de diagnóstico de PIC no final da intervenção	151
6	Estatística descritiva do número de problemas identificados no PQ pelas participantes ao longo das 12 sessões e da intensidade de mal-estar causado por estes	153
7	Distribuição das categorias dos ES ao longo das 12 sessões	163
8	Lista dos problemas identificados no PQ e das mudanças identificadas na CCI e respectivas frequências	164

INTRODUÇÃO

O excesso de peso e a obesidade representam um dos maiores e mais graves desafios de saúde pública no século XXI. As diretrizes internacionais para o tratamento desta doença (NICE, 2006; WHO, 2007, 2012) salientam que, para além da redução do peso e mudanças ao nível do estilo de vida, importa intervir igualmente ao nível da gestão de contingências associadas ao comportamento alimentar. De entre estas, as emoções têm merecido uma especial atenção pela influência que exercem ao nível da seleção e ingestão alimentar.

As emoções organizam e orientam o comportamento, e deste modo assumem um papel importante na adaptação/regulação do indivíduo ao seu mundo interno e externo (Gross, 2008). Na literatura encontramos referência ao facto de diferentes emoções terem um impacto diferenciado na qualidade e quantidade de alimentos ingeridos (Macht, 2008). Tendencialmente, a resposta natural a situações emocionalmente mais intensas é uma inibição fisiológica da vontade de comer. Contudo, este não é um padrão generalizável a alguns indivíduos com obesidade, para quem o distress emocional parece desencadear comportamentos de desinibição alimentar. Encontramos assim em alguns indivíduos obesos um padrão de comportamento alimentar designado por ingestão emocional, que se refere a comportamentos de ingestão alimentar em resposta a emoções negativas, como tristeza, angústia, solidão, raiva, frustração (Arnou, Kenardy & Agras, 1995). Estes comportamentos apresentam uma forte associação com a presença de perturbação de ingestão compulsiva, que se caracteriza pelo consumo de uma grande quantidade de comida acompanhada de sensação de perda de controlo (APA, 2013). Situações desencadeadoras de emoções negativas constituem-se como fatores precipitadores dos comportamentos compulsivos. Parece existir assim um subgrupo de indivíduos com obesidade para quem a comida assume-se como uma fonte preferencial de conforto, funcionando a ingestão alimentar como uma estratégia de regulação de estados emocionais negativos (Levitan & Davis, 2010). Contudo, esta inibição ou evitamento da experiência emocional através da ingestão alimentar constitui-se como um mecanismo que contribui para a manutenção da doença. As dificuldades de regulação emocional na população obesa associam-se à presença de características alexitímicas (Pinna et al., 2011; Zijlstra et al., 2012), que se traduzem numa dificuldade em identificar as emoções, em diferenciar os estados internos e em reconhecer as sensações físicas de fome e saciedade. Não se trata de dificuldades no sentir, mas sim no que fazer com esse sentir.

Pelas implicações que este déficit de processamento emocional poderá ter no tratamento, e atendendo a que os indivíduos obesos com comportamentos de ingestão compulsiva e ingestão emocional são menos responsivos aos tratamentos mais clássicos, considera-se atualmente que um trabalho terapêutico mais focado no aumento da consciência emocional, na promoção do autoconhecimento, e treino de competências de regulação emocional será benéfico na diminuição dos comportamentos alimentares desadaptativos e consequentemente na perda de peso (e.g., Compare, Calugi, Marchesini, Molinari, & Dalle Grave, 2013; Tapper et al., 2009; Roosen, Safer, Adler, Cebolla, & van Strien, 2012).

Na literatura tem sido salientada a necessidade de se estudar formas alternativas de tratamento, nomeadamente de psicoterapia, na obesidade (e.g., Lo Presti, Lai, Hildebrandt, & Loeb, 2010; Wilson, Wilfley, Agras, & Bryson, 2010). Como forma de dar resposta a esta necessidade, o psicodrama constitui-se como o modelo terapêutico eleito nesta investigação, por privilegiar a exploração dos estados emocionais através da experientiação, da facilitação do *insight* e do desenvolvimento da espontaneidade. É um modelo terapêutico vivencial, centrado em métodos ativos, que ajuda no desenvolvimento de uma linguagem simbólica, onde através do corpo se privilegia a ação e não apenas a palavra (Corey, 2012). Apesar de reconhecida a validade clínica deste modelo, persiste a necessidade de investigação científica robusta que possa contribuir para a validação do psicodrama como uma ferramenta de intervenção alternativa às abordagens clássicas no tratamento da obesidade.

Assente nestes pressupostos, e com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de respostas de intervenção na obesidade baseadas em evidências, o presente trabalho pretendeu avaliar os resultados e o processo de uma intervenção psicodramática em grupo com mulheres obesas com perturbação de ingestão compulsiva. Através de uma metodologia de investigação mista, pretendeu-se estudar a eficácia e o processo de mudança no psicodrama com o objetivo de obter uma visão mais pluralista e compreensiva do fenómeno em estudo.

Este trabalho está dividido em duas partes. A primeira parte constitui o enquadramento teórico do estudo, e inclui quatro capítulos. O capítulo I, intitulado Obesidade e Comportamento Alimentar, apresenta uma caracterização geral da problemática da obesidade, com dados sobre a sua prevalência, etiologia e tratamento. É feita também uma reflexão sobre os processos envolvidos no comportamento alimentar e os mecanismos subjacentes ao consumo excessivo de alimentos. O capítulo II, designa-se Emoções e Obesidade, e inicia com um enquadramento geral sobre o tema das

emoções, seguindo-se uma sistematização dos estudos sobre o trabalho emocional em contexto de psicoterapia, focando os tópicos da regulação emocional e da alexitimia. Estabelece-se posteriormente a ponte entre estes temas e a problemática da obesidade, refletindo-se sobre o papel das emoções, e em particular do funcionamento alexitímico, no comportamento alimentar e na obesidade. No capítulo III, intitulado Psicoterapia de Grupo e Psicodrama, é feita uma revisão teórica sobre os resultados das intervenções de carácter grupal no tratamento da obesidade. É contextualizado historicamente o psicodrama, e apresentados os principais conceitos e características. Este capítulo finaliza com uma síntese dos resultados das investigações realizadas com base neste modelo terapêutico. O quarto e último capítulo do enquadramento teórico, designa-se de Psicoterapia e Investigação, e inicia com uma breve resenha da evolução da investigação em psicoterapia, descrevendo posteriormente os principais contributos das duas perspetivas no estudo da psicoterapia: a investigação centrada nos resultados e a investigação centrada no processo. Terminámos este capítulo com a referência a uma visão integrativa destes dois domínios, a metodologia de investigação mista, que serve de base para o trabalho empírico realizado.

Finalizado o enquadramento teórico, é apresentada uma síntese conclusiva, com uma breve sistematização dos fundamentos teóricos e da pertinência do presente estudo.

A segunda parte é relativa ao estudo empírico e inclui três capítulos. No capítulo cinco, referente à Metodologia, são apresentadas as questões de investigação que orientaram o estudo, assim como os objetivos gerais e específicos e as hipóteses. É descrito o desenho metodológico e os procedimentos de recolha e análise dos dados. São apresentadas as características das participantes, os instrumentos administrados e uma breve descrição do programa de intervenção. No capítulo seis são descritos os resultados. Inicia com a apresentação dos resultados relativos ao estudo da eficácia da intervenção, seguindo a apresentação dos resultados sobre o estudo do processo terapêutico. No capítulo sete serão discutidos os resultados. É feita inicialmente uma síntese dos mesmos, e posteriormente uma análise integrada dos resultados do estudo da eficácia da intervenção e do processo terapêutico.

Por fim, o presente trabalho termina com o capítulo oito onde é efetuada uma conclusão integradora dos resultados obtidos e das suas implicações para a investigação e para a prática clínica, sendo também apresentadas as limitações deste estudo e apontadas sugestões para estudos futuros.

1ª PARTE

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I
OBESIDADE E COMPORTAMENTO ALIMENTAR

1.1. OBESIDADE: CARACTERIZAÇÃO GERAL

Na história da humanidade, a gordura corporal serviu o propósito de armazenamento de reservas energéticas. Durante a pré-história, quando as pestes e a fome dominavam, a seleção natural premiou os genótipos daqueles que conseguiam armazenar mais quantidade de gordura, permitindo-lhes assim a sobrevivência. Em termos estéticos e culturais, a Vénus de Willendorf, estatueta com mais de 20000 anos cujo corpo é representado de forma bastante volumosa, é considerada o símbolo da fertilidade e também um símbolo de bem-estar e de elevado estatuto social numa sociedade caçadora-recoletora como a do paleolítico. Mas, as atitudes em relação ao peso e ao excesso de gordura começam a alterar-se no séc. XVIII, ainda que só apenas no séc. XIX a obesidade começa a ser reconhecida como causa de graves problemas de saúde (Eknoyan, 2006).

O excesso de peso e a obesidade são atualmente considerados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2012) um problema de saúde pública, atingindo mais de 1.4 biliões de adultos em todo o mundo. Cerca de 65% da população mundial vive em países onde o excesso de peso e a obesidade matam mais pessoas do que a subnutrição.

A obesidade é definida como uma doença crónica em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde (WHO, 2006, 2007, 2012). Este excesso de gordura resulta do facto da energia ingerida ser superior à quantidade de energia gasta, conduzindo assim a um desequilíbrio de natureza multifatorial. A gordura corporal pode ser mensurada através de vários métodos, sendo o mais comumente utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC) ou Índice de Quetelet. Este é calculado dividindo-se o peso, em quilogramas, pela altura, em metros, elevada ao quadrado ($\text{peso}/\text{altura}^2$). Este cálculo permite, de uma forma rápida e simples, classificar o indivíduo adulto em diferentes categorias: IMC abaixo de 18.5 Kg/m^2 corresponde a baixo peso, entre 18.6 Kg/m^2 e 24.9 Kg/m^2 ao peso ideal, entre 25 Kg/m^2 e 29.9 Kg/m^2 a excesso de peso, entre 30 Kg/m^2 e 34.9 Kg/m^2 a obesidade grau I, 35 Kg/m^2 e 39.9 Kg/m^2 a obesidade grau II e acima de 40 Kg/m^2 a obesidade grau III ou obesidade mórbida (WHO, 2006). O predomínio do uso do IMC é, no entanto, alvo de algumas críticas pois este índice não permite diferenciar a quantidade de massa gorda e de massa magra ou muscular. Nesse sentido, outros parâmetros antropométricos poderão ser usadas para medir o tamanho corporal e a espessura do tecido adiposo (e.g., perímetro abdominal,

perímetro da anca, pregas cutâneas). O critério para se definir obesidade a partir de um IMC igual ou superior a 30 Kg/m² assenta no facto de que a partir deste IMC o risco de mortalidade aumentar aproximadamente 30% (Wadden, Brownll, & Foster, 2002), assim como o desenvolvimento de inúmeras doenças. O excesso de peso e a obesidade são considerados um dos principais fatores de risco para as chamadas doenças não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, hipertensão, doença vascular cerebral, diabetes mellitus tipo 2, doenças músculo-esqueléticas, e alguns tipos de cancro (Caballero, 2007; Wadden et al., 2002). À baixa qualidade de vida destes doentes, resultantes dos problemas inerentes ao excesso de peso, acrescem as variáveis psicológicas, nomeadamente a baixa auto-estima, insatisfação com a imagem corporal, sentimentos de insegurança e culpa, perceção de baixo autocontrolo, pobre ajustamento social e sintomatologia depressiva e ansiosa (Carmo, Fagundes, & Camolas, 2008; Segal, Cardeal, & Cordas, 2002; Stunkard & Wadden, 1992; Travado, Pires, Martins, Ventura, & Cunha, 2004).

1.2. PREVALÊNCIA DA OBESIDADE

Grande parte da população com excesso de peso e obesidade encontra-se nos EUA e na Europa. Dados de 2009-2010 indicam que nos EUA 35.7% dos adultos e 16.9% das crianças são obesos (Ogden, Carroll, Kit, & Flegla, 2012). Na Europa, a prevalência do excesso de peso e obesidade triplicou desde 1980 (Berghofer et al., 2008). De acordo com dados de 2008 (WHO, 2012), mais de 50% da população europeia apresenta excesso de peso e cerca de 23% das mulheres e 20% dos homens são obesos. Em Portugal os dados mais recentes recolhidos entre 2003 e 2005 (Carmo et al., 2008, 2006) revelam que 14.2% da população adulta é obesa e 39.4% apresenta excesso de peso. Estes dados assumem um carácter ainda mais preocupante se atendermos aos valores encontrados no estudo anterior, de 1995 a 1998 (Carmo et al., 2000), verificando-se um aumento da prevalência de 49.6% para 53.6% de excesso de peso e obesidade na população adulta portuguesa na última década. Relativamente aos dados sobre a obesidade infantil em Portugal, um estudo recente revela que na idade pré-escolar (entre os 3 e os 6 anos de idade) a prevalência de excesso de peso e obesidade é de 33.1%, sendo mais elevada nas raparigas (37.2%) do que nos rapazes (29.6%) (Vale et al., 2011). Nos jovens adolescentes os valores de prevalência de excesso de peso e obesidade são de 32.7% nas raparigas e 30.7% nos rapazes (Sardinha et al., 2011)

No trabalho de Sobal e Stunkard (1989) constatou-se que nos países desenvolvidos existia uma relação inversa entre o estatuto socioeconómico e a prevalência de

obesidade. Ou seja, os indivíduos com baixo nível socioeconómico apresentavam um risco aumentado de se tornarem obesos, contrariamente aos países em vias de desenvolvimento cuja prevalência de obesidade parecia ser maior nos indivíduos de nível socioeconómico mais alto. Se por um lado, nos países desenvolvidos, os indivíduos com nível socioeconómico mais elevado têm acesso a uma dieta alimentar mais saudável e a oportunidades de prática de exercício físico mais consistente, por outro lado nos países em via de desenvolvimento, o acesso à comida é um fator importante de estatuto social. No entanto, estes padrões tendem atualmente a esbater-se (McLaren, 2007). De acordo com os dados da OMS (Monteiro, Moura, Conde, & Popkin, 2004) a globalização deste problema de saúde estende-se a todos os países e classes sociais. Todavia, há alguns aspetos importantes a salientar. Em Portugal, à semelhança do que acontece nos outros países europeus, verifica-se que a prevalência da obesidade apresenta uma correlação negativa significativa com o nível educacional (Carmo et al., 2008; Santos & Barros, 2003). Nos níveis educacionais mais baixos a prevalência de excesso de peso e obesidade é de cerca 70%, enquanto nos níveis de escolaridade superiores é de 41% (Carmo et al., 2008). Segundo dados da Direção Geral da Saúde (DGS, 2005), verificam-se disparidades também a nível regional quanto à prevalência desta doença. No interior norte e centro do País, há uma maior prevalência de casos com excesso de peso e nas regiões do sul, nomeadamente Setúbal e Alentejo, destaca-se a maior prevalência de casos de obesidade. A elevada prevalência da obesidade em Portugal, a sua taxa de crescimento anual e os custos relacionados com as despesas de saúde justificam a prioridade de intervenção nesta área.

1.3. ETIOLOGIA DA OBESIDADE

Sendo consensual que a obesidade consiste num desequilíbrio entre o ganho e o gasto energético, as causas deste desequilíbrio são complexas e a sua interação alvo de inúmeras investigações. Esta complexidade foi salientada num relatório publicado pelo Government Office for Science do Reino Unido (Vandenbroeck, Goossens, & Clemens, 2007) que apresenta um modelo conceptual, designado por Obesity System Map, que envolve 108 variáveis importantes no estudo da etiologia desta doença (desde a fisiologia humana à indústria alimentar, abrangendo as dimensões individual, familiar, social e política), que se relacionam entre si, direta e indiretamente, dando conta da multiplicidade de fatores e de conexões envolvidas na génese e no desenvolvimento da obesidade. Em última análise, o objetivo será sempre tentar perceber o que diferencia indivíduos obesos de não obesos. Porque é que perante as mesmas condições ambientais nem todos os

indivíduos desenvolvem esta doença? Porque é que alguns indivíduos comem o que querem e sempre que querem sem que isso interfira muito no peso, enquanto outros tentam restringir ativamente a sua ingestão, com diferentes graus de sucesso?

Em cerca de 95% dos casos clínicos o desenvolvimento da obesidade sofre uma forte influência de fatores ambientais e comportamentais, que terão um maior ou menor impacto em função da suscetibilidade genética do indivíduo (Bell, Walley, & Froguel, 2005). Se na antiguidade a natureza premiou os indivíduos com “genótipos poupadores”, permitindo-lhes a sobrevivência, atualmente estes mesmos indivíduos estarão em desvantagem devido à sua maior predisposição para acumulação de massa gorda num ambiente que estimula o consumo excessivo de alimentos e o sedentarismo.

A perspetiva genética enfatiza a existência de mais de 300 genes envolvidos na obesidade (Fernández & Goldstein, 2005). As alterações mais comuns são as mutações nos genes que codificam a leptina e o receptor da leptina. A leptina, sintetizada e segregada pelo tecido adiposo, é responsável pela regulação do apetite, atuando sobre o hipotálamo. De acordo com Zhang et al. (1994), esta hormona influencia a saciedade e por isso uma falha na sua produção conduz à hiperfagia e inatividade física e conseqüentemente ao aumento de peso. É no entanto de salientar que são raros os casos de obesidade causados por mutações de um único gene (Farooqi & Rahilly 2004). A obesidade causada por anomalias genéticas como a síndrome de Prader Willi, síndrome de Down ou síndrome de Cushing representa apenas cerca de 5% dos casos (Bouchard, 2010).

São os estudos com gémeos, famílias adotivas e famílias biológicas que reforçam a importância da hereditariedade e dos fatores genéticos na etiologia da obesidade. As principais evidências surgem dos trabalhos com gémeos, cujos resultados sugerem que a contribuição genética para o IMC pode variar entre os 50% e os 70% (e.g., Haworth, Plomin, Carnell & Wardle, 2008; Lajunen et al., 2009; Stunkard et al., 1986), mesmo quando os gémeos são criados separadamente. Estes dados são confirmados por vários estudos envolvendo gémeos de diferentes países (e.g., Allison et al., 1996; Schousboe et al., 2003). No mesmo sentido, numa recente meta análise, Silventoinen, Rokholm e Sorensen (2010) salientam ainda que crianças adotadas apresentam correlações mais elevadas de IMC com a família biológica do que com a família adotiva. Mas não é apenas o IMC que é alvo de estudo sobre a hereditariedade e a influência dos genes. Outros aspetos fisiológicos, como por exemplo a taxa metabólica ou o comportamento alimentar, podem também ser influenciados pela genética. Por taxa metabólica entende-se a quantidade calórica ou energética que o organismo necessita para executar todos os processos químicos e biológicos essenciais para a vida (Ogden, 2010). Taxas

metabólicas baixas encontram-se associadas com a propensão para o excesso de adiposidade e resistência à perda de peso, na medida em que existe um menor dispêndio de energia em repouso. Relativamente à ingestão alimentar, estima-se que a hereditariedade possa explicar entre 20% a 30% da variância de comportamentos de restrição alimentar e ingestão emocional (e.g., de Castro & Lilenfeld, 2005; Sung, Lee, Song, Lee, & Lee, 2010). Diferenças no paladar e nas preferências alimentares sofrem igualmente influências genéticas. Do ponto de vista neuroanatômico, Carnell, Gibson, Benson, Ochner e Geliebter (2012), com base numa revisão da literatura sobre estudos de neuroimagem, concluem que existem diferenças nos padrões de atividade em algumas regiões do cérebro entre indivíduos obesos e magros. Os estudos sugerem que os indivíduos obesos apresentam uma hiper-responsividade a estímulos alimentares (e.g., fotos de alimentos e odores) em áreas cerebrais associadas com a recompensa, planeamento motor, memória e atenção. Smucny et al. (2012) referem que indivíduos obesos e em risco de se tornarem obesos apresentam diferenças estruturais em algumas regiões cerebrais envolvidas na regulação do comportamento alimentar. Nomeadamente, uma redução do volume da massa cinzenta na região da ínsula encontra-se associada a alterações hormonais e do apetite.

No entanto, as causas da obesidade não podem ser apenas atribuídas aos fatores genéticos. Segundo Andersson e Walley (2011), as mudanças no genoma humano são lentas e ocorrem ao longo de milhares de anos, não podendo ser por isso o fator desencadeador do aumento drástico da prevalência da obesidade das últimas décadas. É neste sentido que em 1999, Poston e Foreyt publicam um artigo onde utilizam a expressão “ambiente obesogénico” para designar a influencia das condições ambientais nos hábitos de vida que conduzem ao aumento do aporte calórico e à diminuição do gasto de energia nas atividades quotidianas. Ambiente obesogénico engloba os fatores económicos, sociais, culturais e psíquicos na escolha dos alimentos, nos padrões de consumo e no estilo de vida em geral. De entre estas condições ambientais destaca-se o desenvolvimento urbano que promove o uso de veículos motorizados em detrimento do andar a pé e o acesso facilitado à comida pré preparada e “fast-food”.

Os padrões alimentares adotados desde as idades mais precoces têm sido um alvo privilegiado no estudo da obesidade. Segundo Spruijt-Metz (2011) não se trata apenas do elevado teor calórico das dietas alimentares das crianças e adultos com excesso de peso e/ou obesidade, mas também do tipo de nutrientes que são consumidos, nomeadamente o consumo cada vez mais elevado de alimentos ricos em açúcar e pobre em fibras. De acordo com Patro e Szajewska (2010) a obesidade infantil encontra-se associada a aspetos específicos do padrão alimentar como o número reduzido de refeições diárias, o

consumo de bebidas açucaradas e os alimentos tipo “*snack*” de elevada densidade energética. Estes hábitos alimentares adquiridos na infância tendem a manter-se na idade adulta (Kelder, Perry, Klepp, & Lytle, 1994). Num estudo realizado por Paradis, Godin, Pérusse e Vohl (2009) sobre a associação entre padrões alimentares e obesidade constata-se que uma dieta caracterizada pelo elevado consumo de carnes vermelhas, batatas fritas, condimentos, refrigerantes, doces e “*snacks*” está associado a maiores índices de obesidade, sendo que estão mais propensos ao aumento de peso os indivíduos com história familiar de obesidade. A esta questão alimentar, acresce o problema do sedentarismo. Não obstante as limitações metodológicas ao nível da avaliação da atividade física, Must e Tybor (2005) salientam a importância da atividade física como um fator de promoção da saúde e bem-estar em todas as idades. Acrescem ainda que a diminuição do comportamento sedentário constitui um fator protetor do ganho de peso e adiposidade excessivos, sobretudo na infância e adolescência.

Podemos concluir que atualmente a perspetiva mais consensual aceita que os genes têm uma ação permissiva, aumentando a suscetibilidade de alguns indivíduos para o desenvolvimento da obesidade. Os fatores ambientais, ao atuarem sobre esses genes, contribuem para o aumento galopante desta doença. Tal como George Bray (1998) refere “*genes load the gun, the environment pulls the trigger*” (p. 140).

1.4. TRATAMENTO DA OBESIDADE

As proporções epidémicas que o problema da obesidade assume justificam que o tratamento desta doença seja uma prioridade mundial ao nível dos cuidados de saúde. A OMS (WHO, 2006, 2007, 2012) enfatiza a necessidade de uma intervenção complexa e multidisciplinar, incidindo por um lado numa abordagem remediativa direcionada à obesidade e doenças concomitantes, e por outro lado em estratégias preventivas e de promoção da saúde visando a adoção de um estilo de vida mais saudável por parte de crianças, jovens e adultos. O tratamento da obesidade, perspetivado do ponto de vista multidisciplinar, deve contemplar várias componentes em função da severidade da doença e dos contextos de intervenção. Assim, o tratamento inclui os programas comportamentais para controlo de peso, que visam essencialmente a mudança de hábitos alimentares e estilo de vida, a farmacoterapia e, para os casos mais graves de obesidade mórbida, a cirurgia.

1.4.1. Intervenção comportamental

Os programas comportamentais para controlo do peso baseiam-se na premissa de que os indivíduos obesos têm hábitos alimentares e de exercício físico desadaptativos. Estes comportamentos são aprendidos e por isso podem ser modificados. Tradicionalmente os programas de tratamento e prevenção da obesidade focavam apenas o comportamento individual. No entanto, nas últimas décadas, e como resposta às proporções epidémicas que este problema assume, tem havido um crescente foco nas variáveis externas, nomeadamente nas condições habitacionais e de trabalho características das sociedades industrializadas (Caballero, 2007). Não menosprezando a influência da componente genética na obesidade e a aceitação da importância dos antecedentes familiares, a atenção tem sido cada vez mais dirigida para os comportamentos atuais dos indivíduos obesos e para os fatores ambientais que os influenciam (Wing, 2008). O objetivo da intervenção passa por reduzir a quantidade de energia ingerida através da alteração dos hábitos alimentares e fomentar o gasto energético através do aumento da atividade física. Atualmente, este tipo de intervenção desenvolve-se ao longo de 16 a 24 sessões semanais, habitualmente no formato de intervenção em grupo, com 15 a 20 participantes cada grupo, e com uma equipa terapêutica multidisciplinar (Wing, 2008). Durante o processo de intervenção os participantes são encorajados a monitorizar o seu comportamento alimentar e atividade física diária. São definidos objetivos ao nível da ingestão calórica diária e do exercício físico, bem como formas de controlar os estímulos ambientais potenciadores de comportamentos problemáticos. Algumas das principais estratégias para o controlo do peso passam pela automonitorização, controlo de estímulos, educação nutricional, mudança comportamental, resolução de problemas, reestruturação cognitiva e prevenção da recaída. Os preditores de sucesso mais importantes neste tipo de intervenção parecem ser, segundo Burke e Wang (2011), a adesão à automonitorização do comportamento alimentar e do exercício físico. De acordo com Wing (2008) este modelo conduz a perdas de peso de aproximadamente 10% do peso inicial. Melhorias ao nível da pressão sanguínea, do controlo glicémico e da qualidade de vida são conseguidas com perdas desta magnitude. No entanto, durante o primeiro ano após a intervenção, os doentes, em média, tendem a recuperar cerca de um terço do peso perdido. Devido a este problema de manutenção da perda de peso, os programas de intervenção comportamental passaram a dar mais realce às questões motivacionais, usando a entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 2002) como estratégia para diminuir a ambivalência e aumentar a motivação para a mudança comportamental que suporta a perda de peso.

1.4.2. Intervenção farmacológica

O uso da farmacoterapia na obesidade é indicado sobretudo para os casos com IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ou IMC $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ na presença de comorbilidades associadas. Os fármacos para perder peso podem ser classificados em duas principais categorias, em função do seu mecanismo de ação: fármacos supressores do apetite e fármacos que reduzem a absorção de nutrientes. Na primeira categoria encontramos os fármacos que atuam ao nível dos neurotransmissores do sistema nervoso central para reduzir a ingestão alimentar (e.g., Sibutramina) e na segunda categoria os fármacos que reduzem a absorção intestinal de gordura (e.g., Orlistat) (Li & Cheung, 2009). Numa meta-análise, Li et al. (2005) verificam que durante um ano de tratamento farmacológico, doentes medicados com sibutramina perderam em média 4.5kg e com orlistat 2.9kg. Estes resultados são significativos quando comparados com o uso de placebos. No entanto, o recurso a fármacos no tratamento na obesidade é ainda alvo de alguma controvérsia, pois a longo prazo as perdas de peso são modestas, ainda que contribuam para a melhoria dos fatores de risco associados com a obesidade. Os efeitos positivos dos fármacos na perda de peso apenas são potenciados quando usados em associação com mudanças na alimentação e estilo de vida, e sempre sob supervisão médica.

1.4.3. Intervenção cirúrgica

Atualmente a intervenção cirúrgica surge como a opção terapêutica recomendada para os casos mais graves de obesidade, especialmente quando os tratamentos não cirúrgicos revelam ser insuficientes. Indicada para os casos com IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ ou IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ com comorbilidades associadas, a cirurgia bariátrica conduz a perdas de peso entre os 50% e os 70% durante o primeiro e segundo ano após a cirurgia (Eldar, Heneghan, Brethauer, & Schauer, 2011). Os procedimentos cirúrgicos mais utilizados podem ser classificados como restritivos e restritivos-malabsortivos, sendo que os primeiros limitam a quantidade de alimentos suportada pelo estômago (e.g., banda gástrica) e os segundos combinam a diminuição do tamanho do estômago com restrições na absorção intestinal (e.g., bypass gástrico). Qualquer um dos procedimentos cirúrgicos exige modificações significativas quer ao nível do comportamento alimentar como do estilo de vida em geral, sendo por isso essencial para o sucesso deste tipo de intervenção a adesão do doente obeso às recomendações terapêuticas. Numa recente revisão da literatura, Padwal et al. (2011) referem que a cirurgia bariátrica revela ser eficaz na redução de peso e na melhoria das comorbilidades associadas, como diabetes tipo 2, hipertensão, dislipidemia, apneia do sono. Ao nível das variáveis psicológicas, Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2009) referem que após a cirurgia, os doentes

percecionam ter uma melhor qualidade de vida comparativamente com a fase pré-cirúrgica. Herpertz et al. (2003) salientam de igual modo melhorias na sintomatologia depressiva e ansiosa, no funcionamento social e na autoestima após a realização da cirurgia. Contudo, na literatura encontramos dados que referem que a perda de peso tende a estabilizar 18 a 24 meses depois da cirurgia, registando-se num número significativo de doentes uma recuperação do peso perdido a longo prazo (e.g., O'Brien, MacDonald, Anderson, Brennan, & Brown, 2013; Guimarães et al., 2006; Shah, Simha, & Garg, 2006; Sarwer, Wadden, & Fabricatore, 2005). São vários os fatores que poderão contribuir para esta dificuldade em manter a perda de peso, como complicações físicas pós cirúrgicas (e.g., anemias, úlceras gástricas, obstrução intestinal) e mudanças no consumo e no gasto energético (e.g., desnutrição protéica, deficiência de vitaminas e minerais). As variáveis psicológicas desempenham também um papel importante neste processo, sendo a presença de psicopatologia, traços de perturbação de personalidade, experiências de vida adversas e comportamentos de ingestão alimentar compulsiva alguns dos principais fatores preditores de insucesso da cirurgia barátrica (Teixeira & Maia, 2011; Sarwer et al., 2005).

1.5. ASPETOS PSICOLÓGICOS DA OBESIDADE

Não sendo considerada uma doença do foro psiquiátrico, a obesidade pode no entanto apresentar na sua génese e/ou no seu desenvolvimento a influência de fatores psicológicos (Segal, Cardeal, & Cordas, 2002) que, independentemente do tipo de tratamento, interferem na recuperação da doença.

De acordo com Fabricatore e Wadden (2004) os estudos são inconsistentes no que respeita à presença de psicopatologia na população obesa. Os autores referem a não existência de uma “personalidade tipicamente obesa” nem de um funcionamento psicológico totalmente diferenciado da população com peso normal. No entanto, assumindo-se que a população obesa constitui um grupo bastante heterogéneo, encontramos subgrupos dentro desta patologia que se constituem como um fator de risco para o desenvolvimento de um funcionamento psicológico desadaptativo. Dentro da população obesa, os autores salientam assim o género feminino, a presença de obesidade mórbida e a presença de ingestão alimentar compulsiva como fatores de risco para o desenvolvimento de psicopatologia.

A presença de sintomatologia psicopatológica encontra-se associada à severidade da obesidade, mostrando os estudos uma correlação positiva entre a presença de psicopatologia e o IMC, especialmente ansiedade e depressão (Abilés et al., 2010;

Herpertz et al., 2003; Kalarchian et al., 2007; Lin et al., 2013; Scott, McGee, Wells, & Browne, 2008; Travado et al., 2004). Em geral, assume-se que esta sintomatologia desenvolve-se como reação à condição de obesidade, bem como uma reação à estigmatização e isolamento social daí resultante. Nos casos de obesidade mórbida, van Hout, van Oudheusden e van Heck (2004) referem que, ao nível da personalidade, estes doentes tendem a ser passivo-dependentes e passivo-agressivos, manifestando um pensamento rígido e dicotómico. O baixo controlo de impulsos aliado à dificuldade em modular as emoções resulta em muitos casos num padrão alimentar compulsivo.

Indivíduos obesos com ingestão alimentar compulsiva manifestam uma resposta menos efetiva aos tratamentos para a perda de peso, apresentando um maior descontrolo alimentar, mais sintomas depressivos e baixa autoestima que os indivíduos obesos sem ingestão alimentar compulsiva (Hill, 2007; Kalarchian et al., 2002; Lapidoth, Ghaderi, & Norring, 2008; Larsen et al., 2004; Ricca et al., 2000). Num estudo com 1886 doentes obesos que procuraram tratamento em centros especializados, verificou-se que uma pior perceção da qualidade de vida encontrava-se associada a um IMC mais elevado, à presença de comportamentos de ingestão alimentar compulsiva, e à presença de sintomatologia depressiva e ansiosa (Mannucci et al., 2010). Estes resultados tendem a ser mais significativos nas mulheres obesas. Estas tendem igualmente a apresentar uma maior preocupação com o peso e a reportar níveis mais elevados de insatisfação com a imagem corporal quando comparadas com os homens obesos (Bulik, Sullivan, & Kendler, 2002; Desai, Manley, Desai, & Potenza, 2009; Friedman & Brownell, 1995). Para tal parece contribuir por um lado a prevalência mais elevada de psicopatologia nas mulheres, e por outro, uma maior pressão cultural para a magreza experienciada pelo sexo feminino nas sociedades ocidentais (Fabricatore & Wadden, 2004; Friedman & Brownell, 1995; Urquhart, & Mihalynuk, 2011).

Os indivíduos com maior risco de desenvolver problemas ao nível do funcionamento psicológico são aqueles que procuram tratamento especializado para a obesidade. Fitzgibbon, Stolley e Kirschenbaum (1993), ao compararem uma amostra de sujeitos obesos que procuraram tratamento com uma amostra de sujeitos obesos que não recorreram a tratamento e com uma amostra de peso normal, vêm reforçar esta ideia, verificando que os primeiros, particularmente aqueles com comportamentos de ingestão compulsiva, são os que apresentam mais psicopatologia. Estes indivíduos tendem igualmente a diferenciar-se dos que não procuram tratamento especializado pela presença de uma autoestima mais baixa, pior qualidade de vida, insatisfação com imagem corporal e problemas ao nível das relações interpessoais (Carraça et al., 2014; Tuthill, Slawik, O'Rahilly, & Finer, 2006).

A obesidade sem dúvida que se encontra também associada ao preconceito e à estigmatização, fatores estes que podem ter naturalmente um impacto em termos emocionais no indivíduo obeso. Estes indivíduos são habitualmente descritos pela população em geral como menos atrativos, como preguiçosos, menos ativos, menos inteligentes, menos trabalhadores, sendo as mulheres obesas normalmente avaliadas de forma mais negativa do que os homens obesos (Ogden & Clementi, 2010). Este estigma social poderá contribuir para o desenvolvimento de uma imagem mais negativa de si por parte do indivíduo obeso, e conseqüentemente dificuldades no desenvolvimento de competências sociais (Dierk et al., 2006). A este propósito, Colin Shapiro, com base na sua prática clínica, afirma que muitos doentes “*describe themselves as dirty, unworthy and alienated all because of their weight. They feel judged in a negative way and will often prefer communication at a distance (phone, Internet, etc.) (...). On several occasions, patients have described intentionally putting on weight after a psychic trauma, especially after sexual assault. Patients have described their fat as a “suit of armor” to avoid sexual advances. The difficulty of allowing their true personality to show itself particularly in job interviews or dating situations is a common theme.*” (Lee & Shapiro, 2003, p.477).

Importa salientar ainda que geralmente encontrámos no historial de um doente obeso diversas tentativas de redução de peso, que apesar de produzirem resultados positivos a curto prazo, revelam ser ineficazes a médio e longo prazo (Travado et al., 2004). Este insucesso deve-se em muitos casos ao facto dos tratamentos se centrarem preferencialmente nas componentes comportamental e biológica, negligenciando uma abordagem mais complexa e holística onde os aspetos psicossociais da vida do indivíduo deverão ser enfatizados (Corsica & Perri, 2003; Travado et al., 2004). Diferentes características psicológicas, traços de personalidade e padrões de comportamento alimentar, podem afetar os resultados do tratamento, sendo necessária uma avaliação completa para definir qual o plano de tratamento psicológico mais adequado a cada caso.

1.6. OBESIDADE E COMPORTAMENTO ALIMENTAR

1.6.1. Processos envolvidos no comportamento alimentar

Compreender as bases fisiológicas do comportamento alimentar, o que modela a sensação de fome e a sensação de saciedade e como se processa a comunicação entre

o cérebro e o aparelho digestivo, são áreas cada vez mais estudadas, e que podem contribuir para uma melhor compreensão da problemática associada à obesidade.

Fome pode ser entendida como um desejo ou uma necessidade urgente de comida, resultando num desconforto gástrico e conduzindo a um período de ingestão alimentar (Penn & Goldstein, 2005). O fenómeno que põe fim a este período designa-se por saciedade. O processo de saciedade é mediado por um conjunto de fatores gastrointestinais, sensoriais, neuronais e psicológicos, sendo considerado a principal motivação para se parar de comer.

São inúmeras as áreas do cérebro que influenciam a expressão do comportamento alimentar, com realce para o tronco cerebral, o sistema límbico e determinados núcleos hipotalâmicos (Halford, 2006). O hipotálamo está envolvido na ativação do comportamento de ingestão alimentar através da libertação de neurotransmissores que se encontram associados com a motivação para comer e com as sensações prazerosas que isso proporciona. De entre esses neurotransmissores podemos destacar o papel que a serotonina (5HT) tem no controlo da ingestão alimentar e da saciedade. Medicamentos que atuam sobre os níveis de 5HT, inibindo a sua recaptação ao nível das sinapses do sistema nervoso central, são cada vez mais utilizados para perder peso pois promovem a supressão do apetite e uma maior sensação de saciedade (Feijó, Bertoluci, & Reis, 2011).

Ao nível do sistema neuroendócrino, a leptina, a grelina e a insulina foram identificados como os peptídeos mais relevantes para a manutenção do balanço energético do organismo. Ao atuarem nos centros hipotalâmicos estes peptídeos estimulam ou inibem a ingestão alimentar (Simpson, Martin, & Bloom, 2009). A leptina, produzida essencialmente no tecido adiposo, ao interagir com os recetores hipotalâmicos promove a redução da ingestão alimentar e o aumento do gasto energético. Nos indivíduos obesos verifica-se maiores concentrações plasmáticas desta hormona mas no entanto uma maior resistência à sua ação (Rolls, 2007). A grelina, produzida no estômago e no intestino, é responsável por estimular o apetite. Os níveis desta hormona encontram-se aumentados nos períodos de jejum, diminuindo após as refeições. Seria de esperar que os indivíduos obesos apresentassem níveis mais elevados desta hormona quando comparados com indivíduos de peso normal, o que justificaria o aumento do apetite. No entanto, paradoxalmente tal não acontece. Rosická et al. (2003) observaram uma menor concentração plasmática de grelina nos indivíduos obesos, mas todavia uma maior sensibilidade à sua ação. Os níveis de grelina no plasma correlacionam-se negativamente com outros fatores relevantes na obesidade, nomeadamente o IMC e os níveis de insulina e leptina.

Técnicas de neuroimagem têm demonstrado que simplesmente pensar em comida pode modular a atividade neuronal em áreas específicas do cérebro, conduzindo a respostas fisiológicas como a produção de saliva, suco gástrico, e a secreção de insulina. No mesmo sentido, estímulos sensoriais como a visão e o cheiro dos alimentos podem ativar estas respostas fisiológicas (Berthoud, 2007). De acordo com Rolls (2007), nos últimos 30 anos a estimulação sensorial produzida pela aparência dos alimentos, a sua palatabilidade, disponibilidade e valor de recompensa aumentou drasticamente contribuindo para uma anulação progressiva dos sinais de saciedade e consequentemente aumento do consumo energético.

É hoje consensual que o comportamento alimentar, que para além da ingestão alimentar inclui aspetos associados com a seleção e a decisão de quais alimentos consumir, é influenciado por uma multiplicidade de fatores. Sendo o Ser Humano um animal omnívoro pode comer de tudo, mas no entanto, na realidade, nem tudo é escolhido por ele. Para além dos mecanismos fisiológicos inerentes à sensação de fome e saciedade, o nosso comportamento alimentar é igualmente influenciado por um processo de tomada de decisão onde, de acordo com Odgen (2010), os fatores sociais (e.g., religião, educação, cultura), ambientais (e.g., geografia, economia) e psicológicos (e.g., emoções, aprendizagem, motivação) desempenham um papel preponderante.

Numa perspetiva desenvolvimental, a aprendizagem a as experiências precoces assumem um papel importante no desenvolvimento dos hábitos e preferências alimentares. De acordo com Ogden (2010) a aquisição de padrões alimentares é influenciada desde a infância pela exposição repetida e pela aprendizagem por observação do comportamento alimentar dos adultos, especialmente da família. Progressivamente, esta aprendizagem passa a estar também associada com a observação do comportamento dos pares, e pela influência da publicidade e dos meios de comunicação social nos padrões de compra e de consumo alimentar. O comportamento alimentar é igualmente influenciado por uma série de fatores cognitivos, nomeadamente memórias e representações afetivas que vão determinar o valor de recompensa e o valor hedónico de determinados alimentos (Berthoud, 2007). O significado cognitivo e afetivo atribuído a certos alimentos sobrepõe-se muitas vezes aos sinais fisiológicos da fome e saciedade que regulam a ingestão alimentar. A utilização de alimentos como recompensa começa desde muito cedo, quando, por exemplo, muitos pais utilizam a estratégia “*se comeres os vegetais, podes comer uma sobremesa*”. Segundo Ogden (2010), apesar desta estratégia ter como objetivo fomentar o gosto por vegetais, os resultados mostram que a médio e longo prazo funciona de forma inversa, aumentando a preferência pelos doces e diminuindo a preferência por legumes.

Lowe e Butryn (2007) designam de fome hedónica a resposta afetiva associada a alimentos normalmente de elevada palatabilidade, ricos em açúcar e gordura. Os sentimentos de prazer associados a estes alimentos conduzem muitas vezes ao seu consumo independentemente do estado nutricional do organismo. Este é um comportamento normal, no entanto pode tornar-se preocupante quando funciona como fonte preferencial e quase que exclusiva de obtenção de prazer, bem-estar e de regulação das emoções. É consensual que alimentos de elevada palatabilidade têm propriedades que promovem a dependência. Ao serem percebidos como prazerosos a possibilidade de serem repetidos aumenta (Kenny, 2011). À semelhança do que acontece no consumo de drogas, este tipo de alimentos ativa os circuitos de recompensa cerebrais, nomeadamente os circuitos opióides, dopaminérgicos e endocanabinóides (Cota, Tschop, Horvath, & Levine, 2006). Estes alimentos, pelo seu cheiro, gosto, textura, e pela facilidade de acesso, são desejados e muitas vezes consumidos mesmo na ausência da necessidade fisiológica de ingestão alimentar, estimulando o sistema de recompensa e conseqüentemente melhorando o humor dos indivíduos. Num estudo recente, Schultes, Ernst, Wilms, Thurnheer e Hallschmid (2010) verificaram, numa amostra de indivíduos com obesidade mórbida, que estes reportaram níveis superiores de fome hedónica e uma maior preferência por alimentos doces quando comparados com indivíduos de peso normal. No mesmo sentido, Kenny (2011) refere que indivíduos obesos demonstram um aumento da ativação dos circuitos cerebrais de recompensa em resposta a alimentos de elevada palatabilidade quando comparados com indivíduos magros. A descoberta de que no cérebro dos indivíduos obesos existe uma diminuição de recetores dopaminérgicos (Wang et al., 2001) poderá, segundo os autores, justificar o facto de estes indivíduos ingerirem maiores quantidades de alimentos de elevada palatabilidade para compensar a diminuição da ativação desses circuitos, e obter a gratificação e o prazer desejados.

Apesar de alguma controvérsia a este nível, também o stress parece influenciar o comportamento alimentar. A ativação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal e a libertação de determinadas substâncias durante uma resposta de stress afetam o consumo de alimentos, sendo a noradrenalina e a corticotrofina responsáveis pela supressão do apetite, enquanto o cortisol é conhecido por estimular o apetite após essas situações (Torres & Nowson, 2007). Dependendo da severidade das situações geradoras de stress, o consumo de alimentos pode aumentar ou diminuir. Particularmente nos indivíduos obesos, em situações de maior stress verifica-se uma tendência para o aumento do consumo de alimentos doces e ricos em gordura (Wardle, 2007).

Em suma, são vários os processos envolvidos no comportamento alimentar. Desde os sinais fisiológicos internos que conduzem ao ato de ingestão, passando pelos aspetos qualitativos associados com a tomada de decisão e seleção dos alimentos a consumir (Ogden, 2010; Viana, 2002). O que comemos e como comemos não serve apenas para satisfazer uma necessidade fisiológica básica. Pelo significado social e cultural da comida, o comportamento alimentar é também uma forma de comunicação com os outros, de comunicação das nossas necessidades internas, da nossa identidade e experiências de vida.

1.6.2. Perturbações do comportamento alimentar

Por perturbações do comportamento alimentar (PCA) entende-se, de acordo com Fairburn (2008), perturbações que assentam na sobrevalorização do peso e necessidade do seu controlo. De uma forma geral, os indivíduos com PCA manifestam uma preocupação excessiva com o peso, tentando controlá-lo através de dietas intensas e/ou evitamento alimentar. Neste grande grupo de perturbações a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) são as mais conhecidas e estudadas. Na versão mais recente do manual de diagnóstico das doenças mentais (DSM-V; APA, 2013), a perturbação de ingestão compulsiva (PIC) adquire uma categoria diagnóstica própria, reconhecendo-se, deste modo, a diferença desta em relação às anteriores e o seu impacto em termos físicos e psicológicos. Pela sua relação com o excesso de peso e obesidade, será apenas sobre a PIC que nos iremos debruçar neste capítulo.

De acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-V (APA, 2013) a PIC caracteriza-se pela ingestão, num curto período de tempo, de uma quantidade de comida consideravelmente superior à que a maioria das pessoas poderia consumir no mesmo tempo e sob circunstâncias similares, acompanhada de uma sensação de perda de controlo sobre o comportamento e da inexistência de comportamentos compensatórios (e.g., purgantes, jejum, exercício físico excessivo) dirigidos para a perda de peso. Os episódios de ingestão compulsiva associam-se a três (ou mais) dos seguintes sintomas: ingestão muito mais rápida que o habitual; comer até se sentir desconfortavelmente cheio; ingestão de grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome; comer sozinho para esconder a voracidade; mal-estar clinicamente significativo, depressão, vergonha ou grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva. Estes episódios são recorrentes e têm lugar, em média, pelo menos uma vez por semana durante três meses.

Esta perturbação tem sido frequentemente estudada em amostras clínicas de AN e BN, no entanto este é também um problema cada vez mais estudado na população

obesa. Apesar de encontrarmos casos de PIC em indivíduos com peso normal, a frequência dos comportamentos de ingestão compulsiva tende a apresentar uma forte associação com o aumento de peso (APA, 2002; Dingemans & Furth, 2012; Pinaquy, Chabrol, Simon, Louvet, & Barbe, 2003). Dois fenômenos parecem associar-se ao problema da ingestão compulsiva: as dietas muito rigorosas e a baixa expectativa para manter essas mesmas dietas. Se por um lado, os indivíduos com ingestão compulsiva tendem a manter períodos de jejum ou de dietas muito restritivas, por outro lado perdem o controle, ingerindo grandes quantidades de comida em períodos curtos de tempo. Este ciclo tende a perpetuar-se, conduzindo em muitos casos a um aumento progressivo do peso. Segundo Stice (2001) os indivíduos com PIC apresentam níveis elevados de insatisfação com imagem corporal, o que indiretamente influencia o seu comportamento alimentar. Por um lado, esta insatisfação pode conduzir a um padrão de dietas restritivas como forma de tentar controlar o aumento de peso. Mas por outro lado, associa-se a emoções negativas que poderão precipitar os comportamentos compulsivos como forma de tentar regular o que sentem.

Taylor, Bagby e Parker (1997) e Bruch (1961) defenderam que as dificuldades em diferenciar e descrever os sentimentos seriam um dos principais problemas nas PCA, sugerindo que padrões de comportamento alimentar disfuncional e as oscilações de peso funcionariam como uma tentativa para regular estados emocionais negativos. Desde então, são vários os autores (e.g., Corstorphine, 2006; Macht, 2008; Moon & Berenbaum, 2009; van Strien, Herman, Anschutz, Engels, & de Weerth, 2012) que consideram, à semelhança da restrição alimentar na AN, os comportamentos de ingestão compulsiva na BN e na obesidade tentativas de evitar e/ou suprimir as emoções negativas.

A prevalência de PIC em amostras comunitárias de indivíduos obesos varia entre os 2% e os 5%, no entanto em amostras de doentes que procuram tratamento especializado aumenta para os 30% a 40% (e.g., de Zwaan, 2001; Hill, 2007; Lapidoth et al., 2008; Lin et al., 2013; Saunders, 1999). Niego, Kofman, Weiss e Geliebter (2007) numa revisão da literatura sobre compulsão alimentar em candidatos a cirurgia bariátrica confirmaram a elevada prevalência deste problema nos casos mais graves de obesidade. Num recente trabalho sobre a prevalência da obesidade nas PCA, Villarejo et al. (2012) verificaram que, numa amostra de 1383 doentes, 28.8% apresentavam obesidade, sendo que estes casos eram encontrados sobretudo nos indivíduos com PIC.

Telch e Agras (1996) referiram que indivíduos obesos que apresentam compulsividade alimentar diferem dos indivíduos obesos sem este tipo de patologia alimentar. Os autores salientaram que os indivíduos obesos com ingestão alimentar compulsiva manifestam níveis mais elevados de ansiedade, depressão e insatisfação

com imagem corporal. A comorbilidade psiquiátrica parece associar-se com a gravidade da PIC e não necessariamente com a gravidade da obesidade. Estes resultados são corroborados por vários outros estudos (Kalarchian, 2002; Larsen et al., 2004; Niego et al., 2007; Pollert et al., 2013; Saunders, 2001) que salientaram que os indivíduos obesos com PIC são mais ansiosos face à comida e ao peso, reportam níveis mais elevados de perda de controlo, iniciando mais precocemente o recurso a dietas restritivas, e manifestando dificuldades mais evidentes em diferenciar as sensações de fome e saciedade. No mesmo sentido, estudos recentes (e.g., Fandiño et al., 2010; Lin et al., 2013; Villarejo et al., 2012) concluem que os indivíduos obesos com ingestão compulsiva apresentam níveis mais elevados de psicopatologia e pior prognóstico ao nível do tratamento.

Dietas restritivas, estados emocionais negativos e estilos cognitivos disfuncionais são alguns dos principais fatores que podem conduzir ao precipitar de um episódio de compulsão alimentar (de Zwaan, 2001; Telch & Agras, 1996). São vários os estudos que revelaram uma relação positiva entre a presença de estados emocionais negativos (e.g., depressão, frustração, raiva, ansiedade) e a tendência para comportamentos de ingestão compulsiva (Macht & Simons, 2000; Pinaquy et al., 2003). Os resultados do estudo de Walfish (2004) com 122 mulheres obesas indicaram que 40% da amostra atribuiu o aumento de peso aos episódios de ingestão alimentar como resposta a situações emocionalmente mais intensas. No estudo já citado de Niego et al. (2007) verificou-se que mesmo após a cirurgia bariátrica uma percentagem significativa de indivíduos, que numa fase pré cirúrgica manifestavam comportamentos de ingestão compulsiva, continuavam a revelar um comportamento alimentar disfuncional, marcado pela perda de controlo em situações de maior stress ou humor negativo, o que conduziu progressivamente ao ganho de peso.

Em síntese, e à semelhança do que propõem Freitas, Lopes, Coutinho, e Appolinario (2001), parece existir um subgrupo de doentes obesos cujo comportamento alimentar se caracteriza por uma maior compulsividade e apresenta uma evolução clínica diferenciada do subgrupo dos obesos sem comportamentos de ingestão compulsiva.

Em termos clínicos, encontramos muitos casos que não preenchem exatamente todos os critérios de diagnóstico definidos no DSM-V (APA, 2013) para a PIC, no entanto, não deixam de ter grande impacto no funcionamento psicológico dos indivíduos. Striegel-Moore et al. (2000) referem mesmo que a prevalência de casos subclínicos ou parciais de PIC é maior do que os casos onde estão presentes todos os critérios de diagnóstico. Neste sentido, Saunders (2004) chama a atenção para a importância clínica de um padrão de comportamento alimentar que se designa por “*grazing*”, e que consiste na

ingestão de pequenas quantidades de comida continuamente ao longo do dia. Mais importante do que a quantidade de comida ingerida é a sensação de perda de controle que acompanha estes comportamentos. Este padrão de comportamento alimentar contribui para o aumento de peso, sendo considerado um preditor de insucesso dos tratamentos para a perda de peso (Carter, & Jansen, 2012; Kalarchian et al., 2002; Saunders, 2001, 2004). No estudo de Colles, Dixon e O'Brien (2008), com 129 candidatos a cirurgia bariátrica, cerca de 26% da amostra apresentava comportamentos de "*grazing*" antes da cirurgia, aumentando para 38% a prevalência deste problema depois da cirurgia. Devido à dificuldade de consumir objetivamente grandes quantidades de comida depois de uma cirurgia gástrica, Saunders (2004) sugere que o "*grazing*" numa fase pós cirúrgica pode cumprir uma função semelhante à ingestão compulsiva.

1.6.3. Mecanismos envolvidos no consumo excessivo de alimentos

Ao abordar o tema do comportamento alimentar na obesidade encontramos também na literatura a referência aos mecanismos envolvidos no consumo excessivo de alimentos, nomeadamente a restrição alimentar, a desinibição alimentar e a ingestão emocional. Se por um lado, comportamentos de restrição alimentar ou de desinibição parecem estar na origem dos episódios de ingestão compulsiva na obesidade, por outro, muitos indivíduos apresentam uma tendência para o aumento da ingestão de doces e gorduras em situações de maior stress ou face a situações emocionalmente mais intensas.

Por desinibição entende-se uma forte tendência para comer excessivamente num ambiente obesogénico, o que inclui comportamentos como não resistir a estímulos alimentares, comer em excesso quando outras pessoas também estão a comer, ou comer em excesso alimentos de elevada palatabilidade (Bryant, King, & Blundell, 2007). Estes comportamentos apresentam uma forte relação com o IMC, sendo vários os estudos que revelam que os indivíduos com excesso de peso e obesidade manifestam maior desinibição alimentar que os indivíduos de peso normal (e.g., Bryant et al., 2007; Epstein, Lin, Carr, & Fletcher, 2012; French, Epstein, Jeffery, Blundell, & Wardle, 2012; Provencher, Drapeau, Tremblay, Despres, & Lemieux, 2003). Oliver e Huon (2001) salientaram também que, para as mulheres, a desinibição encontra-se associada com um aumento do consumo alimentar, especialmente de doces, em situações de maior stress e conflito interpessoal. Blundell et al. (2005) referiram que os indivíduos suscetíveis ao aumento de peso apresentam uma elevada desinibição, e que esta associa-se a uma preferência por alimentos altamente calóricos e de elevada palatabilidade. Vários autores

realçaram ainda uma forte associação entre desinibição e a presença de PIC (Adami, Gandolfo, Bauer, & Scopinaro, 1995; de Zwaan, 2003), neuroticismo, baixa autoestima (Brown, et al., 2006; Bryant, Kiezerbrink, King, & Blundell, 2010), depressão, ansiedade e insatisfação com imagem corporal (Dalle Grave, Todisco, Oliosi, & Marchi, 1996).

A restrição alimentar é o fator que sem dúvida recebeu mais atenção por parte dos investigadores da área das PCA e obesidade. Refere-se ao controlo do aumento do peso através de estratégias de restrição consciente do consumo alimentar como o evitamento de alimentos calóricos, comer pequenas porções de alimentos ou parar de comer mesmo antes de se estar saciado. Uma elevada restrição encontra-se associada à severidade da patologia alimentar, nomeadamente da AN, BN e PIC (e.g., Brown et al., 2006; Bryant et al., 2010).

Polivy e Herman (1980, 1985, 1993), autores de referência no estudo da restrição alimentar, consideram este padrão de comportamento essencial na compreensão da obesidade. Segundo estes autores, muitos obesos, insatisfeitos com o seu peso e corpo, travam uma luta constante, controlando o que comem com o objetivo de diminuir o peso. No entanto, este padrão alimentar de dieta e restrição, que exige um grande controlo da fome, dificilmente se mantém por longos períodos. Ou seja, aos ciclos de dieta e restrição sucede muitas vezes ciclos de desinibição, que se caracterizam pela posterior ingestão sem controlo. Fatores desinibidores como o stress, o álcool, ou estados emocionais marcados pela ansiedade e depressão, podem precipitar esses episódios de desinibição e ingestão compulsiva após uma fase de restrição alimentar. O estudo de Westenhoefer (1991) com cerca de 50 mil indivíduos que fizeram parte de um programa para perder peso mostrou que a restrição alimentar, ao nível da obesidade, associa-se a uma maior ingestão alimentar e um maior IMC. Williams, Grow, Freedman, Ryan e Deci (1996) acrescentaram que os indivíduos com um padrão de dieta restritiva tendem a perder em média 20Kg em 12 a 16 semanas, no entanto recuperam esse peso rapidamente após o término da dieta. Este aumento de peso conduz a um reinício da dieta restritiva, recomeçando assim o ciclo.

Ainda que as dietas não sejam um comportamento alimentar exclusivo dos indivíduos com obesidade, nestes os níveis de restrição são mais elevados do que nos indivíduos de peso normal (Barthomeuf, Droit-Volet, & Rousset, 2009). Este facto tem como consequência uma maior sensibilidade aos estímulos alimentares, bem como um aumento do valor hedónico dos alimentos causado pela privação fisiológica e psicológica. De acordo com Papies, Stroebe e Aarts (2009) os indivíduos restritivos manifestam uma maior preferência por alimentos ricos em gordura e açúcar do que os não restritivos, experimentando por isso maiores dificuldades em controlar a sua ingestão. A exposição a

estímulos como o cheiro ou a visão de alimentos de elevada palatabilidade parece ter um efeito mais forte nestes indivíduos, provocando o aumento do desejo de os consumir. Polivy e Herman (1980) distinguem também os sujeitos restritivos dos não restritivos no modo como reagem aos alimentos após uma primeira ingestão, sendo que, nestas situações, os indivíduos restritivos tendem a comer mais. Ou seja, após uma ingestão inicial, os indivíduos restritivos tendem a desinibir a sua resposta numa ingestão seguinte, funcionando num registo próximo do “tudo ou nada”, isto é, a perceção de perda de controlo num primeiro momento conduz ao padrão compulsivo seguinte (Polivy & Herman, 1993).

Apesar da restrição ou mesmo do evitamento da ingestão de alimentos calóricos ser um dos aspetos centrais da intervenção na obesidade, paradoxalmente as dietas restritivas parecem reduzir a eficácia a longo prazo da intervenção devido à dificuldade de adesão às mesmas (Cameron, Goldfield, Cyr, & Doucet, 2008; Goldfield & Lumb, 2009; Huberts, Evers, & Ridder, 2013; Mann et al., 2007). Estas dietas são igualmente consideradas um fator de risco para o desenvolvimento da obesidade em jovens adolescentes (e.g., Stice, Presnell, Shaw, & Rohde, 2005), podendo igualmente promover outros padrões alimentares desadaptativos, tais como a PIC ou a ingestão emocional, com conseqüente influência no aumento de peso.

Uma outra perspetiva, ainda que complementar às anteriores, sobre os mecanismos envolvidos no consumo excessivo de alimentos enfatiza a questão da ingestão emocional. Em 1961, Bruch, de orientação psicanalítica, defende que a ingestão alimentar excessiva se deve a uma confusão entre estados interiores e fome. Ou seja, perante estados emocionais mais intensos e negativos alguns indivíduos tendem a ingerir em excesso. A hiperfagia dos obesos seria assim entendida enquanto reação a fatores emocionais. Mais tarde, Arnow, Kenardy e Agras (1995) definem a ingestão emocional como o comportamento de comer em resposta a uma série de emoções negativas. Este comportamento tende a desenvolver-se após experiências repetidas de consumo de alimentos de elevada palatabilidade em situações emocionalmente mais intensas, funcionando esses alimentos como uma recompensa. Numa revisão da literatura, Ganley (1989) concluiu que a ingestão emocional é um comportamento comum nos indivíduos com obesidade mórbida, especialmente nos que procuram tratamento especializado. Ocorre maioritariamente em privado, caracteriza-se pelo consumo de alimentos altamente calóricos, é normalmente precipitado por emoções negativas, como raiva, tristeza, solidão, ansiedade, e tem muitas vezes uma relação episódica com períodos stressantes da vida. Os indivíduos com ingestão emocional experienciam uma redução do estado emocional negativo após a ingestão, uma vez que o ato de comer é usado

como uma estratégia para regular as emoções negativas. Isto é mais frequente nos doentes obesos, resultado de experiências de vida onde a comida foi usada como forma de lidar com problemas psicológicos (Geliebter, & Aversa, 2003). Características de personalidade, como o neuroticismo, ou experiências de vinculação inseguras poderão desempenhar um papel também importante no desenvolvimento da ingestão emocional (Levitan & Davis, 2010). Ainda que nem todos os obesos possam encaixar nesta formulação, quando comparados com os indivíduos de peso normal, os indivíduos obesos tendem a apresentar níveis mais elevados de ingestão emocional (Barthomeuf, Droit-Volet, & Rousset, 2009; Geliebter & Aversa, 2003; Macht & Simons, 2000). Vários estudos mostram uma correlação positiva entre a ingestão emocional e o IMC, especialmente nas mulheres (e.g., Ganley, 1989; Larsen et al., 2006; Ozier et al., 2008). No entanto, estes resultados levantam alguma controvérsia, pois noutros estudos (e.g., Fischer et al., 2007; Goldbacher et al., 2012; Ricca et al., 2010) essa correlação não foi encontrada.

Após esta revisão dos principais aspetos relacionados com a problemática da obesidade, iremos no capítulo seguinte abordar o tema das emoções e as suas especificidades na relação com o comportamento alimentar e obesidade. Atendendo ao tema do presente trabalho, retomaremos o tópico da ingestão emocional com maior detalhe.

CAPÍTULO II

EMOÇÕES E OBESIDADE

2.1. EMOÇÕES: ENQUADRAMENTO GERAL

O tema das emoções desde sempre suscitou grandes controvérsias na comunidade científica. De filósofos a cientistas, passando até pelos poetas, muitos se têm debruçado sobre a complexa questão que William James (1884) colocou em artigo “*What Is an Emotion?*”. No domínio da psicologia, são inúmeros os investigadores que têm procurado contribuir para uma melhor compreensão deste fenómeno, sendo atualmente aceite que as emoções são fenómenos diferenciados do pensamento, da percepção, do comportamento, da memória (Greenberg, 2002; Izard, 2009), ainda que mantendo uma estreita relação com estes.

No domínio das neurociências, é reconhecido o papel do cérebro enquanto centro de comando das emoções. De acordo com Damásio e Carvalho (2013) as emoções são processos mentais complexos que permitem ao organismo responder a determinados estímulos internos e/ou desafios ambientais. São fenómenos multifacetados, que envolvem sistemas de ação fisiológicos (e.g., alterações no ritmo cardíaco, alterações hormonais), comportamentais (e.g., expressões faciais, comer, correr) e cognitivos (e.g., focar a atenção em algo), cujo objetivo é ajudar o organismo a manter a homeostasia. Perante um determinado estímulo (e.g., uma memória, ou uma situação ameaçadora) a emoção é ativada enquanto reação automática com consequências imediatas na alteração do estado corporal e nas várias estruturas cerebrais envolvidas, com destaque para o córtex orbitofrontal, córtex cingulado, ínsula, hipotálamo e amígdala (Damásio, 2001; Kringelbach, 2007; Vytal & Hamann, 2010). Algumas destas alterações são visíveis, como as mudanças no ritmo cardíaco e respiratório ou a forma como os músculos da face se modificam transmitindo alegria, tristeza ou medo, enquanto outras não o são, como é o caso da libertação de hormonas ou neurotransmissores (Damásio, 2000). As emoções desempenham um papel regulador e, ainda que a sua expressão possa ser influenciada pela aprendizagem e pela cultura, assentam numa matriz biológica, dependente de processos cerebrais estabelecidos de forma inata. Com base nesta ideia, e de acordo com uma perspetiva categorial no estudo das emoções, Paul Ekman (1992, 1994), validando as ideias defendidas por Charles Darwin, assume que há um conjunto de emoções básicas que são reconhecidas universalmente. Estas emoções podem ser reconhecidas através das diferentes expressões faciais que as caracterizam, assumindo o corpo uma importância crucial na comunicação emocional. Apesar de, no seio desta perspetiva, ser aceite que as designadas emoções básicas ou primárias são

universais e biologicamente determinadas, os diferentes autores não estão de acordo quanto ao seu número. São várias as propostas apresentadas (e.g., Damásio, 2000; Ekman, 1994; Izard, 1991), sendo as emoções básicas mais consensuais a alegria, tristeza, raiva, desgosto e medo (Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006; Power & Dalgleish, 1997).

Apesar dos contributos das neurociências, ainda é difícil encontrar uma resposta consensual para a questão levantada por William James. Izard (2010), num curioso estudo onde questionou 34 investigadores sobre o que estes entendem por emoção concluiu que, não havendo uma definição única, o conceito de emoção é de tal forma ambíguo que deverá ser contextualizado quando usado cientificamente. No entanto, alguns aspetos foram salientados como consensuais: o envolvimento de circuitos neuronais, emoção como um sistema de resposta e como um processo que motiva e organiza a cognição e a ação. De acordo com Izard (1991, 2007, 2009), as emoções são o principal sistema motivacional do comportamento humano, envolvendo três componentes: atividade neurofisiológica, atividade muscular e experiência subjetiva. Para cada emoção básica, programada biologicamente, é possível encontrar uma organização neuronal própria (atividade eletroquímica do sistema nervoso central) e efeitos a nível expressivo (expressões faciais, posturas, ação muscular, tom de voz) e experiencial (significado) igualmente distintos. É pela coordenação destas diferentes componentes que a emoção organiza e orienta o comportamento, preparando o indivíduo para agir e desempenhando um papel fundamental na resolução de problemas, no processo de tomada de decisão e adaptação do indivíduo ao seu mundo interno e externo (e.g., Frijda, 2008; Gross, 2008; Izard, 2007).

A um nível mais complexo surgem as emoções secundárias, consideradas por uns autores junções de emoções básicas (e.g., Plutchik, 1994, 2001) e por outros produtos de construções sociais (e.g., Damásio, 2000), de que são exemplo o embaraço, a vergonha, a nostalgia ou a admiração. As emoções secundárias ou socias tendem a ser mais “cognitivas” e morais, e por isso específicas dos humanos. Na sequência destas distinções, convém realçar também a diferença entre os conceitos de emoção e sentimento. Apesar de muitas vezes encontrarmos na literatura um uso indiferenciado destes termos, estes não são propriamente equivalentes. De acordo com Damásio (2000, 2001) o sentimento consiste na representação mental da emoção, que inclui as alterações corporais e cognitivas. Ao contrário das emoções, que são observáveis e públicas, os sentimentos são privados, subjetivos, desempenhando um papel regulador na complexa interação do organismo com o ambiente. Este autor coloca o sentimento num nível superior, sendo o culminar de um processo que se inicia com a emoção

(Damásio & Carvalho, 2013) e que “*amplify the impact of a given situation, enhance learning, and increase the probability that comparable situations can be anticipated*” (Damásio, 2001, p.781). Outros autores, como Izard (1991, 2009), Kringelbach (2007) ou Friedenberg e Silverman (2012) descrevem o sentimento como a componente experiencial da emoção. Sendo caracterizado por uma forte subjetividade, o sentimento constitui a forma como cada indivíduo experiencia a emoção.

Uma outra perspectiva tem sido desenvolvida no âmbito do estudo das emoções, diferenciando-se da abordagem categorial das emoções básicas universais. A abordagem dimensional conceptualiza as emoções como o resultado da combinação de algumas dimensões, nomeadamente a ativação (força ou intensidade da emoção), a valência (grau de prazer ou desconforto; positivo vs. negativo) e a aproximação-evitamento. Estas dimensões referem-se a experiências subjetivas e a categorização das emoções em função das dimensões é feita através de análises fatoriais das semelhanças e diferenças dos fenómenos emocionais (Hamann, 2012; Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006). Nesta abordagem, podemos destacar o modelo bidimensional proposto por James Russell (1980, 2003) onde, por exemplo, no quadrante de alta ativação e valência positiva encontram-se as emoções relacionadas com a alegria ou a excitação, no quadrante de alta ativação e valência negativa estaria o medo ou a raiva, no quadrante de baixa ativação e valência positiva a serenidade ou calma e por fim, no quadrante de baixa ativação e valência negativa as emoções relacionadas com tristeza ou aborrecimento. Esta perspectiva assume que cada dimensão funciona como um *continuum*, ou seja, por exemplo, emoções positivas e negativas estão relacionadas na medida em que a presença de uma implica a ausência da outra. É um modelo circumplexo (Figura 1), uma vez que as emoções não se encontram apenas junto aos eixos, variando na intensidade quer de ativação como de valência (Russell & Barrett, 1999).

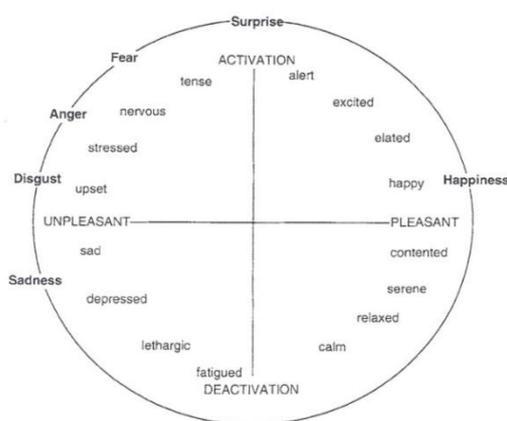


Figura 1 – Modelo circumplexo (retirado de Russell & Barrett, 1999)

Partindo desta conceptualização, Lisa F. Barrett (1998, 2009, 2011) afirma que não existe uma configuração neuronal biologicamente pré definida para cada emoção. As emoções não são entidades físicas, mas sim estados mentais altamente variáveis, que resultam da interação de sistemas psicológicos mais básicos. O conceito de *core affect* (Russell & Barrett, 1999) surge enquanto representação mental das sensações corporais que poderão ser descritas em função do *continuum* prazer/desconforto ou positivo/negativo com um determinado grau de ativação ou excitação. É um barómetro neurofisiológico da relação do indivíduo com o meio, influenciando a sua percepção, cognição e comportamento (Barrett, 2011). Através de processos psicológicos que implicam a avaliação, a atribuição de significado e a regulação, estas alterações neurofisiológicas adquirem uma função, tais como medo, alegria, raiva, etc. As emoções são assim categorias subjetivas que permitem representar e dar significado às situações vividas. São construções sociais, e por isso variam de cultura para cultura, de indivíduo para indivíduo e até num mesmo indivíduo em situações distintas (Barrett, 2009).

Nesta breve descrição das principais perspetivas sobre as emoções fica evidente a complexidade inerente à definição deste conceito. O estudo das emoções é sem dúvida um domínio que suscita o interesse de muitos investigadores e inevitavelmente muita controvérsia, ainda que seja de reconhecimento geral a função adaptativa das emoções e a sua importância no funcionamento humano. No ponto seguinte iremos debruçar-nos com mais detalhe sobre o estudo das emoções no contexto da psicoterapia, uma vez que é esse o foco do presente trabalho.

2.2. EMOÇÕES E PSICOTERAPIA

É comumente aceite, no domínio da psicoterapia, que o foco no trabalho emocional, no contexto de uma relação empática e segura, é facilitador do processo terapêutico (Coombs, Coleman & Jones, 2002; Sloan, 2006). Atualmente, o interesse pelo estudo das emoções atravessa todas as modalidades terapêuticas, existindo evidências de que a ativação de emoções específicas durante as sessões de psicoterapia e a exploração cognitiva da importância e do significado dessas emoções são importantes para a mudança terapêutica (Whelton, 2004).

Com base no modelo humanista/experiencial, a terapia focada nas emoções (TFE) destaca-se no estudo e investigação do processo de mudança terapêutica, enfatizando o papel das emoções enquanto elemento fundamental de adaptação e sobrevivência do indivíduo, orientando o seu comportamento e comunicação com o mundo. Enquadrado neste modelo, e atendendo a que o sofrimento emocional é um dos principais motivos

que leva um indivíduo a procurar intervenção psicoterapêutica, Leslie Greenberg (2008, 2010) propõe 5 princípios básicos no trabalho com as emoções em psicoterapia:

- Consciência emocional – é o princípio básico e mais geral que o autor refere como essencial no processo de mudança emocional. Não se trata apenas de pensar sobre as emoções ou falar sobre elas, mas de senti-las de forma mais consciente. Perceber o que se está a sentir, identificando o seu significado e objetivo. Daqui decorre um processo de aceitação das emoções, em detrimento do evitamento das mesmas. Só aceitando as emoções se torna possível promover estratégias mais adaptativas para lidar com as situações.
- Expressão emocional – a expressão no contexto terapêutico constitui um aspeto importante do processamento emocional. Envolve focar a atenção no que se está a sentir e na capacidade de exprimir essas emoções adequadamente. Em psicoterapia, a empatia desenvolvida entre terapeuta e cliente parece ser um fator potenciador deste processo de expressão emocional.
- Regulação emocional – o terceiro princípio do processamento emocional em contexto terapêutico é a regulação emocional. De acordo com Pascual-Leone e Greenberg (2007) as emoções precisam ser reguladas quando o sofrimento é tão grande que já não permite qualquer ação adaptativa. Regular as emoções envolve um conjunto de processos através dos quais o indivíduo pode aumentar, manter ou diminuir uma determinada resposta emocional. Este ponto será explorado com maior detalhe em seguida.
- Refletir sobre as emoções – O processo de reflexão ajuda o indivíduo a dar sentido às suas experiências, promovendo a construção de novas narrativas. A capacidade do indivíduo focar no seu sentir e usar isso na resolução de problemas e na criação de novos significados e formas alternativas para lidar com as situações é preditor de mudança em psicoterapia, independente dos modelos teóricos subjacentes. Dar significado ao que se está a sentir, atendendo à história pessoal, permite procurar responder à questão "*Porque é que esta situação em particular me faz sentir assim?*". De acordo com Wiser e Arnou (2001), "*a client who becomes aware of sadness, attends to the emergent feelings, and uses the felt experience to explore the nature and meaning of this sadness would be described as deeply experiencing*" (p. 158).
- Transformação emocional – com base nos princípios descritos anteriormente o objetivo será, de acordo com Greenberg (2002), mudar emoções através das emoções, ou seja, transformar emoções desadaptativas em respostas

mais adaptativas. Segundo o autor, as emoções desadaptativas são respostas inapropriadas para uma dada situação, e que, por esse motivo, deverão ser reguladas e transformadas.

2.2.1. Regulação emocional

Como já foi referido, nos últimos anos verifica-se um interesse crescente sobre o papel que as emoções desempenham ao nível dos processos de mudança em psicoterapia. Ao falarmos de emoções referimo-nos a um conjunto coordenado de processos fisiológicos, comportamentais e experienciais que influenciam o modo como cada um de nós percebe e interage com a realidade.

Qualquer um de nós já passou, com certeza, por situações em que teve de manter um sorriso na interação com os outros, apesar de se sentir triste, ou já teve de controlar o riso numa situação menos oportuna para tal, ou mesmo até controlar a raiva perante uma autoridade. A isto chama-se regulação emocional. Gross (1998a) define regulação emocional como o processo através do qual o indivíduo exerce influência sobre o que está a sentir e sobre o modo como experiencia e expressa as suas emoções. De acordo com Niedenthal et al. (2006) são vários os motivos que conduzem a um processo de regulação emocional. Tendencialmente, este processo inicia-se com o objetivo de diminuir as emoções negativas ou evitar emoções desagradáveis e aumentar as emoções positivas. No entanto, o inverso também pode acontecer. Até porque, tal como referem os autores, “*feeling good and feeling bad do not always have the corresponding positive or negative meanings*” (p.158).

As estratégias que visam aumentar, diminuir e/ou manter as respostas emocionais variam num *continuum* quanto ao grau de controlo/automatismo, esforço e consciência por parte do indivíduo, podendo essas estratégias ser adaptativas ou desadaptativas consoante os seus recursos para lidar com a situação ativadora (Gross, 1999). A nível fisiológico, o processo de regulação emocional permite controlar e/ou modular a ativação física sentida numa determinada situação, permitindo ao indivíduo funcionar de forma mais adaptativa ao contexto. Em termos cognitivos, possibilita a modificação do significado atribuído ao que se está a sentir, reavaliando as situações, procurando explicações alternativas e novas estratégias de *coping*. A nível comportamental, um processo de regulação emocional pode passar pelo controlo do que se quer expressar através da supressão, do evitamento ou do confronto e ativação de emoções (Greenberg, 2002). Gratz e Roemer (2004) salientam ainda que a regulação emocional envolve a consciência e a compreensão das emoções, a aceitação das mesmas, a capacidade para

controlar comportamentos impulsivos sobretudo quando se experiencia emoções negativas e a capacidade para flexibilizar e modular as respostas emocionais.

Na literatura são várias as tentativas de conceptualizar a forma como as pessoas regulam as suas emoções (e.g., Koole, 2009; Larsen, 2000). O modelo proposto por Gross (1998a, 1998b) continua ainda atualmente a ser o mais usado, e com base neste, Webb, Miles e Sheeran (2012) salientam como principais estratégias de regulação emocional a modificação do foco atencional, a modificação cognitiva e a modulação da resposta. Em termos gerais, a modificação do foco atencional consiste no uso de estratégias como a distração ou a concentração para controlar a influência de uma dada situação ativadora. A modificação cognitiva envolve uma mudança na forma como o indivíduo avalia a situação e lhe atribui um novo significado. E a modulação da resposta tem como foco a modificação da resposta fisiológica, experiencial e comportamental da emoção ativada, sendo uma das principais estratégias a supressão da expressão emocional (Gross, 2008). Na já referenciada meta-análise de Webb et al. (2012) constatou-se que as estratégias de modificação cognitiva (que envolvem a reavaliação cognitiva) são mais efetivas na regulação das emoções que as estratégias de foco atencional ou de supressão da expressão emocional. Estes dados são consistentes com outros estudos que revelaram uma associação negativa entre a reavaliação cognitiva e a presença de sintomatologia psicopatológica e a tendência para o aumento destes sintomas quando predomina o uso de estratégias de regulação emocional assentes na supressão das emoções (e.g., Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). No mesmo sentido, Gross e John (2003) salientaram que indivíduos que regulam as suas emoções habitualmente através da reavaliação cognitiva da situação apresentam níveis mais satisfatórios de bem-estar e melhor relacionamento interpessoal.

Podemos assim concluir que um funcionamento psicológico adaptativo requer a capacidade de regular a experiência emocional. Este é um processo complexo que envolve a diferenciação das emoções, a sua aceitação, reflexão e avaliação sobre o modo como estas são experienciadas e expressas (Gross, 2008). Mas para que possamos regular as emoções de forma adaptativa, torna-se fundamental perceber o que estamos a sentir. Tal como referem Barrett, Gross, Christensen e Benvenuto (2001), *“knowing how we feel helps to inform us about the significance of the immediate situation, to work out what we should do next, and to indicate what, if anything, we should do about changing how we feel”* (p.714). A diferenciação emocional implica a capacidade de distinguir diferentes emoções, atribuindo-lhes um significado singular e uma expressão coerente com base nesse mesmo significado (Barrett et al., 2001). Enquanto alguns indivíduos experienciam e expressam as suas emoções de forma diferenciada, outros

fazem-no de forma mais indiferenciada, sem grande pormenor na análise do que estão a sentir. No primeiro caso, os indivíduos tendem a distinguir com detalhe as diferentes emoções, percebendo a diferença entre elas, conseguindo avaliar por isso o significado das suas respostas emocionais. São capazes de perceber o que estão a sentir, encontrando estratégias de regulação emocional mais adequadas e adaptativas à situação ativadora. No caso dos indivíduos com reduzida capacidade de diferenciação emocional, as experiências emocionais não são analisadas com detalhe, sendo pouco diferenciada a forma como são experienciadas e expressas, normalmente atendendo apenas à valência positiva ou negativa das emoções (Barrett et al., 2001; Lindquist & Barrett, 2008). Esta dificuldade em perceber o que se está a sentir conduz, especialmente no caso de experiências emocionais negativas, a uma menor competência ao nível da regulação emocional, podendo consequentemente contribuir para o desenvolvimento de múltiplas psicopatologias (Lindquist & Barrett, 2008).

2.2.2. Alexitimia

A importância da capacidade de diferenciar o que estamos sentir remete-nos para o conceito de alexitimia. Este conceito deriva do grego e significa “sem palavras para os sentimentos”. Encontra-se associado a observações clínicas de doentes psicossomáticos que, de acordo com o relato de vários autores (e.g., Ruesch, 1948, Maclean, 1949 cit in Taylor, Bagby, & Parker, 1997), apresentavam um reduzido conhecimento acerca das suas experiências emocionais, incapacidade de as diferenciar e dificuldade em descrever o que sentiam.

Nos anos 70, John Nemiah e Peter Sifneos, partindo de uma sistematização de todos os trabalhos sobre o tema, apresentaram as principais características deste constructo: (a) dificuldade em identificar e descrever sentimentos; (b) dificuldade em distinguir os sentimentos das sensações corporais da ativação emocional; (c) processos imaginativos limitados, e (d) estilo cognitivo orientado para o exterior (Taylor et al., 1997). A alexitimia é um conceito multifacetado que procura refletir a dificuldade de alguns indivíduos em diferenciar e comunicar o que estão a sentir, apresentando um pensamento simbólico reduzido, centrado em acontecimentos externos. Quando questionados sobre o que sentem em determinadas situações ativadoras tendem a manifestar alguma confusão (e.g., “*não sei explicar...*”), a dar respostas vagas e inespecíficas (e.g., “*sinto-me mal...*”) ou a centrarem-se apenas nas sensações corporais (e.g., “*dói-me a barriga...*”) (Lumley, Neely, & Burger 2007).

De acordo com Taylor et al. (1997) estas características refletem défices ao nível do processamento cognitivo e da regulação emocional. Os indivíduos alexitímicos

demonstram uma menor capacidade para lidar com as emoções, o que se traduz no recurso a estratégias de regulação emocional desadaptativas. O estudo de Swart, Kortekaas e Aleman (2009) vem demonstrar que estes indivíduos são mais propensos a recorrer a estratégias de supressão emocional do que de reavaliação cognitiva. Também Pandey, Saxena e Dubey (2011) constataram que, numa amostra de indivíduos saudáveis, os que apresentavam níveis mais elevados de alexitimia revelavam mais dificuldades de aceitação das emoções, falta de clareza emocional e dificuldade de controlo dos impulsos. Tal como Lindquist e Barrett (2008) referem, não se trata de uma incapacidade de sentir, mas sim de uma falha na tradução dos estados emocionais em representações mentais, ou seja, numa dificuldade na vivência da emoção, consequência de um pensamento marcadamente operatório. Os estudos no domínio das neurociências corroboram este facto, demonstrando que, durante experiências emocionais, os indivíduos com elevados níveis de alexitimia revelam uma menor ativação em algumas áreas do córtice pré-frontal e cíngulo anterior, áreas importantes na representação mental dos estados emocionais (e.g., Taylor, & Bagby, 2004; Wagner et al., 2008).

Como já foi referido, o estudo da alexitimia iniciou-se com doentes classicamente descritos como psicossomáticos (e.g., Sifneos, 1973), mas atualmente estende-se a várias perturbações clínicas, de que são exemplo o abuso e dependência de substâncias (e.g., Speranza, et al., 2004), perturbações da ansiedade e depressão (e.g., Honkalampi, Hintikka, Laukkanen, Lehtonen, & Viinamaki, 2001; Marchesi, Brusamonti, Maggini, 2000), perturbação de stress pós-traumático (e.g., Frewen, Dozois, Neufeld, & Lanius, 2008) e PCA (e.g., Eizaguirre, Cabezón, Alda, Olariaga, & Juaniz, 2004; Torres et al., 2011). Relativamente às PCA, estima-se que 40% a 60% dos doentes com AN e BN apresentem valores clínicos de alexitimia (para uma revisão dos trabalhos publicados neste domínio ver Torres et al., 2011). Devido a estas percentagens elevadas considera-se que os comportamentos de restrição alimentar, de ingestão compulsiva e/ou de purgação, presentes neste tipo de perturbações, podem ser entendidos como estratégias de regulação emocional, nomeadamente estratégias de evitamento ou supressão emocional que desviam a atenção das emoções negativas para o corpo ou para o ato de comer (e.g., Overton, Selway, Strongman, & Houston, 2005; Taylor et al., 1997). Na população psiquiátrica em geral, a presença de alexitimia varia, de acordo com Fernandes e Tomé (2001), entre 30 a 40%, descendo consideravelmente para os 10-20% na população normal.

Na etiologia da alexitimia encontramos essencialmente duas grandes perspetivas: origem neurobiológica e origem psicossocial (Carneiro & Yoshida, 2009; Taylor et al., 1997). A perspetiva neurobiológica defende que um défice na comunicação entre os dois

hemisférios cerebrais estará na base das dificuldades associadas ao quadro alexitímico. Se por um lado, o hemisfério direito se encontra mais associado à emocionalidade e por outro, o hemisfério esquerdo ao pensamento concreto, uma falha na comunicação entre eles resulta numa dificuldade em perceber o que se está a sentir, e na incapacidade de modular e comunicar as emoções. À alexitimia resultante deste défice Sifneos (1991) chamou de primária, também tendencialmente considerada um traço de personalidade devido ao seu caráter mais duradouro, permanente e independente de outras perturbações psicológicas (Martínez-Sánchez, Ato-García, & Ortiz-Soria, 2003). A perspetiva psicossocial considera que fatores desenvolvimentais, como as relações de vinculação na infância, ou fatores culturais, como características de uma cultura ou o nível educacional, poderão influenciar a expressão emocional. Experiências traumáticas poderão também contribuir para o desenvolvimento da alexitimia, enquanto estratégia do indivíduo para lidar com situações mais adversas, procurando evitar assim a dor e a tristeza associadas. Nesta perspetiva, a alexitimia pode desenvolver-se secundariamente a problemas físicos ou mentais (Sifneos, 1991), observando-se evoluções positivas na capacidade de expressão emocional com a melhoria do quadro clínico produzida pelo tratamento (Lumey, 2000).

Apesar das inúmeras pesquisas ao nível da etiologia, prevalência e características da alexitimia, ainda não existe consenso quanto à sua natureza. A alexitimia pode funcionar como um fator de risco para várias perturbações psiquiátricas e doenças orgânicas, no entanto, tem sido também encontrada em amostras não clínicas, não estando necessariamente associada à doença mental ou física (Taylor & Bagby, 2004). Ogrodniczuk (2007) considera que se deve entender a alexitimia como um constructo com processos psicológicos específicos, e não como uma característica psicológica estática ou dependente de qualquer perturbação psiquiátrica. Também Prazeres (2000) refere que a alexitimia não deve ser considerada um fenómeno de “tudo ou nada”. Qualquer pessoa, numa determinada circunstância, pode adotar um estilo de comunicação emocionalmente menos expressivo ou empobrecido. O problema surge quando o funcionamento alexitímico se torna a forma preferencial para lidar com estados de tensão. Nestes casos, aqueles que são cognitivamente menos capazes de regular as suas emoções durante períodos de maior stress ou tensão apresentam piores resultados ao nível da saúde e bem-estar em geral (Connelly & Denney, 2007).

De acordo com Grabe et al. (2008) cerca de 25% dos indivíduos que procuram psicoterapia podem ser considerados alexitímicos. Este tipo de funcionamento parece limitar a eficácia das estratégias terapêuticas, independentemente do modelo teórico ou da modalidade (individual ou grupal) subjacente (McCallum, Piper, Ogrodniczuk, & Joyce,

2003; Orgradniczuk, Piper, & Joyce, 2011). As dificuldades em diferenciar e expressar as emoções, bem como um pensamento simbólico empobrecido dificultam o trabalho terapêutico, que deverá privilegiar o aumento da consciência emocional e o foco no mundo interno do sujeito, em detrimento de uma concentração exagerada na realidade externa e/ou nos sintomas físicos. A reação negativa do terapeuta face ao cliente alexitímico parece constituir também uma dificuldade acrescida para a mudança terapêutica destes indivíduos. Orgradniczuk et al. (2005), num estudo com 107 pessoas que fizeram parte de um processo de psicoterapia de grupo, verificaram que quanto mais elevado o nível de alexitimia dos clientes, menos positivas eram as reações dos terapeutas a estes e conseqüentemente piores os resultados no final da intervenção.

Apesar de a alexitimia ter implicações negativas para a saúde (Lumley, Neely, & Burger 2007), é possível intervir com vista à sua redução. São vários os exemplos de estudos que relatam diminuição dos níveis de alexitimia dos participantes ao longo da intervenção, nomeadamente nas PCA (e.g., Becker-Stoll & Gerlinghoff, 2004; Clyne & Blampied, 2004), na perturbação de pânico (e.g., Rufer, et al., 2010), doença cardíaca (e.g., Beresnevaite, 2000) e cancro (e.g., Tulipani, et al., 2010). Estes dados indicam que indivíduos alexitímicos podem, pelo menos em parte, desenvolver a sua consciência emocional e a forma como comunicam as suas emoções aos outros, aumentando assim a sua capacidade de usar a informação emocional para encontrar formas adaptativas de lidar com as situações e melhorar o seu estado de saúde (Orgradniczuk et al., 2011). Citando Sim e Zeman (2004) *“without the ability to identify the specific emotion that one is experiencing, choosing an appropriate and effective strategy to alleviate this state will largely be haphazard or based on short-term consequences and, thereby, inadequate”* (p. 767).

2.3. EMOÇÕES NA OBESIDADE

Depois de apresentados alguns aspetos teóricos sobre as emoções, torna-se central estabelecer agora a relação entre o exposto e a problemática da obesidade.

2.3.1. Emoções e comportamento alimentar

Apesar da inconsistência de alguns resultados sobre o valor preditivo da ingestão emocional no desenvolvimento da obesidade, é comumente aceite que as emoções exercem uma forte influência na ingestão e nas escolhas alimentares, e que paralelamente o nosso comportamento alimentar tem efeito sobre os estados emocionais.

Ou seja, comer afeta a forma como nos sentimos, do mesmo modo que o que sentimos influencia a forma como comemos.

De acordo com Macht e Simons (2000), a relação entre emoções e comportamento alimentar é forte, sendo que diferentes emoções têm um impacto diferenciado na quantidade de alimentos ingeridos. Por exemplo, em situações de raiva, os indivíduos tendem a relatar um aumento do impulso para comer, independentemente do tipo de alimentos disponíveis. Enquanto em situações de alegria, os indivíduos reportam um aumento do prazer na ingestão alimentar assim como o consumo de alimentos saudáveis. Estes comportamentos são encontrados na população em geral, referentes a situações do dia-a-dia (Canetti, Bachar, & Berry, 2002; Ganley, 1989; Goldbacher et al., 2012).

Perante esta variabilidade (entre indivíduos, e entre emoções), Michael Macht (2008) procurou sintetizar a influência das emoções no comportamento alimentar. Segundo o autor, e fazendo uma síntese de vários estudos, a resposta natural a uma situação emocionalmente intensa (e.g., distress, medo, tensão) é uma inibição fisiológica da motivação para comer. No entanto, e como já foi referido anteriormente, de acordo com a teoria da restrição alimentar (Herman & Polivy, 1980), nos indivíduos com um padrão alimentar restritivo o distress emocional parece desinibir a dieta restritiva, aumentando assim o consumo alimentar. A situação desencadeadora de estados emocionais negativos parece sobrepor-se à necessidade de controlar a ingestão alimentar. A teoria da ingestão emocional (Bruch, 1961; Macht, 2008; Oliver, Wardle, & Gibson, 2000; van Strien, Herman, & Verheijden, 2009; van Strien et al., 2012) sugere também que certos indivíduos consomem mais doces e gorduras como forma de lidar com o distress ou outras emoções negativas, aumentando o risco de se tornarem obesos. Tanto a restrição alimentar como a ingestão emocional atuam como moderadores na relação entre consumo alimentar em excesso e aumento de peso (van Strien, Herman, & Verheijden, 2009).

Estes padrões de comportamento alimentar aumentam a probabilidade, perante estados emocionais negativos, da ocorrência de comportamentos de ingestão compulsiva. A este propósito, Gluck, Geliebter, Hung e Yahav (2004) referem que obesos com PIC apresentam uma tendência para ingerir compulsivamente perante estados emocionais negativos. Também no estudo de Abilés et al. (2010) os doentes obesos apresentam mais preocupações com a comida, incluindo medo de perder o controlo, medo de serem vistos a comer e culpa por comerem. Muitos destes obesos referem que comem em resposta a situações emocionalmente mais intensas. Outros estudos (e.g., Arnow, Kenardy, & Agras, 1995; Fischer, et al., 2007; Masheb & Grilo, 2006; Ricca, et al.,

2009; Telch & Agras, 1996; Zeeck, Stelzer, Linster, Joos, & Hartmann, 2010) salientam a associação entre a ingestão emocional e a frequência dos episódios de ingestão compulsiva. É colocada a hipótese de a compulsão alimentar funcionar como um reforço negativo, reduzindo o desconforto provocado pelos estados emocionais negativos, ainda que temporariamente. Corstorphine (2006) sugere que o comportamento alimentar desadaptativo pode ser usado como forma de bloquear a tomada de consciência de certas emoções difíceis de tolerar para os indivíduos, dirigindo a atenção para estímulos externos como a comida. No entanto, este seu efeito temporário resulta numa posterior exacerbação do mal-estar emocional.

2.3.2. Regulação emocional, alexitimia e obesidade

De acordo com Macht (2008), os processos de regulação emocional desempenham um papel importante no desenvolvimento e manutenção dos problemas ao nível do comportamento alimentar. Para Evers, Stok e Ridder (2010) não são as emoções negativas em si que conduzem aos problemas de comportamento alimentar, mas sim o recurso a estratégias de regulação emocional desadaptativas para lidar com tais emoções. Num estudo realizado com uma amostra de mulheres de peso normal e sem PCA, as autoras constataram que aquelas que usam a supressão como estratégia preferencial para lidar com as emoções no seu dia-a-dia consomem mais alimentos em situações emocionalmente mais intensas quando comparadas com as mulheres que raramente recorrem a essa estratégia de regulação emocional. Num outro estudo com 102 indivíduos com obesidade mórbida, Zijlstra et al. (2012) verificaram que estes manifestam maiores dificuldades em regular as suas emoções comparativamente com a amostra de peso normal, fazendo-o preferencialmente através de estratégias de supressão emocional.

A supressão da expressão emocional tem como objetivo um controlo ou evitamento da resposta comportamental à experiência emocional, resultando numa avaliação e interpretação da situação menos adaptativa para o indivíduo e diminuindo a sua experiência subjetiva (Gross, 1999). Neste esforço de inibir a experiência emocional, alguns comportamentos inapropriados ou impulsivos podem emergir, nomeadamente o consumo de drogas, álcool, medicamentos e comida. A ingestão de certos alimentos, particularmente os de elevada palatabilidade e valor de recompensa, reduz, ainda que momentaneamente, os efeitos provocados pela situação emocionalmente mais intensa, atuando nos circuitos de recompensa cerebrais, provocando mudanças ao nível do humor (Cota et al., 2006). Este mecanismo contribui para a manutenção de um padrão de

regulação emocional desadaptativo. A reavaliação cognitiva mostra ser assim uma estratégia mais adaptativa, apresentando uma relação inversa com a ingestão emocional.

Whiteside et al. (2007) observaram nos indivíduos com PIC uma maior dificuldade em recorrer a estratégias de regulação emocional adaptativas, assim como uma maior dificuldade em identificar e dar sentido ao que estão a sentir. A ingestão emocional e os comportamentos de ingestão compulsiva associam-se a défices ao nível do processamento emocional, nomeadamente níveis elevados de alexitimia e pouca clareza emocional (Larsen et al., 2006; Moon & Berenbaum, 2009). Rommel et al. (2012) corroboram estes dados, encontrando numa amostra de 94 mulheres obesas uma capacidade reduzida de reconhecer as suas emoções e níveis mais elevados de ingestão emocional, quando comparadas com uma amostra da população normal. Para além disso, estes indivíduos revelaram também uma menor capacidade de discriminar os estados emocionais das outras pessoas.

Segundo van Strien et al. (2005) a relação entre estados emocionais negativos e comportamento alimentar disfuncional passa assim pela dificuldade em identificar as emoções, em diferenciar os estados internos e em reconhecer as sensações físicas relacionadas com fome e saciedade. Para van Strien e Ouwens (2007) uma pobre consciência interoceptiva associa-se à dificuldade em reconhecer os estados de fome e saciedade ou qualquer outro desconforto, bem como níveis mais elevados de alexitimia.

Esta questão conduz-nos a um ponto essencial do processo de regulação emocional, com implicações para a intervenção psicológica: para que possamos regular as emoções de forma adaptativa é fundamental perceber o que estamos a sentir. Não se trata apenas de uma dificuldade em lidar com as emoções negativas, mas também de uma dificuldade na sua correta identificação. Neste sentido, e no seguimento do exposto no ponto 2.2.2, são vários os estudos que referem a alexitimia como um problema presente nas PCA (Cochrane, Brewerton, Wilson, & Hodges, 1993; Montebanocci, et al., 2006; Nowakowski, McFarlane, & Cassin, 2013; Torres et al., 2011), nomeadamente uma associação entre as dificuldades em identificar e descrever os sentimentos e comportamentos de restrição alimentar e ingestão compulsiva. Na obesidade, tal como já foi aqui referido, a alexitimia correlaciona-se com a ingestão emocional (Larsen et al., 2006; Zijlstra, et al., 2012) e com os comportamentos de ingestão compulsiva (Pinaquy, et al., 2003; Pinna, et al., 2011). Larsen et al. (2006) num estudo com 413 indivíduos obesos encontraram diferenças de género nesta relação entre alexitimia e ingestão emocional. Apesar das mulheres apresentarem resultados mais elevados de ingestão emocional e depressão que os homens, nestes a relação entre as características alexitímicas e a ingestão emocional era mais forte. Diferenças de género foram encontradas também no estudo de

Elfhag e Lundh (2007), com os homens obesos a manifestarem níveis mais elevados de pensamento orientado para exterior do que as mulheres da mesma amostra, enquanto estas revelaram resultados mais altos ao nível da dificuldade em identificar os sentimentos. Pinaquy et al. (2003) numa amostra de 169 mulheres obesas verificaram que 52% da amostra pode ser considerada alexitímica sendo esta percentagem mais elevada no subgrupo de mulheres obesas com PIC. Carano et al. (2006) observaram que os indivíduos obesos com alexitimia apresentam níveis mais graves de PIC, níveis mais elevados de insatisfação com imagem corporal e pior autoestima, sendo estes resultados mais salientes nas mulheres do que nos homens. Para Zijlstra et al. (2012) a dificuldade em identificar os sentimentos pode ser considerada um mecanismo relevante na etiologia e manutenção da obesidade. À semelhança do que acontece noutros comportamentos aditivos (Lumley, 2007), perante um quadro alexitímico, a ingestão alimentar procura regular a ativação emocional aversiva (Zijlstra et al., 2012).

Estes dados assentam na perspetiva de que a alexitimia desenvolve-se em associação com outros problemas que influenciam a expressão emocional dos indivíduos (Lumley, Neely, & Burger, 2007). No caso particular da obesidade, devido à sua cronicidade, a propensão dos indivíduos obesos para o desenvolvimento de características alexitímicas, enquanto mecanismo de defesa para lidar com as consequências físicas, psicológicas e sociais inerentes à doença, poderá estar aumentada. Contudo, a questão em torno da conceção da alexitimia como um estado ou um traço é sempre controversa. Pois, se por um lado, sabemos que indivíduos obesos apresentam níveis significativamente mais elevados de alexitimia que a população com peso normal e que esta relaciona-se com a presença de ingestão emocional e PIC, por outro lado, alguns estudos vêm mostrar que indivíduos ex-obesos apresentam níveis de alexitimia similares aos indivíduos com obesidade. Por exemplo, Noli et al. (2010), num recente estudo que compara indivíduos com obesidade mórbida e indivíduos que realizaram cirurgia bariátrica (após estabilização da perda de peso), constataram que não há diferenças nos níveis de alexitimia entre os dois grupos. Ou seja, apesar da presença de PIC e ingestão emocional ser significativamente superior no grupo de indivíduos obesos quando comparados com o grupo que realizou cirurgia, os níveis de alexitimia são bastante similares entre os dois. Estes dados vão de encontro a outros estudos (Adami, et al., 2001; de Chouly et al., 2001) que sugerem que a presença de alexitimia na obesidade deverá ser entendida como um traço de personalidade estável, independente da perda de peso. No entanto, parece-nos aqui importante fazer referência ao facto de estes estudos compararem indivíduos obesos com indivíduos que deixaram de o ser através de cirurgia bariátrica. Será que esta forma de tratamento, apesar da diminuição

efetiva do IMC, conduz a uma mudança imediata, em termos psicológicos, no “deixar de ser” obeso? Será que a cronicidade da doença não rigidifica um modo menos adaptativo de regular as emoções que não muda só ou apenas pela perda de peso? Apesar dos comportamentos de ingestão compulsiva tenderem a diminuir após a cirurgia bariátrica, o que vários estudos (e.g., Kofman, Lent, & Swencionis, 2010; Saunders, 2001; White, Kalarchian, Masheb, Marcus, Grilo, 2010) verificam é o desenvolvimento de novos comportamentos alimentares igualmente desadaptativos (e.g., petiscar contínuo, ingestão compulsiva de líquidos, ruminação) após o tratamento cirúrgico. Não continuarão estes comportamentos a ser estratégias de regulação emocional associadas a défices ao nível do processamento das emoções? É difícil avançar com uma resposta clara para todas estas questões, no entanto o que parece ser cada vez mais aceite é que a alexitimia não deve ser entendida de uma forma meramente dicotómica, mas sim como um constructo com processos psicológicos complexos, que inclui fatores mais estáveis e outros mais circunstanciais (Lumley, et al., 2007). Entre estes últimos, ao nível das PCA, alguns autores (e.g., Eizaguirre, et al., 2004; Torres, et al., 2014) têm salientado a depressão como um fator que explica, ainda que parcialmente, as dificuldades de identificar e descrever emoções nestes doentes.

Apesar deste debate em torno da conceção da alexitimia como um estado ou um traço, é relativamente consensual que a presença de características alexitímicas interfere com a resposta ao tratamento na população clínica em geral (Ogrodniczuk et al., 2011), incluindo os problemas de comportamento alimentar (Speranza, Loas, Guilbaud, & Corcos, 2011; Taylor et al., 1997). Panfilis et al. (2007) avaliaram um programa de intervenção para a perda de peso em 68 obesos, constatando que nos indivíduos com PIC as características alexitímicas predizem piores resultados. Se por um lado, os défices ao nível da regulação emocional parecem favorecer o comportamento alimentar desadaptativo, como é o caso da ingestão emocional e a ingestão compulsiva na obesidade, por outro lado, as dificuldades de introspeção e o estilo de pensamento orientado para o exterior interferem também com os resultados destes indivíduos em psicoterapia. No mesmo sentido, Speranza et al. (2007) numa amostra de PCA, verificaram que a dificuldade em identificar sentimentos associa-se a um prognóstico mais negativo a longo prazo. Ou seja, níveis mais elevados de alexitimia na fase pré intervenção predizem menos melhorias clínicas no final intervenção. Os autores sugerem, neste trabalho, que este resultado poderá dever-se ao facto de a alexitimia influenciar o curso da doença e a resposta às estratégias terapêuticas.

Estes resultados suportam a ideia que os indivíduos com problemas ao nível do comportamento alimentar beneficiam de uma intervenção focada na clarificação das

sensações físicas e dos estados emocionais, que são percebidas muitas vezes de forma vaga e efêmera. No caso particular dos indivíduos com PIC é igualmente importante clarificar os estímulos internos e externos que funcionam como precipitantes do comportamento compulsivo (Taylor et al., 1997). Becker-Stoll e Gerlinghoff (2004) avaliam o efeito de um programa de intervenção em grupo nas PCA, centrado numa abordagem multimodal, procurando promover a compreensão e a expressão emocional, incentivando também a expressão não-verbal das emoções. Os resultados mostram uma redução significativa dos níveis de alexitimia em todas os participantes no final da intervenção. Também Storch et al. (2011) salientam uma melhoria na capacidade de identificar emoções nos participantes de um programa de intervenção focado na promoção de estratégias de regulação emocional. Clynea e Blampied (2004) numa amostra de indivíduos com PIC verificaram uma redução dos níveis de alexitimia, assim como de depressão e dos comportamentos de ingestão compulsiva, após um programa de intervenção em grupo focado na identificação, comunicação e regulação das emoções. Relativamente à obesidade, ainda que os programas de intervenção mais atuais contemplem a influência das emoções no comportamento alimentar, são escassos os estudos centrados diretamente na promoção de estratégias de regulação emocional, visando conseqüentemente a mudança ao nível das características alexitímicas. Alguns dados recentes (Compare et al., 2013; Leahey, Crowther, & Irwin, 2008) que combinam a intervenção a nível emocional e o aconselhamento dietético são promissores, sugerindo melhorias ao nível da regulação emocional, com conseqüente impacto na perda de peso e remissão dos problemas de comportamento alimentar na obesidade.

Neste capítulo contextualizámos algumas das principais abordagens no estudo das emoções, dando particular atenção à sua relação com o tema da obesidade. Procurámos salientar os principais contributos teóricos e empíricos do estudo das emoções no comportamento alimentar, que serve de enquadramento conceptual para o presente trabalho. No capítulo seguinte iremos debruçar-nos sobre a temática da psicoterapia de grupo. Procuraremos realçar os contributos que esta modalidade de intervenção tem no tratamento da obesidade, focando essencialmente as bases teóricas e empíricas do psicodrama, modelo que serve de base ao programa de intervenção implementado nesta investigação.

CAPÍTULO III

PSICOTERAPIA DE GRUPO E PSICODRAMA

3.1. PSICOTERAPIA DE GRUPO: ENQUADRAMENTO GERAL

Atualmente verifica-se um crescente interesse pelo estudo da intervenção psicológica em contexto grupal. São várias as razões que o justificam, nomeadamente a possibilidade que este tipo de intervenção oferece ao nível da partilha e troca de experiências, valorização da expressão emocional, responsabilidade e crescimento pessoal e desenvolvimento de competências interpessoais (Yalom & Leszcz, 2005). A intervenção psicológica em grupo, dependendo do contexto (e.g., saúde, educação, organizações), pode assumir objetivos distintos, desde os mais educacionais, desenvolvimentais ou terapêuticos.

Os grupos terapêuticos destacam-se pelo facto de proporcionarem o encontro entre pessoas que, ao reconhecerem as semelhanças dos seus problemas, vivenciam o espaço terapêutico como uma forma de suporte social, de partilha e de desenvolvimento de estratégias mais adaptativas para lidarem com as mais diversas situações (Guerra, Lima, & Torres, 2014). Fuhriman e Burlingame (2000) definem psicoterapia de grupo como *“the treatment of emotional or psychological disorders or problems of adjustment through the medium of a group setting, the focal point being the interpersonal (social), intrapersonal (psychological) or behavioral change of the participating clients or group members”* (p. 31). Uma revisão da literatura sobre os resultados da psicoterapia de grupo conclui que este formato de intervenção é eficaz na promoção de mudanças ao nível das cognições, emoções e comportamentos, permitindo também uma melhor gestão dos recursos financeiros e humanos (Burlingame, Fuhriman, & Johnson, 2004).

Irvin Yalom dedicou muito do seu trabalho ao estudo da intervenção em grupo, identificando 11 fatores que, na sua perspetiva, são essenciais para a compreensão dos mecanismos que possibilitam a mudança terapêutica (Yalom & Leszcz, 2005):

- Incutir e manter a esperança - confiança e otimismo em relação ao poder terapêutico do grupo;
- Universalidade - reconhecimento de que não se está sozinho, nem se é o único a vivenciar um determinado problema;
- Informação participada - componente didática da intervenção; partilha de informação;
- Altruísmo - sensação de utilidade e de ajuda ao outro;

- Recapitulação corretiva do grupo familiar primário - possibilidade de vivenciar e de corrigir no grupo padrões de comportamentos semelhantes aos que ocorrem noutros grupos sociais, como a família;
- Desenvolvimento de competências sociais - competências que se desenvolvem naturalmente através do relacionamento interpessoal no seio do grupo;
- Modelagem - mudança de comportamentos através da observação e identificação com o comportamento de outros;
- Catarse - libertação emocional no contexto de um grupo coeso;
- Fatores existenciais - exploração de temas como o sentido de vida, a liberdade e a responsabilidade pelas escolhas que se faz;
- Coesão - sentimento de pertença desenvolvido através da relação terapêutica com o terapeuta e com os membros do grupo;
- Aprendizagem interpessoal - aprender a comunicar com os outros, a dar e a receber feedback de forma autêntica.

Influenciado pelos princípios humanistas e existenciais, para o autor estes fatores sustentam o poder da intervenção grupal, e são transversais aos diferentes modelos teóricos subjacentes à intervenção. De referir ainda que Yalom (2005) salienta a coesão como um fator muito importante para o sucesso de um grupo, pois permite o desenvolvimento do sentimento de identidade e pertença, fundamentais para o trabalho psicoterapêutico.

À semelhança do que acontece noutros tipos de grupo, dos quais todos fazemos parte (e.g., família, amigos), os grupos terapêuticos caracterizam-se também por apresentarem uma liderança, normas a cumprir e por passarem por diferentes fases de desenvolvimento ao longo do processo de intervenção. Os grupos distinguem-se quanto à sua estrutura, número de sessões, número de elementos, heterogeneidade/homogeneidade das características dos participantes e modelo teórico de base (Bernard et al., 2008). Na literatura encontramos maioritariamente estudos sobre a eficácia de intervenções grupais de curta duração, manualizadas e implementadas num grupo homogêneo de indivíduos com um problema específico, sendo o principal objetivo da intervenção a redução de sintomas (Burlingame et al., 2004). Burlingame, Fuhriman e Mosier (2003) numa meta análise sobre a eficácia e a efetividade da psicoterapia de grupo constataram que esta modalidade de intervenção conduz a mudanças terapêuticas efetivas quando comparada com os grupos de controlo, como é o caso das listas de espera. Os resultados das comparações pré e pós intervenção vêm igualmente reforçar as melhorias significativas no funcionamento psicológico dos participantes.

A aplicabilidade da psicoterapia de grupo estende-se às mais diversas condições médicas e psicológicas (Barlow, 2008; Corey, 2012), sendo a obesidade e as PCA exemplos onde os resultados revelam ser bastante positivos, como exposto no ponto que se segue.

3.2. PSICOTERAPIA DE GRUPO E OBESIDADE

Os estudos de revisão salientam a terapia cognitivo-comportamental (TCC) como aquela que apresenta maior eficácia no tratamento da obesidade e da PIC (Corsica & Perri, 2003; Radomile, 2005; Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007), sendo no entanto as intervenções de caráter individual as mais estudadas. Renjilian et al. (2001) num estudo que comparou a eficácia da intervenção em grupo e da intervenção individual no tratamento da obesidade constataram que a intervenção grupal apresenta melhores resultados ao nível da perda de peso. Cerca de 45% dos indivíduos que participaram na terapia de grupo apresentaram perdas de peso clinicamente significativas, contra 29% dos que participaram na terapia individual. Os autores sugerem que os indivíduos deverão ser encaminhados para terapia de grupo ou terapia individual em função das suas preferências, pois isso potencia os resultados da intervenção. Estes dados são corroborados por outros estudos (e.g., Cresci et al., 2007; Nauta, Hospers, Kok, & Jansen, 2000) que enfatizam a intervenção grupal como eficaz na diminuição do número de episódios de ingestão compulsiva e na melhoria de algumas variáveis psicológicas, como a preocupação com imagem corporal, peso e alimentação. Ricca et al. (2010) numa amostra de obesos com PIC verificaram que a TCC, quer individual como grupal, revela ser eficaz na redução da frequência dos comportamentos de ingestão compulsiva, assim como na diminuição do IMC, psicopatologia e ingestão emocional. Ainda que neste estudo os resultados da intervenção individual sejam superiores aos da intervenção grupal na avaliação pós-intervenção, a longo prazo as duas modalidades apresentam resultados similares.

Seamore, Buckroyd e Stott (2006) referem que a eficácia da intervenção em grupo com a população obesa assenta no uso de estratégias cognitivo-comportamentais, assim como na promoção dos fatores terapêuticos identificados por Irvin Yalom (Yalom & Leszcz, 2005) designadamente a possibilidade que o grupo oferece ao nível da partilha e troca de experiências, valorização da expressão emocional, crescimento pessoal e desenvolvimento de competências interpessoais. Em particular na intervenção com indivíduos obesos com PIC, a TCC inclui uma componente psicoeducativa, monitorização do comportamento alimentar, reflexão sobre vantagens e desvantagens do

comportamento de ingestão compulsiva, reestruturação cognitiva, imagem corporal, treino de assertividade e prevenção da recaída. Assente nestes pressupostos, os referidos autores desenvolveram um programa de intervenção em grupo de 24 sessões semanais dirigido a mulheres obesas, visando a diminuição dos comportamentos de voracidade alimentar. Verificaram no final da intervenção uma redução significativa destes comportamentos, que se mantém na avaliação 6 meses depois da intervenção. Com base numa avaliação qualitativa dos resultados os autores salientam as mudanças ao nível do pensamento dicotómico (e.g., “bons ou maus alimentos”, “tudo ou nada”) e o aumento do conhecimento sobre os fatores que precipitam um episódio de ingestão compulsiva (Seamore et al., 2006). Também Agras, Telch, Arnow, Eldredge e Marnell, (1997) num estudo retrospectivo com 93 obesos que participaram num programa grupal de cariz cognitivo-comportamental, composto por 30 sessões, verificaram uma perda de peso nos indivíduos que conseguiram controlar o comportamento de ingestão alimentar compulsiva. Wolff e Clark (2001) avaliaram igualmente a eficácia de um programa de intervenção de 15 sessões, num grupo de 12 mulheres obesas, verificando uma redução significativa na frequência dos episódios de compulsão alimentar e uma melhoria significativa ao nível da autoeficácia e na avaliação da imagem corporal.

Também no contexto do tratamento cirúrgico da obesidade, tem-se assistido ao desenvolvimento de programas de intervenção em grupo (e.g., Elakkary, Elhorr, Aziz, Gazayerli, & Silva, 2006; Hildebrandt, 1998; Kinzli, Trefalt, Fiala, & Biebl, 2002). Marcus e Elkins (2004) salientaram a importância da fase pré-cirúrgica desenvolvendo programas de intervenção em grupo onde os doentes são acompanhados pré e pós cirurgia, visando uma maior consciencialização dos mecanismos envolvidos no comportamento alimentar, procurando contribuir para uma perda de peso saudável e uma melhor adaptação às mudanças exigidas. Saunders (2004) refere a predominância de grupos de cariz psico-educativo e de suporte, sugerindo a escassez de estudos sobre grupos de cariz psicoterapêutico. Neste sentido, desenvolve um programa de 12 sessões pós-cirúrgicas, de cariz cognitivo-comportamental, com influências da terapia interpessoal, cujos objetivos são promover um melhor ajustamento aos novos padrões alimentares, quebrar a associação pré-existente entre comida e conforto emocional, desenvolver novas estratégias de coping e de comunicação interpessoal.

Apesar de cientificamente comprovada a eficácia da TCC no tratamento da obesidade, os resultados continuam a ser pouco consistentes, sobretudo a longo prazo (Cooper & Fairburn, 2001; Cooper et al., 2010; Wilson et al., 2007). Ou seja, apesar de perdas entre os 5% e os 10% do peso inicial corresponderem a melhorias significativas em termos clínicos, o que se verifica é que a longo prazo a manutenção dessas perdas é

difícil. Dois anos após a intervenção os indivíduos tendem a recuperar o peso perdido (Buckroyd, Rother, & Stott, 2006; Cooper & Fairburn, 2001). Por este motivo, vários autores (e.g., Buckroyd & Rother, 2007, 2008; Corstorphine, 2006; Kotler, Boudreau & Devlin, 2003; Wilson et al., 2007) sustentam a necessidade de se atender aos fatores emocionais, sobretudo para os casos cujas dificuldades de regulação emocional revelam ser cruciais no desenvolvimento e manutenção da doença.

Neste sentido, Buckroyd e Rother (2007, 2008) desenvolveram um programa de intervenção em grupo que tem como principal objetivo ajudar os indivíduos a identificar o significado do consumo excessivo de alimentos, promovendo o desenvolvimento de estratégias alternativas de resolução de problemas. O foco do programa, composto por 36 sessões, incide essencialmente na componente emocional, designadamente através de um conjunto de técnicas que procuram expandir o léxico emocional dos elementos do grupo, tornando-os mais capazes de reconhecer sensações físicas, identificar emoções e qual a relação destas com determinados comportamentos alimentares. As autoras procuram desta forma intervir nas dificuldades de regulação emocional, que nesta população parecem associar-se, como já vimos, à presença de características alexitímicas. De acordo com Taylor et al. (1997) a terapia de grupo revela ser adequada para indivíduos alexitímicos, pois fornece uma ampla gama de situações interpessoais através das quais estes podem experienciar e aprender sobre as emoções.

Procurando igualmente potenciar os resultados das intervenções cognitivo-comportamentais mais clássicas, Corstorphine (2006) propõe uma terapia que designa por cognitivo-emocional-comportamental, cujo objetivo é capacitar os indivíduos com PCA, nomeadamente com PIC, para melhor compreenderem as suas experiências emocionais e assim conseguirem identificar e, se necessário, mudar os sentimentos de forma mais adaptativa. Esta terapia inclui técnicas da TCC, da terapia dialética, *mindfulness*, terapia experiencial, não sendo por isso a invenção de um novo modelo terapêutico, mas antes uma reconfiguração de estratégias já existentes. Este modelo inclui, num primeiro momento, a psicoeducação, que visa explorar o que é uma emoção, para que servem e naturalmente como é que as podem expressar de forma apropriada. Numa fase seguinte, o modelo enfatiza a promoção da consciência emocional e a reflexão sobre as vantagens e desvantagens de estratégias mais desadaptativas, como a supressão emocional. São identificadas as crenças (normalmente em forma de pensamentos automáticos) associadas a determinadas emoções e exploradas formas alternativas de interpretação das mesmas.

Outros modelos têm procurado afirmar-se como alternativas à abordagem clássica da TCC. Da chamada terceira geração das TCC, podemos destacar o *mindfulness* como

a abordagem que tem recebido maior atenção ao nível do tratamento da obesidade (Katterman et al., 2014; Leahey, Crowther, & Irwin, 2008; Tapper et al., 2009). Esta abordagem, normalmente desenvolvida em grupo, procura encorajar os indivíduos a focarem a sua atenção nas sensações físicas e nas emoções com uma postura de aceitação e de não julgamento. Ao fazê-lo, os indivíduos tornar-se-ão mais capazes de abandonar comportamentos desajustados, normalmente utilizados para evitar ou controlar pensamentos e sentimentos negativos, como é o caso da ingestão emocional ou dos comportamentos de ingestão compulsiva. Os resultados reportam uma diminuição destes comportamentos e um aumento da autoeficácia e do recurso a estratégias mais adaptativas de regulação emocional. A terapia comportamental dialética tem igualmente demonstrado eficácia na remissão dos comportamentos de ingestão compulsiva (Safer, Robinson, & Jo, 2010; Telch, Agras, & Linehan, 2001), assim como na redução da ingestão emocional em indivíduos obesos (Roosen et al., 2012). Este modelo postula que os comportamentos alimentares desadaptativos ocorrem em resposta a experiências emocionais difíceis de gerir, sobretudo quando o indivíduo não é capaz de aceder a mecanismos de coping mais adaptativos. A terapia interpessoal é também descrita na literatura como um modelo com resultados positivos no tratamento da PIC e da obesidade (Iacovino, Gredysa, Altman, & Wilfley, 2012; Wilfley et al., 2002; Wilson et al., 2007; Wilson et al., 2010). O foco incide nos défices que estes indivíduos muitas vezes apresentam a nível social e interpessoal e que potenciam o desenvolvimento dos comportamentos alimentares desadaptativos como forma de controlar as emoções negativas decorrentes de interações sociais insatisfatórias.

Podemos assumir que o esforço em desenvolver e avaliar novas formas de psicoterapia de grupo para os indivíduos obesos tem sido crescente. Apesar de os resultados destas novas abordagens revelarem-se ainda insuficientes, são no entanto promissores, e reforçam a psicoterapia de grupo como uma modalidade de intervenção eficaz nesta doença.

3.3. PSICODRAMA

Nas origens históricas da psicoterapia de grupo encontramos o psicodrama. Este modelo, assente numa base humanista/experiencial, procura explorar os estados emocionais do indivíduo, facilitando o insight e o desenvolvimento de novas perspetivas e significados para a realidade (Corey, 2012). Pelo papel central que as emoções assumem

no psicodrama, e pela ausência de estudos que analisem o seu impacto ao nível da obesidade, este foi o modelo psicoterapêutico escolhido para o presente trabalho¹.

3.3.1. Contextualização histórica

Ao psicodrama associamos inevitavelmente o nome de Jacob Levy Moreno, psiquiatra romeno nascido em Maio de 1889. A sua data de nascimento é acompanhada de alguma controvérsia, pois é o próprio Moreno que afirma ter nascido anos mais tarde, em 1892, num navio ao largo do Mar Negro. De acordo com as palavras de Moreno, “*nasci como um cidadão do mundo, um marinheiro que se mudava de mar para mar, de país para país, destinado a desembarcar um dia no porto de Nova York*” (cit in Marineau, 1992, p. 20). Esta história incorpora na realidade uma boa dose de imaginação e simbolismo, o que caracteriza a sua personalidade extrovertida e carismática.

Em 1895, Moreno radicou-se com a família em Viena, onde estudou e desenvolveu muito do seu trabalho. Desde muito novo, a sua excentricidade e gosto pelo trabalho com pessoas tornou-se evidente. Durante a adolescência, brincava com crianças nos jardins da cidade de Viena, contando histórias e utilizando jogos de improviso que faziam apelo à espontaneidade e criatividade destas (Marineau, 1992). Mais tarde, durante a sua formação em medicina, desenvolveu um trabalho com as prostitutas vienenses, onde é possível observar os primórdios da psicoterapia de grupo. Recorrendo a técnicas de dinâmica de grupos, Moreno procurou consciencializá-las da sua situação de marginalidade, o que conduziu posteriormente à organização de um sindicato.

O seu interesse pelo mundo da literatura e das artes, aliado à intensa atividade cultural de Viena, fez com que se envolvesse com o teatro. Moreno via no teatro uma oportunidade para promover a ação criativa e espontânea, utilizando esta forma de expressão como meio de abordar questões e problemas do quotidiano. Para tal trabalhou com grupos de teatro onde os atores, ainda que tivessem papéis para representar, possuíam uma grande liberdade para a improvisação (Soeiro, 1991). As críticas foram favoráveis e o público de Viena aderiu a esta nova forma de representar, a que Moreno chamou de teatro da espontaneidade. Foi partindo do trabalho desenvolvido no teatro da espontaneidade que Moreno verificou que poderia modificar o comportamento das pessoas através da dramatização de cenas reais onde os atores representavam os seus próprios papéis, começando a estruturar aquilo que designou como teatro terapêutico e mais tarde psicodrama terapêutico (Soeiro, 1991). Moreno procurou mostrar que a

¹ Parte deste texto sobre o Psicodrama encontra-se publicado em: Guerra, M.P., Lima, L., Torres, S., & Vieira, F.M. (2014). Abordagens Teóricas na Intervenção Psicológica em Grupo. In M. P. Guerra, L. Lima & S. Torres (Eds.), *Intervir em Grupos na Saúde*. (2ª Edição Revista e Aumentada, pp. 63-125). Lisboa: Climepsi Editores.

mudança pode ocorrer através de um processo de experimentação do comportamento e posterior reflexão sobre o mesmo, privilegiando a ação.

Em 1925 Moreno emigra para os Estados Unidos da América onde viveu os anos mais produtivos da sua vida e onde as suas ideias e trabalhos ganham uma grande repercussão. No hospital psiquiátrico *Beacon Hill Sanatorium* encontra o palco para a difusão das suas ideias sobre terapia e psicodrama. Este hospital funcionava como uma comunidade terapêutica, onde equipa e pacientes encontravam-se com regularidade. Também aqui Moreno usou o teatro como um instrumento terapêutico, estimulando os pacientes a dramatizar cenas da sua vida (passada e presente) assim como fantasias em relação ao futuro. Estas experiências conduziram à elaboração gradual dos princípios de uma sessão de psicodrama e das suas técnicas terapêuticas (Marineau, 1992).

Influenciado pela nova cultura científica, Moreno dedica muito do seu trabalho à investigação e mensuração das relações interpessoais. Um marco importante para o estudo da sociometria e da psicoterapia de grupo foi o estudo das relações interindividuais que Moreno realizou com um grupo de prisioneiros da prisão de *Sing Sing*. Neste estudo foi desenvolvido um sistema de classificação dos prisioneiros que permitia comparar, para um conjunto de variáveis (e.g., idade, nacionalidade, história familiar, religião, hábitos), as respostas dos prisioneiros entre si. Através destas comparações foram encontradas inúmeras semelhanças, diferenças, complementaridades entre os indivíduos, o que conduziu a uma nova classificação dos mesmos atendendo às suas características e visando um melhor funcionamento do grupo (Marineau, 1992). As conclusões deste processo de análise foram apresentadas em 1932 no encontro anual da Associação Psiquiátrica Americana, consolidando assim a sociometria como o estudo “das propriedades psicológicas de uma população através da análise quantitativa e qualitativa” (Marineau, 1992, p. 123) e a importância de se considerar as características e as afinidades entre os indivíduos como promotores das interações sociais.

Em 1931 introduziu o termo Psicoterapia de Grupo e este ficou sendo considerado o ano verdadeiro do início da psicoterapia de grupo científica, embora as fundamentações teóricas e experiências se tenham iniciado em Viena. Esta modalidade de intervenção permitia, segundo Moreno (1997), ao contrário da psicoterapia individual, chegar a toda a população e a todos os contextos (clínico, educacional, organizacional). Em 1937 fundou a revista *Sociometry*, em 1942 *The American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama* e em 1973 foi um dos fundadores da *International Association of Group Psychotherapy* (Gonçalves, Wolff, & Almeida, 1988). Os anos seguintes foram de

expansão e consolidação das ideias de Moreno, através de publicações e congressos nos EUA e Europa. Jacob Moreno morre em Maio de 1974.

3.3.2. Teoria psicodramática: principais conceitos

No início do séc. XX, Sigmund Freud e a psicanálise tornavam-se cada vez mais populares, recebendo os aplausos da comunidade científica. Moreno concebia o trabalho no campo da psiquiatria de forma totalmente diferente, demarcando-se da visão do funcionamento psicológico defendida pela psicanálise. Na base da filosofia de Moreno, cujas raízes epistemológicas assentam nas ideias fenomenológico-existenciais, está a importância que ele dá a cada indivíduo e à sua capacidade de expressão espontânea, criativa e de construção de si próprio e do seu mundo. Este indivíduo é eminentemente social e em constante desenvolvimento cognitivo e emocional.

Neste sentido, o grupo é, para Moreno, o locus terapêutico privilegiado. Ao valorizar a psicoterapia de grupo, Moreno recorre à ação em detrimento do tradicional método analítico e verbal (Corey, 2012). Com base nisto, desenvolveu uma prática clínica que ampliou o campo da psicoterapia, até então focada essencialmente no individual, ao grupo. O objetivo seria atender simultaneamente ao indivíduo e ao grupo, o que revelou ser uma rutura no paradigma dominante do pensamento terapêutico. O seu sonho era a “cura” da sociedade, através da intervenção ao nível das relações grupais.

Por Psicodrama entende-se um método terapêutico vivencial, que explora os problemas psicológicos e sociais através da facilitação do insight e da integração cognitiva, afetiva e comportamental. É um modelo orientado para a ação, no qual o desempenho de um papel ativo facilita a mudança terapêutica (Blatner, 2000). O objetivo geral é oferecer contextos/situações para que os indivíduos se tornem mais espontâneos, ajudando-os a desenvolver uma linguagem simbólica que dará acesso a sentimentos não reconhecidos e a promover que os mesmos sejam processados de forma mais criativa e integrada na personalidade (Kipper & Hundal, 2003; Kipper & Ritchie, 2003). O psicodrama, ao promover o uso de metáforas, de representações simbólicas, da re-experimentação no aqui e agora de situações vividas, imaginadas ou antecipadas como problemáticas, procura explorar os estados emocionais no sentido de uma maior capacidade de autorreflexão sobre as experiências (Blatner, 2007; Marineau, 1992). Através do uso de métodos ativos, os problemas e as possíveis soluções são dramatizadas em vez de, apenas, verbalizadas. Isto é, o psicodrama privilegia o “mostrame” em vez do “conta-me” (Vieira, 1999). Moreno traz assim o corpo e a ação para a psicoterapia, permitindo deste modo outras formas de acesso ao funcionamento psicológico do indivíduo (Casey, 2001).

Desempenhando o corpo e as emoções um papel central na problemática da obesidade, o objetivo do psicodrama com estes doentes será, tal como refere Vieira (1999), “*in-corporar* a emoção, o pensamento e o comportamento” (p.112), procurando remover o bloqueio da espontaneidade e aprofundar as dificuldades que estão escondidas pelas questões alimentares. Para haver mudança, mais do que falar de uma forma intelectualizada sobre si e sobre o que se está a sentir, será necessário experienciar aquilo que é dito e usar os sentimentos para identificar e resolver problemas. Como já foi referido, este é um aspeto importante na obesidade, tendo em conta as características alexitímicas que muitos destes doentes manifestam. Esta abordagem terapêutica facilita a libertação e a expressão de sentimentos e a exploração de papéis individuais e sociais, nomeadamente o papel de género, o papel da comida e o papel da gordura e da magreza na sociedade ocidental em que vivemos. O treino do papel permite de igual modo potenciar a mudança comportamental, nomeadamente ao nível do padrão alimentar, redução da ansiedade e prevenção de recaídas. Na perspetiva de Vieira (1999) o grupo funciona como um suporte para a interrupção dos comportamentos alimentares desadaptativos, combatendo a culpa e o isolamento associados.

Um dos conceitos chave da teoria psicodramática é o conceito de papel. Nesta perspetiva, papel é a mais básica unidade cultural de conduta. Integra os padrões sociais, que nos influenciam desde o nascimento, e os aspetos da nossa personalidade, das funções fisiológicas, do mundo da fantasia. Todos os papéis são construídos por um conjunto de regras implícitas e explícitas (Blatner, 2000; Pio-Abreu, 2006) e constituem as várias possibilidades identificativas do indivíduo (e.g., papel de mãe, filho, professor, marido, patrão). Um papel implica a existência de um papel complementar, através do qual o indivíduo se liga aos outros e à sociedade (e.g., mãe – filho; professor - aluno). Para o modelo psicodramático, o conceito de saúde mental baseia-se na ideia de uma personalidade com múltiplos papéis. É na interação com os outros e no desempenhar de determinados papéis que pode surgir o desequilíbrio e com ele a psicopatologia (Blatner, 2007; Soeiro, 1991). Através da ação dramática Moreno pretendia promover a reflexão e a compreensão do significado dos papéis assumidos pelos indivíduos. A dramatização mais do que uma simples repetição dos papéis tal como são desempenhados no quotidiano dá liberdade ao indivíduo para renegociá-los, escolher diferentes formas de os aplicar e experimentar outros papéis (Pio-Abreu & Villares-Oliveira, 2007). Dayton (2003) sintetiza da seguinte forma: “*We learn through experience. Psychodrama can provide an arena where anticipated, desired, needed, or feared roles can be explored and new behaviors ‘tried on for size.’ One of psychodrama’s important uses is to provide practice in*

underdeveloped roles so that the anxiety and newness of a role can be explored and worked through in a clinical environment” (p. 193).

Um outro conceito desenvolvido por Moreno e que se constitui como basilar para o modelo psicodramático é o conceito de espontaneidade. Para este modelo, o significado deste conceito difere do seu uso quotidiano. De acordo com Moreno (1997) por espontaneidade entende-se a capacidade do indivíduo dar respostas adequadas a situações novas ou respostas novas e adequadas a situações antigas. Durante a sessão de psicodrama esta capacidade pode ser treinada através da representação de situações que requerem o exercício de exploração de soluções alternativas para os problemas. Este encontro de novas soluções e oportunidades de desenvolvimento pessoal pode constituir-se como um momento de redescoberta, de insight, acompanhado de uma sensação de libertação emocional, a que Moreno designa por catarse de integração (Blatner & Cukier, 2007; Pio-Abreu, 2006). Para Moreno (1997) o desenvolvimento da espontaneidade contribui assim para a promoção da saúde mental, na medida em que permite ao indivíduo agir com adequação, equilíbrio e sem rigidez face aos acontecimentos.

No seu esforço de distanciamento face à psicanálise, Moreno realça a importância do momento. Apesar de não menosprezar o valor do passado e do futuro, considera que a mudança só pode efetivar-se no momento presente, no aqui e agora. Reexperienciar uma situação do passado no momento atual dá oportunidades ao indivíduo para refletir sobre o impacto da mesma no momento em que ocorreu e para lidar com ela de forma diferente no presente (Corey, 2012). Associado à importância do momento, surgem os conceitos de tele e de encontro. A tele é um fator terapêutico promotor de mudança através de um sentimento de empatia recíproca. É a capacidade de perceber adequada e verdadeiramente os outros, no contexto de uma relação de encontro. A tele constitui-se como “a capacidade de ver o outro tal como ele é e não como o interpretamos na nossa subjetividade” (Pio-Abreu, 2006, p. 101), e por isso deverá ser o fundamento de todas as relações interpessoais. No contexto da terapia de grupo torna-se um fator terapêutico essencial pois está na base do vínculo que se estabelece entre os indivíduos, correlacionando-se positivamente com o nível de coesão grupal (Corey, 2012). A mudança, para Moreno, ao ocorrer privilegiadamente no contexto das relações interpessoais reforça o poder do psicodrama enquanto terapia de grupo. Neste modelo, a terapia ao proporcionar o encontro no aqui e agora entre pessoas, num contexto de mútua empatia, procura promover a descoberta de múltiplos olhares e perspetivas sobre um dado facto ou situação (Corey, 2012).

3.3.3. A sessão de psicodrama: Instrumentos, fases e técnicas

Moreno influenciado pelo seu gosto e experiência no teatro define cinco instrumentos que estão sempre presentes numa sessão terapêutica. São eles: o cenário, o protagonista, o diretor, os egos auxiliares e o auditório (ver Quadro 1). Estes são os elementos que fazem parte do modelo terapêutico, com base nos quais se desenvolve as sessões de psicodrama. Cada sessão processa-se segundo três fases sequenciais: aquecimento, dramatização e comentários/partilha (ver Quadro 2) (Pio-Abreu, 2006; Blatner e Cukier, 2007). Habitualmente, as sessões de psicodrama são semanais, com a duração de 90 minutos aproximadamente. Um processo terapêutico com base neste modelo não tem à partida um número de sessões definido, podendo prolongar-se por um a dois anos. As sessões de psicodrama não estão preconcebidas. É o conteúdo emocional e vivencial que é trazido pelos elementos do grupo a cada semana que irá moldar cada sessão. Por norma, existe um protagonista por sessão, no entanto, é possível que em determinadas sessões haja mais do que um protagonista ou mesmo nenhum.

Quadro 1

Instrumentos do psicodrama

Cenário	No centro da sala de psicodrama, com o grupo sentado em círculo, o cenário é o espaço onde se vai processar a dramatização. É um espaço vivencial onde a realidade e a fantasia coabitam
Protagonista	Elemento do grupo que se destaca pela importância ou intensidade da questão que traz à discussão no início da sessão
Diretor	Terapeuta principal, responsável pelo processo terapêutico. É ele que inicia e finda as sessões, promove o aquecimento, escolhe o protagonista. De salientar que o diretor conduz a sessão de psicodrama, seguindo as pistas que o protagonista vai dando durante a dramatização, no entanto não assume um papel de diretividade
Egos auxiliares	Pessoas que durante a dramatização interagem com o protagonista. Podem ser elementos do grupo escolhidos pelo protagonista para representarem as pessoas com quem interage nas cenas que serão dramatizadas. A equipa terapêutica, para além do diretor, normalmente inclui um ou mais egos auxiliares profissionais
Auditório	Elementos do grupo que assistem à dramatização. Não são meros espetadores. Quer durante o aquecimento, como na dramatização e nos comentários, todos os elementos do grupo estão envolvidos na partilha sobre o que estão a sentir. O auditório amplia as situações dramatizadas com as suas próprias emoções, perspetivas, experiências

Quadro 2

Fases do psicodrama

Aquecimento	É a primeira fase da sessão, onde a partir da troca de impressões iniciais pode emergir uma questão que desperta o interesse do grupo. Nesta fase faz-se igualmente a ligação com as sessões anteriores. Este aquecimento permite preparar o clima emocional do grupo em torno de uma questão/problemática que será de seguida explorada na fase da dramatização
Dramatização	Encontrado o protagonista na fase de aquecimento, o diretor convida-o a pôr em ação no cenário os seus pensamentos, sentimentos, fantasias. O importante não é o rigor dos factos, mas o significado e os sentimentos que o protagonista atribui aos mesmos. Com a ajuda do diretor, o protagonista constrói as cenas a partir das quais os factos são mostrados e não descritos. Nesta fase, o diretor poderá usar várias técnicas que favorecem o desenvolvimento da dramatização. Durante a dramatização tudo é possível e reversível
Comentários / Partilha	Finalizada a dramatização, o grupo volta a reunir-se em círculo para os comentários finais. O protagonista expressa como se sentiu durante a dramatização e o grupo comenta como se sentiu ao assistir à dramatização, partilhando sentimentos e vivências. Os egos da equipa terapêutica comentam depois do grupo, e a sessão termina com um comentário síntese do diretor

Tal como referido anteriormente, cabe ao diretor conduzir a sessão de psicodrama, recorrendo para tal a um conjunto de técnicas que vão sendo mobilizadas em momentos específicos em função da ação dramática do protagonista. As técnicas são instrumentos que estão ao dispor do diretor e que deverão ser usadas de forma flexível e sensata, atendendo aos objetivos do processo terapêutico (Blatner & Cukier, 2007; Pio-Abreu, 2006). Existe um vasto leque de técnicas passíveis de serem usadas no contexto do psicodrama, sendo as mais relevantes e de uso mais generalizado (nomeadamente na intervenção implementada neste trabalho) apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3

Técnicas do psicodrama

Inversão de papéis	O protagonista troca de lugar com o ego auxiliar com quem está a interagir. Este repete as últimas palavras ditas pelo protagonista, que, por sua vez, continua a ação como se fosse a personagem que o ego representava. A nova inversão acontece voltando o protagonista para o seu lugar. O objetivo desta técnica é que o protagonista exemplifique sozinho a sequência completa das ações, assumindo alternadamente o seu lugar e o do ego-auxiliar. Pretende-se desta forma uma maior compreensão das motivações do outro e da situação relacional na sua globalidade.
Solilóquio	É usada no decorrer da dramatização quando o diretor pára a ação e pede ao protagonista que «pense alto» ou «diga o que esta a sentir». Esta técnica permite a expressão de pensamentos e sentimentos, que clarificam muitas vezes aspetos não ditos durante a dramatização.
Interpolação de resistências	Indicações que o diretor dá aos egos auxiliares para que estes ajam de forma completamente diferente daquela que o protagonista indicou e espera. Esta técnica procura testar a espontaneidade do protagonista, permitindo-lhe treinar a sua flexibilidade para encontrar respostas alternativas.
Espelho	O diretor pede a um ego auxiliar que se coloque diante do protagonista e o imite em espelho. O protagonista apercebe-se de certos aspetos da sua conduta ou postura que para os outros são evidentes.
Estátua	É pedido ao protagonista que represente de forma estática o modo como vê determinada pessoa, ideia ou relação, usando para tal os egos auxiliares
Duplo	Também conhecida por desdobramento do eu, o ego auxiliar coloca-se ao lado ou atrás do protagonista dando voz ao que ele não consegue colocar em palavras. O ego auxiliar coloca em palavras o mundo interno do protagonista, sussurrando os seus receios, motivações ou intenções escondidas por detrás do seu discurso ou comportamentos explícitos

3.3.4. Investigação e Psicodrama

Uma questão que se coloca habitualmente é como avaliar se este modelo centrado na ação é de facto terapêutico. Esta assunção é intuitivamente suportada pela evidência clínica, mas carece de validação científica robusta. O poder terapêutico deste modelo tem sido salientado ao nível da prática clínica com várias perturbações psicológicas, incluindo as PCA (Diamond-Raab, L. & Orrell-Valente, 2002; Jay, 1992; Levens, 1994), depressão (Costa, António, Soares, & Moreno, 2006; Hamamci, 2006), situações de trauma e stress pós traumático (Carbonell & Partelano-Barehmi, 1999; Rademaker, Vermetten, & Kleber, 2009), violência e abuso sexual (Avinger & Jones, 2007; Fong, 2006), comportamentos aditivos (Avrahami, 2003; Somov, 2008), revelando ser também eficaz na resolução de problemas, controlo da raiva, conflito emocional e funcionamento interpessoal (Amatruda, 2006; Gatta, et al., 2010; Kellermann & Hudgins, 2000; Kipper, 1996; Oflaz, Meriç,

Yuksel, & Ozcan, 2011; McVea, Gow, & Lowe, 2011; Ragsdale, Cox, Finn, & Eisler, 1996). No entanto, apesar destes dados serem encorajadores, os estudos realizados sobre a eficácia do psicodrama continuam a ser insuficientes (e.g., Rawlinson, 2000; Wieser, 2007, 2010) e, em alguns casos, com pouco rigor metodológico (Kipper & Ritchie, 2003).

Podemos enquadrar o psicodrama no rol das terapias experienciais, à semelhança da gestalt, da terapia existencial, do humanismo, e da TFE. Apesar das diferenças entre estas abordagens, todas partilham um conjunto de assunções teóricas, designadamente a importância dada à experiência emocional e à procura de novos significados para a mesma. Elliott, Greenberg e Lietaer (2004) numa revisão da literatura sobre a eficácia das intervenções de cariz experiencial constataram que estes modelos conduzem a mudanças clinicamente significativas nos clientes quando comparados com grupos de controlo. No que respeita ao psicodrama em particular, Kipper e Ritchie (2003) realizaram uma meta-análise sobre a eficácia e a efetividade deste modelo que inclui 25 artigos publicados entre 1965 e 1999. Todos os estudos apresentam um desenho experimental, com grupo de controlo. Estes artigos foram organizados em 4 categorias: três que estudam técnicas psicodramáticas específicas, nomeadamente a inversão de papel (10 estudos), role-playing (4 estudos) e duplo (5 estudos), e a outra categoria que inclui estudos que abordam sessões completas de psicodrama, não tendo necessariamente um número limite de técnicas em estudo (6 estudos). Os resultados permitiram concluir que o psicodrama é eficaz enquanto modelo terapêutico, tendo sido encontrados valores de tamanho do efeito de moderados a altos, com as técnicas de inversão de papel e duplo a apresentarem os valores mais elevados. Num outro artigo de revisão, mas desta vez incidindo sobre 34 estudos de caso publicados entre 1970 e 2000, Kipper e Hundal (2003) constataram que a tendência é dos autores descreverem casos referentes a uma única sessão de psicodrama com um protagonista. As técnicas mais utilizadas, ou pelo menos as mais estudadas, são, à semelhança dos estudos anteriores, a inversão de papel e o duplo. O formato "*single session per protagonist*" é a unidade básica do tratamento, sendo o foco preferencial dos estudos de caso. Michael Wieser (2007, 2010) apresentou igualmente uma revisão dos estudos sobre os efeitos do psicodrama. Dos 61 estudos analisados, 29 usam grupo de controlo, e os outros 32 são naturalísticos, com destaque para os estudos de caso. Realça-se os quadros neuróticos, psicóticos, de stress e o consumo de substâncias como os principais alvos de estudo dos artigos citados. De salientar que a publicação sobre investigação em psicodrama nas PCA e obesidade tem sido escassa. Mais recentemente, vários trabalhos (e.g., Blacker, Watson e Beech, 2008; Hamamci, 2006; Treadwell, Kumar e Wright, 2002) têm estudado a

eficácia da abordagem psicodramática integrada no modelo cognitivo-comportamental. Os autores referem que o psicodrama é um modelo flexível e que a sua natureza orientada para a ação adapta-se a outras abordagens, como as terapias cognitivas e comportamentais. Estas podem ser enriquecidas através do uso de técnicas ativas sobretudo nos casos onde a abordagem verbal revela ser insuficiente.

Um aspeto importante quando pretendemos estudar a eficácia do psicodrama, e que ressalta dos estudos de revisão, tem a ver com a opção por se estudar o processo terapêutico como um todo ou avaliar a eficácia de técnicas psicodramáticas específicas ou de uma só sessão. Kim (2003) num estudo de cariz quantitativo procurou avaliar os efeitos do psicodrama ao longo de um processo terapêutico com 10 sessões, com especial atenção para as diferenças entre protagonista e auditório. Os resultados revelaram que o impacto emocional é maior nos indivíduos que durante o processo experimentam o papel de protagonista, nomeadamente ao nível da catarse e da expressão emocional. No final das sessões, os protagonistas avaliam as mesmas como mais intensas e com maior impacto terapêutico do que os participantes do auditório. Os mesmos tendem a salientar a universalidade, a manutenção da esperança e os fatores existenciais como os principais fatores terapêuticos. Relativamente às técnicas usadas numa sessão de psicodrama, considera-se que estas ao ativarem diferentes processos psicológicos facilitam a exploração dos conflitos e as interações, constituindo-se como a base da ação psicodramática. A inversão de papel é referida como sendo uma das técnicas mais usadas nas sessões de psicodrama, e também uma das mais fáceis de estudar experimentalmente (Kipper & Ritchie, 2003).

Em suma, considerando todos estes dados, podemos concluir que persiste a necessidade de investigação sobre a eficácia do psicodrama, sendo escassos os estudos quer ao nível dos resultados deste modelo como do seu processo terapêutico. Torna-se pertinente o desenvolvimento de estudos mais rigorosos que permitam perceber melhor de que forma este modelo contribui para a mudança terapêutica e quais os fatores envolvidos nessa mudança. Neste sentido, a atenção deverá focar-se na metodologia adotada nessa investigação, o que nos leva para o último capítulo do enquadramento teórico.

CAPÍTULO IV

PSICOTERAPIA E INVESTIGAÇÃO

4.1. PSICOTERAPIA E INVESTIGAÇÃO: ENQUADRAMENTO GERAL

A psicoterapia funciona? O que muda em psicoterapia? Como é que essa mudança acontece?

A procura de resposta a estas questões tem suscitado o interesse de muitos investigadores. Desde os inícios do séc. XX, são inúmeros os instrumentos e as metodologias que se foram desenvolvendo para dar resposta à questão acerca da eficácia da psicoterapia. A chamada investigação centrada nos resultados (*outcome research*) e a investigação centrada no processo (*process research*), com olhares diferentes mas complementares, têm contribuído para os avanços na compreensão dos mecanismos de mudança do comportamento inerentes ao trabalho psicoterapêutico.

Em termos históricos, a investigação em psicoterapia surge associada à necessidade de validar esta prática como científica. A questão principal a responder é “*a psicoterapia é eficaz?*”. Neste esforço, não só académico como também ao nível das políticas de saúde, assiste-se a um proliferar das exigências do processo de investigação, com o desenvolvimento de manuais terapêuticos, construção e standardização de instrumentos de avaliação, randomização das amostras em estudo, entre outros aspetos, assentes essencialmente numa perspetiva experimental (Lambert, Bergin, & Garfield, 2004). Na procura de resposta para a pergunta anterior, em 1952 Eysenk, provocatoriamente, publica um artigo onde apresenta uma revisão dos estudos sobre os efeitos da psicoterapia. Neste artigo, que se assume como um marco histórico, o autor conclui que a psicoterapia não tem qualquer efeito positivo nos pacientes. A controvérsia gerou-se no seio da comunidade científica e muitos foram aqueles que procuraram refutar estas conclusões. Colmatando as falhas do estudo de Eysenk, nomeadamente a nível metodológico, outros estudos de revisão foram publicados (e.g., Smith & Glass, 1977; Smith, Glass, & Miller, 1980) acabando por reunir o consenso acerca da eficácia da psicoterapia a partir da década de 70. E quando de forma consistente fica comprovada a sua eficácia, surge uma nova polémica: apesar dos diversos modelos teóricos divergirem na forma como conceptualizam o funcionamento psicológico, a investigação mostra não existir diferenças entre eles ao nível da eficácia do tratamento. Este facto ficou conhecido como o paradoxo da equivalência, simbolizado pela expressão retirada do livro *Alice no País das Maravilhas*, “*O veredito do pássaro DODO: todos ganharam, todos merecem prémio*” (Lambert et al., 2004; Luborsky et al., 2002). Esta tem sido uma das áreas de investigação em psicoterapia nas últimas décadas: *qual dos modelos psicoterapêuticos apresenta resultados mais positivos?*

Nesta evolução histórica sobre o estudo da psicoterapia, a investigação dos resultados e a investigação do processo tem trazido contributos diferentes quer em termos teóricos como metodológicos. Para a investigação dos resultados são estes que justificam a existência da psicoterapia como prática científica. Ou seja, para se afirmar a psicoterapia como cientificamente válida tem que se conhecer os seus resultados. Na investigação do processo a importância está no perceber os mecanismos envolvidos na mudança, pois sem isto torna-se impossível replicar os resultados. Se por um lado, a investigação dos resultados centra o seu estudo na avaliação das mudanças dos indivíduos no final do processo terapêutico por comparação com o seu funcionamento no início do mesmo, por outro, a investigação do processo procura compreender como essas mudanças se processam ao longo das sessões (Hill & Lambert, 2004).

4.2. INVESTIGAÇÃO CENTRADA NOS RESULTADOS

Na investigação centrada nos resultados é importante realçar o papel que as meta-análises tiveram e continuam a ter na sistematização e difusão da eficácia da psicoterapia (Lambert & Ogles, 2004). As meta-análises permitem avaliar quantitativamente a magnitude dos efeitos da psicoterapia, sendo que dados recentes salientam que 40% a 70% dos clientes manifestam melhorias significativas no funcionamento psicológico após processo psicoterapêutico (Lambert & Ogles, 2004).

Em termos metodológicos, a investigação centrada nos resultados estabelece aqueles que são os critérios para se considerar um determinado modelo como empiricamente suportado/validado, ou seja, quais as melhores intervenções para as diferentes problemáticas psicológicas. O objetivo é identificar, avaliar e disseminar o uso de técnicas terapêuticas validadas através de pesquisas científicas. Com base num processo de randomização, característico dos procedimentos experimentais, os tratamentos empiricamente suportados (TES) deverão envolver a comparação do grupo experimental (sujeito à implementação da intervenção psicoterapêutica) com um grupo de controlo sem tratamento (e.g., lista de espera), com tratamento alternativo (e.g., tratamento habitual) ou placebo. Os TES devem ser conduzidos com base em procedimentos terapêuticos manualizados, numa amostra de pacientes com critérios de inclusão e exclusão bem definidos, visando a redução dos sintomas, usando medidas de avaliação dos resultados estandardizadas e recorrendo a análises de dados apropriadas (Kendall, Holmbeck, & Verduin, 2004; Seligman, 1995).

Mas são várias as críticas apontadas ao estudo da eficácia da psicoterapia assente exclusivamente nos TES. Com base numa metodologia de ensaios clínicos

randomizados, o estudo da eficácia carece, de acordo com Seligman (1995), de validade externa, não traduzindo o que se passa nos contextos clínicos reais. O autor salienta que para grande parte dos casos os processos terapêuticos não têm um número de sessões previamente definido, nem seguem rigorosamente procedimentos manualizados. A duração da intervenção, tal como o uso de determinadas técnicas, ajusta-se ao processo de mudança e às características do cliente. Ao contrário do que acontece nos estudos de eficácia, onde a pertença ao grupo experimental e grupo de controlo é randomizada, no mundo real tal não acontece, pois à partida são os próprios clientes que escolhem o “seu” terapeuta e modalidade de intervenção. De igual modo, os clientes que procuram psicoterapia tendem a apresentar múltiplos problemas, muitos deles interdependentes, e não um único e isolado diagnóstico. Seligman introduz assim a importância da necessidade de estudos sobre a efetividade que, atendendo às características dos contextos reais da prática clínica, respeitem a diversidade de situações, de comorbilidades e de duração das psicoterapias, ou seja, avaliem os resultados das psicoterapias desenvolvidas nos contextos reais, e não em laboratório.

Assim, à questão de investigação típica dos estudos de eficácia - “*O tratamento X produz melhores resultados que o tratamento habitual ou a ausência de qualquer intervenção na população Y?*” - deveremos acrescentar a questão sobre a efetividade da intervenção – *Este tratamento funciona na prática clínica?* (Elliott & Zucconi, 2006; Lutz, 2003; Seligman, 1995). As diferenças entre o mundo real e os ensaios clínicos sustentam a clássica cisão entre investigadores e psicoterapeutas. Atualmente considera-se fulcral a articulação entre estas duas perspetivas, articulando deste modo uma prática clínica baseada na evidência com a evidência baseada na prática (Castonguay, 2011, 2013; Henton, 2012; McLeod & Elliott, 2011).

Para além da comparação dos indivíduos que recebem tratamento com indivíduos que não recebem, e da avaliação da significância estatística das respetivas diferenças, torna-se fundamental avaliar também a significância clínica das mudanças alcançadas pelos participantes na psicoterapia. Não basta que as mudanças sejam estatisticamente significativas, mas, para que possam ser consideradas efetivas, deverão ser igualmente clinicamente relevantes (Lambert & Ogles, 2004). Nesta avaliação da significância estatística e significância clínica dois cálculos têm sido de extrema importância: o tamanho do efeito (*effect size*) e o índice de mudança confiável (*reliable change index*).

O cálculo do tamanho do efeito permite-nos perceber a magnitude das diferenças entre dois grupos (e.g., grupo experimental e grupo de controlo) avaliados num conjunto de medidas, ou a diferença entre as respostas de um grupo avaliado em dois momentos distintos (e.g., pré e pós intervenção). Na interpretação dos resultados, a proposta de

Cohen (1998) tem sido a mais utilizada nas ciências sociais, com resultados acima de 0.80 a corresponderem a uma elevada magnitude do efeito, 0.50 como moderada e 0.20 ou menos como pequena. Para além desta comparação, importa perceber se as mudanças observadas são de facto significativas na “vida real” e não apenas no “mundo da estatística”. Assim, se estamos por exemplo a avaliar as mudanças ao nível da sintomatologia depressiva é importante perceber se no final da intervenção os participantes, apesar da significância estatística dos resultados, continuam ou não deprimidos. Ou seja, de acordo com Jacobson e Truax (1991) na avaliação da significância clínica das mudanças procura-se perceber se o indivíduo no final da intervenção melhorou ao ponto dos seus resultados situarem-se ao nível da população normal e não da população clínica.

No que concerne aos instrumentos utilizados na investigação centrada nos resultados a diversidade é grande. A forma mais fácil, direta e mais comum de o fazer é utilizando medidas de avaliação centradas no cliente. Geralmente no formato de autorrelato, estas medidas abrangem a avaliação de diversos domínios. No Quadro 4 apresenta-se uma síntese dos principais domínios da avaliação centrada no cliente, bem como alguns exemplos dos instrumentos mais utilizados.

Mas não é apenas só com base na perspetiva do cliente que se pode avaliar os resultados da psicoterapia. Instrumentos que avaliam a perspetiva do terapeuta (e.g., versão do *Target Complaints* para terapeutas), a perspetiva de outros significativos (e.g., ASEBA, Achenbach, 2009), medidas comportamentais e fisiológicas (e.g., IMC, técnicas de neuroimagem), e a avaliação por especialistas, através do uso de sistemas de cotação de entrevistas ou interações, constituem formas diversas e complementares no estudo da eficácia e efetividade da psicoterapia (Timulak, 2008).

Quadro 4

Avaliação centrada no cliente – investigação centrada nos resultados (adaptado de Timulak, 2008)

Domínio de avaliação	Enquadramento	Metodologia	Exemplo de instrumentos
Personalidade	Tendem a não ser muito sensíveis às mudanças terapêuticas uma vez que focam traços relativamente estáveis.	Metodologia quantitativa	e.g., <i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2</i> (MMPI-2; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1989)
Sintomas	Instrumentos que avaliam a sintomatologia psicopatológica. Normalmente são bastante sensíveis às mudanças terapêuticas.	Metodologia quantitativa	e.g., Symptom Checklist – 90-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1977, 1983); Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Steer & Garbin, 1988)
Qualidade dos relacionamentos interpessoais	Instrumentos que avaliam o funcionamento social e interpessoal dos indivíduos, enquanto parte integrante da qualidade da saúde mental.	Metodologia quantitativa	e.g., Inventory of Interpersonal Problems (IIP; Horowitz et al., 1988) Social Adjustment Scale (SAS; Weisman & Brothwell, 1976)
Constructos relacionados com saúde mental	Instrumentos que avaliam constructos relacionados com o funcionamento psicológico dos indivíduos, como por exemplo autoestima, autoconceito ou alexitimia.	Metodologia quantitativa	e.g., Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965) 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby, Parker & Taylor, 1994)
Medidas idiossincráticas	Instrumentos que pedem ao cliente para identificar quais os seus problemas e avaliar se ocorrem mudanças nos mesmos ao longo da intervenção.	Metodologia quantitativa	e.g., Target Complaints (TC; Battle et al., 1966) The Simplified Personal Questionnaire (PQ; Elliott, Mack & Shapiro, 1999)
Medidas específicas de avaliação dos resultados	Instrumentos desenvolvidos para avaliar especificamente os resultados da psicoterapia.	Metodologia quantitativa Metodologia qualitativa	e.g., Outcome Questionnaire-45 (OQ-45; Lambert et al., 2004) Clinical Outcome in Routine Evaluation-Outcome measure (CORE-OM; Evans et al., 2000) e.g., Client Change Interview (CCI; Elliot, Slatick, & Urman, 2001)

Ainda que influenciada pela clássica visão positivista, a investigação em psicoterapia tem nos últimos 20 anos assistido ao proliferar de abordagens mais qualitativas no estudo dos resultados. Como alternativa aos ensaios clínicos randomizados, outro tipo de estudos têm sido alvo de importantes desenvolvimentos. Entre eles, destacamos aqui os estudos sistemáticos de casos e os estudos naturalísticos. No primeiro caso, trata-se de estudos que articulam uma metodologia quantitativa com uma metodologia qualitativa, recolhendo dados sobre os clientes e sobre os terapeutas. Um dos exemplos mais estudado é o *Hermeneutic Single-Case Efficacy Design* (HSCED) proposto por Robert

Elliott (2002). Nesta metodologia são recolhidos dados quantitativos pré e pós intervenção, assim como informação quantitativa e qualitativa de todas as sessões. O objetivo é tentar responder à questão se a terapia funciona, mas também como e porquê funciona. O HSCED inclui medidas quantitativas de avaliação dos resultados que são administradas periodicamente durante o processo terapêutico e nos *follow-ups*, avaliação qualitativa dos resultados e do processo terapêutico através da realização de entrevistas que visam avaliar as mudanças, medidas personalizadas de resultados administradas no início de todas as sessões, avaliação dos acontecimentos mais significativos das sessões e as transcrições das mesmas para eventuais clarificações dos dados. A eficácia da intervenção é avaliada através da análise conjunta de todos os dados recolhidos, que permitem ligar o processo da terapia com os seus resultados, sendo este método considerado uma boa combinação entre investigação e prática clínica (Elliott, 2002; Timulak, 2008). Numa perspetiva completamente oposta aos estudos randomizados encontramos os estudos naturalísticos que se debruçam sobre o estudo dos resultados da terapia avaliados no contexto real da prática clínica. Nestes estudos, não há qualquer controlo sobre as características dos clientes nem dos procedimentos terapêuticos implementados.

Em suma, todas estas perspetivas constituem-se como contributos importantes para o estudo da eficácia e da efetividade de um modelo terapêutico. Citando a Associação de Psicologia Americana, *“in controlled trials and in clinical practice, psychotherapy results in benefits that markedly exceed those experienced by individuals who need mental health services but do not receive psychotherapy. Consequently, psychotherapy should be included in the health care system as an established evidence-based practice”* (APA, 2013, p.324).

4.3. INVESTIGAÇÃO CENTRADA NO PROCESSO TERAPÊUTICO

O paradoxo da equivalência entre os diversos modelos teóricos quanto aos resultados fez realçar a necessidade de se compreender os processos de mudança em psicoterapia e deste modo talvez compreender em que diferem os diferentes modelos.

A complexidade do processo terapêutico exige uma compreensão e análise intensiva do que acontece no decurso da terapia, dos acontecimentos ou episódios que contribuem para a mudança, assim como da natureza da relação terapeuta-cliente. Neste sentido, várias metodologias, quantitativas e qualitativas, têm sido desenvolvidas, sendo as principais dimensões estudadas descritas no Quadro 5. Apresentamos a proposta de Greenberg e Pinsof (1986) que distingue as metodologias adotadas na investigação do

processo em duas grandes categorias: os métodos participativos e os métodos não participativos. No primeiro caso estamos perante métodos de investigação que avaliam a perspetiva dos clientes e dos terapeutas sobre o processo terapêutico, o significado e o impacto do que acontece nas sessões de terapia e a relação terapeuta-cliente. Nos métodos não participativos o formato mais típico é o uso de sistemas de codificação, em que as sessões de terapia são registadas em áudio e vídeo e depois analisadas por juízes externos. O foco de análise pode ser, mais uma vez, o cliente (e.g., comportamento verbal, comportamento não-verbal, narrativas), o terapeuta (e.g., adesão aos protocolos manualizados, comportamento verbal) e/ou a interação entre eles (e.g., interação social).

Quadro 5

Metodologias adotadas na investigação centrada no processo (adaptado de Greenberg e Pinsof, 1986)

Métodos participativos de avaliação do processo	Aliança terapêutica	e.g., Barrett-Lennard's Relationship Inventory (Barrett-Lennard, 1986) Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989)
	Avaliação das sessões	e.g., Comprehensive Scale of Psychotherapy Session Constructs (Egster & Wampold, 1996) Helpful Aspects of Therapy Form (HAT; Llewelyn, 1988) The Therapist Experiential Session Form (Elliott, 2003) Interpersonal Process Recall (Elliott, 1986)
Métodos não participativos de avaliação do processo	Foco no comportamento do cliente	e.g., Experiencing Scale (Klein, Mathieu, Gendlin & Kiesler, 1969) Client Vocal Quality Scale (Rice, Koke, Greenberg & Wagstaff, 1979) Client Verbal Response Category System (Hill, 1986)
	Foco no comportamento do terapeuta	e.g., Therapist Experiencing Scale (Klein, Mathieu-Coughlan & Kiesler, 1986) Penn Adherence and Competence Scale for Supportive-Expressive Therapy (Barber Crits-Christoph, 1996)
	Foco na interação terapeuta-cliente	e.g., Structural Analysis of Social Behaviour (SASB; Benjamin, 1986)

Segundo Timulak (2008), o estudo detalhado do processo terapêutico é muito importante para o desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas, assim como para a validação de modelos que historicamente sempre se mantiveram afastados do domínio da investigação. Neste sentido, investigações cujo foco incide sobre o que se passa durante as sessões de terapia, procurando identificar os aspetos mais significativos ao nível da interação, bem como os fatores implicados na mudança terapêutica revelam-se de extrema importância. De acordo com este ponto de vista, tem sido dada especial

atenção ao estudo dos eventos significativos (ES) das sessões (*Significant Events Research*; Elliott, 1985, 2010; Timulak, 2007, 2010), que podem ser definidos como “*the moments of the most fruitful therapeutic work in the case of helpful events, or the most problematic points in the case of non-helpful or hindering events*” (Richards & Timulak, 2012, p.252). Neste tipo de investigação, é pedido aos clientes (em alguns casos também aos terapeutas) que identifiquem situações que ocorrem durante a sessão e que consideram ter sido importantes, no sentido de contribuir positiva ou negativamente para o processo de mudança. A ideia subjacente a esta abordagem é que a mudança terapêutica acontece a partir de situações/momentos específicos das sessões que envolvem ações, perceções, reflexões, afetos do cliente e do terapeuta, e que vão ter impacto nos resultados da psicoterapia. As metodologias qualitativas têm contribuído bastante para este estudo, nomeadamente através de entrevistas (e.g., CCI, Elliot, Slatick, & Urman, 2001) realizadas no final do processo terapêutico, e/ou questionários preenchidos no final de cada sessão (e.g., HAT, Llewelyn, 1988), pedindo aos clientes para descrever o que de mais útil e importante aconteceu na terapia, e de que forma isso contribuiu para a mudança.

Como resultado do proliferar destes estudos, Timulak (2010) realizou uma meta-análise cujo objetivo é obter um retrato mais compreensivo da investigação sobre os ES do processo terapêutico. Foram incluídos nesta meta-análise 41 estudos, envolvendo clientes com diferentes patologias (e.g., depressão, ansiedade, PCA, problemas de ajustamento, problemas relacionais, lutos, fobias, problemas sexuais) e de diversos modelos psicoterapêuticos (e.g., terapia centrada na pessoa, terapia experiencial, terapia psicodinâmica, terapia cognitivo comportamental, terapia familiar, terapia focada nas soluções). O modo como os ES foram identificados também difere entre os estudos, mas no geral é o cliente que identifica os acontecimentos mais significativos das sessões, através de medidas qualitativas e/ou quantitativas, pois tal como refere Elliott, “*Who else is in a better position to inform us about a client’s change process?*” (2010, p.127). Dependendo dos objetivos dos estudos, diferentes abordagens são utilizadas para analisar os ES, como por exemplo a criação de categorias de diferentes tipos de eventos partindo dos dados recolhidos (e.g., Elliott, 1985), ou o uso de taxonomias previamente estabelecidas com base em pressupostos teóricos ou trabalhos anteriores (e.g., Llewelyn, 1988). A distinção dos ES é feita assim de acordo com o seu impacto, sendo que nos estudos de carácter quantitativo, recorre-se habitualmente a juízes independentes para codificar os eventos com base nas categorias estabelecidas, enquanto nos estudos qualitativos essa análise é muitas das vezes feita pelo próprio investigador.

Como já foi referido, os autores dos diferentes estudos incluídos na referida meta-análise identificam um conjunto de categorias com base no impacto dos ES. Destes estudos, sem dúvida que importa realçar o trabalho pioneiro de Robert Elliott (1985) no desenvolvimento de uma taxonomia dos ES, identificando categorias em função do impacto: aspetos úteis da terapia (e.g., novas perspetivas, clarificação dos problemas, consciencialização) e aspetos não úteis da terapia (e.g., perceções equivocadas, reação negativa do terapeuta, falta de direcionamento). Estas categorias foram organizadas num sistema de análise designado por “*Therapeutic Impacts Content Analysis System*” (TICAS; Elliott, James, Reimschuessel, Cislo, & Sack, 1985), que posteriormente deu origem ao “*Helpful Aspects of Experiential Therapy Content Analysis System*” (HAETCAS; Elliott, 1988). Tendo como referência os trabalhos de Elliott, muitos outros se sucederam (e.g., Castonguay et al., 2010; Llewelyn, 1988; Moreno, Fuhriman, & Hileman, 1995; Richards & Timulak, 2012; Timulak & Lietaer, 2001; Timulak, Belicova & Miler, 2010), sendo que a grande maioria dos estudos tem-se focado nos ES considerados úteis ou favoráveis, uma vez que estes são entendidos como diretamente associados com o processo de mudança terapêutica. Com o objetivo de fornecer uma estrutura conceptual para o estudo do impacto dos ES em psicoterapia, Timulak (2007) organiza todas as categorias propostas pelos diferentes autores em 9 meta-categorias (descritas no Quadro 6), que pretendem ser transversais a qualquer modelo psicoterapêutico. O autor refere que algumas destas categorias estarão mais ligadas à relação terapêutica, enquanto outras relacionam-se com aspetos cognitivos, emocionais e comportamentais do cliente.

Quadro 6

Meta-categorias do impacto dos ES (adaptado de Timulak, 2007)

Consciencialização/ Auto-conhecimento/ Auto-compreensão	Tornar-se mais consciente sobre as experiências pessoais, sobre os fatores contextuais e relacionais. Envolve o desenvolvimento de uma nova perspetiva sobre a realidade pessoal, uma compreensão mais clara sobre como lidar com as situações.
Mudança comportamental/ Resolução de problemas	Desenvolvimento de novas estratégias para atingir os objetivos, novas estratégias de resolução de problemas
Empoderamento	Desenvolvimento de competências pessoais para lidar com as situações problemáticas; sensação de força e desenvolvimento pessoal
Alívio	Sensação de relaxamento, segurança, esperança, empatia, reconciliação com situações mal resolvidas.
Exploração e experienciação emocional	Experienciar no aqui e agora emoções novas, ou emoções antigas numa nova perspetiva
Sentir-se compreendido	Experiência de sentir-se profundamente compreendido
Envolvimento do cliente	Participação ativa do cliente no processo terapêutico
Suporte / segurança	Sentimentos de segurança e suporte emocional resultantes da relação terapêutica. No caso da intervenção grupal, inclui a identificação com os outros membros do grupo e a experiência de universalidade.
Contacto pessoal	Enfase colocada na relação terapêutica. O terapeuta é visto não como um “doutor”, mas sim como um ser humano.

Procurando responder à questão sobre em que diferem os diferentes modelos psicoterapêuticos, uma área de interesse no estudo dos ES tem procurado analisar se estes variam consoante o modelo teórico subjacente à psicoterapia. Estudar o processo terapêutico pode passar assim por tentar perceber se o tipo de psicoterapia influencia os ES experienciados por clientes e terapeutas. Ainda que esta seja uma área de investigação pouco desenvolvida, o que alguns estudos (Elliott et.al., 1985; Llewelyn, Elliott, Shapiro, Hardy, & Firth-Cozens, 1988; Mushet, Whalan & Power, 1989) revelam é que na psicoterapia cognitivo-comportamental, os ES mais referidos relacionam-se com a clarificação e a resolução do problema, enquanto nas abordagens dinâmicas e experienciais os clientes salientam o autoconhecimento e o *insight* como os aspetos mais importantes das sessões.

Para além das eventuais diferenças entre os modelos teóricos ao nível do processo terapêutico, importa ainda fazer referência às eventuais diferenças no processo terapêutico entre o formato de intervenção individual e grupal. Como já foi referido no capítulo anterior, não se verificam diferenças ao nível da eficácia da intervenção entre estas duas modalidades. No entanto, ao nível do processo terapêutico, o que parece

contribuir para a mudança difere de acordo com as especificidades da modalidade de intervenção. O estudo do processo grupal pode ser definido, de acordo com Beck e Lewis (2000), como "*the study of the group as-a-whole system changes in its development, the interactions within the patient and therapist subsystem, the patient (dyadic or subgroup) subsystems, the therapist and therapist subsystem if there are co-leaders, and the way each of these subsystems interacts with and is influenced by the group as a whole*" (p. 8). Como se percebe, o estudo do processo terapêutico em intervenção grupal é complexo, envolvendo dimensões intra e inter-individuais. Os contributos de Irvin Yalom (1995, 2005) são indiscutíveis na sistematização daqueles que podem ser considerados os principais fatores terapêuticos da intervenção em grupo (descritos na capítulo anterior). De igual modo, os trabalhos de Kivlighan (e.g., 1988, 2004, 2011, 2013) merecem destaque no estudo do processo grupal, nomeadamente através da construção de uma escala, *Group Counseling Helpful Impacts Scale* (GCHIS; Kivlighan, Multon, & Brossart, 1996), que pretende combinar a taxonomia de Elliott (1985) com os fatores terapêuticos característicos da intervenção grupal, que se baseiam essencialmente na perspectiva de Yalom. Holmes e Kivlighan (2000), utilizando este instrumento, constataram que os fatores relacionados com o clima e o relacionamento interpessoal (entre os membros do grupo e entre estes e o terapeuta) assim como o altruísmo e a universalidade destacam-se na intervenção grupal pelo papel central que desempenham no processo de mudança. Também Moreno, Fuhriman e Hileman (1995), num estudo que pretende identificar os ES num grupo de PCA, verificaram que o feedback e a observação do comportamento/perspetiva do outro são os aspetos mais salientados pelos participantes. Em termos de impacto, estes ES contribuem para o *insight* e a experiência emocional dos elementos do grupo, o que, de acordo com o explanado no capítulo II, é de extrema importância no caso das PCA. McVea, Gow e Lowe (2011), num estudo realizado com um grupo de psicodrama, verificaram que, à semelhança do trabalho de Kellermann (1987), o *insight* é igualmente um dos aspetos mais salientados como significativo após as sessões de psicoterapia.

Apesar de contributos importantes, estes dados ainda são limitados quando comparados com os estudos assentes na investigação dos resultados, e nomeadamente sobre os modelos cognitivo-comportamentais. Neste sentido, e de acordo com a opinião de Timulak (2010), a qual partilhamos, assiste-se atualmente a uma necessidade de mais investigação sobre o processo nas diferentes abordagens terapêuticas, o que poderá permitir um conhecimento mais detalhado sobre o que os clientes identificam como aspetos importantes da psicoterapia.

4.4. UMA VISÃO INTEGRATIVA: METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO MISTA

A investigação centrada nos resultados e a investigação centrada no processo encontra-se, como já foi referido, associada às metodologias de investigação quantitativa e qualitativa respetivamente. Durante várias décadas, estas metodologias foram consideradas paradigmas distintos e incompatíveis. À investigação quantitativa associa-se o estudo dos resultados, numa lógica de objetividade e de predição da realidade (este paradigma foi sempre percebido como mais útil e por isso foi sempre mais financiado), enquanto o foco da investigação qualitativa recai sobre o estudo dos processos explicativos dos fenómenos, valorizando o ponto de vista subjetivo e idiossincrático dos participantes (Johnson & Onwuegbuzie, 2004; Sales & Alves, 2012). Os estudos de carácter qualitativo adotam, de uma forma geral, uma abordagem normalmente indutiva, exploratória, apresentando como principal vantagem o facto de os dados emergirem das reflexões e significados atribuídos pelos próprios indivíduos. Contudo, este aspeto, ainda que constitua uma visão mais próxima do fenómeno em estudo, não permite a generalização nem a predição dos resultados, exigindo ao investigador muito tempo para a análise dos dados. Contrariamente às abordagens quantitativas que, ao testar e validar teorias sobre um determinado fenómeno, possibilitam a replicação dos estudos e a generalização dos resultados (Johnson & Onwuegbuzie, 2004).

Atualmente cada vez mais se considera que estes dois paradigmas, mais do que olhares diferentes sobre a realidade, são duas faces da mesma moeda. E, numa tentativa de conciliação, o estudo da psicoterapia deixa de ser visto como um mero somatório de variáveis avaliadas pré e pós intervenção, mas antes como um processo complexo cujos diferentes momentos de mudança só podem ser compreendidos pela análise intensiva e sistemática de todo o processo psicoterapêutico. Considerada o terceiro paradigma da investigação, a metodologia de investigação mista (*Mixed Methods Research*) é definida como “*the type of research in which a researcher or a team of researchers combines elements of qualitative and quantitative research approaches (e.g. use of qualitative and quantitative viewpoints, data collection, analysis, inference techniques) for the broad purposes of breadth and depth of understanding and corroboration*” (Johnson, Onwuegbuzie, & Turner, 2007, p. 123). Deste modo, procura-se integrar os aspetos mais vantajosos de cada uma das metodologias numa única abordagem com o objetivo de obter uma visão mais pluralista, compreensiva e profunda sobre o fenómeno em estudo.

Atualmente, a metodologia de investigação mista é cada vez mais utilizada no estudo da psicoterapia (e.g., Hanson, Creswell, Plano Clark, Petska, & Creswell, 2005; Haverkamp, Morrow, & Ponterotto, 2005; Woolhouse, Knowles, & Crafti, 2012). No domínio das psicoterapias experienciais, onde enquadrámos o psicodrama, Elliott e

Zucconi (2006) apresentam uma síntese das principais áreas de investigação, revelando um esforço de conciliar objetivos centrados na investigação de resultados, com caráter quantitativo, e objetivos de investigação do processo, de natureza qualitativa. No Quadro 7 encontramos algumas orientações que os autores sugerem sobre os domínios a investigar, e que servem de base para o trabalho empírico que será apresentado posteriormente.

Quadro 7

Objetivos de investigação em psicoterapia (adaptado de Elliott e Zucconi, 2006)

Resultados terapêuticos gerais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melhoria ao nível da severidade e frequência dos problemas/sintomatologia (avaliação das diferenças pré e pós intervenção através das medidas quantitativas estandardizadas) 2. Avaliação retrospectiva qualitativa das mudanças (avaliação pós intervenção com base na perspetiva do cliente) 3. Melhorias/progressos ao nível dos problemas identificados pelo cliente 4. Melhorias ao nível do funcionamento geral (e.g., relacionamentos interpessoais, problemas profissionais) 5. Qualidade de vida (e.g., melhoria ao nível do bem-estar subjetivo ou satisfação com a vida) 6. Custos-efetividade (e.g., diminuição do recurso aos cuidados de saúde primários)
Resultados terapêuticos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saúde mental positiva (e.g., melhorias no otimismo, resiliência) 2. Autoconceito (e.g., melhoria ao nível da autoavaliação e autodescrição) 3. Processamento experiencial (e.g., diminuição da alexitimia, experienciação aumentada) 4. Estratégias de coping (e.g., diminuição do uso de estratégias externas/evitamento ou aumento das estratégias internas/baseadas nas emoções)
Processo terapêutico geral	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aliança terapêutica (e.g., através da avaliação do cliente ou do terapeuta) 2. Perceção do cliente sobre os aspetos úteis da terapia (através de dados qualitativos pós-sessão ou pós-terapia) 3. Resposta do terapeuta (modos ou técnicas de resposta) 4. Perceção do cliente sobre o valor das sessões (avaliação das qualidades ou efeitos das sessões)
Processo terapêutico específico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Competências do terapeuta facilitadoras da relação (avaliado pelo cliente, terapeuta ou observadores externos) 2. Reações do cliente após as sessões (e.g., sentir-se compreendido, resolução das tarefas terapêuticas) 3. Adesão do terapeuta às especificidades do modelo terapêutico (e.g., avaliação do observador externo ou do terapeuta em relação às atitudes chave, princípios, respostas ou tarefas do terapeuta)
Avaliação cliente / terapeuta pré intervenção	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dados demográficos do cliente/terapeuta (e.g., género, idade, nível educacional, etnicidade, rendimento) 2. Preparação profissional do terapeuta (e.g., experiência, disciplina, orientação teórica) 3. Problemas apresentados pelo cliente/diagnóstico (e.g., avaliação psicopatológica) 4. Medicação psiquiátrica do cliente 5. Suporte social do cliente (e.g., número de amigos e qualidade dessas relações, envolvimento religioso e comunitário) 6. Avaliação da personalidade do cliente (e.g., através do modelo dos 5-fatores)

Naturalmente que nenhum estudo pode abarcar todos estes objetivos em simultâneo. Mas, tal como podemos ver, objetivos centrados na avaliação dos resultados e objetivos centrados no processo terapêutico poderão ser alcançados com recurso a diferentes metodologias de uma forma integrada, permitindo, citando Teddlie e Tashakkori (2009), “*two sets of analyses to talk to each other in at least a semi-iterative manner*” (p. 266), e deste modo contribuir para uma melhor compreensão sobre o que funciona e como funciona a psicoterapia.

SÍNTESE CONCLUSIVA

INTEGRAÇÃO TEÓRICA E PERTINÊNCIA DO ESTUDO

Terminado o enquadramento teórico, e antes de apresentarmos a parte empírica do trabalho realizado, consideramos importante fazer uma breve integração dos principais dados teóricos até agora explanados e que justificam a pertinência do presente estudo.

Sendo a obesidade considerada pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012) um problema de saúde pública, o tratamento desta patologia constitui uma prioridade mundial ao nível dos cuidados de saúde. Na análise das dimensões psicológicas que influenciam a génese e o desenvolvimento desta doença, as emoções têm suscitado um especial interesse, particularmente no que concerne ao papel que desempenham ao nível do comportamento alimentar. São vários os estudos que sugerem que muitos indivíduos experienciam mudanças no comportamento alimentar em resposta a situações emocionalmente mais intensas, nomeadamente uma tendência para comportamentos de ingestão compulsiva perante estados emocionais negativos (e.g., Macht, 2008; Oliver, Wardle, & Gibson, 2000; van Strien, Herman, & Verheijden, 2009; van Strien et al., 2012). Estes comportamentos poderão ser entendidos como estratégias de regulação emocional, cujo objetivo é suprimir, diminuir ou controlar os estados emocionais intensos, vivenciados numa determinada situação ativadora. A forma adaptativa ou desadaptativa como os indivíduos regulam as suas emoções relaciona-se com a maior ou menor capacidade de diferenciar e compreender o que se está a sentir (Gross, 2008). Esta relação, já estudada nas PCA (e.g., Torres et al., 2011), tem sido também encontrada na obesidade. Dificuldades na regulação emocional na população obesa parecem associar-se assim à presença de características alexitímicas (e.g., Larsen et al., 2006; Pinaquy et al., 2003; Pinna et al., 2011; Zijlstra et al., 2012) que se traduzem numa incapacidade de identificar e exprimir estados emocionais.

Neste sentido, e tal como sugerem as diretrizes internacionais para o tratamento da obesidade (NICE, 2006), para além da redução do peso e mudanças ao nível do estilo de vida, importa intervir igualmente ao nível da gestão de contingências associadas ao comportamento alimentar, nomeadamente nas emoções. Como forma de dar resposta a esta necessidade, o psicodrama constitui-se como o modelo terapêutico eleito nesta investigação, por se tratar de um modelo que privilegia a componente experiencial das emoções. Os estudos existentes sobre a sua eficácia revelam um impacto positivo na recuperação de algumas problemáticas psicológicas, no entanto, tanto quanto é do nosso conhecimento, são inexistentes os estudos sobre a aplicabilidade deste modelo no tratamento da obesidade. Acreditamos que, analisando a eficácia do psicodrama na

obesidade podemos contribuir para uma melhor compreensão sobre o papel que o funcionamento emocional tem na recuperação desta doença. Sabemos que o tratamento da obesidade deverá inevitavelmente passar por mudanças comportamentais ao nível da ingestão alimentar e atividade física. Mas sabemos igualmente que, sobretudo nos indivíduos com obesidade que procuram tratamento especializado, a componente emocional tem uma forte influência no controlo alimentar, ou melhor, na falta dele, o que poderá justificar, em certa medida, o insucesso de muitas abordagens terapêuticas, sobretudo a médio e longo prazo. Assim, parece-nos de extrema relevância perceber de que modo é que uma intervenção focada nas emoções poderá ajudar na recuperação desta doença. Tal como sugerem Freund e Hennecke (2012), intervenções cujo foco recai no processo de compreensão dos fatores envolvidos no aumento de peso e não apenas e de forma prioritária na perda de peso, são contributos importantes no tratamento da obesidade.

Apesar do psicodrama ser amplamente utilizado em todo o mundo, persiste a necessidade de investigação sobre a sua eficácia em geral. Neste sentido, acrescentando ao que referimos anteriormente, o presente trabalho pretende de igual modo contribuir para um aprofundamento do estudo científico deste modelo terapêutico. Através do uso de uma metodologia de investigação mista, que reúne medidas de resultado standardizadas e medidas de processo idiográficas, acreditamos que este trabalho poderá ser um contributo importante para o reforço da eficácia e efetividade do psicodrama na comunidade científica, possibilitando uma melhor compreensão sobre de que forma este modelo conduz à mudança terapêutica e quais os fatores envolvidos nesse processo.

Em suma, a pertinência deste trabalho assenta na escassez de estudos que relacionem a intervenção emocional através do modelo psicodramático e o tratamento psicológico da obesidade. A presente investigação apresenta dois grandes objetivos: o desenvolvimento, implementação e avaliação da eficácia de um programa de intervenção em grupo psicodramático com mulheres obesas, visando intervir ao nível do funcionamento alexitímico, ingestão emocional, ingestão compulsiva e IMC; e, assente na perspetiva das participantes do grupo de intervenção, estudar o processo terapêutico, esperando identificar que fatores são facilitadores e/ou impeditivos da mudança.

2ª PARTE

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO V
METODOLOGIA

Nos capítulos anteriores apresentamos o enquadramento teórico do presente estudo, salientando os principais resultados das investigações desenvolvidas no âmbito da intervenção psicológica no tratamento da obesidade e da investigação em psicoterapia, com um foco especial no psicodrama.

Neste capítulo iremos expor os contornos do nosso trabalho empírico. Iniciamos com a apresentação das questões de investigação, dos objetivos e hipóteses do estudo, seguindo-se a metodologia adotada, com a descrição dos critérios de seleção da amostra, dos instrumentos utilizados e dos procedimentos na recolha e na análise dos dados.

5.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E HIPÓTESES

Foram duas as questões centrais que orientaram a presente investigação: Será o psicodrama um modelo terapêutico eficaz no tratamento de indivíduos obesos, conduzindo a mudanças do funcionamento alexitímico, comportamento alimentar e IMC após a intervenção? E, o que é que ao longo do processo terapêutico contribui para que essas mudanças ocorram?

Na procura de respostas para estas questões a presente investigação apresentou dois objetivos gerais. O primeiro centrado no estudo dos resultados da intervenção, ou seja, da sua eficácia, e o segundo no estudo do processo terapêutico.

5.1.1. Estudo da eficácia da intervenção

No que respeita ao estudo da eficácia, definiu-se como objetivo geral deste trabalho o desenvolvimento, implementação e avaliação de um programa de intervenção psicodramática em grupo com indivíduos obesos. Como objetivos específicos pretendeu-se:

- a) Analisar a eficácia do psicodrama numa amostra de mulheres obesas, visando intervir naquelas que são consideradas as variáveis de resultado principais: alexitimia, a ingestão emocional, diagnóstico de PIC e IMC.
- b) Analisar a eficácia do psicodrama numa amostra de mulheres obesas nas variáveis de resultado secundárias: níveis de ingestão externa e restrição

alimentar, bem-estar psicológico, espontaneidade, e avaliação individualizada da mudança;

- c) Identificar que características clínicas (IMC, níveis iniciais de alexitimia, ingestão emocional, ingestão externa, restrição alimentar, bem-estar psicológico e espontaneidade) e sociodemográficas (idade, escolaridade) apresentam as participantes que mais beneficiam deste tipo de intervenção ao nível das variáveis de resultado primárias.

Decorrente dos objetivos específicos foram definidas as seguintes hipóteses relativas à interação tipo de grupo X momento de avaliação para as variáveis de resultado a testar através da metodologia quantitativa:

- H1: Prevê-se uma diminuição estatisticamente significativa dos níveis de alexitimia entre a avaliação pré e pós intervenção, no sentido de resultados significativamente mais baixos no grupo experimental comparativamente com o grupo de controlo;
- H2: Prevê-se uma diminuição estatisticamente significativa dos níveis de ingestão emocional entre a avaliação pré e pós intervenção, no sentido de resultados significativamente mais baixos no grupo experimental comparativamente com o grupo de controlo;
- H3: Prevê-se uma diminuição estatisticamente significativa dos níveis de ingestão externa entre a avaliação pré e pós intervenção, no sentido de resultados significativamente mais baixos no grupo experimental comparativamente com o grupo de controlo;
- H4: Prevê-se uma diminuição estatisticamente significativa do IMC entre a avaliação pré e pós intervenção, no sentido de resultados significativamente mais baixos no grupo experimental comparativamente com o grupo de controlo;
- H5: Prevê-se um aumento estatisticamente significativo dos níveis de bem-estar psicológico entre a avaliação pré e pós intervenção, no sentido de resultados significativamente mais altos no grupo experimental comparativamente com o grupo de controlo;
- H6: Prevê-se um aumento estatisticamente significativo dos níveis de espontaneidade entre a avaliação pré e pós intervenção, no sentido de resultados significativamente mais altos no grupo experimental comparativamente com o grupo de controlo;

Ao nível da restrição alimentar não foi colocada qualquer hipótese, uma vez que é teoricamente aceitável que possam advir alterações neste comportamento em ambos os sentidos, sendo difícil de qualificá-las pelo facto de não existirem pontos de corte indicadores de níveis de funcionalidade/disfuncionalidade de restrição alimentar. Quanto à avaliação individualizada da mudança não foram igualmente colocadas hipóteses prévias por se tratar de uma avaliação idiográfica realizada apenas no GE, assumindo as análises um carácter meramente exploratório. Relativamente ao diagnóstico de PIC, espera-se que o GE após a intervenção manifeste uma diminuição da frequência dos sintomas, que se reflitam na remissão total ou parcial dos critérios de diagnóstico.

5.1.2. Estudo do processo terapêutico

Para além da análise da eficácia da intervenção, outro objetivo deste trabalho foi o estudo do processo terapêutico. A este nível, a investigação assume um carácter puramente exploratório, e como tal, sem o intuito de verificar qualquer hipótese, mas sim compreender a complexidade do modelo terapêutico e aceder a um retrato mais real e mais efetivo de como a psicoterapia pode contribuir para o tratamento, neste caso em particular, de indivíduos com obesidade.

Como objetivos específicos neste domínio pretendeu-se:

- a) Compreender a experiência subjetiva das participantes do grupo de intervenção através da identificação por parte destas das mudanças sentidas após a intervenção;
- b) Compreender a experiência subjetiva das participantes do grupo de intervenção através da identificação de aspetos do processo terapêutico (e.g., estratégias, momentos) que, na perspetiva destas, foram facilitadores e/ou impeditivos da(s) mudança(s);
- c) Compreender a experiência subjetiva das participantes do grupo de intervenção através da identificação do impacto das sessões de psicodrama no processo de mudança.

5.2. DESENHO DO ESTUDO

Ao nível do desenho metodológico, o presente trabalho adotou uma metodologia de investigação mista, recorrendo à metodologia quantitativa e qualitativa de forma integrada e complementar, quer na recolha de dados como na análise dos mesmos. Plano Clark

(2010) e Bryman (2006) apontam diversas razões para se utilizar a metodologia mista nas investigações em contextos clínicos, nomeadamente a possibilidade que esta oferece aos investigadores de aceder a múltiplas perspetivas e desenvolver um conhecimento mais profundo e enriquecido do objeto de estudo. A investigação assume um desenho longitudinal, que inclui: a) avaliação pré-intervenção, b) avaliação no início e no fim de cada sessão de terapia, e c) avaliação pós-intervenção.

Relativamente à metodologia quantitativa, conduzimos um estudo do tipo quasi-experimental (Almeida & Freire, 2003), com as seguintes condições: (a) existência de um grupo de controlo (GC) (mulheres obesas, sem intervenção em grupo) e de um grupo experimental (GE) (mulheres obesas submetidas ao programa de intervenção grupal), e (b) utilização de medidas de avaliação pré e pós intervenção em ambos os grupos. Deste modo, os dois grupos foram avaliados num conjunto de variáveis dependentes (VD) (alexitimia, comportamento alimentar, IMC, bem-estar psicológico e espontaneidade) antes e depois da manipulação da variável independente (VI), a intervenção psicodramática em grupo. As participantes foram distribuídas pelas condições experimental e de controlo, procurando controlar a similaridade dos dois grupos. No entanto, fatores associados à disponibilidade para participar no programa de intervenção (e.g., disponibilidade de horário, facilidade de deslocação) influenciaram parte deste processo. Apesar da equivalência entre grupo experimental e grupo de controlo nas dimensões avaliadas não ser totalmente controlada, procedeu-se à análise das características dos dois grupos de modo a testar a sua equivalência do momento pré intervenção.

Simultaneamente a esta recolha de dados procedeu-se, apenas junto do grupo submetido à intervenção, à recolha de dados sobre o processo terapêutico adotando uma metodologia qualitativa, através de múltiplos momentos de avaliação. Assente numa abordagem indutiva e idiográfica pretendeu-se aceder aos significados que as participantes atribuem à sua experiência psicoterapêutica.

5.3. PARTICIPANTES

5.3.1. Seleção da amostra, critérios de inclusão e exclusão

Este estudo foi desenvolvido junto de uma amostra de mulheres com obesidade, cujo historial clínico apresentava várias tentativas de perda de peso sem sucesso. Como critérios de inclusão foram definidos os seguintes aspetos: idade igual ou superior a 18

anos, IMC igual ou superior a 30, presença de PIC e estar inserido num programa de tratamento convencional para a obesidade, isto é, acompanhamento médico e nutricional (Burke & Wang, 2011). A presença de dependência de substâncias, a comorbilidade psicótica, bem como o facto de já ter sido submetido a cirurgia bariátrica, constituíram critérios de exclusão.

A opção por estudar uma amostra apenas do género feminino baseia-se por um lado no facto de serem as mulheres quem procura mais tratamento especializado para a perda de peso, provavelmente porque, em termos sociais, as mulheres obesas tendem a ser avaliadas de forma mais negativa do que os homens obesos (Ogden & Clementi, 2010). Por outro lado, as mulheres, particularmente na cultura ocidental, são consideradas como “mais emocionais” que os homens, isto é, de acordo com vários autores as mulheres apresentam uma tendência para experienciar e preocupar-se mais com as suas emoções, revelando ser emocionalmente mais reativas a situações negativas (e.g., Barret e Bliss-Moreau, 2009; Nolen-Hoeksema, 2012; Werner & Gross, 2010). Neste sentido, pelo papel que as emoções desempenham na patologia alimentar, homogeneizar o grupo relativamente ao género pareceu-nos de grande importância como forma de potenciar a coesão e a identificação entre os elementos do grupo.

O facto de todas as participantes, paralelamente a este estudo, estarem inseridas num programa de acompanhamento considerado convencional para a obesidade, assegura por um lado questões éticas, e por outro lado permite-nos controlar a influência de algumas variáveis externas importantes na análise dos dados (e.g., ter ou não um plano alimentar prescrito) e deste modo garantir que qualquer diferença entre os grupos deve ser devida aos efeitos do tratamento em estudo (Kendall et al., 2004).

As participantes foram avaliadas inicialmente através de uma entrevista semiestruturada para recolha de dados clínicos e sociodemográficos de forma a avaliar a presença dos referidos critérios de inclusão e exclusão. A avaliação do diagnóstico de PIC foi feita através da entrevista clínica, *Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV* (IDED-IV; Kutlesic, Williamson, Gleaves, Barbin, & Murphy-Eberenz, 1998, tradução portuguesa de Ramos, 2009), que explora os critérios de diagnóstico para esta perturbação definidos no DSM-IV-TR (APA, 2002).

5.3.2. Características das participantes

A totalidade da amostra foi composta por 54 mulheres, 26 no GE e 28 no GC. As idades oscilaram entre os 22 e os 58 anos, apresentando a amostra total uma média de

38.67 anos de idade ($DP = 9.03$). Relativamente ao estado civil, 63% eram casadas ou vivem em união de facto, 29.6% solteiras e 7.4% divorciadas/separadas. Quanto ao nível de escolaridade, 7.4% da amostra tinha apenas o 1º do ciclo ensino básico, 5.6% o 2º ciclo do ensino básico, 24.1% o 3º ciclo do ensino básico, 33.3% estudou até ao ensino secundário, e 29.6% com formação ao nível do ensino superior. No que se refere à situação profissional optámos por agrupar as participantes de acordo com a Classificação Nacional das Profissões. Neste sentido, salientamos como principais categorias profissionais nesta amostra profissões ligadas aos serviços e vendas (35.2%) e profissões intelectuais e científicas (18.5%). De referir também que 25.9% amostra encontrava-se desempregada no momento da avaliação. Na Tabela 1 são apresentadas as distribuições de frequências das variáveis sociodemográficas para o GE, GC e totalidade da amostra. Relativamente a estas variáveis não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre GE e GC.

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra total, GE e GC

Variáveis Sociodemográficas	Grupo Experimental (n=27)	Grupo Controlo (n=28)	Total (N=55)	Teste (t/χ ²)	Sig (p)
	M (DP) / n (%)	M (DP) / n (%)	M (DP) / n (%)		
Idade	39.96 (7.79)	37.64 (10.10)	38.67 (9.03)	0.941	.351
Estado Civil				3.213	.360
Casado/união de facto	15 (57.7)	19 (67.9)	34 (63)		
Solteiro	9 (34.6)	7 (25)	16 (29.6)		
Divorciado/separado	2 (7.7)	2 (7.1)	4 (7.4)		
Escolaridade				4.430	.351
1º Ciclo ensino básico	1 (3.8)	3 (10.7)	4 (7.4)		
2º Ciclo ensino básico	1 (3.8)	2 (7.1)	3 (5.6)		
3º Ciclo ensino básico	5 (19.2)	8 (28.6)	13 (24.1)		
Ensino secundário	8 (30.8)	10 (35.7)	18 (33.3)		
Ensino superior	11 (42.3)	5 (17.9)	16 (29.6)		

No que concerne aos dados clínicos (Tabela 2), o IMC médio desta amostra foi de 39.04 Kg/m² ($DP = 4.44$), com os pesos iniciais a oscilarem entre os 73Kg e os 133Kg. GE e GC no momento pré intervenção não apresentaram diferenças estatisticamente significativas nestas variáveis.

A totalidade das participantes apresentava um historial de várias tentativas de perda de peso anteriores a este estudo, sendo a combinação entre fármacos, acompanhamento nutricional e dietas “caseiras” os métodos mais referidos (42.6%). No que diz respeito à atividade física, 63.6% das participantes consideraram-se sedentárias, 23.6% referiu praticar alguma atividade física ainda que não de forma regular, e apenas 12.7% referiu

fazê-lo regularmente. Setenta e um por cento da amostra referiu apresentar problemas de saúde associados ao excesso de peso, com destaque para a hipertensão arterial, colesterol, diabetes e problemas osteoarticulares. Quanto ao acompanhamento psicológico ou psiquiátrico prévio, 74.5% da totalidade da amostra referiu nunca ter tido. Relativamente a estas variáveis do historial clínico, GE e GC não apresentaram diferenças estatisticamente significativas. No que respeita à medicação com psicofármacos, verificou-se uma associação entre o uso de medicação e o tipo de grupo ($\chi^2 (1, n = 54) = 7.39, p = .007, phi = -.41$), sendo que 61.5% do GE no momento pré intervenção encontrava-se medicado com psicofármacos, nomeadamente antidepressivos e ansiolíticos, e no GC apenas 21.4%.

Tabela 2

Características clínicas da amostra total, GE e GC

Variáveis Clínicas	Grupo Experimental (n=27)	Grupo Controlo (n=28)	Total (N=55)	Teste (t/ χ^2)	Sig (p)
	M (DP) / n (%)	M (DP) / n (%)	M (DP) / n (%)		
IMC pré intervenção	38,43 (5,37)	39,61 (3,36)	39,04 (4,44)	-.968	.339
Peso pré intervenção	100,54 (13,47)	102,32 (10,89)	101,46 (12,11)	-.533	.594
Acomp. Psi. Prévio				2.941	.086
Não	16 (61,5)	24 (85,7)	40 (74,1)		
Sim	10 (38,5)	4 (14,3)	14 (25,9)		
Psicofármacos				7.399	.007
Não	10 (38,5)	22 (78,6)	32 (59,3)		
Sim	16 (61,5)	6 (21,4)	22 (40,7)		
Problemas de saúde				0.176	.675
Não	7 (26,9)	9 (32,1)	16 (29,6)		
Sim	19 (73,1)	19 (67,9)	38 (70,4)		
Atividade física				1.762	.414
Sedentarismo	15 (57,7)	19 (67,9)	34 (63)		
Atividade física não regular	6 (23,1)	7 (25,9)	13 (24,1)		
Atividade física regular	5 (19,2)	2 (7,1)	7 (13)		

5.4. INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados no presente trabalho podem ser agrupados em duas categorias, para uma melhor organização da informação:

- Instrumentos de avaliação dos resultados, que inclui: entrevista de recolha de dados clínicos e sociodemográficos e de diagnóstico de PIC, quatro

questionários de natureza nomotética e um questionário de natureza idiográfica de avaliação da mudança;

- Instrumentos de avaliação do processo terapêutico, que inclui: questionário de resposta aberta de avaliação das sessões de psicoterapia e uma entrevista final semiestruturada.

5.4.1. Instrumentos de avaliação dos resultados

a) Entrevista de dados clínicos e sociodemográficos e de diagnóstico de PIC

Entrevista semiestruturada cujo objetivo é recolher informações clínicas e sociodemográficas das participantes. Inicia com a recolha de dados sobre idade, estado civil, escolaridade e profissão, abordando de seguida tópicos relacionados com a história da obesidade, nomeadamente peso atual e altura (para posterior cálculo do IMC), evolução do peso ao longo da história de vida, fatores precipitantes do aumento de peso, antecedentes familiares, problemas médicos associados, antecedentes psiquiátricos, medicação psiquiátrica, tentativas anteriores de perda de peso e atividade física. Nesta entrevista inicial foram incluídas as questões da entrevista clínica IDED-IV (Kutlesic, Williamson, Gleaves, Barbin, & Murphy-Eberenz, 1998, tradução portuguesa de Ramos, 2009) referentes ao diagnóstico de PIC. Esta entrevista baseia-se nos critérios de diagnóstico descritos no DSM-IV-TR (APA, 2002). Apesar da versão mais recente deste manual já se encontrar publicada (DSM-V; APA, 2013)² e incluir algumas alterações ao nível dos critérios de diagnóstico de PIC, à data da recolha de dados era a versão DSM-IV-TR (APA, 2002) a disponível e utilizada como grelha de avaliação.

b) Toronto Alexithymia Scale - 20-Item (TAS-20)

A Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens, *20-Item Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), é um instrumento de autorrelato, desenvolvido na década de 90 por Bagby, Parker e Taylor (1994), com o objetivo de avaliar a alexitimia. É constituída por 20 itens, onde é pedido ao sujeito que refira o seu grau de concordância para cada um deles numa escala de tipo Likert de cinco pontos, que oscila entre “*discordo totalmente*” e “*concordo totalmente*”. Os itens da escala procuram refletir os principais domínios do constructo de

² Os critérios de diagnóstico de PIC do DSM-IV-TR e DSM-V mantêm-se idênticos ao nível da descrição do quadro clínico e sintomas (já descritos no Capítulo I do presente trabalho), tendo apenas sofrido uma alteração ao nível do critério relativo à frequência e duração do problema. Na versão do DSM-IV-TR este critério é de “em média dois dias/semana por seis meses”, e na versão mais recente passa para “em média, pelo menos uma vez por semana durante três meses”.

alexitimia definidos originalmente por Nemiah e Sifneos (1970, as cit in Taylor et al., 1997), organizando-se numa estrutura com 3 fatores:

- Dificuldade em identificar e diferenciar sentimentos de sensações corporais (DIS)
- Dificuldade em descrever os sentimentos (DDS)
- Estilo de pensamento orientado para o exterior (POE)

A escala demonstrou uma boa consistência interna (*alpha* de Cronbach: .81) e validade de constructo (Bagby et al, 1994; Bagby, Taylor, & Parker, 1994), pelo que tem sido um dos principais instrumentos utilizados no estudo da alexitimia, nomeadamente em amostra clinicas de doentes com obesidade (e.g., Adami et al, 2001; Elfhag & Lundh, 2007; Noli et al., 2010; Pinna et al., 2011). A estrutura fatorial de três fatores tem sido replicada em diversos estudos, de diferentes países, com amostras clinicas e não clinicas, sugerindo a estabilidade da mesma (Parker, Bagby, & Taylor, 2003; Taylor, Bagby, & Parker, 2003).

No estudo de adaptação para a população portuguesa de Prazeres, Parker e Taylor (2000), com uma amostra de adultos sem queixas e outra amostra de estudantes universitários, a estrutura fatorial da TAS-20 mantém-se revelando uma consistência interna aceitável (*alphas* de Cronbach: escala total = .79 nos adultos e nos estudantes; DIS = .80 nos adultos, .83 nos estudantes; DDS = .64 nos adultos, .65 nos estudantes; POE = .44 nos adultos, .60 nos estudantes). Relativamente à estabilidade do instrumento, a versão portuguesa demonstra uma excelente precisão teste-reteste com três ($r=.90$; $p<.001$) e seis semanas ($r=.86$; $p<.001$) de intervalo. No presente estudo foram encontrados os seguintes valores de alpha de Cronbach: escala total = .85; DIS = .87; DDS = .68; POE = .66. Estes resultados são indicadores de uma consistência interna aceitável, em concordância com o estudo original, com a adaptação para a população portuguesa e com outros estudos realizados com amostras de indivíduos com obesidade (e.g., Elfhag & Lundh, 2007).

Na interpretação dos dados obtidos com a escala, resultados iguais ou superiores a 61 são considerados indicadores de alexitimia, entre 52 e 60 são valores intermédios, de fronteira, e resultados iguais ou inferiores a 51 são definidos como indicadores da inexistência de alexitimia (Parker et al, 2003; Taylor et al., 1997).

c) Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ)

O Questionário Holandês do Comportamento Alimentar, do original *Dutch Eating Behaviour Questionnaire* (DEBQ; van Strien, Frijters, Bergers, & Defares, 1986), é um

instrumento de autorrelato que pretende avaliar o estilo de comportamento alimentar em três fatores:

- Ingestão emocional - perda de controlo sobre a ingestão alimentar por exposição a fatores emocionais (I.EMOC)
- Restrição alimentar - controlo do apetite e da ingestão alimentar através de dietas (R.ALIM)
- Ingestão externa - perda de controlo sobre a ingestão alimentar por influencia de estímulos externos (I.EXT)

O questionário é composto por 33 itens, avaliados numa escala de tipo Likert de cinco pontos, que oscila entre “*Nunca*” e “*Muito frequentemente*”. Subjacente à construção deste instrumento encontra-se a teoria de Polivy e Herman (1980, 1985, 1993) e a perspetiva psicossomática, já explorada no 1º capítulo deste trabalho, que corrobora a restrição alimentar, a ingestão emocional e a ingestão externa como dimensões essenciais para a compreensão da obesidade. É um instrumento usado em vários países, apresentando uma estrutura de três fatores estável, em amostras clínicas e não clínicas (Allison, Kalinsky, & Gorman, 1992; van Strien & Oosterveld, 2008; Wardle, 1987), e uma boa consistência interna (*alphas* de Cronbach: I.EMOC =.94; R.ALIM =.95; I.EXT =.80) (van Strien et al., 1986). Em Portugal, a adaptação do questionário realizado por Viana e Sinde (2003) revela igualmente uma boa fiabilidade, com valores de *alpha* de Cronbach de .94 para a escala de ingestão emocional, .92 para a escala de restrição alimentar, e de .81 para a escala de ingestão externa. No nosso estudo, este instrumento apresentou um *alpha* de Cronbach de .86 para I.EMOC, .96 para R.ALIM e .89 para I.EXT, valores reveladores de uma boa consistência interna.

Apesar de não estarem publicados pontos de corte para este instrumento, verifica-se que os indivíduos obesos tendem a apresentar resultados mais elevados que os indivíduos com peso normal, sobretudo na escala de restrição alimentar (Allison et al., 1992; van Strien et al., 1986; Viana & Sinde, 2003).

d) Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)

O *Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM*; Evans et al., 2000), é um instrumento de autorrelato que permite medir o bem-estar psicológico de indivíduos adultos. Está inserido numa bateria de instrumentos de avaliação, desenvolvida no Reino Unido na década de 90, com o objetivo de avaliar os resultados dos tratamentos ao nível do serviço nacional de saúde mental daquele país (Evans et al., 2002). O CORE-OM é composto por 34 itens, avaliados numa escala de tipo Likert com 5 pontos, que

oscila entre “Nunca” e “*Sempre ou quase sempre*”, estando estes itens agrupados em quatro dimensões:

- Bem-estar subjetivo (BES)
- Queixas e sintomas (QS)
- Funcionamento social e pessoal (FSP)
- Comportamentos de risco (CR)

Este instrumento não é utilizado como uma ferramenta de diagnóstico, mas sim como uma medida de avaliação da mudança psicológica em psicoterapia, apresentando uma alta estabilidade teste-reteste e uma boa consistência interna que varia entre .77 e .95 para a escala total e domínios específicos (Evans et al., 2002). A adaptação para a população portuguesa (Sales, Moleiro, Evans, & Alves, 2012) revela boas propriedades psicométricas do instrumento, comparáveis à versão original, nomeadamente um *alpha* de Cronbach para a escala total de .94 (BES =.72; QS =.88; FSP =.84; CR =.46). Resultados semelhantes foram igualmente encontrados no presente estudo (Escala total =.95; BES =.80; QS =.90; FSP =.90; CR =.82). Os pontos de corte para a população portuguesa não estão ainda publicados, mas toda a escala é cotada no sentido de resultado elevados serem indicadores de maiores problemas.

e) The Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R)

Tal como referido no enquadramento teórico, o conceito de espontaneidade é central na teoria psicodramática. Refere-se a um estado de prontidão para a ação, tendo como base a adequação ao contexto (Moreno, 1997). É o desenvolvimento da espontaneidade que, segundo o autor, permite o encontro de respostas alternativas aos problemas, sendo por isso considerada uma capacidade que contribui para o bem-estar psicológico do indivíduo (Kipper & Shemer, 2006). Para avaliar este constructo, Kipper e Hundal (2005) desenvolveram um instrumento, *The Spontaneity Assessment Inventory* (SAI), e a sua versão revista (SAI-R; Kipper & Shemer, 2006) cujo objetivo é avaliar a intensidade com que o indivíduo experiencia uma série de sentimentos ou pensamentos num dia típico. São apresentados 18 itens que descrevem a presença de espontaneidade, que deverão ser respondidos através de um escala de tipo Likert, de 5 pontos, que oscila entre “muito fraca” a “muito forte”. O instrumento apresenta uma boa consistência interna (*alpha* de Cronbach=.79), correlacionando-se positivamente com o bem-estar e negativamente com os níveis de stress (Kipper & Shemer, 2006).

A adaptação para a população portuguesa encontra-se em curso (Gonzalez et al.), contudo, os estudos preliminares com o instrumento (Gonzalez, 2012) confirmam os

dados já encontrados na literatura, nomeadamente as correlações positivas entre espontaneidade e motivação intrínseca, autoeficácia e autoestima (Davelaar, Araujo, & Kipper, 2008; Kipper & Shemer, 2006). No presente trabalho o instrumento revela uma boa consistência interna, com um valor de alpha de Cronbach de .90.

f) The Simplified Personal Questionnaire (PQ)

The Simplified Personal Questionnaire (PQ; Elliott, Mack & Shapiro, 1999) é um instrumento individualizado de medida da mudança, onde é pedido ao participante que liste cerca de 10 problemas que gostaria de trabalhar durante a psicoterapia. Esta lista é construída com base numa entrevista semiestruturada com o objetivo de ajudar o participante a identificar os seus principais problemas ou dificuldades. É pedido a este que ordene os itens por ordem decrescente de importância e em seguida que classifique cada um deles, numa escala tipo Likert de 7 pontos, quanto ao nível de mal-estar que provoca (de “nenhum mal-estar” a “mal-estar total”) e desde quando é que estes problemas lhe causam mal-estar (de “menos de 1 mês” a “há mais de 10 anos”). O PQ é geralmente administrado imediatamente antes do início de cada sessão de terapia, funcionando como uma medida de avaliação de resultados de sessão para sessão. Ao longo do processo terapêutico, as participantes poderão modificar os itens do PQ, acrescentando ou retirando problemas. Assente numa abordagem idiográfica, os itens deste questionário são assim construídos por cada participante permitindo uma avaliação mais individualizada dos resultados da terapia (Sales & Alves, 2012).

Este instrumento encontra-se a ser adaptado para a população portuguesa por Sales et al. (2007a), com a designação de Questionário Pessoal Simplificado, sendo utilizado em contexto de terapia individual e terapia de grupo (Sales, Gonçalves, Fragoeiro, Noronha, & Elliott, 2007).

5.4.2. Instrumentos de avaliação do processo terapêutico

a) Helpful Aspects of Therapy (HAT)

O *Helpful Aspects of Therapy Form* (HAT; Elliott, 1993) é um instrumento de autoquestionário que avalia a perceção do cliente sobre o processo de mudança em terapia. Faz parte dos “*patient-generated measures*” (PGM; Sales & Alves, 2012), que numa perspetiva idiográfica procuram aceder à perspetiva do cliente sobre como e o que funciona em psicoterapia. No HAT através de uma pergunta de resposta aberta é pedido ao cliente que descreva, por palavras próprias, o que de mais importante e/ou útil

aconteceu na terapia, classificando posteriormente em que medida esse acontecimento o ajudou numa escala de tipo Likert de 5 pontos, que oscila entre “não ajudou nada” a “ajudou muitíssimo”. É também pedido que descreva o que considera ter sido mais negativo ou funcionado como uma dificuldade ou obstáculo ao desenvolvimento da terapia, e do mesmo modo classifique esse acontecimento numa escala de tipo Likert de 5 pontos, que oscila entre “nada negativo” a “extremamente negativo”. O HAT é geralmente aplicado no final de todas as sessões de terapia.

Este instrumento gera um conjunto de dados qualitativos que permitem a identificação dos eventos mais significativos da terapia e que podem ser analisados através de sistemas de categorias de que são exemplos o TICAS (Elliott et al., 1985) ou o HAETCAS (Elliott, 1988), ou através de uma abordagem mais indutiva de análise de conteúdo (e.g., Grounded Theory) das descrições procurando identificar o que emerge delas (Elliott, 2012; Sales & Alves, no prelo).

À semelhança do PQ, este instrumento encontra-se a ser adaptado para a população portuguesa por Sales et al. (2007b), com a designação de *Aspetos Úteis da Terapia*, sendo utilizado em contexto de terapia individual e terapia de grupo.

b) Client Change Interview (CCI)

A *Client Change Interview* (CCI; Elliott, Slatick & Urman, 2001) é uma entrevista semiestruturada, geralmente administrada no final da processo terapêutico, com o objetivo de avaliar a experiência do cliente na terapia, questionando sobre as mudanças sentidas, o que pensa ter contribuído para essas mudanças, e quais os aspetos úteis e os aspetos desnecessários que identifica na terapia. Através de um conjunto de questões abertas procura-se explorar o ponto de vista do cliente, promovendo a sua reflexão sobre o processo terapêutico e deste modo acrescentando informação aos dados quantitativos (Elliott, 2012). É feita igualmente uma lista das mudanças sentidas e para cada uma delas o cliente deve avaliar numa escala de tipo Likert de 5 pontos se a mudança foi “totalmente esperada” até “totalmente supressa”, se sem a terapia a mudança “de certeza não acontecia” até “de certeza acontecia” e se a mudança foi “nada importante” até “extremamente importante”. A realização desta entrevista tem a duração média de 60 a 90 minutos, e deverá ser registada em áudio para posterior transcrição.

Este instrumento encontra-se a ser adaptado para a população portuguesa por Sales et al. (2007c), com a designação de *Entrevista de Mudança do Cliente*, sendo utilizado em contexto de terapia individual e terapia de grupo.

No Quadro 8 procurámos organizar a informação sobre os momentos de avaliação e os instrumentos administrados em função dos grupos avaliados.

Quadro 8

Plano de recolha de dados

		Entrev. Clínica e PIC	TAS-20	DEBQ	CORE- OM	SAI-R	PQ	HAT	CCI
MOMENTO 1	Pré intervenção	GE+GC	GE+GC	GE+GC	GE+GC	GE+GC	GE		
	S1						GE	GE	
	S2						GE	GE	
	S3						GE	GE	
	S4						GE	GE	
	S5						GE	GE	
	S6						GE	GE	
	S7						GE	GE	
	S8						GE	GE	
	S9						GE	GE	
	S10						GE	GE	
	S11						GE	GE	
	S12						GE	GE	
MOMENTO 2	Pós intervenção	GE+GC	GE+GC	GE+GC	GE+GC	GE+GC	GE		GE

5.5. BREVE DESCRIÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO³

Em termos de estrutura, o programa encontra-se organizado em 12 sessões, realizadas semanalmente, e com uma duração média de 90 minutos por sessão. As 26 participantes do GE foram distribuídas (de acordo com um critério temporal) por 4 grupos de intervenção, constituídos por 6 a 10 elementos cada. Para grupos terapêuticos com adultos este é o número indicado de participantes por grupo (Corey, 2012).

A equipa terapêutica foi formada por uma psicodramatista e um ego-auxiliar. Todas as sessões processaram-se segundo as três fases sequenciais do modelo psicodramático: aquecimento, dramatização e comentários. No que se refere ao conteúdo, com base numa revisão teórica e empírica da literatura sobre intervenção em grupo na obesidade (Buckroyd & Rother, 2008) foram definidas algumas diretrizes sobre temas relevantes para o trabalho em terapia: compreender o comportamento alimentar como um meio de lidar com experiências emocionais; corpo e autoestima; vantagens e desvantagens da mudança; as relações interpessoais. As sessões não foram detalhadamente planeadas, mas apenas os tópicos que desejávamos explorar. A exploração dos mesmos foi guiada

³ A descrição do programa de intervenção encontra-se publicada em: Vieira, F. M., Torres, S., & Moita, G. (2013). Psicodrama e obesidade: Desenvolvimento, implementação e avaliação de um programa de intervenção focado nas emoções. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 21(2), 141-149. (anexo 2)

pelas necessidades apresentadas pelos membros do grupo, através das técnicas psicodramáticas.

A primeira sessão, após a apresentação do programa, das regras e do funcionamento das sessões de psicodrama, centrou-se na promoção do conhecimento e da coesão grupal através de exercícios sociométricos, abordando tópicos como idade, estado civil, situação profissional, expectativas em relação ao grupo, desconforto com imagem corporal e peso. Na segunda, terceira e quarta sessão foram explorados os fatores que contribuíram para o aumento de peso e os mitos e crenças associados aos papéis de ser gordo e ser magro na sociedade atual. Procurou-se deste modo refletir sobre o processo de desenvolvimento da doença e a relação com a comida através de estátuas, solilóquios, inversão de papéis e uso de panos e objetos simbólicos. Da quinta à oitava sessão, o enfoque foi colocado na relação entre emoções e comportamento alimentar. Através da inversão de papéis, duplos e solilóquios procurou-se explorar questões como “o que é ter fome”, “como é ter vontade de comer”. Procurou-se expandir o léxico emocional dos membros do grupo, tornando-os mais capazes de reconhecer sensações físicas, identificar emoções e qual a relação destas com determinados comportamentos alimentares. O treino de papel (e.g., comportamentos alimentares adequados, estratégias de redução de ansiedade, treino de assertividade) foi também alvo de exploração durante as dramatizações. Da nona à décima primeira sessão, abordou-se o tema da autoestima e imagem corporal. A representação de conceitos e emoções através de estátuas e espelhos e o recurso a metáforas corporais contribuem para que estas mulheres se apercebam da forma como comunicam com o mundo através do seu corpo. “Como eu me vejo” e “como eu acho que os outros me veem” são dois dos tópicos explorados durante estas sessões. Na última sessão é feita a avaliação do programa de intervenção, refletindo sobre as mudanças terapêuticas alcançadas.

Todas as sessões foram realizadas numa sala ampla, com recurso a cadeiras, luzes, panos e um tapete para recriar o palco.

5.6. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Tratando-se de uma amostra recolhida em contexto clínico, com todas as condicionantes associadas ao processo de amostragem e com a definição prévia do tipo de participantes a incluir no estudo, a amostra é não probabilística, tendo sido selecionada segundo um processo de amostragem intencional. O programa de intervenção foi divulgado junto dos centros de saúde da região do grande Porto e do

Centro Hospitalar de São João, também na cidade do Porto, tendo sido os casos encaminhados pelos médicos assistentes de acordo com os critérios previamente estabelecidos. O programa de intervenção foi implementado no serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de São João Porto após parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde da instituição, e no serviço de consultas da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

A avaliação das participantes foi realizada pela equipa de investigação e a implementação do programa de intervenção pelos elementos da equipa com formação no modelo psicodramático. A entrevista clínica e os questionários de autorrelato foram aplicados em sessões individuais antes e depois da implementação das 12 sessões de psicodrama. Na avaliação inicial individual foi igualmente construído o PQ e na avaliação final realizada a CCI. No início de cada sessão do programa de intervenção as participantes do GE preencheram o PQ, e no final de cada sessão o HAT. A opção por administrar o HAT no final das sessões, e não no início da sessão seguinte ou durante o intervalo semanal entre sessões, permitiu-nos recolher os dados de todos os elementos do grupo presentes em cada sessão. Algo que poderia não acontecer se na sessão seguinte faltassem. Contudo, assumimos que este procedimento poderá limitar a reflexão e a integração dos aspetos úteis e não úteis ocorridos durante as sessões.

No momento da avaliação inicial, as participantes foram informadas sobre os objetivos da presente investigação, tendo sido garantida a confidencialidade dos dados. Juntamente com os instrumentos anteriormente descritos, o consentimento informado foi devidamente documentado por escrito (anexo 1).

A fase de intervenção decorreu ao longo de dez meses, entre Maio de 2011 e Fevereiro de 2012. Ao longo de cada intervenção, a equipa terapêutica reuniu regularmente com a investigadora responsável para reflexão e acompanhamento geral das atividades realizadas nas sessões.

5.7. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados quantitativos foi utilizado o programa IBM SPSS Statistics® (Statistical Package for the Social Sciences), para Windows, versão 19. Para todos os procedimentos e análises estatísticas foi utilizado um intervalo de confiança de 95%. No estudo das propriedades metrológicas dos instrumentos, foi calculado o coeficiente de Alpha de Cronbach.

Antes de realizar os procedimentos estatísticos que procuraram responder às questões de investigação, foram efetuadas análises descritivas de modo a obter

informações sobre eventuais violações de pressupostos estatísticos que desvirtuassem os resultados, nomeadamente a existência de outliers e a normalidade das distribuições. Para as VDs em estudo, o teste Shapiro-Wilk não atingiu o nível de significância convencional ($p < .05$) para que a hipótese nula seja rejeitada, sugerindo assim a presença de uma distribuição aproximadamente normal nas referidas variáveis. De igual modo, pela análise dos valores de assimetria (que variam entre $-.453$ e $.759$) e curtose (que variam entre $-.786$ e $.726$) das VDs e pela análise da homogeneidade das variâncias (Teste de Levene) verificou-se estarem cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização dos testes paramétricos (Field, 2013). Apenas para a variável IMC não é cumprido o pressuposto da homogeneidade das variâncias. No entanto, os procedimentos estatísticos realizados são relativamente robustos à violação deste pressuposto (Field, 2013; Pallant, 2010).

Os dados relativos à caracterização da amostra (variáveis sociodemográficas e variáveis clínicas) foram obtidos a partir da estatística descritiva. A análise da equivalência entre GE e GC na linha de base (momento pré intervenção) foi realizada através do teste *t*-Student para amostras independentes (para as variáveis contínuas) e teste Qui-quadrado de Pearson (para as variáveis categoriais). Esta avaliação é importante pois permite verificar a equivalência dos grupos no início da intervenção, aspeto fundamental para a posterior interpretação dos resultados.

Para testar as hipóteses relativas à eficácia da intervenção grupal, foram realizados testes *t*-Student de medidas emparelhadas e análises de variância (ANOVA) de medições repetidas mista (Maroco, 2011) contemplando como fator independente a variável tipo de grupo (GE e GC) e como fator com medidas repetidas a variável tempo nos dois momentos de avaliação (pré e pós intervenção). Procurou-se deste modo estudar o efeito de interação entre estes fatores nos resultados dos diversos instrumentos de avaliação aplicados. Para estas análises, além dos pressupostos anteriormente referidos, é importante atender também à homogeneidade das covariâncias, tendo-se verificado que apenas para as variáveis IMC e para os resultados do DEBQ esta apresenta valores com significância estatística ($p < .05$). Contudo, tal como Pallant (2010) salienta, o teste de homogeneidade de covariâncias é bastante sensível e por isso um nível de significância mais baixo poderá ser usado ($p < .001$). Assumindo este valor como referência, o pressuposto é cumprido para todas as variáveis em estudo.

Na interpretação dos resultados, para além do valor da significância estatística, foi considerada também a significância prática dos mesmos através dos valores do tamanho do efeito, seguindo as convenções definidas por Cohen (1988, 1992). No caso do teste *t*-Student, o tamanho do efeito foi avaliado através da estatística *d*, e foi interpretado de

acordo com a seguinte grelha: .20 efeito pequeno, .50 efeito moderado e .80 efeito grande. No caso da ANOVA o tamanho do efeito foi avaliado através do *eta quadrado parcial* e foi interpretado da seguinte forma: .01 corresponde a um efeito pequeno, .06 efeito médio e .14 efeito elevado. Procedeu-se também ao cálculo da capacidade de cada teste detetar diferenças estatisticamente significativas, através da análise do poder estatístico *post hoc*, realizada através do programa G*Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) para o teste *t*-Student, e a opção possibilitada pelo programa IBM SPSS Statistics no caso da ANOVA.

Relativamente ao estudo sobre as características das participantes que mais beneficiaram deste tipo de intervenção, foram realizadas análises de regressão linear múltipla, com base no método confirmatório (*enter*), com o objetivo de identificar os principais preditores das mudanças nas variáveis de resultado primárias - IMC, alexitimia e ingestão emocional. Para tal, definiram-se como VDs as variáveis relativas às diferenças entre os resultados pós e pré intervenção no IMC, nas três escalas da TAS-20 e na escala ingestão emocional do DEBQ. Para cada análise atendendo ao tamanho da amostra, entraram apenas 2 preditores (Field, 2013). A escolha destes teve como critérios a significância das correlações, com base no cálculo do coeficiente de correlação momento produto de Pearson. As variáveis sociodemográficas foram analisadas separadamente das restantes, por se tratar de variáveis que não foram alvo da intervenção. Os pressupostos da normalidade, linearidade e homocedasticidade foram cumpridos. Para controlar a influência da multicolinearidade o valor do fator de inflação da variância (VIF) e da tolerância para cada variável foram estabelecidos como sendo abaixo de 10 e acima de 0.1, respetivamente (Maroco, 2011; Pallant, 2010).

Os dados qualitativos foram sujeitos à análise de conteúdo, com base numa abordagem descritiva e interpretativa (Elliott & Timulak, 2005). As respostas obtidas no HAT foram organizadas por sessão de modo a facilitar a sua interpretação e posteriormente analisadas de forma sistemática e reflexiva. O sistema de codificação foi construído com base num processo interpretativo por parte da equipa de investigação, procurando, numa lógica indutiva, respeitar o que emergiu do material em estudo. No entanto, este processo sofreu influências teóricas de investigações realizadas no âmbito do estudo dos ES em psicoterapia (Elliott, 2010; Richards & Timulak, 2012; Timulak, 2007, 2010), nomeadamente na definição dos dois domínios conceptuais com base nos quais os dados foram organizados - o domínio do “Impacto” que inclui categorias que procuram aceder ao modo como as participantes avaliam os eventos ocorridos nas sessões (aspetos úteis da terapia e aspetos não úteis da terapia) e o domínio da “Ação” que inclui a descrição de situações/momentos/técnicas ocorridas durante as sessões.

Cada domínio é composto por várias categorias que, na sua definição sofreram influências de taxonomias previamente existentes na literatura (Elliott, 1985, 2010; Timulak, 2007, 2010; Cruz, Sales, Moita, & Alves, 2012), mas foram adaptadas às especificidades dos dados do presente estudo. Como unidade de registo ou de significação foi considerada cada resposta dada às questões do HAT sobre o que mais ajudou na sessão e o que de mais negativo ocorreu na sessão. Neste processo de codificação cada unidade de registo pode ser codificada nos dois domínios conceptuais, impacto e ação. Atendendo a que cada resposta do HAT pode conter várias ideias, a codificação nas categorias de cada domínio não é mutuamente exclusiva. Esta opção permitirá perceber para cada sessão qual ou quais os impactos e os eventos mais significativos. Os dados recolhidos através da CCI foram organizados em categorias com base no seu conteúdo. Foram calculadas as frequências para os dados referentes a cada categoria e para as avaliações que as participantes fizeram das mudanças.

Este processo de análise qualitativa dos dados foi realizado pela investigadora principal em parceria com as orientadoras deste trabalho. E porque não é possível a total isenção de subjetividade, procurou-se sempre manter uma estratégia de reflexão crítica e questionamento sobre todo o processo de codificação, organização das categorias, interpretação e discussão dos dados.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados, que se encontram organizados no sentido de responder aos objetivos da investigação. Inicia-se com a apresentação dos resultados que têm como propósito testar as hipóteses relativas ao estudo da eficácia da intervenção, seguindo a apresentação dos resultados relativos ao estudo do processo psicoterapêutico. Reservamos a discussão dos mesmos para o capítulo seguinte.

6.1. ESTUDO DA EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO

6.1.1. Avaliação da homogeneidade dos grupos

Antes da análise dos resultados sobre a eficácia da intervenção importa fazer referência ao estudo da homogeneidade da amostra no que concerne às variáveis dependentes em estudo, no momento pré intervenção. Relativamente às características sociodemográficas e dados clínicos, como já referido no capítulo anterior no ponto sobre a caracterização das participantes (Tabelas 1 e 2), verificou-se que GE e GC não apresentavam diferenças estatisticamente significativas, com exceção para o facto do GE se encontrar mais medicado com psicofármacos no momento pré intervenção que o GC [$\chi^2 (1, n=54) = 7.39, p=.007, phi = -.41$].

Quanto às restantes variáveis, que resultam da aplicação dos questionários de autorrelato, podemos encontrar na Tabela 3 as estatísticas descritivas (média e desvio padrão) obtidas pelo GE e GC. Os resultados das análises comparativas de médias, através do teste *t*-Student, indicaram a inexistência de diferenças estatisticamente significativas na linha de base entre os grupos, no que respeita aos níveis de alexitimia, ingestão emocional, ingestão externa, restrição alimentar, bem-estar psicológico e espontaneidade. Pela análise da estatística *d*, o tamanho do efeito é pequeno o que reforça a insignificância prática das diferenças entre os grupos. Contudo, e atendendo à reduzida dimensão das amostras em estudo, fazemos referência na Tabela 3 a alguns resultados que consideramos marginais, por apresentarem um valor de significância entre os .05 e .10., nomeadamente a escala POE da TAS-20 e as escalas ingestão emocional e ingestão externa do DEBQ.

Tabela 3

Estatística descritiva das variáveis de resultado no momento pré intervenção para GE e GC e teste *t*-Student para amostras independentes

	PRÉ-INTERVENÇÃO				<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Grupo Experimental		Grupo Controlo				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
TAS-20	54.19	13.68	57.68	14.70	-.901	.372	.23
DIS	20.31	7.91	21.32	8.06	-.466	.643	.13
DDS	14.73	4.61	14.68	5.19	.039	.969	.01
POE	19.15	4.55	21.68	5.74	-1.781	.081 [†]	.44
DEBQ							
I.EMOC	47.08	11.93	40.50	15.05	1.770	.083 [†]	.44
R.ALIM	28.46	8.11	29.29	5.86	-.431	.669	.14
I.EXT	31.73	7.25	27.68	8.50	1.878	.066 [†]	.48
CORE-OM	52.80	23.60	48.29	26.84	.647	.520	.17
BES	8.20	3.87	7.89	3.93	.286	.776	.08
QS	23.28	8.62	20.76	11.19	.901	.372	.23
FSP	17.80	9.38	16.50	9.53	.500	.620	.14
CR	3.52	4.14	3.11	4.41	.350	.728	.09
SAI-R	53.46	9.76	55.93	12.17	-.811	.421	.20

[†] Resultados marginais (> .05 e < .10)

6.1.2. Avaliação do efeito da intervenção: comparação Tempo X Grupo

Comprovada a equivalência entre os grupos nas VDs, no momento inicial, passamos de seguida a apresentar os dados referentes ao estudo das hipóteses relativas à eficácia da intervenção. Assim, prevê-se uma diferença estatisticamente significativa entre o GE e o GC, nas dimensões de alexitimia, comportamento alimentar, IMC, bem-estar psicológico e espontaneidade, no sentido de melhores resultados para o GE após a intervenção. Para testar estas hipóteses relativas à interação entre o tipo de grupo e o momento de avaliação foi realizada uma ANOVA de medições repetidas mista, cujos resultados estão expostos na Tabela 4. Na referida tabela encontramos os valores médios, e respetivos desvios padrões, obtidos pelo GE e GC nos momentos pré e pós intervenção nas variáveis em análise, assim como a diferença média entre os dois momentos para cada grupo e em cada variável.

Tabela 4

Estadística descritiva e análise de variância de medições repetidas mista entre GE e GC para as variáveis de resultados no pré e pós intervenção

	Grupo Experimental <i>n</i> =26			Grupo Controlo <i>n</i> =28			Tempo X Grupo		<i>g.l.</i>	η^2_{pi}	IC (90%) η^2_{pi}	Poder estatístico
	Pré-intervenção <i>M (DP)</i>	Pós-intervenção <i>M (DP)</i>	Dif. Pós-Pré <i>M (DP)</i>	Pré-intervenção <i>M (DP)</i>	Pós-intervenção <i>M (DP)</i>	Dif. Pós-Pré <i>M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>				
IMC	38.42 (5.37)	38.05 (5.54)	-.38 (1.40)	39.61 (3.36)	39.97 (3.05)	.36 (1.04)	4.878	.032*	1,52	.086	.043-.153	.582
TAS-20	54.19 (13.68)	45.77 (13.88)	-8.42 (15.07)	57.68 (14.70)	55.89 (14.42)	-1.79 (8.87)	3.959	.052 [†]	1,52	.071	.035-.128	.497
DIS	20.31 (7.91)	16.46 (7.02)	-3.85 (7.67)	21.32 (8.06)	20.39 (8.88)	-.93 (5.92)	2.471	.122	1,52	.045	.022-.084	.339
DDS	14.73 (4.61)	12.77 (3.99)	-1.96 (4.99)	14.68 (5.19)	13.89 (4.85)	-.79 (3.76)	.966	.330	1,52	.018	.009-.035	.162
POE	19.15 (4.55)	16.54 (4.69)	-2.62 (4.45)	21.68 (5.74)	21.61 (3.94)	-.07 (5.02)	3.858	.055 [†]	1,52	.069	.035-.125	.487
DEBQ												
I,EMOC	47.08 (11.93)	36.00 (13.55)	-11.08 (13.81)	40.50 (15.05)	37.54 (13.23)	-2.96 (9.05)	6.613	.013*	1,52	.113	.058-.197	.714
R.ALIM	28.46 (8.11)	32.62 (5.80)	4.15 (9.62)	29.29 (5.86)	29.54 (7.88)	.25 (7.84)	2.687	.107	1,52	.049	.024-.091	.363
I.EXT	31.73 (7.25)	24.69 (8.84)	-7.04 (9.51)	27.68 (8.50)	26.21 (7.81)	-1.46 (5.01)	7.414	.009*	1,52	.125	.064-.215	.762
CORE-OM	52.80 (23.60)	32.16 (21.23)	-18.54 (25.80)	48.29 (26.84)	46.36 (22.49)	-1.93 (18.26)	7.333	.009*	1,50	.128	.066-.220	.757
BES	8.20 (3.87)	4.64 (2.80)	-3.25 (3.80)	7.89 (3.93)	7.96 (2.89)	.07 (3.28)	11.454	.001*	1,50	.186	.099-.301	.913
QS	23.28 (8.62)	14.64 (8.75)	-8.00 (10.42)	20.76 (11.19)	19.96 (9.67)	-.82 (8.28)	7.654	.008*	1,50	.133	.069-.227	.774
FSP	17.80 (9.38)	11.60 (8.24)	-5.46 (10.52)	16.50 (9.53)	15.61 (8.05)	-.90 (6.95)	3.498	.067 [†]	1,50	.065	.033-.119	.450
CR	3.52 (4.14)	1.28 (3.40)	-1.83 (4.11)	3.11 (4.41)	2.82 (3.94)	-.29 (2.68)	2.654	.110	1,50	.050	.025-.093	.359
SAI-R	53.46 (9.76)	60.08 (10.70)	6.62 (8.23)	55.93 (12.17)	56.11 (12.20)	.42 (10.36)	5.692	.021*	1,50	.102	.052-.180	.648

*valores significativos $p < .05$

[†] Resultados marginais ($> .05$ e $< .10$)

O tamanho e a direção destas diferenças serão considerados na interpretação dos dados que sugerem uma interação estatisticamente significativa.

Relativamente ao peso, verificamos que no final da intervenção no GE 5 (19%) pessoas aumentaram de peso (entre 1 e 7 Kg), 7 (27%) mantiveram o peso inicial e 14 (54%) perderam peso (entre 1 e 9 Kg). No GC 11 (39%) pessoas aumentaram de peso (entre 1 e 8 Kg), 12 (43%) mantiveram o peso inicial e 5 (18%) perderam peso (entre 1 e 5 Kg). Assente nestes dados, observa-se um efeito estatisticamente significativo da interação entre o momento de avaliação e o tipo de grupo para a variável IMC [$F(1, 52) = 4.878$, $p = .032$, $\eta^2_p = .086$], como é possível observar pela leitura da tabela 3. Observando a Figura 2 podemos ver graficamente que este efeito significativo reflete-se num ligeiro aumento do IMC no GC entre o momento 1 e o momento 2 de avaliação, enquanto no GE observa-se uma ligeira diminuição. Este efeito de acordo com o valor do eta quadrado parcial demonstra ser de magnitude média.

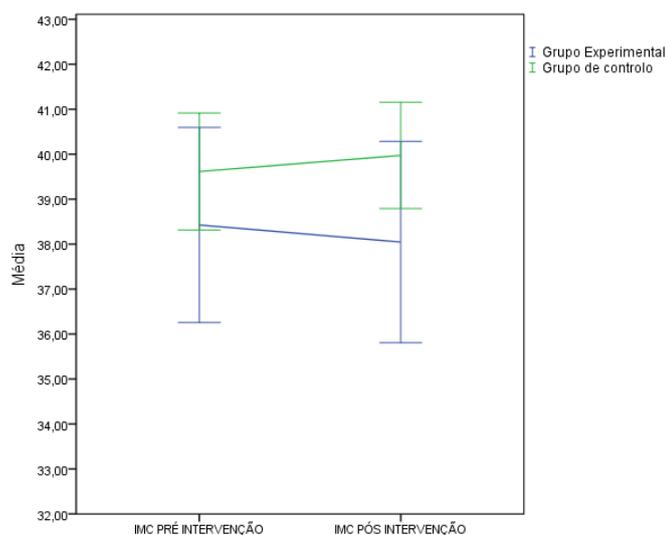


Figura 2 – Evolução do IMC entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC

Relativamente ao comportamento alimentar verifica-se um efeito significativo da interação Tempo X Grupo para as escalas Ingestão Emocional [$F(1, 52) = 6.613$, $p = .013$, $\eta^2_p = .113$] e Ingestão Externa ($F(1, 52) = 7.414$, $p = .009$, $\eta^2_p = .125$). Ou seja, a evolução dos resultados nestas escalas entre os momentos pré e pós intervenção tende a divergir em função do grupo, sendo a dimensão deste efeito média, muito próxima da alta. Como é possível observar nas Figuras 3 e 4, o efeito da intervenção torna significativamente mais pronunciado o decréscimo nos níveis de ingestão emocional e ingestão externa no GE. O teste t para amostras emparelhadas revela que para o GE as

diferenças entre pré e pós intervenção na ingestão emocional [$t(25) = 4.091, p = .000, d = 0.80$] e ingestão externa [$t(25) = 3.776, p = .001, d = 0.74$] são estatisticamente significativas, enquanto que para o GC [$t(27) = 1.733, p = .094, d = 0.32; t(27) = 1.545, p = .134, d = 0.29$] o mesmo não acontece.

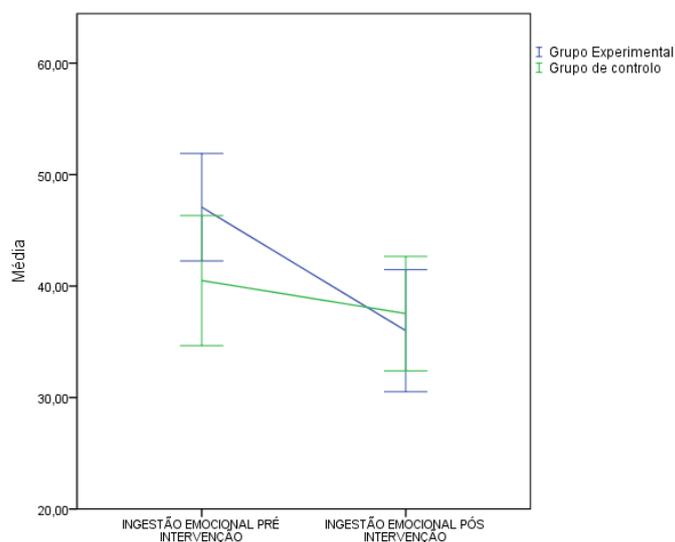


Figura 3 – Evolução dos resultados na escala Ingestão Emocional entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC

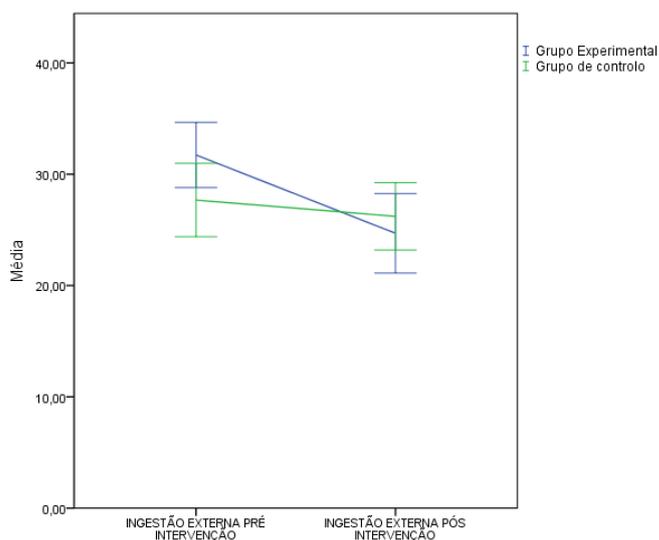


Figura 4 – Evolução dos resultados na escala Ingestão Externa entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC

Na escala restrição alimentar não foi encontrado um efeito estatisticamente significativo da intervenção.

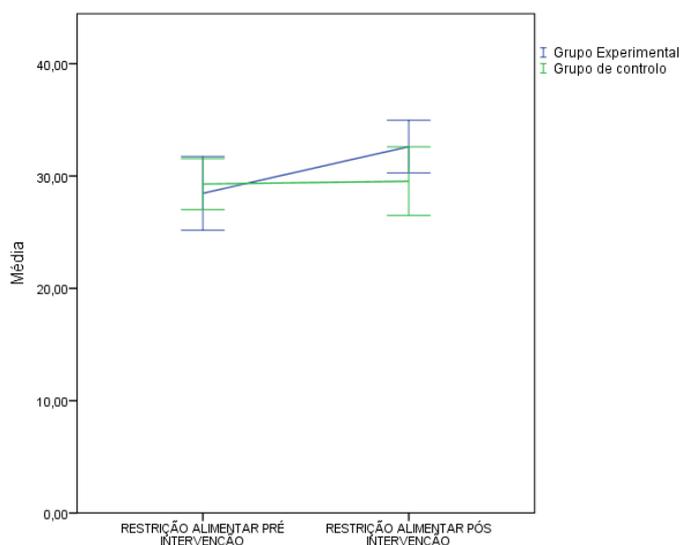


Figura 5 – Evolução dos resultados na escala Restrição Alimentar entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC

Na avaliação do bem-estar psicológico verifica-se igualmente a existência de resultados significativamente diferentes entre os momentos de avaliação, e que esta diferença depende do tipo de grupo. Os dados indicam uma melhoria significativa ao nível do resultado total do CORE-OM [$F(1, 50) = 7.333, p = .009, \eta^2_p = .128$] e das escalas Bem-estar Subjetivo [$F(1, 50) = 11.454, p = .001, \eta^2_p = .186$] e Queixas e Sintomas [$F(1, 50) = 7.654, p = .008, \eta^2_p = .133$] entre os dois momentos de avaliação para o GE por comparação com o GC. Este efeito pode ser observado nas Figuras 6, 7 e 8, e de acordo com a avaliação da sua magnitude revelam ter uma significância prática de média a alta. De igual modo, através do teste t para amostras emparelhadas verifica-se que para o GE no resultado total do CORE-OM [$t(23) = 3.520, p = .002, d = 0.72$], na escala bem estar subjetivo [$t(23) = 4.188, p = .000, d = 0.85$] e na escala queixas e sintomas [$t(23) = 3.761, p = .001, d = 0.77$] entre a avaliação pré e pós intervenção as diferenças são estatisticamente significativas, enquanto que no GC tal não se observa [$t(27) = 0.559, p = .581, d = 0.10$; $t(27) = -0.115, p = .909, d = 0.02$; $t(27) = 0.525, p = .604, d = 0.10$].

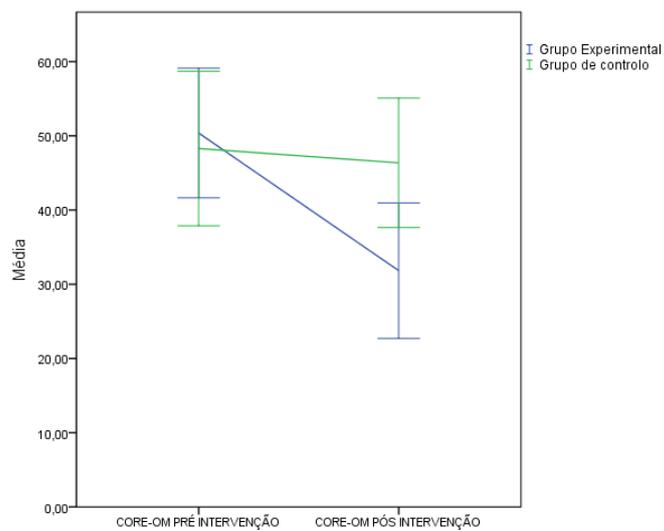


Figura 6 – Evolução dos resultados no CORE-OM entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC

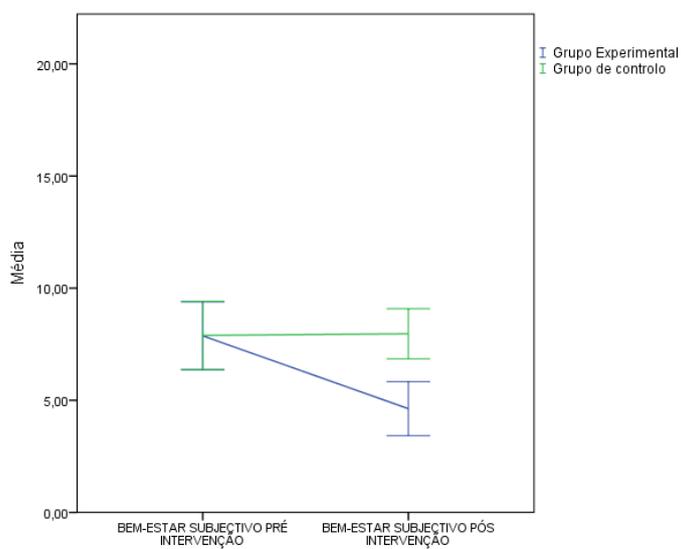


Figura 7 – Evolução dos resultados na escala Bem-estar Subjetivo entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC

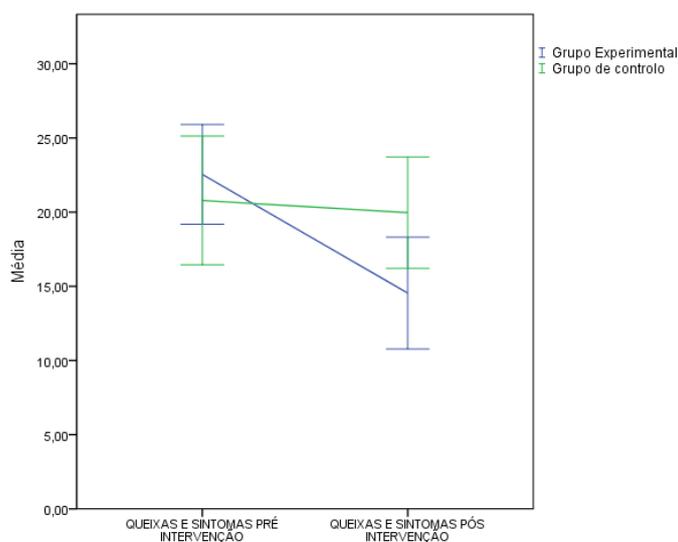


Figura 8 – Evolução dos resultados na escala Queixas e Sintomas entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC

Para as escalas Funcionamento Social e Pessoal e Comportamentos de Risco não foram encontrados efeitos estatisticamente significativos. No entanto, tal como é possível observar na Tabela 4, e pela Figura 9, o valor da significância estatística da escala Funcionamento Social e Pessoal pode ser considerado marginal [$F(1, 50) = 3.498$, $p = .067$, $\eta^2_p = .065$], sugerindo, pelo tamanho das diferenças entre os momentos pré e pós intervenção uma melhoria dos resultados no GE comparado com o GC.

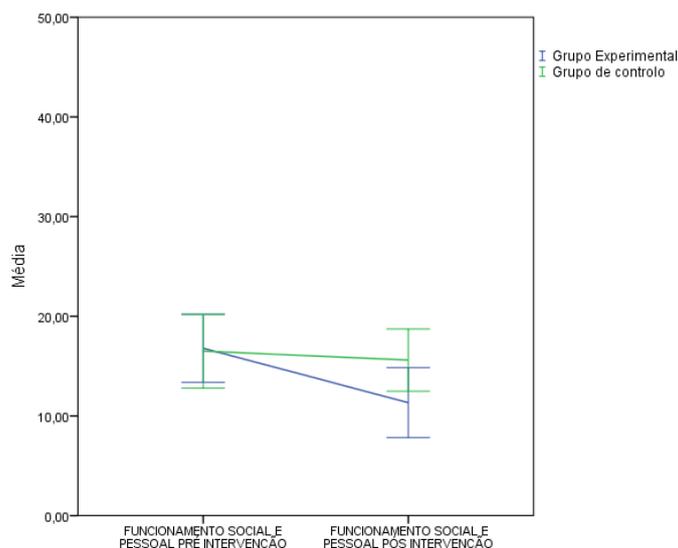


Figura 9 – Evolução dos resultados na escala Funcionamento Social e Pessoal entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC

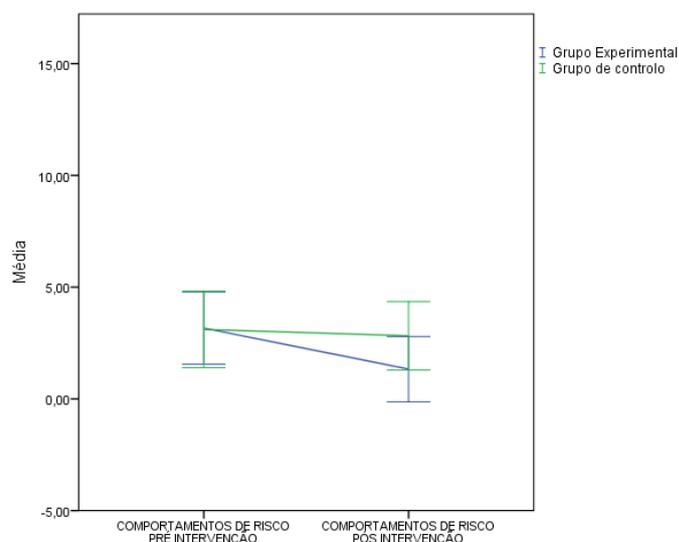


Figura 10 – Evolução dos resultados na escala Comportamento de Risco entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC

Ao nível da avaliação da espontaneidade, foi encontrado um efeito significativo da interação Tempo X Grupo na SAI-R [$F(1, 50) = 5.692, p = .021, \eta^2_p = .102$], com uma magnitude média, indicando, tal como é possível observar na Figura 11, uma melhoria mais acentuada ao longo do tempo para o GE. Esta diferença manifesta-se no teste t para amostras emparelhadas através dos resultados estatisticamente significativos encontrados no GE [$t(25) = -4.098, p = .000, d = 0.80$] entre pré e pós intervenção, por comparação com o GC [$t(25) = -0.208, p = .837, d = 0.04$].

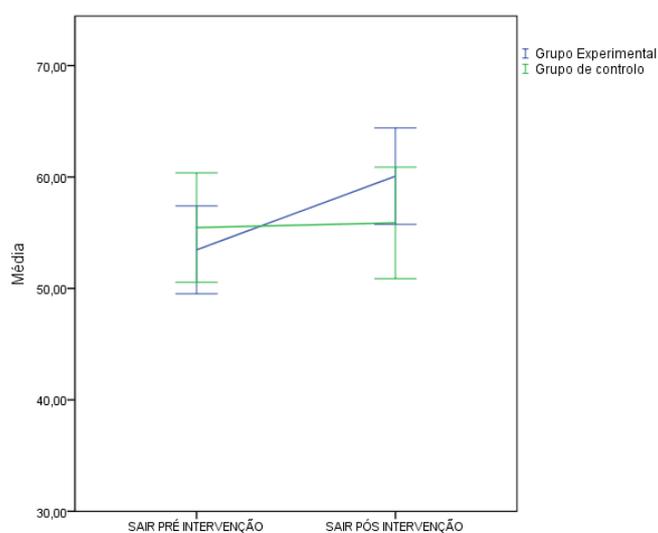


Figura 11 – Evolução dos resultados na SAI-R entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC

No que concerne à alexitimia, a ANOVA de medidas repetidas mista não encontrou um efeito significativo da interação Tempo X Grupo. No entanto, tal como é possível observar na tabela 3, salientamos os resultados marginais da TAS-20 total [$F(1, 52) = 3.959, p = .052, \eta^2_p = .071$] e da escala POE [$F(1, 52) = 3.858, p = .055, \eta^2_p = .069$]. As Figuras 12 e 13 mostram um declínio mais acentuado dos resultados ao longo do tempo para o GE, efeito que tem uma significância prática considerada média. Pelo teste t para amostras emparelhadas verificamos que para o GE as mudanças nas TAS-20 total [$t(25) = 2.850, p = .009, d = 0.56$] e escala POE [$t(25) = 2.994, p = .006, d = 0.59$] são estatisticamente significativas entre pré e pós intervenção, enquanto que para o GC tal não se verifica [$t(27) = 1.066, p = .296, d = 0.20$; $t(27) = 0.075, p = .941, d = 0.01$].

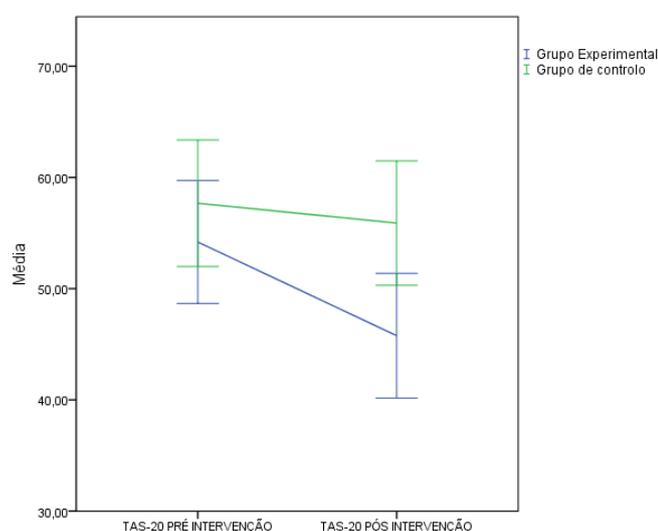


Figura 12 – Evolução dos resultados na TAS-20 entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC

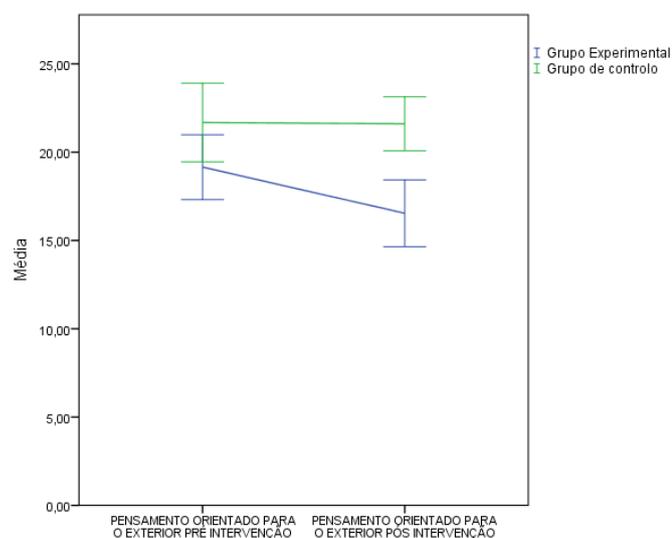


Figura 13 – Evolução dos resultados na escala POE entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC

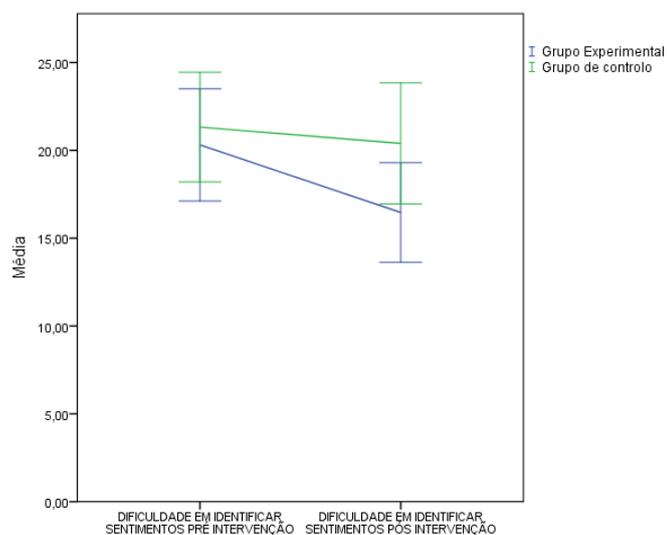


Figura 14 – Evolução dos resultados na escala DIS entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC

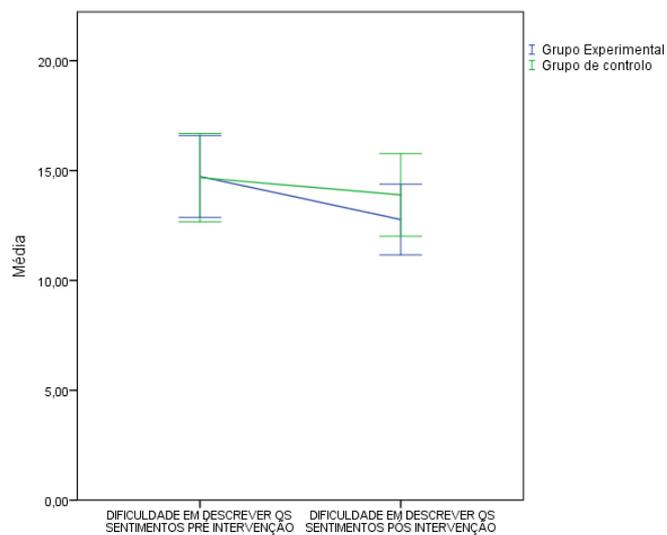


Figura 15 – Evolução dos resultados na escala DDS entre a avaliação pré e pós intervenção para GE e GC

6.1.3. Avaliação da significância clínica dos resultados

Para além da avaliação da significância estatística e da magnitude das diferenças, importa também perceber se as mudanças encontradas têm significância ou relevância clínica. Ou seja, de que forma a intervenção contribuiu para a melhoria do funcionamento dos indivíduos, e, de acordo com a definição clássica de significância clínica, se houve um retorno ou uma aproximação destes indivíduos ao funcionamento normativo (Jacobson, Roberts, Berns, & McGlinchey, 1999).

Relativamente ao diagnóstico de PIC, verificou-se que no momento pré intervenção os sintomas mais comuns foram a ingestão de grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome, comer até se sentir desconfortavelmente cheio, culpabilidade e mal-estar clínico associados. No GE, após a intervenção, 19% ($n=5$) das participantes mantinham os critérios de diagnóstico de acordo com o DSM-IV-TR e 81% apresentava uma remissão parcial dos mesmos, com os episódios de ingestão compulsiva a diminuírem em média de 2 para 1 vez por semana.

Na análise da significância clínica, Kendall, Marrs-Garcia, Nath, & Sheldrick (1999) sugerem, seguindo as indicações de Jacobson e Truax (1991), que se deve comparar também os resultados dos grupos em estudo com indicadores de amostras normativas funcionais. Neste sentido, e atendendo que foco central do programa de intervenção é a área emocional, podemos utilizar como indicadores de mudança clínica os pontos de corte para a população portuguesa da TAS-20. Analisando os resultados da TAS-20 como uma variável categorial, é possível observar na Figura 16 a percentagem de indivíduos considerados alexitímicos antes e depois da intervenção no GE e GC. No momento pré intervenção, 53.9% ($n=14$) das participantes do GE apresentavam resultados na TAS-20 de moderados a altos. No momento pós intervenção esta percentagem decresce para os 30.7% ($n=8$). Regista-se uma melhoria de 23% ($n=6$) ao nível do funcionamento alexitímico. No GC a percentagem de indivíduos com níveis de moderados a altos na TAS-20 foi de 75% ($n=21$) na avaliação inicial, descendo para 60.8% ($n=17$) na avaliação final. Verifica-se no GC uma melhoria de 14.2% ($n=4$) ao nível do funcionamento alexitímico, sendo no entanto de salientar que a percentagem de participantes neste grupo com níveis altos de alexitimia (42.9%) mantem-se idêntica nos dois momentos de avaliação.

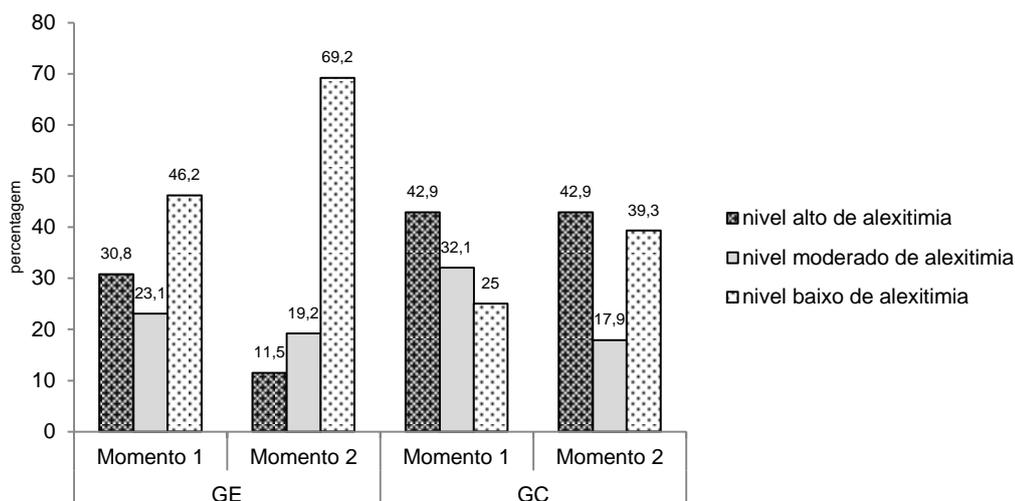


Figura 16 – Níveis de alexitimia no GE e GC pré e pós intervenção

6.1.4. Grupo experimental: estudo correlacional e preditivo

Antes de procurarmos identificar quais as características clínicas e/ou sociodemográficas que predizem os resultados da intervenção, importa fazer referência ao estudo correlacional das variáveis no GE. Foram incluídas neste estudo correlacional as variáveis sociodemográficas (idade e escolaridade), o IMC pré intervenção, os resultados no momento pré intervenção das escalas TAS-20, DEBQ, SAI-R e CORE-OM e a presença/ausência de diagnóstico de PIC no momento pós intervenção e as variáveis que quantificam as diferenças entre a avaliação pós e pré intervenção para o IMC, para as escalas da TAS-20, DEBQ, SAI-R e CORE-OM. Tendo em consideração que estas últimas variáveis podem assumir valores negativos a leitura dos resultados das correlações poderá tornar-se complexa. Neste sentido, é importante realçar que quanto mais negativo o valor das diferenças pós-pré intervenção no IMC, nas escalas da TAS-20, do DEBQ e do CORE-OM, maior a diferença entre os dois momentos de avaliação, o que significa uma maior mudança após a intervenção.

Para se analisar a covariação das variáveis referidas, procedeu-se à estimativa do coeficiente de correlação momento produto de Pearson. Pela observação da Tabela 5, verifica-se que, relativamente às variáveis sociodemográficas, apenas a idade apresenta uma correlação significativa negativa com a diferença entre pós e pré intervenção ao nível do IMC ($r=-.494$, $p=.010$), indicando que à medida que a idade aumenta maior é a perda de IMC no final da intervenção. No que concerne às variáveis emocionais, observa-

se que os valores iniciais nas três escalas da TAS-20 correlacionam-se de forma significativa e negativa com as diferenças registadas entre pós e pré intervenção na escala dificuldade em identificar sentimentos ($r=-.595$, $p=.001$; $r=-.534$, $p=.005$; $r=-.536$, $p=.005$). Os valores iniciais na escala DDS correlaciona-se negativa e significativamente com as mudanças ocorridas no final da intervenção nesta mesma escala ($r=-.657$, $p<.001$), acontecendo o mesmo em relação à escala POE ($r=-.457$, $p=.019$). A DDS e o POE no momento inicial correlacionam-se também de forma negativa e significativa com a mudança ao nível da ingestão emocional ($r=-.445$, $p=.023$; $r=-.508$, $p=.008$). Estes dados sugerem que níveis mais elevados nas escalas da TAS-20 na linha de base estão associados a uma maior recuperação ao nível do funcionamento alexitímico e da ingestão emocional no final da intervenção.

No mesmo sentido, ao nível do comportamento alimentar, registam-se correlações negativas significativas dos resultados na linha de base e a diferença pós-pré intervenção entre as escalas ingestão emocional ($r=-.453$, $p=.020$), restrição alimentar ($r=-.799$, $p<.001$) e ingestão externa ($r=-.469$, $p=.016$), demonstrando que níveis mais elevados de comportamentos alimentares desadaptativos antes da intervenção associam-se a mudanças mais expressivas nesses mesmos comportamentos no final da intervenção. A escala ingestão externa no momento inicial apresenta uma correlação positiva com a mudança final ao nível da restrição alimentar ($r=.560$, $p=.003$), sugerindo que quanto maior a perda de controlo sobre a ingestão alimentar por influencia de estímulos externos no momento inicial menor a mudança ao nível da restrição alimentar.

Relativamente ao diagnóstico de PIC no final da intervenção, a presença/ausência deste não apresenta correlações significativas com as variáveis avaliadas no momento pré intervenção.

Relativamente à escala SAI-R, verifica-se uma correlação positiva e significativa entre os resultados desta escala pré intervenção e a diferença entre pós e pré intervenção ao nível do IMC ($r=.471$, $p=.015$) e da escala ingestão externa do DEBQ ($r=.394$, $p=.046$), indicando que à medida que a espontaneidade aumenta na avaliação inicial decresce as diferenças entre pós e pré intervenção nas referidas variáveis. Quanto ao bem-estar psicológico em geral, as diferenças entre pós e pré intervenção no CORE-OM correlacionam-se negativa e significativamente com as dificuldades em descrever os sentimentos ($r=-.585$, $p=.003$), com a restrição alimentar ($r=-.450$, $p=.027$) e com o bem-estar psicológico ($r=-.587$, $p=.003$), no momento inicial.

Tabela 5

Correlações entre as variáveis Idade, Escolaridade, TAS-20, DEBQ, SAI-R e CORE-OM pré intervenção a as variáveis relativas às diferenças entre os resultados pós e pré intervenção para o IMC, TAS-20, DEBQ, SAI-R e CORE-OM, e presença/ausência de diagnóstico de PIC no final da intervenção

	IDADE	ESCOI.	IMC pré	TAS-20 pré			DEBQ pré			SAI-R pré	CORE-OM pré
				DIS	DDS	POE	I.EMOC	R.ALIM	I.EXT		
DIFERENÇA PÓS-PRÉ IMC	-.494*	-.111	-.002	.327	.134	.218	-.250	.119	-.328	.471*	-.289
DIFERENÇA PÓS-PRÉ TAS-20											
DIS	.196	.208	-.193	-.595**	-.534**	-.536**	-.082	-.231	.121	.126	-.185
DDS	.178	.029	.031	.086	-.657**	-.222	.062	-.228	.004	.255	.028
POE	.388	-.187	.090	-.153	-.283	-.457*	-.101	-.076	.002	.213	-.023
DIFERENÇA PÓS-PRÉ DEBQ											
I.EMOC	.116	.167	-.244	-.158	-.445*	-.508**	-.453*	-.178	-.145	.219	-.275
R.ALIM	-.002	.335	-.010	-.022	-.129	-.232	.286	-.799**	.560**	-.340	.177
I.EXT	-.095	-.043	-.131	.094	-.346	.015	-.298	.145	-.469*	.394*	-.263
DIFERENÇA POS-PRE SAI-R	.082	-.165	.008	.033	.360	.030	-.185	.325	-.015	-.302	.089
DIFERENÇA POS-PRE CORE-OM	-.177	.293	-.295	-.363	-.585**	-.378	-.195	-.450*	.076	.280	-.587**
DIAGNÓSTICO PIC POS	-.189	.075	-.013	.195	.159	.224	.205	.033	.032	-.044	.169

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

Partindo destes dados realizaram-se análises de regressão linear múltipla, seguindo o método confirmatório (enter), para investigar a percentagem de variância explicada pelas variáveis preditoras nas variáveis de resultado principais. O nosso objetivo foi tentar perceber que características sociodemográficas e clínicas apresentavam as participantes que manifestaram uma maior recuperação no final da intervenção ao nível IMC e do funcionamento emocional (alexitimia e ingestão emocional).

Os resultados da análise de regressão considerando as variáveis sociodemográficas como VIs, revelam que apenas para o IMC estas variáveis apresentam poder preditivo. Através dos resultados da ANOVA verificou-se a significância do modelo de regressão testado, que explica cerca de 25% da variância da mudança no IMC [$R^2_{Aj}=0.25$, $F(2, 23)= 5.17$, $p=.014$]. No entanto, apenas a idade demonstra ter um contributo único significativo ($\beta=-.568$, $p=.004$) nesta mudança. Ao nível das três escalas da TAS-20 e da ingestão emocional o modelo de regressão testado não apresenta significância estatística.

Relativamente ao estudo das variáveis clínicas preditoras de uma mudança mais expressiva no final da intervenção ao nível do IMC, foram consideradas como VIs, atendendo aos valores das correlações, os resultados pré intervenção na SAI-R e na escala DIS da TAS-20. Os resultados da ANOVA confirmam a significância do modelo de regressão testado, explicando cerca de 21% da variância da mudança no IMC [$R^2_{Aj}=0.213$, $F(2, 23)= 4.38$, $p=.024$], mas apenas o resultado da SAI-R demonstra ter um contributo único significativo ($\beta=.421$, $p=.030$). Ou seja, valores iniciais mais baixos de espontaneidade predizem mudanças mais expressivas ao nível do IMC.

No que respeita às mudanças no funcionamento alexitímico, para o estudo das variáveis clínicas preditoras das diferenças entre pós e pré intervenção na DIS foram considerados os resultados iniciais das escalas DIS e POE. Os resultados revelam que apenas as DIS no momento pré intervenção parecem predizer uma mudança mais significativa neste mesmo fator da TAS-20 ($\beta=-.428$, $p=.040$), explicando cerca de 36% da sua variância [$R^2_{Aj}=0.359$, $F(2, 23)= 7.97$, $p=.002$]. Quanto aos preditores da mudança ao nível da DDS foram considerados os resultados iniciais da SAI-R e da escala DDS, verificando-se que apenas esta última variável revelou ser um preditor significativo ($\beta=-.647$, $p<.001$) e que o modelo testado explica cerca de 44% da variância da VD [$R^2_{Aj}=0.439$, $F(2, 23)= 10.76$, $p=.001$]. Quanto às mudanças no POE, o modelo de regressão testado considerou as escalas POE e DDS no momento pré intervenção como VIs, tendo-se verificado que apenas os resultados iniciais da escala POE predizem, ainda que marginalmente, uma maior mudança neste mesmo fator da TAS-20 ($\beta=-.410$,

$p=.054$). Os resultados da ANOVA revelam que o modelo testado explica cerca de 15% da VD [$R^2_{Aj}=0.152$, $F(2, 23)= 3.244$, $p=.057$].

Por último, relativamente às variáveis preditoras de uma maior diferença entre pós e pré intervenção ao nível da ingestão emocional foram consideradas as escalas POE e a escala ingestão emocional no momento pré intervenção. Os resultados da ANOVA confirmam a significância do modelo de regressão testado, explicando cerca de 30% da variância da VD [$R^2_{Aj}=0.297$, $F(2, 23)= 6.29$, $p=.007$], no entanto apenas os resultados iniciais da POE revelaram ser um preditor significativo ($\beta=-.406$, $p=.031$) da mudança na ingestão emocional no final da intervenção.

6.1.5. Grupo experimental: avaliação individualizada da mudança

Em relação aos resultados obtidos através da medida individualizada de mudança, na Tabela 6 podemos encontrar o número médio de problemas identificados em cada sessão assim como a intensidade do mal-estar provocado por estes.

Tabela 6

Estatística descritiva do número de problemas identificados no PQ pelas participantes ao longo das 12 sessões e da intensidade de mal-estar causado por estes

	Número de problemas		Intensidade dos problemas	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
1ª Sessão	3.83	1.34	5.26	1.21
2ª Sessão	3,70	1.26	5.05	1.29
3ª Sessão	4.17	1.61	4.56	1.20
4ª Sessão	4.28	1.77	4.50	1.18
5ª Sessão	4.26	1.85	4.21	1.41
6ª Sessão	4.43	1.94	4.18	1.27
7ª Sessão	4.43	1.83	4.11	1.40
8ª Sessão	4.89	1.84	3.98	1.05
9ª Sessão	4.45	1.90	4.07	1.35
10ª Sessão	4.20	1.96	3.85	1.54
11ª Sessão	4.67	1.90	3.87	1.51
12ª Sessão	4.54	2.01	3.61	1.44

O teste *t* para amostras emparelhadas revela que o número de problemas identificados entre a primeira e a última sessão, em termos estatísticos, é

significativamente diferente [$t(23) = -2.28, p = .032, d = 0.46$], tal como a avaliação da sua intensidade [$t(23) = -5.50, p = .000, d = 1.12$]. Estes resultados demonstram que no final da intervenção o número de problemas identificados pelas participantes foi superior ao número inicial, ainda que a magnitude deste efeito seja fraca. A intensidade de mal-estar provocado por estes problemas diminuiu ao longo da intervenção, sendo este efeito forte. A análise do conteúdo dos problemas descritos neste instrumento e da sua evolução será realizada na parte referente aos resultados do estudo do processo terapêutico.

Sintetizando os resultados referentes ao estudo da eficácia da intervenção, com base no estudo quantitativo foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os GE e GC, atendendo ao fator tempo, que sugerem um efeito positivo da intervenção no GE ao nível da ingestão emocional, ingestão externa, IMC, bem-estar subjetivo, queixas e sintomas e espontaneidade. Clinicamente, ao nível das dificuldades de regulação emocional, nomeadamente de alexitimia, verificou-se uma melhoria de 23% no GE. Ao nível do diagnóstico de PIC, 81% das participantes do GE apresenta uma remissão parcial dos critérios de diagnóstico. A intensidade de mal-estar provocado pelos problemas identificados no momento inicial diminuiu significativamente no final da intervenção, apesar do número de problemas identificados no final da intervenção ter sido, em média, superior. Como preditores das mudanças encontradas após a intervenção surgem a idade e os níveis iniciais de alexitimia e espontaneidade.

6.2. ESTUDO DO PROCESSO TERAPÊUTICO

A questão principal que guiou o estudo do processo terapêutico foi a de procurar perceber, do ponto de vista das participantes, quais os aspetos nas sessões de psicoterapia que podem ter contribuído para a mudança. Que fatores as participantes salientaram como mais úteis e/ou não úteis na terapia. Para tal foram analisadas as respostas aos instrumentos HAT e CCI. O HAT, administrado no final de todas as sessões, permitiu-nos aceder aos chamados eventos significativos (ES), ou seja, a ações, comportamentos, percepções, sentimentos, cognições que ocorreram durante as sessões terapêuticas, e que as participantes consideraram que possam ter contribuído, positiva ou negativamente, para o seu processo de mudança. A CCI, aplicada no final da intervenção, promoveu uma reflexão sobre o processo terapêutico. Na avaliação do processo de mudança foram considerados igualmente os problemas identificados no PQ antes do programa de intervenção.

6.2.1. Eventos significativos

No total foram analisados 267 ES, a partir dos quais emergiram dois domínios conceptuais: o domínio do impacto que engloba ES que refletem os efeitos que a sessão teve no participante; e o domínio da ação onde se inclui ES que descrevem situações/momentos/técnicas específicas ocorridas durante as sessões. Assente nestes dois domínios, foi construída uma grelha de codificação com várias categorias: o domínio do impacto é composto por 7 categorias referentes a aspetos úteis da terapia e uma categoria relativa a aspetos não úteis da terapia; o domínio da ação é composto por 10 categorias que focam momentos, fases, técnicas concretas realizadas durante as sessões. Do total de ES (258 acontecimentos positivos e 9 acontecimentos negativos), 239 foram codificados ao nível das categorias de impacto e 95 nas categorias de ação. Tal como foi referido anteriormente, uma mesma resposta pode conter informação que está presente em várias categorias e por isso a codificação nos dois domínios e respetivas categorias não foi mutuamente exclusiva. No quadro 9 encontramos a descrição das categorias e exemplos de respostas codificadas para cada uma delas.

Quadro 9

Descrição das categorias de codificação dos ES e exemplos de respostas

CATEGORIA IMPACTO	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS
ASPETOS ÚTEIS		
<i>Insight/</i> autoconsciência/ autoconhecimento	O indivíduo torna-se mais consciente dos seus sentimentos, cognições e comportamentos. Desenvolvimento de uma compreensão mais clara de si próprio, dos outros e das situações. Desenvolvimento de uma nova perspetiva sobre a realidade pessoal.	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber que quem me incomoda é cada vez mais indiferente para mim (p19s7) • Perceber que não sou capaz de reconhecer em mim qualidades (p15s9) • Entendi que tenho sempre e para todas as ocasiões pessoas que me ajudam (p12s11)
Empoderamento / Visão positiva de si	Desenvolvimento de competência pessoal para lidar com as situações problemáticas; Sensação de força, desenvolvimento e valorização pessoal; Avaliação positiva e expectativas positivas em relação a de si próprio.	<ul style="list-style-type: none"> • Recebi força (p4s4) • A representação da comida e falar com ela fez-me ver que o poder está mesmo do meu lado. (p19s4) • Olhar-me ao espelho foi uma espécie de ver o outro eu. O lado que me diz que tenho algo no corpo que vale a pena ser explorado e preocupar-me com ele. Fez-me muito bem esta sessão. (p17s11)
Clarificação do problema	O indivíduo refere uma compreensão mais clara sobre os seus problemas ou o que pretende mudar; Torna-se mais claro para o indivíduo quais os objetivos a atingir, como lidar com as situações	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender melhor o motivo de utilizar a comida como um escape (p9s3) • O porquê da dieta ficar sempre para amanhã. Fiquei a pensar na pergunta – será que queremos mesmo emagrecer? (p17s3) • Perceber o que significa compulsão alimentar. Expressa bem as situações pelas quais passo (p11s4)
Expressão, exploração e experienciação emocional	O indivíduo salienta a exteriorização de sentimentos como o mais significativo na sessão; Experienciar no aqui e agora emoções novas, ou emoções antigas numa nova perspetiva	<ul style="list-style-type: none"> • Poder falar (p4s1) • Gostei muito do exercício dos espelhos pelo que senti e disse durante o mesmo. Eu sou gorda, mas já consigo olhar para mim (p20s10) • Foi importante exteriorizar como me vejo e como imagino que os outros me veem (p11s9)

Quadro 9

Descrição das categorias de codificação dos ES e exemplos de respostas (continuação)

CATEGORIA IMPACTO	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS
ASPETOS ÚTEIS		
Alívio	O indivíduo refere sentir-se aliviado, relaxado, esperançoso, ou menos negativo; Reconciliação com situações mal resolvidas.	<ul style="list-style-type: none"> • Saber que tenho algo que pode ajudar os outros. O que permitiu que ficasse serena comigo (p2s4) • Conseguir dizer tudo aquilo que queria dizer à minha mãe. Senti-me aliviada e deu para perceber que talvez mesmo para mim própria existem coisas que não estão bem definidas (p12s5) • Senti-me muito aliviada depois da sessão pois consegui expor todas as raivas guardadas durante anos (p17s6)
Fatores grupais	Sentimentos de coesão, suporte, segurança e bem-estar relacionados com o grupo; Sentir-se compreendido pelo grupo; relativização do problema por comparação com os dos outros; sentimentos de identidade grupal, universalidade e interajuda	<ul style="list-style-type: none"> • Foi saber que não sou a única com problemas em ser gorda (p6s1) • Ao ouvir as outras pessoas ajudou-me a entender alguns problemas que faço deles um drama (p17s1) • Sentir de forma tão concreta que nos ajudamos umas às outras (p11s12)
Outro	Apreciação global positiva da sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Tirei proveito de tudo (p5s2) • Foi tudo muito importante (p17s5)
ASPETOS NÃO ÚTEIS		
Experiências indesejadas	Desconforto, mal-estar em relação a experiências ocorridas na sessão, nomeadamente algo que disse ou foi dito, ou algo que foi experienciado	<ul style="list-style-type: none"> • Penso que vou passar o fim de semana a pensar na ex-amiga, e isso não ajuda muito. (p24s7) • Ter de me olhar ao espelho (p25s9) • Colocar-me num papel (magra) com o qual não me identifico (p22s3)

Quadro 9

Descrição das categorias de codificação dos ES e exemplos de respostas (continuação)

CATEGORIA Ação	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS
Aquecimento	Referencia ao aquecimento inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Foram os comentários iniciais (p22s4) • Gostei muito da partilha entre o grupo sobre a sessão anterior (p20s8)
Dramatização - Ser protagonista	Referencia ao momento da dramatização enquanto protagonista	<ul style="list-style-type: none"> • Sonhar que tinha vestido umas calças brancas. Vou reformular: ter usado umas calças brancas! (p18s3) • O facto de ter sido protagonista nesta sessão fez com que me sentisse melhor comigo mesma, e com certeza que farei tudo para mudar (p3s4)
Dramatização - Ser ego-auxiliar	Referencia ao momento da dramatização enquanto ego-auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> • Foi ter ajudado a S. a ter mais coragem (p6s5) • O facto de ter sido ego auxiliar, o que me fez reflectir sobre a minha relação com a minha mãe e o impacto que isso tem na minha vida (p21s5)
Dramatização- auditório	Referencia ao momento da dramatização enquanto auditório	<ul style="list-style-type: none"> • Foi quando a colega ajudou a C. dando-lhe autoestima (p6s4) • Ouvir a O. contar a sua vida fez com que eu pense no que quero e não quero para a minha (p14s6)
Comentários finais	Referencia aos comentários finais do grupo e/ou equipa terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • O comentário da terapeuta (p7s2) • Ouvir as opiniões, afirmações das outras participantes (p25s9)

Quadro 9

Descrição das categorias de codificação dos ES e exemplos de respostas (continuação)

CATEGORIA AÇÃO	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS
Técnica da inversão de papéis	Troca de papel com o ego auxiliar/objeto/conceito com quem está a interagir	<ul style="list-style-type: none"> • O trocar de identidade foi muito bom. Ser magra por minutos fez-me sentir muito bem (p3s2) • Perceber os sentimentos que as pessoas nutrem pelos outros (fazer o papel do outro) e dizer o que eles pensam de nós é importante para refletir sobre os problemas (p23s7)
Técnica da estátua	Representação, de forma estática, através dos egos auxiliares ou outros objetos, uma pessoa, ideia ou relação	<ul style="list-style-type: none"> • A minha estátua individual VS relação com a comida (p20s4) • Fazer o relógio. Que neste momento é um dos meus melhores amigos (p19s8)
Jogos psicodramáticos	Jogos propostos pelo diretor envolvendo todos os elementos do grupo	<ul style="list-style-type: none"> • O exercício com os panos. Ajudou-me a desabafar (p12s1) • O exercício do espelho foi importante pois permitiu reforçar algumas das coisas que já gosto em mim (p19s9)
Sociometria	Posicionamentos, seguindo uma ordem de grandeza/crescente sobre características psicossociais	<ul style="list-style-type: none"> • Gostei muito de me ter reposicionado relativamente ao corpo e ao peso (p20s12) • Gostei de hoje me ter posicionado na fome (p20s8)
Outro	Referência ao tema da sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Foi termos falado sobre a alimentação (p13s3) • O tema da compulsão (p8s4)

Através da observação da Figura 17 verifica-se que, ao nível do impacto, são os fatores associados ao grupo e o *insight*/autoconhecimento os mais referidos ao longo do processo terapêutico. Cerca de 30% do total de ES salientados pelas participantes como os aspetos que tiveram maior impacto no processo de mudança referem-se à partilha do grupo, ao sentimento de universalidade e à interajuda decorrente do processo grupal. O desenvolvimento de um maior autoconhecimento e uma compreensão mais clara de si próprio e dos outros surge salientado em 27% dos ES registados. Segue-se o desenvolvimento de uma avaliação mais positiva e empoderada de si próprio, a clarificação do problema e dos objetivos a atingir, e a expressão e experienciação emocional, em 19%, 16% e 14% dos ES respetivamente. Ao nível dos aspetos úteis da terapia, a apreciação global positiva da sessão (7%) e o alívio (3%) foram as categorias menos presentes. No que respeita aos aspetos não úteis da terapia, foram referidas experiências indesejadas ocorridas durante as sessões, causadoras de algum desconforto e mal-estar, apenas em 4% do total de ES.



Figura 17 – Percentagens das categorias de codificação dos ES relativas ao domínio do impacto

Na Figura 18, é possível observar que 41% dos ES codificados no domínio de ação salientam os jogos psicodramáticos como os acontecimentos ocorridos durante as sessões que mais contribuiriam para o processo terapêutico. Com percentagens bastante inferiores, encontrámos os exercícios de sociometria (13%) e as técnicas da estátua (11%) e inversão de papel (11%). A fase da dramatização foi igualmente referida como

um momento significativo, do ponto de vista do auditório em 10% dos ES, do ponto de vista do protagonista em 6% dos ES e do ponto de vista do ego-auxiliar em 5% dos ES. A partilha e os comentários finais foram registados em 7% dos ES, os temas das sessões em 5% e a fase inicial de aquecimento em 3% dos ES.

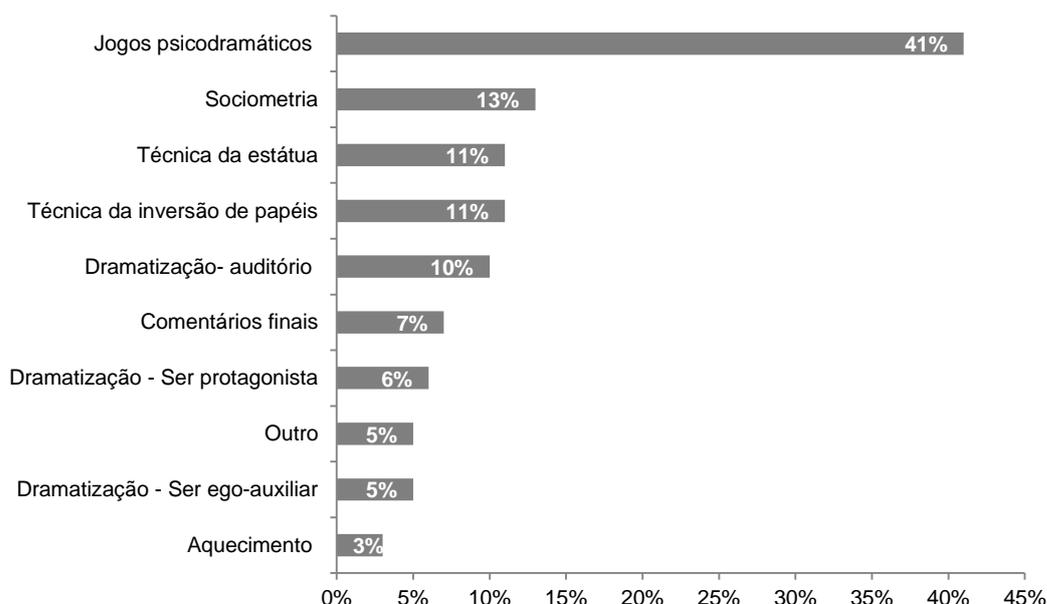


Figura 18 – Percentagens das categorias de codificação dos ES relativas ao domínio da ação

Importa também perceber que ES predominaram em cada sessão, e para tal na Tabela 7 é possível observar essa distribuição. Ao nível do impacto, verifica-se que na 1ª sessão 67% das participantes (16/24) refere os fatores associados ao grupo, como a partilha e a universalidade, como os aspetos mais significativos da sessão. Na 2ª sessão, 35% (6/17) salienta o *insight* e o autoconhecimento e 24% (4/17) também os fatores grupais. Na 3ª sessão, o *insight*, a clarificação do problema e os fatores grupais são referidos como os aspetos mais importantes desta sessão por 22% (5/17) dos elementos do GE, respetivamente. Na 4ª sessão, 21% (5/24) das participantes considera que os fatores associados ao grupo e o empoderamento foram os aspetos que mais os ajudaram na sessão. A expressão, exploração e experientiação emocional surge como a categoria mais presente na 5ª sessão, com 37% (7/19), seguida mais uma vez pelos fatores grupais, com 32% (6/19). Na 6ª sessão, 48% das participantes (10/21) refere como o aspeto mais importante da sessão a clarificação do problema. Na 7ª sessão, o *insight* e a clarificação do problema, com 27% cada (6/22), são considerados os aspetos mais úteis da sessão. Na 8ª sessão, 58% (11/19) das participantes salienta o *insight* e 21% (4/19) o

empoderamento. Estas duas categorias assumem novamente destaque na 9ª sessão, com 35% (7/20) das respostas em cada uma delas, e na 10ª sessão, com 25% (5/20) e 35% (7/20) respetivamente. Na 11ª sessão, o insight surge mais uma vez como o aspeto mais saliente da sessão, com 33% (8/24), seguido pelo empoderamento e fatores grupais, 25% (6/24). Na última sessão, as participantes voltam a dar destaque aos fatores associados ao grupo, 38% (10/26), ao empoderamento, 31% (8/26) e ao insight, 27% (7/26). Relativamente ao domínio de ação, os jogos psicodramáticos são destacados pelas participantes na 1ª, 7ª, 9ª, 10ª, 11ª e 12ª sessão como os acontecimentos mais significativos. Na 2ª e 3ª sessão salientam a técnica de inversão de papel, na 4ª sessão a técnica das estátuas, na 5ª sessão o momento da dramatização do ponto de vista do ego-auxiliar, e na 8ª sessão os exercícios de sociometria.

Em síntese, podemos verificar que ao nível do impacto o maior destaque recai sobre os fatores grupais, que são salientados ao longo de todo o processo, mas com um maior domínio até à 6ª sessão. O insight e o empoderamento surgem igualmente como impactos muito importantes durante todo o processo mas assumindo maior relevo a partir da 7ª sessão. Ao nível da ação, as referências a momentos/técnicas/situações específicas ao longo das sessões foram mais dispersas, no entanto é de realçar a alusão aos jogos psicodramáticos realizados nas últimas 4 sessões do processo terapêutico.

Tabela 7

Distribuição das categorias dos ES ao longo das 12 sessões

Categoria	Sessão											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<u>Impacto</u>												
<i>Insight/</i> autoconsciência/ autoconhecimento		35%	22%	17%	11%	19%	27%	58%	35%	25%	33%	27%
Empoderamento / Visão positiva de si	4%	6%	13%	21%	5%	14%		21%	35%	35%	25%	31%
Clarificação do problema	13%	12%	22%	17%	16%	48%	27%			15%		8%
Expressão, exploração e experienciação emocional	4%	12%	4%	13%	37%	14%	18%	5%	15%	10%	8%	4%
Alívio	4%			4%	5%	5%	9%					
Fatores grupais	67%	24%	22%	21%	32%	24%	14%	11%	30%	15%	25%	38%
Outro	4%	18%	4%		5%	10%				5%	13%	15%
Experiências indesejadas	8%		9%	4%			9%	5%	5%			
<u>Ação</u>												
Aquecimento				4%				11%				
Dramatização - Ser protagonista			4%	4%	11%	5%	5%					4%
Dramatização - Ser ego-auxiliar					26%							
Dramatização- auditório				8%	11%	5%	5%			5%		8%
Comentários finais		6%	4%	4%				5%	15%			
Técnica da inversão de papéis		18%	17%	4%			5%	11%				
Técnica das estátuas			4%	29%				5%				
Jogo psicodramáticos	17%		9%				14%		45%	30%	38%	24%
Sociometria	4%		9%					26%				16%
Outro	4%		4%	8%		5%						

6.2.2. Avaliação do processo de mudança

Na Tabela 8 podemos encontrar a listagem dos principais problemas ou dificuldades identificados pelas participantes no início do processo terapêutico (através do PQ), assim como as mudanças referidas por estas no final da intervenção (através da CCI). Estes dados estão organizados em categorias, para as quais são apresentadas as respectivas frequências.

Tabela 8

Lista dos problemas identificados no PQ e das mudanças identificadas na CCI e respectivas frequências

PROBLEMAS (PQ)	% (n)	MUDANÇAS (CCI)	% (n)
Mal-estar com o peso	100 (26)	Maior autocontrolo alimentar	81 (21)
Preocupações laborais	46 (12)	Pensar e falar mais sobre o que sente	50 (13)
Baixa autoestima	35 (9)	Sentir-se melhor com o corpo / Cuidar mais de si	46 (12)
Insatisfação com imagem corporal	31 (8)	Mudanças ao nível do humor	31 (8)
Preocupação excessiva com os outros	27 (7)	Colocar-se em primeiro lugar, sem culpabilização	23 (6)
Descontrolo alimentar	27 (7)	Mudanças ao nível das relações interpessoais	19 (5)
Solidão	23 (6)	Sentir-se mais firme/ mais segura	15 (4)
Problemas familiares	23 (6)	Desenvolvimento de novas perspetivas sobre os problemas	12 (3)
Falta de motivação para perder peso	12 (3)	Começar a fazer exercício físico	12 (3)
		Melhor gestão do tempo	8 (2)
Ansiedade	8 (2)	Maior motivação para a perder peso	4 (1)
Vergonha	4 (1)		

Verifica-se que a totalidade das participantes, na avaliação pré intervenção, refere como um dos principais problemas as dificuldades e o mal-estar relacionado com o excesso de peso. Problemas provenientes do contexto laboral são referidos por 46% das participantes, a baixa autoestima por 35% e a insatisfação com a imagem corporal por 31% das participantes. A preocupação excessiva com os outros, o descontrolo alimentar, a solidão e os problemas familiares foram referidos no momento inicial como áreas problemáticas por 27% e 23% das participantes respetivamente. A falta de motivação para a perda de peso, a ansiedade e a vergonha, ainda que com percentagens mais reduzidas, foram também salientados pelas participantes como problemas causadores de mal-estar. Como referido anteriormente, verificou-se uma tendência para o número de

problemas identificados no PQ no final da intervenção ser superior ao número inicial, ainda que a intensidade média do mal-estar provocado por estes tenha diminuído ao longo do processo terapêutico. Os problemas que foram sendo acrescentados relacionam-se com conflitos interpessoais e sentimentos de falta de confiança.

Quando questionadas sobre quais as mudanças sentidas após o programa de intervenção, 81% das participantes refere um maior autocontrolo alimentar. Este autocontrolo reflete-se em mudanças ao nível da qualidade e da quantidade de alimentos ingeridos, como também no controlo dos episódios de ingestão compulsiva.

Sinto-me mais alerta para o que devo fazer na alimentação. (p19)

Tenho agido de forma diferente em relação à comida, sou mais equilibrada. (p21)

Tenho tido menos episódios de ingestão compulsiva. (p22)

Agora tento comer só quando tenho fome. (p24)

Sinto que tenho mais autocontrolo alimentar e daí ter perdido peso. (p25)

Mudanças a nível emocional foram também salientadas por cerca de 50% das participantes, que referem sentir-se mais atentas ao que sentem no seu dia-a-dia e mais conscientes do impacto que as emoções podem ter no comportamento alimentar.

Estou mais reflexiva. Entendo-me melhor. (p2)

Acho que mudou a minha capacidade de expressar o que sinto e o que quero, sobretudo aos meus familiares. (p14)

Percebo agora que como por questões emocionais. (p20)

Sinto que tenho mais consciência sobre determinados sentimentos e da sua relação com a comida. (p26)

Sinto que penso mais nas coisas, sobretudo na minha relação com a comida. (p18)

Melhorias no bem-estar psicológico, nomeadamente na relação com o corpo e ao nível do humor, foram referidas por 46% e 31% das participantes respetivamente.

Sinto-me mais consciente do meu corpo e da minha imagem. (p20)

Sinto maior necessidade de cuidar de mim. (p21)

Sinto-me melhor fisicamente, menos inchada, sinto-me “mais alta”! (p22)

Tenho mais cuidado com a minha imagem e penso mais em mim. (p23)

Valorizo-me mais. (p24)

Na Tabela 8 encontramos outras mudanças sentidas pelas participantes após a intervenção e que traduzem um impacto positivo desta no desenvolvimento de competências pessoais (e.g., colocar-se em primeiro lugar, sem culpabilização; sentir-se mais firme, mais segura), nas relações interpessoais (e.g., mãe, marido, filhos) e no

desenvolvimento de novas perspetivas e estratégias para lidar com as situações (e.g., fazer exercício físico; melhor gestão do tempo).

Nas Figuras 19 e 20 podemos observar a avaliação que as participantes fizeram destas mudanças, relativamente à expectativa que tinham quanto à sua ocorrência e até que ponto as mudanças identificadas foram importantes ou significativas.

Verifica-se que cerca de 61% das participantes referem que as mudanças sentidas foram de alguma forma surpresas, isto é, não estavam à espera que acontecessem. Importa salientar que destas o maior destaque recai sobre as mudanças a nível emocional e de desenvolvimento de competências pessoais. Cerca de 32% das participantes referem que as mudanças sentidas no final da intervenção corresponderam de alguma forma às expectativas iniciais, sobretudo ao nível do autocontrolo alimentar.

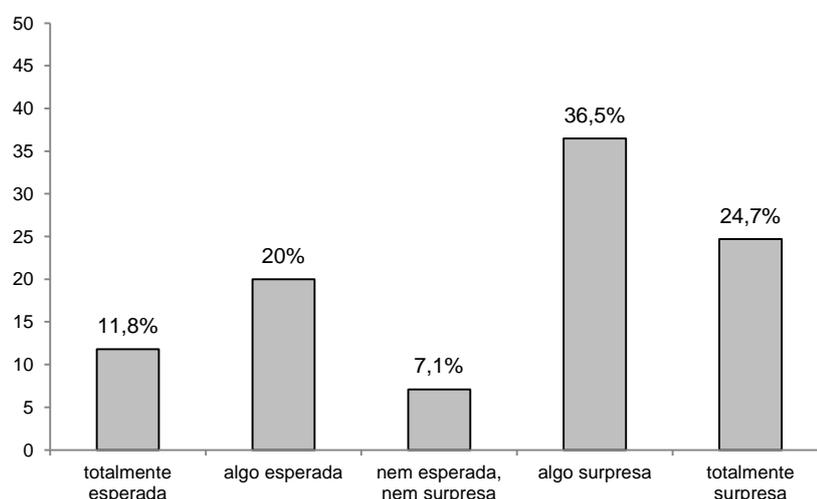


Figura 19 – Avaliação das mudanças identificadas na CCI: expetativas

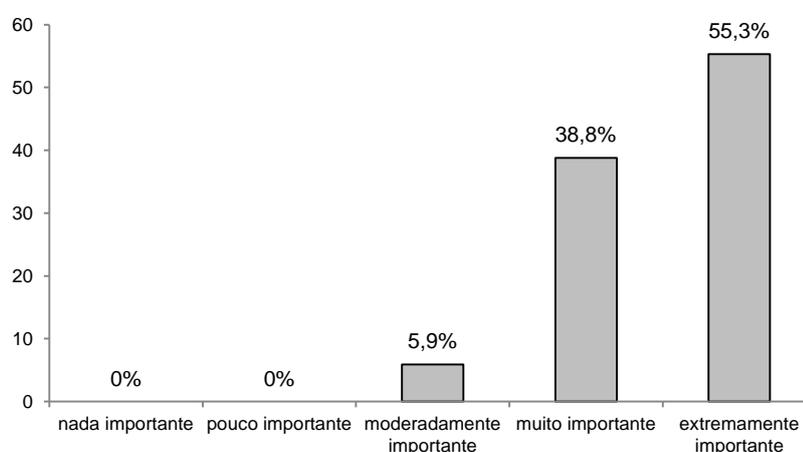


Figura 20 – Avaliação das mudanças identificadas na CCI: importância

No que respeita à importância atribuída a essas mudanças, observa-se uma unanimidade das respostas, com cerca de 94% das participantes a salientarem que estas foram entre muito e extremamente importantes.

Para além da expectativa e da importância das mudanças sentidas após a intervenção, as participantes foram igualmente questionadas sobre o papel que o psicodrama teve na ocorrência de tais mudanças. Através da Figura 21 verifica-se que cerca de 84% das participantes considera que sem a terapia as mudanças que referem sentir de certeza ou provavelmente que não aconteceriam.

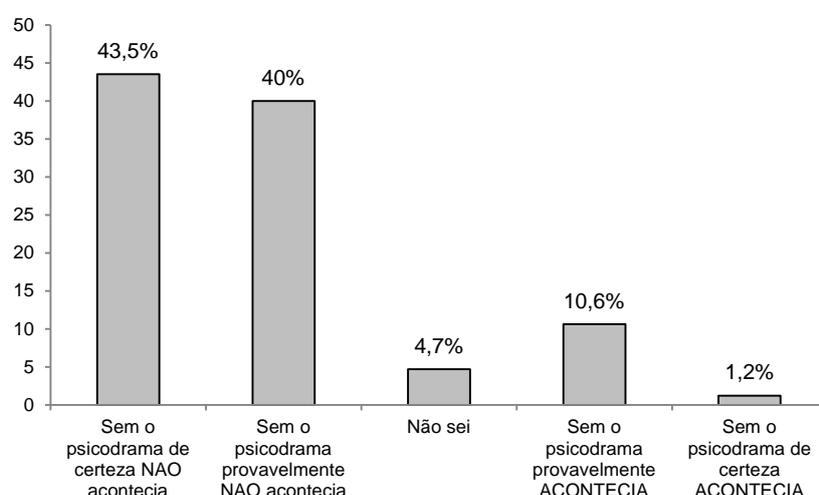


Figura 21 – Avaliação das mudanças identificadas na CCI: atribuição à intervenção

Procurando compreender melhor esta atribuição das mudanças à terapia, foi pedido às participantes para identificar que aspetos do psicodrama conduziram às mudanças já apresentadas. A partilha do grupo e o sentimento de universalidade foram apontados por 85% das participantes como essenciais no processo de mudança:

O ter ouvido os problemas das outras pessoas, que afinal não são tão diferentes dos meus. E o ter tido um espaço para falar sobre mim. (p1)

Sentia-me muito aliviada por falar com pessoas com problemas iguais aos meus. (p7)

Ter um espaço para falar diretamente dos nossos problemas e sentir que somos compreendidas. Às vezes não era preciso dizer nada, bastava ouvir. (p12)

Senti que era verdadeiramente escutada e que não estava sozinha. (p11)

Deixar de me sentir diferente e o tempo que dedicava a mim todas as semanas. (p24)

Um outro aspeto referido por 27% das participantes prende-se com a metodologia adoptada ao longo da intervenção, nomeadamente os exercícios e as técnicas psicodramáticas:

Apesar de fazermos coisas difíceis (ex. olhar ao espelho) acho que foram importantes. (p3)

Por exemplo, na sessão em que fui protagonista, senti-me bem na altura. Mas depois no pós sessão chorei muito a pensar no que disse. Mas isto não foi negativo, foi muito importante para mim. (p18)

As próprias atividades realizadas durante as sessões: conversa com a comida, conversa com as emoções. (p19)

Os exercícios que fizemos nas sessões, em que o foco era sobretudo nas emoções. (p23)

Colocar-me em determinado tipo de situações que não estava à espera. (p26)

Apresentados os resultados passaremos de seguida à sua integração e discussão, de acordo com o quadro teórico de referência.

CAPÍTULO VII

DISCUSSÃO

Tendo em consideração os resultados descritos no capítulo anterior, proceder-se-á agora à sua discussão. Iniciaremos com uma síntese dos principais resultados e posteriormente será feita uma integração de todos os dados de uma forma mais aprofundada, confrontando-os com o quadro teórico de referência e comparando-os com os resultados obtidos noutras investigações.

Tal como referido no capítulo 5, a questão de investigação que orientou o presente trabalho foi a de procurar perceber se o psicodrama é um modelo terapêutico eficaz na melhoria do funcionamento alexitímico e na redução dos comportamentos alimentares desadaptativos em indivíduos com obesidade. E, o que é que ao longo do processo terapêutico contribui para que essas mudanças ocorram. Na recolha e análise dos dados foi adotada uma metodologia de investigação mista. No capítulo anterior estes dados foram apresentados separadamente, por considerarmos ser de mais fácil organização e compreensão. No entanto, ao recorrer a uma metodologia mista foi nosso objetivo articular os dados quantitativos e qualitativos no sentido da convergência e complementaridade das informações recolhidas, e deste modo contribuir para a validade externa e interna do trabalho realizado. Por este motivo, a discussão dos resultados será realizada de forma integrada, no sentido de alcançar uma visão mais pluralista, compreensiva e profunda sobre o fenómeno em estudo. No capítulo seguinte será feita uma reflexão sobre as implicações práticas dos resultados assim como uma reflexão sobre as limitações do estudo.

7.1. SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS

Na procura de respostas para a questão de investigação definiu-se como um objetivo geral deste trabalho a avaliação de um programa de intervenção psicodramática em grupo visando intervir ao nível da alexitimia, ingestão emocional, diagnóstico de PIC e IMC (variáveis de resultado principais). Para tal foram comparados os resultados de uma amostra de mulheres com obesidade distribuídas por dois grupos, um de intervenção e outro de controlo, aos quais foram aplicadas as mesmas medidas, nos mesmos momentos de avaliação. Para uma melhor compreensão das mudanças alcançadas, um outro objetivo deste trabalho foi o estudo do processo terapêutico, através da recolha de dados no GE ao longo de todas as sessões. Pretendeu-se deste modo aceder à perspetiva

dos elementos do grupo sobre o que no psicodrama foi facilitador e/ou impeditivo do processo de mudança.

De seguida, antes de uma reflexão integrada sobre o trabalho realizado, destacaremos de uma forma geral e sintética os principais resultados obtidos ao longo desta investigação:

- i. Na **linha de base** (avaliação pré intervenção), **GE e GC são equivalentes** relativamente às características sociodemográficas e clínicas, com exceção da variável relativa à medicação, tendo sido observado que o GE se encontrava mais medicado com psicofármacos no momento inicial que o GC. Nas variáveis dependentes em estudo, GE e GC foram igualmente equivalentes, ainda que para a escala POE da TAS-20, e para as escalas ingestão emocional e ingestão externa do DEBQ, os resultados encontrados possam ser considerados marginais, atendendo ao tamanho da amostra. Contudo, pela análise dos valores da magnitude do efeito, verifica-se que estes mantêm-se num nível baixo, sugerindo que as possíveis diferenças entre os dois grupos nestas escalas são pequenas, ainda que o baixo poder estatístico leve a interpretar estes resultados como evidência de ausência de diferenças com cautela. Sendo este um estudo do tipo quasi-experimental, a não aleatoriedade e total equivalência dos grupos acarreta naturalmente alguns cuidados na generalização dos resultados. No entanto, procurou-se garantir a homogeneidade da amostra pelo próprio critério de inclusão estabelecido pela equipa de investigação ao nível do género e da presença de PIC. Tal como já foi referido, a alocação das participantes pelas condições experimental e de controlo não foi realizada de forma totalmente randomizada, o que obriga a cuidados acrescidos quando se pretende avaliar a eficácia da intervenção, apesar de contribuir para uma representação mais fiel do que acontece nos contextos reais de prática clínica (APA, 2013; Lutz, 2003), e deste modo atender à efetividade da intervenção.

- ii. Na avaliação que compara GE e GC, verificou-se um **efeito positivo da intervenção**, com uma magnitude de moderada a alta, no comportamento alimentar, IMC, bem-estar psicológico e espontaneidade:
 - a. Ao nível do comportamento alimentar verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa dos comportamentos de ingestão emocional e ingestão externa no GE no final da intervenção, comparativamente com o GC, Sendo estes importantes preditores de insucesso no tratamento da obesidade (Elfhag & Rössner, 2005; Pinaquy et al., 2003; Teixeira, Going, Sardinha, &

Lohman, 2005; Teixeira et al., 2010), as mudanças encontradas são de extrema importância pois implicam mudanças ao nível do autocontrolo e autorregulação do comportamento alimentar. As hipóteses 2 e 3 que previam um efeito estatisticamente significativo da intervenção no GE no que respeita à ingestão emocional e ingestão externa foram assim confirmadas. Relativamente à restrição alimentar não foi encontrado qualquer efeito significativo da intervenção no GE comparativamente com o GC.

- b. Relativamente ao IMC, a intervenção revelou um efeito significativo que se reflete numa diminuição do IMC no GE comparativamente com o GC, o que confirma a hipótese 4. Em termos médios, não sendo esta diminuição clinicamente significativa, ou seja, 5% ou mais do peso inicial (NICE, 2006), poderá ser no entanto indicadora de que o processo terapêutico focado nas emoções teve impacto na mudança de atitudes e comportamentos que conduzem à perda de peso.
- c. Ao nível do funcionamento psicológico em geral verificou-se um aumento estatisticamente significativo do bem-estar subjetivo e uma diminuição estatisticamente significativa das queixas e sintomas no GE no final da intervenção, comparativamente com o GC. Tratando-se de uma doença crónica, mudanças na forma como as pessoas percecionam o seu bem-estar e qualidade de vida e uma diminuição das queixas e sintomas, sobretudo ansiedade e depressão, são considerados resultados importantes que demonstram uma melhoria no funcionamento psicológico destes indivíduos (e.g., Böckerman, Johansson, Saarni, & Saarni, 2013). A hipótese 5, que previa um efeito estatisticamente significativo da intervenção no GE no que respeita ao bem-estar psicológico foi assim confirmada, com exceção para as escalas referentes ao funcionamento social e pessoal e comportamentos de risco.
- d. No que concerne à espontaneidade, verificou-se um aumento estatisticamente significativo no GE no final da intervenção, quando comparado com o GC, confirmando a hipótese 6, colocada inicialmente. Este dado é congruente com o enquadramento conceptual do modelo adotado nesta intervenção (Moreno, 1997), demonstrando um aumento da capacidade dos indivíduos para responder de forma mais ajustada às situações após o psicodrama.
- e. Em relação à alexitimia, a hipótese 1, que previa uma diminuição desta no momento pós intervenção no sentido de resultados significativamente mais baixos no GE apenas pode ser parcialmente confirmada. Apesar da significância estatística dos resultados ser marginal, é possível concluir que a intervenção teve

um efeito moderado neste domínio, sobretudo ao nível da subescala POE. Em termos clínicos, verificou-se uma melhoria de 23% no GE entre a avaliação pré e pós intervenção, enquanto para o GC foi de 14%. Estes dados sugerem um efeito positivo da intervenção no desenvolvimento de estratégias de regulação emocional mais adaptativas (Orgodniczuk et al., 2011).

- iii. Na análise dos **dados obtidos apenas para o GE** verificou-se:
- a. Uma diminuição dos comportamentos de ingestão compulsiva, confirmada pela remissão parcial dos critérios de diagnóstico de PIC em 81% das participantes.
 - b. As dificuldades e o mal-estar relacionado com o excesso de peso, as preocupações laborais, a baixa autoestima e a insatisfação com a imagem corporal foram os principais problemas identificados pelas participantes no momento da avaliação inicial. A intensidade do mal-estar provocado por estes problemas diminuiu significativamente no final da intervenção.
 - c. Na avaliação pós intervenção, as participantes salientam como principais mudanças o autocontrolo alimentar, a capacidade de pensar e falar mais sobre o que sentem, uma maior satisfação com o corpo, o cuidar mais de si próprias, e as mudanças ao nível do humor. Cerca de 94% das participantes realçam as mudanças sentidas como muito importantes, e 61% refere que foram, de alguma forma, surpresas. De salientar também que 84% das participantes atribui ao programa de intervenção a ocorrência de tais mudanças.
 - d. No estudo do processo terapêutico os aspetos salientados como mais úteis relacionam-se com fatores grupais (partilha do grupo e sentimento de universalidade), o desenvolvimento do *insight* e autoconhecimento e a própria metodologia adoptada ao longo da intervenção (jogos psicodramáticos), o que vai de encontro com os dados da literatura referentes ao modelo psicodramático (Kipper & Ritchie, 2003; McVea et al., 2011).
 - e. As participantes que mais beneficiaram da intervenção, isto é, que manifestaram uma diferença maior entre a avaliação pré e pós intervenção ao nível da alexitimia e da ingestão emocional, foram aquelas com níveis iniciais de alexitimia mais elevados. Ao nível do IMC, as participantes que manifestaram uma mudança mais expressiva foram as mais velhas e com níveis iniciais de espontaneidade mais baixos.
 - f. Verificou-se uma elevada taxa de adesão ao programa de intervenção (85% das participantes estiveram presentes em 9 ou mais sessões) e a ausência de desistências. Alguns autores (e.g., Colombo et al., 2014; Micheli et al., 2014)

salientam que na população obesa a taxa de desistência dos programas de tratamento é bastante elevada, constituindo-se como uma das principais causas de insucesso. A ausência de desistências no presente estudo poderá ser um indicador do investimento e envolvimento das participantes no processo terapêutico.

Passaremos agora para uma discussão integrada dos principais resultados.

7.2. DISCUSSÃO INTEGRADA DOS RESULTADOS

Na revisão da literatura sustentámos que muitos indivíduos com obesidade desenvolvem um comportamento alimentar desadaptativo que se traduz pela ingestão excessiva de alimentos em resposta a situações emocionalmente mais intensas. Em geral, supõe-se que para este subgrupo de doentes, as emoções negativas precedem e mantêm os comportamentos alimentares desadaptativos, podendo estes ser entendidos como uma tentativa de lidar com essas mesmas emoções (Gianini, White, & Masheb, 2013; Moon & Berenbaum, 2009; Zeeck et al., 2010). Dificuldades em identificar e dar sentido aos estados emocionais parecem estar fortemente associadas aos comportamentos de ingestão emocional nos indivíduos obesos com PIC (Gianini, White, & Masheb, 2013; Whiteside et al., 2007). Atualmente tem sido dada especial atenção ao estudo da eficácia de abordagens terapêuticas alternativas aos programas comportamentais para perda do peso e à TCC nestes indivíduos, incorporando modelos de regulação emocional (Robinson, 2013). Adotando esta perspectiva, os resultados encontrados neste estudo com uma amostra por conveniência não poderão ser extensíveis ao tratamento da obesidade em geral, mas apenas ao subgrupo de doentes obesos para quem a área emocional assume especial importância no desenvolvimento e manutenção de comportamentos alimentares desadaptativos.

7.2.1. Efeitos da intervenção

Alexitimia

Relativamente às características das participantes na linha de base, na nossa amostra de mulheres obesas os valores médios da TAS-20 são similares aos encontrados em estudos mais recentes (Carano et al., 2006; Larsen et al., 2006; Noli et al., 2010; Pinna et al., 2011; Zijlstra et al., 2012), sendo as escalas DIS e POE as que apresentam resultados médios mais altos, tanto no GE como no GC. Estes resultados são consistentes com outros estudos que sugerem que o POE é o fator mais pronunciado ao

nível da avaliação da alexitimia em doentes obesos (Elfhag & Lundh, 2007; Fukunishi & Kaji, 1997; Zak-Gołąb, et al., 2013), resultado de um estilo de pensamento mais concreto que se traduz numa reduzida atenção sobre si próprio e que se desenvolve talvez como uma forma de lidar com as adversidades da doença. Numa análise categorial, níveis altos de alexitimia foram encontrados em cerca de 37% da amostra total, o que é coincidente mais uma vez com dados de outros estudos (Adami et al., 2001; Carano et al., 2006; Noli et al., 2010; Zak-Gołąb, et al., 2013), ainda que consideravelmente mais baixos que no estudo de Pinaquy et al. (2003) que encontrou 62.5% de indivíduos com alexitimia numa amostra de mulheres obesas com PIC.

Os resultados da análise que comparou GE e GC nos dois momentos de avaliação permitiram confirmar, ainda que com alguma cautela, a nossa hipótese relativa à diminuição dos níveis de alexitimia no GE após a intervenção. Apesar de outros estudos com amostras de indivíduos obesos com PIC (Ciano et al, 2002; Clyne & Blampied, 2004) encontrarem diferenças estatisticamente significativas na TAS-20 no final da intervenção, no presente trabalho os resultados são apenas estatisticamente marginais para a escala total da TAS-20 e escala POE. No entanto, ainda que marginais, os resultados apontam para um efeito de magnitude média da intervenção no decréscimo dos valores destas escalas no GE, o que reforça a importância destes dados.

Apesar da falta de significância estatística, as respostas das participantes do GE aos HATs e à CCI colocam em evidência uma melhoria do seu funcionamento emocional. Ao nível do impacto das sessões, o *insight surge* como um dos aspetos mais salientados, sugerindo que ao longo do programa de intervenção as participantes foram desenvolvendo uma compreensão mais clara sobre os seus sentimentos, cognições e comportamentos. Este facto torna-se ainda mais evidente a partir da 6ª sessão, cujo enfoque foi colocado de uma forma mais direta na relação entre emoções e comportamento alimentar, procurando-se expandir o léxico emocional dos membros do grupo, tornando-os mais capazes de reconhecer sensações físicas e identificar emoções. Quando analisamos as perceções das participantes após o programa de intervenção, verificamos também que o desenvolvimento de competências pessoais, como o pensar e falar mais sobre si próprio e colocar-se em primeiro lugar, sem culpabilização, são mudanças muito valorizadas. Esta clarificação sobre os estados emocionais e da relação destes com o comportamento alimentar é congruente com a mudança observada ao nível do pensamento operatório, tipicamente centrado nos acontecimentos externos e/ou sintomas físicos. Se considerarmos que as dificuldades de regulação emocional podem ser consequência de um pensamento marcadamente centrado na realidade exterior, estas mudanças refletem melhorias na capacidade de regular as emoções através de

uma maior atenção ao mundo interno. Ser capaz de melhor identificar o que se está a sentir e de reconhecer e diferenciar os estados internos e as sensações físicas relacionadas com a fome e a saciedade, são mudanças importantes e que permitem desenvolver estratégias mais adaptativas de regulação emocional (van Strien et al, 2005). O significado clínico das mudanças na TAS-20, reforçam estes dados, indicando que o GE, comparativamente com o GC, após o programa de intervenção apresentou uma melhoria ao nível do funcionamento alexitimico. Utilizando como critério de avaliação da significância clínica os pontos de corte do instrumento, é interessante observar que no GC a percentagem de indivíduos com níveis elevados de alexitimia permanece exatamente a mesma nos dois momentos de avaliação, enquanto no GE verifica-se uma diminuição dos casos com níveis mais elevados de alexitimia para níveis mais moderados ou mesmo para níveis sem significância clínica.

Apesar de positivos, não podemos deixar de salientar que os resultados encontrados neste estudo com a TAS-20 não apresentam significância estatística, o que poderá ser indicador que estas mudanças são difíceis de alcançar, pelo menos com uma intervenção de curta duração. Vários estudos sugerem que a alexitimia nos doentes obesos é um traço estável de personalidade, independente da perda de peso e dos comportamentos de ingestão compulsiva e ingestão emocional (Adami et al., 2001; Noli et al., 2010). Neste sentido, poderá a alexitimia nestes doentes estar associada às experiências decorrentes da vivência de uma doença crónica como a obesidade, e que por isso, pela sua longa duração, tende a cristalizar-se. Contudo apesar destes contornos mais estáveis, há semelhança de outros trabalhos (Compare et al., 2013; Leahey, Crowther, & Irwin, 2008; Zijlstra et al., 2012), os dados deste estudo vêm reforçar a importância que uma intervenção focada na experiência emocional pode ter na melhoria do funcionamento alexitimico destes indivíduos.

Comportamento alimentar e IMC

Como já foi referido, dificuldades no processo de regulação emocional torna os indivíduos mais propensos a recorrer a estratégias assentes na supressão das emoções (Swart, Kortekaas & Aleman, 2009) ou a uma maior dificuldade de controlo dos impulsos (Pandey, Saxena & Dubey, 2011). De acordo com esta perspetiva, os comportamentos alimentares disfuncionais podem ser entendidos como estratégias de regular as experiências emocionais negativas, dirigindo a atenção para estímulos externos como a comida (Macht, 2008; van Strien et al., 2012). No presente estudo verificou-se um forte efeito da intervenção no GE na diminuição dos comportamentos de ingestão emocional e ingestão externa, assim como uma diminuição dos comportamentos de ingestão

compulsiva verificados pela remissão parcial dos critérios de diagnóstico de PIC. A hipótese relativa ao comportamento alimentar foi confirmada, pelo que os nossos dados a este nível são congruentes com os de outros estudos, que ao recorrerem a abordagens focadas na regulação emocional, encontraram alterações significativas nestes comportamentos (Compare et al., 2013; Glisenti & Strodl, 2012; Leahey et al., 2008; Roosen et al., 2012; Seamoore et al., 2006). No final da intervenção, 21 das 26 participantes do GE salientaram o autocontrolo alimentar como uma das principais mudanças sentidas, o que realça a eficácia da intervenção neste domínio. Mais do que focar na perda de peso per se, o objetivo foi capacitar as mulheres para melhor lidarem com situações emocionalmente mais intensas, uma vez que estas podem funcionar como fatores precipitadores dos comportamentos alimentares problemáticos. As melhorias encontradas ao nível da alexitimia, nomeadamente uma maior atenção ao mundo interno, são consistentes com estas mudanças no comportamento alimentar, pois, tal como van Strien e Ouwens (2007) referem, a ingestão emocional associa-se positivamente com os níveis de alexitimia. A diminuição destes comportamentos indica que perante experiências emocionais negativas os indivíduos recorreram menos à ingestão alimentar como estratégia de suprimir ou diminuir o que sentiam. Atendendo a que a supressão das emoções resulta numa vivência menos adaptativa da situação para o indivíduo (Gross, 1999), parece-nos que fica claro neste trabalho que o psicodrama pelo seu foco vivencial, orientado para a ação, proporcionou um espaço de exploração da experiência subjetiva. E deste modo, ao aprofundar-se as dificuldades que estão escondidas ou mascaradas pelo excesso de peso e pelo comportamento alimentar, procurou-se clarificar os estados emocionais, promovendo o desenvolvimento de estratégias de regulação emocional mais adaptativas quer em termos comportamentais como cognitivos. As técnicas ativas que possibilitaram às participantes experienciar papéis diferentes e colocarem-se em situações imaginadas ou antecipadas como problemáticas permitiram o desenvolvimento de novos significados, explicações alternativas e novas estratégias de coping, ou seja, da sua espontaneidade.

Ao nível da ingestão externa, uma diminuição da tendência para comer excessivamente por influência de estímulos externos, características de um ambiente obesogénico, reflete igualmente no nosso entender um aumento do autocontrolo. Ao analisarmos os ES das sessões verificamos que a par do desenvolvimento do *insight*, sobretudo a partir da 6ª sessão, o empoderamento surge também como um impacto bastante realçado, refletindo um aumento do poder e da competência pessoal das participantes para lidar com as situações. Em articulação com a clarificação do problema que aparece realçada sobretudo na 6ª e 7ª sessão, o empoderamento poderá estar

relacionado com o que Raman, Smith e Hay (2013) chamam de literacia ao nível da saúde, isto é, um maior conhecimento sobre as consequências para a saúde dos comportamentos e uma maior perceção e controlo pessoal sobre o tratamento. De acordo com Kemp et al. (2013) os doentes obesos estão mais propensos a fazer melhores escolhas alimentares quando possuem capacidades de regulação emocional mais ajustadas e níveis mais elevados de confiança em si próprios. Este é igualmente um dado que podemos encontrar nas respostas das participantes sobre as principais mudanças sentidas após a intervenção: sentirem-se mais seguras, melhor consigo próprias e na relação com o próprio corpo. O que de acordo com os autores terá impacto na mudança comportamental.

Na revisão teórica fizemos referência ao ciclo dieta/restricção seguido de descontrolo alimentar que muitas vezes caracteriza o comportamento alimentar de indivíduos obesos (Polivy & Herman, 1980, 1985, 1993). Para estes indivíduos, as dietas restritivas, apesar de terem como objetivo o controlo do aumento do peso através do controlo do consumo alimentar, apresentam por vezes um efeito contrário ao esperado devido à dificuldade de adesão às mesmas. No presente trabalho verificamos que os níveis de restricção alimentar mantêm-se idênticos entre os dois momentos de avaliação tanto no GE como no GC, permitindo concluir assim que a intervenção não teve um efeito significativo na mudança deste comportamento no GE. Podemos inferir que a diminuição da ingestão emocional e da ingestão externa não se refletiu num aumento dos comportamentos restritivos, pelo menos a curto prazo. Tal como Mann et al. (2007) referem no seu artigo intitulado “*Diets are not the answer*”, e reforçado por outros trabalhos (e.g., Bryant et al., 2010; Goldfield & Lumb, 2009; Huberts et al., 2012; Teixeira et al., 2009), a ineficácia das dietas restritivas no tratamento da obesidade é conhecida, pois predizem um aumento da ingestão alimentar e conseqüente aumento do peso. Neste sentido, a inexistência de mudanças ao nível da restricção alimentar no GE parece-nos ser um resultado importante, potencialmente indicador do desenvolvimento de estratégias de autocontrolo alimentar mais adaptativas, que não passaram por um aumento exagerado da restricção energética, tantas vezes responsável pelo precipitar de posteriores episódios de desinibição alimentar. Simultaneamente, a diminuição do IMC, dos comportamentos de ingestão compulsiva, de ingestão emocional e de ingestão externa registada no GE parece-nos ser congruente com esta perspetiva.

Apesar da inconsistência dos resultados sobre os efeitos das intervenções psicológicas ao nível do IMC, de uma forma geral a remissão ou diminuição significativa da compulsão alimentar tende a associar-se à perda de peso (Marchesini et al., 2002; Nauta et al., 2000; Wilfley et al., 2002; Yanovski, 2003), assim como a redução dos

comportamentos de ingestão emocional e ingestão externa (Buckroyd et al., 2006; Teixeira et al., 2010). Congruente com estes dados, no presente trabalho verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa do IMC no GE comparativamente com o GC, revelador de um efeito positivo da intervenção na perda de peso. No GC apenas 5 indivíduos perderam peso e 11 aumentaram de peso. No GE apenas 5 aumentaram de peso e 14 perderam peso no final da intervenção, ainda que destes 14 apenas 4 tivessem alcançado perdas clinicamente significativas, ou seja, 5% do peso inicial (NICE, 2006). Tal como seria expectável, o mal-estar relativo ao peso aparece no topo da listagem dos principais problemas identificados pelas participantes no início do processo terapêutico. No entanto, no final do mesmo, aquando da avaliação das mudanças sentidas, nenhuma participante fez referência direta ao peso, nem mesmo aquelas que perderam peso. Este é um dado interessante na medida em que parece ser um indicador do reconhecimento da importância de outras mudanças para além da perda de peso. Mudanças que passam sobretudo, como já vimos, por um aumento do autocontrolo alimentar e uma compreensão mais clara sobre os sentimentos, cognições e comportamentos.

Procurando integrar os resultados apresentados, podemos supor que a perda de peso verificada nas participantes do GE não foi alcançada através de uma maior restrição alimentar mas antes através de um maior controlo sobre a ingestão emocional e a influencia dos fatores externos na seleção alimentar. O que, mais uma vez, parece-nos sugerir um desenvolvimento da área emocional decorrente do processo terapêutico.

Bem-estar psicológico e espontaneidade

É consensual que a obesidade afeta a qualidade de vida em geral dos indivíduos obesos, especialmente daqueles que procuram tratamento especializado. E neste sentido, melhorias ao nível do seu bem-estar não só físico, como também psicológico e social, são consideradas indicadores relevantes da eficácia do tratamento (Mannucci et al., 2010). Os resultados da nossa investigação demonstraram um forte efeito da intervenção na melhoria do bem-estar psicológico das participantes do GE, comparativamente com as do GC, o que tal como sugerem os autores, reforça a eficácia da intervenção testada. Esta melhoria reflete-se num aumento significativo do bem-estar subjetivo, numa diminuição significativa das queixas e sintomas e num aumento, ainda que marginal, do funcionamento social e pessoal. Mais uma vez os resultados dos instrumentos de autorrelato, neste caso em particular do CORE-OM, encontram tradução nas reflexões das participantes sobre as mudanças sentidas no final da intervenção. Uma melhoria ao nível do bem-estar fica evidente quando estas referem sentir-se melhor consigo próprias, cuidarem mais de si, sentirem-se mais capazes de lidar com os

problemas. De igual modo, a diminuição da intensidade do mal-estar causado pelos problemas registados através do PQ no final da intervenção parece-nos congruente com a diminuição na subescala queixas e sintomas do CORE-OM, assim como a referência que as participantes fazem às mudanças ao nível do humor. Ainda que o número de problemas identificados pelas participantes no PQ no final tenda a ser superior ao número inicial, a diminuição do mal-estar provocado pelos mesmos faz-nos pensar que este aumento do registo de problemas se relacione mais com uma maior consciencialização e clarificação dos problemas decorrentes do aumento do *insight* e não com um aumento das áreas problemáticas na vida das pessoas.

Relativamente ao funcionamento social e pessoal os resultados do efeito da intervenção sugerem um incremento marginalmente significativo no GE. À semelhança das subescalas anteriores, estaríamos à espera de um efeito mais evidente, no entanto, este resultado não deixa de revelar uma melhoria comparativamente com o GC. Contudo, itens como “*Senti-me humilhado/a ou envergonhado/a por outras pessoas*” ou “*Tenho-me sentido criticado/a por outras pessoas*”, poderão associar-se, por um lado, ao impacto social que a obesidade tem, nomeadamente ao preconceito e a estigmatização destes indivíduos, e por outro, aos problemas de conflitos interpessoais que foram sendo acrescentados no PQ ao longo da intervenção. De acordo com um estudo de Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2009), numa amostra de 134 indivíduos com obesidade, cerca de 58% refere sentir-se ridicularizado e observado pelos outros devido ao seu peso. Ainda que a vulnerabilidade dos indivíduos obesos ao estigma social possa ser trabalhada terapêuticamente, através do aumento da sua autoestima e estratégias de regulação emocional, a mudança não será apenas individual mas envolve toda a sociedade (Ogden & Clementi, 2010). Quanto aos comportamentos de risco, mais do que uma subescala de bem-estar psicológico constitui-se como um conjunto de alertas clínicos para situações muito graves (comportamentos violentos e/ou autodestrutivos), pelo que, não se tendo verificado estas situações de forma evidente na nossa amostra, os resultados não sugerem diferenças estatisticamente significativas entre GE e GC nos dois momentos de avaliação.

Finalmente, esperávamos ainda um aumento significativo da espontaneidade no GE após o processo terapêutico, comparativamente com o GC. Esta hipótese foi igualmente confirmada, sendo o efeito encontrado de magnitude média, próxima da elevada. Tratando-se de um conceito chave na teoria psicodramática, que assenta na capacidade de encontrar soluções alternativas para os problemas, o seu incremento no GE deverá, no nosso entender, ser interpretado em articulação com outras mudanças verificadas após a intervenção, nomeadamente a diminuição dos comportamentos alimentares

desadaptativos. Se estes comportamentos funcionavam como estratégias para lidar com situações emocionalmente mais intensas, a sua diminuição poderá estar relacionada como já vimos com o desenvolvimento de formas novas e mais adequadas de regular essas emoções, o que se traduz no conceito moreniano de espontaneidade. Esta exploração de respostas mais adequadas a situações antigas e/ou novas também se torna evidente nas avaliações que as participantes do GE foram fazendo ao longo das sessões, sobretudo com o foco no aumento do insight e do empoderamento a partir da 6ª sessão. Ou seja, tornaram-se mais conscientes sobre os seus sentimentos, compreendendo melhor a si próprias e a realidade, o que terá contribuído para o desenvolvimento de competências pessoais para lidar com as situações. Simultaneamente, verificou-se a valorização da metodologia adotada ao longo das sessões, com especial relevo para os jogos psicodramáticos, que se constituem como momentos de ação onde esta capacidade de exploração de soluções alternativas pode ser treinada. Por fim, importa também realçar que de acordo com Kipper e Hundal (2005) o desenvolvimento da espontaneidade é promotor do bem-estar psicológico, tendo este último sido igualmente um efeito bastante positivo da intervenção por nós testada.

7.2.2. Preditores dos resultados

Relativamente ao nosso objetivo de perceber que características apresentam as participantes que mais beneficiaram da intervenção, verificou-se que ao nível das variáveis sociodemográficas apenas a idade foi um preditor significativo da mudança no IMC. Os resultados demonstraram que, no intervalo entre os 23 e os 53 anos, foram as mais velhas as que perderam mais peso no final da intervenção. Este é um dado curioso, pois na literatura a idade não surge como uma variável de referência no estudo dos fatores que predizem a perda de peso (Teixeira et al., 2005; Teixeira et al., 2010). Ao olharmos com algum detalhe para algumas características das participantes do GE encontramos apenas uma diferença relativamente ao estado civil em função da idade. Nas mais velhas (acima dos 40 anos de idade) 71,4% (10/14) são casadas e nas mais novas apenas 41,7% (5/12). Estarão as participantes mais velhas numa situação profissional e familiar mais estável que facilite a adesão ao tratamento? Ou estarão nesta amostra as mais velhas mais motivadas para a intervenção e para a perda de peso? E será esta motivação determinada por fatores mais intrínsecos? Estas são apenas algumas questões que ficam por explorar na tentativa de melhor compreender este resultado. Estudos futuros poderão esclarecer e contribuir para uma melhor interpretação deste resultado, associando esta questão da idade a outras variáveis como a motivação, anos de duração da doença, o número e tipo de tentativas anteriores de perda de peso.

A variável referente à espontaneidade demonstrou ter também um papel preditivo na mudança do IMC, no sentido de resultados mais baixos no início da intervenção predizerem uma maior diminuição do IMC. Não tendo sido encontrados outros estudos que analisem a relação entre estas variáveis, parece-nos que este dado sugere mais uma vez o efeito positivo que a intervenção teve no desenvolvimento de formas mais adequadas para lidar com as situações, e que este facto reflete-se conseqüentemente numa perda de peso mais expressiva.

No que respeita às mudanças no funcionamento alexitímico verificou-se que as participantes do GE que apresentaram níveis mais elevados nas três escalas da TAS-20 antes da intervenção foram aquelas que no final manifestaram melhorias mais significativas em cada uma dessas escalas. De igual modo, as participantes com níveis mais elevados de POE antes de intervenção foram aquelas que no final apresentaram uma redução mais acentuada dos comportamentos de ingestão emocional. Mais uma vez, o estilo de pensamento centrado no exterior, marcadamente operatório, com poucas referências ao mundo interno, parece desempenhar um papel crucial na manutenção de comportamentos alimentares desadaptativos na obesidade. Este estilo de funcionamento cognitivo reflete um forte evitamento emocional que poderá ser uma resposta desenvolvida pelo indivíduo às adversidades decorrentes de um processo de doença crónica (Taylor et al., 1997). Mais do que as dificuldades em identificar e descrever estados emocionais, este estilo cognitivo parece ter uma relação estreita com os comportamentos de ingestão emocional, funcionando estes como um mecanismo de supressão ou inibição da experiência emocional. Ainda que os estudos sugiram que as características alexitímicas de indivíduos obesos (Panfilis et al., 2007) e com PCA (de Groot, Rodin, & Olmsted, 1995; Speranza et al., 2007) predizem piores resultados ao nível da intervenção psicológica no geral, o que verificamos neste trabalho é que o psicodrama demonstra ser um modelo terapêutico adequado ao desenvolvimento de competências emocionais em défice nestes indivíduos. Panfilis et al. (2007) referem que uma baixa capacidade de *insight* e um estilo de pensamento centrado no exterior interfere negativamente com a eficácia das estratégias psicoterapêuticas, no entanto, sendo estas áreas privilegiadas de foco do psicodrama o que se observa é que as participantes mais alexitímicas foram aquelas que evidenciaram uma maior progressão. Na nossa perspectiva, estes dados vêm demonstrar que o psicodrama revela ser um modelo terapêutico eficaz na exploração dos estados emocionais, na facilitação do *insight* e no desenvolvimento de formas mais adaptativas para lidar com situações adversas nesta população. O psicodrama mostra assim ser um modelo adequado a indivíduos obesos com características alexitímicas, isto é, cujas dificuldades de regulação emocional

são mais evidentes. Como já foi referido, uma das características do funcionamento alexitímico, e que foi experienciado pela equipa de investigação sobretudo na entrevista inicial e durante as primeiras sessões, manifesta-se num discurso focado em descrições quase exaustivas de detalhes externos, com pouca referência à realidade interna ou experiência subjetiva. Esta dificuldade em explorar os sentimentos resultantes de determinados acontecimentos potencia a utilização da ação (ingestão alimentar) como forma de lidar com essas situações geradoras de tensão. Pela sua componente ativa, menos diretiva e menos centrada nas cognições e na descrição dos acontecimentos, o psicodrama oferece a estes indivíduos um espaço que possibilita o desenvolvimento do pensamento simbólico, a focalização nos sentimentos internos, a experienciação e a expressão de estados emocionais e a emergência de novas perspetivas sobre eles.

7.2.3. Processo terapêutico

Compreender a experiência subjetiva das participantes do GE em relação à intervenção através da identificação de aspetos do processo terapêutico que tiveram um maior impacto ou um maior contributo para a mudança, foi igualmente um dos objetivos deste trabalho.

Da avaliação realizada no final de todas as sessões através do preenchimento do HAT emergiram 18 categorias de ES (momentos/situações/aspetos do processo terapêutico identificados pelos participantes como úteis e/ou não úteis para o processo de mudança), que se organizaram em 2 domínios principais que dizem respeito ao impacto das sessões, isto é, ao efeito que a sessão teve nas participantes, e à ação, que se relaciona com o que foi feito durante as mesmas. Como já salientámos anteriormente, verificou-se uma convergência entre o significado destas categorias e os dados recolhidos através das medidas quantitativas de autorrelato. As mudanças tanto ao nível do funcionamento alexitímico como do bem-estar em geral e do comportamento alimentar encontram correspondência na avaliação que as participantes fazem dos principais aspetos úteis da psicoterapia. Em especial, o desenvolvimento do *insight* e o empoderamento que surge realçado por estas poderão ser entendidos, na nossa perspetiva, como fatores facilitadores das mudanças emocionais e comportamentais verificadas. Tornar-se mais consciente sobre o que se sente, desenvolvendo uma compreensão mais clara sobre si próprio e conseqüentemente mais competências para lidar com as situações, parecem-nos mudanças muito importantes e que vão ao encontro dos objetivos da intervenção planeada. Do ponto de vista do estudo da psicoterapia, estes dados são congruentes com outros trabalhos que referem que nas psicoterapias de cariz existencial, em termos de impacto dos ES, o *insight* é um dos aspetos mais

salientados como significativo após as sessões (Elliott et al., 1985; Kellermann, 1987; McVea et al., 2011).

No presente trabalho é de realçar que, ainda ao nível do impacto dos ES, os fatores grupais foram a categoria que assumiu maior relevo. Ao analisarmos sessão a sessão foi evidente o impacto que a partilha do grupo, os sentimentos de identidade e universalidade tiveram para cada uma das participantes. É mais uma vez de salientar a congruência deste resultado com outros estudos, nomeadamente com os trabalhos de Yalom (1995, 2005) e Kivlighan (2004, 2011, 2014), que realçam os fatores relacionados com a universalidade, relacionamento interpessoal e coesão como centrais em intervenção grupal. Também na base do desenvolvimento do psicodrama encontramos os trabalhos de Moreno com grupos, reconhecendo o poder que estes exercem na mudança de comportamentos, na promoção da ação criativa e espontânea. Para Moreno cada elemento dentro de um grupo é um agente terapêutico dos demais, e é através deste encontro que o grupo vai criando as suas soluções por meio da partilha, da cooperação, da catarse de integração (Blatner & Cukier, 2007). Moreno considera as relações téticas promotoras de mudança, e que assentam na capacidade “ler” o outro, de o perceber adequada e verdadeiramente no contexto de uma relação de empatia e reciprocidade (Moreno, 1997; Pio-Abreu, 2006). Parece-nos assim que, neste trabalho, a importância atribuída pelos elementos do grupo ao facto de se sentirem compreendidas, ao deixarem de se sentir únicas e à possibilidade de interajuda, transversal na avaliação de todo o processo terapêutico, reflete a importância que o papel do grupo tem no desenvolvimento do indivíduo e no seu processo de mudança. Esta valorização dos fatores grupais ocorre sobretudo nas primeiras 6 sessões, o que nos remete para a importância, nas primeiras sessões, do desenvolvimento da coesão grupal e de um espaço de confiança e suporte que permita a partilha de experiências e a promoção das relações interpessoais. Interessante foi constatar que depois de estabelecidos estes fatores grupais, o foco a partir da 6ª sessão passa a ser mais individual, com o *insight* e o empoderamento, como já foi referido, a assumirem um maior destaque. Este dado sugere-nos que a eficácia da intervenção não se deve unicamente à sua dimensão grupal (ainda que estes fatores potenciem a mudança), mas também à tónica individual e aos aspetos focados como importantes pelas participantes e que remetem para a ação do psicodrama. Moreno concebeu o psicodrama como uma psicoterapia individual em grupo, o que no nosso entender fica espelhado nestes resultados.

Para além das categorias já referidas, as participantes referem também como aspetos úteis do processo terapêutico o desenvolvimento de uma compreensão mais clara sobre os problemas e o que fazer para os resolver, e a possibilidade proporcionada pela terapia

de exteriorização de sentimentos e experiencição no aqui e agora de novas emoções e novas perspectivas. Uma vez mais, a experimentação e reflexão de possibilidades e alternativas coloca em evidência aspetos fundamentais do modelo psicodramático que se prendem com os conceitos de espontaneidade e de papel. Os membros do grupo ao terem a oportunidade de se colocarem em diferentes papéis tiveram a possibilidade de desafiar diretamente as suas crenças e atitudes e de avaliar as suas capacidades de resposta a situações adversas.

Relativamente aos aspetos negativos do processo terapêutico, emergiu apenas uma categoria assente em descrições que realçaram algum desconforto ou mal-estar. Apesar de terem sido poucos os ES classificados nesta categoria (apenas 9 em 267), não deixam de ser importantes pois associam-se a momentos específicos decorrentes de experiências ocorridas durante as dramatizações. Esse desconforto referido por algumas participantes surge assim no contexto da ação dramática, demonstrando que o processo de experiencição emocional e tomada de consciência dos problemas, ainda que maioritariamente avaliado como positivo, não deixa de provocar reações emocionais negativas. Contudo, na reflexão final sobre o processo terapêutico, estas experiências consideradas como negativas durante as sessões foram integradas numa avaliação globalmente positiva da intervenção, reconhecendo o seu papel no processo de mudança (e.g., *“Apesar de fazermos coisas difíceis acho que foram importantes”*; *“... Mas isto não foi negativo, foi muito importante para mim”*).

Ao nível da ação, o que de mais importante foi considerado pelas participantes foram, sem dúvida, os jogos psicodramáticos. O jogo no psicodrama possibilita a expressão livre do mundo interno, essencialmente na forma de representação de papéis, fantasias e/ou atividades corporais (Monteiro, 1993). Sobretudo da 9^a à 12^a sessão, as participantes realçam de forma bastante evidente os exercícios propostos pelo diretor, que incidiram essencialmente no tópico da imagem corporal. Se por um lado, o tema da imagem corporal e da relação com o corpo tem uma grande importância no impacto psicológico da obesidade e no tratamento desta doença (Abilés et al., 2010; Carraça et al., 2014; Fabricatore & Wadden, 2004; Ogden & Clementi, 2010), por outro, este dado remete-nos também para a importância da metodologia adotada durante as sessões. Na literatura é a técnica de inversão de papel que surge descrita como a mais eficaz ou pelo menos como a mais salientada pelos participantes dos grupos de psicodrama (Kipper & Ritchie, 2003; Wieser, 2007, 2010). No presente estudo, essa referência não foi tão evidente. No entanto, os jogos psicodramáticos propostos durante as sessões envolveram no seu desenrolar o recurso às técnicas mais clássicas do psicodrama como é o caso da inversão de papel, as estátuas e os solilóquios. Por este motivo, torna-se difícil interpretar

se a valorização que as participantes fazem destes jogos realizados nas sessões de terapia se prende com o facto de serem situações que envolvem todo o grupo, se relacionam com o tema/assunto explorado pelos exercícios ou se alguma técnica em particular utilizada durante essas dramatizações teve um maior impacto. Mas independentemente deste aspeto, merecedor de uma análise mais detalhada em estudos futuros, fica claro que a componente da ação que caracteriza o modelo psicodramático é avaliada como importante no processo de mudança. É através da ação, refletida nas afirmações das participantes (e.g., *“A representação da comida e poder falar com ela”*, *“Conseguir dizer tudo o que queria à minha mãe”*, *“Olhar-me ao espelho foi uma espécie de ver o outro eu”*, *“Estar no papel da outra pessoa”*, *“O “sacudir” após o exercício”*, *“Ser magra por minutos fez-me sentir muito bem”*, *“Ser a A. feliz”*), que o psicodrama se diferencia de outras abordagens terapêuticas, facilitando através dela a libertação e a expressão emocional, a exploração de papéis individuais e sociais e o desenvolvimento de competências e da capacidade plástica de considerar diferentes possibilidades ou perspetivas.

No nosso entender, os resultados do estudo do processo terapêutico são sugestivos de que o psicodrama revela ser eficaz no tratamento da obesidade quer pela sua componente mais específica focada na ação e experiência emocional como pelo facto de se tratar de uma modalidade de intervenção em grupo. A importância atribuída às mudanças sentidas e o facto de as participantes considerarem que essas mudanças provavelmente não teriam ocorrido sem o psicodrama reforçam este dado e a pertinência do trabalho realizado.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSÃO

Os dados da investigação científica são unânimes ao considerar que é impossível falar de uma obesidade com características universais e estandardizadas. É a singularidade de cada indivíduo que nos permite perceber a multidimensionalidade desta doença. A forma como cada um interage com o mundo e consigo próprio através da comida torna esta doença de difícil tratamento. Estamos assim perante um problema que engloba fatores genéticos, metabólicos, sociais, culturais, familiares, psicológicos impossíveis de serem todos estudados numa única investigação. Este trabalho não deixa assim de ser um olhar fragmentado sobre o fenómeno, ainda que acreditamos que através dele criamos pontes entre a investigação e a prática clínica no contexto da intervenção psicológica no tratamento da obesidade.

Através do recurso a uma metodologia de investigação mista procurámos “dar voz” aos resultados. À objetividade dos dados estatísticos, acrescentámos a singularidade da visão de cada participante sobre o seu processo de mudança. Esta mudança é complexa e, mais uma vez, difícil de ser objetivada e medida. No tratamento da obesidade, se basearmos essa avaliação apenas na medição do peso, ou na presença/ausência de critérios de diagnóstico, estaremos a ter uma visão simplista e redutora da mudança. É cada vez mais reconhecido o papel que as emoções têm ao nível da saúde física em geral (Whelton, 2004), e na obesidade em particular (e.g., Pinna et al., 2011; van Strien et al., 2012; Zijlstra et al., 2012). E neste sentido, o estudo da mudança em psicoterapia, contexto onde a área emocional desempenha um papel central, assume cada vez mais relevo no tratamento desta doença.

Na literatura é consensual que a comida e o ato de comer têm uma função para lá do seu papel nutricional. O comportamento alimentar é controlado por um sistema homeostático, responsável pela regulação do balanço energético, que se encontra integrado num grande sistema neuronal que atribui propriedades hedónicas e de recompensa aos alimentos, permitindo assim que estes possam gerar emoções (Weltens, Zhao, & Van Oudenhove, 2014). Em geral, esses circuitos homeostáticos e hedónicos funcionam de forma interligada e equilibrada, mas sob certas circunstâncias (e.g., stress) ou em quadros clínicos específicos (e.g., obesidade, PCA, depressão) esse equilíbrio pode ficar comprometido (Kenny, 2011; Weltens et al., 2014) resultando daí problemas ao nível do comportamento alimentar e consequentemente do peso. Sendo a comida um bem essencial à vida, de fácil acesso, gratificante e que pode ser consumida facilmente em casa, no trabalho, na rua, no carro, não podemos subestimar a dificuldade de

encontrar formas alternativas de prazer, quando através da comida este pode ser alcançado tão facilmente. Desempenhando as emoções um papel regulador (Damásio, 2000), a recompensa que alguns indivíduos procuram (e encontram) na comida não poderá funcionar como uma forma de manter o equilíbrio? O que de certa forma poderá contribuir para a dificuldade em alcançar os resultados desejados ao nível do tratamento, ou de os manter a longo prazo. Tal como Stunkard (1975) referiu “*Most obese persons will not enter treatment for obesity. Of those who enter treatment, most will not lose much weight and of those who do lose weight, most will regain it. Many will pay an emotional price for trying*” (p.196).

Pelo reconhecimento do papel das emoções no comportamento alimentar, o objetivo do presente trabalho foi então implementar e avaliar a eficácia de uma intervenção psicodramática junto de mulheres obesas com PIC. Reconhecemos que fatores neuronais, metabólicos, desenvolvimentais e relacionais, podem estar envolvidos neste processo que torna alguns indivíduos obesos mais propensos a “comer emocionalmente”, isto é, perante estados emocionais mais intensos e negativos tender a ingerir em excesso. Apesar de estes fatores não terem sido objeto de estudo direto da nossa investigação, acreditamos que o psicodrama constitui-se como um modelo terapêutico que por excelência promove a mudança pela exploração dos estados emocionais, através de um processo de experiência, integração e de construção de novos significados. Este trabalho de exploração, experiência e aumento da consciência emocional num contexto terapêutico pode, no nosso entender, contribuir para o desenvolvimento de estratégias alternativas e mais adaptativas para lidar com estados emocionais negativos nestes indivíduos. E deste modo contribuir para uma melhor compreensão das ambivalências e dificuldades de adesão ao tratamento.

Os resultados do presente estudo sugerem a vivência do psicodrama como uma experiência bastante positiva, que contribuiu significativamente para a mudança. Os resultados são sugestivos de efeitos positivos da intervenção no funcionamento psicológico e na perda de peso de mulheres obesas com PIC, nomeadamente na melhoria de algumas características alexitímicas, na redução dos comportamentos de ingestão compulsiva, ingestão emocional e ingestão externa, e no aumento do bem-estar psicológico e da espontaneidade. As participantes realçaram o insight, o desenvolvimento de uma compreensão mais clara sobre si próprias e da realidade, o aumento das competências pessoais para lidar com situações problemáticas e o autocontrolo alimentar como as principais mudanças decorrentes do processo terapêutico. O formato de intervenção em grupo foi algo bastante valorizado, o que reforça as potencialidades desta modalidade de intervenção nos contextos de saúde. Ainda que de forma preliminar,

podemos concluir que o psicodrama implementado ao longo de 12 sessões semanais em formato grupal, integrado no plano de tratamento da obesidade, revela ser um modelo terapêutico eficaz para mulheres obesas com PIC.

Limitações da investigação e propostas para estudos futuros

Apesar do esforço de antecipar e minimizar as dificuldades e os obstáculos que sempre acontecem num processo de investigação, nesta reflexão final importa destacar aquelas que se constituem como as principais limitações deste trabalho e que devem ser tidas em consideração quando interpretamos os resultados e quando pretendemos repensar o processo de investigação iniciado e equacionar novas direções para estudos futuros.

A primeira limitação, de natureza metodológica, remete para a ausência de follow-up, o que dificulta a interpretação da eficácia dos resultados a médio e longo prazo. Apesar de verificarmos mudanças significativas entre os momentos pré e pós intervenção, o estudo dos efeitos da intervenção ao longo do tempo é fundamental para a avaliação da eficácia e da efetividade da mesma (Lambert & Ogles, 2004). Tratando-se a obesidade de uma doença crónica importa perceber de que forma as mudanças encontradas no final da intervenção se mantêm ao longo do tempo, quais os fatores envolvidos na manutenção dos ganhos e/ou que variáveis limitam a eficácia do psicodrama a médio e a longo prazo e influenciam a recuperação do peso perdido e um eventual retrocesso ao nível das mudanças comportamentais, cognitivas e emocionais alcançadas. Sabemos, por um lado, que as mudanças na obesidade, dada a complexidade e multidimensionalidade etiológica desta doença, são difíceis (Vandenbroeck et al., 2007), e que por isso uma intervenção com 12 sessões (3 meses) poderá não ser o suficiente para consolidar mudanças tão holísticas (Lambert & Ogles, 2004). No caso, por exemplo das mudanças no funcionamento alexitímico, a curta duração da intervenção poderá ter impossibilitado resultados mais expressivos. Por outro lado, poderão ocorrer também aquilo que De Los Reyes e Kazdin (2006) designam de *sleep effects* (efeitos adormecidos), ou seja, efeitos ou mudanças que não se manifestam imediatamente após a intervenção, mas sim a médio e longo prazo, eventualmente devido à sua natureza mais estrutural. Por todas estas razões justifica-se incluir em estudos futuros as avaliações de follow-up. Por constrangimentos de tempo não foram apresentados neste trabalho essas avaliações, no entanto elas estão a decorrer e serão alvo de futura divulgação científica.

Outra das limitações metodológicas está relacionada com a amostra. Por um lado, os resultados deste estudo não podem ser extensíveis aos homens nem aos indivíduos

obesos sem PIC. Tratando-se de uma amostra por conveniência, os resultados apenas podem ser extensíveis ao tratamento de mulheres obesas com PIC. Por outro lado, o facto de se tratar de uma amostra pequena não permite a generalização dos resultados e reduz o poder das análises estatísticas para a deteção de efeitos pequenos. Por este motivo, sempre que possível foram apresentados os valores das magnitudes de efeito e reportados os efeitos marginalmente significativos. Apontamos assim para a necessidade de replicar este estudo em amostras de dimensão superior que permitam explorar melhor os efeitos da intervenção.

Para além da dimensão, outras questões relativas à amostra podem restringir a generalização dos resultados como é o caso do processo de alocação das participantes pelo GE e GC e as características das mesmas na linha de base. A identificação de critérios de inclusão e exclusão permitiram assegurar a homogeneidade da amostra, no entanto o facto da distribuição das participantes pelo GE e GC não ter sido totalmente aleatória constitui-se como uma limitação. Para além dos fatores relacionados com constrangimentos de horário e de deslocação, fica por esclarecer se variáveis motivacionais poderão igualmente ter influenciado este processo. Em estudos futuros será importante atender a estas variáveis no momento de seleção e caracterização da amostra. Um outro dado importante prende-se com o facto de, no momento pré intervenção, as participantes do GE se encontrarem mais medicadas com antidepressivos e ansiolíticos que as participantes do GC. Apesar de a obesidade não apresentar uma associação direta com a presença de psicopatologia na população em geral (Fabricatore & Wadden, 2004), nos casos mais graves e que representam os indivíduos que tendem a procurar tratamento especializado verifica-se uma maior prevalência de diagnósticos de depressão e ansiedade (e.g., Goldschmidt et al., 2014; Lin et al., 2013; Mannucci et al., 2010; Scott et al., 2008; Stunkard, Faith, & Allison, 2003). Também nestes casos, estudos recentes (e.g., Montebanocci et al., 2006; Pinna et al., 2011; Zak-Golab, et al., 2013) sugerem que níveis elevados de alexitimia em doentes com obesidade são secundários aos quadros depressivos. Com base nestes dados, pode colocar-se a hipótese de, no presente estudo, as participantes do GE apresentarem de forma mais evidente sintomatologia depressiva e ansiosa o que justifica o facto de terem sido mais medicadas para o efeito. Um maior reconhecimento por parte destas da necessidade de intervenção pode justificar a ausência de desistências ao longo do processo de intervenção (Mestre, 2010; Michelini et al., 2014). No entanto, a ausência de diferenças entre os dois grupos ao nível do CORE-OM, que apesar de não ser uma medida de diagnóstico avalia o bem-estar psicológico em geral, poderá ser indicador que a diferença ao nível da sintomatologia depressiva/ansiosa não é assim tão evidente.

Questões relacionadas com diferentes critérios no acompanhamento médico prévio à intervenção poderão igualmente estar aqui implicados. Por tudo isto, consideramos que em estudos futuros a presença de depressão e ansiedade deverá ser avaliada, assim como o seu papel ao nível do funcionamento alexitímico e dos comportamentos alimentares desadaptativos nestas doentes. Em suma, apesar dos resultados encontrados serem promissores, este estudo deverá ser replicado no futuro com um desenho longitudinal alargado e em amostras maiores de doentes com obesidade. Será igualmente importante replicar este estudo comparando a intervenção psicodramática com outras abordagens terapêuticas, incluindo os grupos psicoeducativos. Deste modo será possível realizar outro tipo de análises estatísticas (e.g., análises de equações estruturais) e responder de forma mais aprofundada a algumas questões de investigação, nomeadamente em que circunstâncias o psicodrama é eficaz e que características apresentam os doentes que mais beneficiam desta abordagem (estudo dos moderadores – e.g., severidade da doença, presença/ausência de depressão).

Uma outra limitação remete-nos para as características dos instrumentos utilizados, nomeadamente algumas fragilidades que poderão influenciar a interpretação dos resultados. Ao nível do comportamento alimentar, sobretudo no que respeita à ingestão emocional, Evers et al. (2009) consideram que os instrumentos de autorrelato, como é o caso do DEBQ, assentes numa avaliação retrospectiva feita pelo próprio indivíduo estão sujeitos ao risco de sub ou sobrestimação do impacto das emoções negativas na ingestão alimentar. De acordo com Adriaanse et al. (2011), o DEBQ, à semelhança de outras escalas com objetivos similares, avaliam a perceção dos indivíduos sobre o desejo de comer perante emoções negativas, e não propriamente o ato de ingestão e a quantidade de alimentos ingeridos nessas situações. Os autores sugerem a inclusão nos estudos de medidas de registo do consumo alimentar diário e das emoções negativas e do desenvolvimento de avaliações laboratoriais que induzam um conjunto de emoções e que avaliem posteriormente a quantidade de alimentos ingeridos. Estes poderão ser contributos importantes a considerar em estudos futuros pois permitirão ultrapassar a limitação do uso quase que exclusivo na avaliação quantitativa de medidas de autorrelato. Relativamente à TAS-20, foram encontrados neste estudo níveis de consistência interna relativamente baixos nas escalas dificuldade em descrever os sentimentos e pensamento orientado para o exterior, ainda que condizentes com outros estudos com amostras de doentes obesos e com o estudo de adaptação da escala para a população portuguesa. Por este motivo, consideramos relevante a necessidade de futuramente explorar as características psicométricas desta escala de forma mais exaustiva. Uma outra crítica geralmente colocada ao uso da TAS-20 associa-se ao facto

deste ser um instrumento que requer que os indivíduos reflitam sobre as suas capacidades de identificar e descrever sentimentos, bem como sobre o seu estilo de funcionamento cognitivo (Fox & Power, 2009; Nowakowski et al., 2013). Ao considerarmos que as mulheres obesas com PIC apresentam níveis elevados de alexitimia (e.g., Larsen et al., 2006; Moon & Berenbaum, 2009; Rommer et al., 2012), provavelmente os défices ao nível do processamento emocional dificultarão o preenchimento de uma medida que no seu formato exige essa reflexão sobre o próprio funcionamento emocional. Outras medidas de avaliação do processamento e da regulação emocional deverão ser usadas de forma complementar em estudos futuros permitindo uma avaliação mais profunda da área emocional. Também ao nível da avaliação dos comportamentos de ingestão compulsiva, consideramos como limitação deste trabalho a ausência de uma medida contínua de avaliação da severidade deste problema (e.g., Binge Eating Scale – BES; Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982). Foi utilizada uma entrevista de diagnóstico de PIC que, ainda que tenha permitido uma exploração mais detalhada da subjetividade muitas vezes associada aos episódios de ingestão alimentar compulsiva, limitou as análises estatísticas realizadas. Devido ao tamanho da amostra não foram possíveis análises de regressão logística que permitissem perceber os preditores da presença/ausência dos critérios de diagnóstico. Esta entrevista não foi realizada no momento da avaliação final ao GC, o que limita igualmente as análises efetuadas e as interpretações dos resultados obtidos.

Finalmente, algumas limitações inerentes ao estudo do processo terapêutico devem ser também assinaladas. A primeira dessas limitações prende-se com a impossibilidade de generalização dos resultados encontrados. Devido ao carácter exploratório deste trabalho, o que se pretendeu foi compreender o processo terapêutico do ponto de vista dos elementos do grupo de intervenção e não validar uma qualquer teoria, testar hipóteses ou taxonomias de codificação. Em termos metodológicos não foi utilizado um sistema de codificação ou uma taxonomia previamente existente na literatura que permitisse a comparação dos resultados deste trabalho com outros estudos realizados no âmbito do psicodrama ou de outro modelo terapêutico. O estudo do processo terapêutico requer um trabalho contínuo e moroso de análise dos dados, pelo que no futuro consideramos importante o recurso a juízes cegos na codificação dos dados de forma a aumentar a consistência na leitura dos resultados e minimizar a subjetividade da metodologia. Sendo o grupo mais do que a soma de cada um dos seus elementos (Corey, 2012), as especificidades desta modalidade de intervenção deverão ser tidas em consideração no estudo do processo terapêutico, nomeadamente a avaliação da coesão grupal. Medidas adaptadas ao estudo da psicoterapia de grupo deverão ser incluídas em

estudos futuros, como por exemplo o instrumento *Group Counseling Helpful Impacts Scale* (GCHIS; Kivlighan, Multon, & Brossart, 1996), assim como a inclusão da avaliação do processo terapêutico por parte do(s) terapeuta(s). Consideramos igualmente que no futuro as análises dos HATs deverão ser realizadas diferenciando por sessão as respostas do protagonista, dos egos auxiliares e do auditório, de forma a melhor compreender o impacto de uma sessão de psicodrama. O registo audiovisual das sessões para posterior análise poderá igualmente permitir uma análise mais compreensiva sobre o que é feito durante as sessões e o impacto das mesmas.

Conclusões finais e implicações para a prática clínica

Apesar das limitações referidas, este trabalho de investigação apresenta aspetos positivos que entendemos que podem contribuir para o conhecimento científico sobre a eficácia do psicodrama e para a prática clínica.

Em termos metodológicos, este estudo foi cuidadosamente planeado. Os métodos estatísticos empregues (e.g., ANOVA para medidas repetidas) são considerados robustos e comumente usados neste tipo de estudos (Field, 2009; Maroco, 2011) e na tentativa de se evitar os erros de tipo II, para além da significância estatística atendeu-se à magnitude dos efeitos encontrados. Os instrumentos foram selecionados com base numa revisão da literatura, tendo sido nossa opção o uso de instrumentos já estudados com amostra de indivíduos obesos e adaptados ou em processo de adaptação à população portuguesa. A implementação do programa de intervenção foi realizada por profissionais com experiência clínica e formação teórica/prática no modelo psicodramático. Em diferentes momentos do seu planeamento e execução, esta investigação foi apresentada e discutida em encontros científicos, tendo recebido consultadoria de diversos investigadores nacionais e internacionais.

Face à escassez de estudos sobre o psicodrama, inclusivamente a nível nacional, este trabalho oferece evidências preliminares da sua eficácia em mulheres obesas com PIC, colmatando assim uma das lacunas da nossa prática clínica relativa à falta de validação científica robusta deste modelo. Seguindo as diretrizes da comunidade científica internacional que apela ao estudo de novas abordagens de psicoterapia no tratamento da obesidade (Buckroyd & Rother, 2008; Wilson et al., 2007), consideramos que esta investigação contribui para abrir novas perspetivas sobre o psicodrama enquanto ferramenta de intervenção alternativa às abordagens clássicas numa problemática de carácter crónico e de grande prevalência mundial como é o caso da obesidade. Os resultados colocam em evidência algumas características da população obesa que mais beneficiam desta intervenção, nomeadamente as características

alexitímicas. O facto de a alexitimia poder funcionar como um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas (Taylor & Bagby, 2004) e simultaneamente limitar a eficácia das estratégias terapêuticas (Orgrodniczuk et al., 2011) coloca um desafio aos centros de tratamento da obesidade quanto à necessidade de desenvolver condições para a avaliação dos doentes e implementação de abordagens terapêuticas adequadas às suas características. Logicamente que a intervenção na obesidade deverá ser multidisciplinar, assente naquele que é considerado o tratamento habitual de base que é o acompanhamento médico e nutricional. Contudo, identificados os casos de insucesso, para quem esta abordagem se mostra insuficiente torna-se fundamental investir no desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas, para além da TCC, como forma de dar resposta às problemáticas apresentadas pelos doentes. De acordo com Norcross & Wampold (2011), autores de referência no estudo da psicoterapia, o aumento da eficácia das intervenções tem de passar inevitavelmente por uma adaptação e adequação das estratégias às necessidades e singularidades de cada indivíduo. Neste sentido, consideramos que os resultados deste trabalho vêm mostrar que o psicodrama poderá ser um modelo adequado às mulheres obesas com PIC, que procuram tratamento especializado, e que apresentam previamente à intervenção características alexitímicas mais acentuadas. A implementação de uma intervenção de 12 sessões, cujo foco recai essencialmente sobre os temas do comportamento alimentar e emoções e a relação com o corpo, através de métodos ativos, conduz a mudanças importantes no tratamento da obesidade, ainda que só as avaliações de follow-up vão naturalmente ajudar a perceber se a médio e longo prazo estas se mantêm.

O estudo do processo terapêutico com recurso a um conjunto de medidas idiográficas apresenta também implicações relevantes para a prática clínica. O uso destas medidas que acedem à perspetiva dos clientes permite clarificar quais os problemas e os objetivos dos indivíduos quando procuram tratamento especializado, como é que a psicoterapia é experienciada e o que é que durante o processo terapêutico terá mais contribuído para a mudança (Sales & Alves, 2012). As respostas a estas e outras questões não são apenas importantes para investigadores, mas também para os próprios clínicos que podem encontrar nestes instrumentos formas de obter feedback sobre a intervenção e os resultados alcançados, adequando-a de modo colaborativo às especificidades de cada pessoa. Nesta investigação, consideramos que o recurso a estas medidas foi útil no trabalho com doentes obesos, tendo sido de fácil aplicação e experienciado pelas participantes como algo integrante do processo de intervenção e não como momentos à parte destinados apenas para fins de investigação. Deste modo, tanto para os psicodramatistas como para os profissionais de saúde que trabalham especificamente no

contexto da obesidade, pensamos que o uso de medidas idiográficas poderá contribuir para um melhoramento da eficácia e da efetividade do trabalho terapêutico realizado.

Ainda que um trabalho de investigação nunca esteja terminado, podemos concluir que este estudo oferece evidência preliminar da eficácia a curto prazo do psicodrama, aplicado ao longo de 12 semanas em mulheres obesas com perturbação de ingestão compulsiva. Embora os resultados devam ser replicados e consolidados em estudos futuros, as participantes mostraram uma elevada adesão ao programa de intervenção que se manifestou num efeito positivo deste a nível emocional, cognitivo e comportamental. Pensamos que os resultados obtidos justificam, no futuro, a sua implementação em condições semelhantes, contribuindo deste modo para uma prática clínica baseada na evidência. Esperamos que o trabalho desenvolvido ao longo destes últimos anos de investigação possa constituir-se como uma mais-valia para os profissionais de saúde que trabalham no âmbito do tratamento da obesidade, mas sobretudo para os doentes que carregam no seu corpo o peso dos “quilos emocionais”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – 4ª Edição texto revisto* (J. N. Alemida, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association (2013). Recognition of Psychotherapy Effectiveness. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 320-330. doi: 10.1037/a0033179
- Abilés, V., Rodríguez-Ruiz, S., Abilés, J., Mellado, C., García, A., Pérez de la Cruz, A., & Fernández-Santaella, M. C. (2010). Psychological Characteristics of Morbidly Obese Candidates for Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 20, 161-167. doi: 10.1007/s11695-008-9726-1
- Adami, G. F., Campostano, A., Ravera, G., Leggieri, M., & Scopinaro, N. (2001). Alexithymia and body weight in obese patients. *Behavioral Medicine*, 27, 121-126. doi: 10.1080/08964280109595778
- Adami, G. F., Gandolfo, P., Bauer, B., & Scopinaro, N. (1995). Binge eating in massively obese patients undergoing bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 45-50. doi: 10.1002/1098-108X(199501)17:1<45::AID-EAT2260170106>3.0.CO;2-S
- Agras, W. S., Telch, C. F., Arnow, B., Eldredge, K., & Marnell, M. (1997). One-year followup of cognitive-behavioral therapy for obese individuals with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 343-347.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Allison, D. B., Kalinsky, L. B., & Gorman, B. S. (1992). The comparative psychometric properties of three measures of dietary restraint. *Psychological Assessment*, 4(3), 391-398. doi: 10.1037/1040-3590.4.3.391
- Allison, D. B., Kaprio, J., Korkeila, M., Koskenvuo, M., Neale, M. C., & Hayakawa, K. (1996). The heritability of body mass index among an international sample of monozygotic twins reared apart. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 20, 501-506.

- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Amatruda, M. (2006). Conflict resolution and social skill development with children. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 58(4), 168-181. doi: 10.3200/JGPP.58.4.168-181
- American, Psychological, & Association. (2013). Recognition of Psychotherapy Effectiveness. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 320-330. doi: 10.1037/a0033179
- Andersson, J. C., & Walley, A. J. (2011). The contribution of heredity to clinical obesity. In R. H. Lustig (Ed.), *Obesity before birth. Endocrine Updates* (Vol. 30). New York: Springer Science+Business Media.
- Arnou, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1992). Binge eating among the obese: a descriptive study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 155-170.
- Arnou, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1995). The Emotional Eating Scale: The Development of a Measure to Assess Coping with Negative Affect by Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18(1), 79-90.
- Avinger, K., & Jones, R. A. (2007). Group Treatment of Sexually Abused Adolescent Girls: A Review of Outcome Studies. *The American Journal of Family Therapy*, 35, 315-326. doi: 10.1080/01926180600969702
- Avrahami, E. (2003). Cognitive-behavioral approach in psychodrama: discussion and example from addiction treatment. *The Arts in Psychotherapy* 30, 209-216. doi: 10.1016/S0197-4556(03)00059-5
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. doi: 10.1016/0022-3999(94)90005-1
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale- II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33 - 40. doi: 10.1016/0022-3999(94)90006-x

- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., & Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale. *Journal of Psychosomatic Research, 62*, 167-178. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.09.005
- Baldaro, B., Rossi, N., Caterina, R., Codispoti, M., Balsamo, A., & Trombini, G. (2003). Deficit in the discrimination of nonverbal emotions in children with obesity and their mothers. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 27*, 191-195. doi:10.1038/sj.ijo.802228
- Barlow, S. H. (2008). Group psychotherapy specialty practice. *Professional Psychology: Theory, Research and Practice, 39*(2), 240-244. doi: 10.1037/0735-7028.39.2.240
- Barrett, L. F. (1998). Discrete Emotions or Dimensions? The Role of Valence Focus and Arousal Focus. *Cognition and Emotion, 12*(4), 579-599. doi: 10.1080/026999398379574
- Barrett, L. F. (2009). Variety is the spice of life: A psychological construction approach to understanding variability in emotion. *Cognition and Emotion, 23*(7), 1284-1306. doi: 10.1080/02699930902985894
- Barrett, L. F., & Bliss-Moreau, E. (2009). She's emotional. He's having a bad day: attributional explanations for emotion stereotypes. *Emotion, 9*(5), 648-658. doi: 10.1037/a0016821
- Barrett, L. F., Gross, J., Christensen, T. C., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition & Emotion, 15*(6), 713-724. doi: 10.1080/02699930143000239
- Barthomeuf, L., Droit-Volet, S., & Rousset, S. (2009). Obesity and emotions: Differentiation in emotions felt towards food between obese, overweight and normal-weight adolescents. *Food Quality and Preference, 20*, 62-68. doi: 10.1016/j.foodqual.2008.07.005
- Beck, A. P., & Lewis, C. M. (2000). *The process of group psychotherapy: Systems for analyzing change*. Washington DC: American Psychological Association.
- Becker-Stoll, F., & Gerlinghoff, M. (2004). The Impact of a Four-Month Day Treatment Programme on Alexithymia in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review, 12*, 159-163. doi: 10.1002/erv.566

- Bell, C. G., Walley, A. J., & Froguel, P. (2005). The genetics of human obesity. *Nature Reviews Genetics*, 6, 221-334. doi:10.1038/nrg1556
- Beresnevaite, M. (2000). Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: a preliminary study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 117-122. doi: 10.1159/000012378
- Berghofer, A., Pischon, T., Reinhold, T., Apovian, C. M., Sharma, A. M., & Willich, S. N. (2008). Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *BMC Public Health*, 8, 200-209. doi:10.1186/1471-2458-8-200
- Bernard, H., Burlingame, G. M., Flores, P., Greene, L., Joyce, A., Kobos, J. C., ... Feirman, D. (2008). Clinical practice guidelines for group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(4), 455-542. doi: 10.1521/ijgp.2008.58.4.455
- Berthoud, H. R. (2007). Interactions between the “cognitive” and “metabolic” brain in the control of food intake. *Physiology & Behavior*, 91, 486-498. doi: 10.1016/j.physbeh.2006.12.016
- Blacker, J., Watson, A., & Beech, A. (2008). A combined drama-based and CBT approach to working with self-reported anger aggression. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18, 129-137. doi: 10.1002/cbm
- Blatner, A. (2000). *Foundations of Psychodrama*. New York: Springer Publishing Company.
- Blatner, A. (2007). Meta-theoretical perspectives on psychodrama. In C. Baim, J. Burmeister & M. Maciel (Eds.), *Psychodrama: Advances in Theory and Practice* (pp. 5-19). New York: Routledge.
- Blatner, A., & Cukier, R. (2007). Appendix: Moreno’s basic concepts. In C. Baim, J. Burmeister & M. Maciel (Eds.), *Psychodrama: Advances in Theory and Practice* (pp. 293-306). New York: Routledge.
- Blundell, J. E., Stubbs, R. J., Golding, C., Croden, F., Alam, R., Whybrow, S., ... Lawton, C. L. (2005). Resistance and susceptibility to weight gain: individual variability in response to a high-fat diet. *Physiology & Behavior*, 86, 614-622. doi: 10.1016/j.physbeh.2005.08.052

- Böckerman, P., Johansson, E., Saarni, S. I., & Saarni, S. E. (2013). The Negative Association of Obesity with Subjective Well-Being: Is it All About Health? *Journal of Happiness Studies*. doi: 10.1007/s10902-013-9453-8
- Bohon, C., Stice, E., & Spoor, S. (2009). Female Emotional Eaters Show Abnormalities in Consummatory and Anticipatory Food Reward: A Functional Magnetic Resonance Imaging Study. *International Journal of Eating Disorders*, 42(3), 210-221. doi: 10.1002/eat.20615
- Bray, G. (1996). Leptin and leptinomania. *The Lancet*, 348(9021), 140-141. doi: 10.1016/S0140-6736(05)66103-X
- Brown, K., Bryant, E. J., Naslund, E., King, N. A., & Blundell, J. E. (2006). Traits that promote weight gain in obesity, bulimia nervosa and EDNOS. *Obesity Reviews*, 7(S2), 330. doi: 10.1111/j.1467-7881.2006.00283_7.x
- Bruch, H. (1961). Psychological aspects in overeating and obesity. *Psychosomatics*, 5, 269-274.
- Bryant, E. J., Kiezerbrink, K., King, N. A., & Blundell, J. E. (2010). Interaction between Disinhibition and restraint: Implications for body weight and eating disturbance. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 15(1-2), 43-51. doi: 10.1007/BF03325279
- Bryant, E. J., King, N. A., & Blundell, J. E. (2007). Disinhibition: its effects on appetite and weight regulation. *Obesity reviews*, 9, 409-419. doi: 10.1111/j.1467-789X.2007.00426.x
- Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: how is it done? *Qualitative Research*, 6(1), 97-113. doi: 10.1177/1468794106058877
- Buckroyd, J., & Rother, S. (2007). *Therapeutic Groups for Obese Women: a group leader's handbook*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Buckroyd, J., & Rother, S. (2008). Psychological group treatment for obese women. In J. Buckroyd & S. Rother (Eds.), *Psychological responses to eating disorders an obesity* (pp. 103-120). UK: Willey.
- Buckroyd, J., Rother, S., & Stott, D. (2006). Weight loss as a primary objective of therapeutic groups for obese women: two preliminary studies. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34(2), 245-265. doi: 10.1080/03069880600583303

- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 32(1), 72-78. doi: 10.1002/eat.10072
- Burke, L. E., & Wang, J. (2011). Treatment Strategies for Overweight and Obesity. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(4), 368-375. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01424.x
- Burlingame, G. M., Fuhriman, A., & Johnson, J. (2004). Process and outcome in group counseling and psychotherapy: A Perspective. In J. De Lucia-Waack, D. Gerrity, C. Kalodner & M. Riva (Eds.), *Handbook of group counseling and psychotherapy* (pp. 49-61). Thousand Oaks: Sage.
- Burlingame, G. M., Fuhriman, A., & Mosier, J. (2003). The Differential Effectiveness of Group Psychotherapy: A Meta-Analytic Perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 3-12. doi: 10.1037/1089-2699.7.1.3
- Caballero, B. (2007). The global epidemic of obesity: an overview. *Epidemiologic Reviews*, 29, 1-5. doi: 10.1093/epirev/mxm012
- Cameron, J. D., Goldfield, G. S., Cyr, M.-J., & Doucet, E. (2008). The effects of prolonged caloric restriction leading to weight-loss on food hedonics and reinforcement. *Physiology & Behavior*, 94, 474-480. doi: 10.1016/j.physbeh.2008.02.014
- Canetti, L., Bachar, E., & Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioural Processes*, 60, 157-164. doi: 10.1016/S0376-6357(02)00082-7
- Carano, A., Berardis, D., Gambi, F., Paolo, C. D., Campanella, D., Pelusi, L., . . . Ferro, F. M. (2006). Alexithymia and Body Image in Adult Outpatients with Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders* 39(4), 332-340. doi: 10.1002/eat
- Carbonell, D. M., & Partelano-Barehmi, C. (1999). Psychodrama groups for girls coping with trauma. *International Journal of Group Psychotherapy*, 49(3), 285-306.
- Carmo, I., Carreira, M., Almeida, M. D., Gomes, L., Almeida Ruas, M., Lima Reis, J. P., ... Galvão-Teles, A. (2000). Prevalence of obesity in Portuguese population. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, S1-S198.

- Carmo, I., dos Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., ... Galvão-Teles, A. (2006). Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity Reviews*, 7, 233-237. doi: 10.1111/j.1467-789X.2006.00243.x
- Carmo, I., dos Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., ... Galvão-Teles, A. (2008). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003–2005. *Obesity reviews* 9, 11-19. doi: 10.1111/j.1467-789X.2007.00422.x
- Carneiro, B. V., & Yoshida, E. M. P. (2009). Alexitimia: Uma Revisão do Conceito. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 103-108.
- Carraça, E. V., Silva, M. N., Markland, D., Vieira, P. N., Minderico, C. S., Sardinha, L. B., & Teixeira, P. J. (2011). Body image change and improved eating selfregulation in a weight management intervention in women. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 75-86. doi: 10.1186/1479-5868-8-75
- Carter, F. A., & Jansen, A. (2012). Improving psychological treatment for obesity. Which eating behaviours should we target? *Appetite*, 58, 1063-1069. doi: 10.1016/j.appet.2012.01.016
- Casey, A. (2001). Psychodrama: applied role theory in psychotherapeutic interventions. *Journal of Heart-Centered Therapies*, 4(1), 67-84.
- Castonguay, L. G. (2011). Psychotherapy, psychopathology, research and practice: Pathways of connections and integration. *Psychotherapy Research*, 21(2), 125-140. doi: 10.1080/10503307.2011.563250
- Castonguay, L. G. (2013). Psychotherapy Outcome: An Issue Worth Re-Revisiting 50 Years Later. *Psychotherapy*, 50(1), 52-67. doi: 10.1037/a0030898
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Zack, S. E., Baker, S., Boutsellis, M. A., Chiswick, N. R., ... Holtforth, M. G. (2010). Helpful and hindering events in psychotherapy: a practice research network study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 47(3), 327-344. doi: 10.1037/a0021164
- Ciano, R., Rocco, P. L., Angarano, A., Biasin, E., & Balestrier, M. (2002). Group-Analytic and Psychoeducational Therapies for Binge-Eating Disorder: An Exploratory Study of Efficacy and Persistence of Effects. *Psychotherapy Research*, 12(2), 231-239. doi: 10.1080/713664282

- Clyne, C., & Blampied, N. M. (2004). Training in emotion regulation as a treatment for binge eating: A preliminary study. *Behaviour Change*, 21, 269-281. doi: 10.1375/bech.21.4.269.66105
- Cochrane, C. E., Brewerton, T. D., Wilson, D. B., & Hodges, E. L. (1993). Alexithymia in the Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 219-222. doi: 10.1002/1098-108X(199309)14:2<219::AID-EAT2260140212>3.0.CO;2-G
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). New York: Academic Press.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- Colles, S. L., Dixon, J. B., & O'Brien, P. E. (2008). Grazing and Loss of Control Related to Eating: Two High-risk Factors Following Bariatric Surgery. *Obesity*, 16, 615-622. doi: 10.1038/oby.2007.101
- Colombo, O., Ferretti, V. V., Ferraris, C., Trentani, C., Vinai, P., Villani, S., & Tagliabue, A. (2014). Is drop-out from obesity treatment a predictable and preventable event? *Nutrition Journal*, 13:13. doi: 10.1186/1475-2891-13-13
- Compare, A., Calugi, S., Marchesini, G., Molinari, E., & Dalle Grave, R. (2013). Emotion-Focused Therapy and Dietary Counseling for Obese Patients with Binge Eating Disorder: A Propensity Score-Adjusted Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 193-194. doi: 10.1159/000343209
- Connelly, M., & Denney, D. R. (2007). Regulation of emotions during experimental stress in alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 649- 656. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.12.008
- Coombs, M. M., Coleman, D., & Jones, E. E. (2002). Working with feelings: the importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 39(3), 233-244. doi: 10.1037/0033-3204.39.3.233
- Cooper, Z., Doll, H. A., Hawker, D. M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., . . . Fairburn, C. G. (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A

- randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy* 48(8), 706-713. doi: 10.1016/j.brat.2010.03.008
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 499-511. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00065-6
- Corey, G. (2012). *Theory and Practice of Group Counseling* (Eighth ed.). USA: Brooks/Cole, Cengage Learning.
- Corsica, J., & Perri, M. (2003). Obesity. In A. Nezu, C. Nezu & A. Geller (Eds.), *Handbook of psychology: vol. 9 Health Psychology* (pp. 121-144). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Corstorphine, E. (2006). Cognitive–Emotional–Behavioural Therapy for the Eating Disorders: Working with Beliefs about Emotions. *European Eating Disorders Review*, 14, 448-461. doi: 10.1002/erv.747
- Costa, E. M. S., Antonio, R., Soares, M. B. M., & Moreno, R. A. (2006). Psychodramatic psychotherapy combined with pharmacotherapy in major depressive disorder: an open and naturalistic study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 40-43. doi: 10.1590/S1516-44462006000100009
- Cota, D., Tschop, M. H., Horvath, T. L., & Levine, A. S. (2006). Cannabinoids, opioids and eating behavior: the molecular face of hedonism? *Brain Research Reviews*, 51, Brain Research Reviews85-107. doi: 10.1016/j.brainresrev.2005.10.004
- Cresci, B., Tesi, F., La Ferlita, T., Ricca, V., Ravaldi, C., Rotella, C. M., & Mannucci, E. (2007). Group versus individual cognitive-behavioral treatment for obesity: results after 36 months. *Eating Weight Disorders*, 12(4), 147-153.
- Cruz, A. S., Sales, C. M. D., Moita, G., & Alves, P. C. G. (2012). What is helpful and hindering about psychodrama from clients' point of view: A preliminary study. Paper presented at the 3rd join meeting of the Society of Psychotherapy Research and UK chapters, Porto.
- Dalle Grave, R., Todisco, P., Oliosi, M., & Marchi, S. (1996). Binge eating disorder and weight cycling in obese women. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 4(1), 67-73. doi: 10.1080/10640269608250077

- Damásio, A. (2000). *O sentimento de si. O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência* (10ª ed.). Lisboa: Publicações Europa-América.
- Damásio, A., & Carvalho, G. B. (2013). The nature of feelings: evolutionary and neurobiological origins. *Nature Reviews Neuroscience*, *14*, 143-152. doi: 10.1038/nrn3403
- Damásio, A. R. (2001). Emotion and the Human Brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *935*, 101-106. doi: 10.1111/j.1749-6632.2001.tb03475.x
- Davelaar, P. M., Araujo, F. S., & Kipper, D. (2008). The Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R): Relationship to goal orientation, motivation, perceived self-efficacy, and self-esteem. *The Arts in Psychotherapy*, *35*(2), 117-128. doi: 10.1016/j.aip.2008.01.003
- Dayton, T. (2003). Psychodrama and the treatment of addiction and trauma in women. In J. Gershoni (Ed.), *Psychodrama in the 21 century: Clinical and educational applications* (pp. 175-196). New York: Springer Publishing Company.
- de Castro, J. M., & Lilenfeld, L. R. (2005). Influence of heredity on dietary restraint, disinhibition, and perceived hunger in humans. *Nutrition*, *21*, 446-455. doi: 10.1016/j.nut.2004.07.010
- De Chouly De Lenclave, M. B., Florequin, C., & Bailly, D. (2001). Obesity, alexithymia, psychopathology and binge eating: a comparative study of 40 obese patients and 32 controls. *Encephale*, *27*(4), 343-350.
- de Groot, J. M., Rodin, G., & Olmsted, M. P. (1995). Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, *36*(1), 53-60. doi: 10.1016/0010-440X(95)90099-H
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. (2006). Conceptualizing changes in behavior in intervention research: The range of possible changes model. *Psychology Review*, *113*(3), 554-583. doi: 10.1037/0033-295X.113.3.554
- de Panfilis, C., Cero, S., Dall'Aglio, E., Salvatore, P., Torre, M., & Maggini, C. (2007). Psychopathological predictors of compliance and outcome in weight-loss obesity treatment. *Acta Biomedica*, *78*, 22-28.
- de Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, *25*(Suppl 1), S51-S55.

- de Zwaan, M., Bach, M., Mitchell, J. E., Ackard, D., Specker, S. M., Pyle, R. L., & Pakesch, G. (1995). Alexithymia, obesity, and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *17*, 135-140. doi: 10.1002/1098-108X(199503)17:2<135::AID-EAT2260170205>3.0.CO;2-7
- de Zwaan, M., Mitchell, J. E., Howell, L., Monson, N., Swan-Kremeier, L., Crosby, R. D., & Seim, H. C. (2003). Characteristics of morbidly obese patients before gastric bypass surgery. *Comprehensive Psychiatry*, *44*(5), 428-434. doi: 10.1016/S0010-440X(03)00092-0
- Desai, R. A., Manley, M., Desai, M. M., & Potenza, M. N. (2009). Gender differences in the association between body mass index and psychopathology. *CNS spectrums*, *14*(7), 372-383.
- Devling, M., Walsh, B., Spitzer, R., & Hasin, D. (1992). Is there another binge eating disorder? A review of the literature on overeating in the absence of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *11*, 333-340. doi: 10.1002/1098-108X(199205)11:4<333::AID-EAT2260110407>3.0.CO;2-K
- Diamond-Raab, L., & Orrell-Valente, J. K. (2002). Art therapy, psychodrama, and verbal therapy: An integrative model of group therapy in the treatment of adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *11*(2), 343-364.
- Dierk, J.-M., Conradt, M., Rauh, E., Schlumberger, P., Hebebrand, J., & Rief, W. (2006). What determines well-being in obesity? Associations with BMI, social skills, and social support. *Journal of Psychosomatic Research* *60*, 219- 227. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.06.083
- Dingemans, A. E., & van Furth, E. F. (2012). Binge eating disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. *International Journal of Eating Disorders*, *45*, 135-138. doi: 10.1002/eat.20905
- Donato, A., Osorio, M. G., Paschoal, P., & Marum, R. (2004). *Obesidade*. In S. R. Busse (Ed.), *Anorexia, Bulimia e Obesidade* (pp. 329-365). São Paulo: Editora Manole.
- Eizaguirre, A. E., Cabezón, A. O. S., Alda, I. O., Olariaga, L. s. J., & Juaniz, M. (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences*, *36*(2), 321-331. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00099-0

- Ekman, P. (1992). Are there basic emotions? *Psychological Review*, 99(3), 550-553.
- Ekman, P. (1994). All emotions are basic. In P. Ekman & R. Davidson (Eds.), *The nature of emotion* (pp. 15-19). Oxford: Oxford University Press.
- Eknoyan, G. (2006). A History of Obesity, or How What Was Good Became Ugly and Then Bad. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 13(4), 421-427. doi: 10.1053/j.ackd.2006.07.002
- Elakkary, E., Elhorr, A., Aziz, F., Gazayerli, M. M., & Silva, Y. J. (2006). Do Support Groups Play a Role in Weight Loss after Laparoscopic Adjustable Gastric Banding? *Obesity Surgery*, 16(3), 331-334. doi: 10.1381/096089206776116499
- Eldar, S., Heneghan, H. M., Brethauer, S. A., & Schauer, P. R. (2011). Bariatric surgery for treatment of obesity. *International Journal of Obesity*, 35(3), S16-S21. doi: 10.1038/ijo.2011.142
- Elfhag, K., & Lundh, L.-G. (2007). TAS-20 alexithymia in obesity, and its links to personality. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 391-398. doi: 10.1111/j.1467-9450.2007.00583.x
- Elfhag, K., & Rössner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*, 6(1), 67-85. doi: 10.1111/j.1467-789X.2005.00170.x
- Elliott, R. (1985). Helpful and Nonhelpful Events in Brief Counseling Interviews: An Empirical Taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32(3), 307-322. doi: 10.1037/0022-0167.32.3.307
- Elliott, R. (1988). Helpful aspects of experiential therapy content analysis system (HAETCAS): Rating manual. Unpublished manuscript. Department of Psychology. University of Toledo.
- Elliott, R. (1993). Helpful aspects of therapy form. Retrieved from <http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/hat.pdf>
- Elliott, R. (2002). Hermeneutic single case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12(1), 1-21. doi: 10.1080/713869614
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135. doi: 10.1080/10503300903470743

- Elliott, R. (2012). Qualitative Methods for Studying Psychotherapy Change Process. In A. Thompson & D. Harper (Eds.), *Qualitative research methods in mental health & psychotherapy: An introduction for students & practitioners* (pp. 69-81). Chichester, UK: Wiley-Blackwells.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 493-539). New York: Wiley.
- Elliott, R., James, E., Reimschuessel, C., Cislo, D., & Sack, N. (1985). Significant events and the analysis of immediate therapeutic impacts. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 22(3), 620-630. doi: 10.1037/h0085548
- Elliott, R., Mack, C., & Shapiro, D. (1999). Simplified Personal Questionnaire Procedure, Retrieved from <http://www.experientialresearchers.org/instruments.html#PQ>
- Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). *Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies*. In J. Frommer & D. L. Rennie (Eds.), *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology* (pp. 69-111). Lengerich, Germany: Pabst Science.
- Elliott, R., & Timulak, L. (2005). Descriptive and interpretive approaches to qualitative reserach. In J. Miles & P. Gilbert (Eds.), *A Handbook of Research Methods for Clinical & Health Psychology* (pp. 147-159). Oxford: Oxford University Press.
- Elliott, R., & Zucconi, A. (2006). Doing Research on the Effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training: A person-centered/experiential perspective. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5(2), 81-100. doi: 10.1080/14779757.2006.9688398
- Epstein, L. H., Lin, H., Carr, K. A., & Fletcher, K. D. (2012). Food reinforcement and obesity: Psychological Moderators. *Appetite*, 58(1), 157-162. doi: 10.1016/j.appet.2011.09.025
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 51-60. doi: 10.1192/bjp.180.1.51

- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., & McGrath, G. (2000). CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health, 9*, 247-255. doi: 10.1080/09638230050073400
- Evers, C., Stok, F. M., & de Ridder, D. T. D. (2010). Feeding Your Feelings: Emotion Regulation Strategies and Emotional Eating. *Personality and Social Psychology Bulletin, 36*(6), 792-804. doi: 10.1177/0146167210371383
- Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*(5), 319-324. doi: 10.1037/h0063633
- Fabricatore, A. N., & Wadden, T. A. (2004). Psychological Aspects of Obesity. *Clinics in Dermatology, 22*(4), 332-337. doi: 10.1016/j.clindermatol.2004.01.006
- Fairburn, C. G. (2008). Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioural therapy. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 7-22). New York: The Guilford Press.
- 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. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.03.011
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191. doi: 10.3758/BF03193146
- Feijó, F. M., Bertoluci, M. C., & Reis, C. (2011). Serotonina e controle hipotalâmico da fome: uma revisão. *Revista da Associação Médica Brasileira, 57*(1), 74-77.
- Fernandes, N., & Tomé, R. (2001). Alexitimia. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 3*(2), 97-115.
- Fernández, J. R., & Goldstein, D. J. (2005). Genetics and Potential Treatments of Obesity. In D. J. Goldstein (Ed.), *The Management of Eating Disorders and Obesity* (Second ed., pp. 293-306). Totowa, NJ: Humana Press Inc.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (4th ed.). London: Sage.

- Fischer, S., Chen, E., Katterman, S., Roerhig, M., Bochierrri-Ricciardi, L., Munoz, D., . . . Grange, D. (2007). Emotional eating in a morbidly obese bariatric surgery-seeking population. *Obesity Surgery, 17*, 778-784.
- Fitzgibbon, M. L., Stolley, M. R., & Kirschenbaum, D. S. (1993). Obese People Who Seek Treatment Have Different Characteristics Than Those Who Do Not Seek Treatment. *Health Psychology, 12*(5), 342-345. doi: 10.1037/0278-6133.12.5.342
- Fong, J. (2006). Psychodrama as a Preventive Measure: Teenage Girls Confronting Violence. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry, 59*(3), 99-108. doi: 10.3200/JGPP.59.3.99-108
- Fox, J. R. E., & Power, M. J. (2009). Eating Disorders and Multi-Level Models of Emotion: An Integrated Model. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 16*(4), 240-267. doi: 10.1002/cpp.626
- Freitas, S., Lopes, C., Coutinho, W., & Appolinario, J. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 23*, 215-220.
- French, S. A., Epstein, L. H., Jeffery, R. W., Blundell, J. E., & Wardle, J. (2012). Eating behavior dimensions. Associations with energy intake and body weight. A review. *Appetite, 59*, 541-549. doi: 10.1016/j.appet.2012.07.001
- Freund, A. M., & Hennecke, M. (2012). Changing eating behaviour vs. losing weight: The role of goal focus for weight loss in overweight women. *Psychology & Health, 27*(2), 25-42. doi: 10.1080/08870446.2011.570867
- Frewen, P. A., Dozois, D. J. A., Neufeld, R. W. J., & Lanius, R. A. (2008). Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress 21*, 243-246. doi: 10.1002/jts.20320
- Friedenberg, J., & Silverman, G. (2012). The Emotional Approach: Mind as Emotion. In J. Friedenberg & G. Silverman (Eds.), *Cognitive Science: An Introduction to the Study of Mind* (Second ed., pp. 299-321). Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.
- Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (1995). Psychological Correlates of Obesity: Moving to the Nrx Research Generation. *Psychological Bulletin, 117*(1), 3-20. doi: 10.1037/0033-2909.117.1.3

- Frijda, N. H. (2008). *The Psychologists' Point of View*. In M. Lewis, J. Haviland-Jones & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of Emotions* (third ed., pp. 68-87). New York: The Guilford Press.
- Fuhriman, A., & Burlingame, G. M. (2000). Group Therapy. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of Psychology* (Vol. 4, pp. 31-35). New York: Oxford University Press.
- Fukunishi, I., & Kaji, N. (1997). Externally oriented thinking of obese men and women. *Psychological Reports, 80*, 219-224. doi: 10.2466/pr0.1997.80.1.219
- Ganley, R. (1989). Emotion and eating in obesity. A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, 8*(3), 343-361. doi: 10.1002/1098-108X(198905)8:3<343::AID-EAT2260080310>3.0.CO;2-C
- Gatta, M., Lara, D. Z., Lara, D. C., Andrea, S., Paolo, T. C., Giovanni, C., . . . PierAntonio, B. (2010). Analytical psychodrama with adolescents suffering from psycho-behavioral disorder: Short-term effects on psychiatric symptoms. *The Arts in Psychotherapy 37*, 240-247. doi: 10.1016/j.aip.2010.04.010
- Geliebter, A., & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors, 3*, 341-347.
- Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with Binge Eating Disorder. *Eating Behaviors, 14*(3), 309-313. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.05.008
- Gillman, M. W., Rifas-Shiman, S., Berkey, C. S., Field, A. E., & Colditz, G. A. (2003). Maternal gestational diabetes, birth weight, and adolescent obesity. *Pediatrics, 111*, 221-226. doi: 10.1542/peds.111.3.e221
- Glisenti, K., & Strodl, E. (2012). Cognitive Behavior Therapy and Dialectical Behavior Therapy for Treating Obese Emotional Eaters. *Clinical Case Studies, 11*(2), 71-88. doi: 10.1177/1534650112441701
- Gluck, M. E., Geliebter, A., Hung, J., & Yahav, E. (2004). Cortisol, hunger, and desire to binge eat following a cold stress test in obese women with binge eating disorder. *Psychosomatic Medicine, 66*, 876-881. doi: 10.1097/01.psy.0000143637.63508.47
- Goldbacher, E. M., Grunwald, H. E., LaGrotte, C. A., Klotz, A. A., Oliver, T. L., Musliner, K. L., ... Foster, G. D. (2012). Factor structure of the Emotional Eating Scale in

- overweight and obese adults seeking treatment. *Appetite*, 59, 610-615. doi: 10.1016/j.appet.2012.04.005
- Goldfield, G. S., & Lumb, A. (2009). Effects of Dietary Restraint and Body Mass Index on the Relative Reinforcing Value of Snack Food. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 17, 46-62. doi: 10.1080/10640260802570106
- Goldschmidt, A. B., Crosby, R. D., Engel, S. G., Crow, S. J., Cao, L., Peterson, C. B., & Durkin, N. (2014). Affect and Eating Behavior in Obese Adults with and without Elevated Depression Symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 281-286. doi: 10.1002/eat.22188
- Gonçalves, C., Wolff, J., & Almeida, W. (1988). *Lições de psicodrama: Introdução ao pensamento de J.L.Moreno* (7ª ed.). São Paulo: Ágora.
- Gonzalez, A. J. (2012). Das relações entre espontaneidade, saúde e doença. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 20(2), 39-51.
- Gordon-Larsen, P., Adair, L. S., & Popkin, B. M. (2003). The relationship of ethnicity, socioeconomic factors, and overweight in US adolescents. *Obesity Research*, 11, 121-129. doi: 10.1038/oby.2003.20
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviour*, 7, 47-55. doi: 10.1016/0306-4603(82)90024-7
- Grabe, H. J., Frommer, J., Ankerhold, A., Ulrich, C., Gröger, R., Franke, G. H., . . . Spitzer, C. (2008). Alexithymia and Outcome in Psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 189-194. doi: 10.1159/000119739
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2008). The clinical application of emotion in psychotherapy. In M. Lewis, J. Haviland-Jones & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of Emotions* (Third ed., pp. 88-101). New York: The Guildford Press.

- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-Focused Therapy: A Clinical Synthesis. *FOCUS: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, VIII* (1), 32-42.
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in Psychotherapy: A Practice-Friendly Research Review. *Journal of Clinical Psychology, 62*(5), 611-630. doi: 10.1002/jclp.20252
- Greenberg, L. S., & Pinsof, W. (1986). *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*. New York: Guilford Press.
- Gross, J. J. (1998a). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*, 271-299. doi: 10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gross, J. J. (1998b). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 224-237. doi: 10.1037/0022-3514.74.1.224
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, Present and Future. *Cognition and emotion, 13*(5), 551-573.
- Gross, J. J. (2008). *Emotion Regulation*. In M. Lewis, J. Haviland-Jones & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of Emotions* (third ed., pp. 497-512). New York The Guilford Press.
- Gross, J. J. (2008). Emotion Regulation. In M. Lewis, J. Haviland-Jones & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of Emotions* (Third ed., pp. 497-512). New York: The Guildford Press.
- Gross, J. J., & John, O. P. (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. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Guerra, M. P., & Lima, L. (2014). História e Evolução dos Processos de Grupo. In M. P. Guerra, L. Lima & S. Torres (Eds.), *Intervir em Grupos na Saúde: 2ª Edição Revista e Aumentada* (pp. 15-62). Lisboa: Climepsi Editores.
- Guerra, M. P., Lima, L., Torres, S., & Vieira, F. M. (2014). Abordagens Teóricas na Intervenção Psicológica em Grupo. In M. P. Guerra, L. Lima & S. Torres (Eds.), *Intervir em Grupos na Saúde: 2ª Edição Revista e Aumentada* (pp. 63-125). Lisboa: Climepsi Editores.

- Guimarães, J., Rodrigues, D., Campos, M., Melo, M., Bastos, M., Milheiro, A., . . .
Carvalho, M. (2006). Factores preditivos da perda de peso após cirurgia
bariátrica. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 2, 7-
11.
- Halford, J. C. G. (2006). Psicobiologia do apetite: a regulação episódica do
comportamento alimentar. In M.A. Nunes, J.C. Appolinário, A.L. Galvão & W.
Coutinho (Eds.), *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 17-29). Porto Alegre:
Artmed.
- Hamamci, Z. (2006). Integrating psychodrama and cognitive behavioral therapy to treat
moderate depression. *The Arts in Psychotherapy* 33, 199-207. doi:
10.1016/j.aip.2006.02.001
- Hamann, S. (2012). Mapping discrete and dimensional emotions onto the brain:
controversies and consensus. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(9), 458-466. doi:
10.1016/j.tics.2012.07.006
- Hanson, W. E., Creswell, J. W., Plano Clark, V. L., Petska, K. P., & Creswell, J. D. (2005).
Mixed methods research designs in counseling psychology. *Journal of Counseling
Psychology*, 52(2), 224-235. doi: 10.1037/0022-0167.52.2.224
- Haverkamp, B. E., Morrow, S. L., & Ponterotto, J. G. (2005). A time and place for
qualitative and mixed methods in counseling psychology research. *Journal of
Counseling Psychology*, 52(2), 123-125. doi: 10.1037/0022-0167.52.2.123
- Haworth, C. M., Plomin, R., Carnell, S., & Wardle, J. (2008). Childhood obesity: genetic
and environmental overlap with normal-range BMI. *Obesity Research*, 16(7), 1585-
1590. doi:10.1038/oby.2008.240
- Henton, I. (2012). Practice-based research and counselling psychology: A critical review
and proposal. *Counselling Psychology Review*, 27(3), 11-28.
- Herman, C., & Polivy, J. (1980). Restrained eating. In A. Stunkard (Ed.), *Obesity* (pp. 208-
225). Philadelphia: Saunders.
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A. M., Langkafel, M., Senf, W., & Hebebrand, J. (2003).
Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review.
International Journal of Obesity, 27, 1300-1314. doi: 10.1038/sj.ijo.0802410

- Hildebrandt, S. E. (1998). Effects of Participation in Bariatric Support Group After Roux-en-Y Gastric Bypass. *Obesity Surgery*, 8(5), 535-542. doi: 10.1381/096089298765554115
- Hill, A. J. (2007). Obesity and eating disorders. *Obesity Reviews*, 8, 151-155.
- Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy process and outcomes. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 84-135). New York: Wiley.
- Holmes, S. E., & Kivlighan, D. M. (2000). Comparison of Therapeutic Factors in Group and Individual Treatment Processes. *Journal of Counseling Psychology*, 47(4), 478-484. doi: 10.1037/W022-OI67.47.4.478
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Laukkanen, E., Lehtonen, J., & Viinamaki, H. (2001). Alexithymia and Depression: A Prospective Study of Patients With Major Depressive Disorder. *Psychosomatics*, 42(3), 229-234. doi: 10.1176/appi.psy.42.3.229
- Huberts, J. C. W., Evers, C., & Ridder, D. T. D. (2013). Double trouble: restrained eaters do not eat less and feel worse. *Psychology & Health*, 28(6), 686-700. doi: 10.1080/08870446.2012.751106
- Iacovino, J. M., Gredysa, D. M., Altman, M., & Wilfley, D. E. (2012). Psychological Treatments for Binge Eating Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 432-446. doi: 10.1007/s11920-012-0277-8
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. E. (2007). Basic emotions, natural kinds, emotion schemas, and a new paradigm. *Personnel Psychology*, 2, 260-280.
- Izard, C. E. (2010). The Many Meanings/Aspects of Emotion: Definitions, Functions, Activation, and Regulation. *Emotion Review*, 2(4), 363-370. doi: 10.1177/1754073910374661
- Izard, C. E. (2009). Emotion Theory and Research: Highlights, Unanswered Questions, and Emerging Issues. *Annual Review of Psychology*, 60, 1-25. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163539

- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., & McGlinchey, J. B. (1999). Methods for Defining and Determining the Clinical Significance of Treatment Effects: Description, Application, and Alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(3), 300-307.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Denning Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.
- James, W. (1884). What is an Emotion? *Mind, 9*(34), 188-205.
- Jay, S. (1992). Eating feelings: working with women who have bulimia. *Journal of the British Psychodrama Association, 7*(2), 5-8.
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher, 33*(7), 14-26. doi: 10.3102/0013189X033007014
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research, 1*(2), 112-133. doi: 10.1177/1558689806298224
- Kalarchian, M., Marcus, M., Wilson, T., Labouvie, E., Brolin, R., & LaMarca, L. (2002). Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. *Obesity Surgery, 12*, 270-275.
- Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Levine, M. D., Courcoulas, A. P., Pilkonis, P. A., Ringham, R. M., ... Rofey, D. L. (2007). Psychiatric disorder among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *American Journal of Psychiatry, 164*, 328-334. doi:10.1176/appi.ajp.164.2.328
- Kattermana, S. N., Kleinmanb, B. M., Hooda, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors, 15*, 197-204. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.01.005
- Kelder, S. H., Perry, C. L., Klepp, K. I., & Lytle, L. L. (1994). Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviors. *American Journal of Public Health, 84*(7), 1121-1126.

- Kellermann, P. F. (1987). Psychodrama Participants' Perception of Therapeutic Factors. *Small Group Research, 18*(3), 408-419. doi: 10.1177/104649648701800307
- Kellermann, P. F., & Hudgins, M. K. (2000). Psychodrama with trauma survivors: acting out your pain. London: Jessica Kingsley.
- Kemp, E., Bui, M., & Grier, S. (2013). When food is more than nutrition: Understanding emotional eating and overconsumption. *Journal of Consumer Behaviour, 12*(3), 204-213. doi: 10.1002/cb.1413
- Kendall, P. C., Holmbeck, G., & Verduin, T. (2004). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 16-43). New York: Wiley.
- Kendall, P. C., Marrs-Garcia, A., Nath, S. R., & Sheldrick, R. C. (1999). Normative Comparisons for the Evaluation of Clinical Significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(3), 285-299. doi: 10.1037/0022-006X.67.3.285
- Kenny, P. J. (2011). Reward Mechanisms in Obesity: New Insights and Future Directions. *Neuron, 69*(24), 664-679. doi: 10.1016/j.neuron.2011.02.016
- Kim, K. W. (2003). The Effects of Being the Protagonist in Psychodrama. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry, 55*(4), 115-127.
- Kinzl, J. F., Trefalt, E., Fiala, M., & Biebl, W. (2002). Psychotherapeutic Treatment of Morbidly Obese Patients after Gastric Banding. *Obesity Surgery, 12*, 292-294.
- Kipper, D. (1996). The development of warmth and trust in psychodrama training group: A cross-cultural study with sociometry. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry, 49*, 10-23.
- Kipper, D., & Hundal, J. (2003). A survey of clinical reports on the application of Psychorama. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry, 55*(4), 141-157.
- Kipper, D., & Hundal, J. (2005). The Spontaneity Assessment Inventory: The Relationship Between Spontaneity and Nonspontaneity. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry, 58*(3), 119-129.

- Kipper, D., & Ritchie, T. (2003). The effectiveness of psychodrama techniques: a meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 13-25. doi: 10.1037/1089-2699.7.1.13
- Kipper, D., & Shemer, H. (2006). The Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R): Spontaneity, Well-Being, and Stress. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry* 59(3), 127-136.
- Kivlighan, D. M. (2011). Individual and Group Perceptions of Therapeutic Factors and Session Evaluation: An Actor–Partner Interdependence Analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 15(2), 147-160. doi: 10.1037/a0022397
- Kivlighan, D. M. (2014). Three Important Clinical Processes in Individual and Group Interpersonal Psychotherapy Sessions. *Psychotherapy*. 51(1), Mar 2014, 20-24. doi: 10.1037/a0032162
- Kivlighan, D. M., & Holmes, S. E. (2004). The Importance of Therapeutic Factors: A Typology of Therapeutic Factors Studies. In J. De Lucia-Waack, D. Gerrity, C. Kalodner & M. Riva (Eds.), *Handbook of group counseling and psychotherapy* (pp. 23-36). Thousand Oaks: Sage.
- Kivlighan, D. M., & Mullison, D. (1988). Participants' Perception of Therapeutic Factors in Group Counseling. *Small Group Research*, 19(4), 452-468. doi: 10.1177/104649648801900403
- Kivlighan, D. M., Multon, K. D., & Brossart, D. F. (1996). Helpful Impacts in Group Counseling: Development of a Multidimensional Rating System. *Journal of Counseling Psychology*, 43(3), 347-355.
- Kofman, M. D., Lent, M. R., & Swencionis, C. (2010). Maladaptive eating patterns, quality of life, and weight outcomes following gastric bypass: results of an Internet survey. *Obesity*, 18(10), 1938-1943. doi: 10.1038/oby.2010.27
- Koole, S. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion*, 23, 4-41. doi: 10.1080/02699930802619031
- Kotler, L. A., Boudreau, G. S., & Devlin, M. J. (2003). Emerging psychotherapies for eating disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(6), 431-441.

- Kringelbach, M. L. (2007). Emotion, feelings and hedonics in the human brain. In H. Wulff (Ed.), *The Emotions: a cultural reader* (pp. 37-60). Oxford: Berg Publishers.
- Lajunen, H. R., Kaprio, J., Keski-Rahkonen, A., Rose, R. J., Pulkkinen, L., Rissanen, A., & Silventoinen, K. (2009). Genetic and environmental effects on body mass index during adolescence: a prospective study among Finnish twins. *International Journal of Obesity*, 33(5), 559-567. doi:10.1038/ijo.2009.51
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lapidoth, J., Ghaderi, A., & Norring, C. (2008). A comparison of eating disorders among patients receiving surgical vs non-surgical weight-loss treatments. *Obesity Surgery*, 18, 715-720. doi: 10.1007/s11695-007-9250-8
- Larsen, J. K., Ramshorst, B., Geenen, R., Brand, N., Stroebe, W., & Doornen, L. J. (2004). Binge eating and its relationship to outcome after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obesity Surgery*, 14, 1111-1117.
- Larsen, J. K., van Strien, T., Eisinga, R., & Engels, R. C. M. E. (2006). Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 237-243. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.07.006
- Larsen, R. J. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11, 129-141. doi: 10.1207/S15327965PLI1103_01
- Leahey, T. M., Crowther, J. H., & Irwin, S. R. (2008). A Cognitive-Behavioral Mindfulness Group Therapy Intervention for the Treatment of Binge Eating in Bariatric Surgery Patients. *Cognitive and Behavioral Practice* 15, 364-375. doi: 10.1016/j.cbpra.2008.01.004
- Lee, L., & Shapiro, C. M. (2003). Psychological manifestations of obesity. *Journal of Psychosomatic Research* 55, 477-479. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00044-8
- Levens, M. (1994). Art therapy and psychodrama with eating disordered patients: the use of concrete metaphors for the body. In D. Dokter (Ed.), *Arts therapies and clients with eating disorders: fragile board* (pp. 159-175). London: Jessica Kingsley Publishers.

- Levitan, R. D., & Davis, C. (2010). Emotions and Eating Behaviour: Implications for the Current Obesity Epidemic. *University of Toronto Quarterly*, 79(2), 783-799. doi: 10.3138/utq.79.2.783
- Li, M., & Cheung, B. M. (2009). Pharmacotherapy for obesity. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 68(6), 804-810. doi: 10.1111/j.1365-2125.2009.03453.x
- Li, Z., Maglione, M., Tu, W., Mojica, W., Arterburn, D., Shugarman, L. R., ... Morton, S. C. (2005). Meta-analysis: Pharmacologic treatment of obesity. *Annals of Internal Medicine*, 142(7), 532-346.
- Lin, H.-Y., Huang, C.-K., Tai, C.-M., Lin, H.-Y., Yu-Hsi Kao, Tsai, C.-C., ... Yen, Y.-C. (2013). Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry*, 13(1). doi: 10.1186/1471-244X-13-1
- Lindquist, K. A., & Barrett, L. F. (2008). Emotional Complexity. In M. Lewis, J. Haviland-Jones & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of Emotions* (Third ed., pp. 513-530). New York: The Guildford Press.
- Llewelyn, S. P. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology*, 27(3), 223-237. doi: 10.1111/j.2044-8260.1988.tb00779.x
- Llewelyn, S. P., Elliott, R., Shapiro, D. A., Hardy, G., & Firth-Cozens, J. (1988). Client perceptions of significant events in prescriptive and exploratory periods of individual therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 27(2), 105-114. doi: 10.1111/j.2044-8260.1988.tb00758.x
- Lo Presti, R., Lai, J., Hildebrandt, T., & Loeb, K. L. (2010). Psychological Treatments for Obesity in Youth and Adults. *Mount Sinai Journal of Medicine* 77(5), 472-487. doi: 10.1002/msj.20205
- Lowe, M. R., & Butryn, M. L. (2007). Hedonic hunger: a new dimension of appetite? *Physiology & Behavior*, 91, 434-439. doi: 10.1016/j.physbeh.2007.04.006
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., ... Krause, E. D. (2002). The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well-Mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2-12. doi: 10.1093/clipsy.9.1.2
- Lumley, M. A. (2000). Alexithymia and negative emotional conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 51-54. doi: 10.1016/S0022-3999(00)00161-6

- Lumley, M. A., Neely, L. C., & Burger, A. J. (2007). The Assessment of Alexithymia in Medical Settings: Implications for Understanding and Treating Health Problems. *Journal of Personality Assessment*, 89(3), 230-246. doi: 10.1080/00223890701629698
- Lutz, W. (2003). Efficacy, effectiveness and expected treatment response in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 59(7), 745-750. doi: 10.1002/jclp.10169
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50, 1-11. doi: 10.1016/j.appet.2007.07.002
- Macht, M., & Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite*, 35, 65-71. doi: 10.1006/appe.2000.0325
- Mann, T., Tomiyama, J., Westling, E., Lew, A.-M., Samuels, B., & Chatman, J. (2007). Medicare's search for effective obesity treatments: Diets are not the answer. *American Psychologist*, 62, 220-233. doi: 10.1037/0003-066X.62.3.220
- Mannucci, E., Petroni, M. L., Villanova, N., Rotella, C. M., Apolone, G., Marchesini, G., & QUOVADIS, S. G. (2010). Clinical and psychological correlates of health-related quality of life in obese patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8:90. doi: 10.1186/1477-7525-8-90
- Marchesi, C., Brusamonti, E., & Maggini, C. (2000). Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders? *Journal of Psychosomatic Research* 49, 43-49. doi: 10.1016/S0022-3999(00)00084-2
- Marchesini, G., Natale, S., Chierici, S., Manini, R., Besteghi, L., Di Domizio, S., . . . Melchionda, N. (2002). Effects of cognitive-behavioural therapy on health-related quality of life in obese subjects with and without binge eating disorder. *International Journal of Obesity*, 26(9), 1261-1267. doi: 10.1038/sj.ijo.0802073
- Marcus, J., & Elkins, G. (2004). Development of a model for a structured support group for patients following bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 14(1), 103-106.
- Marcus, M. (1993). Binge eating in obesity. In C. Fairburn & G. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, Assessment and Treatment* (pp. 173-205). New York: Guilford Press.

- Marineau, R. (1992). *Jacob Levy Moreno 1889-1974: o pai do psicodrama, da sociometria e da psicoterapia de grupo*. São Paulo: Ágora.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5th ed.). Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Marques-Vidal, P., & Dias, C. M. (2005). Trends in Overweight and Obesity in Portugal: The National Health Surveys 1995–6 and 1998–9. *Obesity Research* 13(7), 1141-1145. doi: 10.1038/oby.2005.135
- Martínez-Sánchez, F., Ato-García, M., & Ortiz-Soria, B. (2003). Alexithymia – State or Trait? *The Spanish Journal of Psychology* 6(1), 51-59.
- Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2006). Emotional Overeating and its Associations with Eating Disorder Psychopathology among Overweight Patients with Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 141-146. doi: 10.1002/eat.20221
- McCallum, M., Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., & Joyce, A. S. (2003). Relationships among psychological mindedness, alexithymia and outcome in four forms of short-term psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 133-144. doi: 10.1348/147608303765951177
- McLeod, J., & Elliott, R. (2011). Systematic case study research: A practice-oriented introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(1), 1-10. doi: 10.1080/14733145.2011.548954
- McVea, C., Gow, K., & Lowe, R. (2011). Corrective interpersonal experience in psychodrama group therapy: A comprehensive process analysis of significant therapeutic events. *Psychological Research*, 21(4), 416-429. doi: 10.1080/10503307.2011.577823
- Mestre, S. A. V. (2010). A importância da motivação no tratamento da obesidade em jovens e adultos. Tese de Doutorado, Universidade do Porto, Porto.
- Michelini, I., Falchi, A. G., Muggia, C., Grecchi, I., Montagna, E., De Silvestri, A., & Tinelli, C. (2014). Early dropout predictive factors in obesity treatment. *Nutrition Research and Practice*, 8(1), 94-102. doi: 10.4162/nrp.2014.8.1.94

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Montebarocci, O., Codispoti, M., Surcinelli, P., Franzoni, E., Baldaro, B., & Rossi, N. (2006). Alexithymia in female patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders, 11*, 14-21.
- Monteiro, R. (1993). *Técnicas Fundamentais do Psicodrama*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Moon, A., & Berenbaum, H. (2009). Emotional awareness and emotional eating. *Cognition & Emotion, 23*(3), 417-429. doi: 10.1080/02699930801961798
- Moreno, J. K., Fuhriman, A., & Hileman, E. (1995). Significant events in a psychodynamic psychotherapy group for eating disorders. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 19*(1), 56-62. doi: 10.1007/BF01458191
- Moreno, J. L. (1997). *Psicodrama* (edição original publicada em 1946). São Paulo: Cultrix.
- Mushet, G. L., Whalan, G. S., & Power, R. (1989). In-patients' views of the helpful aspects of group psychotherapy: Impact of therapeutic style and treatment setting. *British Journal of Medical Psychology & Health, 62*(2), 135-141. doi: 10.1111/j.2044-8341.1989.tb02820.x
- Must, A., & Tybor, D. J. (2005). Physical activity and sedentary behavior: a review of longitudinal studies of weight and adiposity in youth. *International Journal of Obesity, 29*(Suppl 2), S84-S96. doi: 10.1038/sj.ijo.0803064
- Nauta, H., Hospers, H., Kok, G., & Jansen, A. (2000). A Comparison Between a Cognitive and a Behavioral Treatment for Obese Binge Eaters and Obese Non-Binge Eaters. *Behavior Therapy, 31*, 441-461. doi: 10.1016/S0005-7894(00)80024-6
- NICE. (2006). Obesity: the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Retrieved from <http://www.nice.org.uk/guidance/cg43/resources/guidance-obesity-pdf>
- Niedenthal, P. M., Krauth-Gruber, S., & Ric, F. (2006). *Psychology of emotion: interpersonal, experiential, and cognitive approaches*. New York: Psychology Press.

- Niego, S. H., Kofman, M. D., Weiss, J. J., & Geliebter, A. (2007). Binge eating in the bariatric surgery population: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 40(349-359). doi: 10.1002/eat.20376
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion Regulation and Psychopathology: The Role of Gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 161-187. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109
- Noli, G., Cornicelli, M., Marinari, G. M., Carlini, F., Scopinaro, N., & Adami, G. F. (2010). Alexithymia and eating behaviour in severely obese patients. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 23, 616-619. doi: 10.1111/j.1365-277X.2010.01079.x
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). What Works for Whom: Tailoring Psychotherapy to the Person. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67(2), 127--132. doi: 10.1002/jcl p.20764
- Nowakowski, M. E., McFarlane, T., & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 1-21. doi: 10.1186/2050-2974-1-21
- O'Brien, P. E., MacDonald, L., Anderson, M., Brennan, L., & Brown, W. A. (2013). Long-term outcomes after bariatric surgery: fifteen-year follow-up of adjustable gastric banding and a systematic review of the bariatric surgical literature. *Annals of surgery*, 257(1), 87-94. doi: 10.1097/SLA.0b013e31827b6c02.
- Oflaz, F., Meriç, M., Yuksel, Ç., & Ozcan, C. T. (2011). Psychodrama: an innovative way of improving self-awareness of nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 569-575. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01704.x
- Ogden, J. (2010). *The psychology of eating: From Healthy to Disordered Behavior* (Second ed.). Oxford: Blackwell Publishing.
- Ogden, J., & Clementi, C. (2010). The Experience of Being Obese and the Many Consequences of Stigma. *Journal of Obesity*. doi: 10.1155/2010/429098
- Ogrodniczuk, J. S. (2007). Alexithymia: Considerations for the psychotherapist. *Psychotherapy Bulletin*, 42(1), 4-7.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2005). The negative effect of alexithymia on the outcome of group therapy for complicated grief: What role might the

- therapist play? *Comprehensive Psychiatry*, 46, 206-213. doi: 10.1016/j.comppsy.2004.08.005
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2011). Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: A programmatic review. *Psychiatry Research*, 190, 43-48. doi: 10.1016/j.psychres.2010.04.026
- Oliver, G., Wardle, J., & Gibson, E. L. (2000). Stress and food choice: a laboratory study. *Psychosomatic medicine*, 62, 853-865.
- Oliver, K. G., & Huon, G. F. (2001). Eating-related thought suppression in high and low disinhibitors. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 329-337. doi: 10.1002/eat.1092
- 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. doi: 10.1007/s10880-005-0911-2
- Ozier, A. D., Kendrick, O. W., Leeper, J. D., Knol, L. L., Perko, M., & Burnham, J. (2008). Overweight and obesity are associated with emotion- and stress-related eating as measured by the eating and appraisal due to emotions and stress questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(1), 49-56. doi: 10.1016/j.jada.2007.01.004
- Padwal, R., Klarenbach, S., Wiebe, N., Hazel, M., Birch, D., Karmali, S., ... Tonelli, M. (2011). Bariatric surgery: a systematic review of the clinical and economic evidence. *Journal of General Internal Medicine*, 26(10), 1183-1194. doi: 10.1007/s11606-011-1721-x
- Pallant, J. (2010). *SPSS SURVIVAL MANUAL: A step by step guide to data analysis using SPSS* (4th ed.). Berkshire: Open University Press.
- Pandey, R., Saxena, P., & Dubey, A. (2011). Emotion regulation difficulties in alexithymia and mental health. *Europe's Journal of Psychology*, 7(4), 604-623. doi: dx.doi.org/10.5964/ejop.v7i4.155
- Papies, E. K., Stroebe, W., & Aarts, H. (2009). Who likes it more? Restrained eaters' implicit attitudes towards food. *Appetite* 53, 279-287. doi: 10.1016/j.appet.2009.07.001

- Paradis, A. M., Godin, G., Péruse, L., & Vohl, M. C. (2009). Associations between dietary patterns and obesity phenotypes. *International Journal of Obesity*, 33, 1419-1426. doi: 10.1038/ijo.2009.179.
- Parker, J. D., Taylor, G., & Bagby, R. M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269- 275. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00578-0
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional Processing in Experiential Therapy: Why “the Only Way Out Is Through”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 75(6), 875-887.
- Patro, B., & Szajewska, H. (2010). Meal patterns and childhood obesity. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, 13, 300-304. doi: 10.1097/MCO.0b013e32833681a2
- Penn, M., & Goldstein, D. J. (2005). The Role of Hunger and Satiety in Weight Management. In D. J. Goldstein (Ed.), *The Management of Eating Disorders and Obesity* (Second ed., pp. 307-326). Totowa, NJ: Humana Press Inc.
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J.-P., & Barbe, P. (2003). Emotional eating, alexithymia and binge eating disorder in obese women. *Obesity Research*, 11(2), 195-201. doi: 10.1038/oby.2003.31
- Pinna, F., Lai, L., Pirarba, S., Orrù, W., Velluzzi, F., Loviselli, A., & Carpiniello, B. (2011). Obesity, alexithymia and psychopathology: A case-control study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 16(3), 164-170. doi: 10.3275/7509
- Pio-Abreu, J. (2006). *O modelo do psicodrama moreniano*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pio-Abreu, J., & Villares-Oliveira, C. (2007). How does psychodrama work?: how theory is embedded in the psychodramatic method. In C. Baim, J. Burmeister & M. Maciel (Eds.), *Psychodrama: Advances in Theory and Practice* (pp. 127-137). New York: Routledge.
- Plano Clark, V. L. (2010). The Adoption and Practice of Mixed Methods: U.S. Trends in Federally Funded Health-Related Research. *Qualitative Inquiry*, 16(6), 428-440. doi: 10.1177/1077800410364609

- Polivy, J., & Herman, C. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist* 40(2), 193-201. doi: 10.1037/0003-066X.40.2.193
- Polivy, J., & Herman, C. (1993). *Etiology of Binge Eating: Psychological Mechanisms*. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment* (pp. 173-205). New York: The Guilford Press.
- Pollert, G. A., Engel, S. G., Schreiber-Gregory, D. N., Crosby, R. D., Cao, L., Wonderlich, S. A., ... Mitchell, J. E. (2013). The Role of Eating and Emotion in Binge Eating Disorder and Loss of Control Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 46(3), 233-238. doi: 10.1002/eat.22061
- Poston, W. S., & Foreyt, J. P. (1999). Obesity is an environmental issue. *Atherosclerosis*, 146(2), 201-209.
- Power, M., & Dalgleish, T. (1997). *Cognition and Emotion: from order to disorder*. Hove: Psychology Press.
- Prazeres, N., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (tas-20). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Y Evaluación Psicológica*, 9(1), 9-21.
- Price, R. (2002). Genetics and common obesities: background, current status, strategies and future prospects. In T. Waddent & A. J. Stunkard (Eds.), *Handbook for obesity treatment* (pp. 73-94). New York: Guilford.
- Provencher, V., Drapeau, V., Tremblay, A., Despres, J. P., & Lemieux, S. (2003). Eating behaviors and indexes of body composition in men and women from the Quebec family study. *Obesity Research*, 11(6), 783-792. doi: 10.1038/oby.2003.109
- Rademaker, A. R., Vemietten, E., & Kleber, R. J. (2009). Multimodal exposure-based group treatment for peacekeepers with PTSD: A preliminary evaluation. *Military Psychology*, 21, 482-496. doi: 10.1080/08995600903206420
- Radomile, R. (2005). Obesity. In J. White & A. Freeman (Eds.), *Cognitive-Behavioral Group Therapy for Specific Problems and Populations*. Washington, DC: APA.
- Ragsdale, K. G., Cox, R. D., Finn, P., & Eisler, R. M. (1996). Effectiveness of short-term specialized inpatient treatment for war-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 9(2), 269-283. doi: 10.1002/jts.2490090209

- Raman, J., Smith, E., & Hay, P. (2013). The clinical obesity maintenance model: an integration of psychological constructs including mood, emotional regulation, disordered overeating, habitual cluster behaviours, health literacy and cognitive function. *Journal of Obesity*. doi: 10.1155/2013/240128
- Ramos, I. (2009). A vivência da obesidade: da emoção ao comportamento alimentar. Tese de Mestrado, Universidade do Porto, Porto.
- Rawlinson, J. W. (2000). Does psychodrama work? A review of the literature. *British Journal of Psychodrama and Sociometry*, 15, 67-101.
- Renjilian, D. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., McKelvey, W. F., Shermer, R. L., & Anton, S. D. (2001). Individual Versus Group Therapy for Obesity: Effects of Matching Participants to Their Treatment Preferences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 717-721. doi: 10.1037//0022-006X.69.4.717
- Ricca, V., Castellini, G., Lo Sauro, C., Ravaldi, C., Lapi, F., Mannucci, E., ... Faravelli, C. (2009). Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subjects. *Appetite*, 53, 418-421. doi: 10.1016/j.appet.2009.07.008
- Ricca, V., Castellini, G., Mannucci, E., Lo Sauro, C., Ravaldi, C., Rotella, C. M., & Faravelli, C. (2010). Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite*, 55(3), 656-665. doi: 10.1016/j.appet.2010.09.019
- Ricca, V., Mannucci, E., Moretti, S., Di Bernando, M., Zucchi, T., Cabras, O. L., & Rotella, C. M. (2000). Screening for binge eating in obese outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 111-115. doi: 10.1016/S0010-440X(00)90143-3
- Richards, D., & Timulak, L. (2012). Client-identified helpful and hindering events in therapist-delivered vs. self-administered online cognitive-behavioural treatments for depression in college students. *Counselling Psychology Quarterly*, 25(3), 251-262. doi: 10.1080/09515070.2012.703129
- Robinson, A. (2013). Integrative Response Therapy for Binge Eating Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(1), 93-105. doi: 10.1016/j.cbpra.2012.02.004
- Rogers, I., & EURO-BLCS, S. G. (2003). The influence of birthweight and intrauterine environment on adiposity and fat distribution in later life. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 27, 755-777. doi:10.1038/sj.ijo.0802316

- Rolls, E. T. (2007). Understanding the mechanisms of food intake and obesity. *Obesity Reviews*, 8(1), 67-72. doi: 10.1111/j.1467-789X.2007.00321.x
- Rommel, D., Nandrino, J.-L., Ducro, C., Andrieux, S., Delecourt, F., & Antoine, P. (2012). Impact of emotional awareness and parental bonding on emotional eating in obese women. *Appetite*, 59(1), 21-26. doi: 10.1016/j.appet.2012.03.006
- Roosen, M. A., Safer, D., Adler, S., Cebolla, A., & van Strien, T. (2012). Group dialectical behavior therapy adapted for obese emotional eaters; a pilot study. *Nutrición Hospitalaria*, 27(4), 1141-1147. doi: 10.3305/nh.2012.27.4.5843
- Rosická, M., Krsek, M., Matoulek, M., Jarkovská, Z., Marek, J., Justová, V., & Lacinová, Z. (2003). Serum Ghrelin Levels in Obese Patients: The Relationship to Serum Leptin Levels and Soluble Leptin Receptors Levels. *Physiological Reviews*, 52, 61-66.
- Rufer, M., Albrecht, R., Zaum, J., Schnyder, U., Mueller-Pfeiffer, C., Hand, I., & Schmidt, O. (2010). Impact of Alexithymia on Treatment Outcome: A Naturalistic Study of Short-Term Cognitive-Behavioral Group Therapy for Panic Disorder. *Psychopathology*, 43, 170-179. doi: 10.1159/000288639
- Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(6), 1161-1178. doi: 10.1037/h0077714
- Russell, J. A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological Review*, 110, 145-172. doi: 10.1037/0033-295X.110.1.145
- Russell, J. A., & Barrett, L. F. (1999). Core Affect, Prototypical Emotional Episodes, and Other Things Called Emotion: Dissecting the Elephant. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(5), 805-819.
- Safer, D. L., Robinson, A. H., & Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41(1), 106-120. doi: 10.1016/j.beth.2009.01.006
- Sales, C. M. D., & Alves, P. C. G. (2012). Individualized Patient-Progress Systems: Why We Need to Move Towards a Personalized Evaluation of Psychological Treatments. *Canadian Psychology*, 53(2), 115-121. doi: 10.1037/a0028053
- Sales, C. M. D., & Alves, P. C. G. (no prelo). Personalized evaluation of psychological treatments: a review of tools and research designs. *Psychotherapy Research*.

- Sales, C. M. D., Gonçalves, C., Fragoeiro, A., Noronha, S., & Elliott, R. (2007). Psychotherapists Openness to Routine Naturalistic Idiographic Research? *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*, 4(2), 145 -161. doi: 10.5920/mhldrp.2007.42145
- Sales, C. M. D., Gonçalves, S., Fernandes, E., Sousa, D., Silva, I., Duarte, J., & Elliott, R. (2007a). Procedimento do questionário pessoal simplificado (PQ) [simplified personal questionnaire]. Instrumento não publicado.
- Sales, C. M. D., Gonçalves, S., Fernandes, E., Sousa, D., Silva, I., Duarte, J., & Elliott, R. (2007b). Aspectos úteis da terapia (HAT) [Protocol - Helpful Aspects of Therapy]. Instrumento não publicado.
- Sales, C. M. D., Gonçalves, S., Fernandes, E., Sousa, D., Silva, I., Duarte, J., & Elliott, R. (2007c). Guião de Entrevista de Mudança do Cliente [Protocol - Client Change Interview]. . Instrumento não publicado.
- Sales, C. M. D., Moleiro, C. M. M., Evans, C., & Alves, P. C. G. (2012). Versão Portuguesa do CORE-OM: tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. *Revista de Psiquiatria Clínica* 39(2), 54-59. doi: 10.1590/s0101-60832012000200003
- Santos, A. C., & Barros, H. (2003). Prevalence and determinants of obesity in an urban sample of Portuguese adults. *Public Health*, 117, 430-437. doi: 10.1016/S0033-3506(03)00139-2
- Sardinha, L. B., Santos, R., Vale, S., Silva, A. M., Ferreira, J. P., Raimundo, A. M., . . . Mota, J. (2011). Prevalence of overweight and obesity among Portuguese youth: A study in a representative sample of 10 – 18-year-old children and adolescents. *International Journal of Pediatric Obesity*, 6(2-2), e124-e128. doi: 10.3109/17477166.2010.490263
- Sarwer, D., Wadden, T., & Fabricatore, A. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity Research*, 13(4), 639-648. doi: 10.1038/oby.2005.71
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., & Fabricatore, A. N. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity Research*, 13, 639-648. doi: 10.1038/oby.2005.71

- Saunders, R. (1999). Binge Eating in Gastric Bypass Patients Before Surgery. *Obesity Surgery*, 9, 72-76.
- Saunders, R. (2001). Compulsive eating and gastric bypass surgery: what does hunger have to do with it? *Obesity Surgery*, 11, 757-761. doi: 10.1381/09608920160558731
- Saunders, R. (2004). "Grazing": A High-Risk Behavior. *Obesity Surgery*, 14, 98-102.
- Saunders, R. (2004). Post-Surgery Group Therapy for Gastric Bypass Patients. *Obesity Surgery*, 14, 1128-1131.
- Schousboe, K., Willemsen, G., Kyvik, K. O., Mortensen, J., Boomsma, D. I., Cornes, B. K., ... Harris, J. R. (2003). Sex differences in heritability of BMI: a comparative study of results from twin studies in eight countries. *Twin research* 6, 409-421. doi: 10.1375/twin.6.5.409
- Schultes, B., Ernst, B., Wilms, B., Thurnheer, M., & Hallschmid, M. (2010). Hedonic hunger is increased in severely obese patients and is reduced after gastric bypass surgery. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 92, 277-283. doi: 10.3945/ajcn.2009.29007
- Scott, K. M., Bruffaerts, R., Simon, G. E., Alonso, J., Angermeyer, M., de Girolamo, G., . . . Von Korff, M. (2008). Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *International Journal of Obesity*, 32(1), 192-200. doi: 10.1038/sj.ijo.0803701
- Scott, K. M., McGee, M. A., Wells, J. E., & Browne, M. A. O. (2008). Obesity and mental disorders in the adult general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 97-105. doi: 1016/j.jpsychores.2007.09.006
- Seamoore, D., Buckroyd, J., & Stott, D. (2006). Changes in eating behaviour following group therapy for women who binge eat: a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 337-346. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00960.x
- Segal, A., Cardeal, M., & Cordas, T. (2002). Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29(2), 81-89.
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer report study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974.

- Shah, M., Simha, V., & Garg, A. (2006). Long-Term Impact of Bariatric Surgery on Body Weight, Comorbidities, and Nutritional Status. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 91(11), 4223-4231. doi: 10.1210/jc.2006-0557
- Sifneos, P. E. (1973). The Prevalence of Alexithymic Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262. doi: 10.1159/000286529
- Sifneos, P. E. (1991). Affect, emotional conflict, and deficit: An overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56, 116-122. doi: 10.1159/000288543
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2009). Cirurgia de obesidade: qualidade de vida e variáveis psicológicas antes e depois do tratamento cirúrgico. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(2), 196-210.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. L., & Cardoso, H. (2009). Obesidade e exclusão: qual o peso desta realidade na qualidade de vida dos doentes? Paper presented at the IV congresso saúde e qualidade de vida, Porto.
- Silventoinen, K., Rokholm, B., Kaprio, J., & Sorensen, T. I. (2010). The genetic and environmental influences on childhood obesity: a systematic review of twin and adoption studies. *International Journal of Obesity*, 34(1), 29-40. doi:10.1038/ijo.2009.177
- Sim, L., & Zeman, J. (2004). Emotion awareness and identification skills in adolescent girls with bulimia nervosa. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 760-771. doi: 10.1207/s15374424jccp3304_11
- Simpson, K. A., Martin, N. M., & Bloom, S. R. (2009). Hypothalamic regulation of food intake and clinical therapeutic applications. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 53(2), 120-128.
- Sloan, D. M. (2006). The Importance of Emotion in Psychotherapy Approaches. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 36(2), 59-60. doi: 10.1007/s10879-006-9007-z
- Smith, M. L., & Glass, G. (1977). Meta-Analysis of Psychotherapy Outcome Studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-760. doi: 10.1037/0003-066X.32.9.752
- Smith, M. L., Glass, G., & Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins.

- Smucny, J., Cornier, M. A., Eichman, L. C., Thomas, E. A., Bechtell, J. L., & Tregellas, J. R. (2012). Brain structure predicts risk for obesity. *Appetite*, *59*, 859-865. doi: 10.1016/j.appet.2012.08.027
- Sobal, J., & Stunkard, A. J. (1989). Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological Bulletin* *105*, 260-275. doi: 10.1037/0033-2909.105.2.260
- Soeiro, A. C. (1991). *Psicodrama e Psicoterapia*. Lisboa: Escher.
- Somov, P. G. (2008). A psychodrama group for substance use relapse prevention training. *The Arts in Psychotherapy*, *35*, 151-161. doi: 10.1016/j.aip.2007.11.002
- Speranza, M., Corcos, M., Stéphan, P., Loas, G., Pérez-Díaz, F., Lang, F., ... Jeammet, P. (2004). Alexithymia, expressive experiences, and dependency in addictive disorders. *Substance Use & Misuse*, *39*(4), 551-579.
- Speranza, M., Loas, G., Guilbaud, O., & Corcos, M. (2011). Are treatment options related to alexithymia in eating disorders? Results from a three-year naturalistic longitudinal study. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, *65*(8), 585-589. doi: 10.1016/j.biopha.2010.01.009
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J., & Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, *63*, 365-371. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.03.008
- Spruijt-Metz, D. (2011). Etiology, Treatment and Prevention of Obesity in Childhood and Adolescence: A Decade in Review. *Journal of research on adolescence*, *21*(1), 129-152. doi: 10.1111/j.1532-7795.2010.00719.x
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology. Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*(1), 124-135. doi: 10.1037//0021-843X.110.1.124
- Stice, E., Presnell, K., Shaw, H., & Rohde, P. (2005). Psychological and Behavioral Risk Factors for Obesity Onset in Adolescent Girls: A Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(2), 195-202. doi: 10.1037/0022-006X.73.2.195
- Storch, M., Keller, F., Weber, J., Spindler, A., & Milos, G. (2011). Psychoeducation in Affect Regulation for Patients with Eating Disorders: A Randomized Controlled Feasibility Study. *American Journal of Psychotherapy*, *65*(1), 81-93.

- Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Solomon, E. E., Fairburn, C. G., Pike, K. M., & Wilfley, D. E. (2000). Subthreshold binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *27*, 270-278. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(200004)27:3<270::AID-EAT3>3.0.CO;2-1
- Stunkard, A. J. (1975). From explanation to action in psychosomatic medicine: the case of obesity. *Psychosomatic Medicine*, *37*, 195-236.
- Stunkard, A. J., Faith, M. S., & Allison, K. C. (2003). Depression and obesity. *Biological Psychiatry*, *54*(3), 330-337. doi: 10.1016/S0006-3223(03)00608-5
- Stunkard, A. J., Sørensen, T. I., Hanis, C., Teasdale, T. W., Chakraborty, R., Schull, W. J., & Schulsinger, F. (1986). An adoption study of human obesity. *The New England Journal of Medicine*, *314*, 193-198. doi: 10.1056/NEJM198601233140401
- 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*(5), 1000-1005. doi: 10.1038/oby.2009.389
- Swart, M., Kortekaas, R., & Aleman, A. (2009). Dealing with Feelings: Characterization of Trait Alexithymia on Emotion Regulation Strategies and Cognitive-Emotional Processing. *PLoS ONE*, *4*(6), e5751. doi: 10.1371/journal.pone.0005751
- Tapper, K., Shaw, C., Ilesley, J., Hill, A. J., Bond, F. W., & Moore, L. (2009). Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite* *52*, 396-404. doi: 10.1016/j.appet.2008.11.012
- Taylor, G., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. UK: Cambridge University Press.
- Taylor, G., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research* *55*, 277- 283. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00601-3
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New Trends in Alexithymia Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *73*(2), 68-77.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.

- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of Mixed Methods Research: integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Teixeira, F., & Maia, A. (2011). Factores preditores do insucesso na gastrobandoplastia: uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 12(2), 212-223.
- Teixeira, P. J., Going, S. B., Sardinha, L. B., & Lohman, T. G. (2005). A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obesity reviews*, 6(1), 43-65. doi: 10.1111/j.1467-789X.2005.00166.x
- Teixeira, P. J., Silva, M. N., Sardinha, L. B., Coutinho, S. R., Mata, J., Vieira, P. N., . . . Santos, T. C. (2010). Mediators of Weight Loss and Weight Loss Maintenance in Middle-aged Women. *Obesity*, 18(4), 725-735. doi: 10.1038/oby.2009.281
- Telch, C. F., & Agras, W. S. (1996). Do emotional states influence binge eating in the obese? *International Journal of Eating Disorders*, 20(3), 271-279. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199611)20:3<271::AID-EAT6>3.0.CO;2-L
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061-1065. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.1061>
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: a qualitative meta-analysis. *Psychotherapy research*, 17(3), 310-320. doi: 10.1080/10503300600608116
- Timulak, L. (2008). *Research in Psychotherapy and Counselling*. London: SAGE.
- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 421-447. doi: 10.1348/147608310X499404
- Timulak, L., Belicova, A., & Miler, M. (2010). Client identified significant events in a successful therapy case: The link between the significant events and outcome. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(4), 371-386. doi: 10.1080/09515070.2010.534329
- Timulak, L., & Lietaer, G. (2001). Moments of empowerment: A qualitative analysis of positively experienced episodes in brief person-centred counselling. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1(1), 62-73. doi: 10.1080/14733140112331385268

- Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Miller, K., Vieira, F. M., Roma-Torres, A., ... Costa, P. (2014). How does depression explain alexithymia dimensions in anorexia nervosa? A test of mediation models. Manuscript under review in *Psychiatry Research*.
- Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Vieira, F., Roma-Torres, A., & Brandão, I. (2011). Prevalência da alexitimia na anorexia nervosa e sua associação com variáveis clínicas e sociodemográficas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(3), 182-189. doi: org/10.1590/S0047
- Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Williamson, D. A., Roma-Torres, A., & Vieira, F. (2008). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa da Entrevista de Diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar - IV (IDED-IV) específica para a Anorexia Nervosa. *Arquivos de Medicina*, 22(4/5), 113-119.
- Torres, S. J., & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23, 887-894.
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C., & Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 533-550.
- Treadwell, T. W., Kumar, V. K., & Wright, J. H. (2002). Enriching Psychodrama Through the Use of Cognitive Behavioral Therapy Techniques *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry* 55 (2/3), 55-65.
- Tulipani, C., Morelli, F., Spedicato, M. R., Maiello, E., Todarello, O., & Porcelli, P. (2010). Alexithymia and cancer pain: the effect of psychological intervention. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 156-163. doi: 10.1159/000286960
- Tuthill, A., Slawik, H., O'Rahilly, S., & Finer, N. (2006). Psychiatric co-morbidities in patients attending specialist obesity services in the UK. *QJM: An International Journal of Medicine*, 99(5), 317-325. doi: 10.1093/qjmed/hcl041
- Urquhart, C. S., & Mihalynuk, T. V. (2011). Disordered Eating in Women: Implications for the Obesity Pandemic. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 72(1), 115-125. doi: 10.3148/72.1.2011.50

- Vale, S., Santos, R., Soares-Miranda, L., Rêgo, C., Moreira, P., & Mota, J. (2011). Prevalence of overweight and obesity among Portuguese preschoolers. *Archives of Exercise in Health and Disease*, 2(1), 65-68. doi: 10.5628/aeht.v2i1.90
- van Hout, G. C., van Oudheusden, I., & van Heck, G. L. (2004). Psychological profile of the morbidly obese. *Obesity Surgery*, 14, 579-588.
- van Strien, T., Engels, R. C. M. E., Leuwe, J. V., & Snoek, H. M. (2005). The Stice model of overeating. Tests in clinical and non-clinical samples. *Appetite*, 45, 203-213. doi: 10.1016/j.appet.2005.08.004
- van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. P., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295-315. doi: 10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T
- van Strien, T., Herman, C. P., Anschutz, D. J., Engels, R. C. M. E., & de Weerth, C. (2012). Moderation of distress-induced eating by emotional eating scores. *Appetite*, 58(1), 277-284. doi: 10.1016/j.appet.2011.10.005
- van Strien, T., Herman, C. P., & Verheijden, M. W. (2009). Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role? . *Appetite*, 52, 380-387. doi: 10.1016/j.appet.2008.11.010
- van Strien, T., & Oosterveld, P. (2008). The children's DEBQ for assessment of restrained, emotional and external eating in 7 to 12-year-old children. *International Journal of Eating Disorders*, 41(1), 72-81. doi: 10.1002/eat
- van Strien, T., & Ouwens, M. A. (2007). Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eating Behaviors*, 8, 251-257. doi: 10.1016/j.eatbeh.2006.06.004
- Vandenbroeck, I. P., Goossens, J., & Clemens, M. (2007). Foresight Tackling Obesities: Future Choices – Building the Obesity System Map. Government Office for Science, UK Government's Foresight Programme. Retrieved from <http://www.bis.gov.uk/foresight/our-work/projects/published-projects/tackling-obesities/reports-and-publications>
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4(XX), 611-624.

- Viana, V., & Sinde, S. (2003). Estilo Alimentar: Adaptação e Validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8, 59-71.
- Vieira, F. (1999). Como lidar em psicodrama com perturbações do comportamento alimentar. In F. Vieira (Ed.), *(Des)Dramatizar na doença mental: psicodrama e psicopatologia* (pp. 111-125). Lisboa: Edições Sílabo.
- Vieira, F. M., Torres, S., & Moita, G. (2013). Psicodrama e obesidade: desenvolvimento, implementação e avaliação de um programa de intervenção focado nas emoções. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 21(2), 141-149.
- Villarejo, C., Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Peñas-Lledó, E., Granero, R., Penelo, E., ... Menchón, J. M. (2012). Lifetime Obesity in Patients with Eating Disorders: Increasing Prevalence, Clinical and Personality Correlates. *European Eating Disorders Review*, 20, 250-254. doi: 10.1002/erv.2166
- Vytal, K., & Hamann, S. (2010). Neuroimaging Support for Discrete Neural Correlates of Basic Emotions: A Voxel-based Meta-analysis. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22(12), 2864-2885. doi: 10.1162/jocn.2009.21366
- World Health Organization (2007). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. In F. Branca, H. Nikogosian & T. Lobstein (Eds.). Geneva: WHO Publications. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98243/E89858.pdf
- World Health Organization (2012). Obesity and overweight, Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Wadden, T. A., Brownll, K. D., & Foster, G. D. (2002). Obesity: responding to the global epidemic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 510-525. doi: 10.1037//0022-006X.70.3.510
- Wager, T. D., Barrett, L. F., Bliss-Moreau, E., Lindquist, K. A., Duncan, S., Kober, H., ... Mize, J. (2008). The Neuroimaging of Emotion. In M. Lewis, J. Haviland-Jones & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of Emotions* (Third ed., pp. 249-271). New York: The Guildford Press.
- Walfish, S. (2004). Self assessed emotional factors contributing to increased weight gain in pre-surgical bariatric patients. *Obesity Surgery*, 14, 1402-1405.

- Wang, G. J., Volkow, N. D., Logan, J., Pappas, N. R., Wong, C. T., Zhu, W., . . . Fowler, J. S. (2001). Brain dopamine and obesity. *The Lancet*, *357*(9253), 354-357. doi: 10.1016/S0140-6736(00)03643-6
- Wardle, J. (1987). Eating style: A validation study of the Dutch eating behaviour questionnaire in normal subjects and women with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, *31*(2), 161-169. doi: 10.1016/0022-3999(87)90072-9
- Wardle, J. (2007). Eating behaviour and obesity. *Obesity Reviews*, *8*(S1), 73-75. doi: 10.1111/j.1467-789X.2007.00322.x
- Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing With Feeling: A Meta-Analysis of the Effectiveness of Strategies Derived From the Process Model of Emotion Regulation. *Psychological Bulletin*, *138*(4), 775-808. doi: 10.1037/a0027600
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion Regulation and Psychopathology: A Conceptual Framework. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment* (pp. 13-37). New York: Guilford.
- Westenhofer, J. (1991). Dietary restraint and disinhibition: is restraint a homogeneous construct? *Appetite*, *16*(1), 45-55. doi: 10.1016/0195-6663(91)90110-E
- Whelton, W. J. (2004). Emotional Processes in Psychotherapy: Evidence Across Therapeutic Modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *11*, 58-71. doi: 10.1002/cpp.392
- White, M. A., Kalarchian, M. A., Masheb, R. M., Marcus, M. D., & Grilo, C. M. (2010). Loss of Control Over Eating Predicts Outcomes in Bariatric Surgery Patients: A Prospective, 24-Month Follow-Up Study. *Journal of Clinical Psychiatry Research*, *71*(2), 175-184. doi: 10.4088/JCP.08m04328blu
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, *8*, 162-169. doi: 10.1016/j.eatbeh.2006.04.001
- Wieser, M. (2007). Studies on treatment effects of psychodrama psychotherapy. In C. Baim, J. Burmeister & M. Maciel (Eds.), *Psychodrama: Advances in Theory and Practice* (pp. 271-292). New York: Routledge.

- Wieser, M. (2010). Studies on treatment effects of psychodrama psychotherapy. Paper presented at the 1st International Summer School for Psychotherapy and Counseling Research - Methodological Diversity in Psychotherapy and Counseling Research: qualitative-quantitative approaches, Lisbon.
- Wilfley, D. E., Welch, R. R., Stein, R. I., Spurrell, E. B., Cohen, L. R., Saelens, B. E., . . . Matt, G. E. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, *59*(8), 713-721. doi: 10.1001/archpsyc.59.8.713.
- Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z. R., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*(1), 115-126.
- Wilson, G., Grilo, C., & Vitousek, K. (2007). Psychological Treatment of Eating Disorders. *American Psychologist*, *62*(3), 199-216. doi: 10.1037/0003-066X.62.3.199
- Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Agras, S. T., & Bryson, S. W. (2010). Psychological Treatments of Binge Eating Disorder. *Archives of General Psychiatry*, *67*(1), 94-101. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.170
- Wing, R. R. (2008). Behavioral Approaches to the Treatment of Obesity. In George A. Bray & C. Bouchard (Eds.), *Handbook of Obesity: Clinical Applications* (Third ed., pp. 227-248). New York: Informa Healthcare USA, Inc.
- Wiser, S., & Arnow, B. (2001). Emotional Experiencing: to Facilitate or Regulate? *Journal of Clinical Psychology*, *57*(2), 157-168. doi: 10.1002/1097-4679(200102)57:2<157::AID-JCLP3>3.0.CO;2-8
- Wolff, G., & Clark, M. (2001). Changes in eating self-efficacy and body image following cognitive-behavioral group therapy for binge eating disorder: a clinical study. *Eating Behaviors*, *2*, 97-104. doi: 10.1016/S1471-0153(01)00021-6
- Woolhouse, H., Knowles, A., & Crafti, N. (2012). Adding Mindfulness to CBT Programs for Binge Eating: A Mixed-Methods Evaluation. *Eating Disorders*, *20*, 321-339. doi: 10.1080/10640266.2012.691791
- World Health Organization. (2006). Global index on body mass index Retrieved from http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

- Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.
- Yanovski, S. Z. (2003). Binge eating disorder and obesity in 2003: Could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic? *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), 117-120. doi: 10.1002/eat.10211
- Zak-Gołab, A., Tomalski, R., Bak-Sosnowska, M., Holecki, M., Kocelak, P., Olszanecka-Glinianowicz, M., ... Zahorska-Markiewicz, B. (2013). Alexithymia, depression, anxiety and binge eating in obese women. *The European Journal of Psychiatry*, 27(3), 149-159. doi: 10.4321/S0213-61632013000300001
- Zeeck, A., Stelzer, N., Linster, H. W., Joos, A., & Hartmann, A. (2010). Emotion and Eating in Binge Eating Disorder and Obesity. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 426-437. doi: 10.1002/erv.1066
- Zhang, Y., Proenca, R., Maffei, M., Barone, M., Leopold, L., & Friedman, J. M. (1994). Positional cloning of the mouse obese gene and its human homologue. *Nature*, 372, 425-432. doi:10.1038/372425a0
- Zijlstra, H., Middendorp, H., Devaere, L., Larsen, J. K., Ramshorst, B., & Geenen, R. (2012). Emotion processing and regulation in women with morbid obesity who apply for bariatric surgery. *Psychology & Health*, 27(2), 1375-1378. doi: 10.1080/08870446.2011.600761

ANEXOS

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):

O PSICODRAMA NO TRATAMENTO DA OBESIDADE: AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE
UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EM GRUPO NO ÂMBITO DAS EMOÇÕES

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: _____

O(A) Investigador(a) responsável:

Nome: __Filipa Mucha Vieira_____

Assinatura: _____

Filipa Mucha Vieira

Assistente da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) – Portugal, estudante de doutoramento da FPCEUP, sócia efetiva da Sociedade Portuguesa de Psicodrama (SPP).

Sandra Torres

Professora auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) – Portugal, investigadora do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade do Porto (CPUP) e do Laboratório de Reabilitação Psicossocial (LabRP), e membro convidado do Grupo de Investigação Clínica de Perturbações do Comportamento Alimentar da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar São João.

Gabriela Moita

Professora auxiliar do Instituto Superior de Serviço Social do Porto (ISSSP), sócia didata e membro da Comissão de Ensino da Sociedade Portuguesa de Psicodrama (SPP), presidente da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (SPSC), presidente da Federation of European Psychodrama Training Organisation (FEPTO) – 2011-2013.

Psicodrama e obesidade: desenvolvimento, implementação e avaliação de um programa de intervenção focado nas emoções

Psychodrama and obesity: the development, implementation and evaluation of an intervention focused on emotions

RESUMO

Neste artigo apresentamos um programa de intervenção psicodramática para mulheres obesas, focado nas emoções. O objetivo é intervir na capacidade de regular emoções e, conseqüentemente, na redução de comportamentos de ingestão compulsiva. São descritos os objetivos específicos e a metodologia adotada para a avaliação dos resultados, bem como os principais tópicos abordados durante as sessões. Pretende-se, desse modo, contribuir para o estudo da eficácia e da efetividade do Psicodrama, diminuindo a lacuna existente entre investigação e prática clínica.

PALAVRAS-CHAVE

Psicodrama. Obesidade. Investigação.

ABSTRACT

In this paper we present a programme of psychodramatic interventions for obese women, focused on emotions. This aim of this programme is to increase these women's ability to regulate emotion and consequently to reduce compulsive binge eating. We will describe the specific aims and the methodology used for the evaluation of the outcomes, as well as the main topics explored during the sessions. We hope that by doing so we can contribute to the study of efficacy and effectiveness of Psychodrama, reducing the gap between research and clinical practice.

KEYWORDS

Psychodrama. Obesity. Research.

OBESIDADE E PSICODRAMA

As emoções são processos mentais complexos que permitem ao organismo responder a determinados estímulos internos e/ou desafios ambientais. No nível alimentar, comportamentos de restrição ou de ingestão compulsiva de alimentos parecem ser muitas vezes usados como resposta a situações emocionalmente mais intensas (MACHT, 2008). Particularmente na população obesa, a presença de compulsão alimentar apresenta uma relação positiva com estados emocionais negativos, esses comportamentos funcionam como uma estratégia de regulação emocional. Com base nessa perspectiva têm surgido vários estudos em torno da relação entre obesidade, comportamento alimentar e alexitimia – um déficit na componente cognitivo-experiencial das emoções – e há argumentos que levam a supor que as dificuldades em identificar e expressar emoções podem limitar a eficácia das estratégias terapêuticas, afetando negativamente o tratamento da obesidade (ZIJLSTRA et al., 2012). A intervenção na obesidade deverá, assim, contemplar o papel das emoções, e nesse sentido o Psicodrama parece constituir um modelo terapêutico adequado, uma vez que é considerado um padrão de excelência para promover a expressão e a experimentação de emoções e sentimentos (BLATNER, 2000).

Desenvolvido por Jacob Moreno no início do século XX, esse modelo explora os problemas psicológicos e sociais através da facilitação do insight e da integração cognitiva, afetiva e comportamental. É orientado para a ação e nele o desempenho de um papel ativo facilita a mudança terapêutica (BLATNER, 2000). Com base nisso, pretende-se oferecer contextos/situações em terapia para que os pacientes se tornem mais espontâneos, ajudando-os a desenvolver uma linguagem simbólica que dará acesso a sentimentos não reconhecidos e a promover que estes sejam processados de forma mais criativa e integrada na personalidade (KIPPER; HUNDAL, 2003; KIPPER; RITCHIE, 2003). O Psicodrama, ao promover o uso de metáforas, de representações simbólicas, da reexperimentação no “aqui e agora” de situações vividas, imaginadas ou antecipadas como problemáticas, procura explorar os estados emocionais no intuito de proporcionar maior capacidade de autorreflexão e de insight sobre as experiências. Através do uso de métodos ativos, os problemas e as possíveis

soluções são dramatizadas em vez de, apenas, verbalizadas. Moreno traz, assim, o corpo e a ação para a psicoterapia, permitindo desse modo outras formas de acesso ao funcionamento psicológico do indivíduo (BLATNER, 2000). Uma vez que o corpo e as emoções desempenham um papel central na problemática da obesidade, o objetivo do Psicodrama com esses doentes será, tal como refere Vieira (1999) “in-corporar a emoção, o pensamento e o comportamento” (p.112), procurando remover o bloqueio da espontaneidade e aprofundar-se nas dificuldades que estão escondidas pelas questões alimentares. Essa abordagem terapêutica facilita a libertação e a expressão de sentimentos e a exploração de papéis individuais e sociais, nomeadamente o papel de mulher, o papel da comida e o papel da gordura e da magreza na sociedade ocidental em que vivemos.

Assente nesta abordagem teórica, foi implementado em um hospital público da região norte de Portugal, no âmbito da consulta do tratamento da obesidade, um programa de intervenção em grupo focado nas emoções, dirigido a mulheres obesas e seguindo o modelo psicodramático. Neste trabalho, é nosso objetivo apresentar a metodologia adotada no desenvolvimento, na implementação e na avaliação do referido programa, bem como os principais temas abordados durante as sessões.

ESTRUTURA DO PROGRAMA

OBJETIVOS E METODOLOGIA

Adotando o modelo psicodramático, e assente em uma revisão da literatura sobre o tema “obesidade”, o objetivo deste programa de intervenção em grupo com mulheres obesas é intervir no nível da regulação emocional, autocontrole alimentar, controle da sintomatologia psicológica e promoção do relacionamento interpessoal. Espera-se que a aquisição de competências de regulação emocional potencialize maior controle alimentar e apresente repercussões no nível da diminuição da sintomatologia psicológica e do aumento do bem-estar nas relações interpessoais. Sendo este programa parte integrante de um projeto de investigação, é nosso objetivo procurar perceber se o Psicodrama é um modelo eficaz na melhoria da capacidade de regular emoções e, conseqüentemente, na redução de comportamentos de ingestão alimentar compulsiva. Para isso propomos uma abordagem metodológica com duas vertentes:

- 1) Avaliação dos resultados, através de medidas quantitativas, nos momentos pré-intervenção, pós-intervenção e follow-up aos 6 e aos 12 meses após o término da intervenção;

- 2) Avaliação do processo de mudança, através de medidas qualitativas aplicadas em todas as sessões, cujo objetivo é compreender quais dos aspetos específicos da intervenção têm impacto terapêutico mais significativo do ponto de vista dos clientes.

INSTRUMENTOS

Relativamente à avaliação da eficácia do programa, são administrados os seguintes instrumentos nos momentos pré intervenção, pós intervenção, follow-up 1 e follow-up 2:

- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20; BAGBY; PARKER; TAYLOR, 1994; versão portuguesa de PRAZERES; PARKER; TAYLOR, 1998) que avalia dificuldade em identificar sentimentos, dificuldade em descrever sentimentos e estilo de pensamento orientado para o exterior; Escala de Processamento Emocional (EPS; BAKER et al., 2007; adaptação em curso por LEITÃO; TORRES) para avaliar estilos e déficits do processamento emocional;
- Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (DEBQ; VAN STRIEN et al., 1986; versão portuguesa de VIANA; SINDE, 2003) que permite avaliar dimensões como a ingestão emocional, ingestão externa e ingestão restritiva;
- Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM; EVANS et al., 2000; versão portuguesa de SALES et al., 2012) que explora as dimensões do bem-estar subjetivo, queixas e sintomas, funcionamento social, pessoal e comportamentos de risco;
- Questionário Pessoal Simplificado (PQ; ELLIOTT; MACK; SHAPIRO, 1999; adaptação em curso por SALES et al.) que é um instrumento individualizado de mudança construído pelo paciente durante a entrevista inicial, com os problemas que este deseja trabalhar em terapia.
- Para o estudo do processo terapêutico no final de todas as sessões de Psicodrama é administrado o Aspectos Úteis da Terapia (HAT; ELLIOTT, 1993; adaptação em curso por SALES et al.), questionário de resposta aberta, no qual é pedido ao paciente que descreva com as próprias palavras os acontecimentos da sessão que mais o ajudaram e os que menos o ajudaram, atribuindo uma pontuação ao grau de utilidade de cada um desses acontecimentos.

No final do programa de intervenção, é realizada uma entrevista individual, seguindo o protocolo da Entrevista de Mudança do Cliente (ELLIOTT, 1999; adaptação em curso por SALES et al.) que procura focar as mudanças específicas ocorridas na terapia na perspetiva do paciente. Com este protocolo de avaliação pretende-se, por um lado, perceber se o Psicodrama conduz a mudanças nas variáveis relacionadas com a problemática da obesidade e, por outro, perceber quais são os

aspectos específicos em uma sessão de Psicodrama (e.g. fase, técnica) que contribuem mais para a mudança terapêutica na perspectiva dos pacientes.

DESCRIÇÃO DAS SESSÕES

Em termos de estrutura, o programa encontra-se organizado em doze sessões, realizadas semanalmente, com uma duração média de noventa minutos por sessão. Cada grupo é constituído por oito a dez elementos e a equipe terapêutica é formada por uma psicodramatista e um ego- auxiliar. Todas as sessões processam-se segundo as três fases sequenciais: aquecimento, dramatização e comentários.

No que se refere ao conteúdo, com base em uma revisão teórica e empírica da literatura sobre intervenção em grupo na obesidade, foram definidas algumas diretrizes sobre temas relevantes para o trabalho em terapia: compreender o comportamento alimentar como um meio de lidar com experiências emocionais; corpo e autoestima; vantagens e desvantagens da mudança; as relações interpessoais. A exploração dessas questões foi guiada pelas necessidades apresentadas pelos membros do grupo, através das técnicas psicodramáticas. Nas quatro sessões iniciais foram explorados os fatores que contribuíram para o aumento de peso e mitos e crenças associados aos papéis de ser gordo e ser magro na sociedade atual. Procurou-se refletir sobre o processo de desenvolvimento da doença e a relação com a comida através de estátuas, solilóquios, inversão de papéis e uso de panos e objetos simbólicos.

Da quinta à oitava sessão, o enfoque foi colocado na relação entre emoções e comportamento alimentar. Através da inversão de papéis, duplos e solilóquios procurou-se explorar questões como “o que é ter fome?”, “como é ter vontade de comer?”. Procurou-se expandir o léxico emocional dos membros do grupo, tornando-os mais capazes de reconhecer sensações físicas, identificar emoções e qual a relação destas com determinados comportamentos alimentares. Nas sessões seguintes, foram abordados os temas autoestima e imagem corporal. A representação de conceitos e emoções através de estátuas e espelhos e o recurso a metáforas corporais contribuem para que essas mulheres se deem conta da forma como se comunicam com o mundo através de seu corpo. “Como me vejo” e “como acho que os outros me veem” são dois dos tópicos explorados durante estas sessões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste programa de intervenção insere-se em um projeto de investigação que pretende contribuir para o estudo da eficácia e da efetividade do Psicodrama, diminuindo a lacuna existente entre investigação e prática clínica neste modelo. Pretende-se, de igual modo, contribuir para a melhor compreensão da obesidade, doença que assume mundialmente proporções epidêmicas, através do desenvolvimento de estratégias de intervenção psicoterapêuticas eficazes para seu tratamento.

O propósito deste trabalho não é apresentar os resultados finais da aplicação do programa; podemos salientar, porém, que os dados preliminares sugerem que as alterações mais comuns foram a melhoria do autocontrole e a maior consciencialização do poder e da influência das emoções no comportamento alimentar (e.g. “Consigo perceber melhor o que sinto e o que me leva a comer.”; “Sinto-me mais consciente do meu corpo e da minha imagem.”; “Sinto maior controle em mim mesma.”).

Acreditamos que essas mudanças refletem o foco principal do Psicodrama e, de acordo com o que as participantes relatam, provavelmente não teriam acontecido sem a terapia. As participantes sublinharam também a identificação com os outros membros do grupo e a experiência de universalidade como fatores importantes no processo de mudança (e.g. “Ao ouvir os outros, revi-me em algumas histórias.”; “Deixar de me sentir diferente.”; “A partilha de experiências e o ambiente de conforto e segurança ajudaram às mudanças.”). Essa constatação reforça a noção de que o Psicodrama pode ser uma modalidade eficaz como terapia de grupo e especialmente importante quando a experiência interpessoal é um domínio da vida em que os doentes obesos relatam um padrão emocional mais negativo. Acrescentamos ainda que os resultados quantitativos revelam magnitudes de efeito de moderados a altos para todas as escalas, valores congruentes com a tendência reportada em outros estudos com intervenções psicodramáticas (e.g. KIPPER; RITCHIE, 2003). Em suma, consideramos esses resultados promissores, permitindo-nos concluir que o Psicodrama promoveu mudanças no nível do comportamento e no funcionamento psicológico das participantes, possibilitando a abertura a múltiplas perspectivas na vivência da obesidade. (VIEIRA et al., 2012; VIEIRA; TORRES; MOITA, 2012).

REFERÊNCIAS

BAGBY, R. M.; PARKER, J. D. A.; TAYLOR, G. J. The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 38, n. 1, p. 23-32, 1994.

BAKER, R.; THOMAS, S.; THOMAS, P. W.; OWENS, M. Development of an emotional processing scale. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 62, p. 167-178, 2007. BLATNER, A. *Foundations of Psychodrama: History, Theory, and Practice*. Nova York: Springer Publishing Company, 2000.

ELLIOTT, R. Helpful aspects of therapy form. Network for research on experiential psychotherapies, 1993. Disponível em <<http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/hat.html>>. Acesso em: 29 maio 2013.

_____. Client change interview protocol. Network for research on experiential psychotherapies, 1999. Disponível em <<http://experiential-researchers.org/instruments/elliott/changei.html>>. Acesso em: 29 maio 2013.

ELLIOTT, R.; MACK, C.; SHAPIRO, D. A. Simplified personal questionnaire procedure. Network for research on experiential psychotherapies, 1999. Disponível em <<http://experiential-researchers.org/instruments/elliott/pqprocedure.html>>. Acesso em: 29 maio 2013.

EVANS, C. Et al. CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health*, v. 9, n. 3, p. 247-255, 2000.

KIPPER, D.; HUNDAL, J. A survey of clinical reports on the application of Psychorama. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, v. 55, n. 4, p.141-157, 2003.

KIPPER, D.; RITCHIE, T. The effectiveness of psychodramatic techniques: a meta-analysis. *Group Dynamics: theory, Research and Practice*, v. 7, n. 1, p. 13-25, 2003.

MACHT, M. How emotions affect eating: a five-way model. *appetite*, v. 50, n. 1, p.1-11, 2008.

PRAZERES, N.; PARKER, J. D. A.; TAYLOR, G. J. Adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Y Evaluación Psicológica*, v. 9, n. 1, p. 9-21, 2000.

SALES, C. M. D. et al. Versão Portuguesa do CORE-OM: tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 39, n. 2, p. 54-59, 2012.

VAN STRIEN, T. et al. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, v. 5, n. 2, p. 295-315, 1986.

VIANA, V.; SINDE, S. Estilo alimentar: Adaptação e validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. *Psicologia: teoria, Investigação e Prática*, v. 8, p. 59-71, 2003.

VIEIRA, F. Como lidar em Psicodrama com perturbações do comportamento alimentar. In:_____. (Des)Dramatizar na doença mental: psicodrama e psicopatologia. Lisboa: Edições Sílabo, 1999, p.111-125.

VIEIRA, F. M. et al. Psicodrama no tratamento da obesidade: a experiência de um grupo terapêutico. In: XI Congresso da Sociedade Portuguesa de Psicodrama, 2012, Lousã.

VIEIRA, F. M.; TORRES, S.; MOITA, G. Psychodrama in obesity treatment: Assessment of a group intervention program to work with emotions. In: 3rd Joint Meeting of the Society for Psychotherapy Research, 2012, Porto.

ZIJLSTRA, H. et al. Emotion processing and regulation in women with morbid obesity who apply for bariatric surgery. *Psychology & Health*, v. 27, n. 2, p. 1375-1378, 2012.

Filipa Mucha Vieira
Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação da Universidade do Porto
Rua Alfredo Allen
4200-135 Porto - Portugal
Tel.: +351220400660 Fax. +351226079725
fvieira@fpce.up.pt

Sandra Torres
Faculdade de Psicologia e de Ciências
da Educação da Universidade do Porto
Rua Alfredo Allen
4200-135 Porto - Portugal
Tel. +351226079723 Fax +351226079727
storres@fpce.up.pt

Gabriela Moita
Rua da Firmeza, 480-2.Dto.
4000-226 Porto - Portugal
Tel. +351964601988
gabriela.moita@mail.telepac.pt

Recebido: 31/5/2013

Aceito: 2/9/2013

